

TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU-2020



Hipokrat
Yayıncılık

Editörler
Prof. Dr. Sarp ÜNER
Prof. Dr. Pınar OKYAY



Editörler
Prof. Dr. Sarp ÜNER
Prof. Dr. Pınar OKYAY

Hipokrat
Yayıncılık

© Aralık 2020
Türkiye Sağlık Raporu 2020

ISBN: 978-605-7874-83-2

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi

Kitap için;

Üner,S. ve Okyay, P. (Ed.). (2020). *Türkiye Sağlık Raporu 2020*. Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2

Kitap bölümü için;

Bölüm Yazar (lar)ı soy isim, isim baş harfi. (2020). Bölüm başlığı S.Üner, P.Okyay (Ed.), *Türkiye Sağlık Raporu 2020* içinde (...-.... ss.). Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2

Editörler

Prof. Dr. Sarp Üner

Prof. Dr. Pınar Okyay

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Grafik-Tasarım

Hipokrat Grafik Tasarım

Baskı - Cilt

Vadi Grafik Tasarım ve Reklamcılık Ltd. Şti.

İvedik Org. San. 1420. Cad. No: 58/1 Yenimahalle/Ankara

Tel: 0312 395 85 71 • Sertifika No: 47479

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05 - 15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



> Önsöz

Türkiye Sağlık Raporlarının üçüncüsünü, Türkiye Sağlık Raporu 2020'yi yayımlamaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz. Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (HASUDER) 2012 yılında başlatılan bir bilimsel geleneğin ürünü Türkiye Sağlık Raporu 2020 de önceki raporlar gibi büyük bir ekibin emeği ile yazıldı. Bu raporun hazırlanmasında bizlere ürettikleri önceki raporlarla yol gösterici olan Türkiye Sağlık Raporu 2012 ve 2014'ün editör ve yazarlarına teşekkür ederiz.

Raporun bu basımında yazarlar, anlatım, kapsam ve içerik açısından bağımsız bırakıldı. Ancak mümkün olduğu kadar HASUDER tarafından en son yayımlanan 2014 yılı rapordan sonra sağlanabilen verilerin ışığında ülkemizin halk sağlığı sorunlarının ortaya konması amaçlandı.

Raporun yazımında yazar ve editör olarak 194 kişi görev aldı. Editörlüğünü 21 üyemizin yaptığı 16 bölümün 13'üne halen faaliyet gösteren 17 çalışma grubumuzdan 16'sı bölüm içeriğini oluşturma ve yazarları belirlemeye doğrudan katkı verirken "Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Çalışma Grubu" üyelerinden bir bölümü bu bölümlerin yazarları arasında yer aldı. Çalışma grupları faaliyet alanları dışında 2014 raporunda yer alan "Sağlığın Geliştirilmesi" bölümünün bu raporda da yer alması editörler tarafından uygun bulundu. Bunun yanı sıra raporda ülkemiz için güncel en önemli iki halk sağlığı sorunu olan afetler ve pandemi ile ilgili bölümlerde yer aldı.

Çalışmalara Şubat 2020 içerisinde başlanıldı ve on aylık bir çabanın ürünü Aralık 2020'de ortaya kondu. Bu süreci birlikte üretmenin heyecanı ile yaşadık. Büyük bir uyumla son aşamaya kadar geldik. HASUDER üyeleri ve destekçilerimiz olarak halk sağlığına olan aidiyetimizin bir ürünü ortaya koyduk.

Türkiye Sağlık Raporu 2020 COVID-19 Pandemisi sürecinde yazılmış olması ile de başka bir önem taşımaktadır. Rapor, ülkemizde hem pandemi çalışmaları hem de bu dönemde ihmal edilen, ötelenen diğer sağlık sorunlarının boyutunu ortaya koymak açısından da çok önemli bir belge niteliğindedir. Bu nedenle, Türkiye Sağlık Raporu 2020 aynı zamanda tarihi bir belgedir.

HASUDER Yönetim Kuruluna, raporun baş editörleri olarak bizi görevlendirmeleri nedeni ile onur duyduğumuzu ve güvenleri için teşekkürlerimizi bir kez daha belirtmek isteriz. Bu görevde bizleri yalnız bırakmayan, raporun editör ve yazarları olan değerli yol arkadaşlarımıza teşekkür ederiz. Sayelerinde ülkemizin sağlığına önemli bir katkı verilmiştir.

Türkiye Sağlık Raporu 2020'nin, okuyucularına yararlı olmasını umuyoruz. Burada belirtilen hususlar, değerli editör ve yazarların tespitleri, umarız ülkemizin sağlık yöneticileri ve ilgili tüm taraflar için yol gösterici olur.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Sarp Üner

Prof. Dr. Pınar Okyay

> Teşekkür

Türkiye Sağlık Raporu 2020, Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (HASUDER) bu başlıkta tanımladığı üçüncü raporu olarak çok değerli bir görevin sürdürülmesini temsil ediyor. 2012 yılında ilki ve 2014 yılında da ikincisi yayımlanan raporlar, ülkemizin sağlık durumuna çok boyutlu bir değerlendirme olanağı sundu. 2020 raporu ise, COVID-19 Pandemisinin olağanüstü koşulları altında bunu gerçekleştirdi.

Türkiye Sağlık Raporu 2020'ye emek veren tüm editör ve yazarların nasıl yoğun bir iş yükü altında rapora katkı verdiklerini biliyoruz. Bu nedenle, emekleri her zamankinden de daha değerlidir. Her birine Yönetim Kurulumuzun en içten şükranlarını sunuyoruz. Bu raporda emeği geçenler, bu olağanüstü dönemde ülkemizin sağlık koşulları, pandeminin bu koşullara etkisi ve sağlığın tüm bileşenlerinin etkileşimi ile ilgili tarihi bir belge hazırladılar. Bugün ve gelecekte saygıyla anılacaklar.

Bu raporun aynı önceki iki raporda olduğu gibi çok önemli bir özelliği de HASUDER'in çatısı altında ortak bir emeğin ürünü olmasıdır. Ancak bu raporun diğerlerinden farkı derneğin önemli yapılarından olan "Çalışma Grupları"nın kendi alanları ile ilgili üretimlerinin olmasıdır. Günümüzde artan bir bireysellik ortamında, birlikte daha güzel işlere imza atılabileceğın önemli bir kanıttır. Bu nedenle, bu rapora katkı verenler hepimize bu anlamda da "umut" vermektedir.

Yönetim Kurulumuz 2020 raporunun dönem görevimizin tamamlanmasından önce yayımlanması ile de onur duymaktadır. Bize bu onuru yaşatan, başta Prof. Dr. Sarp Ünner ve Prof. Dr. Pınar Okyay olmak üzere, tüm editör ve yazarlarımıza teşekkür ederiz.

Türkiye Sağlık Raporu 2020'nin ülkemizin sağlık ortamına katkı vermesi dileğiyle...

HASUDER 2018-2020 Dönemi Yönetim Kurulu

Bölüm Editörleri ve Katkı veren Çalışma

> Grupları

Bölüm	Bölüm Editörleri	Doğrudan Katkı Veren Çalışma Grubu
1. Sağlık Sistemi, Politika ve İnsan gücü, Sağlık Ekonomisi	Prof. Dr. Bülent Kılıç	Sağlık Politikaları ve İstihdam, Sağlık Ekonomisi, Uluslararası İş Birliği, Bilişim
2. Toplumsal Cinsiyet, Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı	Prof. Dr. Ayşe Akın Prof. Dr. Türkan Günay	Kadın ve Toplumsal Cinsiyet
3. Çocuk ve Ergen Sağlığı	Prof. Dr. Burcu Tokuç	Çocuk Sağlığı
4. Çevre ve Sağlık	Doç. Dr. Gamze Varol	Çevre Sağlığı
5. İş Sağlığı	Doç. Dr. Ceyda Şahan Uzm. Dr. Elif Altundaş Hatman	İş Sağlığı
6. Bulaşıcı Hastalıklar	Prof. Dr. Ali Ceylan	Bulaşıcı Hastalıklar
7. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Sorunu ve Yönetimi	Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. Dilek Aslan	-
8. Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar	Prof. Dr. Sibel Sakarya	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
9. Toplum Ruh Sağlığı	Prof. Dr. Selma Karabey Dr. Öğr. Üyesi İlker Kayı	Toplum Ruh Sağlığı
10. Engellilerle İlgili Hizmet Planlamasına Bütüncül Yaklaşım	Prof. Dr. Filiz Abacıgil Prof. Dr. Hatice Şahin	Engelli
11. Sağlığın Geliştirilmesi	Prof. Dr. Birgül Piyal	-
12. Tütün Kontrolü	Prof. Dr. Dilek Aslan	Tütün ile Mücadele
13. Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri	Prof. Dr. Sarp Üner	-
14. Uluslararası Göç ve Sağlık	Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman Uzm. Dr. Hande Bahadır	Göçmen Sağlığı
15. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler	Prof. Dr. Bülent Kılıç	Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler
16. Sağlıkla İlgili Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları	Dr. Eray Öntaş Prof. Dr. Pınar Okyay	Araştırma Görevlileri

> **Katkıda Bulunan Yazarlar**

Prof. Dr. Ahmet Öner Kurt	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ahmet Topuzoğlu	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ali Ceylan	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ali Satar	Dicle Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ayşe Akın	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ayşe Emel Önal	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ayşe Ferdane Oğuzöncül	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Banu Çakır	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Belgin Ünal	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Birgül Piyal	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Burcu Tokuç	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD.
Prof. Dr. Bülent Kılıç	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Cengiz Kılıç	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.
Prof. Dr. Coşkun Bakar	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Deniz Çalışkan	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Dilek Aslan	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Elçin Balcı	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Elçin Yoldaşcan	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. KKTC
Prof. Dr. Erhan Eser	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ferda Özyurda	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ferdi Tanır	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Ferruh N. Ayoğlu	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Filiz Abacığil	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Gamze Çan	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Gönül Dinç Horasan	İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Gül Ergör	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Günay Saka	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Halim İşsever	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Hatice Şahin	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD.
Prof. Dr. Hilal Özcebe	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Işıl Maral	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Kayıhan Pala	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Leyla Karaoğlu	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Melikşah Ertem	Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Meltem Çiçeklioğlu	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Meral Saygun	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Meral Türk	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Metin Pıçakçiefte	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Muhsin Akbaba	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Muttalip Çiçek	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Parazitoloji AD.
Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Nadi Bakırcı	Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD.
Prof. Dr. Nazım Ercüment Beyhun	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Nilay Etiler	İstanbul Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Nur Baran Aksakal	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Nuray Özgülnar	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Pınar Okyay	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Raika Durusoy	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Recep Akdur	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Recep Erol Sezer	Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Rengin Erdal	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Sarp Üner	Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Seçil Özkan	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Selma Karabey	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Sevgi Canbaz	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Sibel Sakarya	Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Songül Vaizoğlu	Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. KKTC
Prof. Dr. Sultan Eser	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Şanda Çalı	Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. KKTC
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış	Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
Prof. Dr. Tacettin İnandı	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Prof. Dr. Türkan Günay	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Alpaslan Türkkan	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Aslı Davas	Türkiye İnsan Hakları Vakfı Akademisi
Doç. Dr. Ayşecan Terzioğlu	Sabancı Üniversitesi Kültürel Çalışmalar Bölümü
Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Doç. Dr. Celalettin Çevik	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Ceyda Şahan	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Derya Çamur	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Doç. Dr. Figen Demir	Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Funda Sevcancan	Muğla Bodrum İlçe Sağlık Müdürlüğü
Doç. Dr. Gamze Varol	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Gülelgül Mermer	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Hür Hassoy	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Işıl Ergin	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Lütfi Saltuk Demir	Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. M. Fatih Önsüz	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Mahmut Yardım	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Melih Kaan Sözmen	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Nilgün Ulutaşdemir	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Nurhan Meydan Acımiş	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Özen Aşut	Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. KKTC
Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman	Columbia Üniversitesi Sürdürülebilir Kalkınma Merkezi, ABD
Doç. Dr. Özlem Terzi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Raziye Özdemir	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Sare Mihçioğur	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Doç. Dr. Seda Topçu	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.
Doç. Dr. Ümit Kartoğlu	CEO Extensio et Progressio Collonge-Bellerive İsviçre
Doç. Dr. Zahide Koşan	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Alp Aker	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Aysun Aras	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Aysun Güzel	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan Açıkgöz	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Küçük Biçer	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD.
Dr. Öğr. Üyesi Didem Daymaz	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Ebru İnal	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Elif Dönmez	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fak. Onkoloji Hemşireliği AD.
Dr. Öğr. Üyesi Emine Baran Deniz	Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Ezel Bilge Yerli	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Hakan Tüzün	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Hıdır Sarı	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Hülya Şirin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi İlker Kayı	Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Bayraktar	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Dr. Öğr. Üyesi Nüket Güler Baysoy	Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem Öztürk	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Petek Eylül Taneri	Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi Tahsin Gökhan Telatar	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi. Asya Banu Babaoğlu	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Öğr. Üyesi. Hatice İkişik	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik AD.
Öğr. Gör. Dr. Meltem Şengelen	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Öğr. Gör. Dr. Ü. Nihal Bilgili Aykut	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Öğr. Gör. Ezgi Türkçelik Türkeli	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Öğr. Gör. İsmet Çelebi	Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu İlk ve Acil Yardım Programı
Dr. Öğr. Üyesi Serpil Gonca	Mersin Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Uzm. Dr. Aslı Ata Teneler	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Burak Kurt	Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
Uzm. Dr. Dilek Ener	Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Elif Altundaş Hatman	İstanbul Yedikule Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Dr. Elif Aylin Yüce Yörük	Muğla İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. F. Deniz Mardin	Göç ve Sağlık Konusunda Bağımsız Danışman
Uzm. Dr. Fatma Yeşim Karakoç	Antalya Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Hande Bahadır	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Hilal Düzel	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Hilal Görgel	İzmir Narlıdere İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Lale Esirgen	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimi
Uzm. Dr. Metin Gümüş	Kocaeli Gölcük İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Mithat Temizer	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Müjde İlgün	Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü
Uzm. Dr. Nergis Kayacan	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Nureddin Özden	Adana İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Ömer Faruk Tekin	Van İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimi
Uzm. Dr. Sabanur Çavdar	Ümraniye İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Seher Palanbek	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Uzm. Dr. Selim Güler	Sinop Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
Uzm. Dr. Serol Deveci	Manisa İl Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dr. Seval Çoker	Kastamonu Halk Sağlığı Laboratuvarı
Uzm. Dr. Şeyma Arslan	İstanbul Arnavutköy İlçe Sağlık Müdürlüğü
Uzm. Dt. Cansu Özşin Özler	Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD.
Uzm. Psk. Ahmet Erkam Ünal	İstanbul Esenler İlçe Sağlık Müdürlüğü
Dr. Ahmet Soysal	TTB Halk Sağlığı Kolu
Dr. Ahmet Önder Porsuk	Kırklareli Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü
Dr. Ayşegül Esin	Bilkent Üniversitesi Uluslararası Çocuk Merkezi

Dr. Azize Tiryakioğlu	İstanbul Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü
Dr. Bilge Şentürk	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü
Dr. Birol Tibet	İzmir Biyotıp ve Genom Merkezi
Dr. Çağrı Emin Şahin	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Dr. Metin Kılıç	MERS Ortak Sağlık Güvenlik Birimi Manisa
Dr. Seyfi Durmaz	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Dr. Sıdıka Tekeli Yeşil	Frauenarzt Praxis Rheinfelden İsviçre
Dr. Tuğba Meliha Fatma Ercan	Şanlıurfa Ceylanpınar İlçe Sağlık Müdürlüğü
Arş. Gör. Dr. Anıl Başpınar	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Atalay Aktuna	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Beyza Kerman	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Burkay Budak	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Cansu Karabiber	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Cüneyt Çalışkan	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü
Arş. Gör. Dr. Derya Akıcı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Dilek Yıldırım	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Eray Öntaş	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Esra Yavuz	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çamlık	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Fatma Bozdağ	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Gamze Aktuna	Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
Arş. Gör. Dr. Gamze Ketrez	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Gökçe Hazar Otçu	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Hüseyin Koçak	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Arş. Gör. Dr. İlkem Duman Kıymık	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. İsmail Çevik	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. K. Onur Şimşek	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Kenan İlkay Alp	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Kevser Durgun	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Kevser Tuncer Kara	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Merve Kevser Çamlı	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Nurdan Filiz Özbay	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Reyhan Can Yıldız	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Saide Mebrure Dağdaş Topal	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Selin Girgin	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Tuğçe Dartılmak	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Tülin Çoban	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Arş. Gör. Dr. Yağmur Köksal Yasin	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Klinik Psk. İnanç Sümbüloğlu	Birey ve Toplum Ruh Sağlığında İz Derneği
Dyt Damla İkbal Ceyhan	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Buket Atlı	Temiz Hava Hakkı Platformu
Serhat Erdal	İzmir Özel Batı Göz Sağlık Grubu
Int. Dr. Erol Barbur	Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

> İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

SAĞLIK SİSTEMİ, POLİTİKA VE İNSAN GÜCÜ, SAĞLIK EKONOMİSİ

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Bülent Kılıç

1 Sağlık Politikası	5
PROF. DR. BÜLENT KILIÇ	
2 Sağlık Örgütlenmesi	9
UZM. DR. MİTHAT TEMİZER • PROF. DR. AHMET ÖNER KURT	
3 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	15
PROF. DR. ERHAN ESER • UZM. DR. MÜJDE İLGÜN	
4 Yataklı Tedavi Hizmetleri.....	29
DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ • PROF. DR. FERRUH N. AYOĞLU	
5 Şehir Hastaneleri	43
PROF. DR. KAYIHAN PALA	
6 Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu.....	51
PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • UZM. DR. METİN GÜMÜŞ • UZM. DR. MİTHAT TEMİZER	
7 Sağlık İnsangücü.....	57
DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ • PROF. DR. FERRUH N. AYOĞLU	
8 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi	63
PROF. DR. NURAY ÖZGÜLNAR	
9 Sağlık Sistemleri	67
PROF. DR. BÜLENT KILIÇ	
10 Temel Sağlık Göstergeleri	71
UZM. DR. HANDE BAHADIR • DOÇ. DR. CELALETTİN ÇEVİK • ARŞ. GÖR. DR. SELİN GİRGİN • PROF. DR. BELGİN ÜNAL	
11 Sağlık Harcamaları (2010-2020)	75
PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • DR. BİLGE ŞENTÜRK	

12 Sağlık Ekonomisi ile İlgili Yayınlar	83
UZM. DR. SABANUR ÇAVDAR • DR. ÇAĞRI EMİN ŞAHİN • UZM. DR. ÖMER FARUK TEKİN	
13 Sosyoekonomik Eşitsizlikler	95
DOÇ. DR. MELİH KAAN SÖZMEN • DOÇ. DR. MAHMUT YARDIM • UZM. DR. ŞEYMA ARSLAN • DR. BİROL TİBET	
14 Sağlık Bilgi Sistemleri	101
DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU KÜÇÜK BİÇER	
15 Birinci Basamakta Karar Destek Sistemi	111
DOÇ. DR. LÜTFİ SALTUK DEMİR	

BÖLÜM 2

TOPLUMSAL CİNSİYET, KADIN SAĞLIĞI, ÜREME SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Ayşe Akın • Prof. Dr. Türkan Günay

16 Anne Ölümleri	123
PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ • PROF. DR. AYŞE AKIN	
17 Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı.....	129
DOÇ. DR. ASLI DAVAS • PROF. DR. MERAL TÜRK	
18 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (Icpd) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?.....	137
PROF. DR. AYŞE AKIN • PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ	
19 İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler	151
PROF. DR. AYŞE AKIN • DOÇ. DR. ÖZLEM TERZİ	
20 Ergen / Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler	165
DR. SARE MIHÇIOKUR • DR. AYŞEGÜL ESİN	
21 Afetlerde Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı	179
DR. ÖĞR. ÜYESİ ASYA BANU BABAĞLU • DOÇ. DR. GÜLENGÜL MERMER	
22 Aile Planlaması.....	183
ÖĞR. GÖR. DR. Ü. NİHAL BİLGİLİ AYKUT • PROF. DR. BEYHAN ÖZYURT	
23 Erken Yaş Evlilikleri.....	193
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ PETEK EYLÜL TANERİ • PROF. DR. MELİKŞAH ERTEM	
24 Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı.....	201
PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL	
25 İleri Yaş Kadınlar ve Sağlık Sorunları	207
DOÇ. DR. HATİCE ŞİMŞEK KESKİN • PROF. DR. RENGİN ERDAL	
26 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Gelişmeler ve Sorun Alanları	213
ÖĞR. GÖR. EZGİ TÜRKÇELİK TÜRKEL • PROF. DR. MELTEM ÇİÇEKLIOĞLU	

27 Kadın ve Çevre	221
DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ • PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY	

BÖLÜM 3

ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Burcu Tokuç

28 Türkiye’de Çocuk Nüfusu	229
PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK	
29 Çocuk ve Ergen Morbidite ve Mortalitesi; 2014-2018	231
PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK	
30 Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Uygulamalar ve Programlar	235
DR. AHMET ÖNDER PORSUK	
31 Çocuk ve Ergenler Açısından Çevre Sağlığının Etkisi	245
DOÇ. DR. GAMZE VAROL	
32 Çocukluk Çağında Sağlıklı Beslenme ve Obezite	253
PROF. DR. GÜNAY SAKA	
33 Çocuk ve Gençlerde Bağımlılık	261
PROF. DR. GAMZE ÇAN	
34 Çocukluk Dönemi Kaza ve Yaralanmalar: 2014-2020 Dönemi	265
PROF. DR. L. HİLAL ÖZCEBE	
35 Çocuk ve Ergenlerde Akran Zorbalığı	271
UZM. DR. TUĞBA MELİHA FATMA ERCAN • PROF. DR. L. HİLAL ÖZCEBE	
36 Suça Sürüklenen Çocuklar, Çocukluk Suçluluğu Açısından Türkiye Değerlendirmesi..	275
DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU KÜÇÜK BİÇER	
37 Çocuk İstismarı ve İhmali: 2014-2020	283
DOÇ. DR. SEDA TOPÇU • PROF. DR. DENİZ ÇALIŞKAN	
38 Çalışan Çocuklar	291
PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. A. FERDANE OĞUZÖNCÜL	

BÖLÜM 4

ÇEVRE VE SAĞLIK

Bölüm Editörü: Doç. Dr. Gamze Varol

39 Çevre ve Sağlık Boyutuyla İklim Krizi	301
DOÇ. DR. CAVİT IŞIK YAVUZ	
40 İklim Krizi ve Hava Kirliliği Konusunda Sivil Toplumun Rolü	305
BUKET ATLI	

41 Hava Kirliliği	313
PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN	
42 Toprak Kirliliği	323
DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ	
43 Gıda Güvenliği ve Beslenme	327
DR. AHMET SOYSAL	
44 Su Kirliliği	331
PROF. DR. BURCU TOKUÇ	
45 Sağlık Etki Değerlendirmesi: Türkiye İçin Gereksinimler ve Olanaklar	337
PROF. DR. NİLAY ETİLER	
46 Kronik Hastalıklar ve Çevre	341
PROF. DR. AYŞE EMEL ÖNAL	
47 Enerji Politikaları ve Çevre	347
DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET ALP AKER	
48 Olağan Dışı Durumlar (Afetler) ve Çevre	363
DOÇ. HÜR HASSOY • DR. KEVSER DURGUN	
49 Gürültü Kirliliği	369
UZM. DR. SEHER PALANBEK	
50 Turizm ve Çevre	375
DR. AHMET SOYSAL	
51 Atık Yönetimi	381
UZM. DR. SEVAL ÇOKER	
52 Kentleşme ve Çevre Sağlığı	389
DOÇ. DR. ALPASLAN TÜRKKAN	

BÖLÜM 5

İŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri: Doç. Dr. Ceyda Şahan • Uzm. Dr. Elif Altundaş Hatman

53 Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri Kapsamında Yasal Durum ve Uygulamadaki Süreçler	397
DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN	
54 Yeni Yasal Düzenlemelerle Ülkemizde Risk Değerlendirmesi, Etkinliği ve İş Kazalarına Bakış	405
PROF. DR. HALİM İŞSEVER	
55 İş Kazaları	417
PROF. DR. FERRUH AYOĞLU • UZM. DR. SEROL DEVECİ • DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ	

56 Meslek Hastalıkları.....	427
PROF. DR. FERRUH AYOĞLU • DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ • UZM. DR. SEROL DEVECİ	
57 İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili Temel Epidemiyolojik Göstergeler.....	439
PROF. DR. METİN PIÇAKÇIEFE	
58 Çalışma Yaşamında Yaşlılar ve Kronik Hastalığı Olanlar.....	447
PROF. DR. ALİYE MANDIRACIOĞLU	
59 Çocuk İşçiliği.....	453
PROF. DR. FERDİ TANIR	
60 Tarım Üretiminde İş Sağlığı ve Güvenliği.....	457
PROF. DR. FERDİ TANIR	
61 İş Sağlığında Karşılaşılan Etik Sorunlar ve Mevcut Durum.....	463
PROF. DR. SEVGİ CANBAZ	
62 Eğreti (Prekaryöz) Çalışma ve Sağlık Etkileri.....	471
PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN	
63 Sağlık Çalışanların Sağlığı.....	477
DOÇ. DR. NİLGÜN ULUTAŞDEMİR	
64 Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....	485
PROF. DR. METİN PIÇAKÇIEFE	

BÖLÜM 6

BULAŞICI HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Ali Ceylan

65.1 Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu ve Bağışıklamada Eşitsizlikler	493
PROF. DR. MUZAFFER ESKİOÇAK	
65.2 Aşı İle Önlenebilir Hastalıklarla İlgili Halk Sağlığı Kongre Kitaplarında Yer Alan Bildiriler 2008-2019.....	507
ARŞ. GÖR.DR. BENGÜ NEHİR BUĞDAYCI YALÇIN • ARŞ. GÖR. DR. DERYA AKICI • PROF. DR. C. TAYYAR ŞAŞMAZ	
66 Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar.....	559
DOÇ. DR. ZAHİDE KOŞAN • ARŞ. GÖR. DR. ESRA YAVUZ	
67 Zoonozlar.....	565
PROF.DR. A.ÖNER KURT • ARŞ. GÖR. DR. FATMA BOZDAĞ	
68 Vektörlerle Bulaşan Hastalıklar.....	581
PROF. DR. GÜNAY SAKA • PROF. DR. ALİ SATAR	
69 Paraziter Enfeksiyonlar.....	587
PROF. DR. MUTTALİP ÇİÇEK • PROF.DR. ALİ CEYLAN	

- 70 Yeni ve Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıklar 591**
UZM. DR. HİLAL DÜZEL
- 71 HIV/AIDS: Mevcut Durum, Korunma ve Kontrol 597**
PROF. DR. TACETTİN İNANDI • DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SERPİL GONCA
- 72 Hepatitler ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 605**
DR. ÖĞR. ÜYESİ HİDİR SARI
- 73 Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansında Gelişmeler, Değişiklikler 613**
UZM. DR. FATMA YEŞİM KARAKOÇ

BÖLÜM 7

YENİ KORONAVİRÜS HASTALIĞI (COVID-19) SORUNU VE YÖNETİMİ

Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak • Prof. Dr. Dilek Aslan

- 74 COVID-19; Kısa Tarihsel Süreç Analizi ve Çıkış (Uluslararası Perspektif)..... 625**
DOÇ. DR. ÜMİT H. KARTOĞLU
- 75 Türkiye’de Pandemi Sürecinde Hazırlıklılık ve Baş Etme Stratejileri 633**
PROF. DR. SİBEL SAKARYA
- 76 Türkiye’de COVID-19 Salgın Eğrisine Bakış 543**
PROF. DR. GÜL ERGÖR • DR. NURCAN DURUKAN
- 77 Kanıtı Dayalı Salgın Yönetiminde Modelleme Çalışmaları:
COVID-19 Pandemisi Deneyimi 647**
PROF. DR. BANU ÇAKIR
- 78 COVID-19 Küresel Salgını Döneminde Halk Sağlığı Eğitimi..... 653**
PROF. DR. NADİ BAKIRCI • INT. DR. EROL BARBUR
- 79 Pandemi Mücadelesi İçin Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitim Müfredatı
Nasıl Güncellenmeli? 657**
PROF. DR. FERDA ÖZYURDA • PROF. DR. DİLEK ASLAN
- 80 Pandemi Sürecinde Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Çalışmaları 663**
HASUDER YÖNETİM KURULU
- 81 COVID-19 Açısından Risk Grupları 667**
PROF. DR. RAİKA DURUSOY
- 82 Türkiye’de Bulunan Suriyeliler, Diğer Mülteciler, Uluslararası Göçmenler ve
Yeni Koronavirüs Hastalığı 671**
PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ
- 83 Pandeminin Çevresel Boyutu 675**
DR. AHMET SOYSAL

- 84 Pandemi ve Çalışan Sağlığı: Açlık mı? Hastalık mı? 681**
UZM. DR. NERGİS KAYACAN
- 85 Pandemi ve Sağlık Çalışanları 685**
PROF. DR. MERAL SAYGUN • DR. ÖĞR. ÜYESİ DİDEM DAYMAZ
- 86 COVID-19 Salgını Doğru Kavramanın Yolu: Etkin Risk İletişimi..... 689**
ARŞ. GÖR. DR. BURKAY BUDAK • PROF. DR. F. NUR BARAN AKSAKAL
- 87 Pandemi Bir Halk Sağlığı Akademisyeninin Saha Deneyimleri:
Sorunlar ve Öğrendiklerimiz 695**
PROF. DR. COŞKUN BAKAR
- 88 Pandemi, Sosyal Medya ve İnfodemi..... 701**
PROF. DR. TACETTİN İNANDI • UZM. DR. MEHTAP CANGİĞER ELTAŞ
- 89 Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemi Yönetiminde
İnfoğrafik Kullanımı ile İlgili Deneyimler 711**
UZM. DR. SELİM GÜLER
- 90 Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ve Yerel Yönetimler 715**
PROF. DR. NİLAY ETİLER
- 91 Bir Üniversite Hastanesinde COVID-19 Enfeksiyonunu Önleme Çalışmaları 719**
PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN • DR. ÖĞR. ÜYESİ A. ALP AKER
- 92 Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin COVID-19 Deneyimi..... 723**
DOÇ. DR. ÖZEN AŞUT • PROF. DR. SONGÜL ACAR VAİZOĞLU • PROF. DR. ŞANDA ÇALI • PROF. DR. ELÇİN YOLDAŞCAN

BÖLÜM 8

BULAŞICI OLMAYAN KRONİK HASTALIKLAR

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Sibel Sakarya

- 93 Kalp Damar Hastalıkları Morbiditesi 731**
DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN • PROF. DR. BELGİN ÜNAL • PROF. DR. GÖNÜL DİNÇ HORASAN
- 94 Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi 739**
PROF. DR. BELGİN ÜNAL • PROF. DR. GÖNÜL DİNÇ HORASAN • DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN
- 95 Diyabet..... 743**
DOÇ. DR. M. FATİH ÖNSÜZ
- 96 Kanser ve Kanser Kontrolü..... 749**
PROF. DR. SULTAN ESER • DOÇ. DR. RAZİYE ÖZDEMİR
- 97 Kanser Mortalitesi..... 777**
PROF. DR. GÜL ERGÖR

- 98 Kronik Solunum Yolu Hastalıkları 779**
 PROF. DR. LEYLA KARAOĞLU
- 99 Kronik Hastalıklar ve Ruh Sağlığı791**
 KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY
- 100 Ağız ve Diş Sağlığı 795**
 PROF. DR. BAHAR GÜÇİZ DOĞAN • UZM. DT. CANSU ÖZŞİN ÖZLER
- 101 Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri-Yüksek Kan Basıncı 807**
 DR. ÖĞR. ÜYESİ NÜKET GÜLER BAYSOY
- 102 Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri-Yüksek Kan Şekeri (Prediyabet)..... 813**
 DOÇ. DR. M.FATİH ÖNSÜZ
- 103 Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri-Obezite..... 817**
 DOÇ. DR. FİGEN DEMİR
- 104 Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri-Dislipidemi 821**
 DOÇ. DR. FİGEN DEMİR
- 105 Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri-Fiziksel İnaktivite (Hareketsizlik) 825**
 DR. ÖĞR. ÜYESİ ASYA BANU BABAOĞLU
- 106 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Eşitsizlikler 831**
 DOÇ. DR. İŞİL ERGİN
- 107 Ulusal Düzeyde Yürütülen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Programları 839**
 DR. ÖĞR. ÜYESİ HATİCE İKİŞİK • PROF. DR. İŞİL MARAL

BÖLÜM 9

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Selma Karabey • Dr. Öğr. Üyesi İlker Kayı

- 108 Türkiyede Toplum Ruh Sağlığı 849**
 PROF. DR. AHMET TOPUZÖĞLU
- 109 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Çalışmaları 855**
 UZM. DR. PELİN ŞAVLI EMİROĞLU
- 110 Türkiye’de Ruh Sağlığı İnsan Gücü..... 859**
 DOÇ. DR. FAHRİYE OFLAZ • UZM. DR. LALE ESİRGİN
- 111 Ruh Sağlığı Alanında Yasal Mevzuat..... 863**
 DOÇ. DR. FAHRİYE OFLAZ
- 112 Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Durumu 869**
 PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

- 113 Bir Toplum Ruh Sağlığı Sorunu Olarak Bağımlılık 873**
PROF. DR. AHMET TOPUZOĞLU
- 114 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı..... 877**
UZM. DR. ŞEYMA ARSLAN • PROF. DR. SELMA KARABEY
- 115 Toplum Ruh Sağlığında Türkiye'ye Uyarlanabilecek İyi Uygulama Örnekleri 881**
DR. AZİZE TIRYAKIOĞLU
- 116 Psikolog Gözünden Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmeti 885**
UZM. PSK. ERKAM ÜNAL

BÖLÜM 10

ENGELLİLERLE İLGİLİ HİZMET PLANLAMASINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Bölüm Editörleri: Prof. Dr. Filiz Abacıgil • Prof. Dr. Hatice Şahin

- 117 Engellilikle İlgili Tanımlar ve Mevcut Durum 893**
PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL • ARAŞ. GÖR. DR. BEYZA KERMAN
- 118 Engelli Hakları..... 899**
DR. ÖĞR. ÜYESİ EZEL BİLGE YERLİ
- 119 Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Engellilik..... 907**
PROF. DR. HATİCE ŞAHİN
- 120 Engelli Bireylerin İstihdamında Yaşanan Sorunlar 917**
PROF. DR. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT
- 121 Engellilik ve Yerel Yönetimler..... 923**
DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ
- 122 Türkiye'de Engellilik, Eşitsizlikler ve Ayrımcılık..... 929**
PROF. DR. TACETTİN İNANDI • ARAŞ. GÖR. DR. CANSU KARABİBER
- 123 Engelli Bireylerin Beslenmesi 941**
PROF. DR. ELÇİN BALCI • DR. ÖĞR. ÜYESİ MUHAMMET BAYRAKTAR
- 124 Engeli Olan Çocuklar..... 947**
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN ARAS
- 125 Türkiye'de Cezaevlerinde Bulunan Engelli Mahkumların Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi 953**
ARAŞ. GÖR. DR. KENAN İLKAY ALP • PROF. DR. PINAR OKYAY
- 126 Engelli Bireylerin Sağlığını Geliştirmede Yardımcı Teknoloji Ürünleri 959**
PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL • ARAŞ. GÖR. DR. İSMAİL ÇEVİK

BÖLÜM 11**SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ**

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Birgül Piyal

- 127 Çocuk ve Adolesanlarda Sağlığın Geliştirilmesi..... 696**
DOÇ. DR. DERYA ÇAMUR
- 128 Göçmen Sağlığının Geliştirilmesi; Gerçekleştirilenler ve Gereksinimler 981**
UZM. DR. F. DENİZ MARDİN
- 129 Türkiye’de Göçmen Sağlığı Hizmetleri-Bir İl Örneği..... 987**
PROF. DR. FERDANE OĞUZÖNCÜL • ARŞ. GÖR. DR. KEVSER TUNCER KARA
- 130 Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı ve “Tek Sağlık” Yaklaşımı 991**
DR. ÖĞR. ÜYESİ EMİNE BARAN DENİZ • PROF. DR. DİLEK ASLAN
- 131 Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Alanındaki Kitle İletişim Çalışmaları Örnekleri..... 997**
DR. ÖĞR. ÜYESİ HAKAN TÜZÜN • PROF. DR. SEÇİL ÖZKAN

BÖLÜM 12**TÜTÜN KONTROLÜ**

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Dilek Aslan

- 132 Tütün Kontrolü; Güncel Durum Tespiti, Gereksinimler ve Öneriler 1009**
PROF. DR. DİLEK ASLAN
- 133 Türkiye’de Tütün Kontrolü ile ilgili Yakın Tarihte Öne Çıkan Uygulamalar 1013**
PROF. DR. ELÇİN BALCI
- 134 Türkiye’de Yetişkinlerin Tütün Ürünü Kullanma Durumlarında Değişim (1993-2019)..... 1017**
PROF. DR. RECEP EROL SEZER
- 135 Yeni Nesil Tütün Ürünleri 1021**
ÖĞR. GÖR. DR. MELTEM ŞENGELİN • PROF. DR. DİLEK ASLAN
- 136 Türkiye’de Yetişkinlerde Tütün Kullanımı 1025**
PROF. DR. GÜNAY SAKA
- 137 Türkiye’de Gençler Arasında Tütün Kullanımı 1029**
PROF. DR. GAMZE ÇAN • UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER
- 138 Türkiye’de Kadınlar Tütün Endüstrisinin Hedefinde mi?..... 1037**
PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY
- 139 Tütün Endüstrisi Taktikleri ve Etkili Mücadele: Güncel Değerlendirmeler 1041**
DR. SEYFİ DURMAZ
- 140 Tütünsüz Üniversite Yaklaşımı ve Güncel Uygulama Örnekleri 1047**
DR. ÖĞR. ÜYESİ EMİNE BARAN DENİZ • PROF. DR. DİLEK ASLAN • PROF. DR. RAİKA DURUSOY

- 141 Tütünsüz İşyeri Yaklaşımları..... 1051**
UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER
- 142 Sigara Bırakma Yaklaşımları..... 1055**
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER
- 143 Tütün Kontrolü İçin Sağlık Okuryazarlığı ve Toplum Motivasyonu..... 1061**
UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER • UZM. DR. HİLAL GÖRGEL KAHRAMAN
- 144 Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Strateji Planı MPOWER
Kapsamında Türkiye'nin Konumu 1069**
UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER • PROF. DR. HİLAL ÖZCEBE

BÖLÜM 13

AFETLER VE HALK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Sarp Üner

- 145 Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara Hazırlığı..... 1081**
DR. SIDIKA TEKELİ YEŞİL • PROF. DR. SARP ÜNER
- 146 İnsan Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri 1087**
DR. ÖĞR. ÜYESİ ONUR ÖZLEM ÖZTÜRK • ÖĞR. GÖR. İSMET ÇELEBİ
- 147 Jeolojik Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri..... 1093**
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN GÜZEL • PROF. DR. RECEP AKDUR
- 148 Biyolojik Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri 1105**
DR. ÖĞR. ÜYESİ EBRU İNAL • PROF. DR. SARP ÜNER
- 149 Hidrolojik ve Klimatolojik Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri 1111**
DR. ÖĞR. ÜYESİ TAHSİN GÖKHAN TELATAR • ARŞ. GÖR. DR. HÜSEYİN KOÇAK
- 150 Teknolojik Kazalar ve Kbrn Olayları, Halk Sağlığı Etkileri..... 1117**
ARŞ. GÖR. DR. CÜNEYT ÇALIŞKAN • PROF. DR. NAZIM ERCÜMENT BEYHUN

BÖLÜM 14

ULUSLARARASI GÖÇ VE SAĞLIK

Bölüm Editörleri: Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman • Uzm. Dr. Hande Bahadır

- 151 Göçmen Sağlığı ve Hizmetlerine Genel Bakış 1131**
DR. ÖĞR. ÜYESİ HÜLYA ŞİRİN • ARŞ. GÖR. DR. KEVSER TUNCER KARA
ARŞ. GÖR. DR. GAMZE AKTUNA • PROF. DR. AYŞE FERDANE OĞUZÖNCÜL
- 152 Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Göçmen Sağlığı Hizmetleri..... 1137**
DYT. DAMLA İKBAL CEYHAN • KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY
- 153 Toplumsal Cinsiyet Bakışıyla Göç ve Kadın Sağlığı 1141**
PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR-ÖZVARİŞ

- 154 Uluslararası Göçmenler ve Ruh Sağlığı 1145**
 PROF. DR. CENGİZ KILIÇ • DOÇ. DR. ÖZGE KARADAĞ ÇAMAN
 UZM. KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY
- 155 Göç ve Çevre Sağlığı 1151**
 PROF. DR. MUHSİN AKBABA • UZM. DR. BURAK KURT
- 156 Göç Araştırmalarındaki Yöntemsel ve Etik Konular 1155**
 DR. SIDIKA TEKELİ YEŞİL

BÖLÜM 15

HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL BİLİMLER

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Bülent Kılıç

- 157 Halk Sağlığı ve Antropoloji 1163**
 DOÇ. DR. AYŞECAN TERZİOĞLU • SERHAT ERDAL
- 158 Halk Sağlığı ve Sosyoloji 1171**
 DR. METİN KILIÇ • ARŞ. GÖR. DR. YAĞMUR KÖKSAL YASİN • PROF. DR. BÜLENT KILIÇ
- 159 Halk Sağlığı Tarihi Çalışmaları (2014-2019)..... 1177**
 ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN
- 160 Halk Sağlığı ve Sanat: Halk Sağlığında Sinema ve Fotoğraf Kullanımı 1185**
 ARŞ. GÖR. DR. K. ONUR ŞİMŞEK • PROF. DR. NURAY ÖZGÜLNAR
- 161 Halk Sağlığı ve Sanat: Halk Sağlığında Tiyatronun Kullanımı 1189**
 DOÇ. DR. FUNDA SEVENCAN
- 162 Halk Sağlığı ve Sanat: Halk Sağlığında Edebiyatın Kullanımı..... 1193**
 ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN • PROF. DR. BÜLENT KILIÇ
- 163 Türkiye’de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri 1197**
 PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF DÖNMEZ
- 164 Geleneksel Tıp Uygulamaları Nereye Gidiyor: Alternatif Tıp Bilimselleştiriliyor mu? 1207**
 UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER
- 165 Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Çalışmaları: Tezler ve Kitaplar (2014-2019)..... 1211**
 ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN

BÖLÜM 16

SAĞLIKLA İLGİLİ SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA AMAÇLARI

Bölüm Editörleri: Dr. Eray Öntaş • Prof. Dr. Pınar Okyay

- 166 Yetersiz Beslenmenin Tüm Biçimlerinin Ortadan Kaldırılması 1233**
 UZM. DR. ELİF AYLİN YÜCE YÖRÜK

- 167 Anne Ölümlerinin Azaltılması 1237**
ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK • ARŞ. GÖR. DR. MERVE KEVSER ÇAMLİ
- 168 5 Yaş Altında Önlenebilir Tüm Ölümlerin Sona Erdirilmesi 1241**
ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLİK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ
- 169 Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele 1245**
ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM • UZM. DR. DİLEK ENER
- 170 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Kaynaklanan Ölümlerin Azaltılması ve Ruh Sağlığının Desteklenmesi 1251**
ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ • UZM. DR. DİLEK ENER
- 171 Madde Bağımlılığının Tedavi Edilmesi ve Önlenmesi 1255**
ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLİK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ
- 172 Trafik Kazalarından Kaynaklanan Yaralanma ve Ölümlerin Azaltılması 1261**
ARŞ. GÖR. DR. TÜLİN ÇOBAN
- 173 Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Aile Planlaması ve Eğitimine Evrensel Erişim... 1267**
ARŞ. GÖR. DR. GÖKÇE HAZAR OTÇU • ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ
- 174 Evrensel Sağlık Güvencesine Ulaşılması 1271**
ARŞ. GÖR. DR. TÜLİN ÇOBAN
- 175 Tehlikeli Kimyasallardan ve Kirlilikten Kaynaklanan Ölümlerin ve Hastalıkların Azaltılması 1275**
ARŞ. GÖR. DR. ATALAY AKTUNA • ARŞ. GÖR. DR. NURDAN FİLİS ÖZBAY
- 176 Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesinin Uygulanması 1279**
ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLİK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ
- 177 Karşılabilir Aşı ve İlaç İçin Araştırma-Geliştirme ile Bunlara Evrensel Erişimin Desteklenmesi 1283**
ARŞ. GÖR. DR. TUĞÇE DARTILMAK
- 178 Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanının Artırılması ve Sağlık İşgücünün Desteklenmesi 1287**
ARŞ. GÖR. DR. ANIL BAŞPINAR
- 179 Küresel Sağlık Riskleri için Erken Uyarı Sistemlerinin İyileştirilmesi 1291**
ARŞ. GÖR. DR. ERAY ÖNTAŞ • UZM. DR. DİLEK ENER
- 180 Kadınlar ve Kız Çocuklarına Yönelik Her Türlü Şiddet ve İstismarın Ortadan Kaldırılması 1295**
ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK • ARŞ. GÖR. DR. MERVE KEVSER ÇAMLİ
- 181 Üreme Sağlığı ve Haklarına Evrensel Erişim 1301**
ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ • ARŞ. GÖR. DR. GÖKÇE HAZAR OTÇU
- 182 Güvenli ve Karşılabilir İçme Suyu 1305**
UZM. DR. DİLEK ENER

- 183 Açık Alanlarda Dışıklamanın Sona Erdirilmesi, Sanitasyon ve Hijyene Erişimin Sağlanması 1311**
UZM. DR. DİLEK ENER
- 184 Su Kalitesi, Atık Su Yönetimi ve Güvenli Yeniden Kullanımın İyileştirilmesi 1319**
ARŞ. GÖR. DR. NURDAN FİLİS ÖZBAY • ARŞ. GÖR. DR. ATALAY AKTUNA
- 185 Modern Enerjiye Evrensel Erişim..... 1325**
UZM. DR. ASLI ATA TENELER • UZM. DR. ELİF AYLİN YÜCE YÖRÜK
- 186 İşçi Haklarının Korunması ve Güvenli Çalışma Ortamlarının Desteklenmesi..... 1329**
ARŞ. GÖR. DR. ANIL BAŞPINAR
- 187 Çevresel, Ekonomik ve Sosyal Afetlere Karşı Dayanıklılık Oluşturulması/ Doğal Afetlerin Olumsuz Etkilerinin Azaltılması 1333**
ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM • ARŞ. GÖR. DR. SAİDE MEVRURE DAĞDAŞ TOPAL
- 188 Şehirlerin Çevresel Etkilerinin Azaltılması 1339**
UZM. DR. DİLEK ENER
- 189 İklimle İlgili Afetlere Karşı Dayanıklılık ve Uyum Kapasitesinin Güçlendirilmesi.. 1343**
UZM. DR. DİLEK ENER • ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM
- 190 Şiddetin Her Yerde Azaltılması 1347**
ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK
- 191 Çocukların İstismar, Sömürü, Çocuk Ticareti ve Şiddetten Korunması 1351**
ARŞ. GÖR. DR. SAİDE MEVRURE DAĞDAŞ TOPAL
- 192 Evrensel Yasal Kimlik Sağlanması..... 1355**
UZM. DR. DİLEK ENER
- 193 İlerlemenin Ölçülmesi Yöntemlerinin Daha da Artırılması 1357**
ARŞ. GÖR. DR. ERAY ÖNTAŞ

➤ SAĞLIK SİSTEMİ, POLİTİKA VE İNSAN GÜCÜ, SAĞLIK EKONOMİSİ

BÖLÜM

1

> Sunuş

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ
Bölüm Editörü

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından hazırlanan 2020 Türkiye raporunun ilk bölümünde Türkiye Sağlık Sistemi 15 ayrı başlık altında tartışılmıştır. Başta Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu olmak üzere Uluslararası İlişkiler, Sağlık Ekonomisi ve Bilişim Çalışma Grupları tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Sistemi, Politika ve İnsan Gücü, Sağlık Ekonomisi bölümü özellikle Türkiye’de HASUDER’in son Türkiye Raporunun yayınlandığı 2014 yılından sonraki son 5-6 yıllık dönemi ele almıştır.

Sağlık sistemi, birbirleriyle mantıksal ve işlevsel bir bütünlük sağlayan temel bileşenlerin bir araya gelerek oluşturduğu ve birbirleriyle karşılıklı ve dinamik bir etkileşim içinde olan bir modelin, bir ülkenin veya ülkelerden oluşan bir grubun tamamına yayılmış halidir. Bu nedenle Türkiye Sağlık Sistemi bölümünde sağlık sisteminin köşe taşları olarak politika, örgütlenme, finansman, insangücü, bilgi sistemleri ve sağlık düzeyi göstergeleri seçilmiştir. Bölüm Türkiye’nin sağlık politikası alanındaki stratejisi ve halk sağlığı politikalarının tartışılmasıyla başlamakta; daha sonra örgütlenme, birinci basamak, hastaneler, insangücü (halk sağlığı uzmanlarının durumu, tıp eğitimi), sağlık harcamaları, sağlık ekonomisi çalışmaları, sosyoekonomik eşitsizlikler ve sağlık bilgi sistemleri başlıkları altında güncel durum tartışılmaktadır. Ayrıca Türkiye sağlık sisteminin uluslararası alandaki yeri ve sağlık sistemimizin temel göstergeleri de sağlık sistemlerindeki değişmelerle birlikte verilmektedir.

Türkiye sağlık sisteminin en önemli sorunlarından birisi aile hekimliği sistemiyle halk sağlığı

ğının entegrasyonundaki eksiklidir. Sağlık ocağı sistemine alternatif olarak getirilen aile hekimliği uygulamaları giderek toplumsal hizmetlerden uzaklaşmakta, halk sağlığı ile bir türlü yeterince entegre edilememektedir. Diğer yandan Türkiye’de son yıllarda sağlık politikası alanındaki bir başka sorun giderek artan eşitsizliklerdir. Bebek ve çocuk ölümlerinde, bulaşıcı hastalıklarda, beslenmeden kazalara kadar her alanda ülkemizin değişik bölgeleri ve sosyoekonomik katmanları arasında önemli farklılıklar vardır.

Gerek eşitsizliklerin azaltılması, gerekse yeni ve yeniden ortaya çıkan salgınlar nedeniyle halk sağlığının önemi giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Ayrıca bu amaçlar doğrultusunda halk sağlığı disiplinine yeterli kaynak ayrılması da büyük önem kazanmıştır. Kaynağın tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere, özellikle çevre sağlığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılacak girişimlere aktarılması ise bu aşamada yaşamsal bir önem taşımaktadır.

Günümüzde sağlık sistemlerinin değişimi özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kaynaklarında sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılık, finansal adalet ve sağlıkta eşitlik hedefleri üzerine odaklanmıştır. Sağlık sistemlerindeki bu değişimlerin sadece finansman yöntemleriyle sınırlı kalmaması, hem tüm basamaklarda halk sağlığıyla entegrasyon, hem de hastanelerin daha fazla toplum yönelimli olmasıyla sonuçlanması da amaçlanmalıdır.

Artık toplumla ve birinci basamakla bütünleşen, sağlığı koruyan ve geliştiren, çevre ve yaşlı dostu bir sağlık sistemi geliştirilmek zorundadır. Bu yeni dönem halk sağlığı ile tıbbın diğer dalları (dahili, cerrahi, temel tıp) ve sosyal bilimler (sosyoloji, antropoloji, ekonomi, politika vb) arasındaki bağı güçlendirmek için ortak bir stratejinin de geliştirilmesini gerektirmektedir. Önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerinin değişiminde en önemli mücadele alanları kuşkusuz bu konuları içerecektir.

Türkiye Sağlık Sistemi, Politika ve İnsangücü, Sağlık Ekonomisi bölümünde yaklaşık 20 kadar değişik kurumdan toplam 24 yazar görev üstlenmiştir. Bu bölümün ülkemizin sağlık düzeyinin tartışılmasında çok yararlı olacağı inancı içinde tüm yazarlara ve raporun baş editörlerine teşekkür ediyorum.

> Sağlık Politikası

1

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

Giriş

Sağlık politikası oluşturmak sağlık sorunlarını, çözümlerini ve politikacıları bir araya getirme süreci olarak tanımlanır⁽¹⁾. Politika oluşturma süreci kuşkusuz o ülkenin bağlam ve içeriğinden bağımsız olamaz⁽²⁾. Bu nedenle bir ülkedeki yasal düzenlemeler, strateji ve uygulama süreçleri de sağlık politikasının temel bileşenleri içinde yer alır. Öte yandan sağlık politikası doğal olarak sağlık sisteminin tüm bileşenlerini (örgütlenme, yönetim, finansman, insangücü vb) içermelidir⁽³⁾. En önemli yan ise oluşturulan bu politikanın halk sağlığı bakış açısını içermesi gerektirir. Halk sağlığı politikaları ise sağlığı koruma ve geliştirme eylemlerine odaklanmak demektir. 2018 yılı Ekim ayında Alma-Ata'nın 40. yıl dönümünde yayınlanan Astana Deklarasyonu ile toplantıya katılan tüm hükümetler ve Sağlık Bakanlıkları (Türkiye dahil) sağlık politikası alanında 4 konunun önemine dikkat çekmiştir⁽⁴⁾:

- Ulusal sağlık politikası/stratejisi oluşturulması
- Güçlü bir sağlık sistemine sahip olunması
- Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Bireyin ve toplumun sağlığını koruyup, geliştirilen bir çevre olması

Sağlık politikası başlıklı bu kısa giriş yazısında Türkiye'de 2014-2020 döneminde uygulanan sağlık politikaları üstte değinilen temel yaklaşımlar ve 2018 Astana Bildirgesi'nde ele alınan konular dikkate alınarak değerlendirilecektir. Bu yazı Türkiye'nin sağlık politikası alanındaki stratejisi, halk sağlığı politikaları ve sağlık sistemine yönelik politikaları başlıklarını içermektedir.

Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikası ve Stratejisi

Strateji, bir kurum ya da kuruluşun genel amaçları ve hedefleri doğrultusunda, ulaşılması istenen sonuçları alabilmesi için geniş bir bakış açısıyla, her koşul değerlendirilerek ve uzun erimde meydana gelebilecek her türlü olasılık düşünülerek, çok sektörlü ve çok disiplinli bir planlama yapılmasıdır⁽⁵⁾. Sağlık Bakanlığının ilk stratejik planını 2010 yılında yaptığını, daha sonra 2012 ve 2019'da iki stratejik plan daha hazırladığını görüyoruz^(6,7). Bu anlamda ülkemizde Sağlık Bakanlığının stratejik planlara ancak son 10 yılda sahip olduğunu ve aslında stratejik bir bakış açısına 2010 yılına kadar en azından yayınlanmış bir belge anlamında sahip olmadığını söyleyebiliriz. Stratejik planların hazırlanmasında özellikle son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Sağlık Bakanlığı arasında giderek artan bir yakın çalışma dikkati çekmektedir. Örneğin 2013-17 stratejik planı DSÖ ile birlikte hazırlanmış, ardından 2015 yılında DSÖ tarafından Türkiye'nin ulusal politikalarının incelendiği iki ayrı rapor yayınlanmıştır. Johansen tarafından hazırlanan ve Türkiye'nin 2013-17 ulusal stratejik planının incelendiği 70 sayfalık raporla, gene DSÖ tarafından Türkiye sağlık sisteminin Finlandiya ve Moldova ile birlikte karşılaştırılarak incelendiği 3 ülkeli sağlık sistemi raporu bu konuda dikkati çekmektedir^(8,9). Bu olumlu işbirliğinin devam etmesi iki taraf için de gereklidir.

Sağlık Bakanlığının 2019-2023 stratejik planına bakıldığında vizyonunun "Sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolaylıkla ve yüksek hizmet kalitesiyle eriştiği bir Türkiye" ve mis-

yonunun ise *“insan merkezli yaklaşımla birey ve toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmak”* olarak tanımlandığını görüyoruz⁽⁷⁾. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığının vizyonunun oldukça yeterli olmakla birlikte, eşitsizliklerin giderilmesine, finansal adalete ve hakkaniyete yeterince vurgu yapmadığı için, misyonunun ise toplum merkezli olmaktan çok birey merkezli bir söyleme sahip olması nedeniyle eleştirebiliriz. Özellikle finansal adalet konusunun, sağlık sistemini sigorta primleriyle finanse eden bizim gibi ülkeler için çok önemli olduğunu DSÖ de vurgulamaktadır^(4,10). Birey yerine toplum merkezli sağlık hizmeti sunumu ise halk sağlığının önemli bir amacı ve vizyonudur⁽⁵⁾.

Stratejik planın amaçları *“sağlıklı yaşamı teşvik etmek,” “birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek,” “sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak,” “sağlık hizmetlerinde bütünlük sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek,” “vatandaş ile sağlık çalışanının memnuniyetini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak”* ve *“ülkeminin sosyoekonomik kalkınmasına ve küresel sağlığa katkıda bulunmak; sağlık endüstrilerinde milli teknolojiyi geliştirmek ve yerli üretimi artırmak”* olarak 6 başlık altında verilmiştir⁷.

Stratejik planın amaç ve hedefleri oldukça yeterli ve ayrıntılı olarak verilmiştir. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bütünlük sağlığı hizmeti modelini yaşama geçirmek amaçlarında halk sağlığının topluma ve bireye yönelik koruyucu hizmetleriyle aile hekimliği sisteminin entegrasyonu konusunun ele alınmaması çok önemli bir eksiklik. Plandaki bir diğer eksiklik de AR-GE çalışmalarını sadece ilaç ve tıbbi cihazla sınırlandırıp, aşı gibi stratejik bir üründen hiç bahsedilmemesidir.

Ancak Türkiye'nin sağlık politikalarıyla ilgili esas eksiklik Sağlık Bakanlığının stratejik planlarında ele alınan konuların uygulamaya ilişkin sorunlarıdır. Örneğin Türkiye'nin stratejik planlarında sektörler arası iş birliği olduğu iddia edilmesine karşın bunun uygulamada yeterince yerine getirilmediği görülmektedir. Bu konuda özellikle hükümet dışı kurumların (paydaşların) birbirine karşı duyduğu güven eksikliği de önemli bir sorundur. Bu konuda üniversiteler, meslek örgütleri, uzmanlık dernekle-

ri, sendikalar ve siyasi partilerin yoğun bir eleştirisi vardır⁽¹¹⁾. Nitekim bu eksiklik Covid-19 pandemi döneminde de tekrar gündeme gelmiştir.

İkinci eksiklik Sağlık Bakanlığının şeffaflığı konusudur. DSÖ'nün de raporlarında sürekli önerdiği gibi bir ülkenin sağlık sisteminin şeffaflık ve ölçülebilirlik üzerinden değerlendirilmesi gerekir^(4,8-10). Bu anlamda da sağlık sistemimizin yeterince şeffaf olmadığı açıkça görülmektedir. Özellikle ulusal verilerin üniversitelerle paylaşılmasında yaşanan sıkıntılar, veri tabanlarına ulaşmaktaki güçlükler, araştırmalarla ilgili Sağlık Bakanlığından izin alınmasında çıkarılan güçlükler (özellikle muhalif olduğu bilinen bilim insanlarına çıkartılan güçlükler) son derece üzücüdür. Sağlık Bakanlığının yeterince şeffaf olmadığı ve aşırı merkezizetçi otoriter yapısı son covid-19 pandemisindeki tavırlarıyla (örneğin vaka-hasta sınıflamalarındaki tutumu, PCR test sonuçlarını paylaşmaması, vakaların illere ve yaş gruplarına göre dağılımını düzenli ve ayrıntılı olarak vermemesi vb) ve covid-19 araştırmalarının öncelikle bakanlık iznine tabi bırakılması iyice açığa çıkmıştır. Oysa Sağlık Bakanlığının ülkede önderlik görevini üstlenen, ancak aynı zamanda farklı kurumların katılımına da önem veren bir yapıda olması gerekir. Sağlık Bakanlığının ulusal düzeyde yeterli ve güvenilir veri toplayan lider bir kurum olması zorunluluğu vardır⁽¹⁰⁾. Sağlık yöneticilerinin ve hükümetlerin daha güvenilir olmasını sağlayacak olan bu tutum Sağlık Bakanlığının yönetsel alanda yapacağı reformlarla sağlanabilir. 21. yüzyılın yeni sağlık politikacıları ve yöneticileri katılımcı, tartışma yöntemlerini bilen, sektörler arası işbirliğine açık, şeffaf, bilimsel yöneticiler olmak zorundadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığının yönetici atamaları kayırmacı, nepotizme, kronizme, patronaja dayalı uygulamalar yerine liyakata ve kariyere dayalı şekilde olmalıdır⁽¹²⁾. Sağlık Bakanlığının bu konuda çok yetersiz olduğu, konunun uzmanı olan halk sağlığı uzmanları yerine çoğunlukla mezuniyet sonrası bir eğitimi olmayan pratisyen hekimleri il ve ilçe sağlık müdürü olarak atadıkları görülmektedir (bu konuda daha ayrıntılı veri için lütfen 6. Bölüm, sayfa 51'de verilen “Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu” bölümüne bakınız).

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığının ulusal politika ve strateji dokümanlarını hazırlamış olması ve DSÖ ile işbirliği yapması çok olumlu olmakla birlikte bu politikaların yaşama geçmesinde, şeffaflıkta ve yönetsel uygulamalarda önemli sıkıntılar vardır⁽¹³⁾.

Türkiye’de Halk Sağlığı Politikaları

Halk sağlığı politikalarının stratejik önemi sağlığı koruma ve geliştirmeye dayalı olmasından, erken tanı ve tedaviye önem vermesinden kaynaklanmaktadır. Halk sağlığı politikaları ev kazalarından, obeziteyle mücadelele, meslek hastalıklarından, çevre sağlığına kadar çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu nedenle Türkiye’de halk sağlığı politikalarının oluşturulmasında ve yönetilmesinde Sağlık Bakanlığı’na çok büyük bir görev düşmektedir. Bu anlamda halk sağlığının savunuculuğunu yapmak en az HASUDER kadar Sağlık Bakanlığının da görevidir. Halk sağlığına gerekli kaynakları ayırmak, halk sağlığı insan gücünü yetiştirmek ve istihdam etmek Sağlık Bakanlığının öncelikli politikası olmalıdır. Fakat Sağlık Bakanlığı ve özellikle SGK politikaları çoğunlukla sağlıktan çok hastalığa odaklanmaktadır.

Son 10 yıllık döneme bakıldığında tüm dünyada ve ülkemizde halk sağlığı alanında iki konunun ön plana çıktığı görülmektedir: Bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp ve damar hastalıkları, kanserler, mental hastalıklar vb) ve yeni/yeniden ortaya çıkan salgınlar (Covid-19 ve Tbc gibi). Sağlık Bakanlığı politikaları bu iki alanda da önemli eksiklikler içermektedir^(11,13). Sağlık kayıtlarının güvenilirliği, sürveyans eksikliği ve verilerin değerlendirilmesinde önemli sıkıntılar vardır. Birinci basamak yeterli düzeyde değildir, aile hekimliği halk sağlığı ile entegre edilememiştir ve birinci basamakta kaçırılmış fırsatlar söz konusudur. Uygulanacak politikaların başarılı olması için sağlık yöneticilerinde nüfus temelli bir bakış açısı ve verilerin değerlendirilebilmesi için iyi bir epidemiyoloji bilgisi gerektiği açıktır⁽⁶⁾. Ayrıca halk sağlığı politikaları sosyal bilimlerle birlikte geliştirilmelidir (bu konuda daha ayrıntılı veri için lütfen “Bölüm 15, sayfa 1163’de Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler” başlıklı bölüme bakınız). Sağlık Bakanlığının bu anlamda da başarılı bir halk sağlığı politikası yoktur.

Buna ek olarak halk sağlığıyla ilgili politikalar günümüzde hassas halk sağlığı (precision public health) ve hassas önleme (precision prevention) uygulamaları ile de zenginleştirilmelidir⁽¹⁴⁾. Bu politikalara genomics teknolojileri kullanılarak yapılan koruyucu sağlık uygulamaları ve daha etkili aşıların geliştirilmesi için kullanılan gen teknolojileri de eklenmelidir⁽¹⁵⁾. Günümüz covid-19 gelişmeleri ışığında özellikle aşı konusu giderek daha büyük bir önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak sigarayla mücadele, kanser taramaları ve sağlıklı hayat merkezleri açılması gibi olumlu adımlar ve kısmi başarılar olmakla birlikte Türkiye’de halk sağlığı politikalarının yeterince uygulandığını söylemek zordur.

Türkiye Sağlık Sistemine Yönelik Politikalar

Türkiye sağlık sisteminin en önemli sorunlarından birisi aile hekimliği sistemiyle halk sağlığının entegrasyonundaki eksikliklerdir. Sağlık ocağı sistemine alternatif olarak getirilen aile hekimliği uygulamaları giderek toplumsal hizmetlerden uzaklaşmakta, halk sağlığı ile bir türlü yeterince entegre edilememektedir. Aile hekimleri bireye yönelik sağlık hizmetlerini sunarken İlçe Sağlık Müdürlüğü birimleri topluma yönelik hizmetleri vermektedir. Bu durum bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kanser taramaları, okul sağlığı, iş sağlığı gibi uygulamalarda kopukluk yaratmaktadır^(16,17).

Bu sorunların bir diğer nedeni halk sağlığı insangücüne yeterli önem verilmemesidir. Özellikle bireylerin yaşam tarzı değişikliği ve tedavi konusunda danışmanlık yaparken halk sağlığı bilgi birikimi ön plana çıkmaktadır. Epidemiyoloji ve kanıta dayalı tıp uygulamaları verimli araştırma, doğru tanı ve araştırma yoluyla üretilen yeni bilgilerin yönetimi ve yorumlanması için gereklidir. İnsangücü açısından bakıldığında ise en önemli rol tıp fakülteleri başta olmak üzere sağlıkla ilgili tüm eğitim kurumlarındadır. Bu nedenle tıp eğitiminde de halk sağlığı konularına daha fazla yer verilmesi, multidisipliner bir yaklaşım içinde tıbbın diğer dalları ve halk sağlığı bağının güçlenmesi için ortak bir strateji geliştirilmesi ve Türkiye’de de dört yıllık fakülte düzeyinde halk sağlığı okullarının açılmaya başlaması gerekmektedir⁽¹⁴⁾.

Sağlık sistemine finansman açısından bakıldığında ise son on yılda Türkiye’de toplam sağlık harcamasının reel olarak yaklaşık 2 kat artmasına karşın GSYİH içindeki payının %5.4’den %4.4’e düştüğü görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış hem Avrupa hem OECD ülkeleri açısından kıyaslandığında yeterli olmadığı görülmektedir⁽¹⁸⁾ (bu konuda daha ayrıntılı veri için lütfen 11. Bölüm, sayfa 75’de verilen “Sağlık Harcamaları” bölümüne bakınız). Ayrıca sağlık politikalarının tüketimi arttırmaya yönelik olması, cepten yapılan reel harcamalarda aşırı artışla sonuçlanması, sağlıktaki

özelleştirmeyi teşvik etmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın artmaması nedeniyle toplum sağlığını istendiği düzeyde etkilememiştir. Türkiye’de öncelikle koruyucu sağlık hizmeti harcamalarının artırılması gerekmektedir⁽¹⁸⁾. Bu hedef giderek yaşlanan nüfusun gereksinimleri, salgınlarla mücadele, sağlıkta eğitim-araştırma harcamaları ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle stratejik bir önem taşımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe içinde özellikle stratejik bir ürün olarak aşıya yatırım yapılmalı ve kapatılan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü aşu üretim birimi tekrar açılmalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı stratejik planları olumlu olmakla birlikte sağlık örgütlenmesinde, insangücünde, yönetimde ve finansmanda ciddi sıkıntılar vardır. Halk sağlığına yeterli yatırım yapılmaması, halk sağlığı uzmanlarına yönetimde çok az yer verilmesi, atamalarda kayırmacılık, verilerde şeffaflıktan ve bilimsellikten uzak yaklaşımlar en önemli sorunlardır. Türkiye’de son yıllarda sağlık politikası alanındaki bir başka en önemli sorun giderek artan eşitsizliklerdir. Bebek ve çocuk ölümlerinde ülkemizin değişik bölgeleri arasında 3-4 kat fark vardır⁽¹⁹⁾. Gerek eşitsizliklerin azaltılması, gerekse yeni ve yeniden ortaya çıkan salgınlara nedeniyle halk sağlığının önemi giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Ayrıca bu amaçlar doğrultusunda halk sağlığı disiplinine yeterli kaynak ayrılması büyük önem kazanmıştır. Kaynağın tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere, özellikle çevre sağlığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yapılacak girişimlere aktarılması bu aşamada oldukça önemlidir.

Kaynaklar

- 1) Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. 2nd ed. McGraw-Hill, Open University Press, England, 2012.
- 2) Walt G. Health Policy: An introduction to process and power. Zed Books, 3rd ed. USA, 1998.
- 3) Roemer MI. National Health Systems of the World. vol 1: The Countries, Oxford Univ.Press, NY, USA, 1991.
- 4) WHO. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, WHO/HIS/SDS/2018.61, 25-26 October 2018.
- 5) Kılıç B, Ünal B. (editörler) Toplum Yönelimli Sağlık: TOYS. Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği Yayınları, Yayın no:2019/1, EMA Tıp Kitabevi, İstanbul, 2019.
- 6) TC Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara, 2012.
- 7) TC Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı. Yayın No: 1148, Ankara, 2019.
- 8) Johansen A.S. Strategic planning for health: a case study from Turkey. WHO European Region, Copenhagen, 2015.
- 9) Juan Tello, Claudia Baez-Camargo (ed) Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. World Health Organization, Copenhagen, 2015.
- 10) WHO. The World Health Report 2008, Now More Than Ever. Geneva, 2008.
- 11) Kılıç B. Türkiye’de 2000 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları. Okay P, Dedeoğlu N, Öztekin Z. (editörler). Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı. HASUDER Yayın No:2018-5, s:42-64, Ankara, 2018.
- 12) Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). HASUDER Yayın No:2014-1, Ankara, 2014.
- 13) Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, Phillimore P, Zaman S. Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. International Journal of Public Health, 2015, 60 (supplement 1) S47-S53.
- 14) Kılıç B. Değişen Dünyada 21. Yüzyıl Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019:21-28.
- 15) Khoury MJ, Iademarco MF, Riley WT. Precision Public Health for the Era of Precision Medicine, Am J Prev Med 2016;50(3):398-401.
- 16) Çevik C, Kılıç B. Change from health center to family physician period in Turkish health system: a qualitative study. International Journal of Health Planning and Management, Volume 33, Issue 3, e1022-e1036, July/September 2018.
- 17) Çevik C, Sözmek K, Kılıç B. How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for General Practitioners. European Journal of General Practice, 2018, 24(1):74-83.
- 18) Kılıç B. Türkiye’de Sağlık Finansmanı. Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde. Ed: Ertem M, Çan G. HASUDER Yayın No: 2014-8. s:770-781, Ankara, Ocak 2015.
- 19) TTB Merkez Konseyi. 21. Yüzyılın 3. On yılına başlarken Türkiye’nin sağlığı. Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat 2020, cilt:35, sayı:1:55-58.

> Sağlık Örgütlenmesi

2

UZM. DR. MİTHAT TEMİZER • PROF. DR. AHMET ÖNER KURT

Giriş

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Örgütlenme yapısında bazıları temel ilkesel değişiklikler bazıları da küçük çaplı müdahaleler şeklinde değişimler yaşanmıştır. Cumhuriyet sonrasında 1936 yılında yayımlanan 3017 sayılı “Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu”nun 3, 4, 5 ve 6’ncı Maddeleri ile Sağlık Bakanlığının Merkez Örgütlenme yapısı oluşturulmuştur⁽¹⁾. Sonraki süreçte 1961 yılında yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu” ile Bakanlığın taşra örgütünde yapısal ve ilkesel değişim yapılmıştır⁽²⁾. Yıl 1983’e geldiğinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasına, örgüt yapısı ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemek amacıyla 181 Sayılı “Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” yayımlanmıştır⁽³⁾. Bu KHK ile Bakanlık merkez ve taşra örgütlenmesinde önemli değişimler yapılmıştır.

Sağlığın piyasalaştırılması olarak tanımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının hemen başlangıcında 2004 yılında birinci basamak yapılanmasında sağlık ocakları yerine aile hekimliğini getiren “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”⁽⁴⁾ yayımlanmıştır. Karar alma ve uygulama süreçlerinde merkezi yapının ağırlıkta olduğu Sağlık Bakanlığı 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile üç parçalı hale dönüştürülmüştür⁽⁵⁾. Bu değişim, hem Bakanlık Merkez hem de Taşra Örgütlenmesinde

yapılmıştır. Bakanlık Merkez örgütlenmesinde yeni olarak dört bağlı kuruluş (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) ve Taşrada Bakanlık temsilen il sağlık müdürü görev yaparken, bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu temsilen halk sağlığı müdürü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu temsilen kamu hastane birliği başkanı görevlendirilmiştir⁽⁶⁾.

Raporun bu bölümünde 2014 yılı sonrasında Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra örgüt yapısındaki değişim paylaşılacak ve son altı yıldaki süreç değerlendirilecektir.

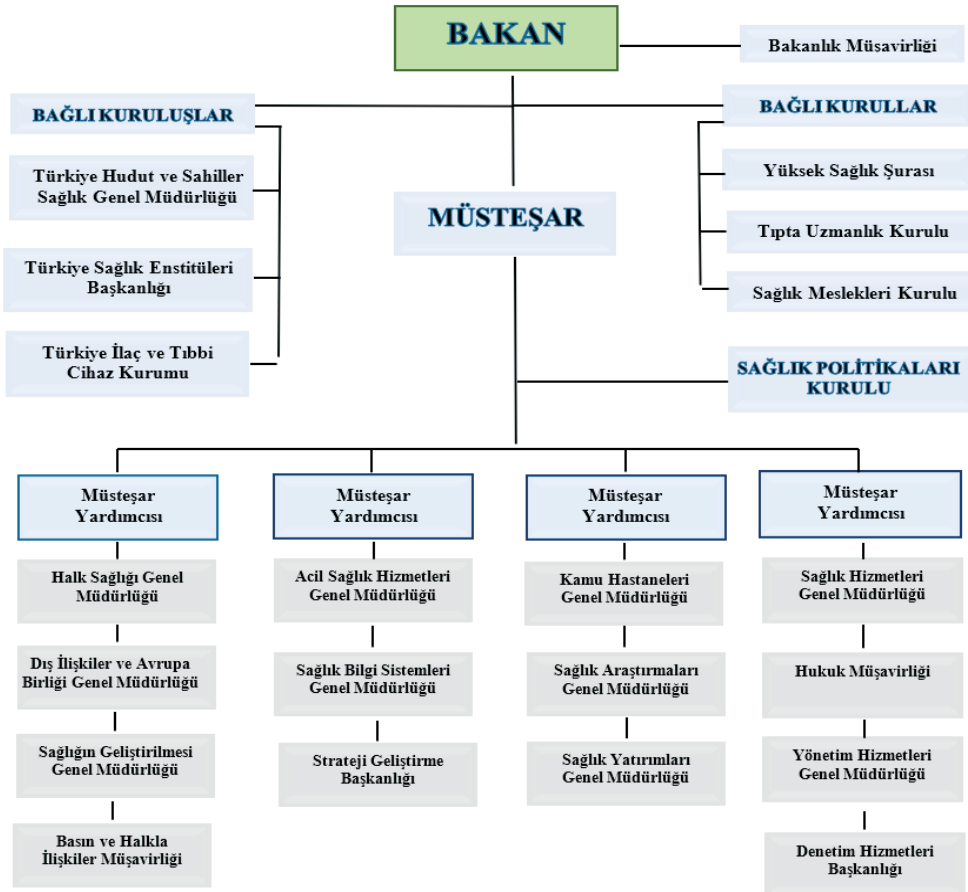
Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütlenme

Sağlık Bakanlığının merkezi ve taşra düzeyinde kendi içerisinde yönetsel açıdan çok başlı örgüt yapısı yaşanan sorunlar üzerine 2017 yılında 694 Sayılı “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile 2012 yılındaki örgütlenmeye benzer şekilde yeniden yapılandırılmıştır⁽⁶⁾. Dönemin Sağlık Bakanı tarafından Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra yapısında 663 Sayılı KHK ile oluşturulan bürokratik üç başlı yapıdan doğan yetki çatışmalarını ve her yapının yaşadığı yönetsel, mali, teknik yetersizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla 694 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığında yeni bir yapılanmaya gidildiği belirtilmiştir^(7,8). Toplamda 205 maddeden oluşan KHK’nin 184-194’ncü maddeleri arasındaki

11 madde ile Bakanlığın yeni örgüt yapısı ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. KHK'nin 184'ncü Maddesi ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumları bağlı kuruluş statüleri kaldırılarak "Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü" ve "Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü"ne dönüştürülmüştür. Bakanlık Merkez örgütlenmesi 694 Sayılı KHK ile temel olarak; Bakan, Müşavirler, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları, bağlı kuruluşlar, bağlı kurullar ve birçoğu genel müdürlük şeklinde olan hizmet birimleri şeklinde yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı Merkez örgütlenme şeması 694 Sayılı KHK sonrası aşağıdaki şekilde oluşmuştur (Şekil 2.1- 694 Sayılı KHK temel alınarak çizilmiştir⁽⁶⁾).

Ülkemizde 24 Haziran 2018 tarihinden sonra geçilen Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi sonrasında Sağlık Bakanlığının yeni yönetim sistemine uyumunu sağlamak için 09 Temmuz 2018 Tarihinde yayımlanan 703 sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun

ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"⁽⁹⁾ ve 10 Temmuz 2018 Tarihinde yayımlanan 1 Nolu "Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi"⁽¹⁰⁾ (CBK) ile Bakanlık örgütlenme yapısında birçok değişim olmuştur. Bakanlık ve bağlı kuruluşlarındaki müsteşar, müsteşar yardımcısı kadroları iptal edilmiştir. Bu tarihten itibaren merkez örgütlenmedeki bürokratik yapı bakan, bakan yardımcısı, bağlı kuruluşlar, bağlı kurullar ve genel müdürlük ya da daire başkanlığı şeklinde olan hizmet birimleri şeklinde yapılandırılmıştır. 15 Temmuz 2018 Tarihinde yayımlanan 4 Nolu "Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi"⁽¹¹⁾ ile bağlı kuruluşlardan "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" ve "Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü"nü görev tanımları, yetkileri ve sorumlulukları belirlenmiştir. Bu değişik-



Şekil 2.1 694 Sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığının Merkez Örgütlenme Şeması, 2017.

Kaynak: 694 Sayılı KHK(6) temel alınarak çizilmiştir.

likler sonunda; müşteri ve müşteri yardımcıları kaldırılmış, bakan yardımcıları görevlendirilmiş, bağlı kuruluşları değiştirilmemiş, bağlı kurullardan olan “Yüksek Sağlık Şurası” kaldırılmıştır⁽⁸⁾. Sağlık Bakanlığı Merkez örgütlenme şeması; 703 Sayılı KHK, 1 Nolu CBK ve 4 Nolu CBK sonrası aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır⁽¹²⁾ (Şekil 2.2 T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı Teşkilat Şeması⁽¹²⁾, 703 Sayılı KHK⁽⁹⁾ ve 4 Nolu CBK⁽¹¹⁾ temel alınarak çizilmiştir⁽⁶⁾).

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

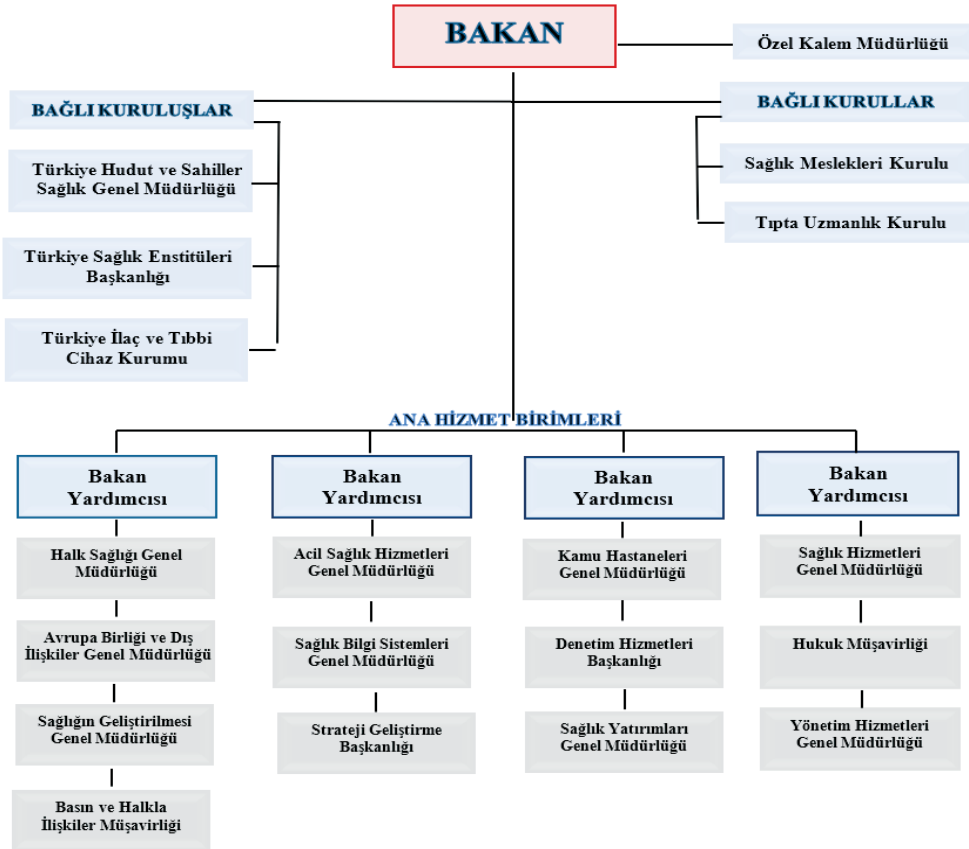
Bakanlığın taşra örgütlenmesi; il, ilçe sağlık müdürlüğü ve ildeki sağlık tesislerinden oluşmaktadır. Sağlık tesislerinden, hastaneler il sağlık müdürlüğüne, diğer tesisler ise ilgisine göre il sağlık müdürlüğü veya ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı olarak hizmet sunmaktadır. Ülkemizde il düzeyinde sağlık

hizmetlerinin sunumu ve sağlık kurumlarının yönetilmesinden sorumlu en yetkili idari amir İl Sağlık Müdürü olarak belirlenmiştir.

İkibin On Yedi yılında 694 Sayılı KHK⁽⁶⁾ ile merkez örgütlenme yapısında genel müdürlüğe dönüştürülen Türkiye Halk Sağlığı ve Türkiye Kamu Hastaneleri kurumlarının taşra örgütleri olan Halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastane birliği genel sekreterliği⁽¹⁾, İl sağlık müdürlüğü çatısında birleştirilmiştir. Böylece ildeki halk sağlığı müdürlüğü ve genel sekreterlik, başkanlığa dönüştürülerek il sağlık müdürlüğüne bağlanmıştır.

Daha önce 663 Sayılı KHK ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra örgütlenmesi olan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve ona bağlı sağlık kuruluşlarında uygulanan sözleşmeli yöneticilik modeli tüm taşra teşkilatı yöneticilerine uygulanmaya başlanmıştır⁽¹³⁾.

İki Bin On Yedi yılında 694 sayılı KHK ile getirilen yeni taşra örgütlenmesinin önceki yapıdan



Şekil 2.1 Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütlenme Şeması, 2018.

Kaynaklar: T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı Teşkilat Şeması⁽¹²⁾, 703 Sayılı KHK⁽⁹⁾ ve 4 Nolu CBK⁽¹¹⁾ temel alınarak çizilmiştir⁽⁶⁾

iki ana farkı bulunmaktadır. 1- Daha önce il sağlık müdürü, müdür yardımcısı, şube müdürü olarak sıralanan üçlü bürokratik yapıyı il sağlık müdürü, başkan, başkan yardımcısı ve uzman (birim sorumlusu) olarak dörtlü bürokratik yapı ile değiştirmiştir. 2- Anılan ünvanlar sözleşmeli pozisyon haline getirilmiştir. Sözleşme şartı ise genel şart olarak lisans mezuniyeti ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 48'nci Maddesinde belirtilen devlet memurluğuna alınacaklarda aranan şartlardır. Sağlık Bakanlığı tarafından "sözleşmeli yönetici performans değerlendirme kriterleri gösterge kartları"⁽¹⁴⁾ yayınlanmakta olup, sözleşmeli yöneticilerin performans değerlendirmeleri bu kriterlere göre yapılmaktadır. Sözleşme süresi ise iki yıldan dört yıla kadar olabilmektedir⁽⁵⁾.

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'ye⁽¹³⁾ göre iller TÜİK nüfus büyüklüklerine göre İ1 ila İ9 arasında sınıflandırılmış (Tablo 2.1) ve yine buna göre il sağlık müdürüne bağlı olarak çalışan başkan, başkan yardımcısı ve ilçe sağlık müdürü kadroları tanımlanmıştır (Tablo 2.2).

Tablo 2.1 İllerin nüfus büyüklüklerine göre sağlık müdürlüğünün grup dağılımı

İlin nüfusu	Grup
10.000.000'den büyük olan iller	İ1
4.500.000 ile 10.000.000 olan iller	İ2
3.500.000 ile 4.500.000 olan iller	İ3
2.500.000 ile 3.500.000 olan iller	İ4
1.500.000 ile 2.500.000 olan iller	İ5
720.000 ile 1.500.000 olan iller	İ6
500.000 ile 720.000 olan iller	İ7
250.000 ile 500.000 olan iller	İ8
250.000'den küçük olan iller	İ9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarih: 04 Ocak 2012, Sayı: 28163. (Değişik:RG-7/10/2017-30203)

Tablo 2.2 İl sağlık müdürlüklerinin gruplarına göre yönetici kadro görev unvan ve sayılarının dağılımı

Pozisyon	İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
İl Sağlık Müdürü	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Başkan	11	7	7	5	5	4	4	4	2
Başkan Yardımcısı	30	17	13	11	9	8	5	4	3
İlçe Sağlık Müdürü	38	16	25	13	15	12	7	4	-
Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü kurulur.									

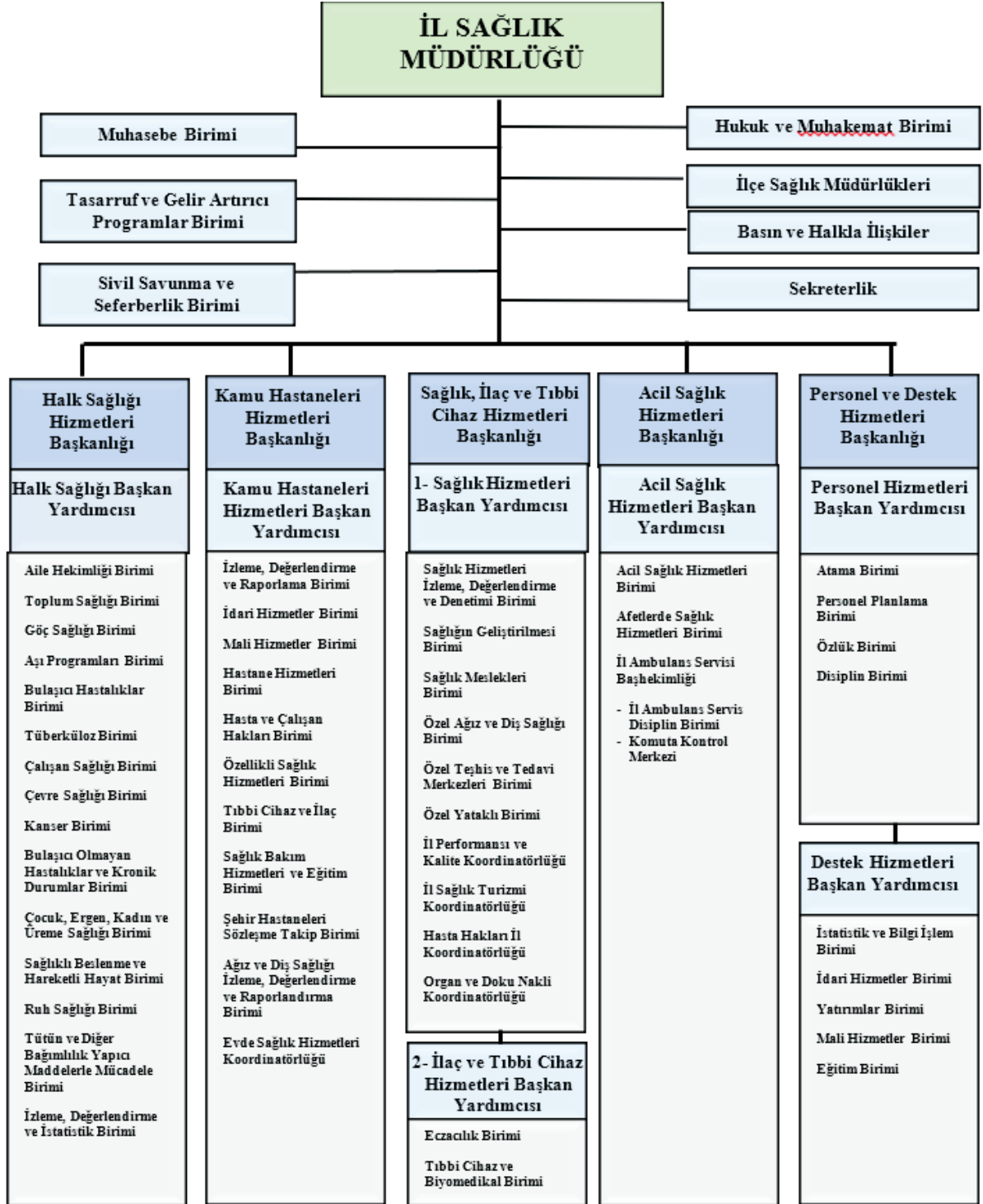
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarih: 04 Ocak 2012, Sayı: 28163. (Değişik:RG-22/10/2020-31282)

İl düzeyinde Sağlık Müdürüne bağlı olarak; Kamu hastaneleri hizmetleri, Halk sağlığı hizmetleri, Acil sağlık hizmetleri, Sağlık hizmetleri, İlaç ve tıbbi cihaz hizmetleri, Personel hizmetleri ve Destek hizmetleri olarak yedi başkanlık yer almaktadır⁽¹³⁾. Aşağıdaki tabloda İ4 ve İ5 grubunda yer alan, 5 başkanlığın ve başkanlıklara bağlı birimlerin görüldüğü örnek bir il sağlık müdürlüğü örgütlenme şeması yer almaktadır (Şekil 2.3 T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı Teşkilat Şeması⁽¹²⁾, 703 Sayılı KHK⁽⁹⁾, 4 Nolu CBK⁽¹¹⁾ ve Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge⁽¹³⁾ temel alınarak çizilmiştir).

Ülkemizde "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği"⁽¹⁵⁾ uygun olarak Bakanlığın ilçe düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla müdürlüğe bağlı olarak ilçe sağlık müdürlükleri kurulmaktadır. Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü hizmet vermektedir. Büyükşehir belediyesi statüsü bulunmayan illerin merkez ilçelerinde ilçe sağlık müdürlüğü kurulmaz. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı ilçelerdeki hizmetler ilçe devlet hastanesi başhekimliği ve/veya toplum sağlığı merkezi başkanları tarafından yerine getirilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile sağlığı merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir. İlçe sağlık müdürlüklerinin görev, yetki ve sorumlulukları açısından il sağlık müdürüne karşı sorumlu olup, müdürlük tarafından verilen görevleri ilçe düzeyinde yerine getirmek, yapılan düzenlemelere uyumu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak ve müdür tarafından verilen görevleri yapmakla yükümlüdür⁽¹³⁾.

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Yönerge'ye⁽¹³⁾ göre; İlçe sağlık müdürlüğü bünyesindeki iş ve işlemleri yürütmek üzere, TÜİK verileri esas alınarak nüfusu; 200.000 ila 350.000 arasında olan ilçelere 2'yi, 350.000 ila 500.000 arasında olan ilçelere 3'ü, 500.000 ila 750.000 arasında olan ilçelere 4'ü, 750.000'in üzerinde olan ilçelere 5'i geçmemek üzere ilçe sağlık müdürü tarafından birim kurulabilmektedir. Birimlerin sorumluluğu şube müdürleri ve/veya uzmanlar tarafından yerine getirilmektedir.

İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde bölge yine ilçe olmakla beraber bölge sağlık yöne-



Şekil 2.3 İl Sağlık Müdürlüğü Örgütlenme Şeması.

Kaynaklar: T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı Teşkilat Şeması⁽¹²⁾, 703 Sayılı KHK⁽⁹⁾, 4 Nolu CBK⁽¹¹⁾ ve Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge⁽¹³⁾ temel alınarak çizilmiştir.

ticisi TSM başkanı olmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinin iş ve işlemleri de Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine⁽¹⁶⁾ uygun olarak yerine getirilmektedir.

Ülkemiz 2014 Yılı sonrası Sağlık Örgütlenmesinin Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı 2003 yılında başlattığı “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla” kamu sağlık yönetiminde temel ilke olarak “kürek çeken balık tutan tutan” bakanlık yaklaşımını ön plana almıştır. Bu bağlamda 2011 yılında 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı üç parçalı bir yapıya dönüştürülmüştür. Hem merkezi düzeyde hem de taşrada yaşanan yönetsel ve finansal sorunlar sonrasında 2017 Yılında 694 Sayılı KHK ile mevcut yeni sistemden tekrar bir eski sisteme dönüş olduğu söylenebilir. Bakanlığın 663 sayılı KHK ile getirilen yeni yapılanmadan umduğunu bulamadığı anlaşılmaktadır, yaklaşık 6 sene sonra merkezi yapıyı güçlendiren bir anlayışla 694 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK'nın getirdiği değişikliklerin çoğu geri alınmıştır. 2017 yılında olan bu değişiklik üzerinden çok zaman geçmeden Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile 2018 yılında yayımlanan 703 Sayılı KHK ile Bakanlığın örgütlenme yapısı yeniden değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığının örgütlenme yapısında bu değişimlerde gözden kaçmaması gereken noktalardan birisi artık tüm taşra sağlık yöneticilerinin sözleşmeli yönetici olarak görev yapıyor olmasıdır. İlk uygulaması Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatında olmak üzere 2011 yılına kadar giden sözleşmeli yöneticiliğin hala net performans değerlendirme kriterleri bulunmamakta, sözleşmeli yönetici seçim süreci şeffaf bir biçimde yürütülmemekte, sözleşmeli yöneticiliğe başvuru şartları ve tarihi net olarak bildirilmemektedir. Yasal çerçevesi çok geniş olan sözleşmeli yöneticilik kriterlerinin her pozisyona göre ayrıntılı tanımlanması, seçim sürecinin ilan ve başvuru yoluyla olması, görevde yükselme olanağının sağlanması, performans değerlendirme kriterlerine göre hazırlanan sözleşmeli yönetici karnelerinin kamuya açık olması, yeni kamu yönetimi (YKY) ilkelerine uyumu sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu. Kanun No: 3017 Kabul tarihi: 9/ 6/1936. Resmi Gazete Tarih: 23 Haziran 1936, Sayı: 3337.
- 2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224 Kabul tarihi: 05 Ocak 1961. Resmi Gazete Tarih: 12 Ocak 1961, Sayı: 10705.
- 3) Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/181. Resmi Gazete Tarih: 14 Aralık 1983 Sayı: 18251 (Mükerrer).
- 4) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004. Resmi Gazete Tarih: 09 Aralık 2004, Sayı: 25665. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>.
- 5) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/663. Resmi Gazete Tarih: 2 Kasım 2011, Sayı: 28103 (Mükerrer). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>.
- 6) Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (694 Sayılı KHK). Resmi Gazete Tarih: 25 Ağustos 2017, Sayı: 30165. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825.htm>.
- 7) Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Haber. 14 Kasım 2017 tarihli Basın Açıklamaları: 2018 Yılı Bütçesi Plan Ve Bütçe Komisyonunda... Erişim tarihi: 29.07.2020. Erişim adresi: https://meclishaber.tbmm.gov.tr/develop/owa/haber_portal.aciklama?p1=142737.
- 8) Durmuş A, Durmuş MN. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Usaysad Derg, 2019; 5(2): 216-229.
- 9) Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (703 Sayılı KHK). Resmi Gazete Tarih: 09 Temmuz 2018, Sayı: 30473 (3. Mükerrer). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180709M3.htm>.
- 10) Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Numarası: 1). Resmi Gazete Tarih: 10 Temmuz 2018, Sayı: 30474. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180710.htm>.
- 11) Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Numarası: 4). Resmi Gazete Tarih: 15 Temmuz 2018, Sayı: 30479. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180715.htm>.
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı Teşkilat Şeması. Erişim tarihi: Temmuz 2020. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>.
- 13) Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. Tarih: 07/11/2017, Sayı: 39608046-010.04-51275.
- 14) Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Kriterleri Gösterge Kartları Erişim tarihi: Ağustos 2020. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>. <https://yhg.m.saglik.gov.tr/TR,50846/sozlesmeli-yonetici-performans-degerlendirme-kriterleri-gosterge-kartlari.html>.
- 15) Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 04 Ocak 2012, Sayı: 28163. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/01/20120104.htm>.
- 16) Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 05 Şubat 2015, Sayı: 29258. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205.htm>.

Birinci Basamak

> Sağlık Hizmetleri

3

PROF. DR. ERHAN ESER • UZM. DR. MÜJDE İLGÜN

Giriş ve Tanımlar

Raporun bu bölümünde Türkiye’de Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısal ve işlevsel durumunu değerlendirmeye çalışacağız. HASUDER’in Türkiye’de Halk Sağlığının Durumu raporlarının bir ders kitabı niteliğinde geniş ölçekli bir içerikte olmasındansa daha çok ülkemizde üretilmiş yayınlar ve gerekirse gözlemlere ve kişisel iletişim bilgilerine (kanıtlara) dayanan raporlar olması gerektiğini düşünerek, raporun bu bölümünde olabildiğince bu çizgi izlenmeye çalışılmıştır. “Olabilirdiğince” sözcüğü aslında bazı alt anlamlar içeriyor. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı 2019 faaliyet raporunda⁽¹⁾ gelecekle ilgili projeksiyonda “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılabilecek, sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri geliştirilecektir. “ ifadesi yer alsada, sağlığın birçok alanında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri alanında da, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere hizmet üreten kurumların bu verileri düzenli raporlarla yeterince paylaşmaması ülkemizin ne yazık ki her zaman en önemli sorunlarından birisi olmuştur. Şu anda sağlık hizmetleri kapsamında bilgi edinebildiğimiz en önemli kaynak Türkiye Sağlık İstatistikleri raporlarıdır⁽²⁾. Bu istatistik raporların en sonuncusu (2019 yılında basılan) 2018 yılına aittir ve hizmetle ilgili birçok bilgi bu raporlarda da eksiktir. SB’nin İstatistik yıllıklarındaki çok sınırlı sağlığı geliştirme ve risk faktörleri verisi bir yana bırakılacak olursa, yıllıklarda sadece bazı demografik veriler, hastalık istatistikleri ve hizmet olarak da sadece hastane ve-

rileriyle yetinmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) İstatistik ve değerlendirme daire başkanlığının birim faaliyet raporları da bu bölümün kaynaklarından bir diğeridir, ancak bu raporlar da çok yetersizdir. Ayrıca kaynak üretme açısından gözlediğimiz bir diğer önemli gerçeklik de Halk Sağlığı uzmanlarının ve akademisyenlerinin yıllar içinde giderek birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında daha az yayın yapması ve konuya olan ilgisini kaybetmesidir. Son yıllarda kapsamlı olmasa da karşımıza çıkan az sayıda yayın daha çok aile hekimliği uzmanlarına aittir.

HASUDER’in en son yayınladığı “Türkiye Sağlık Raporu” 2014 yılına aittir⁽³⁾. Bu nedenle biz de bu bölümde zaman zaman sağlıkta dönüşüm sürecinin başına (ya da sosyalleştirme döneminin sonuna) atıfta bulduk ama daha çok beş yıldaki gelişmelere odaklandık ve son beş yıldaki gelişmeleri, yine erişebildiğimiz kadarıyla kaynaklar ışığında değerlendirmeye çalıştık.

Öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımı üzerine bir şeyler söylemek uygun olacaktır. Çünkü birinci basamak sağlık hizmetleri, Türkiye’de sıklıkla İngilizce’de Primary Health Care olarak bilinen “Temel Sağlık Hizmetleri - TSH” ile eş anlamlı olarak algılanabilmektedir. Alma Ata’da yapılan tanımdan da esinlenilerek birinci basamak sağlık hizmeti, Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından “Aile ve toplum ortamında onlarla işbirliği yaparak ve katılımlarını sağlayarak, onlardan sorumlu kılınmış olan hekimlerce, gereksinim duydukları entegre ve ulaşılabilir hizmet sunumu” olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı birinci basamak

sağlık kurumlarını Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), İlçe sağlık müdürlükleri (İlçeSM) ve bağlı hizmet birimleri (Sağlıklı Hayat Merkezleri, vb.) olarak tanımlamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik planında⁽⁴⁾ yer alan “Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak” başlığı altındaki ilk hedef “kuvvetlendirilmiş bir aile hekimliği yapısıyla çok disiplinli ve tercih edilen birinci basamak sağlık hizmetleri vermektir” Bu planda İlçe SM/TSM ya da Sağlıklı Hayat merkezlerinden (SHM) söz edilmemektedir. Sağlıklı Hayat Merkezlerinden sadece T.C. 11inci Kalkınma planında⁽⁵⁾ “Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılabilecek, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir” olarak bahsedilmektedir. Aile Hekimliği uygulamasının başlangıcında ihmal edilmiş ve sonradan adeta sisteme bir yama olarak getirilmiş olan TSM’leri;” 26.01.2010 tarihinde “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”⁽⁶⁾ ile başlamış, 03.08.2011 tarihinde “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”⁽⁷⁾ ile düzenlenmiş, genişletilerek 05.02.2015 tarihinde “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği”⁽⁸⁾ adı ile resmi gazete yayınlanarak yönetmeliğe dönüştürülmüştür. Benzer biçimde “Sağlıklı Hayat merkezleri (SHM)” de sonradan eklenen bir yapı olarak kalmayı sürdürmektedir. TSM’nin bir yönetim birimi olarak kurulmasını takiben, ASM’lerde topluma ve çevreye yönelik bazı hizmetlerin verilemediği ve dolayısıyla “açıkta kaldığı” gözlenince TSM’ler aynı zamanda bir hizmet birimi olarak da faaliyette bulunmaya başladı. 05.05.2018 tarih ve 30431 sayılı “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”⁽⁹⁾ ile “TSM” adı içinde sağlık hizmeti de verilen bir birinci basamak kurumu olarak halk tarafından az çok öğrenildiğinden ve fark edilmeye başlanmasından hemen sonra TSM’lerinin adı, Türkiye’de nüfusun büyük kısmının yaşadığı 30 binin üstünde nüfusu olan yerlerde “İlçe Sağlık Müdürlüğü – İlçe SM” olarak değiştirildi. Bu isim açıkça bir hizmet biriminden çok idari bir yapıyı çağrıştırmamasından olsa gerek İlçe SM’ne bağlı olan ve adı hizmeti çağrıştıran “Sağlıklı Yaşam Merkez-

leri” kurulmaya başlandı. Tam topluma bu isim benimsetilmeye çalışılırken bu isim de nedense değiştirilmiş ve ilk kez 05.02.2015 tarihinde “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” içerisinde “Sağlıklı Hayat Merkezi Birimi- SHM” olarak tanımlanmıştır.

T.C. devletin ürettiği ve hedef doküman olarak kabul ettiği 11. Kalkınma planının birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili maddelerde ifade edilen amaçlar şunlardır:

580. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır.

580.1. *Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirmek suretiyle ihtiyacın bu aşamada karşılanması sağlanacaktır.*

580.2. *Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılabilecek, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir.*

580.3. *Bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere, hastalıklara ilişkin tarama ve teşhis gibi süreçlerde aile hekimlerinin sorumlulukları artırılacaktır.*

580.4. *Aile hekimliği performans sistemi, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle entegre bir biçimde, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır.*

580.5. *Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını sağlamak için finansal tedbirler alınacaktır.*

580.6. *Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır.*

11. Kalkınma planına rağmen, ne stratejik planda SHM’nin gelişiminden söz edilmekte, ne de bakanlık raporlarında SHM’nin ülkedeki yaygınlığı belirtilmektedir. SHM’nin stratejik planın en önemli unsurlarından olan sağlığın geliştirilmesi ve teşviki ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelenin başat unsuru olması bile yaygınlaştırılmaları konusunda yeterli olamamıştır. Topluma ve çevreye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin götürülmesini bir sorunluluk olarak görüyorsak, SHM’nin en azından her İlçe SM bünyesinde –sadece bir tane değil yeterli sayıda- açılması gerektiğini ve bu açıdan nicel bir yetersizlik olduğunu baştan söylemek gerekir.

Yöntem

Bu raporda Starfield ve arkadaşlarının önerdiği birinci basamak hizmet değerlendirme yöntemini izleyeceğiz⁽¹⁰⁾. Buna göre:

Bir sağlık sisteminin üç temel bileşeni vardır. Bunlar, yapı, faaliyet (işleyiş) ve sonuç bileşenleridir. Raporun bu bölümünde, Türkiye'deki birinci basamak hizmetlerini bu üç bileşen açısından incelemeye çalışacağız. Ancak bu bölümde daha çok yapı ve işleyiş bileşenlerine ağırlık vereceğiz. Sonuç bileşenleri rapor ilgili diğer bölümlerinde yeri gelince vurgulanacaktır.

a- Yapı Bileşeni

Bu bileşenin unsurları, hizmetlerin sunumunda gerekli olan altyapı ile ilgili kaynaklardır. Bunlar, personel, bina ve donanım, hizmet yelpazesi (çeşitliliği), örgütsel yapılar (sorumluluk kimde?) bireysel sunum, ekip hizmeti vb. yönetim düzenekleri, boylamsal süreklilik (hekime, soruna özel veya kayıt devamlılığı), hizmetin ulaşılabilirliği, finansman (ödeme) biçimi ve tanımlanmış bir toplum (ve bireylerin kendilerinden hangi sağlık kurumunun sorumlu olduğunu biliyor olmaları) olmak üzere dokuz adettir.

b- İşleyiş (Faaliyet) Bileşeni

Hizmeti veren pratisyenler (hekim veya diğer sağlık çalışanları) ve hizmeti alan toplumun faaliyetlerini içerir. Bunlar da:

Pratisyen hekimler için,

1- Toplumun ve bireyin sorunlarının farkında olma; 2- Hastalık tanı becerisi; 3-Yönetimsel faaliyetler ve 4- Yeniden değerlendirmedir.

Toplum (hizmetten yararlananlar) için ise,

1-Hizmetin kullanımı; 2- Hizmeti kabul etme ve ondan hoşnut olma durumu; 3- Hizmet hakkında bilgi sahibi olabilme ve 4- Hizmetle ilgili karar ve uygulamalara katılım olarak sıralanmaktadır.

c- Sonuç Bileşeni

Temel olarak fizik ve sosyal çevre, hizmetten yararlananların sağlık davranışları ve sağlık hizmetinin uygulanmasının ortak bileşkesi olarak ifade edilebilir ve aşağıda sıralandığı gibi 7 çeşittir: Bunlar, Ömür (yaşam süresi), Aktif yaşam (işlevsellik), Rahat yaşama, Algılanan iyilik hali (algılanan sağlık),

Hastalanma, Bir şeyleri başarabilme ve Yaşam koşullarına karşı esnek ve uyumlu olabilmedir.

Bulgular ve Tartışma

Şimdi gereç yöntem bölümünde belirtilen bileşenler ışığında Türkiye birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmeye çalışalım:

Yapı Bileşeni

2018 yılında birinci basamak kuruluşları olarak Türkiye'de 7979 ASM, 26 252 Aile hekimliği birimi (AHB), 776 İlçe Sağlık Müdürlüğü / Toplum Sağlığı Merkezi (İSM/TSM), 5259 Sağlık Evi, 172 ÇEKÜS birimi, 175 KETEM birimi bulunmaktadır. AHB başına düşen nüfus 2018 yılında 3405 'dir.

Birinci basamak kurumların altyapısı, dönüşümün onuncu yılında bile henüz daha istenen düzeye ulaştırılamamıştır. Yapı envanteri konusunda elimizde bakanlık tarafından yayınlanmış ayrıntılı bir bilgi yoktur, ancak eski Sağlık Ocakları binaları dışındaki yapılarda hizmet veren Aile Sağlığı Merkezlerinin önemli bir çoğunluğunun, sağlık hizmetine elverişli olmayan binalarda hizmet verdiği gözlenmektedir.

Aile Sağlığı Merkezi (ASM) binası içinde yer alan ortalama AHB sayısı, 2014 yılında 3.13, 2018 yılında 3.29 olmuştur. ASM'leri için hedeflenen optimum üç AHB hedefine henüz ulaşamamış olmakla birlikte bu hedeften çok uzaklaşmamıştır. Özellikle bakanlığın büyük kentlerde A tipi ASM'ye geçiş konusunda aile hekimlerini teşvik ettiğini izliyoruz ve bunu olumlu buluyoruz. Sosyalleştirme modelindeki "grup uygulama"dan aile hekimliğinde "tekil uygulamaya" geçişin birçok hizmet kaleminde aksamaya yol açtığı görülmektedir. Açık açık ifade edilemese de AH örgütlenme modelinin de "grup uygulamaya" geçişinde ilk adım olan A tipi ASM'lerin artışı desteklemek olumlu bir adımdır. ASM tiplendirmeleri konusunda da bir envantere sahip değiliz, Türkiye'de hizmet veren ASM'nin ne kadarının hangi tip olduğu bakanlığın kendisinde saklı bir veridir, bunu herhangi bir raporda göremiyoruz.

İnsan Gücü

Birinci basamakta hizmet veren profesyoneller ASM'inde aile hekimleri (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanları (ASÇ), gruplandırma kriterlerine esas sayı-

da aile hekimleri ile sözleşmeli olarak hizmet veren diğer çalışanlar; İlçeSM ve TSM'de ise sağlık çalışanları olarak halk sağlığı uzmanları, aile hekimliği uzmanları, pratisyen hekimler, diş hekimleri, hemşireler, ebeler, sağlık memurları, çevre sağlığı teknisyenleri, tıbbi teknologlar, psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişim uzmanları, sosyal çalışmacı, diyetisyen, röntgen teknisyenleri, tıbbi sekreter ve veri hazırlama kontrol işletmenleri görev yapmaktadırlar.

ASM'de görev yapan AH ve Aile Sağlığı Çalışanları (ASÇ'ları) sürekli kadroda değildirler. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin gezici risk grubu izlemleri dahil sunduğu hizmetlerin temel aktörü olan ASÇ'ları geçici güvenceli çalışmakta ve isteklendirme sorunları yaşamaktadırlar. Aile Sağlığı Merkezinde çalışan personelin tamamının kadrosunun, bulunduğu ilçe sağlık müdürlüğünde olmaması nedeni ile sözleşmelerinin fesih edilmesi ya da kendi istekleri ile sözleşmelerini bitirmeleri sonrasında asıl kadrolarının bulunduğu ilçe ve sağlık kurumuna dönmek zorunda olmaları hizmete devam etmelerini zorunlu kılmaktadır. Yanı sıra, kişi hizmet puanı esasına dayalı bir yerleştirme ile aile hekimi kadrosunun bulunduğu ilçede kalmadan, muvafakat almak sureti ile il içerisinde istediği pozisyona yerleşebilmekte ve bunu avantaj olarak kullanabilmektedir.

SB'nın insan gücü açısından kendi dokümanlarında vurguladığı (tehdit olarak belirtilmiş olan) diğer bir olumsuz nokta da izleme ve değerlendirme eğitimi almış, alanında yetiştirilmiş personelin farklı birimlerde görevlendirilmesidir. Bu durum birinci basamakta da bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir.

SB SAGEM Personel Memnuniyet Araştırmasının⁽¹¹⁾, birinci basamak ve 2. basamak personelinin birlikte değerlendirdiği sonuçlarına göre, Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) genel olarak başarıyla bulan personel oranı %34.6; Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte toplumun sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin arttığını düşünenlerin oranı ise 51.0'dır. Birinci basamak sağlık çalışanlarında yıllardır genel olarak gözlenen işe yönelik hoşnutsuzluk son beş yıllık dönemde de sürmektedir. Aile hekimleri ve ASÇ'larının iş doyumu ve tükenmişlik sorunları araştırmalarla da gösterilmiştir⁽¹²⁾. Edirne ili merkezinde görev yapan ASM'lerinde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %33.3'ü yüksek, %66.7'si orta düzeyde genel iş doyumuna sahiptir⁽¹³⁾. İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada

ise AH'nin iş doyumu ortancası 5 puan üzerinden 3 gibi oldukça düşük bir düzeydedir. İş doyumunun sadece ASM'lerinde değil İlçeSM/TSM'lerinde de çok düşük olduğu Elazığ'da 2016 yılında yapılan bir araştırmada gösterilmiştir (14). ASM personeline zaman zaman bakanlık tarafından sınırlı düzeyde hizmet-içi eğitimler verilse de bunların sürekli eğitimi ise tamamen ihmal edilmiş düzeydedir. Çok merkezli kesitsel bir çalışmada AH ve ASÇ arasında herhangi bir danışmanlık/egitim alanların yüzdesi %38.7'de kalmıştır⁽¹⁵⁾. Diğer taraftan sağlık personelinin artık giderek bunu talep de etmediği anlaşılmaktadır. Örneğin Konya'da yapılan kapsamlı bir kesitsel çalışmada ASM çalışanlarının sadece %24'ü hizmet içi eğitime gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir⁽¹⁶⁾. Bundan hizmet yelpazesinin son derecede daralmış olduğu, çalışanların dar hizmet sınırları içinde sürekli eğitim gereksinimi duymadıkları sonucunu çıkarabiliriz.

Yönetim, Örgütsel Sorumluluk ve Donanım

ASM'de tanı ve tedavi için araç-gereçler yeterli düzeydedir ancak hizmet yelpazesinin ve hizmet sunum önceliğinin bu olmaması nedeniyle çoğunlukla bu teknoloji atıl durumdadır. İlçeSM, TSM'ler ve bağlı birimlerde tıbbi araç-gereçler, buldukları ilçenin nüfusu, ihtiyaçları ve bağlı birimlerine göre değişkenlik göstermekle birlikte, özellikle birimlerde bulunması gereken asgari tıbbi ve sarf malzemeleri bulunmaktadır. Yine nüfusa göre dijital mamografi, dijital röntgen cihazı, vücut analiz cihazı, karbon monoksit ölçüm cihazı vb. donanım kullanımdadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin vazgeçilmez unsurlarından birisi olan hizmetin raporlanması ve basamaklar arasında eşgüdüm açısından vazgeçilmez altyapı olan bilişim (donanım ve yazılım) altyapısı nicelik olarak son derecede yeterli düzeydedir, ancak bu teknoloji de çoğunlukla kapasitenin altında çalışmaktadır. Birinci basamak kuruluşlardan ASM'lerde hiçbir şekilde periyodik hizmet raporlaması yapılmamaktadır. İSM ve TSM'lerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından talep edilmesi nedeni ile 6 ayda bir faaliyet rapor ve planları hazırlanmakta, ancak net bir içerik tanımı bulunmadığından "raporlama" işlevinden çok uzak kalmaktadır. 2017 yılında TSM'lerinin kendi bölgelerinde yürüttükleri hizmetlere yönelik altı aylık raporlama yapmaları için bazı çalışmalar başlatılmış olsa da bu çaba

sönüp gitmiştir. Öte yandan söz konusu bu altı aylık raporda, bölgede hizmet verilen ASM'lerinin ürettiği risk grubu hizmetleri ve kişisel koruyucu ve ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerine ise yer verilmesi düşünülmemişti. Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen çok etkili ve çeşitli yazılımların varlığına rağmen -Türkiye'de üretilen hizmetlerin çok yetersiz olan yıllık çalışma yıllıkları dışında- hiçbir düzeyde raporlama yapılmamakta, yöneticiler hizmetleri bu raporlara göre yönlendirememektedirler. Bilişim verileri sadece bireysel düzeyde sınırlı kalmaktadır. İlçeSM/TSM ve hatta İl Sağlık Müdürlüğü tarafından dahi bölgesel veri ilgili alt birimler tarafından süzülüp kullanılmamaktadır. Bilgi toplama sisteminin ve bilgi entegrasyonunun önündeki bir diğer ve çok önemli engel ise, ASM'lerinin kullandığı yazılımların üniform yazılımlar olmaması, birbirine entegre edilememesidir. Aynı ilde bile AH'lerinin para ödeyerek özel kuruluşlardan aldıkları yazılım sayısı altıyı (Türkiye'de toplamda en az 15 civarında AHBS'nin hizmet verdiği tahmin edilmektedir) bulabilmektedir. Bu yazılımlar arasında bir eşgüdüm yoktur. Dolayısıyla entegrasyon sağlanamadığı için istense bile raporlama yapılabilmesi mümkün değildir. Bütün ASM'lerinde aynı yazılımın kullanılması için merkezden bir yapılm geliştirmesi ya da satın alınması konusu HASUDER tarafından Halk Sağlığı Kurumuna (o dönemde HSGM'nün yerine bulunan yapı) iletilmiş, bunun haklı bir talep olduğu kabul edilmiş ve kısa süre içinde Türkiye geneli için standart bir yazılım satın alınacağı bildirilmiştir. Ancak bu konuda da yıllar içinde bir gelişme olmamıştır. Ayrıca HSGM'nün birinci basamak kurumları izleme ve değerlendirmeye ilgili 2018 yılı raporunda⁽¹⁷⁾ taşra çalışanlarının ve yöneticilerinin karar alma süreçlerinde çekimser kaldıkları; bakanlığın farklı birimlerinin kullandığı birime özgü bilgi sistemlerinin verilerine ulaşımında güçlükler yaşandığı; bilgi sistemlerine yetkin/eğitilmiş kişiler tarafından yapılmaması sonucu veri girişlerinde eksiklikler/aksamalar yaşandığı bildirilmektedir. Gerek periyodik raporlamalar gerekse bölgede üretilen hizmetlerin bilişim ağı yoluyla paylaşımı meselesi için en ciddi sorun İlçe SM ya da TSM'lerin yaşadığı sorundur. Bu kuruluşlar görev tanımı olarak -sonradan eklenen sağlık hizmet birimleri hariç- bölge yönetim birimidir ve ilçe düzeyindeki tüm kamu ve özel sağlık hizmetlerinin yöneticisi ve denetleyicisidir. Ancak baştan beri, AHB'ler ile İlçe SM ya da TSM arasında bir yönetim hiyerarşi-

si oluşturulamamıştır. Dolayısıyla bunların ürettiği hizmetlerin büyük bir kısmı hakkında İlçe SM/TSM yetki sahibi olmadığından yeterince bilgi sahibi de olamamaktadır. Dahası bu birimlerden toplanan hizmet verileri İlçe SM/TSM müdürlüklerinin/başkanlarının denetimine -bilinçli bir şekilde- açılmaktadır. AHB'leri İlçe SM/TSM'lerini bir üst yönetim kurumu olarak kabul etmemekte, bakanlık da AHB'nin bu kısmı özerkliklerini zımnen kabul etmektedir.

Eczaneler

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması hakkındaki 2019/10 sayılı genelgeye göre, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları olarak tanımlanmıştır. Sosyalleştirme döneminde olduğu gibi Aile hekimliği döneminde de hastanelere yakın bölgeler dışındaki eczaneler genellikle ASM'lerinin yakınlarında hizmet vermekte, bu da zaman zaman çıkar çatışmalarına yol açabilmektedir. Diğer taraftan eczaneler yakın zamanda bir SGK tahsilât birimi durumuna düşürülmekte, bu açıdan da halkla üstlenmediği sorumluluk nedeniyle karşı karşıya kalabilmektedir.

Diş Hekimleri

Türkiye'de diş hekimlerinin önemli bir kısmı pratisyen hekimdir. 2020 yılında 34045 olan diş hekiminin yaklaşık % 85'i pratisyen hekimdir. Diş hekimi başına düşen nüfus Türkiye'de 2020 yılında 1970 olmuştur. Yıllara göre diş üniti başına düşen nüfus 2014 yılında 10 144'den 2018 yılında 7931'e düşmüştür. Türkiye'de yıllık kişi başına diş hekimi başvurusu 0.9'dur. Bu ortalama, yıllık ortalama başvurusu 5 olan Avrupa ortalamasının çok altındadır⁽¹⁸⁾.

Cezaevi Hekimliği

Diğer bir birinci basamak hizmet birimi olan "Cezaevi hekimliği" öncelikle hekim sayısı açısından yetersizlikle değerlendirilmelidir. Türk Tabipleri Birliği'nin "2. Cezaevinde Sağlık Hizmeti ve Hekimlik Çalıştayında, daha önce 278 olan ülkedeki toplan cezaevi doktoru sayısının 13'e düştüğünü, açığın Aile Hekimleri ve TSM hekimleri ile karşılanmaya çalışıldığını, uzman cezaevi hekimi kadrosunun

bulduğunu ancak atamanın nasıl yapılacağını bilemediklerini ve tanımlamayı yapacak bir yasal düzenlemenin eksik olduğunu vurgulanmaktadır⁽¹⁹⁾. Ayrıca ASM veya TSM'lerden görevlendirilen geçici cezaevi hekimlerinin uyum sorunu yaşadıkları ve bu nedenle de görevlerini yeterince kapsayıcı biçimde yapamadıkları belirtilmektedir.

Askeri Kışla Hekimliği

18/08/2016 Bakanlar Kurulu kararı ile de askeri sağlık kuruluşlarından “..dispanser ve benzeri sağlık birimleri ile Jandarma Genel Komutanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) devri” yapılmıştır. Askeri kışlalardaki revirleri de birinci basamak sağlık hizmet birimleri arasında değerlendirdiğimizde, bu birimlerin de büyük nüfuslara hizmet verdiğini gözliyoruz. Bilindiği gibi son yıllarda askeri hekimlik lav edilmiş, askeri birimlere hizmet her basamakta sivil hekimler tarafından verilmeye başlanmıştır. Askeri kışlalarda sivil kuruluşlardan zorunlu hizmet kanalıyla ya da geçici görevle görevlendirilen hekimlerin sayılarının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Son yıllarda askeri birliklerde çıkan bulaşıcı hastalıkların yönetiminde yaşanan zorluklar, sivil hekimlik uygulamasının askeri kurumlarda sağlık sorunlarını yönetmede yetersiz kalabildiğini göstermektedir. Ayrıca günümüzde yaşanan Covid-19 salgınında da askeri kışlalardaki olguların yönetiminde büyük zorluklar yaşandığı anlaşılmaktadır. Özel bir çalışma disiplini olan askeri hekimliğin tekrar gündeme alınması ilk akla gelen çözüm önerilerindedir.

Hizmetin Ulaşılabilirliği

İlk başvuru, daha çok yapı bileşeni olan “hizmetin ulaşılabilir olması ile değerlendirilir. Ülkemizde Aile hekimliği hizmetlerinde ulaşılabilirlik diğer hizmet özellikleri arasında en az sorunlu olandır. Toplumun ilk başvurduğu yer olarak ASM'leri bölgeden bölgeye değişmektedir. Örneğin Eskişehir'de yarı-kentsel bölgede bu oran %82'iken⁽²⁰⁾, Bursa kırsalında %50'lerde kalmıştır⁽²¹⁾. Kırsal bölgelerin birinci basamağa ulaşılabilirliği sınırlı düzeydedir.

Birinci basamak bileşenlerinden AH hizmetleri gerek coğrafi (yaşanılan yere yakınlık), gerek finansal açıdan son derecede ulaşılabilir durumdadır. Örgütsel ulaşılabilirlik (hizmetin verildiği saatler) açısından, çalışan nüfus için mesai saa-

ti çakışması son yıllarda getirilen “esnek mesai” uygulaması ile aşmaya çalışılmıştır. Mesai saatlerini uzatarak örgütsel ulaşılabilirliği artıran bu uygulama “tekil” hizmet biçimi nedeniyle aksamakta, kişiler kendi hekimlerine ulaşamamaktadırlar. Uygulamanın “grup uygulama” ya dönüştürülebilmesi halinde esnek mesai uygulaması daha hedefe yönelik olacaktır. Diğer birçok ülkede AH birimlerinde ulaşılabilirliğin temel öğelerinden birisi olan telefonla iletişim Türkiye'de AHB'inde sadece risk grubu izlemleri ile ve sadece Aile Sağlığı Çalışanları (elemanları) ile sınırlı kalmıştır. Aile hekimlerine telefonla ulaşılabilirlik çok sınırlı düzeyde olmaktadır.

“Coğrafi ve Örgütsel Ulaşılabilirlik” açısından birinci basamak hizmet birimlerinden İlçe SM (TSM) hizmet birimleri ve SHM'nin de yetersiz olduğu gözlenmektedir. Her ilçeye bir İlçe SM (TSM) kurulması, dahası SHM'lerinin her ilçede bulunmaması hizmetlere ulaşılabilirliği özellikle yarıkentsel ve kırsal bölgeler için büyük ölçüde zorlaştırmaktadır.

Hizmet Sürekliliği

Birinci basamakta hizmet sürekliliğinin soruna özel (diyabet vb.) olmaktan çok boylamsal (uzunlamasına) süreklilik olması gerektiği kabul edilir. Yani kişinin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda aynı hekime (tekil uygulamaysa) veya aynı ekibe (grup uygulamasıysa) başvurması, onlar tarafından izlenmesi beklenir. Bölgesel araştırmalarda süreklilik yüzdesinin sosyalleştirme döneminden çok az farklılaşarak en çok %35-40'lara çıkabildiğini görüyoruz. İzmir'de yapılan bir çalışmada⁽²²⁾ toplumun düzenli hekimi olma oranı %39'dur. Yani AH hekimine başvuran kişilerin sadece % 35-40'i bir sonraki başvurusunu yine aynı aile hekimine yapmaktadırlar. Süreğen erişkin sağlık sorunları için bile süreklilik sınırlı düzeydedir. Bu durumun, basamaklar arası entegrasyon sonunu ile yakından ilişkisi vardır.

Sürekliliğin bir diğer biçimi olan kayıt (bilgi) sürekliliği için yukarıda da değinildiği gibi son derecede yeterli olabilecek bir sağlık bilgi sistemine sahibiz, ancak yine yukarıda vurguladığımız gibi bu sistemde basamaklar/birimler arası bilgi entegrasyonu sağlanamamaktadır. Bu konu özellikle aşağıda vurgulayacağımız “koordinasyon/eşgüdüm” sorunu ile de yakından ilişkilidir.

Hizmet kapsayıcılığı ve Hizmet yelpazesi

Hizmet kapsayıcılığına öncelikle nicel olarak hedef nüfusun hizmette ne derecede kapsandığına bakarak başlayalım. Halk Sağlığı Hizmetleri Performans göstergeleri arasında bulunan Aile Hekimine Başvurmayan Nüfus Oranı göreceli yüksek bir gösterge puanına sahip olsa da bu oran %30 civarında kalmıştır. Oysa ki aile hekimlerinin görev tanımları kapsamında yılda bir kez listesiyle temas kurması gerekiyor. Aile hekimlerinin bu kapsamda mevzuattaki yükümlülüklerini yerine getirmediği anlaşıyor.

Hizmet yelpazesi “kapsayıcı hizmet”in yapı bileşenidir. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumları içinde kişiye yönelik koruyucu hizmetler ve ayaktan tanı-tedavi hizmetlerini üstlenmiş olan ASM’lerinde toplumun gereksindiği hizmet yelpazesi sınırlı olarak sunulmaktadır. Hizmet olanakları (tanı-tedavi teknolojisi) çoğunlukla son derecede elverişli de olsa tanı-tedavi hizmetlerinin önceki sosyalleştirme döneminden daha ileri gidemediği, hatta bazı alanlarda geriye gittiği izlenmektedir. Aile hekimleri ise sosyalleştirme döneminde pratisyen hekimlerde olduğu gibi neredeyse bütün zamanlarını ayaktan tanı tedavi hizmetlerine ayırmakta, risk grubu izlemleri ve diğer koruyucu hekimlik faaliyetlerine ilgisiz kalmaktadırlar. ASM’de hizmet yelpazesi çok dardır ve bölgesel özelliklere göre değişse de toplum en sık görülen sağlık sorunlarına (örneğin kalp-damar hastalıkları) yönelik ayaktan tanı tedavi hizmeti bile verilememektedir. Bunun temel nedeni, performans sisteminin kapsamıdır. Performans sistemi giderek neredeyse sınırlama hizmeti haline gelmiştir. Performans kalemlerinin arasında olmayan hizmetler, verilmesi gerekmeyen hizmetler olarak algılanmaktadır. Söz konusu öncelikli hizmetlerin yeterince verilemesinin altında yatan asıl sorun, belki de hekim başına düşen nüfusun fazlalığı iken, sözünü ettiğimiz bu performans sınırlamasının etkisi de göz ardı edilemez. AH döneminde de önceden olduğu gibi süregelen hastalık reçete tekrarının başat olduğu; bu dönemde son derecede geliştirilen beşeri laboratuvar olanaklarına karşın yeni tanı ve süregelen hasta laboratuvar izlemlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Yine acil müdahalelerin –her türlü teknik donanım bulunmasına karşın- neredeyse hiç kullanılmadığı, birinci basamakta müdahale edilebilecek durumda olan acil hastaların hemen hastanelere sevk edildiği izlenmektedir.

SB’nda hangi hizmet kalemlerinin performans kapsamına girdiği ayrıca belirlenmiştir. Bu kapsam, doğal olarak Sağlık Bakanlığının politikalarının bir uzantısı niteliğindedir. **Tablo 3.1**’de SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlık daire başkanlıklarının

Tablo 3.1 SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Performans göstergeleri

	HSGM İlgili Daire Başkanlığı	Gösterge Adı	Değerlendirme Parametresi	Gösterge Puanı
1	Aile Hekimliği Daire Başkanlığı	Birinci Basamak Müracaat Oranı	İle Özel Hedef Değer	2
2	Aile Hekimliği Daire Başkanlığı	Aile Hekimine Başvurmayan Nüfus Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	5
3	Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı	DBT-İPA-Hib3 Aşılama Hızı	% 97 ve üzeri	3
4	Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı	Kızamık Sürevyans Performansı	Yüzbinde 2	2
5	Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı	Akut Flask Paralizi Aktif Sürevyans Performansı	% 80 ve üzeri	2
6	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Eğitim Oranı	% 50 ve üzeri	2
7	Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı	Şebeke Suyu Denetim İzleme Yüzdesi	% 95 ve üzeri	4
8		Bebek Ölüm Hızı	İle Özel Hedef Değer	6
9		NTP Tarama Yüzdesi	% 98,5 ve üzeri	2
10	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Yüzdesi	% 95 ve üzeri	2
11	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Bebek Dostu Aile Hekimi Oranı	% 95 ve üzeri	2
12	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	İlkokul Birinci Sınıf Öğrencilerinde Görme Tarama Oranı	%20 ve üzeri	2
13		Akileli İlaç Reçetleme Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	3
14		ASM-AHB İzleme ve Değerlendirme Oranı	100%	2
15	İzleme Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı	TSM ve Bağlı Birimler İzleme ve Değerlendirme Oranı	100%	2
16		Çalışan Memnuniyet Oranı	Türkiye Ortalaması	3
17		Vatandaş Birinci Basamak Memnuniyet Oranı	Türkiye Ortalaması	3
18		Anne Ölüm Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	6
19	Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı	Primer Sezaryen Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	6
20	Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı	En Az 3 Kez İzlenen Lohusa Oranı	%95 ve üzeri	5
21		Gebe Bilgilendirme Eğitim Oranı	%40 ve üzeri	2
22		Evlilik Öncesi Danışmanlık Eğitim Oranı	%80 ve üzeri	2
23		Riskli Gebelik Yönetimi Faaliyeti	Riskli Gebelik Takip Modülünün (RGTM), HBYS ile uyumlu ve Aktif kullanılıyor olma durumu	5
24	Kanser Daire Başkanlığı	Serviks Kanseri Tarama Yüzdesi	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	2
25	Kanser Daire Başkanlığı	Meme Kanseri Tarama Yüzdesi	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	2
26	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Tarama Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	5
27	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Diyabet Risk Tarama Oranı	Türkiye Ortalaması İle Özel Hedef Değer	5
28	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Obezitenin Önlenmesi ve Sağlıklı Beslenme Faaliyeti	İle Özel Hedef Değer+ İlgili Daire Başkanlığının değerlendirilmesi	5
29	Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Daire Başkanlığı	Tütün İhbarlarına 2 Saat İçerisindeki Müdahale Yüzdesi	%100	4
30	Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Daire Başkanlığı	Bağımlılıkla Mücadele Faaliyeti	İlgili Daire Başkanlığının değerlendirilmesi	4

Kaynak: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/izleme-degerlendirme-db/faaliyet-raporu/2018_DDB_BRM_FAALYET_RAPORU.pdf

Halk Sağlığı Hizmetleri Performans göstergeleri verilmiştir. Dikkati çekeceği gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünsel olarak değil seçili birkaç parametre doğrultusunda değerlendirmeyi öngören, hasta (müşteri) memnuniyeti odaklı bir performans gösterge sistemi oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra son yıllarda giderek artan kardiyovasküler riskler, obezite vb. bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından birincil korumaya yönelik değerlendirme kriterlerinin de göstergelere dahil edilmesi sevindiricidir.

Eşgüdüm (Koordinasyon)

Birinci basamak hizmetlerin özellikleri arasında “eşgüdüm” diğer üç hizmet özelliğinin (ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsayıcılık) başarılabilmesinde en belirleyici özellik olarak kabul edilir. “Eşgüdüm”ü, ASM içinde, ASM-İlçeSM (TSM) arasında ve ASM-Hastane arasındaki eşgüdüm olarak incelemek uygun olur.

ASM içinde yer alan AHB'nin kendi aralarında ki eşgüdümü zayıflatan en önemli unsur, hizmetin sunum biçimi olan tekil uygulama (solo practice) dir. ASM'lerde ortak hizmet altyapısı ile sunulabilecek aile planlaması, acil hizmetler gibi hizmetler için ASM'de ortak sağlık çalışanı çalıştırılması ancak A grubu ASM'ler için mümkün olabilmektedir. Modelin “grup çalışma” modeline evrilebilmesi ancak A grubu ASM'lerin sayısının artırılması önemli bir başlangıç olabilir. Bakanlığın bu konudaki teşvikleri olumlu bir gelişmedir. Diğer taraftan AHB çalışanlarının aylık kazançları sözleşme yapılan kişi sayısına dayanmakta, bu da AHB'leri arasındaki işbirliği için zaman zaman engel oluşturabilmektedir.

ASM-İlçeSM (TSM) arasındaki eşgüdüm sorunu kronikleşmiş gibi durmaktadır. Özellikle ikincil koruma (Kanser taramaları vb.) ve sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından ciddi bir eşgüdüm sorunu göze çarpmaktadır. Ancak buradaki en önemli sorun yönetim sorudur. İlçe SM –her ne kadar kendi mevzuatında tanımlanmış olsa da- ASM'lerini de içeren bölge yönetim işlevine kavuşamamıştır. AHB'ler özerk yapılarını ısrarla korumaya çalışmakta, Sağlık Bakanlığı da bu durumu -pasif kalarak- destekler görünmektedir.

“AHB-Hastane” eşgüdümü sosyalleştirme döneminden beri bir türlü çözüme kavuşturulamayan çok önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Bunun önünde AH başına düşen nüfusun çoklu-

ğu ve “tekil hizmet sunumu” gibi yapısal engeller olduğu gibi sağlık bilgi sistemlerinin basamaklar arasındaki entegrasyonunun sağlanamaması da ivedi çözümü gereken ciddi bir sorundur. Halen, Türkiye’de Birinci basamak sağlık hizmetleri ile 2.ve 3. basamak hizmetleri arasında herhangi bir eşgüdümün olmadığı açıktır. Sosyalleştirme dönemindeki (2002) sevk oranının Sağlık Bakanlığı istatistiklerine % 22.0 olarak görünmesi, bu oranın yıllar içinde hızla düşerek 2007 yılından itibaren önemsiz düzeylere düşmesi (sevk oranı 2018 yılında bin başvuruda sadece 2’dir) bunu kanıtlamaktadır. Bu oranların neredeyse yüzde sıfırlara yakın seyretmesi, bu konuda herhangi bir kayıt tutulmadığını da açıkça göstermektedir. Büyük bir veri kayıt bildirim sistemi olanağını elinde bulduran AH sistemi, birçok diğer hizmette olduğu gibi nedense sevk/eşgüdüm bildirimlerini kaydetmemektedir!

AHB-Hastane (basamaklar arası) eşgüdümün sağlanması için orta vadede çözümler, hizmet uygulama biçiminin “grup uygulamasına” dönüştürülmesi, “seçilmiş/kısmi” sevk sisteminin uygulanması ve/veya hekim dışı sağlık çalışanlarına eşgüdümde daha çok rol verilmesi, üzerinde tartışılması gereken çözümlerdir. Grup uygulaması ve hekim dışı sağlık çalışanlarına hasta izleminde rol verilmesi hekim başına düşen nüfus yükünü hafifletebilir; Kısmi zorunlu sevk sistemi ile bazı seçilmiş sağlık sorunları için birinci basamak sevk zorunluluğu getirilirken diğer sorunlar için doğrudan hastane başvurusu kabul edilebilir.

Son olarak SB kaynaklarında diğer kamu kurum/kuruluşları ile olan eşgüdüm sorunları da vurgulanmaktadır. Diğer kamu kurum/kuruluşlarının halk sağlığının da çalışma alanına giren düzenlemeleri ile ilgili olarak işbirliği yapmamasının uygulamada yol açtığı aksaklıklardan söz edilmektedir.

Faaliyet Bileşeni

Birinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilimsel vazgeçilmez özelliklerinden olan “entegrasyondan” yoksundur. Birinci basamak hizmetlerini birlikte sunan AHB ve İlçe SM/TSM hizmetleri kesinlikle dezentegredir. Bu durumu, gerek ikincil koruyucu (taramalar) gerek çevreye yönelik hizmetler ve aile planlaması hizmetleri gibi koruyucu hizmetler, gerekse sağlığı geliştirici hizmetler bağlamında öncelikle saptamamız gerekir.

Sağlık Kuruluşlarının Faaliyetleri

Ayaktan Tanı Tedavi Hizmetleri

Kişi başına yılda birinci basamak hizmet (ağırlıklı olarak AHB) kullanımı 2014 yılında 2.86 iken, 2018 yılında bu rakam artarak 3.29 olmuştur. Her ne kadar mükerrer başvurular göz ardı edilemeyeceği birinci basamak hizmet kullanımı göreceli artmıştır. Ancak kişi başına tüm sağlık kurumlarının kullanımına bakıldığında da 2018 yılında 2014 yılına göre bir artış gözlenmektedir. Yıllık herhangi bir (kamu ya da özel birinci basamak ya da hastane) hekim kullanımı 2014 yılında yıllık kişi başına 8.40 iken bu rakam 2018 yılında 9.68'e çıkmıştır. Yani hastane başvuruları da bu son beş yıllık dönemde artış göstererek yıllık kişi başına 5.27'den (2014) 6.39'a (2018) yükselmiştir. Geçen 5 yıllık dönemde hastane kullanımı kişi başına yaklaşık 1.0 artarken birinci basamakta bu artış 0.43'de kalmıştır. Toplam başvurular içinde birinci basamak payının değişmeden yaklaşık 1/3'de (her iki dönemde de %34) kalması, sağlık hizmet kullanımındaki çarpıklık ve verimsizliğin artarak devam ettiğini göstermektedir. Sağlıkta dönüşüm öncesi dönemde (2002 yılında) gözlenen 36/64 olan 1 basamak / 2+3 basamak kullanım oranı, uygulamanın onuncu yılında (2018 yılında) azalarak 34/66 olmuştur. Her ne kadar AH uygulaması öncesi ortalama AHB kullanımı 1.0'den 3.2'ye çıksa da, toplam hizmetler içinde AHB'nin kullanım oranının azalması ya da değişmemesi, aile hekimliği uygulamasının en azından nicel olarak "toplam hizmetler içinde" birinci basamak hizmet kullanımını artırmadığını göstermektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip bireylerin birinci basamakta ilaç tekrarları dışında izlenmediğini görüyoruz. Ancak performans göstergelerine bulaşıcı olmayan hastalıklar, yaşlı sağlığı, sağlıklı beslenme hareketli hayat ile ilgili kriterlerin eklenmesi; "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme Programı", "Türkiye Kronik Havayolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı", "Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Eylem Planı" gibi programlar aracılığı ile farkındalığın artırılması çabaları umut vericidir. Diğer taraftan illerde verilmeye başlanan "Aile Hekimlerine Yönelik Kronik Hastalıklar İzlemi Eğitici Eğitimi" ayakta tanı-tedavi hizmetlerinin niteliğinin artışına katkı sağlayabilir. Ayrıca pilot illerde uygulanmaya

başlanan ASM-İSM/TSM-ikinci Basamak sağlık kurumları arası entegrasyonu sağlamayı amaçlayan "Hastalık Yönetim Platformu" karşılaşılan sorunların çözümünün sağlanamadığından yaygınlaştırılmamıştır. Yine e-nabız uygulaması ile ortak bir veri sistemi entegrasyonu sağlanmaya çalışılmış ancak kişilere tanımlanmış kişisel bilgilerin gizliliği hakları kapsamında hastanın onayı alınmadan tüm verilere ulaşılması mümkün olmamaktadır.

Aile hekimleri, ASM'lerindeki "uygun teknolojiye" rağmen bu teknolojiyi etkin bir şekilde kullan(a)mamaktadır. ASM'lerinde -istisnalar dışında- hiçbir şekilde acil müdahale yapılmamakta, jinekolojik muayeneler, elektrokardiyografi vb. İncelemeler yapılmamaktadır. Daha önce birçok ASM'de var olan laboratuvarlar işlevsiz hale gelmiş, laboratuvar incelemeleri sadece taşınabilir sistemle sınırlı kalmış, ASM'de yapılabilecek periferik yayma, direct mikroskopik bakı gibi inlemeler yapılamamaktadır. 2020 yılında yayımlanan Türkiye'de Aile Hekimliğine Geçiş Sürecinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Verimliliği çalışmasında, AH sonrasında aile sağlığı merkezlerinin teknik etkinliğinin arttığı, ancak teknolojideki artışın çok fazla olmadığı, buna bağlı olarak toplam faktör verimliliğinde önemli bir iyileşme olmadığı sonucuna ulaşılmıştır⁽²³⁾.

İlçe SM/TSM başına düşen nüfus 2014 yılında yaklaşık 79 binden, 2018 yılında 104 bine çıkmıştır. İSM/TSM başına düşen nüfusun artışı istenmeyen düzeydedir. AHB'de genellikle verilmeyen aile planlaması, kanser erken tanı ve obezitenin önlenmesi ve kronik hastalıklarla mücadele ve aile içi şiddetle mücadele vb. sağlığı geliştirme hizmetlerinin sorumluluğunu önemli ölçüde üstlenmiş olan TSM/İlçeSM'leri için bu nüfus hizmetlerin layıkıyla verilmesi için uygun olmayan büyüklükte bir nüfustur. Üstelik yıllar içinde düşmesi beklenen bu nüfusun son beş yılda arttığını görüyoruz. Verem Savaş Dispanseri (VSD) sayısının son beş yılda düştüğünü (179'dan 173'e) görüyoruz. Geçen bu 5 yılda ülkemize verem açısından da yüksek risk taşıyan nüfusun göç ettiği düşünülürse bu rakam kaygı vericidir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde üreme sağlığı hizmetlerinin öncelikli hizmetler dışında çıkarıldığını ve üremenin teşvik edildiğini hizmete ulaşımı kısıtlayan nicel göstergelere bakarak da anlayabiliyoruz. Bunun en somut örneği, aile planlaması ve üreme sağlığı merkezlerini tamamen üstlenen (AHB'de bu hizmet neredeyse hiç verilmemektedir) ÇEKÜS

birimlerinin sayısının son beş yılda 182'den 173'e düşmesidir.

Sağlık İstatistik Yıllıklarında, İlçeSM kapsamında hizmet birimi olarak (beslenme, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite, kadın ve üreme sağlığı, kanser erken tanı tarama ve eğitim merkezi -ketem-, ruh sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, tütün ve madde bağımlılığı, enfeksiyon kontrol hizmetleri ve koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı) gibi koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetleri üstlenen ve yaygınlaştırılması beklenen, adı sürekli değiştirilse de son olarak "Sağlıklı Hayat Merkezi" adı verilen merkezler hakkında bir veriye rastlayamıyoruz. Bu merkezlerin en azından her İlçeSM/TSM'inde açılması beklenirken bu konunun ağırdan alınması, sorumluluk alanındaki bu hizmetlerin hiçbir şekilde verilememesine yol açmaktadır. Bir diğer nedeni de aile hekimlerinin sadece ayaktan tanı tedavi ve performansa tabi kişisel koruyucu hizmetleri üstlenmeleridir.

Risk Grubu İzlemleri

Türkiye'de SB'nın birinci basamak sağlık hizmetleri içinde tanımladığı üç ayrı risk grubu bulunmaktadır. Bunların ikisi yaş grubuna göre (yani bebek-çocuk ve 15-49 Yaş doğurgan çağ kadın), gebe-lohusa izlemi ise duruma özel risk gruplarıdır. Risk gruplarının yaş grubuna göre tanımlanması yatay ve kapsayıcı bir yaklaşımdır. Risk gruplarına bazı yeni risk gruplarının eklenmesi konusunda bizim bildiğimiz bir gelişme yoktur. Dahası Halk Sağlığı çevrelerinin de araştırmalarından anlaşıldığı kadarı ile çoğunlukla böyle bir hazırlık da yoktur. Nüfusun giderek yaşlanması ve daha da önemlisi göçlerin önlenememesi sonucunda Türkiye nüfusu yaş açısından giderek artan bir heterojen yapıya doğru ilerlemektedir. Örneğin göç veren kırsal bölgelerde ve anakentlerin sosyal avantajlı bölgelerinde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam içindeki payı yer yer % 20'yi aşarken yarı kentsel bölgelerde bu oran %3'lere kadar düşmektedir. Yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde yaşlılık ve süregelen hastalıklarla ilgili koruyucu hekimlik hizmet açığı belirgin bir hal almaktadır. Örneğin en sık rastlanan süregelen sorunlardan Hipertansiyon kontrol ve tedavi başarısı bölgelere göre değişse de %28-62 arasındadır. Dolayısıyla aktif izleme dayanan yeni risk grubu izlemelerine gereksinim olabilir. Ülkemizde özellikle sağlık alanında son yıllarda gördüğümüz "episodik

ya da hizmet başı" ödeme ödeme yaklaşımları ve performans modelleri, yeni risk grupları tanımlansa da bize, bunun hastalık temelli olabileceğini düşündürmektedir. Yeni risk grupları tanımlanacaksa bunun dikey değil yatay, soruna özel değil yaşa özel olması gerekir. Şimdi halen tanımlanmış risk grupları izlemleriyle ilgili bazı gözlemlerimizi aktaralım:

a. Bebek Çocuk Sağlığı İzlemleri

ASM'lerinde performans puanı ile desteklenmektedir. Buna karşın bu izlem grubunda etkin olan izlemler sadece bebeklik çağında (sıfır yaş grubunda) etkindir. Ancak bu izlemler de ağırlıklı olarak ASM'de pasif sürveyansla yapılmakta, bebeği olan kadınlar telefonla ASM'ne çağrılmaktadır. Yerel farklılıklar gösterse de bazı illerde doğum evi kökenli doğumlar ASM'nin veri ağında düşmekte, böylece her bir AHB bölgesindeki yeni doğan bebekten haberdar olmaktadır. Hastane entegrasyonun sağlanmadığı illerdeki ya da kamu hastanesi dışında doğmuş bebeklerin izlem dışında kalabilmeleri riski her zaman vardır. Yapılan izlemlerde AHB ile ikinci basamak entegrasyonu yok denecek kadar zayıftır. Sorunlu durumlarda birinci basamak bebeğini hastaneye terk etmektedir. 12inci ay sonrası çocuk izlemleri ise gerek nicelik gerekse nitelik açısından eksiktir, bunun için bir çözüm bulmak gerekir. Birinci basamak, özellikle çocukların psikososyal gelişmeleri konusunda neredeyse habersizdir. Türkiye'nin geleneksel olarak birinci basamaktaki en büyük başarısı olan çocukluk çağı bağışıklama hizmetlerindeki başarısı yakın zamana kadar sürerken son iki yılda aşı karşıtı hareket konusunda -sahadan kopuk hizmet veren- birinci basamak ne yazık ki önleyici bir gelişme sağlayamamıştır. Sorun giderek derinleşmektedir. Ayrıca çocuk izlemlerine, son zamanlarda giderek artan çocuk istismarı ve öğrenme bozuklukları entegre edilebilmiş değildir. Bu konulara raporun diğer bölümlerinde daha ayrıntılı olarak değinilecektir.

b. Gebe-Lohusa İzlemleri

Bebek-çocuk izlemlerinde olduğu gibi gebe-lohusa izlemleri de pasif ve sadece kurumda yapılmaktadır. Gezici hizmetler yok denecek kadardır. Oysa ki özellikle sürekli olarak kişi başına düşen gelir sorunu yaşayan ülkemizde bu sorunun önemli bir çözüm aracı olan aile planlaması (AP) hizmetlerini

tercih etme ve ulaşılabilirlik konusunda gebe lohusa ziyaretlerinin öncül katkısı olabildi.

c. 15-49 Yaş Kadın İzlemleri

Birinci basamak risk grubu izlemleri içinde neredeyse terk edilmiş olan, sadece başvuranlar üzerinde yapılan nicel izlemlerle sınırlı duruma gelen bir hizmettir. Doğurgan çağdaki kadın (15-49 yaş) izlemlerinin omurgasını üreme sağlığı hizmetleri oluşturmakta bunun da başında aile planlaması hizmetleri gelmektedir. Raporun bu bölümünde sadece hizmetlere yansıyan bazı göstergeler üzerinde durulacak, üreme sağlığı ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler raporun üreme sağlığı bölümünde sunulacaktır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre son beş yılda evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanımı %74'den %70'e; RİA kullanım oranı % 17'den % 14'e düşmüştür⁽²⁴⁾. Sosyalleştirme döneminde AP konusunda -her sağlık ocağında sertifikalı hekim ve hekim dışı sağlık çalışanları tarafından - RİA takılması dahil- topluma geniş bir AP seçenek yelpazesi sunulurken şu anda "tekil çalışma modelinin" de etkisiyle ASM'lerindeki sertifikalı personel ve jinekoloji masaları atıl durumdadır. Toplumun uzun yıllardır benimsediği ve yaygın olarak tercih ettiği RİA uygulamaları bu gün çoğunlukla sadece "Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)" bulunan -ki kaçında SHM 'nin bulunduğunu bilmiyoruz- İlçeSM / TSM'lerinde verilmektedir. Düşünün 100 köyü (kırsal mahallesi) bulunan 150 bin nüfuslu bir ilçede bu hizmete ulaşmak ne kadar mümkün olabilir? Bu durum, Sağlık Bakanlığının ve diğer ilgili karar vericilerin doğurganlığın teşviki ile ilgili açık ya da zımni politikasının bir yansıması olabilir. Nitekim performans ödemeleri ile teşvik edilen AHB hizmetleri kapsamında AP hizmetleri yoktur. AP hizmet performansı, toplumun çoğunun ulaşamadığı İlçe SM/TSM çalışanlarına verilmektedir. Bütün bu gelişmelerin sonucu olarak da AP hizmet açığını toplumun orta üst sosyal sınıfları özel sektörden karşılamak zorunda kalırken, gezici hizmetlerin yoksunluğunun da katkısıyla tutumu doğurganlık lehinde dönmeye başlayan alt sosyal sınıflar hizmete ulaşamamakta ve yoksul ailelerin çocuk sayıları da artmaktadır. Yine TNSA 2018 sonuçlarına göre Modern AP yöntemlerinin sadece %52'si kamu sağlık kuruluşları tarafından

temin edilebilmekte, geri kalanlar özel sektörden temin edilebilmektedir. Modern AP hizmetlerine ücretsiz ulaşım düzeyi Sosyalleştirme dönemi sonrasında, Türkiye tarihinde hiç bu kadar düşük düzeyde olmamıştır. Türkiye'de karşılanmamış AP ihtiyacı %12 gibi ciddi bir düzeydedir. Yani ülkemizde doğurgan çağda olup da doğum aralıklarının uzatmak ya da doğumlarını sonlandırmak isteyen kadınların %12'si modern AP hizmetlerine ulaşamamaktadır.

Toplumun Faaliyeti

Birinci basamak faaliyet bileşenine hizmeti alanların faaliyetleri açısından bakıldığında halkın büyük bir bölümünün birinci basamağa bakışı, sosyalleştirme döneminden daha farklı değildir. Toplumun geneline göre birinci basamak hizmet (AHB) kapsamına daha çok ana-çocuk sağlığı sorunları girmekte, kronik hastalık ilaç tekrarları da diğer bir ana hizmet kalemini oluşturmaktadır. Dolayısıyla onlara göre bu kuruluşlar aslında çocuk ve kadınlara hizmet veren kuruluşlardır. Dolayısıyla bir faaliyet olarak hizmeti, "toplumun dar bir kesimi kullanmaktadır". Diğer bir birinci basamak bileşeni olarak İlçeSM/TSM ve SHM'leri ise son derecede dar bir toplum kesimi tarafından fark edilmiş ve kullanılmaktadır. Hizmetin etkin yürütülebilmesi için bu temel sorunların çözümüne ihtiyaç vardır. AH biriminin toplumdaki etkinliğinin dolaylı göstergesi olarak araştırmalarda, Aile hekiminin ve ASÇ'nın ismini bilme kriteri kullanılmaktadır. Aile hekiminin ismini bilme yüzdesi geniş bir aralıktadır. Örneğin Bursa'nın kırsal bölgelerinde AH adını bilme yüzdesi %29 iken⁽²⁵⁾, Manisa'nın yarı kentsel bir bölgesinde % 84'dür⁽²⁶⁾. Bu veriler, kırsal bölgelere götürülen hizmetlerin en azından nicel açıdan yetersiz olduğu düşündürülebilir. İlçeSM ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin toplum tarafından bilinirliği ise sınırlı düzeydedir. Ankara anakent merkezinde 2017 yılında yapılan bir alan çalışmasında toplumun %81.3'ünün İSM/TSM'nin nerde olduğunu bilmediği; katılımcıların %88.9'u herhangi bir nedenden dolayı TSM ye başvurmadığını belirtmiştir⁽²⁷⁾.

Yeterince kullanılmayan bir hizmetin etkinliğini değerlendirmek ne derecede doğru bir yaklaşımdır. Toplam yıllık hekim başvurularının sadece üçte birinin birinci basamağa olmasını aklımızdan çıkarmadan...

Sonuç ve Öneriler

- 1- Aile Sağlığı Merkezleri binaları yetersizdir, birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun olarak planlanmış binalarda hizmet verilmelidir.
- 2- Aile hekimi sayısı yeterli değildir. Hekim başına düşen nüfusun düşürülmesi gerekir. Bunun sonucu olarak birinci basamak hizmet özelliklerinden “kapsayıcılık” ve “eşgüdüm” sağlanamamakta hizmet niteliği düşmektedir. Bu sorunun en yakın çözümünü “solo/tekil” uygulamadan “grup” uygulamasına geçmektir. Bütün ASM’lerinin “A” tipi ASM olması sağlanarak tedricen ve hızla grup uygulamasına geçilmelidir. Bu uygulama hekim talebini azaltabilir.
- 3- Aile hekimliği “görev tanımı” olarak uygundur. Aile hekimi Uzmanı sayısının ülke çapına yaygınlaştırılmasının imkânsız olduğu düşünülürse strateji, AH uzmanlığını artırmaktan çok daha donanımlı aile hekimi yetiştirmek olmalı, AH’leri ve ASÇ’nın hizmet içi ve sürekli eğitimlerine özel bir önem verilmeli, ASM’lerdeki tanı-teknoloji donanımından yeterince yararlanılması desteklenmeli, teşvik edilmelidir.
- 4- Dar ve geniş bölge hizmetlerin periyodik olarak raporlanması gerekir. Böyle bir eksiklik çağdaş sağlık örgütlenme modellerinde kabul edilemez. Bu yaklaşımla gereken yerde hizmete müdahale etmek ve hizmetin iyileştirilmesi sağlanamaz.
- 5- Hizmette kapsayıcılığı artırmak, toplumda en sık görülen ve öldüren sağlık sorunlarını (örneğin diyabet ve kalp damar hastalıklarına) hizmet kapsamı içine almak için ivedi düzenlemeler yapılmalıdır.
- 6- Kırsal kesim birinci basamak hizmetten giderek daha az yararlanmaktadır. Kentlerde konuşlanan Aile Sağlığı Merkezleri kırsal bölgelere hizmet verememektedir.
- 7- İlçeSM -TSM- Sağlıklı Hayat Merkezi karmaşasına son vermek gerekir. Yönetim görevi ile hizmet görevi olan birimler birbirinden ayrılmalıdır. Çevreye yönelik ve Sağlığı geliştirici hizmet veren bu kurumların görev tanımları netleştirilerek halk tarafından daha iyi tanınır olması sağlanmalıdır. ASM-İlçe SM koordinasyonu son derecede sorunludur. ASM’lerinin bir kamu sağlık hizmet birimi olduğundan kabulle, İlçeSM’lüklerinin ASM’lerinin mutlak yöneticisi olması gü-

vence altına alınmalıdır. Bu karışıklık ivedilikle giderilmelidir.

- 8- Her ilçeye en az bir tane (büyük nüfuslu bölgelerde nüfusa göre sayıları artırılarak birden fazla da olabilir) Sağlıklı Hayat Merkezi Kurulmalı, teknik ve personel altyapısı geliştirilmelidir.
- 9- Birinci basamağın etkinliğini ve statüsünü artıracak önlemler alınmalıdır. Bunlar için de (özellikle İlçe SM ve TSM çalışanları için) ekonomik önlemler ve (ASM çalışanları için) iş güvencesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019 Faaliyet Raporu. (https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36626,tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf?0&_tag1=B2C121BEA48144C0F-F27ACC9B9796D4ACE1846DB)
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri yıllıkları. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>
- 3) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). Türkiye Sağlık Raporu 2014. <https://hasuder.org.tr/hsg/?p=3289>.
- 4) T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik planı. <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61665/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plan.html>.
- 5) T.C. 11inci Kalkınma planı. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>.
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11255/aile-hekimliginin-pilot-uygulandigi-illerde-toplum-sagligi-merkezleri-kurulmasi-ve-calistirilmasina-dair-yonerge.html>.
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11275/toplum-sagligi-merkezlerinin-kurulmasi-ve-calistirilmasina-dair-yonerge.html>.
- 8) T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>.
- 9) T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180525-1.htm>.
- 10) Starfiled B. Primary Care (concept, evaluation and policy). Oxford University Press, NewYork, 1992. ISBN:0-19-507489-0.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Ankara 2017. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEM-personelMemnuniyeti2017.pdf>
- 12) Başkan Z, Çetinkaya F, Naçar M, & Kaya A. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(3):122-133,
- 13) Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(2):78-91.
- 14) Kaya F, Oğuzöncül AF. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler Dicle Tıp Dergisi / 2016; 43 (2): 248-255.

- 15) Ayraler A , Akan H , Hayran O. Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran erişkin hastaların kardiyovasküler risklere öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve önerilere uyumlarının değerlendirilmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma” Çağdaş tıp dergisi, 2018; 8(4):304-312
- 16) Duman ÇS, Suluhan D, Durduran Y. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekim Dışı Sağlık Profesyonellerinin Hizmet İçi Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12:118-123. DOI: 10.5350/BTDM-JB201612303
- 17) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı Birim Faaliyet Raporları. Ankara, 2018, 2019. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/izleme-degerlendirme-db/faaliyet-raporu/2018_DDB_BRM_FAALYET_RAPORU.pdf. ; https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/izleme-degerlendirme-db/faaliyet-raporu/2019_DDB_BRM_FAALYET_RAPORU.pdf
- 18) Türk Diş Hekimleri Birliği Ülke Kaynaklarının İsraf Edilmesi İçin; İnsangücü planlaması yapılmadan diş hekimliği fakültesi açılmamalıdır. http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=3506
- 19) Çetiner A, Hünük B, Üçpınar Ç. TTB, Cezaevlerinde Sağlık Hizmetleri ve Hekimlik Çalıştayı, 2013. https://ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=6715166a-9232-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=0ae85cbb8420d5c400b-3cf5e9efe9c8ce326f42c
- 20) Onsuz MF, Atalay BI, Işıklı B. Eskişehir kırsalında aile hekimliği hizmetlerinden yararlanma durumu. Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2016; 1(1),19-27.
- 21) Turan D. Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinde iş doyum düzeyleri, iş memnuniyeti ve bunları etkileyen faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2019.
- 22) Çelik M, Limnili G, ve Güldal AD. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Jour. Turk Fam Phy 2019; 10 (4): 163-72. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00463.
- 23) Keskin Hİ. Türkiye’de Aile Hekimliğine Geçiş Sürecinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Verimliliği. Doğu Üniversitesi Dergisi, 21 (1) 2020, 133 – 152.
- 24) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara Türkiye.
- 25) Çakır R. Kırsal mahallelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Bura ili örneği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa 2017.
- 26) Bambal ÖÖ, Lağarlı T, Eser E, ve ark. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2010;8(3):176-190.
- 27) Aycan S, Dikmen AU, Güven EA, ve ark. Ankara’da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Toplum Sağlığı Merkezleri Hakkında Bilgi Tutum Ve Memnuniyeti. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2):1-11.



Yataklı Tedavi Hizmetleri

4

DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ • PROF. DR. FERRUH N. AYOĞLU

Bu bölümde temel veri kaynağı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistik Yıllıkları kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan en son istatistik yılı 2018 yılına aittir ve bu bölümde Türkiye Sağlık Raporu 2014’de yer alan verilerin yinelenmemesi adına 2013-2018 dönemi-ne yönelik veriler değerlendirilmiştir.

Türkiye’de 2018 yılında gerçekleşen hekime başvuru sayısı 782 milyon 515 bin 204’tür, başvuruların %63.7’si hastanelere gerçekleşmiştir ve yıllık kişi başına düşen hekime başvuru sayısı 9.5’tir (1.

Basamak için 3.2, 2. ve 3. Basamak için 6.3)⁽¹⁾. Hekime başvurularla ilgili görece detaylı bir değerlendirme raporun sağlık insan gücü ile ilgili bölümünde paylaşılmıştır.

Türkiye’de 2013-2018 yılları arasında gerçekleşen sağlık kuruluşuna başvuruların %60.1-65.3’ü hastanelerde gerçekleşmiştir⁽¹⁻⁶⁾. Hastanelerin ve hasta yataklarının sektörlere göre dağılımı **Tablo 4.1** ve **Tablo 4.2**’de paylaşılmıştır; Türkiye’de 2018 yılı itibarı ile bulunan 1534 hastanenin 889’u (%58) Sağlık Bakanlığı’na, 68’i (%4.4) Üniversitelere,

Tablo 4.1 2013-2018 Yılları Arasında Hastanelerin Sektörlere Göre Dağılımı

Yıl	S. Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Diğer*		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013	854	56.3	69	4.5	550	36.3	44	2.9	1517
2014	866	56.7	69	4.5	556	36.4	37	2.4	1528
2015	865	56.4	70	4.6	562	36.7	36	2.3	1533
2016	876	58.0	69	4.6	565	37.4			1510
2017	879	57.9	68	4.5	571	37.6			1518
2018	889	58.0	68	4.4	577	37.6			1534

*: Milli Savunma Bakanlığı, belediyeler ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneler. Kaynak: 1-6

Tablo 4.2 2013-2018 Yılları Arasında Hastane Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Diğer*		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013	121269	60.1	36056	17.8	37983	18.8	6723	3.3	202031
2014	123690	59.8	36670	17.7	40509	19.6	5967	2.9	206836
2015	122331	58.4	38361	18.3	43645	20.8	5311	2.5	209648
2016	132921	61.1	37707	17.3	47143	21.6			217771
2017	135339	59.9	41324	18.3	49200	21.8			225863
2018	139651	60.3	42066	18.1	50196	21.6			231913

*: Milli Savunma Bakanlığı, belediyeler ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneler. Kaynak: 1-6

577'si (%37.6) özel sektöre aittir ve 231913 hastane yatağının 139651'i (%60.3) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 42066'sı (%18.1) üniversite hastanelerinde, 50196'sı (%21.6) özel sektör hastanelerinde bulunmaktadır⁽¹⁾. Görüldüğü gibi, hastanelerin %4.4'ünü oluşturan üniversite hastaneleri hastane yataklarının %18.1'ine sahipken, hastanelerin %37.6'sını oluşturan özel hastaneler hastane yataklarının %21.6'sına sahiptir. Bu durum söz konusu kurumların hastane yatağı tercihlerinin bir sonucudur; hastane başına düşen ortalama yatak sayısı 2018 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 157.1, üniversite hastanelerinde 618.6, özel hastanelerde ise 87'dir.

Değerlendirilmesi gereken bir diğer konu, mevcut sayı ve yatak kapasiteleri ile Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör hastanelerinin hastane başvurularını ne düzeyde karşıladıklarıdır. 2013-2018 yılları arasında başvuru oranları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %73.3-76.4 arasında, üniversite hastanelerinde %7.9-8.6 arasında, özel hastanelerde %15.0-18.8 arasında değişmektedir⁽¹⁻⁶⁾. 2013-2018 yılları arasında yıllık hastane başvurularının %73.3-76.4'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerine, %7.9-8.6'sı üniversite hastanelerine, %15.0-18.8'i özel hastanelere gerçekleşmiştir (Tablo 4.3)⁽¹⁻⁶⁾. 2018 yılında hastanelere yapılan başvurula-

rın %76.4'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerine, %8.6'sı üniversite hastanelerine, %15'i ise özel hastanelere gerçekleşmiştir ve 2018 yılında 6.1 olan kişi başına düşen yıllık hastane başvurusu sayısı Sağlık Bakanlığı hastaneleri için 4.6, üniversite hastaneleri için 0.5, özel hastaneler içinse 0.9'dur⁽¹⁾. Başka bir ifade ile, yaklaşık olarak her 10 hastaneden 6'sına, her 10 hasta yatağından 6'sına sahip olan Sağlık Bakanlığı, hastane başvurularının ¾'ünü karşılamıştır.

Benzer bir değerlendirme hastane yatışları için de yapılabilir (Tablo 4.4). 2018 yılı itibarı ile ülke genelinde 13 milyon 651 bin 377 hastane yatışı gerçekleşmiştir ve bu yatışların %56.2'si Sağlık Bakanlığı hastaneleri, %14.3'ü üniversite hastaneleri, %29.4'ü ise özel hastaneler tarafından karşılanmıştır⁽¹⁾. Söz konusu oranlar 2013-2018 yıllarında Sağlık Bakanlığı hastaneleri için %54.7-56.8 arasında, üniversite hastaneleri için %13.2-14.5 arasında, özel hastanelerde %29.4-31.3 arasında değişmektedir⁽¹⁻⁶⁾. Hastane, yatak, başvuru ve yatış sayıları birlikte değerlendirildiğinde sektörler arasında farklılıklar izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri 2018 yılında hastanelerin %58'ini oluştururken ve hastane yataklarının %60.3'üne sahipken, hastane başvurularının %76.4'ü, hastane yatışlarının ise %56.2'si bu hastanelerde karşılanmıştır. Buna karşılık, özel hastaneler hastanelerin %37.6'sını

Tablo 4.3 2013-2018 Yılları Arasında Hastane Başvurularının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	277485135	73.3	29985697	7.9	71341411	18.8	378812243
2014	292100331	73.7	32143930	8.1	72333383	18.2	396577644
2015	306825524	73.3	34539363	8.3	77217044	18.4	418581931
2016	340080539	76.0	36420413	8.1	71147878	15.9	447648830
2017	353703814	76.1	38963933	8.4	72208615	15.5	464876362
2018	380623055	76.4	42665139	8.6	74675065	15.0	497963259

Kaynak: 1-6

Tablo 4.4 2013-2018 Yılları Arasında Hastane Yatışlarının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	7023313	56.8	1630464	13.2	3719780	30.0	12373557
2014	7396239	56.8	1737627	13.3	3900407	29.9	13034273
2015	7404570	54.7	1891094	14.0	4237453	31.3	13533117
2016	7561989	56.2	1842001	13.7	4048696	30.1	13452686
2017	7606159	55.4	1982410	14.5	4120734	30.1	13709303
2018	7675972	56.2	1955983	14.3	4019422	29.4	13651377

Kaynak: 1-6

oluştururken ve hastane yataklarının %21.6'sına sahipken, hastane başvurularının %15'i, hastane yatışlarının %29.4'ü bu hastanelerce karşılanmıştır. Hastanelerin %4.4'ünün oluşturan hastane yataklarının %18.1'ine sahip olan üniversite hastaneleri, hastane başvurularının %8.6'sını, hastane yatışlarının ise %14.3'ünü karşılamış durumdadır.

Türkiye'de 2018 yılında toplam hastanede yatılan gün sayısı 56 milyon 642 bin 35'dir ve bunların %61.2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %14.3'ü üniversite hastanelerinde, %29.4'ü de özel hastanelerde gerçekleşmiştir⁽¹⁾. Bu oranlar 2013-2018 yıllarını kapsayan dönemde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %60.1-63.0 arasında, üniversite hastanelerinde %18.8-20.0 arasında, özel hastanelerde ise %17-20 arasında değişmektedir (Tablo 4.5)⁽¹⁻⁶⁾. Bu durumda, 2018 yılında, hastanelerin %58'ine, hastane yataklarının %60.3'üne ve nitelikli yatakların %56.2'sine sahip olan Sağlık Bakanlığı hastaneleri hastanelere başvuruların %76.4'ünü, yatışların %56.2'sini, yatış günlerinin %61.2'sini karşılar-ken, hastanelerin %37.6'sına, hastane yataklarının %21.6'sına ve nitelikli yatakların %23.7'sine sahip olan özel hastaneler ise hastane başvurularının %15'ini, yatışların %29.7'sinin ve yatış günlerinin

%20'sini karşılamaktadır. Aynı yılda ülke genelindeki hastanelerin %4.4'ünün, hastane yataklarının %18.1'inin ve nitelikli yatakların %16.6'sının bulunduğu üniversite hastaneleri de hastane başvurularının %8.6'sını, yatışların %14.3'ünü ve yatış günlerinin ise %18.8'ini karşılamış durumdadır.

Daha önce de değinildiği gibi 2018 yılı itibarı ile ülke genelinde 231 bin 913 yatağın bulunduğu 1534 hastaneye 497 milyon 963 bin 259 başvuru gerçekleşmiş, bu başvuruların %2.7'sini oluşturan 13 milyon 651 bin 377'sine yatış kararı verilmiş ve toplam hastane yatış günü de 56 milyon 642 bin 35 olarak gerçekleşmiştir⁽¹⁾. Bununla birlikte, 2018 yılında ülke genelindeki yatak doluluk oranı %66.9'dur ve yatış verilen hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4.1 gündür (Tablo 4.6). Bu değerler sırasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %68 ve 4.5 gün, üniversite hastanelerinde %69.5 ve 5.5 gün, özel hastanelerde %61.8 ve 2.8 gündür. 2013-2018 yıllarını kapsayan dönemde söz konusu değerler Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %68.0-71.7 ve 4.3-4.5 gün arasında, üniversite hastanelerinde %69.5-76.7 ve 5.5-6 gün arasında, özel hastanelerde %50.5-61.8 ve 2.2-2.8 gün arasında görece sabit bir değişimle seyretmiştir.

Tablo 4.5 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	30679607	63.0	9753138	20.0	8247245	17.0	48679990
2014	32078874	61.8	10260691	19.8	9521899	18.4	51861464
2015	32011141	60.1	10575334	19.9	10649770	20.0	53236245
2016	33325800	61.6	10456273	19.3	10368845	19.1	54150918
2017	34065595	60.7	11072754	19.7	11032616	19.6	56170965
2018	34651119	61.2	10664127	18.8	11326789	20.0	56642035

Kaynak: 1-6

Tablo 4.6 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Yatak Doluluk Oranları (YDO, %) ve Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü (YHOKG).

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam	
	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG	YDO	YHOKG
2013	69.3	4.4	74.1	6.0	50.5	2.2	66.0	3.9
2014	71.1	4.3	76.7	5.9	56.1	2.4	68.7	4.0
2015	71.7	4.3	75.5	5.6	59.6	2.5	69.6	3.9
2016	68.7	4.4	76.0	5.7	60.3	2.6	68.1	4.0
2017	69.0	4.5	73.4	5.6	61.4	2.7	68.1	4.1
2018	68.0	4.5	69.5	5.5	61.8	2.8	66.9	4.1

Kaynak: 1-6

Tanımlanan genel tabloda dikkati çeken bir nokta, ortalama hastanede kalış günü yönünden sektörler arasında izlenen farklılık, özellikle de özel hastanelerde daha düşük olan hastanede kalış süresidir. Yatış kararı verilen hastaların hastanede kalış süresinin “tıbbi gereklilikler tümüyle yerine getirilebilecek biçimde olası olduğunca kısa” olması hastane enfeksiyonları gibi ek morbiditelerden korunmada önemli olduğu kadar, mevcut hastane yataklarının verimli kullanılabilmesi için de istenen bir durumdur. Bununla birlikte, hastaneler arasında ortalama hastanede kalış gününde izlenen farklılıklar, başvuru nedenlerinin farklılığı, yatış verilen hastalarda klinik seyrin ağırlığı, hastanelerin sahip olduğu tıbbi donanım ve insan gücüne bağlı olarak tıbbi tetkik, tanı koyma ve gerekli müdahaleleri gerçekleştirme süreçlerinin hızı gibi tıbbi nedenlere bağlı olarak oluşabileceği gibi, hastanelerin ve/veya sektörlerin yatış vermeye yönelik eğilim ya da politikalarının bir sonucu da olabilir. Dikkate değer bir konu da hastanelerde izlenen yatak doluluk oranlarıdır ve bu oranlar ilerleyen bölümlerde nitelikli yatak sayıları ve oranları ile birlikte yeniden değinilmeyi gerektirmektedir.

Hastane yataklarının ülke genelinde dağılımına yönelik olarak sıkça kullanılan ölçütlerden birisi 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısıdır. Ölçüt, hastane yataklarının belirli bir coğrafyada nüfusa göre dengeli bir biçimde dağılıp dağılmadığını yorumlamaya olanak sağlaması nedeniyle de kullanışlı bir ölçüttür. Bireylerin yataklı tedavi hizmetlerinden eşitlikçi bir biçimde yararlanabilmesi için, 10 bin kişiye düşen yatak sayısının ülke genelinde dengeli

dağılımının sağlanması önemli katkı sağlayacaktır.

Türkiye’de İBBS-1’e göre 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayıları incelendiğinde (Tablo 4.7), 2013 yılında ülke geneli için 26.4 olan yatak sayısı 2018 yılında 28.3’e ulaşmıştır^(1,6). 2013-2018 yılları arasında kapsayan 6 yıl boyunca 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı tüm yıllarda en yüksek olarak Batı Anadolu bölgesinde izlenirken, Doğu Marmara, Akdeniz, Güneydoğu Anadolu ve İstanbul bölgelerinde tüm yıllarda ülke ortalamasının altında kalmıştır⁽¹⁻⁶⁾. Bu noktada, 2020 yılında yaşanan COVID-19 pandemisi ve hastalığa yakalanan bireylerin hastane bakımına gereksinimleri dikkate alındığında İstanbul’un durumu özellikle ilgi çekicidir; pandeminin ülkemizdeki merkez üssü olarak tanımlanan ve vurgulanan İstanbul, sahip olduğu hastane yatakları ile 10 bin kişiye düşen hastane yatağı yönünden süreç boyunca ülke ortalamasının altında kalan dezavantajlı bir konumdadır.

Yataklı tedavi kurumlarının sahip olduğu hasta yataklarına yönelik bir değerlendirme de nitelikli yatakların durumudur. Nitelikli yatak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan istatistik yıllıklarında “içinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla 2 hasta yatağı, televizyon, telefon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki yatak” olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁻⁶⁾. Nitelikli yataklar yataklı tedavi hizmetlerine yönelik bir kalite göstergesi olarak kabul edilmekle birlikte, özellikle bulaşıcı hastalıklarda bir grup hastanın hastanede izolasyonuna gereksinim duyulan durumlarda da önemli bir işleve sahiptir ve COVID-19 pandemisi süresince de yoğun biçimde gündeme gelmiştir.

Tablo 4.7 2013-2018 Yıllarında İBBS-1’e Göre 10000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı.

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	32.6	32.3	31.6	32.3	32.7	32.2
Batı Karadeniz	29.8	30.6	30.4	30.4	31.4	31.5
Kuzeydoğu Anadolu	29.5	29.3	29.7	27.9	29.3	29.4
Ortadoğu Anadolu	27.7	28.2	28.7	29.0	29.9	29.9
Batı Marmara	27.2	27.0	27.0	28.3	29.2	29.4
Batı Anadolu	34.4	34.6	32.8	34.1	33.0	33.2
Orta Anadolu	27.6	28.3	28.6	29.0	30.1	30.9
Ege	27.4	27.6	27.8	27.9	28.8	28.8
Doğu Marmara	25.8	26.4	26.4	25.7	24.8	25.5
Akdeniz	23.8	24.4	25.4	26.0	28.5	28.8
Güneydoğu Anadolu	20.2	20.5	20.9	23.0	23.3	23.2
İstanbul	23.4	23.4	23.3	24.4	25.3	26.1
Türkiye geneli	26.4	26.6	26.6	27.3	27.9	28.3

Türkiye’de 2018 yılında bulunan toplam 231 bin 913 hastane yatağının 139 bin 403’ü (%71.9) nitelikli hastane yatağı özelliğine sahiptir, nitelikli hastane yataklarının %59.7’si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %16.6’sı üniversite hastanelerinde, %23.7’si özel hastanelerde bulunmaktadır ve nitelikli yatak oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %67.4, üniversite hastanelerinde %64.2, özel hastanelerde %95.5’dir⁽¹⁾ (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Nitelikli hastane yataklarının 2013-2018 yılları arasında sektörlere göre dağılımı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %48.9-59.7 arasında, üniversite hastanelerinde %16.6-18.9 arasında, özel hastanelerde %23.7-32.8 arasında değişmektedir⁽¹⁻⁶⁾. Süreç içerisinde nite-

likli hastane yataklarının sektörlere göre dağılımında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin payı giderek artmaktadır. Hastane başına düşen yatak sayısının Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden daha düşük olarak planlandığı özel hastanelerde hastane yataklarının tamamına yakını, %96.5’i nitelikli hastane yatağı şeklindedir. Diğerleri ile karşılaştırıldığında, %64.2 ile en düşük nitelikli hastane yatağı oranının 3. basamak sağlık hizmeti sunması beklenen üniversite hastanelerinde olması da değerlendirilmeye değer bir durum oluşturmaktadır.

Nitelikli hastane yatağı oranları bölgeler arasında farklılık göstermektedir (Tablo 4.10). Nitelikli hastane yatağı oranı yönünden, 2015-2018 yılları

Tablo 4.8 2013-2018 Yılları Arasında Nitelikli Hastane Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	45241	48.9	16921	18.3	30380	32.8	92542
2014	50587	51.4	18651	18.9	29283	29.7	98521
2015	55785	52.4	18975	17.9	31518	29.7	106279
2016	62237	55.0	19899	17.6	31030	27.4	113166
2017	72561	57.0	22639	17.8	32147	25.2	127347
2018	83277	59.7	23112	16.6	33014	23.7	139403

Kaynak: 1-6

Tablo 4.9 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Oranları (%).

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
2013	41.0	54.3	87.8	52.6
2014	45.2	59.1	83.9	55.3
2015	50.8	57.5	89.1	59.7
2016	52.2	61.6	93.7	61.3
2017	60.3	63.8	95.1	67.2
2018	67.4	64.2	96.5	71.9

Kaynak: 1-6

Tablo 4.10 2015-2018 Yılları Arasında İBBS-1’e Göre Nitelikli Yatak Oranı (%).

Bölge	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	64.7	65.9	70.6	71.7
Batı Karadeniz	58.4	59.5	66.9	73.0
Kuzeydoğu Anadolu	70.6	73.4	72.7	76.7
Ortadoğu Anadolu	62.5	68.4	72.1	78.1
Batı Marmara	53.9	57.0	70.4	77.0
Batı Anadolu	51.7	51.2	57.5	61.1
Orta Anadolu	54.5	58.5	64.8	74.3
Ege	53.5	56.4	63.8	68.6
Doğu Marmara	62.8	63.4	68.5	78.7
Akdeniz	62.4	67.6	74.8	79.5
Güneydoğu Anadolu	67.0	65.3	66.0	68.2
İstanbul	63.0	62.3	67.5	69.5
Türkiye geneli	59.7	61.3	67.2	71.9

Kaynak: 1-6

arasındaki süreçte Batı Anadolu ve Ege bölgeleri tüm yıllarda, Batı Karadeniz ve Orta Anadolu bölgeleri 2015-2017 arasında, Batı Marmara bölgesi 2015 ve 2016, Güneydoğu Anadolu bölgesi 2017 ve 2018 yıllarında, Doğu Karadeniz ve İstanbul bölgeleri de 2018 yılında ülke ortalamasının altında kalmaktadır; nitelikli hastane yatağı oranının en yüksek olduğu bölgeler ise 2015 ve 2016 yıllarında Kuzeydoğu Anadolu, 2017 ve 2018 yıllarında Akdeniz bölgesi olmuştur⁽¹⁻⁶⁾.

Daha önce de vurgulandığı gibi, 2020 yılında yaşanan COVID-19 pandemisi hastanede izolasyonu gereken hastalar ile nitelikli hastane yatağı ve yoğun bakım yatağı sayılarını gündemin ön sıralarına taşımış ve bu yataklara duyulan gereksinim çok sayıda tartışmanın odak noktası haline gelmiştir. Pandeminin ülkemizdeki merkez üssü olarak nitelendirilen İstanbul 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısında olduğu gibi, nitelikli hasta yatağı oranında da %69.5 ile %71.9 olan ülke ortalamasının altında kalarak salgına dezavantajlı olarak yakalanmıştır. Bu kapsamda İstanbul'da bulunan

yoğun bakım yatakları da ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

Daha önce **Tablo 4.6**'da paylaşılan yatak doluluk oranlarına yönelik veriler nitelikli yatak oranlarına yönelik değerler ile birlikte düşünüldüğünde, daha çok görece eski hastanelerde bulunması beklenen ikiden fazla yatağın yer aldığı "koğuş" biçimli odaların gerekli yapısal düzenlemelerle nitelikli yataklar haline dönüştürülmesi ciddi bir seçenek olarak değerlendirilmelidir. Bu tür uygulamalar, yataklı tedavi hizmetlerinin kalitesini arttırmaya yönelik politikalarda ve planlamalarda, yeni hastaneler yaparak hasta yatağı sayısının artırılmasını hedefleyen uygulamalar karşısında daha düşük maliyetli bir seçenek sunması yönünden tartışılmaya değer niteliktedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin önemli bir bileşeni de yoğun bakım hizmetleridir. Yoğun bakım yataklarının sektörlere göre dağılımı ve 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayıları **Tablo 4.11** ve **Tablo 4.12**'de paylaşılmıştır. Türkiye'de 2018 yılı itibarı ile 38 bin 98 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır ve bu

Tablo 4.11 2013-2018 Yılları Arasında Yoğun Bakım Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	10953	42.2	4917	18.9	10094	38.9	25964
2014	11874	41.6	5129	18.0	11596	40.5	28572
2015	12542	39.8	5372	17.1	13569	43.1	31483
2016	13625	41.2	5420	16.4	14018	42.4	33063
2017	14996	41.4	5865	16.2	15379	42.4	36240
2018	16086	42.2	6039	15.9	15973	41.9	38098

Kaynak: 1-6

Tablo 4.12 2013-2018 Yılları Arasında İBBS-1'e Göre 10000 Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatağı Sayısı.

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	3.1	3.6	3.6	3.6	3.9	3.9
Batı Karadeniz	3.1	3.3	3.7	3.7	4.0	4.3
Kuzeydoğu Anadolu	2.5	2.7	2.8	2.9	3.2	3.3
Ortadoğu Anadolu	3.6	4.0	4.5	4.3	4.7	4.8
Batı Marmara	2.7	3.0	3.4	3.8	4.2	4.2
Batı Anadolu	4.1	4.4	4.6	4.6	4.8	4.8
Orta Anadolu	3.0	3.4	3.7	4.1	4.2	4.6
Ege	3.3	3.5	3.7	3.7	4.0	4.0
Doğu Marmara	3.2	3.4	3.6	3.7	3.8	4.1
Akdeniz	3.6	3.9	4.2	4.6	5.3	5.6
Güneydoğu Anadolu	3.4	3.7	4.4	4.6	5.1	5.1
İstanbul	3.6	3.7	4.1	4.3	4.6	4.8
Türkiye geneli	3.4	3.7	4.0	4.1	4.5	4.6

Kaynak: 1-6

yataklar tüm hastane yataklarının %16.4'ünü oluşturmaktadır⁽¹⁾. Yoğun bakım yataklarının %42.2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %15.9'u üniversite hastanelerinde, %41.9'u özel hastanelerde bulunurken, yoğun bakım yataklarının hastane yatakları içerisindeki oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %11.5, üniversite hastanelerinde %14.4, özel hastanelerde %31,8'dir.

Türkiye'de 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı 2018 yılı itibarı ile 4.6'dır ve ölçüt bölgeler ve şehirler arasında farklılık göstermektedir⁽¹⁾. 2013-2018 yılları arasında kapsayan 6 yıllık süreç boyunca Doğu ve Batı Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Batı ve Doğu Marmara ile Ege bölgeleri tüm yıllarda, Orta Anadolu ise 4 yılda ülke ortalamasının altında iken, Batı Anadolu 2013-2016 döneminde, Güneydoğu Anadolu 2016 yılında, Akdeniz ise 2019-2018 döneminde 10 kişiye düşen yoğun bakım yatağı yönünden en avantajlı bölgeler olmuştur⁽¹⁻⁶⁾.

Yoğun bakım yatakları, 2020 yılında yaşanan COVID-19 pandemisi kapsamında görece ileri yaş hastalarla ek morbiditesi olan hastaların yoğun bakım hizmetlerine duyduğu gereksinim ile önemli bir ilgi odağı olarak gündeme gelmiştir. Bu kapsamda, salgının ülkemizdeki ana üssü olarak tanımlanan İstanbul'da 10 bin kişiye düşen yoğun

bakım yatağı sayısı 2013-2018 yılları arasında ülke ortalamasının hemen üzerinde bulunmaktadır⁽¹⁻⁶⁾.

Tablo 4.11 ve **Tablo 4.12**'de paylaşılan yoğun bakım yatağı sayıları erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım yataklarının toplamını yansıtmaktadır. Türkiye'de 2018 yılı itibarı ile 38 bin 98 yoğun bakım yatağının %63.1'i erişkin, %32.6'sı yenidoğan yoğun bakım yatağı iken, sadece %4.3'ü çocuk yoğun bakım yatağı niteliğindedir⁽¹⁾.

Ülke genelinde 2018 yılı itibarı ile bulunan 24071 erişkin yoğun bakım yatağının %46.4'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %16.8'i üniversite hastanelerinde, %36.8'i özel hastanelerde (**Tablo 4.13**), 1625 çocuk yoğun bakım yatağının %57.9'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %33.4'ü üniversite hastanelerinde, %8.7'si özel hastanelerde (**Tablo 4.14**), 12402 yenidoğan yoğun bakım yatağının ise %32.7'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %11.3'ü üniversite hastanelerinde, %56.3'ü özel hastanelerde bulunmaktadır (**Tablo 4.15**).

Yoğun bakım yataklarının ve alt grupların sektörler arasındaki dağılımı, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör hastanelerinde yoğun bakım yataklarının planlanmasına yönelik yaklaşımlardaki farklılıkları yansıtacak niteliktedir (**Şekil 4.1**, **Şekil 4.2**). Ülke genelindeki hastane yataklarının %60.3'üne sahip olan Sağlık Bakanlığı hastaneler-

Tablo 4.13 2013-2018 Yılları Arasında Erişkin Yoğun Bakım Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	7233	43.4	3341	20.1	6077	36.5	16651
2014	7982	44.0	3498	19.3	6680	36.7	18160
2015	8537	42.9	3660	18.4	7685	38.7	19882
2016	9324	44.5	3735	17.9	7858	37.6	20917
2017	10258	45.1	3923	17.3	8547	37.6	22728
2018	11171	46.4	4049	16.8	8851	36.8	24071

Kaynak: 1-6

Tablo 4.14 2013-2018 Yılları Arasında Çocuk Yoğun Bakım Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı

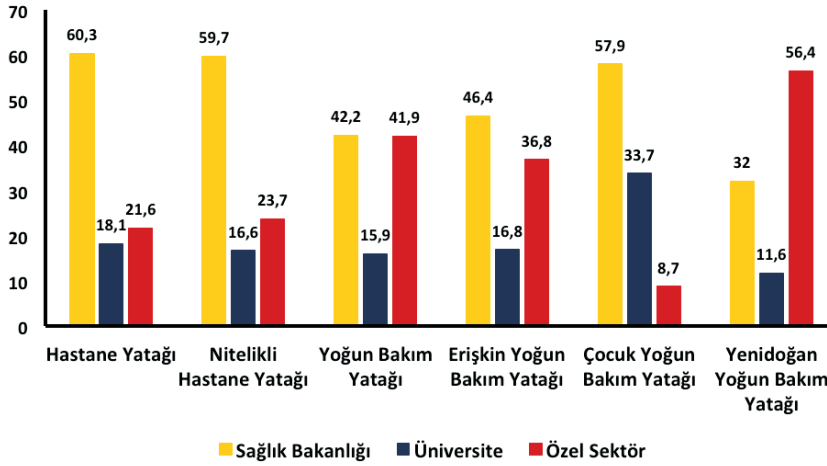
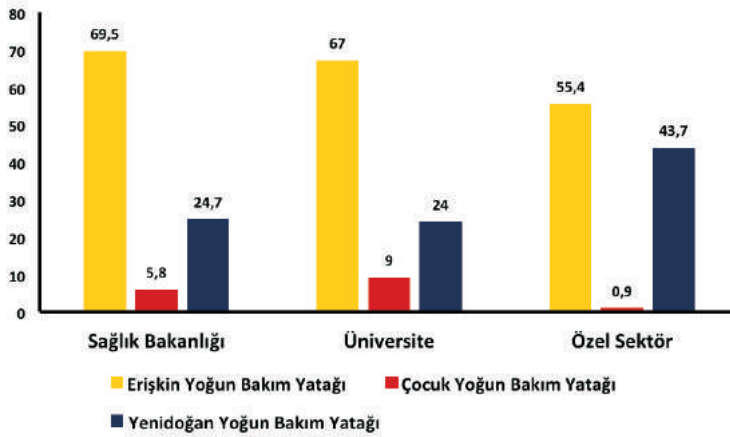
Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	493	49.5	474	47.5	30	3.0	997
2014	570	51.1	480	43.0	66	5.9	1116
2015	641	51.5	508	40.8	96	7.7	1245
2016	716	59.4	453	37.5	38	3.1	1207
2017	901	59.1	556	36.4	69	4.5	1526
2018	941	57.9	542	33.4	142	8.7	1625

Kaynak: 1-6

Tablo 4.15 2013-2018 Yılları Arasında Yenidoğan Yoğun Bakım Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	3227	38.8	1102	13.3	3987	47.9	8316
2014	3322	35.7	1151	12.4	4823	51.9	9296
2015	3364	32.3	1204	11.6	5830	56.1	10398
2016	3585	32.7	1232	11.3	6122	56.0	10939
2017	3837	32.0	1386	11.6	6763	56.4	11986
2018	3974	32.0	1448	11.7	6980	56.3	12402

Kaynak:1-6

**Şekil 4.1** 2018 Yılında Hastane Yatakları, Nitelikli Hastane Yatakları, Yoğun Bakım Yatakları, Erişkin Yoğun Bakım Yatakları, Çocuk Yoğun Bakım Yatakları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Yataklarının Sektörlere Göre Dağılımı (%)**Şekil 4.2** 2018 Yılında Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sektör Hastanelerinde Erişkin, Çocuk ve Yenidoğan Yoğun Bakım Yataklarının Dağılımı (%)

ri ile %21.6'sına sahip olan özel hastaneler, yoğun bakım yataklarının sektörlere dağılımı yönünden değerlendirildiğinde %42.2 ve %41.9 ile benzer ağırlığa sahiptir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler erişkin ve çocuk yoğun bakım yataklarının dağılımındaki %46.4 ve %57.9'luk ağırlığı ile ilk sırada bulunurken, yenidoğan yoğun bakım yataklarında

%56.4'lük ağırlığı ile özel hastaneler ilk sırayı almaktadır. Farklı sektörlerdeki hastanelerin yoğun bakım yataklarına yönelik planlama farklılıklarını destekleyen diğer bir değerlendirme de, yoğun bakım yatağı alt gruplarının farklı sektörlerdeki dağılımıdır. Her üç sektörde de en çok bulunan yoğun bakım yatağı türü sırasıyla erişkin, yenidoğan ve

çocuk yoğun bakım yataklarıdır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunan yoğun bakım yataklarının %69.5'i erişkin, %24.7'si yenidoğan, %5.8'i çocuk yoğun bakımı iken, üniversite hastanelerinde %67'si erişkin, %24'ü yenidoğan, %9'u çocuk yoğun bakım yatağıdır. Özel sektörde ise dağılım %55.4 erişkin, %43.7 yenidoğan ve %0.9 çocuk yoğun bakım yatağı şeklindedir; özel hastanelerde bulunan her 100 yoğun bakım yatağından yaklaşık olarak sadece biri çocuk yoğun bakım yatağı şeklindedir. Genel olarak, çocuk hastaların yoğun bakım gereksiniminde erişkin yoğun bakım yataklarının kullanılması olası olmakla birlikte, bu öncelikli olarak tercih edilmeyen bir uygulamadır. Ancak, özellikle yenidoğan yoğun bakım yataklarının ağırlıklı olarak özel hastanelerde bulunması ve özel hastanelerin planlamalarında çocuk yoğun bakım yataklarına yok denecek düzeyde yer vermiş olması ulusal sağlık planlamalarında üzerinde durulması gereken bir unsurdur.

Yataklı tedavi hizmetleri kapsamında değerlendirilecek diğer bir bileşen de ameliyatlardır (Tablo 4.16, Tablo 4.17). 2018 yılı itibarı ile Türkiye'de 1960 ameliyathane, 6658 ameliyat odası ve 6721 ameliyat masası ile hizmet sunulmaktadır ve toplam 5 milyon 201 bin 738 ameliyat gerçekleştirilmiştir⁽¹⁾. Yine 2018 yılı itibarı ile, Ameliyathanelerin %48.6'sı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %8.4'ü üniversite hastanelerinde, %43'ü özel hastanelerde, ameliyat odalarının %52.4'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %15.6'sı üniversite hastanelerinde, %32'si özel hastanelerde bulunurken, ameliyat masalarının %52.6'sı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %15.6'sı üniversite hastanelerinde, %31.8'i de özel hastanelerde bulunmaktadır; ameliyatların %53.2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %17.4'ü üniversite hastanelerinde, %29.4'ü özel hastanelerde gerçekleştirilmiştir⁽¹⁾.

2013-2018 yıllarını kapsayan 6 yıllık süreçte ameliyat masası başına düşen yıllık ameliyat sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %4.1 düşüşle 817.1'den 783.2'ye, özel hastanelerde %15.2 düşüşle 844.5'den 715.8'e inerken, üniversite hastanelerinde %14.1'lik artışla 755.2'den 861.6'ya çıkmıştır⁽¹⁻⁶⁾. Süreç içerisinde yaşanan söz konusu değişim üniversite hastanelerinde görev yapan ameliyathane çalışanlarının iş yükünün arttığını göstermektedir.

Türkiye'de 2018 yılında gerçekleştirilen ameliyatların %11.2'si A grubu, %34.1'i B grubu, %54.7'si C grubu ameliyatlardır; A grubu ameliyatların %49'u Sağlık Bakanlığı, %23'ü üniversite hastaneleri, %28'i özel hastanelerde gerçekleştirilmişken, bu değerler sırasıyla B grubu ameliyatlar için %52, %20, %28, C grubu ameliyatlar için %55, %14

Tablo 4.16 2013-2018 Yılları Arasında Ameliyathane Masalarının Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	2955	51.5	948	16.5	1840	32.0	5743
2014	3037	50.9	975	16.3	1958	32.8	5970
2015	3111	50.8	1001	16.4	2008	32.8	6120
2016	3511	53.3	1012	15.3	2072	31.4	6595
2017	3758	54.0	1047	15.0	2157	31.0	6942
2018	3533	52.6	1048	15.6	2140	31.8	6721

Kaynak:1-6

Tablo 4.17 2013-2018 Yılları Arasında Ameliyatların Sektörlere Göre Dağılımı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	2414538	51.5	715889	15.3	1553810	33.2	4684237
2014	2445424	51.0	765549	16.0	1587973	33.0	4798946
2015	2364595	49.6	801424	16.8	1604126	33.6	4770145
2016	2473267	51.9	799133	16.7	1499829	31.4	4772229
2017	2590538	52.6	815076	16.5	1525685	30.9	4931299
2018	2766914	53.2	903002	17.4	1531822	29.4	5201738

Kaynak:1-6

ve %31'dir⁽¹⁾. Sektörlere göre ameliyat grupları değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilen ameliyatların %10.2'si A, %33.2'si B, %56.6'sı C grubundadır ve bu değerler sırasıyla üniversite hastanelerinde %15, %39.3 ve %45.7, özel hastanelerde ise %10.5, %32.7 ve %56.8'dir⁽¹⁾. Hastanelerde gerçekleştirilen ameliyatların gruplara göre dağılımı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile özel hastanelerde benzer bir dağılım gösterirken, üniversite hastanelerinde diğerlerine göre A ve B grubu ameliyatların ağırlığı görece fazla, C grubu ameliyatların ağırlığı görece azdır.

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında 2018 yılı itibarı ile 915 MR, 1211 BT, 5846 ultrason, 5557 doppler ultrason ve 2520 EKO, 966 mamografi cihazı bulunmaktadır⁽¹⁾. 2013-2018 yıllarını kapsayan 6 yıllık dönemde MR cihazlarında %14.7, BT cihazlarında %14.5, ultrason cihazlarında %22.9, mamografi cihazlarında %6.7 artış izlenirken, artış oranı EKO cihazlarında %63.4, dopler ultrason cihazlarında ise %99'dur⁽¹⁻⁶⁾.

Yataklı tedavi kurumlarında bulunan MR, BT ve mamografi cihazları ve bu cihazlarla gerçekleştirilen görüntüleme işlemleri bu kurumlarda sunulan hizmetlerin önemli bileşenlerinden biridir. Bununla birlikte, söz konusu cihazların ve bu cihazlarla gerçekleştirilen görüntüleme işlemlerin

sektörlere göre dağılımında farklılıklar izlenmektedir; nitelikli yataklar ve yoğun bakım yatakları gibi bu cihazlarla ilgili olarak yapılan planlamalar da sektörler arası farklılık göstermektedir. Öncelikle, cihazların artış oranı sektörel farklılıklar göstermektedir. Daha önce de değinildiği gibi, 2013-2018 döneminde ülke genelinde yataklı tedavi kurumlarında bulunan MR sayısında %14.7 artış olmuştur; artış Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %33.9, üniversite hastanelerinde %26.3 iken, özel hastanelerde %1.5'dir (Tablo 4.18). Başka bir ifade ile, MR sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 85, üniversite hastanelerinde 25 adet artarken, özel hastanelerde söz konusu 6 yıllık dönemde sadece 7 adet artmıştır. Yataklı tedavi kurumlarında bulunan BT cihazları için ülke genelinde %14.5 olan artış, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %23.6, üniversite hastanelerinde %23.3 iken özel hastanelerde %0.2'dir ve cihaz sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 101, üniversite hastanelerinde 27 adet artarken, özel hastanelerde sadece 1 cihaz artışı olmuştur (Tablo 4.19). Yataklı tedavi kurumlarında bulunan Mamografi cihazlarının sayısında aynı dönemde ülke genelinde izlenen %6.7'lik artış Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %21.7 iken, üniversite hastanelerinde %3.9 ve özel hastanelerde %1.2 azalma olmuştur (Tablo 4.20). Vurgulanması gereken bir diğer unsur da, BT

Tablo 4.18 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulunan MR Cihazı Sayısı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	251	31.5	95	11.9	452	56.6	798
2014	256	33.9	98	12.9	403	53.2	757
2015	267	33.6	99	12.5	428	53.9	794
2016	299	35.8	109	13.0	428	51.2	836
2017	317	35.9	114	12.9	453	51.2	884
2018	336	36.7	120	13.1	459	50.2	915

Kaynak:1-6

Tablo 4.19 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulunan BT Cihazı Sayısı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	N	%	
2013	436	40.4	116	10.7	528	48.9	1080
2014	466	43.5	121	11.3	484	45.2	1071
2015	484	43.2	133	11.9	502	44.9	1119
2016	521	45.2	138	12.0	493	42.8	1152
2017	530	44.7	142	12.0	514	43.3	1186
2018	539	44.5	143	11.8	529	43.7	1211

Kaynak:1-6

cihazlarının sektörel dağılımında Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastaneler arasında %44.5 ve %43.7 ile izlenen görece dengeli dağılımın, MR ve mamografi cihazlarında %50.2 ve %51.7 ile özel hastaneler lehine değişmesidir. Üstelik, 2013-2018 arasında kalan 6 yıllık süreçte, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde MR sayısının %33.9, mamografi sayısının

%21.7 arttığı bir dönemde, özel hastanelerdeki MR sayısı %1.5 artış, mamografi cihazları ise %1.2 azalma göstermiştir.

Ülke genelinde MR ve BT cihazlarının 2013-2018 yılları arasındaki bölgesel dağılımları **Tablo 4.21** ve **Tablo 4.22**'de paylaşılmıştır. Batı Karadeniz, Doğu Marmara, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu

Tablo 4.20 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulunan Mamografi Cihazı Sayısı.

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	323	35.7	76	8.4	506	55.9	905
2014	305	33.8	81	9.0	517	57.2	903
2015	313	35.0	81	9.0	502	56.0	896
2016	351	37.7	79	8.5	501	53.8	931
2017	355	37.5	76	8.0	516	54.5	947
2018	393	40.7	73	7.6	500	51.7	966

Kaynak:1-6

Tablo 4.21 2013-2018 Yılları Arasında İBBS-1'e Göre Hastanelerde Bir Milyon Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısı.

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	9.8	9.4	9.3	11.0	10.6	10.7
Batı Karadeniz	10.0	8.5	8.2	9.2	9.0	8.1
Kuzeydoğu Anadolu	7.7	10.0	10.0	10.9	11.4	10.9
Ortadoğu Anadolu	9.0	8.4	8.4	8.1	8.6	9.2
Batı Marmara	9.5	10.4	11.2	11.0	10.8	10.6
Batı Anadolu	11.3	11.7	12.3	13.5	13.0	13.4
Orta Anadolu	8.8	9.5	8.5	8.9	9.3	9.3
Ege	12.6	9.8	10.2	10.4	11.0	11.1
Doğu Marmara	9.0	9.5	9.7	10.0	9.5	10.3
Akdeniz	10.4	10.2	10.9	11.3	12.6	13.5
Güneydoğu Anadolu	7.5	7.8	8.2	8.3	8.7	8.7
İstanbul	12.4	10.3	10.9	10.9	12.4	12.5
Türkiye geneli	10.4	9.7	10.1	10.5	10.9	11.2

Kaynak:1-6

Tablo 4.22 2013-2018 Yılları Arasında İBBS-1'e Göre Hastanelerde Bir Milyon Kişiye Düşen BT Cihazı Sayısı.

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	14.9	16.0	15.5	14.4	14.4	14.7
Batı Karadeniz	13.8	13.6	13.3	13.6	14.2	13.7
Kuzeydoğu Anadolu	13.1	15.0	16.4	17.3	16.5	17.2
Ortadoğu Anadolu	13.0	12.4	12.8	13.6	13.5	12.5
Batı Marmara	16.2	15.5	16.2	15.1	16.0	16.0
Batı Anadolu	16.3	17.6	16.9	17.8	17.0	17.2
Orta Anadolu	12.1	11.6	11.6	11.9	12.3	12.3
Ege	15.4	13.6	13.6	13.7	13.9	13.9
Doğu Marmara	11.0	11.3	12.0	12.1	12.0	12.3
Akdeniz	13.6	14.2	14.9	15.6	16.6	17.3
Güneydoğu Anadolu	11.4	11.4	11.6	11.4	12.2	12.4
İstanbul	16.0	14.3	15.7	15.9	16.0	16.0
Türkiye geneli	14.1	13.8	14.2	14.4	14.7	14.8

Kaynak:1-6

ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri bir milyon kişiye düşen MR ve BT sayısında tüm yıllarda ülke ortalamasının altında yer almaktadır. MR cihazı yönünden Doğu Karadeniz, BT cihazı yönünden de Ege bölgeleri 5 yıl Türkiye ortalamasının altında yer almıştır. Bir milyon kişiye düşen MR cihazında 2013'de Ege, 2014-2017'de Batı Anadolu, 2018'de Akdeniz en avantajlı bölge iken, bir milyon kişiye düşen BT cihazında 2013-2017'de Batı Anadolu, 2018'de Akdeniz bölgesi en avantajlı konumdadır. 2013 yılında MR cihazı yönünden en avantajlı konumda bulunan Ege bölgesi, takip eden yıllar boyunca BT cihazı yönünden ülke ortalamasının altında bulunmaktadır.

MR, BT ve mamografi cihazlarının sektörel dağılımlarında gözlenen farklılıklar bu cihazlarla

gerçekleştirilen görüntüleme işlemlerinin dağılımı yönünden de izlenmektedir. Türkiye'de 2018 yılında hastanelerde 15 milyon 283 bin 656 MR, 18 milyon 321 bin 984 BT, 2 milyon 139 bin 813 mamografi görüntülemesi gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.23, Tablo 4.24 ve Tablo 4.25)⁽¹⁻⁶⁾. 2013-2018 yılları arasında yer alan 6 yıllık süreçte hastanelerde gerçekleştirilen MR görüntülemelerinde %68.4, BT görüntülemelerinde %66, mamografi görüntülemelerinde %3 artış olmuştur; artış değerleri Sağlık Bakanlığında MR için %95.3, BT için %81.7, mamografi için %3.7, üniversite hastanelerinde MR için %72.2, BT için %58.3, mamografi için %12.8'dir. Buna karşılık, özel hastanelerde MR görüntülemelerinde %15.4, BT görüntülemelerinde %17 artış, mamografi görüntülemelerinde ise %5.9 azalma gerçekleşmiştir.

Tablo 4.23 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Hastanelerde Gerçekleştirilen MR Görüntüleme Sayıları

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	N	%	n	%	n	%	
2013	5213207	57.5	1142721	12.6	2717654	29.9	9073582
2014	6151819	60.0	1335565	13.0	2772124	27.0	10259508
2015	6992601	62.0	1432479	12.7	2861277	25.3	11286357
2016	8073145	64.4	1602845	12.8	2857676	22.8	12533666
2017	9167775	65.3	1785266	12.7	3093753	22.0	14046794
2018	10180784	66.6	1967369	12.9	3135503	20.5	15283656

Kaynak:1-6.

Tablo 4.24 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Hastanelerde Gerçekleştirilen BT Görüntüleme Sayıları

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	N	%	n	%	n	%	
2013	7295808	66.1	1662826	15.1	2081060	18.8	11039694
2014	8444021	68.1	1851598	14.9	2111526	17.0	12407145
2015	9527072	69.7	1889957	13.8	2258708	16.5	13675737
2016	10787302	72.1	2042455	13.6	2137781	14.3	14967538
2017	11877611	71.6	2337533	14.1	2370869	14.3	16596013
2018	13255939	72.3	2632116	14.4	2433929	13.3	18321984

Kaynak:1-6

Tablo 4.25 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Hastanelerde Gerçekleştirilen Mamografi Görüntüleme Sayıları

Yıl	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	1401746	67.5	271470	13.1	404726	19.4	2077942
2014	1541083	68.8	287593	12.8	413217	18.4	2241893
2015	1291651	65.8	266299	13.6	406476	20.7	1964426
2016	1377753	68.3	267061	13.2	372486	18.5	2017300
2017	1401127	67.7	293800	14.2	375538	18.1	2070465
2018	1452964	67.9	306181	14.3	380668	17.8	2139813

Kaynak:1-6

Daha önce, BT cihazlarının Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastaneler arasında görece dengeli dağıldığını, MR ve mamografi cihazlarının ise yaklaşık yarısının özel hastanelerde bulunduğu değinilmişti. Bu tabloya karşılık, MR görüntülemelerinin %66.6'sı, BT görüntülemelerinin %72.3'ü mamografi görüntülemelerinin ise %67.9'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gerçekleştirilirken bu oranlar üniversite hastanelerinde MR için %12.9, BT için %14.4, mamografi için %14.3, özel hastanelerde ise MR için %20.5, BT için %13.3, mamografi için %17.8'dir⁽¹⁾. MR, BT ve mamografi cihazlarının ve görüntüleme işlemlerinin sektörler arasındaki dağılımında izlenen farklılıklar, bu cihazlara yönelik talepte ve cihazların kullanımında farklılık bulunup bulunmadığının incelenmesini gerektirmektedir. **Tablo 4.26** ve **Tablo 4.27**'de söz konusu talep ve

kullanıma yönelik olarak paylaşılan değerler bu anlamda değerlendirilmiştir.

Bu bölümde değerlendirmeye alınan 2013-2018 yıllarına ait veriler, Türkiye Sağlık Raporu 2012 ve Türkiye Sağlık Raporu 2014'de incelenen verilerde olduğu gibi, yataklı tedavi hizmetlerinin ulusal ölçekte sunulan sağlık hizmetlerinin ağırlıklı bileşeni olmaya devam ettiğini destekler niteliktedir; anımsanacak olursa, Türkiye'de 2018 yılında gerçekleşen sağlık başvurularının %63.7'si yataklı tedavi hizmeti veren kuruluşlara yapılmıştır; ülke genelinde 9.5 olan yıllık kişi başına hekim başvuru sayısının 6.3'ü de bu kuruluşlara yapılmıştır. Bununla birlikte, yataklı tedavi hizmetlerine ait verilerin gerek sektörel düzeydeki, gerekse de bölge ve il düzeyindeki dağılımı önemli farklılıkların varlığını sürdürdüğüne dikkat çekici niteliktedir.

Tablo 4.26 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Yataklı tedavi Kurumlarında Yapılan Her 1000 Muayenede İstenen MR, BT ve Mamografi Görüntüleme Sayısı*.

	MR				BT				Mamografi			
	SB	Üni.	ÖS	Top.	SB	Üni.	ÖS	Top.	SB	Üni.	ÖS	Top.
2013	18.8	38.1	38.1	24.0	26.3	55.5	29.2	29.1	5.1	9.1	5.7	5.5
2014	21.1	41.5	38.3	25.9	28.9	57.6	29.2	31.3	5.3	8.9	5.7	5.7
2015	22.8	4.1	37.1	27.0	31.1	54.7	29.3	32.7	4.2	7.7	5.3	4.7
2016	23.7	44.0	40.2	28.0	31.7	56.1	30.0	33.4	4.1	7.3	5.2	4.5
2017	25.9	45.8	42.8	30.2	33.6	60.0	32.8	35.7	4.0	7.5	5.2	4.5
2018	26.7	46.1	42.0	30.7	34.8	61.7	32.6	36.8	3.8	7.2	5.1	4.3

*: 2015 yılında üniversite hastanelerinde her 1000 muayenede istenen MR sayısı olarak belirtilen 4.1 sayısı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015'de Tablo 4.26'da bu şekilde yer almaktadır; söz konusu tabloda İBBS-1 bölgelerinde üniversitelere yönelik olarak paylaşılan tüm değerler "tek haneli"dir. Kaynak:1-6.

Tablo 4.27 2013-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre MR, BT ve Mamografi Cihazı Başına Düşen Görüntüleme Sayısı*.

	MR			BT			Mamografi		
	S.Bak.	Üniv.	Ö.Sek.	S.Bak.	Üniv.	Ö.Sek.	S.Bak.	Üniv.	Ö.Sek.
2013	20770	12029	6013	16734	14335	3941	4340	3572	800
2014	24031	13628	6879	18120	15302	4300	5053	3551	799
2015	26190	14469	6685	19684	14210	4499	4127	3288	786
2016	27000	14705	6677	20705	14800	4336	3925	3381	743
2017	28920	15660	6829	22429	16462	4613	3947	3866	728
2018	30300	16395	6831	24594	18406	4601	3697	4194	761

*: Hesaplanan değerler tam sayıya dönüştürülerek paylaşılmıştır. Kaynak:1-6

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara, 2019.
- 2) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1106, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara, 2018.
- 3) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1083, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAGEM-2017/4.
- 4) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1054, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2016/1, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2016.
- 5) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1010, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2015/2, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2015.
- 6) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın No 956, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2014/7, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2014.

> Şehir Hastaneleri

5

PROF. DR. KAYIHAN PALA

Giriş

Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklığı (Public-Private Partnership) yöntemiyle yapılan ve işletilen hastanelere “Şehir Hastanesi” adı verilmektedir. Ancak her şehir hastanesi Kamu-Özel Ortaklığı (KÖÖ) yöntemiyle yapılmış anlamına gelmemektedir. Örneğin “Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi” KÖÖ yöntemiyle yapılmadığı halde şehir hastanesi adıyla anılmaktadır. Bu yazıda “Şehir Hastanesi” kavramı yalnızca KÖÖ yöntemiyle yapılan ve işletilen hastaneler için kullanılacaktır.

Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli

Kamu özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla bir altyapının finansmanının, inşasının, yenilenmesinin, bakımının, yönetilmesinin ve hizmet sunumun sağlanması amacıyla uzun süreli sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Kamu-özel ortaklığı tanımı Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) adıyla da anılmaktadır.

KÖİ teriminin uluslararası alanda genel kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Çeşitli altyapı sektörlerinde uygulanabilen KÖİ yöntemleri, risk yönetim teknikleri, finansman ve ödeme yöntemlerine göre farklılıklar göstermektedir. KÖİ, idare/devlet ve özel sektör arasında imzalanan ve kamu yatırımı/hizmeti sunmayı amaçlayan uzun süreli bir sözleşmedir. Sözleşme çerçevesinde, özel sektör önemli ölçüde risk yönetimi sorumluluğu üstlenmekte ve özel ortağın elde edeceği gelir sunduğu hizmet performansı ile ilişkilendirilmektedir.

KÖİ sözleşmesi kapsamında inşa edilen tesislerde sunulan hizmetlerin bedelini kullanıcılar ve/veya vergi mükellefleri (kamu kurumları) ödeyebilmektedir. Sağlık Bakanlığınca geliştirilen yap-kirala-devret (YKD) modelinde, şehir hastanelerinde sunulan hizmetlerin bedelini Bakanlık kendi bütçesinden ödemektedir ⁽¹⁾.

Ülkemizde sağlık alanında bu modelde, hastane özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmektedir.

Kamu özel ortaklığı temel olarak bir özelleştirme yöntemidir ve yurt dışındaki örnekleri sağlık alanındaki kamu özel ortaklığı girişimlerinin hastaların değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini açık olarak ortaya koymaktadır. Kamu özel ortaklığı ile yapılan altyapı yatırımlarının normal ihale yöntemlerine göre daha pahalı olduğu pek çok çalışmada ortaya çıkarılmıştır. Bu modelin piyasa için yeni fırsatlar sağlayan bir yaklaşım olduğu, amacının kamu yararı olmadığı bilinmektedir. Kamu-özel ortaklığı yöntemiyle kurulan ve işletilen hastanelerin sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler sunduğu ve bu hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kârın oluşturduğu da bilinmektedir ⁽²⁾.

Türkiye’de Şehir Hastaneleri

Kamuya ait sağlık tesislerinin “Kiralama” karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenle-

me 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 2005 yılında bir madde (Ek Madde 7) eklenmesiyle yapıldı. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlendi.

Bu düzenlemeler ülkemizde ilk önce "Entegre Sağlık Kampüsü", sonra "Sağlık Kampüsü", ardından "Kamu-Özel Ortaklığı" ve daha sonra "Kamu-Özel İşbirliği" adıyla anıldıktan sonra, en son olarak "Şehir Hastanesi" adıyla toplumun karşısına çıkartıldı.

Yapılan düzenlemelere göre; ihaleyi alan firmalara bedelsiz olarak Hazine arazisi devredilmekte, yapım işleri kira, yenilemeler ise hizmet ve alanların devri karşılığında yapılabilmektedir. Kira ödemelerinin, yapılan binalara taşınması planlanan devlet hastanelerinin döner sermayeleri tarafından karşılanacağı söylenmişse de uygulamada kira ve hizmet bedelleri (Hazine garantisi) Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır. Sözleşme süresinin 49 yıla kadar çıkabileceği belirtilmekte, bu kapsamdaki işlerden Damga Vergisi ve Harç alınmamakta ve bu kapsamda yapılacak ihaleler Kamu İhale ve Devlet İhale yasasına tabi olmamaktadır. Entegre sağlık kampüsü başta olmak üzere, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesislerin bu yöntemle yapılabilmesi olanaklıdır. Sağlık Bakanlığı ile şirketler arasında imzalanan sözleşmeler özel hukuk hükümlerine tabi olup, çıkacak uyuşmazlıkların da Türkiye Cumhuriyeti mahkemelerinde değil tahkimde çözülmesi kabul edilmiştir.

Sözleşme süresi boyunca özel ortağa "kullanım bedeli" (P1 hizmetler) ve "hizmet bedeli" (P2 hizmetler) toplamından oluşan ve yılda 4 defa ödenen bir "bedel" ödenmektedir. P1 hizmetler sözleşme çerçevesinde yaptırılan tesislerin kullanımında ortaya çıkan hizmetleri (bina, elektrik, asansör, soğutma, olağanüstü bakım onarım, peyzaj ve ana tıbbi cihazlar) içermektedir. Bu hizmetler karşılığında ödenecek kira benzeri kullanım bedeli, Bakanlık bütçesinden finanse edilmektedir. Kullanım bedeli, ihale sürecinde kazanan teklif tarafından belirlenmekte ve sözleşme konusu hizmetlerin gerçekleştirilmesinde ortaya çıkacak gecikmelere, hatalara ve/veya olumsuzluklara uygulanacak cezalara göre indirilmektedir. Sözleşmede, Türk Lirası cinsinden belirlenen bedel, finansman anlaşmalarında geçerli olan döviz cinsi ve Yurt İçi Üretici Fiyatları

Endeksindeki değişmelere göre güncellenmektedir. P2 hizmetler, ilaçlama, otopark, temizlik, bilgi yönetimi, güvenlik, resepsiyon, yardım, taşıma, çamaşır, yemek, laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon, dezenfektasyon, rehabilitasyon ve atık hizmeti gibi faaliyetleri içermektedir. Bu hizmetlerin kapsamı ve tutarı, her beş yılda bir, piyasa testiyle güncellenmektedir. Yukarıda belirtilen ve miktarı ölçülebilen çamaşır ve izleyen hizmetler için yıllık bir kullanım miktarı belirlenmektedir. Gerçekleşen kullanım miktarı, sözleşmede belirlenenin üzerine çıkarsa, aşan kısım kadar özel ortağa bir ödeme yapılmaktadır⁽³⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2016'da toplam olarak 42.896 yatak kapasitesine sahip 34 şehir hastanesi projesinin yürütüldüğü açıklandı⁽⁴⁾. Haziran 2020 itibarıyla, sözleşmesi imzalanmış 18 şehir hastanesinden (Bu hastanelerin toplam yatak sayısı 26.803'tür) 11'i toplam 16.106 yatakla açılmış bulunmaktadır⁽⁵⁾. Şanlıurfa Şehir Hastanesi'nin sağlık yatırımları takip sisteminde fiziki ve nakdi gerçekleştirme oranları %1 olarak görünmesine karşın⁽⁶⁾, Sağlık Bakanlığı'nın sözleşmesi imzalanan şehir hastaneleri listesinde bulunmamaktadır⁽⁵⁾.

Hizmet sunmaya başlamış, yapım aşamasında veya ihale aşamasında olan şehir hastanelerinin yatak sayısı, kapalı alanı, finansman yöntemi ve proje tutarına göre listesi **Tablo 5.1**'de sunulmaktadır.

İhale şartnamelerine göre hastane binalarının inşaatı üç yıl içerisinde bitirilmek üzere bu şirketler tarafından yapılacak (birçok hastanede bu sürelere uyulamamıştır, örneğin 2009 yılında ihaleye çıkarılan Kayseri Şehir Hastanesi 2018 yılında hizmete girebilmiştir), binaların kiralama süresi boyunca (25 yıl) bakım/onarımı da ihaleyi alan şirketler tarafından yerine getirilecektir. İhale ile bilgi edinme «ticari sır» gerekçesiyle sınırlıdır.

Türkiye'deki şehir hastaneleri modeli temel olarak İngiltere'den alınmıştır. İngiliz ulusal sağlık sistemini çökerten kamu-özel ortaklığı finansman yöntemi, Türkiye gibi ülkelere ihraç edilmektedir. Birleşik Krallıkta sağlık alanındaki KÖO girişimleri bir felaket olarak nitelendirilmekte ve KÖO finansman yöntemi ile ilgili olarak dünyanın geri kalanı için bazı dersler çıkartılması gerektiği dile getirilmektedir. Öne çıkan iki ders; içerdeki felaket denebilecek sonuçlara rağmen Birleşik Krallık hükümetinin dünyada KÖO modelini yaymaya çalışmasının nedeninin Birleşik Krallık şirketlerine

Tablo 5.1 Hizmet sunmaya başlamış, yapım aşamasında veya ihale aşamasında olan şehir hastanelerinin çeşitli özellikleri

Şehir Hastanesi	Yatak Sayısı	Kapalı Alan (m ²)	Finansman Yöntemi	Proje Tutarı (TL)	Proje Tutarı (USD)	Mevcut Durum
Adana	1.550	436.749	Kamu-özel ortaklığı		687.050.197	Hizmete girdi
Mersin	1.294	328.235	Kamu-özel ortaklığı		384.497.099	Hizmete girdi
Isparta	755	197.649	Kamu-özel ortaklığı		318.116.247	Hizmete girdi
Yozgat	475	128.119	Kamu-özel ortaklığı		183.771.694	Hizmete girdi
Kayseri	1.607	718.993	Kamu-özel ortaklığı		498.131.439	Hizmete girdi
Manisa	558	150.692	Kamu-özel ortaklığı		217.890.955	Hizmete girdi
Elazığ	1.038	294.591	Kamu-özel ortaklığı		390.774.052	Hizmete girdi
Ankara Bilkent	3.711	1.129.289	Kamu-özel ortaklığı		1.288.701.058	Hizmete girdi
Eskişehir	1.081	290.885	Kamu-özel ortaklığı		461.138.906	Hizmete girdi
Bursa	1.355	366.046	Kamu-özel ortaklığı		399.485.953	Hizmete girdi
İstanbul (İkitelli) Başakşehir Çam ve Sakura	2.682	817.377	Kamu-özel ortaklığı		1.559.616.440	Hizmete girdi
Konya Karatay	838	225.125	Kamu-özel ortaklığı		269.438.959	Hizmete girmek üzere
Tekirdağ	480	157.446	Kamu-özel ortaklığı		251.798.599	Yapım aşamasında
Kocaeli	1.210	364.589	Kamu-özel ortaklığı		395.860.029	Yapım aşamasında
Kütahya	610	171.061	Kamu-özel ortaklığı		186.997.701	Yapım aşamasında
Ankara Etilik	3.624	1.071.885	Kamu-özel ortaklığı		1.166.532.190	Yapım aşamasında
Gaziantep	1.875	330.090	Kamu-özel ortaklığı		931.821.379	Yapım aşamasında
İzmir Bayraklı	2.060	655.829	Kamu-özel ortaklığı		613.877.081	Yapım aşamasında
Şanlıurfa	1.700	436.172	Kamu-özel ortaklığı		405.311.422	Yapım aşamasında
Trabzon	900	216.000	Genel Bütçe	882.940.240		İhale aşamasında
Antalya	1.000	240.000	Genel Bütçe	981.044.711		İhale aşamasında
Aydın	950	228.000	Genel Bütçe	931.992.475		İhale aşamasında
Denizli	1.000	240.000	Genel Bütçe	981.044.711		İhale aşamasında
Diyarbakır Karapınar	750	180.000	Genel Bütçe	735.783.533		İhale aşamasında
Ordu	900	216.000	Genel Bütçe	878.620.240		İhale aşamasında
Rize	800	192.000	Genel Bütçe	784.835.768		İhale aşamasında
Sakarya	1.000	240.000	Genel Bütçe	976.244.711		İhale aşamasında
Samsun	900	216.000	Genel Bütçe	882.940.240		İhale aşamasında
Sancaktepe 1.Etap	2.100	504.000	Genel Bütçe	2.059.848.000		İhale aşamasında

yarar sağlama çabası olduğu ve dünyanın çeşitli yerlerindeki karar vericilerin, Birleşik Krallık şirketlerinin ve hükümetinin tavsiyelerine kulak vermeden önce KÖO girişimlerinin Birleşik Krallıktaki feci sicilini dikkate almaları gereğidir ⁽⁷⁾.

Ülkemizde “Şehir Hastanesi” adıyla topluma sunulan kamu-özel ortaklığının yap-kirala-devret modeliyle yaptırılan ve işletilen hastaneler, hastalar ve sağlık çalışanları açısından birçok soruna yol açmıştır. Kentlerin dışında inşa edilmiş olmaları nedeniyle hastaların, yakınlarının ve sağlık çalışanlarının ulaşım sorunları yaşaması bunlardan yalnızca biridir.

Şehir hastaneleri ile ilgili en başta gelen sorun hastane binalarının ve donanımının kamuya çok yüksek maliyetidir. Kalkınma Bakanlığı'nın rapo-

runa göre, sözleşme değeri 10,6 milyar ABD doları olan 18 şehir hastanesi için kira bedeli olarak şehir hastanelerini yapan/işleten şirketlere 25 yılda 30,3 Milyar ABD Doları ödenecektir ⁽⁸⁾.

Şehir hastaneleri için yapılan ihalelerde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sabit yatırım tutarı ile yıllık kira bedelleri incelendiğinde, çok yüksek tutarların ödeneceği anlaşılmaktadır. Örneğin 3.704 yataklı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ihalesi, kullanım bedeli ve hizmetler için yıllık toplam 340.616.021 TL bedelle sonuçlanmıştır. İhale sonucuna göre ilk kira ve hizmet bedelinin 2019 yılında 419.219.128 TL olarak ödeneceği açıklanmış ⁽⁹⁾ ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Rapora göre 25 yıl boyunca (Enflasyon ve döviz kurundaki farklılıklar dışında) şirketlere toplam 23,4 milyar

TL ödeneceği hesaplanmıştır. Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeye göre Bilkent Şehir Hastanesi'nin maliyeti klasik yöntemle göre %173 daha pahalıdır ve daha başlangıçta enflasyon ve döviz kurundaki farklılıklar dışında yalnızca KÖİ yöntemi ile yapılmış olması yüzünden vergi mükelleflerine yaklaşık 2,9 milyar TL ekstra yük getireceği hesaplanmıştır ⁽¹⁾. 2016'da ABD dolarının yaklaşık 3 TL yıllık enflasyonun ise %8,5 olduğu anımsanırsa (17 Ağustos 2020'de ADB Dolar kuru 7,3677 TL ve 2019 yılı enflasyonu %11,84); şehir hastanelerinin maliyetinin çok daha yüksek boyutlara erişebileceği tahmin edilebilir.

Şehir hastanelerinde yatak başına maliyetler de birbirinden çok farklıdır. Cumhurbaşkanlığı tarafından Mayıs 2019'da yayınlanan Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018'e göre, örneğin Şanlıurfa Şehir Hastanesi'nde bir yatak başına maliyet 238.418 ABD Doları olarak hesaplanırken, İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi'nde bir yatak başına maliyet bunun 2,4 katından daha fazla olmak üzere 581.512 ABD Dolarıdır. Her iki hastane için de hastane arazileri bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verildiğine göre, yatak başına bu kadar farklı maliyetlerin Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanması gerekir ⁽¹⁰⁾.

2017 yılında Adana, Mersin, Isparta ve Yozgat, 2018'de Kayseri, Manisa, Elazığ, Eskişehir, 2019'da Ankara ve Bursa, 2020'de ise İstanbul Başakşehir şehir hastaneleri açılmıştır. Maliye Bakanlığı Muhasibat Genel Müdürlüğü kayıtlarına göre şehir hastaneleri için Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında 3 ayda, 2018 yılında ve 2019 yılında iki yıl üç aylık kira ve hizmet bedeli ödemesi toplamı 7.598.977.974 TL'dir. 2020 yılının ilk altı ayında 10 şehir hastanesine (İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi yeni açıldığından henüz ödeme yapılmamıştır) yapılan toplam ödeme tutarı 3.231.025.713 TL'dir.

Sağlık Bakanlığı kamu özel ortaklığı finansman modelinin ek maliyet getirdiğini kabul etmiş ve 2020 yılı itibarıyla "şehir hastanesi" ismini kullanarak, bütçe kaynaklarıyla devlet hastanesi yapmaya karar verdiğini açıklamıştır. Bu bağlamda yatırım programına 10 adet hastane alınmıştır. Bunlar Antalya, Aydın, Denizli, Diyarbakır, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, İstanbul-Sancaktepe ve Trabzon'dur (Tablo 1.5.1). Bu 10 devlet hastanesinin toplam yatırım tutarı 10.104.694.629 TL'dir. Açılmış bulunan 10 şehir hastanesine 2020 yılının yarısında ödenen kira ile karşılaştırıldığında, klasik yöntemle kamu hastanesi yaptırmanın maliyetinin KÖİ yöntemi-

ne göre ne kadar düşük olduğu bu sayılardan da anlaşılmaktadır.

Şehir hastanelerinde çalışanların bir bölümü (Doktorlar, hemşireler, teknisyenler vb.) devlet memuru olarak istihdam edilirken, diğer bir bölümü ise (Tıbbi destek hizmetlerinde çalışan doktorlar ve sağlık personeli, destek hizmetlerinde çalışanların tamamı vb.) ihaleyi alan şirketler tarafından istihdam edilmektedir. Şirketlere bağlı olarak çalışanların başta iş güvencesi olmak üzere çalışma yaşamına ilişkin çok sayıda sorunu bulunmaktadır.

Şehir hastanelerinin açıldığı kentlerde, kent merkezlerindeki devlet hastaneleri kapatılmaktadır. Örneğin Ankara Şehir Hastanesi açılırken kent merkezindeki altı devlet hastanesi kapatılmıştır. Bu nedenle hastaların tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimleri zorlaşmaktadır.

Şehir hastaneleri çok yüksek maliyetine rağmen, kapatılan hastaneler nedeniyle önemli sayıda ek yatak sağlayamamıştır. Örneğin 513,4 milyon Euro yatırım bedeli olan 1.355 yataklı Bursa Şehir Hastanesi 2019'da 1.155 fiili yatak ile açılırken (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonun 100 yatağı açılmadı, 100 yataklı Adli Psikiyatri açılmadı), daha önceki yıllarda toplam 1.074 yatak ile hizmet sunan üç devlet hastanesi (Bursa Devlet Hastanesi 711 yatak, Prof. Dr. Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi 200 yatak, Zübeyde Hanım Doğumevi 163 yatak) kapatılmıştır.

Türkiye'de şehir hastaneleri ile ilgili yatak sayısının yüksekliği ve yatak başına düşen kapalı alanın büyüklüğü gibi hastane işletmeciliği açısından teknik sorunlar da bulunmaktadır.

Türkiye'deki planlamaya göre bir şehir hastanesine ortalama 1.311 yatak düşmektedir. Yatak sayısı Ankara-Bilkent Şehir Hastanesinde olduğu gibi 3.704'e kadar çıkabilmektedir. Bilindiği gibi, hastanelerdeki yatak sayısı, verimlilik açısından çok önemli bir göstergedir. Hastanelerin verimliliği ve optimal büyüklüğü ile ilgili sistematik bir araştırmanın sonuçları 200 yatağın altında ve 600 yatağın üzerinde yatak sayısı olan hastanelerin verimsiz olduğunu ortaya çıkarmıştır ⁽¹¹⁾. Şehir Hastaneleri için tercih edilen yüksek yatak sayısı, geçmişteki deneyimlere ve bilimsel araştırmaların sonuçlarına göre bir verimsizlik kaynağı olarak Türkiye'nin karşısında durmaktadır. Dünyada büyük hastaneler verimsizlik nedeniyle terk edilirken, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı yatak sayıları birkaç binle ifade edilen dev hastaneler açmayı hedeflemektedir.

Türkiye’de Şehir Hastanelerinde ortalama olarak yatak başına 287 m2 kapalı alan düşmekte, bazı hastanelerde bu sayı 350 m2 kadar çıkabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelere bakıldığında yatak başına düşen kapalı alanın genel olarak 150-200 m2 dolaylarında olduğu görülmektedir. Türkiye’de Şehir Hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan, son yıllarda modern hastaneler için tercih edilen kapalı alan miktarından yaklaşık yüzde 40 daha fazladır. Yatak başına düşen kapalı alanın çok fazla olması, başta enerji tüketimi olmak üzere, temizlik ve bakım-onarım giderleri gibi harcamaların artmasına da yol açacaktır ⁽¹²⁾.

Türkiye’de «Şehir Hastaneleri» için öngörülen temel sorun alanları ⁽¹³⁾;

finansman yöntemi (kamuya çok yüksek maliyet, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme gücü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol), yer seçimi (tarım arazilerinin imara açılması ile taşkın alanlarında inşaat yapılması), kent merkezlerindeki hastanelerin kapatılmasıyla birlikte yurttaşların söz konusu hastanelere ulaşım ve erişim sorunları (coğrafi/ekonomik erişilebilirlik), taşınacak kamu hastanelerinin boşaltacağı yerleşkelerin durumu, taşınacak kamu hastanelerindeki hem sağlık hem de destek hizmetlerinin sunulması ile ilgili imtiyazlar ve sağlık çalışanlarının istihdam ve özlük hakları sorunları olarak sıralanabilir.

Sayıştay Raporunda Şehir Hastanelerine İlişkin Bulgular

İlk kez 2018 yılında Sayıştay denetiminden geçen Şehir Hastaneleri, vahim bir tabloyu ortaya çıkarmıştır. Sayıştay Raporu ile hastanelerin inşaatlarının ve donanımlarının tamamlanmadan teslim alındığı, döviz ve enflasyon farkı garantisi verilmiş sözleşmelerin ödeme formüllerinde ayrıca şirketlerin yararına işlem yapıldığı, şirketlerin hizmetlerinin denetlendiği hastane bilgi yönetim sisteminin de ihale edilmesi nedeniyle aksaklık kayıtlarının şirketler tarafından silindiği veya idarenin şirketin veritabanı ile denetim yapmaya çalıştığı, şirketlerin ve kredi kuruluşlarının isteği ile tüm sözleşmelerin revize edildiği ve bunların tamamında şirket yararı gözetildiği, yasa gereği Hazine’nin yetkisindeki borç üstlenimlerini hiçbir yetkileri olmamasına karşın Sağlık Bakanlığı yöneticileri tarafından şirketlerin kusuru ile bile olsa sözleşmenin feshedilmesi halinde tazminat ödeneceği ve aldıkları

borçların Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenileceği yönünde imzalar atıldığı belirlenmiştir.

Sayıştay raporunda yer alan temel bulguların bir bölümü şöyle özetlenebilir ⁽¹⁴⁾:

Şehir hastanelerinin muhasebe işlemleri sorunludur. Hizmete giren şehir hastanelerine ait sözleşmelerde nüsha farklılıkları, atıf hataları ve mahiyeti belirsiz hükümler bulunmaktadır. Bunlar kamu zararına yol açmaktadır.

Şehir hastanelerine ilişkin yatırım, hizmete alınma ve hizmetlerin yürütülmesi sürecinde iç kontrol sisteminin oluşturulmaması nedeniyle planlama, iletişim, koordinasyon ve uzmanlaşma eksikliğinden kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır.

Şehir hastanelerine ilişkin sözleşmelerde yer alan bazı hükümler 6428 sayılı kanun hükümlerine aykırıdır. Hizmete açılan şehir hastanelerinin yerinde incelenmesi sonucunda, bu hastanelere ait sözleşme ve eklerinin, çeşitli nedenlerle değiştirildiği görülmüştür. Örneğin “Kullanım Bedeli” hesaplanırken, şirket tarafından döviz cinsinden sağlanan kredilerin yanı sıra, sözleşme gereği şirketin sağlamak zorunda olduğu öz kaynak tutarı için de döviz kuru fiyat güncellemesi yapıldığı görülmüştür. Faaliyette bulunan sekiz şehir hastanesinin kullanım bedelleri hesaplanırken, şirketin sağlamakla yükümlü olduğu öz kaynak tutarı için de yurtiçi fiyat endekslerine göre yapılan güncellemelerin yanı sıra, döviz kuru düzeltme katsayısının da uygulanmasına imkân tanındığı anlaşılmaktadır. Her türlü ihtilafın tahkim yeri Mersin Şehir Hastanesinde İstanbul, diğer yedi şehir hastanesinde ise Londra olarak belirlenmiştir. Ancak yedi şehir hastanesine ilişkin sözleşmelerin tahkim yerinin Londra olduğuna dair hüküm, o tarihte yürürlükte olan Kanun hükmüne ve halen yürürlükte olan Yönetmelik hükmüne aykırıdır.

Şehir hastanelerinin faaliyete geçtiği tarihte teslim edil(e)meyen trijenerasyon ve heliport tesisleri ile ilgili olarak, yaptırım uygulanmaması, geç teslim nedeniyle oluşan zararın tazmin edilmemesi ve “kullanım bedeli”nin bu tesis bedeli düşülmeksizin hesaplanması söz konusudur.

Bazı şehir hastanelerinde Sağlık Uygulama Tebliği puanları hatalı uygulanarak şirketlere fazla para aktarılmış, kamu zarara uğratılmıştır.

“Kullanım bedeli” ve “Hizmet ödemeleri”ne ilişkin olarak şirket tarafından ödenmesi gereken damga vergisi İdare tarafından üstlenilmiş, kamuya bu yolla da zarar verilmiştir.

Sağlık tesislerinin yüksek doluluk oranlarına ulaşmış olmalarına rağmen, miktara bağlı hizmetlerin alt kırılımlarında talep garanti miktarlarının altında kaldığı tespit edildiğinden, planlama aşamasında verilecek garanti miktarlarının ihtiyaç analizi yapılarak belirlenmediği anlaşılmıştır. Yapılan incelemelerde, şehir hastanelerinin miktara bağlı hizmetler kalemlerinin alt kırılımları incelendiğinde bazı alt kırılımların hastane açıldığı tarihten itibaren garanti miktarının altında kaldığı ve/veya hastanelerde hiç kullanılmayan ancak garanti miktarları üzerinden görevli şirketlere ödenen alt kırılımların bulunduğu (örneğin; Yozgat Şehir Hastanesi'nin çamaşır hizmetleri kaleminin alt kırılımı olan "diğer" ve Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin laboratuvar hizmetleri kaleminin alt kırılımı olan "tüp bebek) görülmüştür. Söz konusu bu iki durum için, alınan hizmet, taahhüt edilen garanti miktarını hiçbir zaman geçemediği için, sözleşmede belirtilen mahsuplaşma işleminin yapılması mümkün değildir. Ayrıca, söz konusu hizmetlerin her 5 yılda bir "Pazar Testi" sürecine gireceği ve miktarların revize edileceği belirtilmiş ise de söz konusu 5 yıl boyunca kullanılmayan veya garanti miktarların altında kalan hizmetler için ödeme yapılması söz konusudur. Bu bulgu bir yandan hacme dayalı hizmetler için verilen %70 yatak doluluğu garantisini doğrularken, diğer yandan da şirketlere gereksiz yere yüksek ödemeler yapıldığını ortaya çıkarmaktadır.

Mahallinde yapılan denetimler sırasında gerçekleştirilen fiili sayımlarda, sözleşmede yer alan tıbbi cihaz ve demirbaşlardan bir kısmının (özellikle tüp bebek ve lazerle göz ameliyatına ilişkin cihazların) sağlık tesislerinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Buna rağmen şirketlere ödeme yapılması kamu zararına yol açmaktadır.

Şehir hastanesi sözleşmeleri kapsamında şirket tarafından hastaneye teslim edilen cerrahi setlerin bir kısmının hekim tespitlerine göre kullanımının mümkün olmadığı, bir kısmının ise kullanıcılar tarafından uygun kalitede bulunmaması nedeniyle kullanılmadığı; şehir hastanelerindeki cerrahi setlerin hem nitelik hem nicelik yönünden yeterli olmaması nedeniyle kapanan hastanelerden çok sayıda cerrahi setin sağlık personeline şehir hastanelerine getirildiği anlaşılmaktadır. Şirketler tarafından tedarik edilen cerrahi setlerin bir kısmının kullanılmadığına dair doktorlar tarafından düzenlenen tutanaklar bulunmaktadır.

Sözleşmede Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin (HBYS), hastanelerin kabul aşamasından üç ay önce devreye alınacağı ve eksikliklerinin hastane açılmadan giderileceği ifade edilmesine rağmen, hastaneler açıldıktan sonra HBYS'nin tüm modülleriyle birlikte sorunsuz bir şekilde kullanılabilir olmadığı anlaşılmıştır. Bu durum kamu zararına yol açmaktadır.

Şehir hastanelerinin faaliyete geçtiği tarihte alınması gereken, lisans, izin ve raporların temin edilmediği saptanmıştır. Bu hastaneler ruhsatsız olarak çalıştırılmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin özelliklerine uygun hizmet sunulup sunulmadığının anlaşılması açısından da sorun yaratmaktadır. Özel muayenehanelerde kapının ölçüsüne kadar uygunluk arayan Sağlık Bakanlığı'nın binlerce yatağı bulunan bu devasa yapılarda herhangi bir uygunluk aramaması, şirketlere verilen imtiyazların ulaştığı boyutu göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Hastanelerin uygulama projelerinin taşra teşkilatında bulunmaması nedeniyle, tıbbi alanlar dışında kalan kısımların idare personeline mi yoksa görevli şirket personeline mi kullanılacağı belirlenemediği ve ticari faaliyetlerin yürütüleceği net alanların tespit edilemediği; uygulama projesi tedarik edilmiş bir şehir hastanesinde, kampüs içinde yer alan ticari alanların, bazılarının uygulama projesinde ticari alan olarak belirlenmediği, bazılarının uygulama projesinde belirlenen ticari alanlardan daha fazla alan kullandığı anlaşılmıştır. Bu durum şirketlere fazladan ticari alan geliri yaratmaktadır.

Hastane yönetiminin elinde bulunan ve görevli şirket tarafından tedarik edilmesi gereken ekipmanların listesi ile görevli şirketin dikkate aldığı listelerin birbirinden farklı olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bu süreci yönetemediği açıktır.

Hizmete giren şehir hastanelerinde, bazı alanlarda yapım işlerinin devam ettiği, bazı şehir hastanelerinde TPN ünitesi, KVC ameliyathane bölümü, yanık yoğun bakım ünitesi ve yanık ameliyathane bölümü, gibi doğrudan sağlık hizmeti ile ilgili bölümlerin hastaneler açıldıktan sonra yapım işlerinin devam ettiği yerinde yapılan inceleme ve denetimlerde tespit edilmiştir. Buna rağmen şirketlere kira ödemesi yapılmaktadır.

Şehir hastanelerinde görevli idare personelinin sık değiştirilmesinden dolayı uzmanlaşma ve kurum hafızasının sağlanamadığı tespit edilmiştir.

Bu durum, süreklilik göstermesi gereken sağlık hizmetleri açısından büyük bir sorun oluşturmaktadır.

Şehir hastaneleri sözleşmelerinin eklerinde yer alan hükümlerden, görevli şirketlerin, bu projeler nedeniyle finansman sağlayıcılarına ödemekle yükümlü oldukları anapara, faiz ve benzeri giderler için idare tarafından, yetkisi olmadığı halde, üstlenim taahhüdünde bulunduğu ve bu işlemin mali tablolara yansıtılmadığı görülmüştür.

Şehir hastanesi sözleşmelerinde, tarafların sorumluluklarını düzenleyen hükümler uyarınca görevli şirketin sorumluluğuna gidilebilmesi için kesinleşmiş mahkeme kararı gerekirken, İdarenin sorumluluğuna gidilebilmesi için kesinleşmiş mahkeme kararı aranmamaktadır. Bulguda bahsedilen husus tam olarak, kreditorlerin menfaatinin kamunun menfaatinin önüne geçmesidir.

Adana, Manisa ve Elazığ Şehir Hastanelerinin yer aldığı yerleşkelerin bir bölümünün şantiye halinde olması nedeniyle, idare tarafından kullanılmadığı, bu alanlarda işçi barakaları ile iş makineleri bulunduğu ve bu alanlarda inşaat faaliyetleri dolayısıyla yer ve bahçe bakım hizmetlerinin sunulmadığı ancak bu hizmete ilişkin hizmet bedelinin tam olarak ödendiği görülmüştür.

İşletme dönemine geçmiş sekiz şehir hastanesine ait harcama belgeleri (ödeme emri belgeleri ve eki hak edişler) üzerinden yapılan inceleme ve denetimlerde, hizmet ödemeleri kapsamında miktara bağlı olarak birim fiyat üzerinden ödemesi gerçekleştirilen atık, sterilizasyon, çamaşırhane, yemek ve görüntüleme hizmetlerinin temin ve hizmet ödemelerine ilişkin alt kalemlerin belirlenmesinde, sınıf ve çeşit açısından belirlenmiş bir standardın bulunmadığı ve buna bağlı olarak ödeme kalemlerinin farklılaştığı; bazı şehir hastanelerinde birim başına çok yüksek ödemeler yapıldığı tespit edilmiştir.

Yerinde yapılan incelemelerde, Yozgat Şehir Hastanesinin çamaşırhane hizmetlerini yürüten alt yüklenicisinin, Sorgun Devlet Hastanesine 4734 sayılı Kanun kapsamında aynı hizmeti sunduğu görülmüştür. Sorgun Devlet Hastanesine hizmet karşılığı olarak teklif ettiği bedel ile şehir hastanesine sunduğu çamaşır hizmetinin ortalama birim fiyatı arasında 14 kat fiyat farkı olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinde gerek “destek hizmetleri”, gerekse de “tıbbi destek hizmetleri” devlet hastanelerine göre taşeron şirketlerden çok daha yüksek bedellerle satın alınmaktadır.

Hizmete giren sekiz şehir hastanesinin miktara bağlı hizmetlerine ilişkin ödemelerde standart bir alt kalem sınıflandırılması bulunmamaktadır. Ayrıca alt kalemler için belirlenen birim fiyatların çok geniş bir skalada yer aldığı görülmektedir. Miktarla bağlı hizmetlerin ödenmesinde işin kapsamı ve kamu yararı dikkate alınmaksızın ödeme yapıldığı anlaşılmıştır.

Şehir hastaneleri hakkında Sağlık Bakanlığından yazılı ve şifahi olarak talep edilen bilgi ve belgeler sağlan(a)madığından denetimler, mahallinde temin edilen ödemeye esas belgeler ve ekleri ile sağlık tesisinin yönetilmesi ve işletilmesine esas alınan, ıslak imzalı olmayan dokümana (sözleşme ve ekleri ile diğer belgeler) ve yerinde yapılan tespitlere dayanılarak gerçekleştirilmiştir.

Sayıştaya bile belge verilmemesi, şehir hastaneleri ihalelerinde kamu yararı olmadığına kamuoyunun dikkatinden kaçırılmasının önemli kanıtlarından birini oluşturmaktadır.

Sonuç

Günümüzde şehir hastaneleri, sermaye sınıfına sağlık alanında kaynak aktarımının en yüksek düzeyde yapıldığı ve dünyaya ahbap çavuş kapitalizminin en çarpıcı örneklerinden biri olarak gösterilebilecek bir uygulama örneğidir. Sayıştay tarafından yayınlanan rapordaki bulgular bu durumu son derece açık bir biçimde doğrulamaktadır.

Türkiye ivedi olarak kamu-özel ortaklığı yöntemiyle yapılan ve işletilen şehir hastaneleri modelinden vaz geçmelidir. Bu model yalnızca şirketlerin işine yaramakta, şirketlere aktarılan büyük paylar nedeniyle Sağlık Bakanlığı bütçesi zorlanmakta, bir anlamda rehin alınmaktadır.

Mevcut şehir hastaneleri zaman geçirilmeksizin kamulaştırılmalı, kamu-özel ortaklığı yöntemiyle yeni hastane yaptırılmasından da vaz geçilmelidir.

Kaynaklar

- 1) Emek U. Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı. In: Pala K., editor. Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri. İstanbul: İletişim Yayınları; 2018. page 71–98.
- 2) Pala K. Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması ve Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli. In: Pala K., editor. Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri. İstanbul: İletişim Yayınları; 2018. page 99–134.
- 3) Emek U. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. Hacettepe HFD 2017;7(1):139–68.

- 4) Müezzinoğlu M. Sağlık Bakanlığı 2016 Yılı Bütçe Sunumu. 2016.
- 5) Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Şehir Hastaneleri [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]; Available from: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>
- 6) Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Yatırım Takip Sistemi. Şanlıurfa Şehir Hastanesi [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25]; Available from: <https://yts.saglik.gov.tr/publicy-atirimlar.aspx?Oid=814>
- 7) Jubilee Debt Campaign. The UK's PPPs Disaster Lessons on private finance for the rest of the world [Internet]. 2017. Available from: https://jubileedebt.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/The-UKs-PPPs-disaster_Final-version_02.17.pdf
- 8) Kalkınma Bakanlığı. Dünyada ve Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu. 2017.
- 9) Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. Paramın Değeri Analiz Yaklaşımı: Bilkent Şehir Hastane Örneği. 2016.
- 10) Pala K. Şehir Hastanelerinde Yatak Başına Maliyet Neden Çok Farklı? *Bianet*2019;
- 11) Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PLoS One* 2017;
- 12) Pala K, Erbas O, Bilaloglu E, İlhan B, Tükel R, Adıyaman S. Public-Private Partnership in Health Care: Case of Turkey. *World Med J* 2018;64(4):44–8.
- 13) Pala K. Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor. *Bianet*2017;
- 14) T.C. Sayıştay Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu. 2019.

Halk Sağlığı

Uzmanlarının Durumu

6

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • UZM. DR. METİN GÜMÜŞ • UZM. DR. MİTHAT TEMİZER

Halk Sağlığı Uzmanlarının Dağılımı

2020 yılı Ağustos ayı verilerine göre, ülkemizde 894 halk sağlığı uzmanı bulunmaktadır. Bu uzmanların çalıştıkları kurumlara ve yıllara göre dağılımı **Tablo 6.1**'de verilmiştir. Buna göre halk sağlığı uzmanlarının %52'si (470 uzman) Sağlık Bakanlığı kadrolarında istihdam edilmektedir. Bu sayı 2018 yılında %49 (369 uzman), 2010 yılında ise %35 (170 uzman) oranındaydı. Sağlık Bakanlığında çalışan uzman sayısının giderek arttığı görülmektedir. Halk sağlığı uzmanı sayısı son 10 yılda %82 oranında artmış ve 491'den 894'e çıkmıştır. Son 1.5 yılda ise 101 yeni halk sağlığı uzmanı Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmaya başlamıştır. Yeni uzmanların büyük çoğunluğunun ilçe sağlık müdürlüklerine ve birimlerine atandıkları görülmektedir (bakınız **Tablo 6.1**).

2010 ve 2018 yıllarına göre kıyaslandığında en büyük artışın İlçe Sağlık Müdürlüklerinde olduğu görülmektedir. Bu oran son 2 yıl içinde %73 oranında artarak 196 kişiye ulaşmıştır. Daha sonra Sağlıklı Hayat Merkezleri (SAHAM), TSM ve KETEM'lerde artış olduğu görülmektedir (%67). Diğer başlığı altında yer alan uzmanların çalışma alanları içinde ise uluslararası kuruluşlar, işyeri hekimliği, özel sektör, belediye ve diğer bakanlıklar bulunmaktadır. Ayrıca emekli, vefat vb sayılar da diğer başlığı altında yer almaktadır.

Bu verilere göre 2020 yılı itibarıyla 83.1 milyon nüfusa sahip Türkiye'de her 93.000 kişiye 1 halk sağlığı uzmanı düşmektedir. Bu oran ABD ve İngiltere'de her 100.000 kişiye yaklaşık 3 halk sağlığı uzmanı şeklindedir. ABD bu oranı her 100.000 kişiye 6 halk sağlığı uzmanı olacak şekilde artırmayı planlamıştır. HASUDER'in 2014 yılında yaptığı insangücü planlamasına göre de Türkiye'de her 100.000 kişiye

Tablo 6.1 Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Çalışılan Kurum	2010		2018		2020 Ağustos	
	s	%	s	%	s	%
Üniversite	223	45.5	195	25.9	235	26.2
Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	16	3.2	32	4.2	20	2.2
İl Sağlık Müdürlüğü	85	17.4	138	18.3	137	15.3
İlçe Sağlık Müdürlüğü	-	-	113	15.0	196	21.9
Toplum Sağlığı Merkezi	26	5.3	53	7.0	58	6.5
SAHAM, KETEM, ÜSBEM, AÇSAP, VSD, HS Lab.	29	5.9	18	2.4	40	4.5
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	14	2.8	15	2.0	19	2.1
Diğer	88	17.9	189	25.1	189*	21.1
TOPLAM	491	100.0	753	100.0	894	100.0

*Bu sayı 2018 yılına aittir.

Kaynaklar: 1-6 nolu kaynaklardan derlenerek hazırlanmıştır

3 halk sağlığı uzmanı düşmesi gerektiği hesaplanmıştır⁶. Bu durumda uzman sayısının önümüzdeki yıllarda gerçekçi ve bilimsel bir planlama yöntemiyle yaklaşık 3 katı artırılması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan 470 halk sağlığı uzmanının illere göre dağılımına bakıldığında illerin büyük çoğunluğunda 1-4 arasında halk sağlığı uzmanı bulunduğu görülmektedir. 13 ve üzeri uzman bulunan il sayısı ise 6 tanedir ve 3 büyük il dışında Adana, Antalya ve Ş. Urfa'da 13 ve üzeri uzman bulunmaktadır¹ (bakınız **Tablo 6.2**).

Tablo 6.2 Halk Sağlığı Uzmanlarının İllere Göre Dağılımı (2020 Ağustos)

Uzman sayısı	İl Sayısı	Toplam Uzman Sayısı
1-4 uzman	47	114
5-8 uzman	15	92
9-12 uzman	13	137
13 ve üzeri uzman	6	127
Toplam	81	470

Kaynak: 1 nolu kaynak verileri güncellenerek yapılmıştır

Halk sağlığı uzmanlarının illere göre dağılımına bakıldığında 2020 yılı itibarıyla artık tüm illerde halk sağlığı uzmanı bulunduğu görülmektedir (bakınız **Şekil 6.1**). 5 ilde 1 halk sağlığı uzmanı bulunurken (Bilecik, Niğde, Nevşehir, Erzincan ve Rize) en

sık rastlanan durum 2 uzman bulunan illerdir (26 il). 5-8 uzman bulunan il sayısı 15, 9-12 uzman bulunan il sayısı ise 13'tür⁽¹⁾.

2017 yılı verilerine bakıldığında ise Sağlık Bakanlığında 347 uzman olduğu ve üç ilde (Sinop, Çankırı, Iğdır) halk sağlığı uzmanı bulunmadığı görülmektedir⁽²⁾ (bakınız **Şekil 6.2**).

Halk Sağlığı Uzmanlarının Yöneticilik Durumu

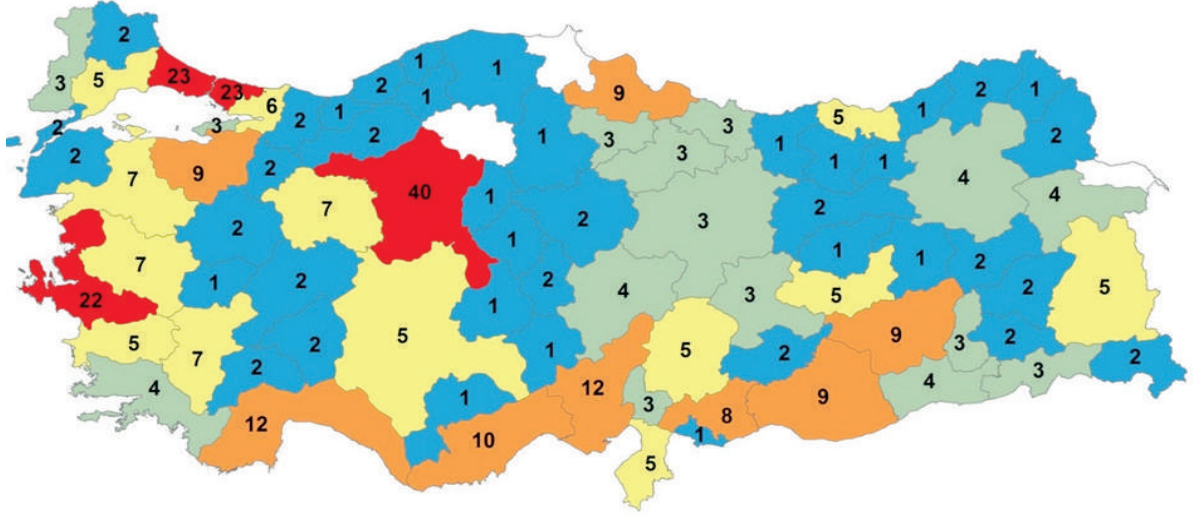
Halk sağlığı uzmanlarının yöneticilik görevi üstlenme durumuna bakıldığında ise 2020 yılı Mayıs ayı itibarıyla İl Sağlık Müdürü olarak atanan halk sağlığı uzmanı olmadığı, 81 ilden sadece 5'inde (%6) Halk Sağlığı Başkanı (Ağrı, Amasya, Bitlis, Balıkesir, Çanakkale), 10 tanesinde başkan yardımcılığı görevinin halk sağlığı uzmanlarınca üstlenildiği görülmektedir (Ankara, Artvin, Erzurum, Giresun, Mersin, Trabzon, Tunceli, Batman, Kilis, Osmaniye). Yönetici olarak atanma oranı en yüksek Merkez TSM sorumlu hekimliği görevindedir⁽¹⁾ (18 kişi, %37.5).

İl Sağlık Müdürlerinin %53'ü (43 il) ve Halk Sağlığı Başkanlıklarının %60'ı (49 il) pratisyen hekimdir. İl sağlık müdürlerinin %20'si cerrahi uzmanlık, %27'si dahili uzmanlık dallarındandır (6 aile heki-



Şekil 6.1 Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalıştıkları İllere Göre Dağılımı (2020 Ağustos)

Kaynak: 1 nolu kaynak verileri güncellenerek çizilmiştir.



Şekil 6.2 Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalıştıkları İllere Göre Dağılımı (2017)²

Tablo 6.3 Halk Sağlığı Uzmanlarının Yöneticilik Durumu (2020 Mayıs)

Yönetici	Halk Sağlığı Uzmanı		Diğer		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
İl Sağlık Müdürü	-	0	81	100.0	81	100.0
Halk Sağlığı Başkanı	5	6.2	76	93.8	81	100.0
Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı	10	9.4	96	90.6	106	100.0
İlçe Sağlık Müdürü	32	4.5	679	95.5	711	100.0
Merkez TSM Sorumlu Hekimi	18	37.5	30	62.5	48	100.0
TOPLAM	65	6.3	962	93.7	1027	100.0

Kaynaklar: 1 ve 7 nolu kaynaklar

mi). Halk Sağlığı Başkanlarının ise %10'u cerrahi, %9'u dahili bilim uzmanlarındandır (5'i aile hekimi). 4 ilde diş hekimi, 2 ilde ise temel bilimler uzmanı halk sağlığı başkanlığı yapmaktadır. Daha da ilginç 2 ilde halk sağlığı başkanlığı görevini üstlenen 1 sağlık memuru ve 1 ebe (Çankırı ve Hakkari illeri) bulunmasıdır⁽¹⁾.

Tabloda yer verilmeyen 6 Başhekim ve 8 Başhekim yardımcılığı görevi üstlenen halk sağlığı uzmanları da eklenirse Türkiye'de Sağlık Bakanlığında yönetici konumunda olan 79 halk sağlığı uzmanı olduğu görülmektedir (470 uzmanın %17'si). Türkiye'de sağlık örgütünde sağlık yöneticisi olarak çalışan yeterli sayıda halk sağlığı uzmanı çok azdır. Sağlık bakanlığı kadrolarında sağlık yöneticisi olarak çalışan halk sağlığı uzmanı oranı 2003 yılında

%17 iken, 2010 yılında ancak %25'e çıkabilmiştir^(8,9). Bu durumda 2020 yılı itibarıyla yönetici olarak atanmış halk sağlığı uzmanı oranının 2010 yılına göre tekrar azaldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığında sağlık yöneticilerinin görevlendirilmesi sırasında halk sağlığı alanında eğitim almış olma koşulu aranmadığı veya dikkate alınmadığı görülmektedir. Halk sağlığı uzmanlarının sağlık yöneticisi olarak atanmaları ve çalışma koşullarını düzenleyen kurallar görüldüğü üzere oldukça yetersiz kalmaktadır^(2,7). Mevzuatın bazı bölümlerinde "tercihen halk sağlığı uzmanı" yazılı olması halk sağlığı uzmanlarının yönetici olarak atanmalarını sağlamamaktadır. Mevzuattaki bu açık toplum sağlığı için ivedilikle giderilmelidir.

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Sayıları

Halk sağlığı uzmanlarının yetiştirildiği yerler dikkate alındığında 2020 yılı Ağustos ayı itibarıyla Türkiye’de kadrosunda en az 1 öğretim üyesi olan 69 Halk Sağlığı Anabilim Dalı (HSAD) saptanmıştır. Bu sayı 2013 yılında 57 anabilim dalı şeklindeydi⁽⁶⁾. Bu anabilim dallarının 2020 yılı itibarıyla 49’unda halk sağlığı alanında tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. 2013-18 yılları için halk sağlığı asistan sayıları ve beklenen mezun sayılarının yaklaşık 2 katı arttığı görülmektedir^(3,6) (bakınız **Tablo 6.4** ve **6.5**).

Tablo 6.4 Halk Sağlığı Asistan Sayıları (2013-2018)

Yıl	HS Asistan Sayısı	AD Başına Ort. Asistan
2013	243	5.8 (41 HSAD)
2018	407	9.5 (43 HSAD)

Kaynak: 3 ve 6 nolu kaynaklar

Tablo 6.5 Mezun Olacak Halk Sağlığı Uzman Sayıları (2013-2022)

	Sayı
2013-2017 arası mezun olan halk sağlığı uzmanı sayısı	144
2018-2022 arası mezun olacak tahmini halk sağlığı uzmanı sayısı	350

Kaynak: 3 ve 6 nolu kaynaklar

2019 ve 2020 yıllarında açılan TUS kontenjan sayıları (yılda 2 dönemden toplam 4 sınav) 316 kişidir (bakınız **Tablo 6.6**). Halk sağlığında uzmanlık eğitimine başlamama veya yarıda bırakma oranının %35 olduğu dikkate alınırsa önümüzdeki yıllarda her yıl yaklaşık 100 civarında halk sağlığı uzmanı mezun olacak demektir⁽⁶⁾. Bu durumda Türkiye’de Cumhuriyetin 100. Yıl dönümü olan 2023 yılında

Tablo 6.6 Halk Sağlığı TUS kontenjanları (2002-2020)

Yıl	Toplam Kontenjan
2002	73
2007	96
2012	168
2016	104
2017	157
2018	167
2019	168
2020	148

Kaynak: 6, 10 ve 11 nolu kaynaklar

1200 civarında halk sağlığı uzmanı olacağını ve bunların yaklaşık 750 kadarının Sağlık Bakanlığında istihdam edileceğini tahmin edebiliriz.

Sonuç

Halk sağlığı uzmanlarının yaşadıkları sorunlar motivasyonlarını düşürmekte ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Varolan sorunlar aşağıda kısaca özetlenmiştir^(2,6,12-14):

Halk sağlığı uzmanlarının en önemli sorunu Sağlık Bakanlığı içinde uzmanlık bilgi ve birikimiyle uyumlu yerlerde çalıştırılmamalarıdır. Bu konuda mevzuat halk sağlığı uzmanlarının lehine olacak şekilde açık ve zorlayıcı değildir.

Halk sağlığı uzmanlarının doğal olarak yönetici olmaları gereken yerlerde Sağlık Bakanlığı halk sağlığı uzmanlarını görmezden gelmektedir. Sağlık Bakanlığının atamalarda liyakat ve kariyer sistemine uymaması, nepotizm, kronizm ve patronaj ağırlıklı kayırmacı atamalar yapması ikinci büyük sorundur.

Halk sağlığı uzmanlarının özlük hakkı sorunları vardır. Özellikle İl Sağlık Müdürlüğünde çalışan uzmanların katsayıları daha düşüktür.

Sağlık Bakanlığında istihdam edilen halk sağlığı uzmanları başta olmak üzere toplam halk sağlığı uzmanı sayısı çok yetersiz düzeydedir. Halk sağlığı uzmanı gereksiniminin tamamlanabilmesi için her yıl en az 100 halk sağlığı uzmanının mezun edildiği yaklaşık 20 yıla ihtiyaç vardır.

Çözüm Önerileri

Halk sağlığı uzmanlarının yaşadıkları sorunlar için getirilen çözüm önerileri aşağıda kısaca özetlenmiştir^(2,6,7,12,13,14):

Öncelikle halk sağlığı uzmanlarının atama, çalışma pozisyonları ve görev tanımlarıyla ilgili mevzuat konusunda ayrıntılı bir çalışma yapılmalı ve Bakanlığa mevzuatla ilgili değişiklik önerisi sunulmalıdır.

Halk sağlığı uzmanlarının durum saptaması için her 3 yılda bir halk sağlığı uzmanları envanteri çıkarılmalıdır. Halk sağlığı uzmanlarının uzmanlık tanımına uygun yerlerde çalıştırılmıyor olması ile ilgili olarak Bakanlığa düzenli olarak görüş sunulmalıdır.

Halk sağlığı uzmanlarının çalışmalarını tanıtan ve başarılarını kanıtlayan raporlar hazırlanmalıdır.

HASUDER ve çalışma grupları sahada yapılan iyi uygulama örneklerinin tanıtımını yapmalıdır.

Uzmanlık sonrası eğitim için HASUDER üniversitelerle işbirliği içinde özellikle sağlık yönetimi başta olmak üzere sertifikalı eğitim programları düzenlemelidir.

Uzmanlık sonrası eğitim için deneyimli halk sağlığı uzmanlarının göreve yeni başlayan uzmanlarla bilgi/tecrübe paylaşımına yönelik HASUDER ve Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzman Çalışma Grubu, webiner ve akran eğitimleri düzenlemelidir.

Türkiye’de HASUDER tarafından yüzbin nüfusa düşen halk sağlığı uzmanı sayısının 1’den 3’e çıkarılabileceği bilimsel bir planlama yapılmalıdır. Bu amaçla TUS kontenjanları artırılmalı, anabilim dallarının uzmanlık eğitimi olanakları iyileştirilmelidir. HASUDER Yeterlik Kurulu bu anlamda daha aktif çalışmalıdır. Anabilim dallarının yıllık mezun edebileceği optimum halk sağlığı uzmanı sayısı ve maksimum halk sağlığı asistan sayıları belirlenmelidir.

Sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarının motivasyon ve tükenmişlik düzeyleri düzenli olarak ölçülmelidir.

Halk sağlığı uzmanlığının çekiciliği artırılmalı, çalışma koşulları, ücret, özlük hakları vb konularda düzenlemeler yapılması sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı uzmanları, toplumun sağlık sorunlarını ve gereksinimlerini bilimsel yöntemler kullanarak saptayan, halk sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üreten, halk sağlığı programlarının yürütülmesinde ve sağlık hizmet sunumunda yöneticilik yapan tıp doktorlarıdır¹⁵. Bu bilgiler ışığı altında Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatındaki topluma yönelik hizmet sunumlarında halk sağlığı uzmanlarının öncelikle istihdam edilmesi gerekmektedir. Nitekim HASUDER de Sağlık Bakanlığında çalışan halk sağlığı uzmanlarının başta Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Başkanlığı kadroları olmak üzere tüm birimlerinde yönetici kademelerinde istihdam edilmelerini önermektedir. Bu istek mevzuatta yer alan “tercihen” gibi sözcük oyunları ile görmezden gelinebilecek ve bir süre daha ertelenebilecek bir durum değildir. Bir uzmanlık dalının mesleki eğitim programlarının ve elli yılı aşkın bir tarihsel biriminin doğal bir sonucudur.

Türkiye’de halk sağlığının kurucusu ve halk sağlığı uzmanlık eğitiminin yerleşmesinde çok önemli bir yere sahip olan Nusret Fişek’in de dile getirdiği

gibi “Türkiye’de sağlık yönetimi alanında yaşanan sorunları aşabilmek için halk sağlığı alanında hekimlere mezuniyet sonrası halk sağlığı uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. Her yöneticinin sağlık mevzuatını ve bürokratik düzeni bilmesi gerekir ancak bu yeterli değildir. Sağlık hizmetleri ancak sağlık yönetimini bir bilim ve sanat olarak öğrenmiş kişilerin elinde gelişebilir”⁽¹⁶⁾. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı politika yapımcıları tarafından halk sağlığı uzmanlarının yönetici konumunda istihdam edilmeleri durumunda, Türkiye’nin sağlık düzeyinin hızla iyileşmesine de önemli bir katkıda bulunmuş olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Gümüş M. Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri. Mayıs, 2020 (yayımlanmamış çalışma) HASUDER. Uzmanlık Eğitimi, Hizmet Sunumu ve Mesleki Gelişim Bütünleştirme Çalıştayı. Halk Sağlığı Uzmanlarının İstihdamı ve Asistan Eğitiminin Mevcut İstihdam Alanlarına Uygunluğu Raporu. 23 Şubat 2019, Ankara, s:19-25.
- 2) Özyurda F, Aslan D. Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Durum Tespit Raporu. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu, HASUDER Yayın no:2018-3, Ankara, 2018.
- 3) HASUDER Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010. HASUDER, Ankara, 2010.
- 4) Temel F. Sağlık Bakanlığı’nda Halk Sağlığı Uzmanı Olmak. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Tıpta Uzmanlık Kariyer Etkinliği, 7 Mayıs 2018, Ankara.
- 5) Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). HASUDER Yayın No:2014-1, Ankara, 2014.
- 6) Gümüş M. Halk Sağlığı Uzman Doktorlarının İllerde Halk Sağlığı Hizmeti Başkanlıklarında Yönetimdeki Yeri XXI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 26-30 Kasım 2019, Antalya.
- 7) Eser E, Erbay Dündar P. (2004) Türkiye Halk Sağlıkçıları Durum Analizi. HASUDER raporu, Ankara, 2004.
- 8) Eser E, Çamur D. (2010) Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, Ekim, 2010.
- 9) Çelik SG. Dokuz Eylül ÜTF TUS Halk Sağlığı AD Puanları (2015-2019), İzmir, Ocak 2020. İnternet Erişim Adresi: (24 Ağustos 2020) https://drive.google.com/file/d/1D_4bt_jZrRq-7kiChyLWVVZ8k-Anm_QH3/view
- 10) ÖSYM. TUS Kontenjan Tabloları. İnternet Erişim Adresi: (24 Ağustos 2020) <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/TUSDONEM2/kontenjanlartablosu17082002.pdf>
- 11) <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/TUSDONEM1/kontenjanlartablosu03012020.pdf>
- 12) Temizer M. Halk Sağlığı Uzmanlarının Saha Deneyimleri. XX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-17 Kasım 2018, Antalya, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, s:74.
- 13) Emek M. Sahada çalışan Halk Sağlığı Uzmanlarının Karşılaştıkları Sorunlar, Çözüm Önerileri, HASUDER ile ilgili görüşleri. XX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-17 Kasım 2018, Antalya.
- 14) HASUDER. Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Çalışma Grubunun Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yapılanması ve

uygulamaları ile ilgili görüşleri. 22 Nisan 2019.

İnternet Erişim Adresi: : (24 Ağustos 2020)

<https://hasuder.org.tr/sahada-calisan-halk-sagligi-uzmanlari-calisma-grubunun-gorusleri/>

- 15) HASUDER. Halk Sağlığı/Toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi, Ankara, 2002.
- 16) Fişek N. Sağlık Yönetiminde Bilimsel Araştırmanın Yeri. Toplum ve Hekim, Mart 1985, sayı:36

> Sağlık İnsangücü

7

DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGEHAN AÇIKGÖZ • PROF. DR. FERRUH N. AYOĞLU

Bu bölümde, daha önce yayınlanan raporlarda yer alan verilerin yinelenmemesi adına 2013-2018 dönemine yönelik veriler daha çok hekimlere odaklanarak değerlendirilmiş ve temel veri kaynağı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistik Yıllıkları kullanılmıştır.

Türkiye’de yıllar itibarı ile hekime başvuru sayıları ile kişi başına düşen hekime başvuru sayıları ve eğilimleri **Tablo 7.1**, **Tablo 7.2**’de paylaşılmıştır. Ülke genelinde 2018 yılında gerçekleşen hekime başvuru sayısı 782 milyon 515 bin 204’tür ve bu başvuruların %63.7’si hastanelere gerçekleşmiştir, yıllık kişi

başına düşen hekime başvuru sayısı 1. basamakta 3.2, 2. ve 3. basamakta 6.3 olma üzere toplamda 9.5’dir⁽¹⁾. 2013-2018 yılları arasında başvuruların %31.5-34.9’u 1. basamakta, %2.4-5.0’i özel tıp merkezlerinde %60.1-65.3’ü hastanelerde gerçekleşmiştir⁽¹⁻⁶⁾.

Yıllık kişi başına düşen hekime başvuru sayıları 2009-2018 yıllarını kapsayan 10 yıllık bir dönemde süreç içerisindeki eğilimleri yönünden değerlendirildiğinde, toplam başvuru sayılarının anlamlı bir artış eğiliminde olduğu ($y=7.37+0.2x$; $R^2=0.860$; $p<0.001$; $x=yıl-2009$), aynı anlamlı artış eğiliminin

Tablo 7.1 2013-2018 Yılları Arasında Hekime Başvuru Sayıları

Yıl	1. Basamak		Özel Tıp Merkezleri		Hastaneler		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
2013	220252781	34.9	31256100	5.0	378812243	60.1	630321124
2014	219205605	34.0	28208781	4.4	396577644	61.6	643992030
2015	214564156	32.5	26953360	4.1	418581931	63.4	660099447
2016	215990739	31.5	22069610	3.2	447648830	65.3	685709179
2017	235135618	32.7	18912829	2.6	464876362	64.7	718924809
2018	265496223	33.9	19055722	2.4	497963259	63.7	782515204

Kaynak:1-6.

Tablo 7.2 2013-2018 Yılları Arasında Kişi Başına Hekime Başvuru Sayıları

Yıl	1. Basamak	2. ve 3. Basamak	Toplam
2013	2.9	5.3	8.2
2014	2.8	5.5	8.3
2015	2.7	5.7	8.4
2016	2.7	5.9	8.6
2017	2.9	6.0	8.9
2018	3.2	6.3	9.5

Kaynak: 1-6.

2. ve 3. basamağa gerçekleşen başvuru sayılarında da izlendiği ($y=4.48+0.2x$; $R^2=0.995$; $p<0.001$; $x=yıl-2009$), buna karşılık 1. basamağa gerçekleşen başvuru sayılarının anlamlı bir değişim göstermediği ($p=0.872$) izlenmektedir. Başka bir ifade ile, Türkiye’de yıllar içerisinde kişi başına düşen yıllık hekime başvuru sayılarında gözlenen anlamlı artış özellikle 2. ve 3. basamağa gerçekleşen başvuru artışlarına dayanmaktadır. Bu durum, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının iş yükünün giderek artan biçimde yoğunlaşmasına yol açan bir sorun alanı olarak değerlendirilmelidir (Şekil 7.1).

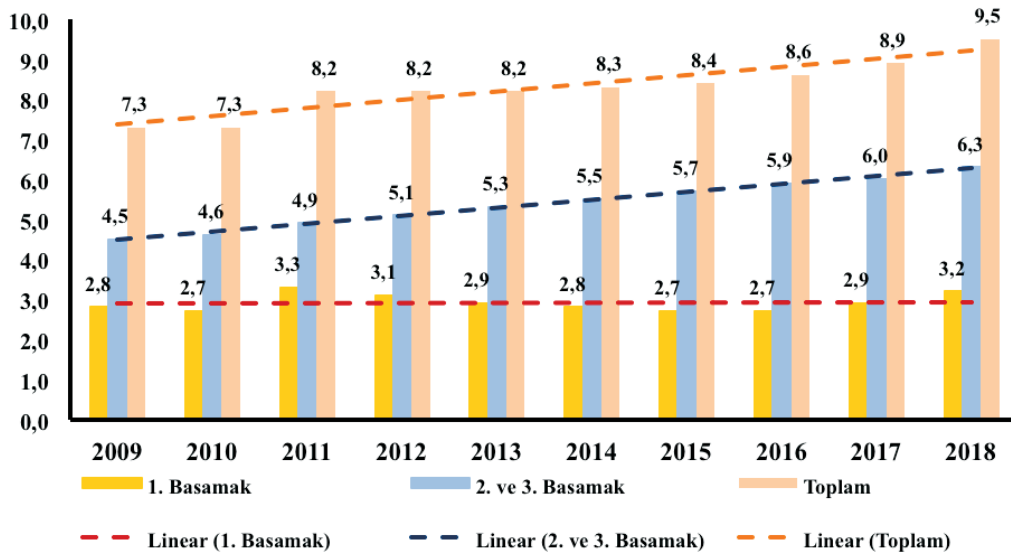
Ülke genelinde giderek artan hekime başvuru sayıları sağlık insan gücü planlamalarının ve yönetiminin öncelikle ve önemle ele alınmasını gerektirmektedir. Türkiye’de 2013-2018 yıllarına ait sağlık çalışanı sayıları Tablo 7.3’te paylaşılmıştır. Söz

konusu 6 yıllık dönemde hekim sayısı %14.5 artışla 153 bin 128’e ulaşmıştır; toplam hekim sayısında %14.5 olan bu artış uzman hekim sayısında %12.2, pratisyen hekim sayısında %14.2, asistan hekim sayısında ise %22.8’dir. Türkiye’de 2018 yılı itibarı ile hekimlerin %54’ü uzman hekim, %17’si asistan hekim olarak görev yapmakta iken, %29’u pratisyen hekim olarak görev yapmaktadır (Şekil 7.2). Bu durum hekimlerin mesleki kariyerlerine yönelik ulusal planlamalarda uzmanlaşmanın, dolayısıyla da sağlık hizmetleri sunumunda hastanelerin ve yataklı tedavi hizmetlerinin ağırlıklı/öncelikli olarak benimsendiğini ve hedeflendiğini destekler niteliktedir. Tablo 7.3’ten de görülebileceği gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşamsal önemde rol sahibi olan pratisyen hekimlerin 2018 yılında %23.1’i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde,

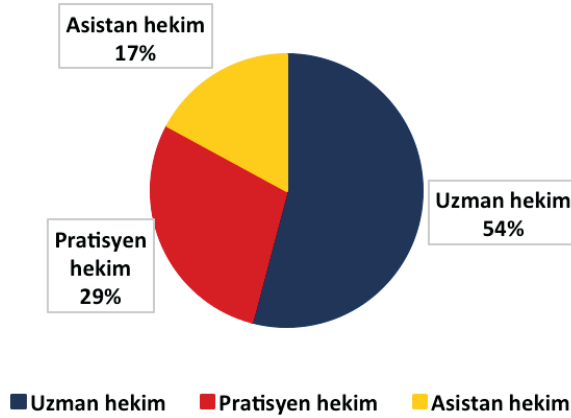
Tablo 7.3 2013-2018 Yılları Arasında Sağlık Çalışanı Sayısı

Sağlık çalışanı	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman hekim	73886	75251	77622	78620	80951	82894
Pratisyen hekim	38572	39045	41794	43058	44649	44053
Asistan hekim	21317	21320	21843	23149	24397	26181
Toplam hekim	133775	135616	141259	144827	149997	153128
Diş hekimi	22295	22996	24834	26674	27889	30615
Eczacı	27012	27199	27530	27864	28512	32032
Hemşire	139544	142432	152803	152952	166142	190499
Ebe	53427	52838	53086	52456	53741	56351
Diğer sağlık personeli	134488	138878	145943	144609	155417	177409
Diğer pers. ve hizm. alımı	224618	303110	311337	321952	339241	376367
Toplam Sağlık personeli	735159	823069	856792	871334	920939	1016401

Kaynak: 1-6.



Şekil 7.1 2009-2018 Yılları Arasında Kişi Başına Düşen Yıllık Hekime Başvuru Sayıları.



Şekil 7.2 2018 Yılında Türkiye'de Uzman, Asistan ve Pratisyen Hekim Dağılımı.

%9.8'i ise özel sektörde çalışmaktadır; bu da, değiştiğimiz sağlık hizmeti sunumu planlama tercihinin bir diğer belirteci olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de 2018 yılı itibarı ile sağlık çalışanlarının sektörlere göre dağılımı **Tablo 7.4**'te paylaşılmıştır. Genel anlamda sağlık personelinin %63.2'si Sağlık Bakanlığı, %13'ü üniversiteler, %23.8'i özel sektörde görev yapmaktadır⁽¹⁾. Aynı yıl için, uzman hekimlerin %52.3'ü Sağlık Bakanlığı, %17.4'ü üniversite, %30.3'ü özel sektörde çalışırken, pratisyen hekimlerin %89.5'i Sağlık Bakanlığı, %0.7'si üniversite, %9.9'i özel sektörde, asistan hekimlerin ise %33.5'i Sağlık Bakanlığı, %66.5'i üniversitelerde çalışmaktadır⁽¹⁾.

Sağlık insan gücü değerlendirmelerinde sıkça değinilen ölçütlerden biri 100 bin kişiye düşen sağlık personeli sayısıdır. Türkiye'de 2018 yılı itibarı ile 100 bin kişiye düşen hekim sayısı, 101'i uzman, 54'ü pratisyen ve 32'si asistan olmak üzere toplam 187'dir⁽¹⁾.

Tablo 7.5, **Tablo 7.6** ve **Tablo 7.7**'de paylaşılan 2013-2018 döneminde 100 bin kişiye düşen he-

Tablo 7.4 2018 Yılında Sağlık Personelinin Sektörlere Göre Dağılımı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman hekim	43347	14438	25109	82894
Pratisyen hekim	39442	291	4320	44053
Asistan hekim	8770	17411	-	26181
Toplam hekim	91559	32140	29429	153128
Diş hekimi	10814	4224	15577	30615
Eczacı	3064	691	28277	32032
Hemşire	126891	29263	34345	190499
Ebe	52495	789	3067	56351
Diğer sağlık personeli	121206	16493	39710	177409
Diğer pers. ve hizm.	236155	48377	91835	376367
Toplam Sağlık personeli	642184	131977	242240	1016401

Kaynak: 1

Tablo 7.5 2013-2018 Yıllarında İBBS-1'e Göre 100000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	160	162	167	168	181	171
Batı Karadeniz	156	156	160	157	167	163
Kuzeydoğu Anadolu	148	146	157	161	161	153
Ortadoğu Anadolu	146	139	142	151	157	143
Batı Marmara	154	154	155	158	161	166
Batı Anadolu	274	270	273	269	273	267
Orta Anadolu	164	160	163	163	171	170
Ege	191	193	195	193	205	204
Doğu Marmara	160	162	164	163	169	169
Akdeniz	161	161	165	163	170	175
Güneydoğu Anadolu	124	122	131	122	131	129
İstanbul	184	189	196	215	204	219
Türkiye geneli	174	175	179	181	186	187

Kaynak:1-6

Tablo 7.6 2013-2018 Yıllarında İBBS-1'e Göre 100000 Kişiyi Düşen Uzman Hekim Sayısı

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	79	82	82	80	85	84
Batı Karadeniz	81	82	82	78	82	81
Kuzeydoğu Anadolu	70	69	70	68	71	69
Ortadoğu Anadolu	69	66	66	66	73	69
Batı Marmara	83	83	85	85	84	89
Batı Anadolu	159	157	160	153	156	144
Orta Anadolu	82	80	80	77	81	80
Ege	106	109	110	108	114	112
Doğu Marmara	90	91	91	88	91	92
Akdeniz	88	88	90	88	91	94
Güneydoğu Anadolu	62	61	63	59	64	62
İstanbul	112	114	118	131	121	134
Türkiye geneli	96	97	99	99	100	101

Kaynak:1-6

Tablo 7.7 2013-2018 Yıllarında İBBS-1'e Göre 100000 Kişiyi Düşen Pratisyen Hekim Sayısı

Bölge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doğu Karadeniz	59	59	63	65	71	65
Batı Karadeniz	58	56	61	62	66	61
Kuzeydoğu Anadolu	58	55	63	66	66	63
Ortadoğu Anadolu	57	54	58	64	62	58
Batı Marmara	55	57	55	57	59	56
Batı Anadolu	48	47	48	47	49	49
Orta Anadolu	58	55	58	59	62	60
Ege	56	57	57	56	59	57
Doğu Marmara	49	50	51	51	54	51
Akdeniz	55	55	56	55	57	56
Güneydoğu Anadolu	52	52	58	53	55	55
İstanbul	34	36	40	46	43	45
Türkiye geneli	50	50	53	54	55	54

Kaynak:1-6

kim, uzman hekim ve pratisyen hekim sayılarını incelendiğinde hekim dağılımının ülke genelinde dengesiz bir yapıya sahip olduğu izlenmektedir. İlgili dönemde 100 bin kişiye düşen hekim sayısının en yüksek olduğu bölge Batı Anadolu'dur ve Batı Anadolu ile birlikte Ege ve İstanbul dışında kalan tüm bölgelerde 100 bin kişiye düşen hekim sayısı Türkiye ortalamasının altında seyretmektedir. Aynı durum 100 bin kişiye düşen uzman hekim sayısı yönünden de geçerlidir. Hekim ve uzman hekim sayısı yönünden en avantajlı konumda olan Batı Anadolu'da 100 bin kişiye düşen hekim sayısı ile bu anlamda en dezavantajlı olduğu izlenen Güneydoğu Anadolu'nun 2.1-2.2 katıdır. Benzer biçimde 100 bin kişiye düşen uzman hekim sayısı da Batı Anadolu'da Güneydoğu Anadolu'nun 2.3-2.6 ka-

tıdır. Tablo, pratisyen hekimlerin dağılımı yönünden değerlendirildiğinde farklılıklar izlenmektedir. Örneğin, 100 bin kişiye düşen hekim ve uzman sayıları yönünden avantajlı konumda bulunan Batı Anadolu ve İstanbul, Doğu Marmara ile de birlikte 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı yönünden tüm yıllarda dezavantajlı durumdadır. Yüz bin kişiye düşen pratisyen hekim sayıları yönünden en avantajlı bölge ise Doğu Karadeniz olarak dikkati çekmektedir. Hekim ve uzman hekim dağılımı için yaptığımız en avantajlı-en dezavantajlı bölge karşılaştırması pratisyen hekimlerin dağılımı yönünden yapıldığında 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim dağılımının görece daha dengeli olduğu izlenmektedir.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara, 2019.
- 2) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1106, Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Ankara, 2018.
- 3) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1083, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAGEM-2017/4.
- 4) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1054, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2016/1, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2016.
- 5) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1010, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2015/2, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2015.
- 6) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın No 956, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No SB-SAG-2014/7, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara, 2014.



Mezuniyet Öncesi

› Tıp Eğitimi

8

PROF. DR. NURAY ÖZGÜLNAR

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tıp eğitiminin amacını “tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek” olarak tanımlamaktadır. Bu amaca en üst düzeyde bilimsel ve etik standartlarla ulaşmanın eğitim alan hekim adaylarından eğitim verenlere, eğitim kurumlarının yöneticilerinden yerel, ulusal yöneticilere dek toplumun tüm kesimlerinin sorumluluk üstlenmesi ile mümkün olduğuna vurgu yapılmaktadır⁽¹⁾. Tıp eğitiminin niteliği ile toplumların sağlık durumunda hedeflenen iyileşmelere ulaşması arasında güçlü bir etkileşim söz konusudur.

Tıp eğitiminin niteliğinin geliştirmesine yönelik tartışmalar ve çalışmalar 1980’lerde başlamıştır. Bu süreçte Edinburg Bildirgesi (1988) ve Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi Önerileri (1993) dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Edinburg Bildirgesi’nde tıp eğitiminin amacı “tüm bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek” olarak tanımlanmıştır. Hekimlerin dikkatli bir dinleyici, gözlemci ve duyarlı bir iletişimci ve etkin bir klinisyen olarak yetişmeleri beklenmektedir. Yine aynı bildirmede tıp eğitimi programlarının ulusal sağlık gereksinimleri ve önceliklerinin gözetilerek de yapılandırılmasına özellikle dikkat çekilmektedir^(2,3).

Ülkemizde tıp eğitiminde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler Arası Kurul, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi (UTEAK) ve uzmanlık dernekleri rol üstlenmektedir.

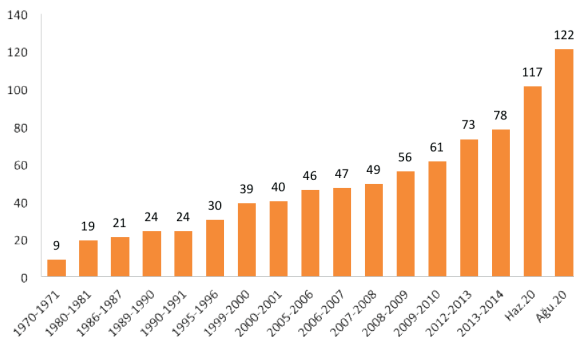
Ülkemizde tıp eğitiminin amacı ile ilgili tartışmalar 1990 yıllarında başlamıştır. Türk Tabipler Birliği ilkinin 1997 yılında yayınladığı ve daha sonra

devamını getirdiği raporlar ile tıp eğitiminde mevcut durumu, sorunları saptayıp ve bu sorunlara çözüm önerileri geliştirmiştir. 2001 yılında Ulusal Çekirdek Müfredat programı oluşturularak toplumun gereksinimlerine yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim programlarının standardize edilmesi yönünde çalışmalar başlamış ve günümüzde de sürmektedir⁽⁴⁾. Çekirdek müfredat programı ile tıp eğitimi sonunda mezun olacak bir hekimde olması beklenen bilgi, beceri ve davranışlar net olarak ortaya konmuştur. 2002-2007 yılları arasında Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Komisyonundaki çalışmalarda, Yükseköğretim Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Komisyonu tarafından geliştirilen öneriler dikkate alınarak ve mühendislik fakültelerindeki örnekler kullanılarak Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) kurulmuştur⁽⁵⁾. Günümüzde bu kurul “Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD)” nin bir organı olarak tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktadır. UTEAK 30 Kasım 2011 tarihli YÖK Genel Kurul toplantısında Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Programlarının Akreditasyonu için Ulusal bir Kalite Güvence Kuruluşu olarak da tanınmıştır. 2013 yılında TEPDAD Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (World Federation for Medical Education) tarafından tanınmıştır. YÖK 2016 yılından itibaren TEPDAD tarafından akredite edilen eğitim programlarını Üniversite Tercih Kılavuzu’nda ilan etmektedir. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları 2009 yılından günümü-

ze sonuncusu 2020 yılında olmak üzere 5 kez güncellenmiştir. TEPEAD tarafından 2020 yılına dek mezuniyet öncesi yılında gönüllü olarak başvuru yapan tıp fakültelerinden 41'inin eğitim programları akredite olmuştur^(6,7).

Tıp eğitimi programlarının gözden geçirilmesi, temel standartların belirlenmesi ve bu standartlara uygun eğitimlerin belgelenmesi gibi olumlu gelişmeler yanı sıra altyapı, öğretim kadrosu ve niteliğini geliştirme yönünde çalışmalarda sürmektedir. Ancak hızla yeni tıp eğitimi programları açılmakta ve kontenjanlar artarak tıp eğitiminde niteliği olumsuz etkileyecek gelişmelerde yaşanmaktadır. 1990'lı yıllarda 24 tıp eğitim programı ile 4825 öğrenci kontenjanı, 2014 yılında 8879 yeni öğrenciye artmıştır^(8,9,10). Daha yakın zamanlara gelindiğinde de bu eğitim artış eğilimi sürmektedir. 2019-2020 eğitim-öğretim döneminde 117 tıp fakültesi için 15.308 öğrenci Eylül 2019 tarihinde birinci sınıf öğrencisi olarak tıp eğitimine ilk adımını atmıştır. 2020-2021 eğitim döneminde ise 122 fakültenin 17'sinde Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki programlı eğitim olup, toplam Tıp programı sayısı 139'a, öğrenci sayısı ise 16448'e ulaşmıştır. Devlet Üniversitelerinde Tıp programlarının kontenjanları geçen seneye göre aynı düzeyde kalmış iken vakıf üniversitelerinde kontenjanlar artmıştır^(11,12). **Şekil 8.1**'de yıllara göre tıp fakülte sayıları sunulmuştur.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ismini de kullanarak 2015 yılında kurulan İstanbul merkezli olarak kurulan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye ve Türkiye dışında Somali, Sudan, Özbekistan ve Filipinler'de 9 tıp programı ile eğitim veren yeni bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu üniversitenin 5 tıp fakültesi, Adana, Erzurum, İzmir, Bursa ve Trabzon



Şekil 8.1 Tıp Eğitimi Veren Kurumların Yıllara Göre Dağılımı.

Kaynaklar:^{2,10,11,12}

son 2 ayda yani 2020 yılında Corona-19 pandemisinin olduğu bu günlerde açılmış olup tümü bu yıl öğrenci alacak. Gerekli altyapı çalışmaları tamamlanmadığı için bu 5 fakülteye başlayacak öğrenciler eğitimlerinin ilk 3 yılını sırasıyla Çukurova, Atatürk, Ege, Uludağ ve Karadeniz Teknik Üniversitelerinin tıp fakültelerinde, tamamlayacaklar⁽¹³⁾.

Yirmi yılda tıp eğitim programlarının 3 kat artması alt yapı, öğretim kadrosu ve öğretim uygulamalarında önemli değişkenlikler ve sorunları beraberinde getirmektedir. **Tablo 8.1**'de 1970 yılından günümüze tıp fakültesi kontenjanları ve öğretim üye durumları verilmiştir.

Tablo 8.1 Türkiye'de Tıp Eğitimi veren kurum ve birinci yılda eğitim almaya başlayan öğrenci sayıları*

Öğretim yılı	Fakülte Sayısı	Birinci Yılda Öğrenci Sayısı	Eğitimde olan Öğrenci Sayısı	Öğretim Üye Sayısı
1970-1971	9	778	?	?
1980-1981	19	2.409	?	?
1990-1991	24	4.825	33.566	3.029
2000-2001	40	4.749	32.250	6.284
2010-2011	69	8.090	37.576	9.609
2012-2013	43	8.879	41.468	10.413
2013-2014	78	11.597	?	?
2019-2020	177	15.309	108.997	15.778
2020-2021	122	16.553	125.550	?

Kaynak: ^{2,10,11,12}

Tıp eğitiminde öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranları, eğitimin niteliğini etkileyen önemli değişkenlerden birini oluşturmaktadır. **Tablo 8.2**'de öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları, **Tablo 8.3**'te öğretim üye sayıları ve akademik unvanlarındaki değişimler izlenebilmektedir. 2019-2020 yılı eğitim yılı için YÖK verileri derlenerek yapılan çalışmada devlet üniversitelerinde 12.755 öğretim üyesininin 95.152 öğrencininin eğitiminden (öğrenci/öğretim üyesi oranı: 7,4) sorumlu olduğu belirlenmiştir. Vakıf üniversitelerinde ise 13.755 öğrenciye 3120 öğretim üyesi (öğrenci/öğretim üyesi oranı: 4.4) eğitim vermektedir.

TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010'a göre; 2010 yılı için öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı ortalama 3,52; 2008 yılı için 3,5'dir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığına göre bu oranlar 2010 yılı için 4,2, 2008 yılı için 3,9'dur⁽²⁾. Yeni açılan ancak eğitici kadroları yapılanmadan öğrenci alan tıp fakültelerinin özellik-

Tablo 8.2 Toplam öğrenci, öğretim üyesi sayıları ve öğretim üyesi/öğrenci oranı.

Yıl	Toplam öğrenci sayısı	Öğretim üyesi sayısı	Öğrenci / öğretim üyesi oranı
1997	33.456	5.538	6 (1,9 - 11,8)
2000	31.648	6.592	4,5 (1,7 - 9)
2002	31.738	7.833	4,05 (1,8 - 7,5)
2004	31.942	8.277	3,85 (0,7 - 6,8)
2006	32.807	9.029	3,6 (1,2 - 6,8)
2008	33.871	9.626	3,5 (1,1 - 9,1)
2010	38.536	10.413	3,52 (0,39 - 8,6)
2012	51.445	11.551	4,5
2019-2020	108.907	15.778	6,9

Kaynak: ^{2,10,11}**Tablo 8.3** Akademik unvanlarına göre öğretim üyesi sayılarının yıllara göre dağılımı

Öğretim üyesi	1997	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2014	2020
Profesör	2.272	2.656	3.134	3.645	4.066	4.514	4.976	6.413	7552
Doçent	1.470	1.906	2.092	1.961	2.379	2.481	2.781	2.692	3001
Yardımcı Doçent	1.469	2.030	2.607	2.671	2.584	2.631	2.656	3.889	5255
Toplam	5.538	6.592	7.833	8.277	9.029	9.626	10.413	12.994	15778

Kaynak: ^{2,10,11}

le temel bilimler dersleri daha önce kurulmuş tıp fakültelerinin eğitimcilerine tanımlanmaktadır. Tıp fakültelerinde bir temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22,57 öğrenci düşerken, bir klinik bilimler öğretim üyesine ortalama 4,45 öğrenci düşmektedir⁽²⁾. Öğrenci aldığı halde kadrosu olmayan Tıp Fakültelerinin öğrencileri başka büyük bir fakülteye gönderilmekte ve bu fakültelerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı artarak eğitimin niteliğini olumsuz etkilemektedir. 2010 yılında yazılan bu rapordaki bilgiler hemen her yıl benzer şekilde güncellenmektedir. Son 2 ayda yani 2020 yılında Corona-19 pandemisinin olduğu bu günlerde Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı açılan yeni 5 tıp programı bu yılın örneğini oluşturmaktadır.

Sorunun bir başka boyutu ise hekim göçü olarak karşımıza çıkmaktadır. Türk Tabipleri Birliğinin “Türkiye’nin Sağlığı-2019” Raporu ülkemizden “2019 yılında 1047 hekim, başka bir ifadeyle, yaklaşık 9 tıp fakültesinin birinci sınıf öğrencisi sayısı kadar hekim, başka bir ülkede çalışabilmek için Türkiye’den göç etmiştir” şeklinde dikkat çekmektedir⁽¹⁴⁾.

Sonuç olarak alt yapı, öğretim kadrosu ve eğitim programlarındaki sorunlar göz ardı edilerek yüksek sayıda öğrenci alacak şekilde tıp fakülteleri açılmakta ve hekim adaylarının sayısı artırılmaya

çalışılmaktadır. Özellikle kamu üniversitelerinde öğretim üyesi başına düşen sayı çok yüksektir. Covid-19 pandemisi günlerinde eğitimlerin online olduğu günlerde, hekim eğitiminde ciddi bir sorun ile yüzleşeceğiz. Tıp eğitimi pratik uygulama olmadan nasıl yapılır? Bu durum toplumumuzu yetersiz hekimlerden korumak için ulusal düzeyde yeterlilik (board) sınavlarına gereksinim olacağını göstermektedir. Eğitimin nitelik ve niceliğini korumak için mevcut tıp fakültelerinin alt yapısının güçlendirilip, öğretim üye kadrosunun geliştirilmesi ve kontenjan artışından vazgeçilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) World Federation For Medical Education, Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement. <http://www.iaomc.org/wfme.htm> [Erişim T: 1.7.2011]
- 2) Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010. Hazırlayanlar: İskender Sayek, Nural Kiper, Orhan Oda-başı. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, 2010. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf [Erişim T: 15.7.2011]
- 3) Edinburg Declaration, World Federation for Medical Education, Lancet. 1988 Oct 15;2(8616):908.
- 4) UTEAK Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu. Türkiye Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları, 2009, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2009.
- 5) UTEAK Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu. Türkiye Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları, 2011, <http://www.uteak.org/images/stories/file/standartlar.pdf> [Erişim T: 2.8.2011]

- 6) TEPDAD, Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği <http://tepdad.org.tr/belgeler> [Erişim T: 4.8.2020]
- 7) TEPDAD, Akredite Eğitim Programlarının Güncel Listesi <http://tepdad.org.tr/akredite-egitim-programlarinin-guncel-listesi> [Erişim T: 4.8.2020]
- 8) Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Mart 2008, Ankara. Bakanlık Yayın No:739.
- 9) Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu) Haziran 2010, Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.YÖK Yayın No: 2010 / 1. <http://www.yok.gov.tr> [Erişim T: 15.7.2011]
- 10) Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu) Şubat 2014, Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.YÖK Yayın No: 2014 / 1. <http://www.yok.gov.tr> [Erişim T: 15.7.2015]
- 11) Yükseköğretim Kontenjan, Tercih ve Yerleşme İstatistikleri (2019 YKS) <https://yokatlas.yok.gov.tr/meslek-lisans.php?b=10206#> [Erişim T: 4.8.2020]
- 12) 2020 Yükseköğretim Kontenjanlarına İlişkin Açıklama, <https://www.yok.gov.tr/HaberBelgeleri/BasinAciklamasi/2020/2020-yuksekogretim-kontenjanlari-belirlendi.pdf> 21.07.2020 [Erişim T: 4.8.2020]
- 13) Sağlık Bilimleri Üniversitesi [Erişim T: 25.08.2020] <https://www.sbu.edu.tr/>, [Erişim T: 25.08.2020]
- 14) TTB, “Türkiye’nin Sağlığı-2019” Raporu, <https://www.raporlar.org/turkiyenin-sagligi-2019-raporu-ttb/> [Erişim T: 4.8.2020]

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

Giriş

Günümüz dünyasında sağlık sistemlerinin en temel özelliği sağlık harcamalarının giderek artmakta oluşudur. 2016 yılında tüm dünyada toplam 7.6 trilyon USD olan sağlık harcaması, 2017 yılında 7.8 trilyon USD olmuştur. Bu tüm dünya gelirinin yaklaşık %10'una ve ortalama kişi başı 1080 USD bir harcamaya denk gelmektedir⁽¹⁾. Sağlık harcamalarının artış hızının ülkelerin ekonomilerinin büyüme hızından fazla olması, az gelirli ülkelerde diğer alanlara yatırımların azalmasına yol açarken, gelişmiş ülkelerde tüketimde artışa ve sağlık harcamalarında enflasyona yol açmaktadır. Öte yandan sağlık sistemlerinin temel hedefinin herkese eşit ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilmek olmasına karşın sağlık düzeyi ve harcamalar açısından verilere bakıldığında artan harcamalara karşın halen ülkeler arasında çok büyük eşitsizlikler olduğu ve bu eşitsizliklerin de giderek arttığı görülmektedir⁽²⁾. Örneğin ABD'de kişi başı sağlık harcaması 10.000 USD iken bu tutar Kongo'da 32 USD'dir⁽³⁾.

Son 20 yıllık dönemde sağlık harcamalarının hızlı büyüyen ekonomilerde (42 ülke) daha hızlı arttığı (2.2 kat) saptanmıştır⁽¹⁾. Ancak bu artış her zaman olumlu bir anlama gelmemektedir. Örneğin ülkenin sağlık sistemi kamu kaynakları veya sosyal sigorta yerine özel sektör veya özel sigortalara dayalı ise sağlık düzeyi beklediği kadar düzelmekte, ülke içinde sınıflar arası eşitsizlikler artmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının artışı, ülkelerdeki zengin ve yoksul kesimlerde de farklı sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle yoksul kesimden cepten yapılan sağlık harcamalarının artışı çok az

bir miktar da bile olsa "katastrofi"ye yani aile bütçesinin yıkımına yol açabilmektedir.

Sağlık sistemlerindeki bu değişim kuşkusuz sermayenin ve Dünya Bankası'nın da ilgisini çekmektedir⁽⁴⁾. Özellikle hızlı büyüyen ekonomilerde ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık reformu veya "sağlıkta dönüşüm/sağlıkta geçiş" (health transformation/health in transition) adı altında yeni düzenlemeler yapılmaktadır. Günümüz sağlık sistemlerinde sosyal sigortaların olduğu ülkelerde tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının ve kamu sağlık örgütlenmesi olan ülkelerde ise özel sağlık sektörünün payının giderek artmakta olması dikkati çekmektedir. Sağlık turizmi ve uluslararası sağlık hareketi giderek büyümektedir ve Küba gibi sosyalist bir ülke bile sağlık turizmine kapılarını açmış durumdadır. Bu durum aynı zamanda Küba ve Türkiye gibi sağlık emek gücünün gelişmiş ülkelere göre daha ucuz olduğu ülkelere, zengin ülkelerden hasta gelmesine ve sağlıkta sömürünün daha da artmasına da yol açmaktadır.

2000 yılından günümüze sağlık sistemlerindeki en büyük değişim sosyal sigorta uygulamalarının giderek yaygınlaşması yönünde olmuştur. 2000 yılında 113 ülkede uygulanmakta olan sosyal sigorta sistemi, 2017 yılında 126 ülkeye ulaşmıştır⁽¹⁾. Özellikle 1990'lar sonrası parçalanmış SSCB ve sosyalist ülkeler de dikkate alındığında sağlıkta sosyal sigorta sisteminin son 30 yılda 30-35 civarında ülkede kurulduğu görülmektedir. Ancak sosyal sigorta sistemi sağlık sistemlerindeki en mükemmel sistem olarak değerlendirilmemelidir. Sosyal sigorta sistemini uygulamasına karşın nüfus kapsayıcılığı oldukça düşük olan ülkeler (Arjantin, Brezilya) veya cepten yapılan sağlık harcamalarının oldukça

yüksek olduğu ülkeler (İsviçre, İsrail) olduğu gibi, İngiltere ve Küba örneğinde de görüldüğü üzere sosyal sigorta sistemi olmayan ama oldukça geniş bir kapsayıcılığa ve düşük bir cepten harcamaya ulaşılmış ülkeler de vardır.

Sağlık Sistemlerinde Temel Özellikler

Sağlık sistemi, birbirleriyle mantıksal ve işlevsel bir bütünlük sağlayan temel bileşenlerin bir araya gelerek oluşturduğu ve birbirleriyle karşılıklı ve dinamik bir etkileşim içinde olan bir modelin, bir ülkenin veya ülkelerden oluşan bir grubun tamamına yayılmış halidir^(5,6). Sağlık sistemleri önceleri basit bir şekilde coğrafi (Kuzey-Güney) veya ekonomik (Gelişmiş-Az Gelişmiş) biçimde sınıflanıp 2-3 gruba ayrılmaktaydı⁽⁷⁾. Ancak daha sonra sınıflandırmalar genellikle ekonomik ve ideolojik temeller üzerinde şekillenmeye başladı. İlk kez Elling sağlık sistemlerini ideolojik bakış açısıyla 5 gruba ayırdı: tam kapitalist, sosyal yönelimli kapitalist, kapitalist bağımlı, endüstrileşmiş sosyalist ve sosyalist bağımsız sistemler⁽⁸⁾. Daha sonra Roemer bu sınıflandırmayı daha da geliştirerek sağlık sistemlerini ekonomik (sanayileşmiş, gelişmekte olan, yoksul, petrol zengini) ve politik (girişimci, refah yönelimli, bütünsel, sosyalist) değişkenlere göre bir matriks şeklinde 16 gruba ayırarak en kapsamlı sınıflandırmayı yaptı⁽⁹⁾. Ancak tüm bu karmaşık sınıflandırmalar yerine artık günümüz dünyasında sağlık sistemlerinin 3 ana gruba ayrılması daha doğru olacaktır.⁽⁵⁻¹¹⁾

1. Risk temelli sağlık sistemleri

Bu ülkelerin sağlık sistemleri "*riske dayalı*" sigorta uygulamalarını içerir. Sigorta yaklaşımı bir riskin sigortalanması mantığına dayandığı ve sadece prim ödeyeni kapsadığı için bu sistemlere risk temelli sigorta sistemleri adı verilmiştir. İlk kez 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından maden işçileri için kurulan sosyal sigorta uygulaması (*kran-ken kasse-hastalık kasası*) nedeniyle bu sistem Bismarck Modeli olarak da isimlendirilir⁽¹²⁾. 1900'lü yıllarda tüm Almanya'yı ve Avrupa'yı kapsamış ve özellikle günümüzde dünyada en yaygın kullanılan sistem olmuştur. Eski SSCB 1990'larda dağıldıktan sonra ortaya çıkan yeni bağımsız ülkeler (eski sosyalist) birkaçı hariç bu modele geçmiştir. Sigorta

uygulaması yapan gelişmiş ülkelerde çoğunlukla sosyal sigorta ve tamamlayıcı özel sağlık sigortaları varken; bu modelde tek ayrık örnek özel sigortaları yaygın olarak kullanan, sosyal sigortayı ise daha az kullanan ABD sağlık sistemidir⁽¹¹⁾.

2. Yurttaşlık temelli sağlık sistemleri

Bu ülkelerin sağlık sistemleri ise daha çok genel veya yerel vergi uygulamalarına dayanır. Vergi toplama yöntemi de yurttaşlık temeli üzerinden gerçekleştiği için bu sistemlere yurttaşlığa dayalı sağlık sistemleri adı verilmiştir. Günümüzde daha çok sigorta uygulamasının dezavantajları nedeniyle (sağlık harcamalarını aşırı artırması, yönetsel giderlerin fazla olması vb) sigorta uygulamasının payını azaltmak isteyen ülkelerde görülür. O nedenle bu ülkelerde bütçeye ek olarak küçük sosyal/özel sigorta fonları da bulunmaktadır.

Bu sistem aslında sigorta uygulamalarına alternatif arayan İngiltere'nin uygulamasıyla başlamıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında yükselen toplumsal hareketlilik ve refah devleti uygulamalarıyla birlikte İngiltere'de milletvekili Beveridge sağlık harcamalarının hükümet bütçesi tarafından karşılanmasını öneren bir rapor hazırlar ve 1946'da çıkarılan NHS (National Health Services-Ulusal Sağlık Hizmetleri) yasası ile İngiltere'de ulusal sağlık hizmetleri uygulanmaya başlar.⁽¹³⁾ Birleşik Krallık ülkelerinde (İngiltere, İrlanda, Galler, İskoçya) başlayan ve daha sonra İskandinav ülkelerine de (İsveç, Norveç, Finlandiya, İzlanda, Danimarka) yayılan "*yurttaşlık temelli*" bu yaklaşımın en temel özelliği hizmetlerin finansmanında risk temelli yaklaşım olan sigorta uygulamaları yerine yurttaşlık temeline dayalı vergilendirme sistemini benimsemesidir. Bu sistemlere ulusal sağlık sistemleri de denilmesinin temel nedeni İngiliz sisteminde geçen "*national*" sözcüğü ve sistemin diğer ülkelere NHS üzerinden kopyalanmasıdır.

3. Toplum temelli sağlık sistemleri

Bu ülkelerin sağlık sistemleri sağlığı tamamen bir insanlık hakkı olarak gören komünist veya sosyalist sistemlerdir. 1917 Ekim Devrimiyle birlikte başlayan ve SSCB Sağlık Bakanının ismini taşıyan bir sistemdir (Semashko Modeli)⁽¹⁴⁾. Bu grupta günümüzde sadece dünyadaki tek sosyalist ülke olarak kalan Küba vardır. Ancak eski sosyalist ülkelerin tamamı 1990'lara kadar bu grupta yer almaktaydı (eski SSCB, Çekoslovakya, Çin vb). Sosyalist uy-

gulamanın temeli sistemin tamamen kamucu olmasına ve özel sigorta, özel sektör vb uygulamalar içermemesine dayalıdır. O ülkede yaşayan herkesi prim, vergi ödemesi veya yurttaş olmasa bile kapsadığı için toplum temelli sistem adı verilmiştir. Toplum temelli sosyalist sağlık yaklaşımının üç temel özelliği vardır:⁽¹⁵⁾

- Sağlık hizmetleri toplumun tamamını kapsar (%100).
- Sağlıkta finansman çok yüksek oranda devlet bütçesinden tarafından karşılanır (%90 civarı) ve cepten sağlık harcaması çok azdır.
- Özel sektör, özel sigorta, rekabet vb serbest piyasaya uygulamaları yoktur veya devletin tam kontrolü altındadır.

Yukarda verilen özelliklere göre 6 kıtadan seçilmiş 20 ülke sağlık sisteminin Türkiye dahil güncel durumu aşağıda **Tablo 9.1**'de özetlenmiştir.

Her ülkenin sağlık sisteminin yukarda verilen 3 temel modelden ikisini kısmen içeren yapıları vardır ancak hangi model daha ağırlıklıysa ülke sağlık sistemi o gruba girer. Sağlık sistemleri bu 3 temel sınıflama yönteminin dışında ayrıca yönetim şekli açısından da merkezi ve desantralize olmak üzere

tekrar iki ana gruba ayrılır (bakınız **Tablo 9.1**). Sağlık sistemlerinde en çok görülen desantralizasyon yöntemi ise belediye veya eyalet sistemidir. Ancak merkezi yönetimin ağırlıkta olduğu ülkelerde son yıllarda başlatılan reform çalışmaları ile kısmi bir desantralizasyon sağlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Örneğin İngiltere sağlık sisteminde merkezi yapının dezavantajlarını gidermek için bazı düzenlemeler yapılmış ve Birinci Basamak Tröst ve Akut Tröst (*Primary Care Trusts-Acut Trusts*) yapıları kurulmuştur.⁽¹⁶⁾ Fransa'da Bölge Sağlık Yönetimine, Japonya'da belediyelere biraz daha fazla yetki verilmiştir.

Tablo 9.1'deki kamu sağlık harcamaları ve kapsayıcılık oranlarına bakıldığında sosyal sigorta veya vergi sistemi uygulayan ülkelerde de merkezi veya desantralize yönetim biçimini seçen ülkelerde de bu oranların birbirinden farklı olabildiği görülmektedir. Örneğin İsviçre ve Avustralya gibi gelişmiş ülkeler sosyal sigorta sistemi uygulamasına karşın toplam sağlık harcamalarındaki kamu oranı %60'larda kalmıştır (Türkiye'nin oldukça gerisinde). Kenya yurttaşlığa dayalı bir sistem uygulamasına karşın kapsayıcılık %15 gibi çok düşük bir düzeydedir. Arjantin ve Brezilya gibi L. Amerika ülkelerinde sosyal sigor-

Tablo 9.1 Bazı Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Temel Özellikleri (2020)*

Ülke	Sağlık Sistemi Özelliği	Yönetim Şekli	Finansman Kaynağı	Kamu Sağlık Harcaması (%)	Kapsayıcılık (%)
Türkiye	Riske Dayalı	Merkezi	Sosyal Sigorta	78	97
Fransa	Riske Dayalı	Merkezi	Sosyal Sigorta	83	100
Japonya	Riske Dayalı	Merkezi	Sosyal Sigorta	85	100
İsrail	Riske Dayalı	Merkezi	Sosyal Sigorta	62	100
Azerbaycan	Riske Dayalı	Merkezi	Sosyal Sigorta	20	60
Almanya	Riske Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Sosyal Sigorta	85	90
Hollanda	Riske Dayalı	Desantralize (Belediye)	Sosyal Sigorta	81	100
İsviçre	Riske Dayalı	Desantralize (Kanton)	Sosyal Sigorta	63	100
Avustralya	Riske Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Sosyal Sigorta	67	100
Arjantin	Riske Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Sosyal Sigorta	69	79
Brezilya	Riske Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Sosyal Sigorta	46	75
ABD	Riske Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Özel Sigorta	49	84
Kanada	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Vergi	71	100
İngiltere	Yurttaşlığa Dayalı	Merkezi (Trust)	Vergi	80	100
Finlandiya	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (Belediye)	Vergi	77	100
İspanya	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (Bölge)	Vergi	71	94
İtalya	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (Eyalet)	Vergi	74	100
Ukrayna	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (Oblast)	Vergi	42	60
Kenya	Yurttaşlığa Dayalı	Desantralize (County)	Vergi	49	15
Küba	Topluma Dayalı	Desantralize (Belediye)	Sosyalist Devlet	86	100

*Bu tablodaki veriler WHO kaynaklarından (HIT Raporları ve Ülke İstatistikleri) yararlanılarak hazırlanmıştır. Tablodaki istatistik veriler genellikle 2018 veya bilinen en son yıl değeridir.

taya rağmen kapsayıcılık oranları düşük kalmıştır. SSCB'den ayrılan Azerbaycan merkezi, Ukrayna desantralize bir sistem uygulamasına karşın iki ülkede de kamu sağlık harcamaları oranı oldukça düşük, cepten yapılan harcamalar ise çok yüksektir. Bu durum aslında hangi sistem seçilirse seçilsin, sağlık yöneticilerinin ülkelerinde kapsayıcılık ve kamu harcamaları oranını isterse artırabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla sağlık sistemleri o ülkedeki iktidarın politik ve ideolojik yönelimiyle oldukça yakından bağlantılıdır.

Sağlık sistemlerinin günümüzdeki önemli bir başka sorunu halk sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince entegre edilememesidir. Bunun temel nedeni birçok ülkede uygulamaya konulan (Türkiye dahil) ve bölge tabanlı olmayan, rekabete dayalı, kayıtlı kişi listeleri üzerinden işleyen aile hekimliği sistemidir. Ancak aile hekimliği uygulaması yapmasına karşın Küba ve Finlandiya gibi bu entegrasyonu gayet iyi sağlayan ülkeler de söz konusudur^(17,18). Türkiye'de de bu entegrasyon sorunu henüz çözülememiştir. Özellikle günümüzdeki covid-19 pandemisinde bu konunun ne kadar önemli olduğu bir kez daha görülmüştür. Salgınlarla mücadele, halk sağlığı hizmetleriyle aile hekimliği ve hastane hizmetlerinin birbirleriyle son derece entegre çalışmaları gerektiğini bir kez daha göstermiştir. Salgınlar dışında çevre sağlığı, okul sağlığı, iş sağlığı, yaşlı sağlığı, ruh sağlığı gibi birçok toplum sağlığı çalışma alanının da bu yapılarla iyi bir şekilde entegre edilmesi gerektiği açıktır.

Sonuç

Günümüzde sağlık sistemlerinin değişimi özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kaynaklarında sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılık, finansal adalet ve sağlıkta eşitlik hedefleri üzerine odaklanmıştır^(1,2,6). Bu çerçevede DSÖ Avrupa Bölgesi ve OECD ülkeleri giderek artan sağlık harcamaları nedeniyle, günümüzün en yaygın uygulaması olan sosyal sigorta sistemi içinde global bütçeleme ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası uygulamaları gibi bazı değişikliklere gitmeye başlamışlardır. Bu nedenle kapitalist dünyada risk ve yurttaşlık temelli sistemlerin harmanlandığı yeni karma veya hibrit modeller ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu değişime Küba gibi sosyalist bir ülkedeki sağlık turizmi uygulamaları da dahil edilebilir.

Ancak sağlık sistemlerindeki bu değişimlerin sadece finansman yöntemleriyle sınırlı kalmaması, hem tüm basamaklarda halk sağlığıyla entegras-

yon, hem de hastanelerin daha fazla toplum yönetimli olmasıyla sonuçlanması da amaçlanmalıdır. Entegrasyondan kastedilen toplumla ve birinci basamakla bütünleşen, sağlığı koruyan ve geliştiren, çevre ve yaşlı dostu yeni sağlık sistemleridir. Bu yeni dönem halk sağlığı ile tıbbın diğer dalları (dahili, cerrahi, temel tıp) ve sosyal bilimler (sosyoloji, antropoloji, ekonomi, politika vb) arasındaki bağı güçlendirmek için ortak bir stratejinin geliştirilmesini gerektirmektedir. Özellikle hassas tıp uygulamaları da bu strateji içinde ele alınmalıdır.⁽¹⁹⁾ Önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerinin değişiminde en önemli mücadele alanları kuşkusuz bu konuları içerecektir. Bu nedenle sağlık sistemleri ve uluslar arası sağlık çalışmalarının halk sağlığı profesyonelleri için çok önemli bir alan olduğunu artık kabul etmek gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) WHO. Global Spending on Health:A World in Transition 2019. WHO/HIS/HGF/HF Working Paper / 19.4, Switzerland, 2019.
- 2) WHO. The World Health Report 2008, Now More Than Ever. Geneva, Switzerland, 2008.
- 3) WHO. Country Statistics *İnternet ulaşma adresi: https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices* *İnternet ulaşma tarihi: 30 Temmuz 2020*
- 4) World Bank. World Development Report 1993, Investing in Health. Oxford University Press, NY, USA, 1993.
- 5) Roemer MI. National Health Systems of the World. vol 1:The Countries, Oxford Univ.Press, NY, USA, 1991.
- 6) WHO. The World Health Report 2000, Health Systems:Improving Performance. Geneva:2000.
- 7) Evang K. Health Service, Society and Medicine. Oxford Univ Press, London, 1960.
- 8) Elling RH. Cross National Study of Health Systems. Transaction Inc, NJ, 1980.
- 9) Terris M. The Three World Systems of Medical care: Trends and Prospects. World Health Forum, 1980, 1:78-86.
- 10) Kılıç B, Aksakoğlu G. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar. Toplum ve Hekim; 1995; c:9, no:64-65, s:4-13.
- 11) Roemer MI. National Health Systems of the World. vol 2:The Issues, Oxford Univ. Press, NY, USA, 1993.
- 12) Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition. WHO, 2014, 16(2):1-296.
- 13) Baggott R. Public Health:Policy and Politics. Macmillan Press Ltd, 2000, GB.
- 14) Sol Meclis Sağlık Komisyonu. Sosyalist Türkiye'de Sağlık. Nazım Kültürüvi Yayınları, İstanbul, 2002.
- 15) Belek İ. Küba'da Sağlık Sosyalizminin Başarısı. 3. baskı, Yazılıma Yayınları, İstanbul, 2015.
- 16) Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. WHO, 2015; 17(5): 1-125.
- 17) Kath E. Social Relations and the Cuban Health Miracle. Transaction Publishers, 2010, USA.
- 18) Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. WHO, 2019; 21(2): 1-166.
- 19) Kılıç B. Değişen Dünyada 21. yy Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. yy.da Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019, pp:21-28.

Temel Sağlık Göstergeleri

10

UZM. DR. HANDE BAHADIR • DOÇ. DR. CELALETTİN ÇEVİK • ARŞ. GÖR. DR. SELİN GİRGİN
PROF. DR. BELGİN ÜNAL

Giriş

Uluslararası karşılaştırmalar yapmanın temel amacı, ülkemizdeki halk sağlığı insan gücünün evrensel halk sağlığı bakış açısını geliştirme, toplumun değişen koşullar ve gereksinimlerine hızlı yanıt verme ve uluslararası ortak çalışma alanları yaratma kapasitesini geliştirmektir.

Bu kapsamda değişik ülkelerin demografik yapısı ve sağlık gereksinimlerini anlamak, sağlık in-

şangücü ve sağlık finansman yapısını öğrenmek, sağlık örgütlenmesini tanımak, halk sağlığı hizmetlerinin sunulduğu şekli anlamak gerekmektedir. Bu bölümde bu amaçla Türkiye'nin demografik, ekonomik, temel sağlık göstergeleri ve sağlık insan gücü göstergeleri karşılaştırma açısından dünya ülkeleri arasındaki yeri ulusal ve uluslararası kaynaklardan derlenerek **Tablo 10.1**'de sunulmuştur.

Tablo 10.1 Türkiye'nin Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Dünya Ülkeleri Arasındaki Yeri

Demografik Göstergeler	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Nüfus (2018) ⁽¹⁾	82,320,000	7,594,270,000	18*
Kentsel nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	75.1	55.3	70*
Kırsal nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	24.9	44.7	145*
Nüfus artış hızı (2018) ⁽¹⁾	1.5	1.1	80*
15 yaş altı nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	24.6	25.8	102*
15-64 yaş nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	66.9	65.3	58*
65 yaş ve üzeri nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	8.5	8.9	78*
Kadın nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	50.7	49.6	---
Erkek nüfus oranı (2018) ⁽¹⁾	49.3	50.4	---
Doğuşta beklenen yaşam süresi (2018) ⁽¹⁾	77.4	72.6	57*
Kadında doğuşta beklenen yaşam süresi (2018) ⁽¹⁾	80.3	74.9	56*
Erkeklerde doğuşta beklenen yaşam süresi (2018) ⁽¹⁾	74.4	70.4	66*
Genç bağımlılık oranı (2018) ⁽²⁾	37	39	82**
Yaşlı bağımlılık oranı (2018) ⁽²⁾	13	14	115**
Toplam bağımlılık oranı (2018) ⁽²⁾	50	53	52**
Kaba Doğum Hızı (binde) (2018) ⁽¹⁾	16	18.2	112*
Kaba Ölüm Hızı (binde) (2018) ⁽¹⁾	5.4	7.5	165*

Tablo 10.1 (DEVAMI)

Ekonomik Göstergeler	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla (milyon PPP) (2018) ⁽¹⁾	2,329,554	125,773,191	13*
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (PPP) (2018) ⁽¹⁾	28,139	16,944	53*
GINI katsayısı (2018) ⁽¹⁾	41.9	-	51**
Gayrisafi yurtiçi hasıladan sağlığa ayrılan pay (2017) ⁽¹⁾	4.2	9.9	147*
Kişi başı sağlık harcaması (PPP) (2017) ⁽¹⁾	1,180	1,408	71*
Kamu harcamalarının içerisinde sağlık harcamalarının payı (%) (2017) ⁽¹⁾	9.7	16.4	95*
Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sektör sağlık harcamalarının payı (%) (2017) ⁽³⁾	22	39	40**
Cepten sağlık harcaması (Toplam sağlık harcamasına oranı) (2017) ⁽¹⁾	17.4	18.2	55**
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Çevre Sağlığı	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Diyabet sıklığı (20-79 yaş arası) (2019) ⁽¹⁾	11.1	8.8	49*
18 yaş üzerin deki bireylerde hipertansiyon prevalansı (2015) ⁽⁴⁾	20.3	22.1	---
Beş yaş altındaki çocuklarda aşırı kilo prevalansı (%) (2018) ⁽¹⁾	8.1	5.6	---
18 yaş üzeri bireylerde yaşa standardize obezite prevalansı (%) (2016) ⁽⁴⁾	32.1	13.1	---
15 yaş ve üstü kişilerde tütün kullanımı sıklığı (%) (2016) ⁽¹⁾	27.2	20.5	40*
Kadınlarda tütün kullanım sıklığı (%) (2016) ⁽¹⁾	14.1	6.4	48*
Erkeklerde tütün kullanım sıklığı (%) (2016) ⁽¹⁾	41.1	34.6	38*
15 yaş üzerinde kişi başına toplam alkol tüketimi (litre saf alkol) (2016) ⁽¹⁾	2.0	6.4	42**
15 yaş üzeri kadınlarda kişi başına toplam alkol tüketimi (litre saf alkol) (2016) ⁽¹⁾	0.4	2.3	38**
15 yaş üzeri erkeklerde kişi başına toplam alkol tüketimi (litre saf alkol) (2016) ⁽¹⁾	3.7	10.5	46**
30-70 yaş arasında herhangi bir kalp damar hastalığı, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalığı nedeniyle ölüm oranı (2016) ⁽¹⁾	16.1	18.8	55**
Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin tüm ölümlere oranı (2016) ⁽¹⁾	89.4	71.2	36*
İntihar nedeni ölüm hızı (100.000 kişi başına) (2016) ⁽¹⁾	7.3	10.6	83**
Karayolu trafik kazası nedeni ölüm hızı (100.000 kişi başına) (2016) ⁽¹⁾	12.3	18.1	61**
Yıllık ortalama partikül madde (PM2.5) konsantrasyonu (µg/m3) (2017) ⁽¹⁾	44.3	45.5	31**
Ev içi ve dış ortam hava kirliliğine bağlı ölüm hızı (yüz binde) (2016)(1)	46.6	114.2	61**
Kasıtsız zehirlenmeden ölüm oranı, (100.000 kişi başına) (2016) ⁽¹⁾	0.3	1.5	131*
Beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansı (2016) ⁽¹⁾	28.0	41.7	117*
Gebelerde anemi prevalansı (2016) ⁽¹⁾	34.4	40.1	75*
Gebe olmayan 15-49 yaş arası kadınlarda anemi prevalansı (2016) ⁽¹⁾	30.7	32.5	68*
Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Tüberküloz insidansı (100,000 kişi başına) (2018) ⁽⁵⁾	16	132.0	69**
Tüberküloz vaka tespit oranı (%) (2018) ⁽¹⁾	87.0	70.0	16*
Yeni tüberküloz olgularında tedavi başarı oranı (2017) ⁽¹⁾	86.0	85.0	66*
Tüberküloz mortalite hızı (2018) ⁽⁵⁾	0.51	20	47**
5 yaş altındaki çocuklar arasında Hepatit B yüzey antijen pozitifliği prevalansı (%) (2015) ⁽⁴⁾	0.32	0.80	62**

Tablo 10.1 (DEVAM)

Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Vahşi poliovirüsün neden olduğu poliomyelit vakalarının sayısı (2019) ⁽⁴⁾	0	175	1**
Hedef popülasyonun BCG aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	96	89	61*
Hedef popülasyonun DaBT 1.doz aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	99	90	1*
Hedef popülasyonun DaBT 3.doz aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	98	86	30*
Hedef popülasyonun IPA aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	96	72	28*
Hedef popülasyonun Hepatit B 3.doz aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	98	84	24*
Hedef popülasyonun Hib aşılama yüzdesi (2018) ⁽⁶⁾	98	72	29*
Ana Çocuk Sağlığı	Türkiye	Dünya	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Toplam doğurganlık hızı ⁽²⁾	2.1 (2018)	2.5 (2018)	79**
Neonatal ölüm hızı ⁽²⁾	5 (2018)	18 (2018)	66**
Bebek ölüm hızı ⁽²⁾	9 (2018)	29 (2018)	72**
5 yaş altı ölüm hızı ⁽²⁾	11 (2018)	39 (2018)	73**
Adölesan doğum hızı ⁽²⁾	23 (2013-2018)	44 (2018)	140*
18 yaşında doğum oranı (%) ⁽²⁾	6 (2013-2018)	15 (2018)	88*
En az 1 kez antenatal bakım alma oranı (%) ⁽²⁾	97 (2013-2018)	86 (2018)	77*
En az 4 kez antenatal bakım alma oranı (%) ⁽²⁾	89 (2013-2018)	65 (2018)	45*
Sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğum (%) ⁽²⁾	97 (2013-2018)	81 (2018)	81*
Doğum sonrası bakım alma oranı ⁽²⁾	88 (2013-2018)	61 (2018)	30*
Sezaryen doğum oranı (%) ⁽²⁾	48 (2013-2018)	21 (2018)	6*
Anne ölüm hızı (yüzbinde) (2017) ⁽²⁾	17	211	54**
Yaşam boyu anne ölüm riski (2017) ⁽²⁾	190	2800	128**
Gebelikte tetanos aşılması (2018) ⁽²⁾	96	86	4*
İlk 6 ay yalnızca anne sütü ile beslenme (%) (2018) ⁽²⁾	30	42	92*
Düşük doğum ağırlıklı bebek (%) (2018) ⁽²⁾	11	15	101**
Orta öğretimi tamamlama erkek (%) ⁽²⁾	58 (2012-2018)	47 (2018)	24*
Orta öğretimi tamamlama kadın (%) ⁽²⁾	48 (2012-2018)	43 (2018)	39*
Eğitim kazanımı- kadın (%) ⁽²⁾	29 (2010-2017)	38 (2018)	104*
Eğitim kazanımı-erkek (%) ⁽²⁾	40 (2010-2017)	44 (2018)	86*
Finansal kazanım-kadın (%) ⁽²⁾	54 (2014-2017)	65 (2018)	72*
Finansal kazanım-erkek (%) ⁽²⁾	83 (2014-2017)	72 (2018)	49*
Sağlık İnsangücü ve Diğer Kaynaklar	Türkiye	Dünya ortalaması	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Bin kişi başına düşen hekim sayısı (2017) ⁽²⁾	1.9	3.5	41* (OECD)
Kişi başı ortalama muayene sayısı ⁽²⁾	9.5 (2018)	6.8 (2017)	6* (OECD)
Bin kişi başına düşen hekim sayısı (2017) ⁽²⁾	2.1	8.8	40* (OECD)
Hemşire doktor oranı (2017) ⁽²⁾	2.7	1.1	41*(OECD)
Yüz bin kişi başına tıp fakültesi mezunu (2017) ⁽²⁾	10.6	13.1	36* (OECD)
Yüz bin kişi başına hemşirelik mezunu sayısı (2017) ⁽²⁾	16.9	43.6	42* (OECD)
Bir milyon kişi başına bilgisayarlı tomografi sayısı (2017) ⁽²⁾	15	27	---
Bir milyon kişi başına MR sayısı (2017) ⁽²⁾	11	17	37* (OECD)

Tablo 10.1 (DEVAMI)

Sağlık İnsangücü ve Diğer Kaynaklar	Türkiye	Dünya ortalaması	Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri
Bin kişi başına bilgisayarlı tomografi çekimi (2017) ⁽²⁾	207	148	5* (OECD)
Bin kişi başına düşen yatak sayısı (2017) ⁽²⁾	2.8	4.7	31* (OECD)
Kişi başı hastanede kalış gün ortalaması (2017) ⁽²⁾	4.1	7.7	44* (OECD)
Bin kişi başına düşen ebe hemşire sayısı ⁽²⁾	2.7 (2017)	3.8 (2018)	61* (OECD)
Bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı ⁽¹⁾	2.8 (2013)	4.6 (2018)	34*

*Büyükten küçüğe sıralama yapılmıştır. ** Küçükten büyüğe sıralama yapılmıştır.

Türkiye'nin Dünya sıralamasındaki yeri: Yalnızca verisi olan ülkeler üzerinden değerlendirilmiştir. (OECD): OECD ülkeleri ile karşılaştırma sunulmuştur.

Sonuç

Bu bölümde Türkiye'nin temel demografik, ekonomik ve sağlık göstergeleri açısından dünya ülkeleri arasındaki yerini gösteren bir tablo verilmiştir. Tabloya bakıldığında Türkiye'nin sağlık düzeyi göstergelerinin nüfus ve ekonomik yapısıyla kıyaslandığında henüz istenen düzeye gelemediği görülmektedir. Özellikle beklenen yaşam süreleri, gelir dağılımındaki eşitsizliklerin giderilmesi, kadın sağlığı, çocuk sağlığı, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri alanında Türkiye'nin yeri dünya ülkeleri sıralamasında orta sıralardadır.

Kaynaklar

- 1) World Bank. World Development Indicators database 2019. Available from: <https://data.worldbank.org/>.
- 2) UNICEF. The State of the World's Children 2019 Statistical Tables 2019 [23.6.2020]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/dataset/sowc-2019-statistical-tables/>.
- 3) WHO. Global Health Expenditure Database [23.6.2020]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- 4) WHO. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020.
- 5) WHO. Global tuberculosis report. 2019.
- 6) UNICEF. Immunization coverage survey data. 2019.
- 7) OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing; 2019.

Sağlık Harcamaları

> (2010-2020)

11

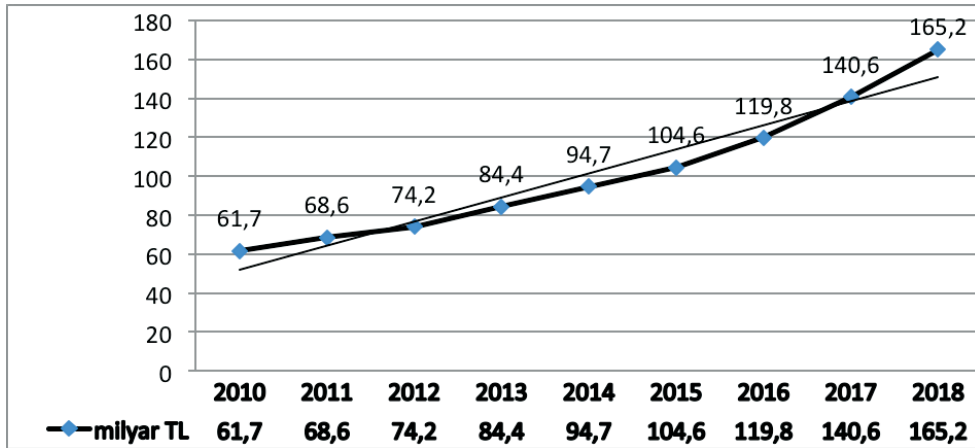
PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • DR. BİLGE ŞENTÜRK

2010-2018 döneminde Türkiye'nin sağlık harcaması yaklaşık 3 kat artış göstermiş ve 2018 yılında 165,2 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları, incelenen dönemde her yıl artış gösterse de 2010-2015 yılları arasında artış hızında görece bir düşüş yaşanmış ancak 2015 yılı itibarıyla düzenli bir artış hızıyla yükselmeye devam etmiştir. 2017 ve 2018 yılında gerçekleşen sağlık harcama miktarlarıysa bir önceki yıla göre yaklaşık %17 artış göstermiştir (bakınız Şekil 11.1).

Sağlık harcamalarının Satın Alma Gücü Paritesine (SGP/PPP) göre ABD doları (USD) üzerinden hesaplanan rakamlarına bakıldığında, 2010 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 916 dolar iken, 2018 yılında 1259 dolara yükseldiği görülmektedir (bakınız Şekil 11.2). İncelenen son 9 yıllık dönemde

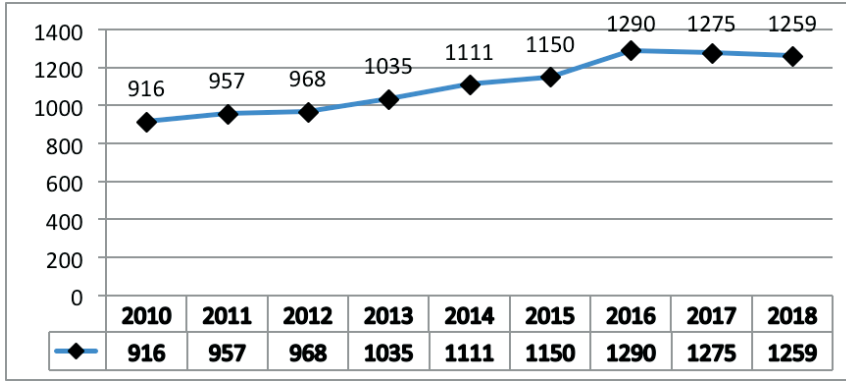
%37 artış gösteren kişi başı sağlık harcaması, 2010 sonrasında ilk kez 2016 yılında yeniden düşme eğilimine girmiştir⁽²⁾. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 yılında yayınladığı raporda 2016 yılı kişi başına düşen sağlık harcaması verilerine göre Türkiye, 53 Avrupa ülkesi arasında, Tacikistan, Kırgızistan, Özbekistan, Moldova, Ukrayna, Arnavutluk, Gürcistan, Kazakistan, Ermenistan ve Makedonya'dan sonra sondan 11. sırada yer almaktadır⁽³⁾.

Aynı raporda benzer bir sıralama, toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki oranı için de yapılmıştır. DSÖ verilerine göre 2016 yılında Türkiye Avrupa ülkeleri içinde Kazakistan ve Monako'dan sonra sondan 3. sırada yer almaktadır². 2003 yılında %5,2 olan ve 2007-2009 yılları arasında %5,8 ile en yüksek seviyesinde sey-



Şekil 11.1 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları (milyar TL) (2010-2018).

Kaynak: TÜİK (2020), Sağlık Harcaması ile İlgili Göstergeler (1999-2018)



Şekil 11.2 Türkiye'de Kişi Başı Sağlık Harcaması (USD-SGP/PPP) (2010-2018).

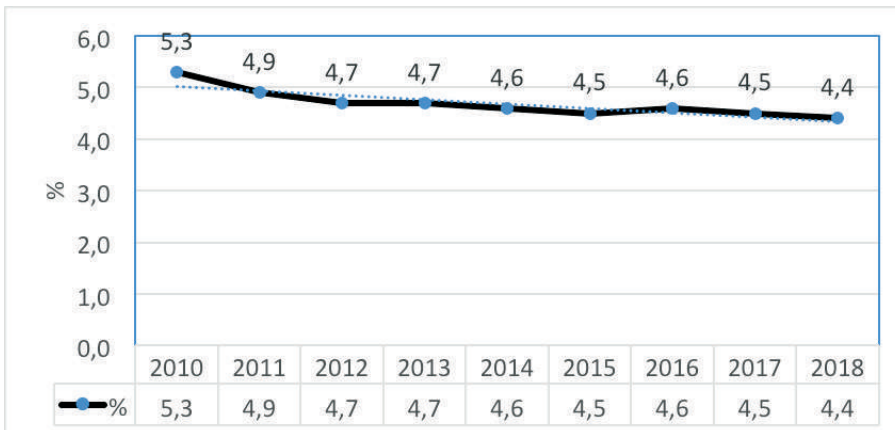
Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı, 2011-2018

reden sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı, 2010 yılından sonra düzenli olarak düşme eğilimine girmiştir⁽¹⁾ (Şekil 11.3). Çünkü bu yıldan itibaren Türkiye'de GSYİH artış hızı, reel sağlık harcamalarının artış hızından yüksek seyretmeye başlamıştır. 2019 yılı itibariyle ise Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %4,4 ile OECD ortalaması olan %8,8'in oldukça altındadır⁽⁴⁾.

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 2010 yılında %78,6 olarak gerçekleşmiş ve son 9 yıl istikrarlı bir biçimde %77-79 dolaylarında seyretmiştir⁽¹⁾ (bakınız Şekil 11.4). Sağlık harcamaları alanındaki diğer makro verilerin aksine Türkiye sağlık harcamalarında kamunun payı bakımından Avrupa ülkeleri sıralamasında daha iyi konumdadır ve İngiltere'den sonra 12. sırada yer almaktadır³. Ayrıca %71 olan OECD ortalamasının da üzerindedir⁽⁴⁾.

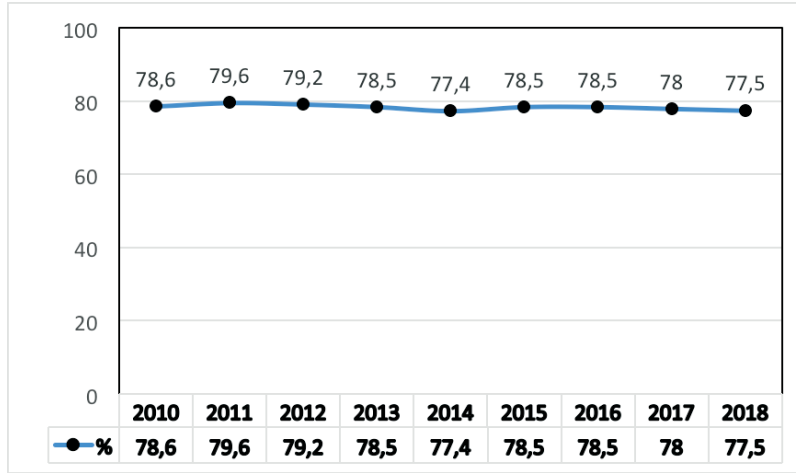
Ancak kamu sağlık harcamalarının, toplam kamu harcamaları içindeki payına bakıldığında %10 ile OECD ortalaması olan %15'in altında kalan Türkiye, 42 OECD ülkesi arasında sondan 5. sırada yer almaktadır. Buna göre, toplam sağlık harcamalarının çok büyük bir oranda kamu kesimi tarafından gerçekleştirildiği Türkiye'de sağlık hizmetleri, toplam kamu harcamaları içinden yeteri kadar pay alamamaktadır. Örneğin %78 ile kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki oranında İngiltere seviyesine (%79) yaklaşan Türkiye, kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki oranına bakıldığında ise İngiltere seviyesinden (%19) oldukça uzak kaldığı görülmektedir⁽³⁾.

Toplam sağlık harcamalarında kamu kesiminin ağırlığına rağmen cepten ödemeler halen yüksek seyretmektedir. 2018 itibariyle Türkiye'de yapılan her 100 dolarlık kamu sağlık harcaması karşısın-



Şekil 11.3 Türkiye'de GSYİH İçinde Sağlık Harcaması Oranı (2010-2018).

Kaynak: TÜİK (2020) Sağlık Harcaması ile İlgili Göstergeler (1999-2018).



Şekil 11.4 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Oranı (%) (2010-2018).

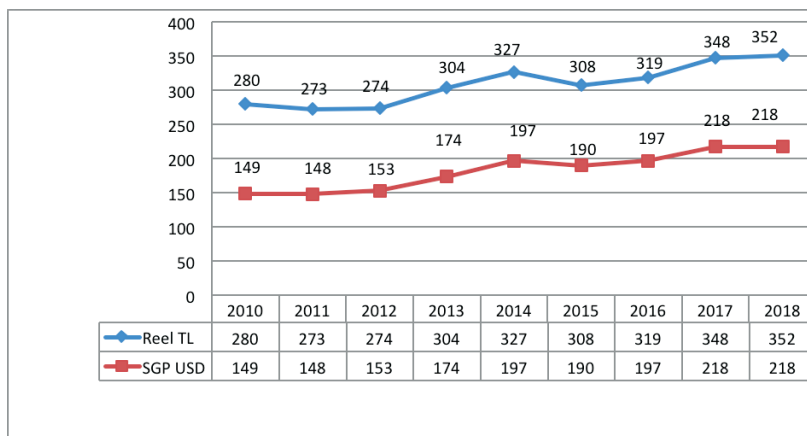
Kaynak: TÜİK (2020). Sağlık Harcaması ile İlgili Göstergeler (1999-2018).

da 22,6 dolar cepten sağlık harcaması yapılmaktadır. 2010 yılında kişi başına düşen cepten sağlık harcaması miktarı SGP/PPP göre 149 USD iken, 2018 yılına gelindiğinde 214 dolara yükselmiştir⁽²⁾ (Şekil 11.5). Aynı dönemde TL değeri cinsinden kişi başına cepten sağlık harcaması miktarının reel olarak %25 arttığı görülmektedir. Ancak SGP USD'ye göre hesaplandığında, kişi başına düşen cepten ödemelerde %46 oranında bir artış yaşandığı anlaşılmaktadır (bakınız Şekil 11.5).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payına bakıldığında, 2011 yılında %15,4 iken 2018 yılında %17,3 olduğu görülmektedir¹ (Şekil 11.6). Söz konusu payın özellikle 2011 yılından 2014 yılına dek hızla yükselmesi dikkati çekmektedir. Bu yükselme 2012 yılında nü-

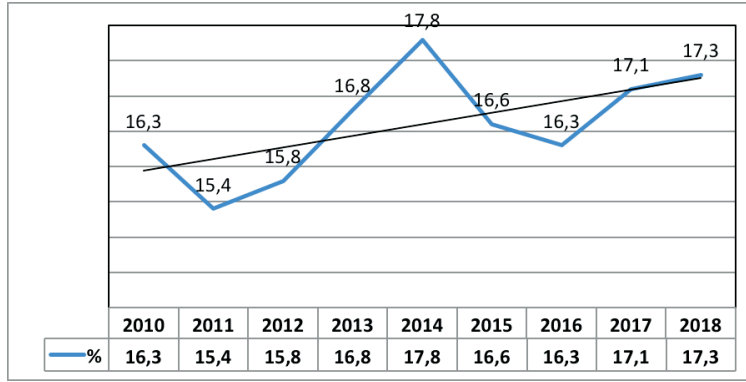
fusun önemli bir kısmının zorunlu Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınması nedeniyle olmuş olabilir. Türkiye'de GSS ile sağlık hizmetine erişimin artması, aslında tüketimin artmasına da yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını arttıran bu uygulamanın yanı sıra yeni katılım payı düzenlemeleriyle birlikte cepten ödeme yapma oranının arttığı söylenebilir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarını artıran bir diğer faktör toplumun SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile anlaşmalı özel hastanelerden yararlanmaya başlaması olmuştur. Özel sağlık kuruluşları için 2009 yılında %70 olarak belirlenen ilave fark ücretleri, 2012 yılında %90'a ve 2013 yılında %200'e yükseltilmiştir. Bu uygulamalar nedeniyle cepten yapılan ödemelerin kısmen arttığı görülmektedir.



Şekil 11.5 Türkiye'de Kişi Başı Cepten Sağlık Harcamaları (Reel TL & SGP USD) (2010-2018)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı, 2011-2018.



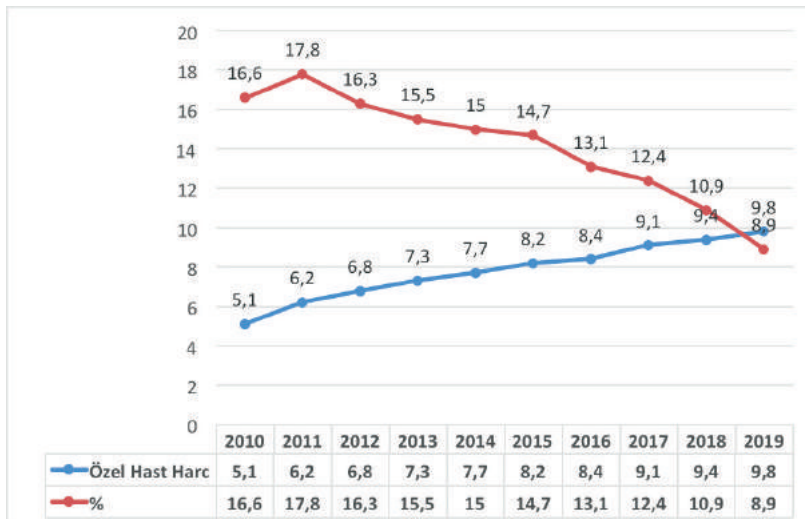
Şekil 11.6 Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (2010-2018).

Kaynak: TÜİK (2020). Sağlık Harcaması ile İlgili Göstergeler (1999-2018).

Hem kamu payındaki artışa hem de GSS'ye geçilmesine rağmen cepten ödemelerin oranında beklenen düşmenin sağlandığını söylemek olanaksız görünmektedir. Muayenehanelerin sınırlanmasına karşın özel hastanelerin yaygınlaşması ve bu kurumlara yapılan başvuruların artışı sonucunda cepten ödemelerde anlamlı bir azalma beklenmeyeceği açıktır. Üstelik katılım paylarının kamu hastanelerinde ve özellikle birinci basamak hizmetlerde yaygınlaştırılması cepten ödemeleri, toplumun her kesimine yayılan bir özel sağlık finansman biçimi olarak öne çıkarmaya başlamıştır. 2013 yılından itibaren katastrofik sağlık harcamalarının artıyor oluşu da önemli bir sinyal olarak karşımızda durmaktadır⁽⁵⁾.

Gerek kamu harcamalarının gerekse cepten yapılan sağlık harcamalarının artışıyla ilgili olarak özel

sektörün sağlık hizmetlerindeki yeri özellikle AKP (Adalet ve Kalkınma Partisi) döneminde önem kazanmaktadır. Özel hastanelerin yaygınlaşması ve bu hastanelerin SGK kapsamına alınması ve aynı zamanda SGK kapsamında uygulamaya konan katılım payları hem hane halkları hem de kamu kesiminin özele aktardığı kaynağı ciddi düzeyde arttırmıştır. Nitekim SGK'nın, özel hastanelere aktardığı kaynağın son 10 yılda yaklaşık 2 kat artmasına karşın, özel hastane harcamalarının SGK sağlık harcamaları içindeki oranının %18'den %9'a düşmesi çok dikkat çekicidir⁽⁶⁾ (Şekil 11.7). Bu durum artık SGK harcamalarında özel hastanelere aktarılan oranın bilinçli bir şekilde azaltıldığını, bunun yerine cepten harcama oranının arttığını göstermektedir. Bu koşullar böyle devam ederse önümüzdeki yıllarda kişi başına düşen cepten sağlık harcamaları daha da artabilir.



Şekil 11.7 SGK Özel Hastane Harcamaları (milyar TL) ve SGK Toplam Bütçesine Oranı (%) (2010-2019).

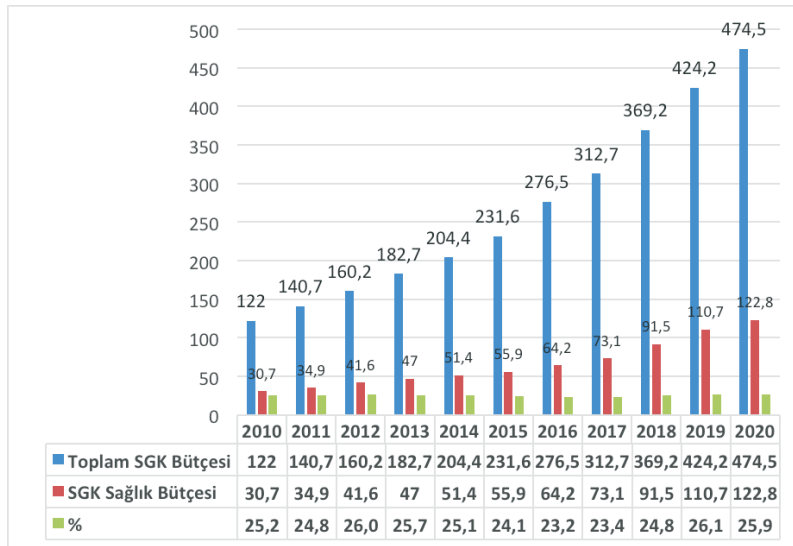
Kaynak: SGK (2020). Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler, Sağlık İstatistikleri, 2020.

SGK toplam bütçesinin ise son 10 yıllık süreçte yaklaşık 3 kat artarak 122 milyar TL'den 474,5 milyar TL'ye çıktığı dikkati çekerken, SGK sağlık harcamaları bütçesinin de genellikle toplam bütçenin %23-26'sı arasında gerçekleştiği görülmektedir⁽⁶⁾. SGK sağlık harcamaları son 10 yıl içinde yaklaşık 4 kat artmış ve 2020 yılı itibarıyla 123 milyar TL olmuştur (Şekil 11.8).

2019 yılı SGK sağlık harcamaları bir önceki yıla göre %21 oranında artmıştır. SGK sağlık bütçesinin daha önceki dönemler yıllık yaklaşık %13-14 civarında artışı dikkate alındığında 2019 yılında beklenenden daha fazla arttığı dikkati çekmektedir. SGK'nın 2020 yılı sağlık bütçesi ise 122,8 milyar

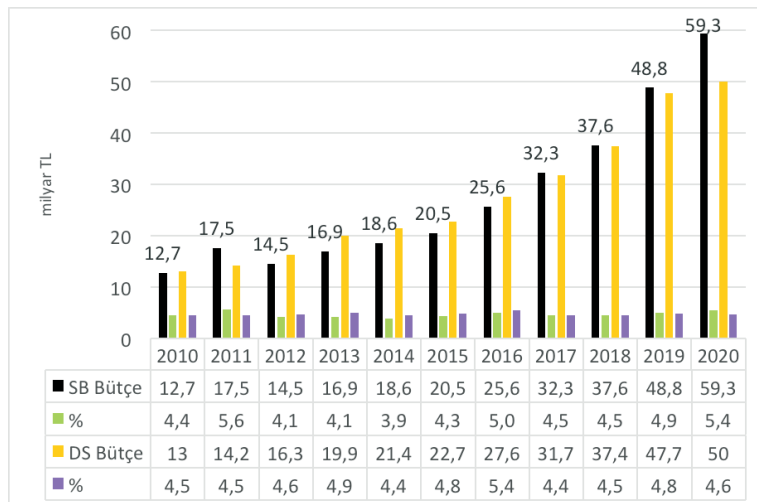
TL'dir⁽⁶⁾. Ancak bu bütçe covid-19 nedeniyle beklenenden daha az (rutin sağlık hizmetlerinin aksaması) veya daha fazla (yoğun bakım masraflarının artması) gerçekleşebilir.

Sağlık Bakanlığı bütçesi ise 2020 yılı için 59 milyar TL olarak planlanmıştır. Ancak bakanlık için en önemli sorun 2020 yılında döner sermaye bütçesinde olacaktır. Henüz ne kadar gerçekleşeceği bilinmeyen döner sermaye gelirlerinin 2020 yılı için covid-19 pandemisi nedeniyle düşmesi sürpriz olmayacaktır. Bu nedenle döner sermaye geliri beklenenden yaklaşık 10 milyar TL daha az gerçekleşebilir (bakınız Şekil 11.9).



Şekil 11.8 SGK Toplam Bütçe ve SGK Sağlık Bütçesi (milyar TL) (2010-2020).

Kaynak: SGK (2020). Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler, Sağlık İstatistikleri, 2020.



Şekil 11.9 Sağlık Bakanlığı ve Döner Sermaye Bütçeleri (milyar TL) ve Genel Bütçeye Oranları (2010-2020)*

*2020 yılı döner sermaye bütçesi tahminidir. Kaynak: Sağlık Bakanlığı. Bütçe Sunumları (2010-2020)

2019 yılı gerçekleşen rakamlarına bakıldığında ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin aslında döner sermaye gelirleriyle birlikte yaklaşık 100 milyar TL civarında gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı ise son 10 yıl içinde %3,9 ile %5,6 arasında değişmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin 2015 yılından sonra yıllık artış hızının daha fazla olduğu ve yıllık artışın yaklaşık %20-25 arasında değiştiği de dikkati çekmektedir⁽⁷⁾.

SGK ilaç harcamaları ise son 10 yılda yaklaşık %50'den %31'e kadar düşmüş ancak son 5 yılda tekrar %37'ye çıkmıştır (bakınız Şekil 11.10).

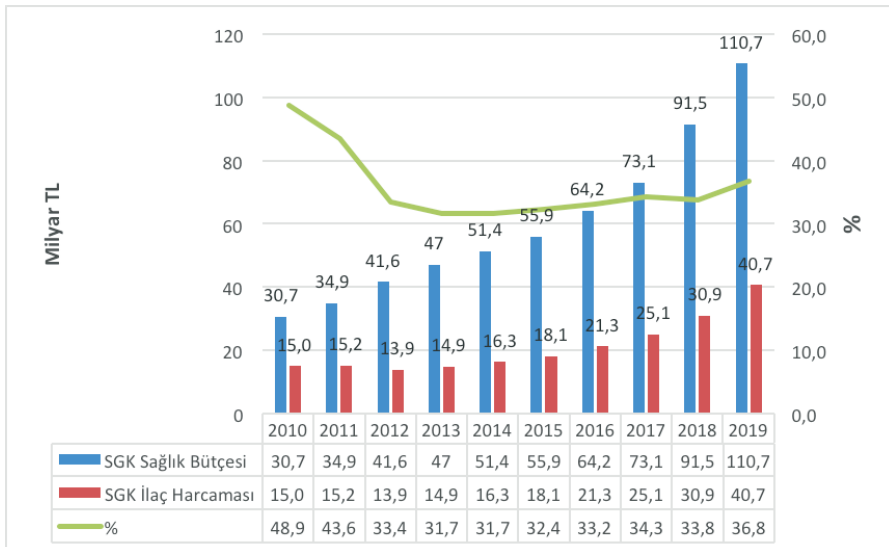
Sonuç

2010-2020 yılları arasındaki yaklaşık 10 yıllık dönem içerisinde toplam sağlık harcaması TL cinsinden %167 artarken, SGP-USD üzerinden %37 artmıştır. Bu durum ülkemizde hem sağlıkta enflasyonun yüksek olduğunu ve hem de TL'nin USD karşısında değer kaybının yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın temel nedenleri daha önceki raporlarda da dile getirildiği üzere aslında sağlıkta tüketimin artması, özel sağlık kuruluşlarının pazar payının genişlemesi ve performansa dayalı ödeme sistemidir^(9,10). Sağlık harcamalarındaki artış olumlu gibi gözükse de tüketimi artırmaya yönelik politikalar içermesi, cepten yapılan reel harcamalarda aşırı artışla sonuçlanması, sağlıkta özelleştirmeyi teşvik etmesi

ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın artmaması nedeniyle toplum sağlığını olumlu yönde etkilememiştir.

Daha önemli bir konu GSYİH içindeki sağlık harcaması oranının son 10 yıl içinde düzenli bir şekilde düşerek %4,4'e gerilemiş olmasıdır. Bilindiği üzere bu oran OECD ve DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri sıralamasında en düşük oranlardan birisidir. Ulusal gelir içinde kaynaklarının büyük bir kısmını borç ödemeye veya askeri harcamalara ayıran Türkiye'nin geldiği nokta budur. Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranını en kısa zamanda OECD ortalama değeri olan %9 düzeyine getirmesi ve öncelikle koruyucu sağlık hizmeti harcamalarını artırması gerekmektedir. Bu hedef giderek yaşanan nüfusun gereksinimleri, salgınlarla mücadele, sağlıkta eğitim-araştırma harcamaları ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle stratejik bir önem taşımaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının özellikle 2011 yılından 2014 yılına dek hızla yükselmesi ve son 10 yılda %46 oranında bir artış olması dikkati çekmektedir. Özel sağlık kuruluşları için belirlenen ilave fark ücretlerinin 2013 yılında %200'e kadar yükseltilmesi, özel sektöre yapılan başvuruların artması ve katkı paylarındaki yeni düzenlemeler bunda temel faktör olabilir. Bu nedenle değişik isimlerle alınan katkı payları tek kaleme indirilmelidir. Halen on kadar değişik isimde katkı payı



Şekil 11.10 SGK İlaç Harcamaları (milyar TL) (2010-2019).

Kaynak: SGK (2020). Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler, Sağlık İstatistikleri, 2020.

alınmaktadır. Sağlıkta tek bir katkı payı olmalı ve bu oran %10'u geçmemelidir. Ağız diş sağlığı hizmetlerinde, gözlük ve benzeri protezlerde ise katkı payı %20'yi geçmemelidir^(9,10).

SGK sağlık harcamaları, son 10 yıl içinde Sağlık Bakanlığı bütçesinin genellikle iki katından biraz fazla gerçekleşmektedir. Bu bütçenin yaklaşık yarısı döner sermaye geliri olarak Devlet ve Üniversite hastanelerine ödenmekte, geri kalanı ilaç (%37) ve tıbbi tetkik harcamaları (%15) şeklinde gerçekleşmektedir. SGK bütçesinde koruyucu sağlık hizmetleri için özel bir pay ayrılmadığı dikkati çekmektedir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin son 10 yıl içinde genellikle %4-5 arasında gerçekleştiği görülmektedir. Bu oran uzun vadede %10 düzeyine gelmeli, toplam kamu harcamaları içindeki kamu sağlık harcamaları payı da %20'ye çıkartılmalıdır. Sağlık Bakanlığı bütçesinin esas problemi koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmamasıdır. 2020 yılında bakanlık bütçesinden temel sağlık hizmetleri için 20,8 milyar TL bütçe ayrılmıştır⁷. Bu miktarın sadece 1,1 milyar TL'si (%1,8) aşı içindir⁽⁸⁾. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri de dikkate alındığında bakanlık bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan para ne yazık ki %3'ü geçememektedir. Temel sağlık hizmetleri bütçesinin ise yaklaşık %90'ı birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin maaşı ve kurum giderleridir.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerinin payı en az 2 kat artırılmalı ve bu oran toplam sağlık harcamaları içinde uzun vadede %20 düzeyinde olmalıdır. Birinci basamakta diyetisyen, psikolog, sosyolog, fizyoterapist vb sağlık personeli istihdamı artırılmalı, Sağlık- lı Hayat Merkezleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve KETEM'ler geliştirilmelidir^(9,10). Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe içinde özellikle aşı üre-

timine yatırım yapılmalı ve kapatılan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü aşı üretim birimi tekrar açılmalıdır. Türkiye için uluslararası sıralamada tek olumlu gösterge toplam sağlık harcamalarındaki kamu payının istikrarlı bir şekilde %77-80 arasında gerçekleşmiş olmasıdır. Önümüzdeki yıllarda da bu oran en azından korunmalıdır.

Kaynaklar

- 1) TÜİK Sağlık Harcaması ile İlgili Göstergeler (1999-2018). *İnternet Erişim Adresi:* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 2) Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2019.
- 3) WHO. *Finland: Health System Review. Health Systems in Transition*, 2019, 21(2):1-166, Denmark.
- 4) OECD. *OECD Stat. Health Expenditure and Financing*, 2020. *İnternet Erişim Adresi:* <https://stats.oecd.org/>
Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 5) TÜİK. *Hanehalkı Bütçe Anketleri: 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016*. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
- 6) SGK. *Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler ve Sağlık İstatistikleri, Nisan-Mayıs 2020*. *İnternet Erişim Adresi:* http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 7) Sağlık Bakanlığı. *Bütçe Sunumları (2010-2019)*, *İnternet Erişim Adresi:* <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/1424,butce-sunumpdf.pdf?0>; <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1.pdf?0>
Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 8) T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Bütçe Genel Müdürlüğü. *2020 Yılı Bütçesi, Vatandaşın Bütçe Rehberi*, Ocak 2020, Ankara. *İnternet Erişim Adresi:* <https://www.sbb.gov.tr>
Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 9) Kılıç B. "Türkiye'de Sağlık Finansmanı" HASUDER Türkiye Sağlık Raporu içinde s:14-22, Ankara, 2012. ISBN:978-975-97836-2-4
- 10) Kılıç B. Türkiye'de Sağlık Finansmanı. Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde. Ed: Ertem M, Çan G. HASUDER Yayın No: 2014-8. ISBN:978-605-84926-4-6. s:770-781, Ankara, Ocak 2015.



Sağlık Ekonomisi ile

> İlgili Yayınlar

12

UZM. DR. SABANUR ÇAVDAR • DR. ÇAĞRI EMİN ŞAHİN • UZM. DR. ÖMER FARUK TEKİN

Sağlık Ekonomisi Araştırmaları

Sağlık ekonomisi, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici tüm sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sonuçta toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için çalışan karar vericilere kanıt oluşturarak rehberlik eder. Sağlık ekonomisi araştırmaları ile sadece ilaç veya tıbbi cihazlar değil, halk sağlığı programları gibi sağlık teknolojileri çok yönlü olarak değerlendirilir; sağlık finansman mekanizmaları incelenir ve kıt kaynakların verimli tahsisinin sağlanması için alternatif uygulamaların sonuçları değerlendirilir⁽¹⁾.

Sağlık ekonomisi, pratik olarak ekonomi biliminin sağlık sektörüne uyarlanması olarak tanımlanabilir de ilgilendiği ve birbirlerini etkileyen kavramlar açısından ele alındığında çok daha geniş bir kapsamı olduğu ve aslında keskin bir sınırı olmadığı anlaşılmaktadır⁽²⁾. Sağlık ekonomisinin kapsamı 2 boyutlu olarak açıklanmaktadır:

Merkezde, sağlığı sağlık hizmetleri dışında etkileyen faktörler (sağlığın sosyal belirleyicileri), sağlık ve sağlığın değeri (sağlığa atfedilen değer, sağlık düzeyi endeksleri), sağlık hizmeti talebi (sağlık arama davranışı, sağlık ihtiyacı, hizmet kullanımını etkileyen faktörler), sağlık hizmeti arzı (hizmet maliyetleri, alternatif teknikler, sağlık insangücü, donanım, ilaç vb. girdiler, ödeme yöntemleri) bulunmaktadır.

Uygulama alanları olarak ise mikroekonomik değerlendirme (hizmetin dağılımı, maliyet etkililik ve maliyet fayda analizleri), piyasa dengesi (fiyat, fiyat sistemini etkileyen dış unsurlar), bir bütün

olarak sağlık sisteminin değerlendirilmesi (hakkeniyet, dağıtımda etkinlik), planlama, bütçeleme ve mekanizmaların gözlemlenmesi (bütçe, insangücü dağılımı v.b. ve sağlık sisteminin etkinliği) bileşenlerinin bulunduğu belirtilmektedir⁽³⁾.

Sağlık ekonomisinin bu bileşenleri bu alanın araştırma konularına temel oluşturmaktadır. Öte yandan görüldüğü üzere bu bileşenler sosyoloji, psikoloji, ekonomi, tıp, yönetim, etik vd. pek çok bilim alanı için de araştırma konusudur. Bu sonuç başka açıdan yorumlanarak sağlık ekonomisi araştırmalarının multidisipliner olarak yürütülmesi gerektiği söylenebilir.

“Sağlığın ekonomisi” ile “sağlık hizmetlerinin ekonomisi” ayrı olarak da ele alınabilen kavramlardır. Sağlığın ekonomisi kavramı içerisinde sağlık hizmeti dışındaki bileşenler de bulunmaktadır. Bireyin/toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetinden yararlanma durumlarının bu 2 kavramı birleştirdiği belirtilmektedir⁽⁴⁾.

Sağlık ekonomisi kapsamında karşımıza çıkan diğer kavramlar mikroekonomi ve makroekonomi kavramlarıdır. Mikroekonomi perspektifinde sigortalı bir bireyin, bir hekimin, bir hastanenin yönetiminin ya da bir ilaç şirketinin aldığı kararlar odak noktasıdır. Makroekonomik perspektifte ise genellikle sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içerisindeki payı referans noktasıdır⁽⁴⁾.

Sağlık ekonomisi araştırmaları içerisinde sağlık hizmetine ayrılacak olan payı ve bu payın nasıl dağıtılacağı, hastalıkların ekonomik yükünün ölçülmesi, sağlık hizmeti ve sosyal hizmetlerin nasıl entegre edileceği, ekonomik değerlendirmeler (ma-

liyet analizleri ve sağlık hizmeti müdahalelerinin çıktılarının ölçülmesi) sayılmaktadır. Ekonomik değerlendirmelere pratik uygulama örneği olarak, farmakoekonomi araştırmaları, hizmetlerin ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırılmasının ekonomik etkileri, tıbbi uygulamalarının ekonomik değerlendirmeleri, programların bütçeleme ve marjinal analizler verilebilmektedir⁽⁵⁾. Ekonomik analizlerin temel kavramları içerisinde kaynakların kısıtlılığı (sağlık harcamalarının payı, fırsat maliyetleri), rasyonel karar verme, marjinal analizler, modellerin kullanımı bulunmaktadır⁽⁶⁾.

Farklı bir yaklaşımda sağlık ekonomisi, sağlık ekonomistlerinin kim olduğu ve ne yaptıkları üzerinden tanımlanmaktadır⁽⁶⁾. ABD’de 2005’te yapılan, sağlık ekonomistlerinin özelliklerini ve yaptıkları işleri sorgulayan bir çevrim içi anket araştırmasının sonuçları -cevap oranı %32 olsa da- bu alanda çalışanları tanımlamaktadır. Araştırmada sağlık ekonomistlerinin çoğunluğunun (%96) doktora derecesi olduğu, bunların çoğunun (%72) doktora-sını ekonomi alanında yaptığı; devlette ve özel sektörde görev yapanlar olsa da çoğunluğunun (%64) akademi görev yaptığı; çalıştıkları akademik birimler değerlendirildiğinde ise %26’sının halk sağlığı okullarında, %18’inin tıp fakültelerinde, %24’ünün ise ekonomi bölümlerinde görev yaptığı bildirilmiştir⁽⁷⁾. Bu araştırmada sağlık ekonomistleri uzmanlaştıkları konuları bireylerin davranışları, hizmet sunucuların davranışları, kamu politikaları, sağlık sigortaları, çıktı araştırmaları (maliyet-fayda analizi, maliyet-etkililik analizi, hastalık yükü vb.) olarak tanımlamışlardır. Ülkemizde sağlık ekonomistlerini tanımlayan benzer bir araştırma yapılmamıştır. Türkiye’de kendisini sağlık ekonomisti olarak tanımlayan profesyonellerin akademik donanımları, görev yaptıkları kurumlar/bölümler ve uzmanlaştıkları/odaklandıkları araştırma konularının tespit edilmesi hem alandaki potansiyeli hem de ihtiyacı ortaya koyacaktır.

Yine ABD’de yapılan bir araştırmada sağlık ekonomistlerinin yayınları değerlendirilmiş, yayınların az bir kısmının (%10-15) sağlık ekonomisi dergilerinde, bunun dışında sağlık politikaları, sağlık hizmeti araştırmaları, tıp dergileri, sağlık ve ekonomi dışı dergilerde yayımlandıkları belirtilmiştir⁽⁸⁾. Başka bir araştırmada, sağlık ekonomistlerinin çalışmalarını aktif olarak yayınladıkları tespiti yapılmıştır. Akademi görev yapan sağlık ekonomistlerinin buldukları fakülteye göre yayınları-

nın bulunduğu dergilerin değiştiği (ekonomi bölümündekilerin genel ekonomi dergilerinde; halk sağlığı okullarında ve tıp fakültesindekilerin ise sağlık hizmetleri, sağlık politikaları ve tıp dergilerinde daha fazla yayını olduğu) belirtilmiştir⁽⁹⁾.

Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Çalışmaları

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) sağlık politika kararlarının bilimsel kanıtlarla alınmasını destekler. Bir sağlık problemini çözmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için geliştirilen sağlık teknolojisi veya sağlıkla ilgili bir müdahale, direkt ve indirekt boyutlarıyla, istenen ve istenmeyen olası sonuçlarıyla, çok yönlü, sistematik, tarafsız ve yansız olarak değerlendirilir⁽¹⁰⁾. Teknoloji odaklı STD’de (HTA Core Model[®]) sağlık sorunu ve güncel teknolojiler ortaya konular, yeni/araştırılan teknoloji teknik özellikleri, güvenlik, klinik etkililik, maliyet ve maliyet-etkililik, örgütsel etkiler, sosyal, hukuki ve etik boyutlarıyla değerlendirilir⁽¹¹⁾. Teknoloji, “bilginin pratik uygulaması” olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁰⁾. STD’de değerlendirilen sağlık teknolojisi de ilaçlar, tıbbi cihazlar, aşılar, prosedürler ve sistemler olabilir⁽¹²⁾. STD, teknoloji odaklı olabileceği gibi, sağlık sorunu odaklı veya proje odaklı olarak da yürütülebilir. Seçilmiş bir hastalığa odaklı bir STD ile klinik standart ve rehberler şekillenebilir/güncellenebilir⁽¹⁰⁾. Belirlenen bir bölgede yürütülecek halk sağlığı programının STD’si ile o bölge için uygunluğu çok yönlü olarak değerlendirilebilir.

Dünya’da ilk STD kavramı 1960’lı yıllarda gündeme gelen “teknoloji değerlendirme” kavramının devamı olarak 60’ların sonunda ortaya çıkmış; ilk STD çalışmaları 1970’li yıllarda yürütülmüştür. Günümüzde pek çok akademik kurum ve kamu kurumu STD çalışmaları yürütmektedir⁽¹⁰⁾. Birleşik Krallık’taki Ulusal Sağlık ve Sağlık Hizmeti Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence- NICE) bunlardan en bilinenlerinin başında gelmektedir⁽¹³⁾. Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerinde STD çalışmaları yürüten kurumlar Avrupa Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ağı (European Network for Health Technology Assessment- EUnetHTA) projesi kapsamında bir arada çalışmaktadırlar. EUnetHTA ağına 30 AB üye ülkesinden 82 kurum dahildir⁽¹⁴⁾.

Sağlık Bakanlığı teşkilatında sağlık ekonomisi çalışmaları, ilk olarak 2011 yılında Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü bünyesinde “Sağlık Teknolojileri Daire Başkanlığı” ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) bünyesinde “Klinik ve Teknoloji Değerlendirme Daire Başkanlığı” olarak yer bulmuştur⁽¹⁵⁾. Bakanlığın güncel teşkilat şemasında (Temmuz 2020) ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı”; TİTCK bünyesinde ise “Ekonomik Değerlendirmeler ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi Başkanlığı” bulunmaktadır^(16,17). Her iki daire çeşitli STD raporları ve rehberler yayınlamıştır. Ayrıca Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesindeki Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü de alana çeşitli katkılarda bulunmuştur. *(Bu dökümanlar ilerleyen kısımlarda sunulmuştur.)*

Türkiye’de Sağlık Ekonomisi Araştırmaları

Alanla ilgili akademik-yarı akademik ürünlerin potansiyelini ve arka plandaki tecrübeyi tespit etmek, aynı zamanda karar vericilere üretilen kanıtları göstermek ve sağlık ekonomisi kültürünün başta halk sağlığı profesyonellerinde olmak üzere yaygınlaşmasına destek olmak açısından ülkemizde yürütülen sağlık ekonomisi araştırmalarının ortaya konulması önemlidir.

Bu bölüm hazırlanırken yaptığımız literatür ve gri literatür taramasında bu kapsamda sınırlı çalışma olduğu, mevcut çalışmaların tek dizine veya spesifik konuya odaklandığı tespit edilmiştir.

2016 yılında 3. Sağlık Ekonomisi Kongresi’nde sunulan “Türkiye’de 1998-2015 yılları arasındaki sağlık ekonomisi yayınları” başlıklı sözel bildiri, belirtilen yıllar arasında sadece Uluslararası Farmakoekonomi ve Çıktı Araştırmaları Derneği (International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research- ISPOR) kongre bildirileri veri tabanında “Turkey” anahtar kelimesi ile tespit edilen ve “Türkiye’ye özgü” olarak nitelendirilen araştırmaları bildirmektedir. Buna göre 282 bildiri tespit edilmiştir. İlk poster bildirilerinin 2000 yılında yayınlandığı ve yıllar içerisinde bildiri sayısında artış görüldüğü belirtilmiştir. Yayınların konuları değerlendirildiğinde ilk sırada maliyet çalışmaları,

ikinci sırada ise sağlık hizmeti kullanımı ve politikası çalışmaları bulunduğu tespit edilmiştir⁽¹⁸⁾.

2016 yılında yürütülen, Türkiye’de sağlık ekonomisi alanında yapılan lisansüstü tezleri inceleyen bir araştırmada 1990-2016 (ilk 6 ay) yılları arasında 123 tez saptanmıştır. Tezlerin çoğu (%70,7) yüksek lisans tezidir. Tüm tezlerin %40,7’si İktisat, %17,9’u Sağlık Yönetimi, %16,3’ü Maliye, %10,6’sı Halk Sağlığı bölümü tezidir. Sağlık ekonomisi alanındaki tezlerin sayısında 2007 yılından itibaren artış olduğu, yine de bu artışın sürekli olmadığı dikkat çekmektedir. Tezler konularına göre değerlendirilmiş, sağlık harcamaları (%26,8), ekonomik değerlendirme (%19,5), sağlık hizmetleri finansmanı (%17,1) ilk 3 sıradaki konu olarak bildirilmiştir⁽¹⁹⁾.

2015 yılında yürütülen bir ekonomik değerlendirme tez çalışmasının tartışma bölümünde de ülkemizde yapılmış olan “sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon (hastane enfeksiyonu) maliyet analizi” konulu araştırmalar listelenmiştir. Buna göre 1995-2014 yılları arasında bu spesifik ekonomik değerlendirme konusuyla ilgili 20 yayın olduğu bildirilmiştir⁽²⁰⁾.

Yapılan literatür taramasında (*Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Tez merkezi, DergiPark, ilgili kongre bildirileri, Web of Science, Pubmed, Google Scholar*) yukarıda yer verilen yayınlar dışında Türkiye’deki sağlık ekonomisi araştırmalarını değerlendiren başka çalışma saptanmamıştır.

Ülkemizde Yürütülen Sağlık Ekonomisi Araştırmalarının Derlenmesi

Özellikle ekonomik değerlendirme çalışmaları, kıt halk sağlığı kaynaklarının nasıl tahsis edileceğine karar vermede önemli bir araç olmasına rağmen halk sağlığı araştırmacıları tarafından bu analizlerin etkin şekilde kullanılmadığı literatürde belirtilmektedir⁽²¹⁾. Bu durumun ülkemizde de farklı olmadığı öngörülmektedir.

Bu başlık hazırlanırken bölüm yazarları ülkemizde yürütülen sağlık ekonomisi araştırmalarını farklı dizinlerde tarayarak mevcut durumu objektif bir şekilde genel hatlarıyla ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu ön çalışmada ülkemizde yürütülen sağlık ekonomisi araştırmalarının hangi meslek grubu araştırmacılar tarafından, hangi yıllarda, hangi konularda yapıldığının tespit edilmesi, alandaki araştırma ihtiyacının değerlendirilmesi ve özellikle halk sağlığı profesyonellerinin sağlık ekonomisi araştırmalarına olan katkılarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Ülkemizde Yürütülen Sağlık Ekonomisi Araştırmalarının Tespiti

Sağlık ekonomisi ve araştırmalarının keskin sınırları olmadığı, pek çok disiplin ile ortak araştırma kavramları olduğu belirtilmişti. Sağlık ekonomisi araştırmalarına ulaştıracak anahtar kelimeler çok fazla sayıda olmasına rağmen tarama sonuçlarının nispeten kolay analiz edilebilmesi ve yorumlanabilmesi için anahtar kelimeler sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırmanın, ilgili araştırmaların bir kısmını (özellikle sağlık ekonomisinin sosyal ve davranışsal kavramlarını irdeleyen araştırmalar, klinik rehber araştırmaları ve kısmen makroekonomi araştırmalarını) kapsam dışında bırakmış olabileceği kısıtlılık olarak öngörülmüştür. Taramalar “Sağlık ekonomisi”, “Maliyet analizi”, “Maliyet fayda analizi”, “Maliyet yarar analizi”, “Maliyet minimizasyon analizi”, “Maliyet etkililik analizi”, “Maliyet değer analizi”, “Sağlık teknolojisi değerlendirme”, “QALY”, “DALY”, “Geri ödeme” anahtar kelimeleri ile yapılmıştır. Sonuçta ulaşılan yayınlar nispeten ekonomik değerlendirme araştırmaları, sağlık teknolojisi değerlendirmeleri, geri ödeme ve sağlık harcamaları araştırmaları olmuştur.

Belirtilen anahtar kelimeler dizinlerde başlık ve özet/öz düzeyinde taranmıştır. Her dizin için tarama yöntemine ait özel notlar ilgili başlık altında belirtilmiştir. Web of Science, Pubmed ve ISPOR taramaları anahtar kelimelerin İngilizce karşılıkları ile yapılmıştır. Taramalar sonucunda elde edilen yayınlar önce başlık düzeyinde elenmiş, sonra özet düzeyinde değerlendirilmiştir. Kongre bildirimleri taranırken arama motoru kullanılmamış; kitapçık içi tarama yapılmıştır.

Sağlık ekonomisi araştırma konularından olan, Türkiye’de yürütülmüş olan, yahut Türk araştırmacıların dahil olduğu Türkiye ve diğer ülkelerin karşılaştırıldığı uluslararası araştırmalar dahil edilmiştir. Türkiye’nin açık verilerinin dahil olduğu, Türkiye’den herhangi bir araştırmacının/merkezin dahil olmadığı yayınlar; Türkiye’nin verilerinin de araştırmaya dahil edildiği, Türkiye’de görev yapmayan Türk araştırmacıların olduğu uluslararası yayınlar; Türk araştırmacıların Türkiye verisi içermeyen sağlık ekonomisi yayınları; tarım, gıda, hayvancılık alanında yapılmış yayınlar ise hariç tutulmuştur.

Taramalar 1-31 Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Farklı tarihlerde yapılan taramalar nedeniyle 2020 yılı Temmuz ayı içerisinde yayınlan-

mış olan yayınlar dahil edilmiş yahut hariç tutulmuş olabilir. Yayın tarihine göre filtreleme yapılmamıştır. Yayınların yayın türü, yayın yılı, yayın yeri, araştırmacının alanı ve bölümü, yayına ulaşılan dizin, yapıldığı yer ve konusu belirlenmiştir.

Veriler Excel programı kullanılarak tablolaştırılmış ve analiz edilmiştir. Dizinlerdeki arama motorlarının arama özellikleri ve filtreleme seçenekleri farklı olduğu için ulaşılan arama sonuçları birebir karşılaştırılabilir olmamıştır. Dolayısıyla, bu bölümde farklı dizinlerdeki sağlık ekonomisi araştırmaları ayrı başlıklar altında özetlenmiştir. Bölüm sonunda ek olarak sağlık ekonomisi ile ilgili ülkemizde yayınlanmış kaynak kitaplar bir tabloda sunulmuştur.

Ülkemizde Yürütülen Sağlık Ekonomisi Araştırmaları

Bu kısımda, farklı dizin ve kaynaklarda tespit edilen sağlık ekonomisi araştırmaları sırasıyla ele alınacaktır.

Kongre Bildirileri

Ulusal Sağlık Ekonomisi Kongresi Bildirileri

Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği⁽²²⁾ tarafından 2012 yılında düzenlenmeye başlanan Sağlık Ekonomisi Kongreleri, özellikle Türkiye’de yapılmış ilgili çalışmaların sunulduğu başlıca kongrelerdendir. İki yılda bir Aralık ayında düzenlenen kongrelerin dördüncüsü ve sonuncusu 6-7 Aralık 2018 tarihinde düzenlenmiştir. Yayınlanan bildirimlerin tamamı (78 adet) taranmıştır. 2018 yılında 13 sözel bildiri; 2016 yılında 14 sözel, 5 poster bildiri; 2014 yılında 6 sözel bildiri, 17 poster bildiri; 2012 yılında 9 sözel bildiri, 14 poster bildiri sunulmuştur.

Bildirimlerde işlenen konulara bakıldığında her kongrede en sık “Maliyet Analizi” konusunda çalışmalar olduğu görülmektedir. “Sağlık Teknoloji Değerlendirmeleri”, “Sağlık Harcamaları” ve “Geri Ödeme Sistemi” konuları da sık işlenen başlıklardandır. Bu konularda yapılan toplam bildiri sayısı 38’dir. Bunların 21 tanesi poster bildirisi, 17 tanesi sözel bildiri şeklinde sunulmuştur. Çalışma tasarımlarının çoğunun nicel, yalnız 3 tanesinin nitel, 1 tanesinin karma ve 1 tanesinin ise derleme şeklinde olduğu görülmüştür. Yıllara göre bildirimler 2012’de 12, 2014’te 12, 2016’da 11, 2018’de ise 3 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmacılara bakıldığında 22 çalışmanın tıp mesleği, 16 çalışmanın tıp dışı meslek gruplarında yapıldığı tespit edilmiştir. Bu meslek grupları arasında eczacılık, sağlık yönetimi, endüstri mühendisliği, iktisat ve sağlık kurumları işletmeciliği olduğu görülmektedir. Bunun yanında multidisipliner ve çok sektörlü yapılan çalışmalar da mevcuttur. Tıp doktorlarınca yapılmış olan çalışmalar arasında ise Aile Hekimliği, Halk Sağlığı ve Farmakoloji ihtisasına sahip kişiler ön plana çıkmaktadır. Çalışmaları yürütenler arasında akademisyenler ve kamu çalışanları olmasının yanında, özel sektör çalışanlarının da olduğu görülmektedir. Çalışma gruplarına göre Tıp ve Tıp Dışı sınıflamasının yanında, Multidisipliner ve Çok Sektörlü sınıflaması da yapılmıştır. Çalışmaların 21 tanesi multidisipliner olarak yapılmış, 17 tanesinde ise çok sektörlü bir çalışmacı kitlesi yer almıştır.

Uluslararası Sağlık Ekonomisi Kongresi Bildirileri

Türkçe'ye "Sağlık Ekonomisi ve Çıktı Araştırmaları Meslek Birliği" şeklinde çevrilebilecek "The Professional Society for Health Economics and Outcomes Research" kısaca ISPOR⁽²³⁾, 110'dan fazla ülkede 20.000'in üzerinde üyesiyle sağlık ekonomisi alanında faaliyetler yürüten bir kuruluştur. ISPOR bünyesinde, araştırmacılar ve akademisyenler, değerlendiriciler ve düzenleyiciler, ödeme yapanlar ve politika yapımcılar, yaşam bilimleri endüstrisi, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hasta katılımı kuru-

luşları dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık hizmetleri paydaşlarını içerir. 2000 yılından itibaren her yıl, bazı yıllar birden fazla düzenlediği kongrelerinde, sağlık ekonomisi alanında yapılmış çok çeşitli çalışmalara yer vermektedir.

ISPOR veri tabanında yer verilen çalışmalarda, başlık veya özetle "Turkey" yer almasının yanında yöntem bölümünde bahsedilen anahtar kelimeler ve kriterleri aranarak taranmıştır. Ulaşılan bildiriler incelendiğinde, ilk yıllardan itibaren Türkiye'den de çalışmaların yayınlandığı görülmektedir. Yayınlanan toplam 260 çalışmanın 121'i Maliyet Analizi, 81'i Maliyet-Etkililik, Fayda ve Yarar Analizleri, 23'ü Geri Ödeme Sistemleri, 16'sı Sağlık Teknoloji Değerlendirmeleri ve 19'u diğer konulardır. En çok çalışmanın yayınlandığı yıl 34 çalışma ile 2016'dır. İlk 7 yıl birer çalışma yayınlanmıştır. 2014'ten beri yayınlanan çalışma sayısı 20'nin altına düşmemiştir. Yıllara göre Türkiye'de yapılmış çalışma sayıları Şekil 12.1'de sunulmuştur.

Yayınlanan bu çalışmaların yazarları arasında ilaç ve danışmanlık firmaları gibi özel sektör çalışanları, üniversitelerden akademisyenler ve kamu kurumlarından tıp doktoru ve sağlık yöneticileri bulunmaktadır. Çalışılan konulara bakıldığında en sık Kardiyovasküler Hastalıklar (45 çalışma) ve Solunum Sistemi Hastalıkları (37 çalışma); en az ise Geriatrik Hastalıklar (2 çalışma) ve Tıbbi Cihaz Değerlendirmesi (1 çalışma) olduğu görülmektedir.



Şekil 12.1 ISPOR veritabanında yıllara göre Türkiye Sağlık Ekonomisi bildirisi sayıları.

Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'nin ⁽²⁴⁾ gelenekselleşmiş Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri (UHSK) ve Halk Sağlığı Günleri (HSG) toplantılarında sunulan sağlık ekonomisi bildirileri de değerlendirilmiştir.

Günümüze dek, 21 UHSK ve 10 HSG düzenlenmiştir. 2017'de gerçekleştirilen 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde yayınlanan Keskin ve arkadaşlarının "Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri ve Halk Sağlığı Günlerinde Sunulan Bildirilerin Dağılımı (1988-2015)" bildirisine göre, o tarihe kadar düzenlenen 18 UHSK ve 8 HSG de toplam 7518 bildiri saptanmıştır (UHSK: toplam 6340, ortalama 352, poster 3844, sözel 505, HSG: toplam 1178, ortalama 147, poster 723, sözel 257). UHSK'lar arasında en az bildirinin sunulduğu 3 başlık arasında %1,6 ile Sağlık Ekonomisi yer almaktadır. HSG'ler arasında en az bildirinin sunulduğu 3 başlık arasında da %0,9 ile Sağlık Ekonomisi yer almaktadır. Ek olarak çalışmanın ardından gerçekleştirilmiş kongrelerden 19. UHSK'da iki maliyet analizi çalışması, 20. UHSK'da bir maliyet-etkililik çalışması ve bir maliyet analizi, 21. UHSK'da iki ekonomik değerlendirme yayınlanmıştır. Çalışmaların ekseriyeti poster olarak kabul edilmiştir. Çalışma konularına bakıldığında; en sık maliyet analizi ve sağlık harcamaları konuları göze çarpmaktadır. 2010 yılından itibaren sağlık ekonomisi konulu bildiri sayısı önceki yıllara göre artış göstermiştir. Değerlendirme çalışmalarının tamamı taranarak yapılmıştır. 1996, 2004 ve 2006 UHSK kitaplarına ulaşılamadığı için bu kongreler kapsam dışı bırakılmıştır.

Kamu Kurum ve Kuruluşların Raporları

Bu bölümde kamu kurum, kuruluşlarınca yayınlanan sağlık teknolojisi değerlendirme veya ekonomik değerlendirme raporları ele alınmıştır. Kapsam dahilinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun (TİTCK) Ekonomik Değerlendirmeler Daire Başkanlığı'nın 5 adet raporu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (SHGM) Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı'nın 10 adet raporu ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü'nün 4 adet raporu mevcuttur.

Raporların tamamı incelendiğinde dokuzunun doğrudan "Sağlık Teknolojileri Değerlendirme" (STD) raporu olarak isimlendirildiği görülmek-

tedir. Çalışmalar incelendiğinde; ekonomik incelemenin ön planda olduğu, sonrasında klinik etkililik, sağlıkta teknoloji kullanımı ve sağlık politikalarının öne çıkan boyutlardan olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların başlığı, öne çıkan boyutu, yayın yılı ve yayınlayan kurum ile ilgili detaylı bilgi [Tablo 12.1](#)'de verilmiştir.

Lisansüstü Tezler

Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veri tabanında belirlenen anahtar kelimelerle tarama yapıldığında toplam 338 teze ulaşılmıştır. Mükerrer çalışmalar ve dışlama kriterleri ile çalışma dışı bırakılan 165 çalışmadan sonra 173 tez elde edilmiştir.

Tezlerin %69,4'ü (120 tez) son on yılda yapıldığı, %41'inin ise 2016 yılından sonra yapıldığı göze çarpmaktadır. Çalışmaların %67,1'i yüksek lisans, %23,1'i doktora ve %9,8'i tıpta uzmanlık tezi olarak saptanmıştır. Yazarların %66,5'inin sağlık dışı alanlardan olduğu görülmüştür. Çalışmaların birçoğunun türü nicel olarak gözlemlenmiştir. Sağlık ekonomisi alt başlıklarına göre bakıldığında ise en fazla maliyet analizi konusunda çalışma yapıldığı, bunu ise sağlık harcamaları ve geri ödeme konusunda yapılan çalışmaların izlediği görülmüştür. Tezlerin %45,7'si politika temelli iken %48,6'sı hastane tabanlı olarak izlenmiştir ([Tablo 12.2](#)).

Politika temelli çalışmalarını büyük çoğunluğu tıp dışı araştırmacılar tarafından yapılırken, tıp kökenli araştırmacıların hastane tabanlı çalışmalar yaptığı saptanmıştır. Tıpta uzmanlık tezi olarak üretilmiş olan çalışmaların yazarları incelendiğinde 5 Halk Sağlığı tezi, 3 Acil Tıp tezi, 2 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları tezi bulunurken, Radyoloji, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi, Aile Hekimliği, Anestezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Göz Hastalıkları bölümlerine ait birer tez bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bilimleri Enstitülerinde üretilmiş toplam 40 tane yüksek lisans/doktora tezinin olduğu görülmüştür. Tıp dışı bölümlerden, sağlık ekonomisi konusundaki tezlere en büyük katkının İktisat (34 tez) ve İşletme (27 tez) bölümlerinden geldiği saptanmıştır ([Tablo 12.2](#)).

Sağlık Ekonomisi ile ilgili Akademik Makaleler

DergiPark'ta Yayınlanmış Makaleler

DergiPark Akademik veri tabanı belirlenen anahtar kelimelerle tarandığında toplam 161 makaleye ula-

Tablo 12.1 Sağlık ekonomisi alanında Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yayınlanmış dökümanlar

Sıra No	Çalışma Başlığı	Öne Çıkan Boyutu	Çalışma Yılı	Yayınlayan Kurum
1	Gebelikte Fetal Kromozomal Anomali Taraması Amacıyla Uygulanan Testlerin Etkililik Analizi	Klinik Etkililik	2020	SHGM
2	Türkiye'de Zoonotik Hastalıkların Hastalık Yükü ve Maliyeti	Ekonomik Değerlendirme	2020	TÜSEB
3	Romatoid Artrit Tedavisinde Kullanılan Hastalık Modifiye Edici Sentetik Ve Biyolojik Antiromatizmal İlaçlar Konulu Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporu	Ekonomik Değerlendirme	2019	SHGM
4	Türkiye Sağlık Teknolojileri İnovasyon Merkezi (Tüstim): Geleceğin Sağlık Teknolojileri İçin Yeni Bir Ekosistem Önerisi	Sağlık Politikası	2019	TÜSEB
5	Çocukluk Çağı Obezitesinin Ekonomik Boyutları	Ekonomik Değerlendirme	2018	TÜSEB
6	Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016	Sağlık Politikası	2018	TÜSEB
7	Periton Diyalizinin Böbrek Yetmezliği Tedavisindeki Yeri konulu STD Raporu	Klinik Etkililik	2017	SHGM
8	Solunum Yolu Hastalıklarında Kullanılan İnhaler Tedavilerin Maliyetlerinin Değerlendirilmesi: 1998-2015 Dönemi	Ekonomik Değerlendirme	2017	TİTCK
9	Kardiyak Aritmi Tanısında Mobil Kardiyak Telemetrik Monitorizasyon konulu STD Raporu	Teknoloji Kullanımı	2016	SHGM
10	2014 Yılında Değer Bazında En Yüksek Satış Tutarına Sahip İlk 100 İlacın Değerlendirilmesi Ve 2012-2013 Yılları İle Karşılaştırılması	Ekonomik Değerlendirme	2016	TİTCK
11	Kronik Hastalıklarda Kullanılan Sabit Doz Kombine İlaçlara İlişkin Maliyet Değerlendirmesi Ve Bütçe Etkisi Analizi	Ekonomik Değerlendirme	2016	TİTCK
12	Türkiye İlaç Pazarındaki Değer Bazında Yüksek Satışa Sahip İlaçların Farmakoekonomik Açından Değerlendirilmesi: 2006-2015 Dönemi	Ekonomik Değerlendirme	2016	TİTCK
13	Respiratuar Sinsiyal Virüs Enfeksiyonlarında Profilaktik Palivizumab Kullanımı konulu STD Raporu	Klinik Etkililik	2015	SHGM
14	Hepatit C Tedavisinde Doğrudan Etkili Antiviraller konulu STD Raporu (EUnetHTA ortak çalışması)	Klinik Etkililik	2015	SHGM
15	Dirençli veya Tekrarlayan Bening Özafagial Darlığın Tedavisinde Biyoparçalanır Stentler konulu STD Raporu (EUnetHTA ortak çalışması)	Teknoloji Kullanımı	2015	SHGM
16	Türkiye'de Obezite Cerrahisinin Obezite Tedavisindeki Yeri konulu STD Raporu	Klinik Etkililik	2014	SHGM
17	Sigarayı Bırakma Destek Programının Maliyet Etkililik Analizi konulu STD Raporu	Ekonomik Değerlendirme	2014	SHGM
18	Kamu Müdahalelerinin 2008-2013 Dönemindeki Değer Bazında İlk 100 İlaç Üzerine Etkilerinin Analizi	Ekonomik Değerlendirme	2014	TİTCK
19	Vasküler Erektile Bozuklukta Düşük Yoğunluklu Elektro Şok Dalga (EŞD) Terapisi konulu STD Raporu	Teknoloji Kullanımı	2013	SHGM

Tablo 12.2 Sağlık ekonomisi ile ilgili tezlerin genel özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yapıldığı Yıl	2000 ve öncesi	11	6,4
	2001-2005	12	6,9
	2006-2010	30	17,3
	2011-2015	49	28,3
	2016-2020*	71	41,0
Çalışma Türü	Nitel	138	79,8
	Nitel	35	20,2
Çalışmanın Yeri	Hastane tabanlı	84	48,6
	Politika temelli	79	45,7
	Toplum tabanlı	9	5,2
	Teknoloji temelli	1	0,6
Tez Türü	Yüksek lisans	116	67,1
	Doktora	40	23,1
	Tıpta Uzmanlık	17	9,8

*2020 yılı için: ilk 6 ayda

şılmıştır. Anahtar kelimeler başlık ve özet kısımlarında aranmıştır. Mükerrer ve dahil etme kriterlerine uymayan araştırmalar dışlandığında 95 çalışma elde edilmiştir.

DergiPark veri tabanındaki çalışmaların %68,4'ünün son beş yılda yapılmış olduğu görülmüştür. 2020 (25.07.2020 itibariyle) yılında 11 çalışma bulunmaktadır. Makalelerin yayınlandığı dergiler incelendiğinde, Sağlık Ekonomisi alanında en fazla makale yayınlanan dergilerin "Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi" (7 yayın), "Sağlık Akademisyenleri Dergisi" (7 yayın) ve "Sosyal Güvenlik Dergisi" (6 yayın) olduğu saptanmıştır. Çalışmaların %26,3'ü derleme, %55,8'i nicel tipte ve %17,9'u nitel tiptedir. 39 çalışma (%41,1) hastane tabanlı iken, 35 çalışma (%36,8) politika temelli ve 21 çalışma (%22,1) ise literatür tarama çalışması olarak izlenmiştir. Sağlık Ekonomisi alt başlıklarına bakıldığında çalışmaların %40,1'inin maliyet analizi, %24,2'sinin geri ödeme ve %9,5'inin sağlık harcamaları konularında olduğu görülmüştür (Tablo 12.3).

Tablo 12.3 Sağlık Ekonomisi ile ilgili DergiPark veri tabanındaki yayınların genel özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yapıldığı Yıl	2010 ve öncesi	10	10,5
	2011-2015	20	21,1
	2016-2020*	65	68,4
Çalışma Türü	Derleme	25	26,3
	Nicel	53	55,8
	Nitel	17	17,9
Çalışmanın Yeri	Hastane tabanlı	39	41,1
	Literatür tarama	21	22,1
	Politika temelli	35	36,8

*2020 yılı için: 25.07.2020 tarihine kadar

TR Dizin'de Bulunan Makaleler

TÜBİTAK ULAKBİM tarafından geliştirilen, Fen Bilimleri ve Sosyal Bilimler alanlarında makaleler içeren bir veri tabanı olan TR Dizin'de⁽²⁵⁾ de belirlenen anahtar kelimelerle gelişmiş arama yapılmıştır. Ancak, sadece Türkçe anahtar kelimelerle yapılan aramada başlık düzeyinde 2447, özet düzeyinde ise 12.595 makaleye ulaşılmıştır. İlgili arama komutu: ("sağlık") AND (("sağlık ekonomisi") OR ("maliyet analizi") OR ("maliyet fayda analizi") OR ("maliyet değer analizi") OR ("maliyet etkililik analizi") OR ("maliyet yarar analizi") OR ("maliyet minimizasyon analizi") OR ("geri ödeme") OR ("teknoloji değerlendirme") OR ("QALY") OR ("DALY")).

Erişilen yayın sayısı fazla olduğu için herhangi bir eleme yapılmadan, TR Dizin'in kendi filtre özel-

likleri kullanılarak bu yayınların özellikleri genel hatlarıyla değerlendirilmiştir. Bu yayınların konu kategorisi olarak ilk sırada tıp, ikinci sırada sosyal alanları bulunduğu ve bu alanların yayınların büyük çoğunluğunu oluşturduğu; konu alanı olarak ilk sırada genel-dahili-cerrahi tıp, sonrasında işletme, iktisat, sağlık politikaları ve hizmetleri, sağlık bilimleri ve hizmetleri olduğu; yayınların çoğunluğunun araştırma makalesi olduğu; 2010 yılı sonrasında yayın sayısında sürekli artış olduğu, 2016 yılından bu yana ise artışın yavaşladığı görülmüştür.

"Web of Science"ta (SCI-E, SSCI, ESCI vd.) Bulunan Makaleler

Uluslararası nitelikli akademik dergileri kapsayan "Web of Science Core Collection" dizininde⁽²⁶⁾, belirlenen sağlık ekonomisi anahtar kelimeleri ile başlık ve özet düzeyinde gelişmiş arama yapıldıktan sonra ülke (Türkiye) filtrelemesi yapılarak 218 makaleye ulaşılmıştır.

Arama komutu: (TS=("Health") AND TS=("health economics" OR "cost analysis" OR "cost benefit analysis" OR "cost utility analysis" OR "cost effectiveness analysis" OR Reimbursement)) OR TS=("Health technology assessment") OR TS=("QALY") OR TS=("DALY")

Elde edilen makaleler önce başlık sonra özet düzeyinde değerlendirilmiştir. Mükerrer ve dahil etme kriterlerine uymayan araştırmalar dışlandığında 125 yayın elde edilmiştir. Bu makalelerin konuları incelendiğinde önce çıkan konuların -diğer dizinlerdeki yayınlara benzer şekilde- maliyet analizleri ve STD çalışmaları olduğu görülmüştür; bunların dışında farmakoekonomi, geri ödeme araştırmaları da bulunmaktadır. 125 yayının 5'i (%4) 2005 yılı ve öncesinde, 15'i (%12) 2006-2010 yıllarında, 40'i (%32) 2011-2015 yıllarında, 65'i (%52) ise 2016 yılı ve sonrasında yayınlanmıştır. Yıllar ilerledikçe yayın sayısında artış olmuştur. Yayınların bir kısmı çok uluslu yayınlardır; bir kısmı da Türkiye'den araştırmacıların dahil olduğu çok merkezli yayınlardır. Türkiye'deki sağlık ekonomisi araştırmacılarının multidisipliner çalışmalarında ortak araştırmacı olarak yerel ortaklar yerine uluslararası ortaklarının olduğu gözlemlenmiştir. Yine, yayınların çoğu tıp alanındaki dergilerde yayınlanmıştır; bunun dışında ekonomi, sağlık politikaları ve hizmetleri, mühendislik dergileri gibi çeşitli dergilerde yayınlananlar vardır. Yayınların 45'inin hiç

Tablo 12.4 Ülkemizdeki sağlık ekonomisi alanındaki kaynak kitaplar

No	Kitap Adı	Editör	Yazar(lar)	Yayınevi	1.Basım Yılı
1	Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi	-	Kenan Mortan- Tandoğan Tokgöz	Ankara Yayını	1984
2	Hastanelerde Etkenliği Artırmada Yönetime Yardımcı Bir Araç Olarak Maliyet Bilgilerinin Kullanılması ve Afyon'da Bir Örnek Olay Çalışması	-	Halim Sözbilir	Anadolu Üniversitesi Basımevi	1986
3	Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi	-	Sevgi Kurtulmuş	Değişim Dinamikleri Yayınları	1998
4	Sağlık Ekonomisine Giriş	-	Adnan Kısa	Usta Matbaacılık	1999
5	Sağlık Sektörü İhalelerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	-	-	İstanbul Ticaret Odası	2004
6	E-sağlık; Bilişim Teknolojileri Perspektifinden İlaç ve Pazarlama Teknikleri	-	M.Sedef Erdal	Filiz Kitabevi	2004
7	Sağlık Ekonomisi Terimleri Sözlüğü	-	Abdülkadir Işık	Ekin Kitabevi	2005
8	Sağlıkta Dönüşüm Programının Ekonomisi	-	Devrimci Sendikal Dayanışma Hekim Ç.G.	İstanbul Yayını	2007
9	Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi	Coşkun Can Aktan - Ulvi Saran	-	Aura Kitapları	2007
10	Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi	-	Sevgi Kurtulmuş	Timaş Yayınları	2007
11	Ekonomist Olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi	-	Lieven Annemans	Academia Press	2008
12	Sağlık Ekonomisi	-	Yusuf Çelik	Siyasal Kitabevi	2011
13	Paran Kadar Sağlık- Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi	-	Mustafa Sönmez	Yordam Kitap	2011
14	Sağlık Ekonomisine Giriş	-	Ayşegül Mutlu - A. Kadir Işık	Ekin Basım Yayın	2012
15	Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim / Sağlıkçı Emek Tartışmaları (DİSK/Devrimci Sağlık-iş KESK/SES/TTB)	Ata Soyer	-	Sorun Yayınları	2012
16	Sağlığın Politik Ekonomisi - Sosyal Devletin Çöküşü	-	İlker Belek	Yazılama Yayınevi	2013
17	Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi	-	Erdoğan Ünal	Ekin Kitabevi Yayınları	2013
18	Sağlık Ekonomisi - Mikro Ve Makro Boyutları	Burcu Güvenek	Kolektif	Çizgi Kitabevi	2015
19	Sağlık Ekonomisi	-	Altuğ M. Köktaş	657 Yayınevi	2015
20	Sağlık Ekonomisi	-	Komisyon	Anadolu Üniversitesi	2015
21	Sağlık Ekonomisi	Mustafa Solak	Mustafa Taşdemir ve başkaları	Anadolu Üniversitesi Yayınları	2016
22	Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Ekonomisi	-	Emrullah Bayır	Cinius Yayınları	2018
23	Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular	İsmail Ağırbaş	Kolektif	Siyasal Kitabevi	2019

atfı yokken, 17'sinin 10'dan fazla atfı bulunmaktadır.

“Pubmed”de Bulunan Makaleler

ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine - NLM) olan “Pubmed”⁽²⁷⁾ önde gelen akademik yayın kaynaklarından birisidir. Türkiye’de yapılan sağlık ekonomisi araştırmalarından

özellikle uluslararası dergilerde yayınlananları tespit etmek amacıyla bu kaynakta da tarama yapılmıştır. Ancak, arama filtrelerinde ülke seçeneği bulunmadığından belirlenen anahtar kelimelerle yapılan gelişmiş aramada çok sayıda makaleye ulaşılmış, bu aramayı sınırlandırmak için anahtar kelimelere “Turkey” ve “Turkish” kelimeleri eklenmiştir. Ancak bu tarama sonucunda sadece 19 ma-

kaleye ulaşılmıştır. Bunların bir kısmı da Türkiye çalışması değildir. Dolayısıyla alanla ilgili Türkiye yayınlarının tespitinde Pubmed taraması anlamlı katkı sağlamamıştır.

Sağlık Ekonomisi Alanındaki Türkçe Kitaplar

Ülkemizdeki sağlık ekonomisi alanındaki yayınlar değerlendirilirken bu alanda yayınlanmış olan kitaplar da araştırılmıştır. Kaynak kitap araştırması Milli Kütüphane-Kaşif⁽²⁸⁾, İstanbul Üniversitesi Kütüphanesi⁽²⁹⁾ ve online kitap satış siteleri arama motorlarında “sağlık ekonomisi” kavramı taratılarak yapılmıştır. Ulaşılan kaynak kitaplar Tablo 12.4’te sunulmuştur.

Sonuç

Sağlık ekonomisi ile ilgili yayınların son yıllarda giderek artması, sağlık ekonomisi alanı için olumlu bir gelişme olmakla birlikte, hem sağlık kökenli hem de sağlık dışı bölümlerdeki araştırmacıların ilgisinin bu konuda yoğunlaşması oldukça sevindiricidir. Ulusal ve uluslararası kongrelerde özellikle maliyet analizi alt başlığındaki yayınların fazla olduğu görülmüştür. Halk Sağlığı Kongreleri açısından bakıldığında ne yazık ki sağlık ekonomisi konusuna Halk Sağlığı Uzmanlarının yeterli ilgisinin olmadığını söylemek mümkündür.

Özellikle makroekonomi kapsamındaki yayınların daha çok sağlık dışı araştırmacılar tarafından yapıldığı ya da başka bir deyişle sağlık camiasının makroekonomik çalışmalara biraz daha uzak kaldığı söylenebilir. Hâlbuki makroekonomik düzenlemeler toplumun sağlığı üzerinde önemli etkiye sahiptir ve bu konu bilhassa Halk Sağlığı profesyonellerinin çalışma alanları içerisinde olmalıdır.

Sağlık ekonomisi konusundaki lisansüstü tezlerin büyük çoğunluğunun yüksek lisans tezidir. Bu konuda yalnızca 17 tıpta uzmanlık tezi verilmiş ve bunların 5 tanesini Halk Sağlığı Uzmanlık tezleri oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisine ilginin her ne kadar artmış olduğu belli olsa da, Türkiye’de yaklaşık 1200 Halk Sağlığı Uzmanı olduğu⁽³⁰⁾ göz önüne alınırsa, sağlıkta karar vermede bu kadar önemli bir konunun üzerinde durulmamasının nedenleri araştırılmalıdır.

DergiPark’taki ulusal dergilerde yayınlanmış sağlık ekonomisi ile ilgili makalelerin, kongrelerde olduğu gibi, büyük çoğunluğunu maliyet analizi konusu oluşturduğu saptanmıştır. Makaleler ara-

sında yöntem açısından derleme/literatür tarama, konusu açısından ise politika temelli makaleler çoğunluktadır. Bu da sağlık dışı araştırmacıların, sağlık ekonomisine daha çok kavramsal açıdan yaklaştıklarını düşündürülebilir. Bu alanda yayınlanmış Türkçe kitaplara bakıldığında ise tamamına yakınının sağlık dışı bölümlerdeki araştırmacılar tarafından yazıldığı görülmektedir.

Uluslararası nitelikli dergilerde de ülkemizden sınırlı sayıda sağlık ekonomisi yayını bulunduğu görülmüştür. Bu alandaki araştırmacıların çalışmalarını uluslararası akademik camiaya sunmayı hedeflemesi gerekmektedir.

Sonuç olarak sağlık ekonomisine ilginin son yıllarda artması olumlu bir gelişmedir. Ancak bu konunun tam da içinde olan tıp camiasının, akademik anlamda bu konunun oldukça dışında kalmalarının nedenleri irdelenmelidir. Yıllardır sağlık ekonomisi konusunda çalışmış olan iktisat, işletme gibi bölümlerdeki değerli araştırmacılar ile, bu konunun içinde olan tıp kökenli araştırmacıların yapacakları multidisipliner çalışmalar hem literatüre kaliteli yayınlar kazandıracak, hem de sağlık çalışanlarının ilgisini ve bilgisini arttıracaktır.

Karar vericilere yön gösterecek kanıtları oluştururken ekonomik değerlendirme yöntemleri, modelleme çalışmaları, makroekonomi araştırmaları gibi sağlık ekonomisi araştırmaları konularında beceri kazanmaları Halk Sağlığı profesyonellerinin donanımını arttıracak, hem akademik birikime hem de alana katkılarını zenginleştirecektir. Özünde bir multidisipliner alan olan Halk Sağlığı, sağlık ekonomisi araştırmalarının odak noktası olma potansiyelindedir. Halk Sağlığıcuların bu alandaki etki ve katkılarının artması ile koruyucu hizmetlerin ekonomik faydaları, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ekonomik boyutları ve çoğu zaman ihmal edilen indirekt maliyetlerin önemi daha etkin bir şekilde ortaya konulabilir.

Kaynaklar

- 1) Tsiachristas A, Stein V, Evers S, et al. Economic evaluation of integrated care: a research agenda. Oxford, 2016.
- 2) Çalışkan Z. Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg 2008; 26: 29–50.
- 3) Williams A. Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science? In: Health and Economics. London: Palgrave Macmillan UK, 1987, pp. 1–11.
- 4) Zweifel P, Breyer F, Kifmann M. Health economics. Springer Science & Business Media, 2009.

- 5) Kernick D (ed). Getting health economics into practice. Radcliffe Publishing, 2002.
- 6) Folland S, Goodman AC, Stano M. The Economics of Health and Health Care: Pearson New International Edition. Routledge, 2016.
- 7) Morrisey MA, Cawley J. US health economists: who we are and what we do. Health Econ 2008; 17: 535–543.
- 8) Fuchs VR. The future of health economics. J Health Econ 2000; 19: 141–157.
- 9) Morrisey MA, Cawley J. The production of published research by U.S. academic health economists. Int J Health Care Finance Econ 2008; 8: 87–111.
- 10) Goodman CS. HTA 101: Introduction to health technology assessment. The Lewin Group, 2004.
- 11) HTA Core Model®, <https://eunetha.eu/hta-core-model/> (accessed August 6, 2020).
- 12) WHO. Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities Main findings. Geneva, 2015.
- 13) National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk/> (accessed August 6, 2020).
- 14) European Network for Health Technology Assessment, <https://eunetha.eu/about-eunetha/eunethanetwork/> (accessed August 6, 2020).
- 15) Şahin GM. Sağlıkta Bilimsel Karar Verme Aracı Olarak Sağlık Teknoloji Değerlendirme, TÜBİTAK-TÜSSİDE Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi Ar-Ge Raporu. 2015.
- 16) Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, <https://argestd.saglik.gov.tr/> (accessed August 3, 2020).
- 17) Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Organizasyon Şeması, <https://www.titck.gov.tr/kurumsal/organizasyonsemasi> (accessed August 3, 2020).
- 18) Koçkaya G. Türkiye’de 1998-2015 Yılları Arasındaki Sağlık Ekonomisi Yayınları. In: 3. Sağlık Ekonomisi Kongresi. 2016.
- 19) Şantaş F. Sağlık ekonomisi alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg 2017; 19: 85–93.
- 20) Çavdar S. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi pediatrik yoğun bakım servislerinde gelişen hastane enfeksiyonlarının maliyet analizi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2015.
- 21) Ammerman AS, Farrelly MA, Cavallo DN, et al. Health Economics in Public Health. Am J Prev Med 2009; 36: 273–275.
- 22) Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği, <http://sepd.org.tr/> (accessed August 6, 2020).
- 23) The Professional Society for Health Economics and Outcomes Research - ISPOR, <https://www.ispor.org/> (accessed August 6, 2020).
- 24) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), <https://hasuder.org.tr/> (accessed August 6, 2020).
- 25) TR Dizin veri tabanı, <https://trdizin.gov.tr/> (accessed August 6, 2020).
- 26) Web of Science, www.webofknowledge.com (accessed August 6, 2020).
- 27) National Library of Medicine-Pubmed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> (accessed August 6, 2020).
- 28) Milli Kütüphane-Kaşif, <https://kasif.mkutup.gov.tr/> (accessed August 6, 2020).
- 29) İstanbul Üniversitesi Kütüphanesi, <https://kutuphane.istanbul.edu.tr/> (accessed August 6, 2020).
- 30) Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). Türkiye Halk Sağlığı Derg 2015; 13: 53–61.



Sosyoekonomik

> Eşitsizlikler

13

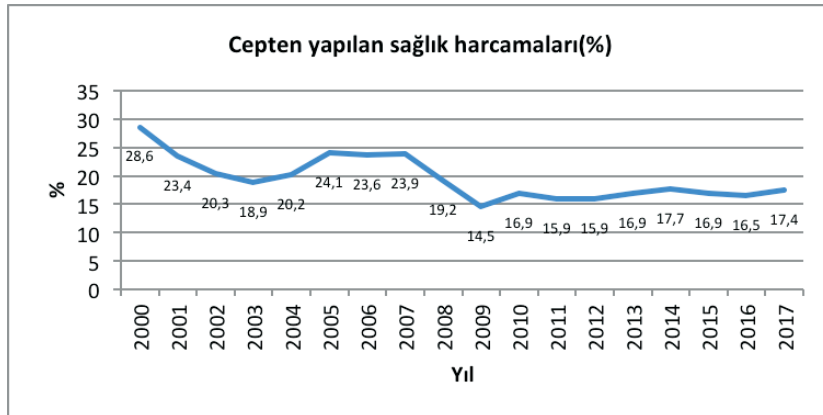
DOÇ. DR. MELİH KAAAN SÖZMEN • DOÇ. DR. MAHMUT YARDIM
UZM. DR. ŞEYMA ARSLAN • DR. BİROL TİBET

Cepten yapılan sağlık harcamalarında eşitsizlikler

Eylül 2019 yılında düzenlenen Birleşmiş Milletler Genel Asemblası'nda sağlık ve finansman konusunda uzmanların yakın işbirliği ile ulusal öncelikler ve yerel özellikler ile uyumlu olarak kaynakların daha iyi dağıtımı ve kullanımı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli biçimde finanse edilmesi yolu ile verimli sağlık finansman politikalarının sürdürülmesi, karşılanmamış sağlık gereksinimlerine yanıt verilmesi ve kaliteli, güvenli, etkili, karşılanabilir ve öncelikli sağlık hizmetlerine, ilaç, aşı, tanısal işlemler ve sağlık teknolojilerine erişimde finansal engellerin kaldırılması, özellikle yoksullar, duyarlı toplumlar ve duyarlı durumda olan bireylerin finansal güçlüklerle yol açan cepten harcamaların azaltılması finansal risklere karşı bu bireylerin korunması gerektiği bildirilmiştir⁽¹⁾. Düşük ve orta gelirli ülkeler-

de yaşayan 5.6 milyar insanın sağlık harcamalarının yarısının finansmanı cepten harcamalar ile karşılanmaktadır⁽²⁾. Katastrofik Sağlık harcamaları nedeniyle de birçok aile daha çok fakirleşmektedir. Küresel düzeyde toplam cepten sağlık harcamaları 2000-2017 yılları arasında 2 kattan fazla artış göstermiş, gelişmiş ülkelerde ise bu artış %46 düzeyinde olmuştur⁽¹⁾. Sağlık alanında cepten yapılan harcamaların sıklığı ve cepten harcama yapılan paranın düzeyi bireylerin yoksullaşmasına ve sağlık hizmetlerine erişimlerinde engellere yol açmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının düzeyinin ve katastrofik sağlık harcamalarının nedenlerinin belirlenmesi sağlık finansman kaynaklarının hakkaniyetli olarak kullanılması ve eşitsizlikleri azaltıcı politikaların geliştirilmesi açısından önemlidir.

Türkiye'de 2000-2017 yılları için cepten sağlık harcamaların toplam sağlık harcamasına oranı Şekil 13.1'de sunulmuştur. Sosyekonomik eşitsiz-



Şekil 13.1 Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.

likler bağlamında ülkemizde cepten yapılan sağlık harcamalarını inceleyen çalışmalar **Tablo 13.1**'de sunulmuştur.

2010 yılı ve sonrasında cepten yapılan sağlık harcamaları ile ilgili ulusal veritabanları kullanılarak hazırlanan bilimsel makalelerin bulguları incelendiğinde, katastrofik sağlık harcamaları (KSH) için farklı eşik değerlerin kullanıldığı, KSH'ların yıllar içinde giderek azaldığı görülmüştür. KSH görülme sıklığı yıllara göre azalma eğilimi gösterse de katastrofik sağlık harcaması yapma sıklıklarının birçok sosyoekonomik değişkene göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Sağlık sigortasının olmaması,

evde engelli bireyin bulunması, evde 65 yaş ve üstü bireyin bulunması, evde 5 yaş altı çocuk olması, hanehalkı büyüklüğü KSH için risk etmenleri olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları ve gelir düzeyine göre sağlık harcamalarında progresif (artan oranlı) bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunun nedeni gelir düzeyi düşük hanehalkının gelir düzeyi yüksek olan bireylere göre sağlık gereksinimi olmalarına rağmen daha az sağlık hizmeti almaları olabilir. Düşük gelirli bireyler sağlık hizmeti gereksinimlerine göre düzeltme yapılan analizlerde daha düşük olasılıkla katastrofik sağlık harcaması yaptıkları

Tablo 13.1 Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarını değerlendiren bilimsel makaleler

Yazar	Verinin ait olduğu yıllar/ Veritabanı(N)	Kullanılan istatistiksel analiz yöntemi ve sosyoekonomik ölçüt	Bulgular
Narci(2015) ⁽³⁾	2004-2010 Hanehalkı Bütçe Araştırması/62886	Çok değişkenli Lojistik regresyon Katastrofik Sağlık Harcaması(Eşik Değer:%10-40) Gelir düzeyi hanehalkı büyüklüğüne göre düzeltilmemiş Odds oranları	2004' yılına göre Cepten harcamalarda %73'lük artış Toplam gelirinin %10 ve altı cepten harcama yapan birey yüzdesinde artış %39 Düşük eğitim seviyesi, evde yaşlı bireyin olması, evde 5 yaş altı çocuk olması, yeşilkart sahibi birey(kesim noktası %10 için), evde engelli bireyin bulunması
Yardım(2014) ⁽⁴⁾	2003, 2006 ve 2009 Hanehalkı Bütçe Araştırması/42368	Çok değişkenli Lojistik regresyon ve Ordinary Least Squares(OLS) regresyon Katastrofik Sağlık Harcaması(Eşik Değer:%40) Gini ve Konsantrasyon İndeksi	KSH:2003-2006-2009 yılları için sırasıyla %0.75, %0.59, %0.48, cepten sağlık harcamaları tüm yıllarda progresif ve en fazla harcama hospitalizasyon için yapılmıştır.Yeşilkart, hanehalkı büyüklüğü, evde yaşlı bireyin olması, evde 5 yaş altı çocuk olması, kırsal alanda yaşama cepten yapılan sağlık harcamaları ile ilişkili.
Brown(2014) ⁽⁵⁾	2003-2008 Hanehalkı Bütçe Araştırmaları/68522	Probit Model,Sartori Seçim Modeline ait marjinal etkiler Katastrofik Sağlık Harcaması(Eşik Değer:%2.5-20) Gelir düzeyi hanehalkı büyüklüğüne göre düzeltilmiş Marginal etki	2004 yılı sonrası KSH'ları için azalan trend, Evde yaşlı bireyin olması, evde 5 yaş altı çocuk olması, evde engelli bireyin bulunması, sigortasız olma, yüksek gelir düzeyine sahip olma, hanehalkı büyüklüğünün düşük olması
Sulku(2012) ⁽⁶⁾	2002-2003 Hanehalkı Bütçe Araştırması/9805	Tanımlayıcı ve bivariate analizler Katastrofik Sağlık Harcaması(Eşik Değer:%10 ve %20) Gelir düzeyi hanehalkı büyüklüğüne göre düzeltilmemiş	Sigortasız olma, kırsal alanda yaşama, doğu bölgede yaşamak, İstanbul'da yaşamak ve genç yaşta olmak cepten harcama olasılığını anlamlı olarak artırıyor.
Yardım(2010) ⁽⁷⁾	2006 Hanehalkı Bütçe Araştırması/8558	Çok Değişkenli Lojistik regresyon, Lorenz Eğrisi, Konsantrasyon Eğrisi Katastrofik Sağlık Harcaması(Eşik Değer:%40) Gelir düzeyi hanehalkı büyüklüğüne göre düzeltilmiş Odds Oranları	KSH sıklığı(eşik değer:%40):%0.6 Yüksek gelir düzeyi, sağlık sigortasının olmaması, evde engelli bireyin bulunması, evde 65+ bireyin bulunması, kırsal alanda yaşama KSH için risk faktörü, ödeme kapasitesi arttıkça cepten ödemelerin düzeyi artıyor

bulunmuştur. Bunun nedeninin gelir düzeyi yüksek bireylerin özel sağlık hizmetlerini daha fazla tercih etmeleri nedeniyle olabileceği belirtilmiştir⁽⁴⁾.

Türkiye’de sağlık hizmetine erişimde sosyo-ekonomik eşitsizlikler

“Yatay eşitlik” bireylerin sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak eşit sağlık gereksinimi için eşit sağlık hizmeti almaları olarak tanımlanır⁽⁸⁾. Gelir, eğitim düzeyi, yaşanan coğrafik bölge, evde yaşayan kişi sayısı, sağlık güvencesi varlığı gibi sosyoekonomik göstergelerin sağlık hizmetine erişimde belirleyici olmaması gerekmektedir. Sosyoekonomik eşitsizliğin dekompozisyon yöntemi ile belirlenmesi sayesinde sağlık hizmetine erişimde eşitsizliğe yol açan etmenlerin toplam eşitsizlikteki katkısı yüzdesel olarak belirlenebilmekte ve bu sayede potansiyel olarak değiştirilebilir etmenler sağlık politikası karar vericileri tarafından dikkate alınabilmektedir. Ülkemizde sağlık hizmeti kullanımını ve karşılanmamış sağlık gereksinimini sosyoekonomik eşitsizlikler açısından değerlendiren çalışmalar **Tablo 13.2’**de sunulmuştur.

Ülkemizde sağlık hizmeti kullanımında sosyoekonomik eşitsizliklerin değerlendirildiği çalışma sayısı kısıtlıdır. 2008 yılı verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim için yatay eşitlik indeksi hakkaniyetli bir dağılımın olduğunu gösterirken, diğ hekimliği ve uzman hekim hizmetlerini kullanma açısından pozitif yatay eşitlik indeksi gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetini gereksinimlerinden daha fazla kullandıklarını göstermektedir⁽¹¹⁾. Sağlık hizmetine erişimde sosyoekonomik eşitsizliğe yol açan etmenler değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, kötü sağlık algısı gibi “gereksinim değişkenleri”nden bağımsız olarak gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi varlığı, sağlık güvencesi türü, yaşanan coğrafik bölgenin etkili olduğu bildirilmiştir. 2008 yılından başlayarak sağlık hizmetine erişme ile ilgili gelir düzeyine bağlı eşitsizliklerin azalmakta olduğu bildirilmiştir⁽⁹⁾.

Türkiye’de sağlık ile ilişkili sosyoekonomik eşitsizlikler

Hastalıkların ve risk etmenlerinin toplum içindeki dağılımı özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli farklılıklar göstermekte, sosyoekonomik gruplar

Tablo 13.2 Türkiye’de sağlık hizmet kullanımını sosyoekonomik eşitsizlikler açısından değerlendiren bilimsel makaleler

Yazar	Verinin ait olduğu yıllar/Veritabanı(N)	Kullanılan istatistiksel analiz yöntemi ve sosyoekonomik ölçüt	Bulgular
Öztürk(2019) ⁽⁹⁾	Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2010-2012) /57157	Bağımlı Değişken:Sağlık hizmeti kullanımı/ Horizontal İndeksin Blinder–Oaxaca yöntemi ile dekompozisyonu, Konsantrasyon indeksi(Kİ), Horizontal İndeks(Hİ)	Birinci basamak sağlık hizmetleri ve yataklı sağlık kurumlarından hizmet alma daha çok gelir düzeyi düşük olan bireylerde yoğunlaşmış durumda. 2008 yılından başlayarak gelir düzeyine bağlı eşitsizlikler azalmakta
Yardım (2018) ⁽¹⁰⁾	Türkiye Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması (2006-2010-2013)	Bağımlı Değişken: Maliyete Bağlı-Sağlık Hizmetinin olmamasına bağlı Karşılanmamış Sağlık Hizmeti Gereksinimi/Multinomial Lojistik Regresyon	Maliyete bağlı karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi sıklığı 2006 için %16, 2013’te %7, en düşük gelirli %20’lik dilimde yer alan bireylerde karşılanmamış sağlık gereksinimi sıklığı gelir düzeyi en yüksek dilimde olan bireylere göre daha fazla olup bu eşitsizlik 2006 yılı ile karşılaştırıldığında 2013 yılında artmıştır. İşsiz, düşük eğitime sahip olmak, emekli olmak, kırsal alanda yaşamak risk faktörüdür.
Sözmen (2016) ⁽¹¹⁾	Türkiye Sağlık Araştırması 2008/14655	Bağımlı Değişken:Sağlık Hizmeti kullanımı/Konsantrasyon indeksi; dekompozisyon yöntemi, Yatay Eşitlik İndeksi,Probit Model	Sağlık hizmetine olan gereksinime göre düzeltme yapıldıktan sonra hesaplanan Yatay Eşitlik indeksine göre diğ hekim ve uzman doktor hizmetine erişim gelir düzeyi yüksek olan bireylerde daha fazla Eşitsizliklere yol açan değişkenler eğitim, gelir ve yaşanan coğrafik bölge

içerisinde eşit olarak dağılım göstermemektedir⁽¹²⁾. Eğitim ve gelir açısından sosyoekonomik olarak dezavantajlı bireylerde bulaşıcı olmayan hastalıklar, risk etmenleri, kötü sağlık algısı daha sık olarak görülmektedir. Sosyo-ekonomik eşitsizliklerin değerlendirilmesinde bir çok farklı ekonomi ve epidemiyoloji tabanlı ölçüt kullanılmakta olup, ölçütlerin hesaplanması için istatistiksel formüllerden yararlanılmaktadır. Göreli eşitsizlik indeksi (Relative Index of Inequality) ilgili sağlık ölçütünün yüzde 20'lik gelir düzeyi gruplarında dağılımını hesaba katan bir ölçüttür⁽¹³⁾. Konstrasyon İndeksi (Kİ) hesaplamalarında her bir birey eğitim- gelir düzeyi gibi temel bir sosyoekonomik ölçüte göre

toplumda sıralanarak gruplanır, her bir grup için birikimsel yüzdesel dağılım tanımlanır. Mutlak eşitlik durumunda sağlık çıktısının her bir grupta eşit olarak dağılması beklenir, Kİ değerinin negatif olması ilgili sağlık durumunun gelir düzeyi düşük bireylerde yoğunlaştığını göstermektedir⁽¹⁴⁾. Dekompozisyon yöntemi ise Kİ'deki toplam eşitsizliğe her bir değişkenin yüzdesel olarak ne kadar katkı sağladığını belirlemek için kullanılmakta, bu sayede eşitsizliğe yol açan değişkenler arasında sıralama yapılabilmektedir⁽⁸⁾. Ülkemizde sağlık durumunu sosyo-ekonomik açıdan dağılımını ve etkileyen etmenleri değerlendiren ulusal çalışmalar **Tablo 13.3'**te sunulmuştur.

Tablo 13.3 Türkiye'de sağlık durumunu sosyoekonomik eşitsizlikler açısından değerlendiren bilimsel makaleler

Yazar	Verinin ait olduğu yıllar/Veritabanı	Kullanılan istatistiksel analiz yöntemi ve sosyoekonomik ölçüt	Bulgular
Erkoyun (2020) ⁽¹⁵⁾	Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2016)	Bağımlı Değişken:Obezite/kilolu olmak, diyabet, sigara kullanımı, hipertansiyon Bağımlı değişkenler mesleki sınıf ve eğitim düzeyi için Göreli eşitsizlik indeksi(Relative Index of Inequality-RII),mutlak eşitsizlik için slope index of inequality(SII). Analizlerde log-binomial model	Mesleki sınıfı yüksek erkeklerde DM ve obezite için RII>1, sigara için RII<1, kadınlarda sigara kullanımı hariç tüm risk faktörleri için RII<1 Düşük eğitim düzeyli erkeklerde obezite-sigara kullanımı için RII<1 Kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça risk etmenlerinin görülme sıklığı artıyor, en yüksek RII obezite için 6.07. Kadınlarda sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutu erkeklere göre daha fazla.
Ergin (2015) ⁽¹⁶⁾	Dünya Sağlık Araştırması (2003)/10791	Bağımlı Değişken: Sağlık Algısı ve engellilik Çok değişkenli lojistik regresyon Gelir düzeyi değişkeni assetler yardımı ile oluşturulmuş	Kötü Sağlık algısı ve engellilik sıklıkları önemli bölgesel, kentsel/kırsal farklılıklar göstermekte olup bu durum temel olarak eğitim ve gelir düzeyindeki eşitsizliklere bağlıdır. Çok değişkenli analizlere göre düşük eğitim düzeyi düşük gelire göre kötü sağlık algısı ve engellilik ile daha kuvvetli bir ilişki göstermiştir.
Sözmen(2014) ⁽¹⁷⁾	Türkiye Sağlık Araştırması(2008)/14655	Bağımlı Değişken: Sağlık Algısı, kronik hastalık varlığı(KOAH, artrit, migren, kronik bronşit, koroner kalp hastalığı) Çok Değişkenli Lojistik regresyon Sosyoekonomik eşitsizlik değerlendirmesi kullanılan ölçüt:Konstrasyon indeksi, Göreli eşitsizlik indeksi(RII),dekompozisyon yöntemi, Gelir Düzeyi Hanehalkı büyüğüne göre düzeltilmiş	Gelire dayalı eşitsizlik için RII değerleri:Sağlık algısı için 2.66., KOAH:2.50, Depresyon:1.99 Analiz edilen 18 sağlık sorununun 15 tanesi gelir düzeyi düşük bireylerde daha yoğunlaşmış durumda. Düşük Dekompozisyon yöntemi,ne göre Sosyoekonomik eşitsizliklerin en önemli nedenleri Eğitim Düzeyi ve gelir
Hassoy(2013) ⁽¹⁸⁾	Dünya Sağlık Araştırması 2003/8847	Bağımlı Değişken:Sigara Kullanımı	Erkeklerde her gün sigara kullanımı düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili iken kadınlarda yüksek sosyoekonomik düzey ile ilişkili, kadınlarda yüksek eğitim düzeyi ile sigara içiciliği ilişkili. Gelir düzeyi her iki cinsiyette de sigara kullanımı ile ilişkili iken düzeltilmiş analizlerde gelir düzeyi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki kaybolmakta

Tablo 13.3 (DEVAMI)

Yazar	Verinin ait olduğu yıllar/Veritabanı	Kullanılan istatistiksel analiz yöntemi ve sosyoekonomik ölçüt	Bulgular
Ergin (2012) ⁽¹⁹⁾	Dünya Sağlık Araştırması 2003/8847	Bağımlı Değişken: Kiloluluk (Beden kitle indeksi>25 kg/m ²) Lojistik regresyon, Gelir düzeyi değişkeni assetler yardımı ile oluşturulmuş	Erkeklerde eğitim düzeyi ve kilolu olma arasında ilişki yok.Kadınlarda en yüksek prevalans orta düzeyde gelirli ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde.Doğu, Karadeniz ve Akdeniz Bölgelerinde yüksek gelir düzeyi ile kiloluluk ilişkili
Sözmen(2012) ⁽²⁰⁾	Dünya Sağlık Araştırması 2008/10287	Bağımlı Değişken: Sağlık Algısı Çok Değişkenli Lojistik regresyon Sosyoekonomik eşitsizlik değerlendirmesi kullanılan ölçüt:Konstrasyon indeksi, dekompozisyon yöntemi, Gelir Düzeyi Hanehalkı büyüklüğüne göre düzeltilmiş	Kötü Sağlık algısı %9.3, Kl= -0.166. Düşük eğitim düzeyi, toplam eşitsizliğin %70.4'ünü açıklamakta. Gelir düzeyi ve yaşanan coğrafik bölgenin açıklayıcılığı sırasıyla %9.7 ve %8.4

Türkiye’de sağlık algısı, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk etmenlerinin dağılımını sosyo-ekonomik açıdan inceleyen ulusal yayınlar değerlendirildiğinde kötü sağlık algısı, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk etmenlerinin kadınlarda, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Yapılan yayınlarda yaşanan coğrafik bölgeler ve kırsal-kentsel alanlarda sağlık çıktılarının dağılımında önemli farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda kullanılan sosyoekonomik ölçütler ve istatistiksel yöntemlerde farklılıklar bulunsa da eğitim düzeyine göre sağlık çıktılarının dağılımında gelir düzeyine göre daha belirleyici rol oynadığı belirlenmiştir. Bunun nedeni özellikle kayıt dışılığın ekonomimizde büyük ölçüde varlığını sürdürmesi ve bunun sonucu olarak bireylerin bildirimine dayalı gelir düzeyinin bireylerin gerçek gelirini göstermemesinden kaynaklanabilir.

Sonuç

Ülkemizde cepten yapılan sağlık harcamaları, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk etmenlerinin dağılımı, sağlık algısı, sağlık hizmeti kullanımı, karşılanmamış sağlık gereksinimini sosyo-ekonomik eşitsizlikler açısından inceleyen yayınlar değerlendirildiğinde sağlık ekonomisi literatüründe eşitsizliklerin gösteriminde kullanılan Görel Eşitsizlik İndeksi, yatay eşitlik indeksi, dekompozisyon yöntemi, Q5/Q1 oranı gibi ölçütlerin sınırlı sayıda yayında kullanıldığı görülmüştür. Ayrıca sosyo-ekonomik eşitsizliklerin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olan gelirin belirlenmesinde standart bir yöntemin kullanılmaması ve gelir düzeylerinin bazı yayınlarda ölçek ekonomisini dikkate alan ha-

nehalkı büyüklüğü eşitlik ölçeklerine göre düzeltme yapılmamış olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik eşitsizliklere yol açabilecek birçok etmenin değerlendirildiği yayınlarda özellikle eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşanan coğrafik bölge, kırsal alanda yaşama, hanehalkı büyüklüğü, kadın cinsiyet, evde engelli ya da 5 yaş altı çocuk bireyin yaşaması gibi bir çok değişken açısından eşitsizliklerin olduğu bildirilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının zamana bağlı değişimlerin değerlendirildiği çalışmalarda gelire bağlı adaletsizliklerin azalmakla birlikte sağlık hizmetlerine erişimde gelir grupları arasındaki farklar artmıştır.^(4,7,10)

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için sağlık hizmet kullanımı, hastalıkların dağılımı ve sosyoekonomik etmenlerin yıllara göre değişimi standardize yöntemler ve göstergeler kullanılarak izlenmeli ve eşitsizliğe neden olan sebeplere yönelik etkili politikalar oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Organization, W.H., *Global spending on health: a world in transition*, 2019, World Health Organization.
- 2) Organization, W.H., *The world health report 2000: health systems: improving performance*. 2000: World Health Organization.
- 3) Ozgen Narci, H., I. Sahin, and H.H. Yildirim, *Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey*. Eur J Health Econ, 2015. 16(3): p. 255-70.
- 4) Yardim, M.S., N. Cilingiroglu, and N. Yardim, *Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme*. Health Policy Plan, 2014. 29(2): p. 177-92.
- 5) Brown, S., A.R. Hole, and D. Kilic, *Out-of-pocket health care expenditure in Turkey: Analysis of the 2003–2008 Household Budget Surveys*. Economic Modelling, 2014. 41: p. 211-218.
- 6) Sulku, S.N. and D.M. Bernard, *Financial burden of health care expenditures: Turkey*. Iran J Public Health, 2012. 41(3): p. 48-64.

- 7) Yardim, M.S., N. Cilingiroglu, and N. Yardim, *Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey*. Health Policy, 2010. 94(1): p. 26-33.
- 8) O'donnell, O., et al., *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. 2007: The World Bank.
- 9) Öztürk, S. and D. Başar, *Equity in utilization of health care services in Turkey: an index based analysis*. Eastern Mediterranean Health Journal, 2020. 26(5).
- 10) Yardim, M.S. and S. Uner, *Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey*. Health Policy, 2018. 122(6): p. 645-651.
- 11) Sozmen, K. and B. Unal, *Explaining inequalities in Health Care Utilization among Turkish adults: Findings from Health Survey 2008*. Health Policy, 2016. 120(1): p. 100-10.
- 12) Magnusson, R.S., *Global health governance and the challenge of chronic, non-communicable disease*. J Law Med Ethics, 2010. 38(3): p. 490-507.
- 13) Oakes, J.M. and J.S. Kaufman, *Methods in social epidemiology*. 2017: John Wiley & Sons.
- 14) Koolman, X. and E. van Doorslaer, *On the interpretation of a concentration index of inequality*. Health Econ, 2004. 13(7): p. 649-56.
- 15) Erkoyun, E. and J.P. Mackenbach, *Occupational class and educational level inequalities in major cardiovascular risk factors in Turkey: 2008-2016*. J Public Health (Oxf), 2020.
- 16) Ergin, I. and A.E. Kunst, *Regional inequalities in self-rated health and disability in younger and older generations in Turkey: the contribution of wealth and education*. BMC Public Health, 2015. 15: p. 987.
- 17) Sozmen, K. and B. Unal, *Socioeconomic Inequalities in Non-Communicable Diseases and Self Assessed Health in Turkey*. Iran J Public Health, 2014. 43(6): p. 736-48.
- 18) Hassoy, H., I. Ergin, and A.E. Kunst, *Socioeconomic inequalities in current daily smoking in five Turkish regions*. Int J Public Health, 2014. 59(2): p. 251-60.
- 19) Ergin, I., H. Hassoy, and A. Kunst, *Socio-economic inequalities in overweight among adults in Turkey: a regional evaluation*. Public Health Nutr, 2012. 15(1): p. 58-66.
- 20) Sozmen, K., et al., *Decomposing socioeconomic inequalities in self assessed health in Turkey*. Int J Equity Health, 2012. 11: p. 73.

DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU KÜÇÜK BİÇER

Sağlık Bilgi Sistemi Nedir?

Sağlık Bilgi Sistemi (SBS), sağlık hizmeti sunum süreci için önemli sağlık bilgilerini toplamak, depolamak, analiz etmek ve sunmak için tasarlanmış bilgisayar tabanlı bir sistemdir. Sağlık hizmeti sunucuları, bu sistemler arasında işlevsellik eksikliği nedeniyle veri alışverişi, yönetimi ve entegrasyonu konusunda hala zorluklarla karşı karşıyadır. Sağlık hizmeti sunumunun efektif olması ekip üyelerinin doğru ve zamanında bilgi paylaşımının ve işbirliğinin sağlanması ile olasıdır. Sağlık hizmetlerinin günümüzün ve ülkenin gelişmişlik düzeyine uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak için teknoloji kullanımı ve standardizasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır⁽¹⁾.

Klinik bilgi sistemleri KBS ise klinik bilgileri toplamak, depolamak ve hasta sağlığı için analiz etmek için tasarlanmış bilgisayar tabanlı sistemlerdir. KBS, kanıta dayalı ve hasta merkezli bakımda; tıbbi hataları azaltma, okunabilirliği artırma, gereksiz sağlık bakım maliyetlerini azaltma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma konusunda büyük bir potansiyele sahiptir. SBS ve KBS'lerin en önemli rolü, doğru ve hızlı bir karar için bilgileri klinik karar vericilere zamanında aktarmaktır^(2,3). Örneğin, bir KBS, monitörler, ventilatörler ve infüzyon cihazları gibi farklı cihazlardan kolayca veri aktarabilir, bunları güvenli bir şekilde saklayabilir ve belirli tablolarda ve formatlarda görüntüleyebilir⁽⁴⁾. Bu tür sistemlerin önemli bir avantajı, hastanedeki diğer alt sistemlerle, eczane, laboratuvarlar, radyoloji ve diğer görüntü işleme depolama çözümleri ile bağ-

lantıda olmalarıdır. İyi bir KBS hasta güvenliğine, iş akışında verimliliğe ve hasta bakımı noktasında karar verme desteğine olumlu katkıda bulunur⁽⁵⁾. Bununla birlikte sağlık endüstrisi, standart veri eksikliği ve farklı veri silolarından oluşan heterojen bir sistemde etkili hizmet sunamamaktadır. Bu amaçla sağlık hizmeti sunucuları, mevcut sistemlerini hastaneler içinde ve arasında sağlık bilgilerinin depolanmasına, yönetilmesine ve paylaşılmasına izin veren yeni SBS'lerle modernize etme çabası içindedir⁽⁴⁾. Klinik bilgi sistemleri; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, hemşire bilgi sistemleri, görüntü yönetim ve depolama sistemleri, klinik iletişim sistemleri, tele tıp, vaka bilişimi, sanal gerçeklik uygulamaları, akıllı kart uygulamaları, hastane bilgi sistemleri ile standartlar ile klinik kılavuzlar ve bakım haritaları gibi bileşenlerden oluşmaktadır.

Burada klinik bilgi sistemlerinin üç ana alanına odaklanılmaktadır:

1. Ayaktan ve yatılı klinik bilgi sistemleri
2. Uzmanlık bilgisi sistemleri
3. Yardımcı bilgi sistemleri

Ayaktan ve Yatan Klinik Bilgi Sistemleri

Elektronik Tıbbi Kayıt (ETK), neredeyse tüm KBS alt sistemlerine yayılan altyapıdır. ETKler ayaktan ve yatarak klinik bilgi sistemleri için anahtar bileşenlerdir^(4,5). Günümüzde hastaların aile öyküsü ETK'lere dahil edilmektedir. Bu, potansiyel hastalık risklerine erişmek ve hasta bakımı ile ilgili kalıtsal ve sosyal faktörler arasındaki etkileşime ilişkin fikir vermek için kullanılmaktadır⁽⁶⁾. Kişiler arasında

bazı spesifik gen varyantları belirli bir bozukluğa neden olduğundan ve ilaçların etkilerini değiştirmekten sorumlu tutulduklarından, tüm ekzom veya genom sekanslama verileri ETK'lerde saklanabilmektedir⁽⁷⁾. Biyobankaların e-sağlık kayıtları ile entegrasyonu, her bir kaynağı daha değerli kılarak translasyonel geçişi hızlandırır. Bu özellikli bazı rahatsızlık ve fenotipleri olan hastaları ve genotip-fenotip ilişkilerini doğru bir şekilde tanımlamaya yardımcı olur^(8,9).

Bilgisayarlı Sağlayıcı Siparişi Girişi (BSSG-Computerized Provider Order Entry) BSSG sistemleri ayakta ve yatarak klinik bilgi sistemlerinin temel bileşenleridir. Bir doktorun elektronik olarak reçete yazmasına, çeşitli bölümlerle (eczane, laboratuvar, radyoloji, yoğun bakım ünitesi) iletişim kurmasına ve doktorları potansiyel ilaç-ilaç veya ilaç-alerjisi etkileşimleri konusunda uyarmasına izin vermektedir. Klinik karar destek sistemleri ile BSSG'lerin uygulanmasının uzun vadeli tasarruflar sağlayabileceği düşünülmektedir. Düzgün bir işlevsellik elde etmek için dikkatli bir planlama, uygulama ve bakım gerektirir, aksi takdirde bu durum potansiyel bir güvenlik riski de oluşturabilmektedir⁽⁴⁾. Günümüzde sağlık kuruluşları yeni bir teknolojiye yararlanırken beklenmeyen sonuçları ve BSSG tarafından üretilen hataları tanımlamak ve değerlendirmek için bir risk değerlendirme süreci geliştirmektedir. Elektronik reçete; reçete yazma hatalarını, toksisiteyi ve kâğıt maliyetini azaltırken, ciddi ilaç güvenliği sorunları yaratmaktadır^(10,11).

Uzmanlık Bilgi Sistemleri

Yoğun Bakım Ünitesi Bilgi Sistemleri Yoğun bakım ünitesi bilgi sistemleri (YBÜBS), protokol şablonları ve akış sayfaları ile doktorların dokümantasyon için harcadıkları zamanı azaltarak doğrudan hasta bakımı için kullanılabilir zamanı artırmaktadır^(4,12). İlaçların sürekli olarak değerlendirilmesini ve ayarlanmasını, fizyolojik parametrelerin hasta monitörlerinden otomatik olarak kaydedilmesini ve hastaların doğru karar verme için SOFA ve APACHE skoruna göre sınıflandırılmasını destekler. Hekim memnuniyetini, bakım kalitesini ve maliyet etkinliğini artırırken, kabul ve kodlama hataları başına geçen süre ile dokümantasyon süresinde ve YBÜ'de kalış süresinde kısalma sağlamaktadır⁽⁴⁾. Bununla birlikte, YBÜBS'lerin yararlarını en üst düzeye çıkarmak için ETK'ler ve hasta izleme sis-

temleri gibi sağlık bilgi sistemleri (Hastane Bilgi Sistemi-HBS) ile entegre edilmelidir.

Kardiyoloji Bilgi Sistemleri (KBS) Kardiyovasküler hastalıklar ve verimli veri yönetimi araçlarına olan talep ile birlikte artmıştır. Kardiyak hastalıklarla ilgili izleme, yönetim, değerlendirme ve politika geliştirme faaliyetleri için tüm kardiyoloji isteklerini, prosedürlerini, görüntülerini ve raporlarını birleştirir⁽⁴⁾. KBS'ler diğer klinik bilgi sistemlerine entegre edildiğinde, doktorlar bir portal aracılığıyla hastane içindeki ve dışındaki herhangi bir bilgisayardan görüntü ve rapor çıkarabilir; etkin veri analizi ve daha kısa sürede doğru tedavi kararları sunabilir⁽¹³⁾.

Onkoloji Bilgi Sistemleri Onkoloji bilgi sistemlerinin (OBS) kullanımı, yeni ilaçların karmaşıklığı, yeni radyasyon terapileri, yasal düzenlemeler ve yasal sorumluluk konuları nedeniyle artmaktadır. Etkili ve verimli onkoloji tedavisini sağlamak, klinik uygulama ve araştırmayı kolaylaştırmak ve uygulama standartlarının etkinliğini ölçmek için de kullanılmaktadır. Bu sistemler radyasyon, tıbbi ve cerrahi onkoloji bilgilerini eksiksiz, onkolojiye özgü bir ETK olarak birleştirerek doktorların hastalarının tüm bilgilerini yönetmelerine yardımcı olmaktadır⁽¹⁴⁾.

Hemşirelik Bilgi sistemleri (HBS) hasta bakım dokümanlarını kapsamına alan hemşirelik süreçlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesini otomatik olarak gerçekleştiren bilgisayar tabanlı sistemlerdir. Klinik ve yönetsel açıdan hemşire bakım planlarının belirlenmesi, hazırlanması ve uygulanması, personel programlama ve hemşirelik kaynaklarının belirlenmesi gibi işlemlerde kullanılmaktadır. Bu sistemlerin, dokümanların hazırlanması için harcanan zamanı azaltma, kaliteyi ve verilerin kullanılabilirliğini artırma ve sonuçta yüksek kaliteli ve etkili hasta bakımına destek sağlama gibi faydaları bulunmaktadır.

Yardımcı Bilgi Sistemleri

Radyoloji Bilgi Sistemi (RBS) görüntüleri rapora kolayca entegre edip, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş akışlarını iyileştirirken; sağlık hizmeti kalitesini yükseltip, paydaş memnuniyetini artırarak toplam tedavi kalitesini iyileştirmektedir⁽⁴⁾. RBS'ler, radyologların iş akışında tanı için uygun bilgileri kolayca almasını sağlar. Bu sistemlerin birincil avantajı, hızlı iş akışı yönetimini sağlamak ve hızlı

iletişimi kolaylaştırmak için çok miktarda veriyi erişilebilir durumda tutmaktır. Bu sistemler yalnızca yetkili doktorlar ve teknisyenler tarafından erişilebilir oldukları için, yüksek güvenlik, güvenilirlik ve mahremiyet sağlamaktadır. Buna ek olarak, resim arşivleme ve iletişim sistemleri (PACS), bilgisayarlı radyografi, BT taraması, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve ultrasonografi gibi çeşitli tıbbi cihazlardan gelen verileri işleyerek daha spesifik tedavi seçenekleri sağlayabilmektedirler⁽¹⁵⁾.

Laboratuvar Bilgi Sistemleri Laboratuvar bilgi sistemleri (LBS), operasyonlar, kalite projeleri ve araştırmalar da dâhil olmak üzere birçok amaç için kullanılabilir zengin veri kaynakları olan bilgisayarlı sistemlerdir⁽⁴⁾. Klinik laboratuvarlarda örneklerin ve verilerin akışının doğruluğunu ve erişilebilirliğini artırırlar. Doktorlar, testlerin uygulanmasından, zamanında karar vermeyi ve tanıyı destekleyen test sonuçlarının alınmasına kadar test sürecindeki her adımı kolayca izleyebilmektedirler⁽¹⁶⁾. LBS'lerin diğer sistemlerle entegrasyonunu sağlamak büyük hastane ağları, teknolojik karmaşıklık, ara yüz tasarımı ve çok sayıda klinik ve laboratuvar iş akışı nedeniyle kolay olmamaktadır.

Eczane Bilgi Sistemleri (EBS) farmakoterapinin ilerlemesi, akıllı uyarılar, mesajlar ve ilaçlarla ilgili red bildirimlerinin yapılması sonucunda klinik hataların azaltılması amacıyla önem kazanmıştır. Ayrıca, EBS'ler hastanın yaşı, cinsiyeti ve diğer faktörlere göre bireysel bir dozaj limiti sağlayarak dozaj hatalarının önlenmesinde, ilaç-ilaç etkile-

şimlerinin, ilaç alerjilerinin ve ilaçla ilgili çeşitli komplikasyonların azaltılmasında ve izlenmesinde kullanılmaktadır⁽¹⁷⁾.

Türkiye'de Kullanılan Sağlık Bilgi Sistemleri

Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2013 yılında yayınlanan "Bilgi ve İletişim Teknolojileri" konulu genelge ile 2015 yılı sonunda sağlık alanında sunulan tüm hizmetlerin web tabanlı uygulamalar üzerinden yürütülüyor olması kararı alınmıştır⁽¹⁸⁾.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM) görev ve yetkileri, 10.07.2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi" ile belirlenmiştir.

SBSGM sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartların belirlenmesi amacıyla çalışmalar yapmaktadır. SBSGM kişisel sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını içeren her türden bilgi sistemleri ve projelerini yapmaktadır. Özellikler sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında çalışacak kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyacakları kuralları belirlemektedir⁽¹⁹⁾.

Tablo 14.1'de SBSGM bünyesinde yer alan bazı bilgi sistemlerine dair yazılım programları yer almaktadır⁽²⁰⁾.

Tablo 14.1 Sağlık Bakanlığı SBSGM Bilgi Sistemleri- Bütün Vatandaşlara Açık

Bilgi Sistemi	Kullanıcılar	Herkes Açık/Kapalı olma durumu
Ulusal Sağlık Sistemi	Sağlık Bakanlığına Bağlı Bütün Sağlık Tesisleri Bütün SBS Üreticileri	Kapalı
e-Nabız	e-Nabız hesabı oluşturan vatandaşlar Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görevli hekimler Kamu üniversite hastanelerinde görevli hekimler	Açık
Sporcu Sağlığı Uygulaması	Sporcular, Hekimler, Gençlik ve Spor Bakanlığı / Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü	Açık
112 Acil Yardım	Tüm Vatandaşlar Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü	Açık
Kayıt Tescil Sistemi	SBSGM Sağlık alanında faaliyet gösteren bilişim firmaları	Kapalı
Damacana Takip Sistemi Merkezi Yazılımı	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Su Üreticiler	Kapalı
Teletıp/ Teleradyoloji Sistemi	Bakanlığa Bağlı Tüm Sağlık Tesisleri ve Tüm Sağlık Bilgi Sistemleri Üreticileri	Kapalı
Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi	Tüm Vatandaşlar SBSGM	Açık

Tablo 14.1 (DEVAMI)

Bilgi Sistemi	Kullanıcılar	Herkese Açık/Kapalı olma durumu
Askerlik Yoklaması için Sağlık Muayenesi Sistemi	Askerlik Çağındaki Vatandaşlar	Pilot çalışma Ankara ve Manisa
ISO/IEC 15504 SPICE Sertifikasyon Sistemi	SBSGM	
Sağlık Bilişim Ağı	SBA İl Bulut Sorumluları SBA ve İzleme Birimi Analistleri	Kapalı
Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)	Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Tüm Merkez Birimleri ve Taşra Birimleri	sağlık.gov.tr uzantılı mail adresi olan tüm personel
Web Siteleri İçerik Yönetim Uygulaması	Sağlık Bakanlığı Merkez Birimler ve Taşra Teşkilatı	Kapalı
Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	Tüm Vatandaşlar	Açık
Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı Uygulaması	TBMM (Kamu Denetçiliği Kurumu), Başbakanlık(Basin Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü), İçişleri Bakanlığı (TUBİM, Emniyet Genel Müdürlüğü, 2.175 2.175 Kapalı 12 Yerel Yönetimler), Milli Savunma Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı (Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü), Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK, Türkiye İş Kurumu), Gençlik ve Spor Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Taşra Teşkilatları	Kapalı
Beyazkod	Hukuk Müşavirliği ile Bakanlık merkez teşkilatı personeli ve tüm sağlık çalışanları	Sağlık Çalışanları
Sağlık Personeli Takip Sistemi (SPTS)	Bakanlık ve bağlı kuruluşlarda çalışan personel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	657 Kamu Personeli istifa eden ve öğrenim bilgileri kaydı bulunan hekimlere, Uzman Tabiplere, Diş Hekimlerine, Eczacılar
Teşhis İlişkili Gruplar	Kamu Hastanelerinde görev alan tüm TİG Kodlayıcıları Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü- Teşhis İlişkili Gruplar ve Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı	Kapalı
Denetim ve İzleme Sistemi	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü - İzleme, Değerlendirme, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	Kapalı
Ulusal Engelliler Veri Bankası	Tüm Engelli Vatandaşlar Kamu Hastaneleri Müdürlüğü	Kapalı
Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Anket	Tüm Vatandaşlar Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü SABİM ve SBN ile Koordinasyon	Kapalı
Numune Transfer Otomasyon Uygulaması	Sağlık Bakanlığına bağlı tüm Lab. Özel Lab. Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı	Kapalı
Dış Kalite Değerlendirme	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Lab. Hizmetleri Daire Başkanlığı Lab. Kullanıcıları	Kapalı
Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi	11 Merkez Lab. 81 ilde 85 Halk Sağlığı Lab.	Kapalı
Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü Hasta Takip Sistemi	Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü	Kapalı
Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi	SBSGM Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemleri Birimi	Yetkiye sahip kişiler
Ulusal Kaza ve Yaralanma e-Rapor Uygulaması	Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı	Kapalı
	Sağlık Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Gençlik ve Spor Bakanlığı Milli Savunma Bakanlığı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	Kapalı

Tablo 14.1 (DEVAMI)

Bilgi Sistemi	Kullanıcılar	Herkes Açık/Kapalı olma durumu
İl Sağlık Müdürlükleri Performans Değerlendirme Sistemi	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Bakanlık Taşra Teşkilatı	Kapalı
Hasta Takip Sistemi	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bakanlık Personel	Kapalı
Yazılım Envanter Sistemi	SBSGM	Kapalı
Hasta Hakları Uygulaması	Tüm Vatandaşlar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Açık
Sağlıkta Buluşma Noktası	Sağlık Personeli Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Açık
Türk Tıp Envanteri	Bakan Yardımcılığı	Kapalı
Sağlık Turizmi Hasta Takip Sistemi	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı/Sağlık Personeli	Kapalı
Dinamik Veri Giriş Platformu	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Taşra Kullanıcıları	Kapalı
Muayene Bilgi Yönetim Sistemi	TSM Hekimleri Suriyeli Göçmen Sağlığı Merkezi Hekimleri Yetkilendirilmiş Aile Hekimleri Özel Muayenehane Hekimleri	Kapalı
Kanser Tarama ve Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Evde Sağlık Hizmetleri Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Bağışıklama Uygulamaları Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Riskli Gebelik Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Influenza Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Akılcı Antibiyotik Web Servisler	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
HSYS Hekim İletişim Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Diş Muayene Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Kuduz ve Riskli Temas Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Klor Cihazı Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Beslenme ve Fiziksel Aktivite Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
Dönemsel Menenjit Aşılama Takip Modülü	Bakanlık Merkez İl Müdürlükleri ilgili birimleri	Kapalı
HSYS Rapor Modülü	Bakanlık Merkez	Kapalı
Ölüm Bildirim Sistemi	Sağlık hizmeti veren tüm Kamu, Özel ve Vakıf İşletmeleri Belediyeler Adli Tıp Aile Hekimleri	Kapalı
Aşı Antiserum Soğuk Zincir ve Stok Yönetim Sistemi	Ülke çapında aşı yapılan tüm birimler	Kapalı

Tablo 14.2'de SBSGM bünyesinde yer alan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından kullanılan bazı bilgi sistemlerine dair yazılım programları yer almaktadır⁽²⁰⁾.

Hastane Bilişim Sistemleri alanında ilk çalışmalar eczane bilgi sistemleri modülü uygulamaları iken Sağlık Bakanlığı 1991 ve 1995 yılında Sağlık Enformasyon Sistemleri Projeleri ile Hastane Bilgi

Tablo 14.2 Sağlık Bakanlığı SBSGM Bilgi Sistemleri- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Bilgi Sistemi	Kullanıcılar	Herkes Açık/Kapalı olma durumu
Damacana Takip Sistemi Merkezi Yazılımı	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Su Üreticileri	Kapalı
Halk Sağlığı Hastane Doğumları Uygulaması	Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Sağlık Personeli	Kapalı
ÇevSis Uygulaması	Su Üreticileri/İthalatçıları, Biyosidal Ürün Üretici/İthalatçı/ Uygulayıcıları Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlı İl Sağlık Müdürlüğü kullanıcıları Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Laboratuvar Kullanıcıları	Kapalı
Biyosidal Ürün Takip Sistemi Bakım	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı, Merkez kullanıcıları İl Sağlık Müdürlüğü Kullanıcıları Uygulayıcı Firma Kullanıcıları	Kapalı
Kaplıca Suları Takip Sistemi	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Laboratuvar Kullanıcılar İşletici Firma Kullanıcıları	Kapalı
YüzmeSuları Takip Sistemi	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Laboratuvar Kullanıcılar İşletici Firma Kullanıcıları	Kapalı
Havuz Suları Takip Sistemi	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Laboratuvar Kullanıcılar İşletici Firma Kullanıcıları	Kapalı
İçme Suları Takip Sistemi	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Laboratuvar Kullanıcılar İşletici Firma Kullanıcıları	Kapalı
Askeri Sular Takip Sistemi	HSGM-Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı Kullanıcıları Askeri Kullanıcılar	Kapalı
Misafir Anne Takip Modülü	HSGM İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimleri	Kapalı
Suriyeli Hekim Atama Modülü	HSGM	Kapalı
İl Göstergeleri Modülü	HSGM	Kapalı
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Sistemi	HSGM İl Müdürlükleri	Kapalı
Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi	HSGM Verem Savaş Dispanserleri	Kapalı
Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı Modülü	HSGM İl Müdürlükleri Sürveyans Laboratuvarları	Kapalı
Bilgi Edinme Takip Sistemi	HSGM Daire Başkanlıkları Halk Sağlığı Müdürlükleri	Kapalı
Coğrafi Bilgi Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
HSGM Yönetim Bilgi Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Türkiye Rotavirüs Sürveyans Ağı Bilgi Sistemi	HSGM	Kapalı
HIV/AIDS Bilgi Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Olay Yönetim Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Hızlı Veri Toplama Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı

Tablo 14.2 (DEVAMI)

Bilgi Sistemi	Kullanıcılar	Herkese Açık/Kapalı olma durumu
Ulusal İşitme Tarama Programı Modülü	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Ulusal Neonatal Tarama Programı Modülü	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
KKKA Hastalığı Bilgi Sistemi Modülü	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Tularemi Hastalığı Bilgi Sistemi Modülü	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı
Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi	HSGM İl Sağlık Müdürlükleri	Kapalı

Yönetim Sistemleri çalışmalarını başlatmıştır^(22,23). 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumu sırasında iletişim kurulan kurumların tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslararası olarak kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri oluşturulmuştur^(23,24).

Sağlık Bakanlığı belirli bir standart sağlamak ve verilerin bilgiye dönüşümünü kolaylaştırmak amacıyla HBS ilkelerini oluşturmuştur. 2013-2017 stratejik planında SBSGM tarafından gerçekleştirilmesi planlanan dijital hastane projeleri, Sağlık Bilişim Ağı (SBA) adı altında toplanmıştır. SBA; sağlık sektöründe yer alan kurum ve kuruluşların kaynakları ve sağlık bilgisi verilerini ortak kullanabilmeleri, veri iletişimini güvenilir ve hızlı bir kanal üzerinden yapabilmeleri amacıyla oluşturulan özel sağlık ağıdır. Sağlık Bakanlığı merkez ve bağlı birimleri, il sağlık müdürlükleri, hastaneler, aile sağlığı merkezleri ve diğer tüm sağlık kurum ve kuruluşları SBA üzerinden birbirine bilgi akışı sunmaktadır^(25,26).

Poliklinik Bilgi Sistemleri hastanın polikliniğe müracaatı ile hastaneyi terk etmesi sürecinde geçirilen bütün resmi, tıbbi ve mali işlerin elektronik ortama geçirilmesini sağlamaktadır⁽²⁰⁾. İlk aşama müracaat aşamasıdır⁽²¹⁾. Hasta başvurusu sırasında hasta bilgilerinin sisteme kayıt edilmesini sağlamaktadır.

Merkezi Hastane Randevu Sistemi'ne (MHRS) kayıtlı olan sağlık kurumlarından 182 numaralı telefonu kullanarak, MHRS mobil uygulaması, e-Devlet uygulaması ya da internet üzerinden www.mhrs.gov.tr web adresi ile randevu alınabilmektedir. Bu sistemden randevu alınması müracaat ve evrak kontrol aşamaları olmadan poliklinik-

lere kabulü sağlamaktadır⁽²²⁾. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerinden randevular, bu uygulama üzerinden alınan veya iptal edilen randevuların durum bilgileri kişilere e-posta veya kısa mesaj yoluyla iletilmektedir⁽²⁶⁾.

Aile Hekimi Bilgi Sistemi (AHBS): Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile koruyucu sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi aile hekimliği bilgi sistemi ile sağlanmaktadır. Bireylere sunulan teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ilişkin sağlık kayıtlarının tutulması AHBS yazılımları aracılığı ile gerçekleşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin elektronik ortamda kayıt altına alınıp ETK veri tabanına aktarılması ve bu bilgilerin depolanmasını sağlamaktadır⁽²⁷⁾.

Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS): SB ve bağlı kuruluşları tarafından oluşturulan dokümanların tümünü kayıt altına alarak elektronik ortamda paylaşımını sağlayan ve kullanıcısı olan tüm personelin bu kayıtlara yer ve zaman kısıtlaması olmadan kolaylıkla ulaşabileceği sistemdir. EBYS ile bilgi yönetimi, maliyet, güvenlik, kolaylık ve verimlilik hususlarında fayda sağlanmaktadır. Sistem "zaman" tasarrufu sağlamaktadır⁽²⁸⁾.

Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM): İşitme engelli bireylere hizmet sunumu sağlayan bir uygulamadır. İşaret dili bilen çağrı operatörlerinden oluşan bir iletişim merkezi ve mobil uygulamalar aracılığı ile istendiği takdirde görüntülü görüşme imkânı sunarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerini sağlayan sistemlerdir.

İlaç İçerik ve Bilgi Yönetim Sistemi: İlaç etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Uygun doz kullanımı ve ilaç yan etkilerinin araştırılması için geliştirilmiştir. Hastaya ilişkin tanımlayıcı bilgiler

sisteme girilerek hastaya özgü uygun ilaç kullanım dozu hesaplanmaktadır. İlaç uygulama süreçlerinde sağlık profesyonellerini olası ilaç etkileşimleri ya da yan etkiler hakkında uarmaktadır. Antibiyotik tedavisi gerektiren durumlarda doğru karar alınması için gerekli klinik verileri bir rapor sunmaktadır⁽²⁹⁾.

Klinik Karar Destek Sistemleri: Doğru veri ile “Doğru Bilgi” üreterek karar vermeyi kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Karar sürecinde etkili bilgiye “Hızlı Erişim” imkânı sunan bu sistem kurumda “Bilgiye Dayalı Yönetim Kültürünü” yerleştirmek ve izleme ve değerlendirme yapma imkânları sunmaktadır. Bu sayede daha etkin “Sağlık Politikaları” oluşturulmasına yardımcı olmaktadır. Hastaya özgü verilerin bilimsel temelli bilgi ile birlikte değerlendirilmesine olanak sağlayan, klinik karar alma sürecinde sağlık profesyonellerine destek olan bilgisayar programlarıdır. Hasta özelliklerine uygun bilginin eşleştirilmesi ile ortaya çıkan önerilere ilişkin çözümler üreten bilgisayar yazılım uygulamalarıdır. Sağlık Bakanlığı Karar Destek Sistemi uygulamasında, Oracle veri ambarı kullanılmaktadır. Sahadan toplanan veriler Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tanımlanan standart veriler “KDS Veri Ambarına” periyodik olarak taşınmaktadır⁽³⁰⁾.

MEDULA: “Medikal” ve “ulak” kelimelerinden oluşturulmuş bir proje olan MEDULA, Türkiye’de genel sağlık sigortası ile sağlık tesisleri arasında fatura bilgisinin elektronik ortamda toplanması ve hizmet bedelinin ödenmesi için kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, özel tanı merkezleri ve özel tedavi merkezleri tarafından kullanılması sağlanmıştır. Medula Eczane, Optik, Doktor ve Hastane modülleri bulunmaktadır^(18,26).

Ulusal Sağlık Sistemi: Sağlık hizmeti sunan tüm sağlık tesislerinde bilgi sistemleri teknolojileri kullanılarak elektronik sağlık kaydına dönüşen sağlık verilerinin; merkezi bir sistemde gerçek zamanlı toplanmasını, uzun dönemli saklanması ve değerlendirilmesini sağlamaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulması için geliştirilmiştir. SKRS sistemi üzerinden veri sağlanmaktadır⁽³¹⁾.

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS): Türkiye’de tüm sağlık kurumlarında, sağlık verilerinin belirli standartlar çerçevesinde toplanması, etkin ve güvenilir bir biçimde paylaşımı, analizi ve değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bilgi sistemidir⁽³²⁾.

Sporcu Sağlığı Bilgi Sistemi (SSBS): AHBS ve e-Nabız üzerinden, sporcular için doping etkisi gösterebilecek ilaç ve gıdalar hakkında tavsiye niteliğinde uyarı yapılabildiği gibi sporcuların veri paylaşımı onayı vermeleri halinde, başvurdıkları hekime de hastasının sporcu olduğu hatırlatılmak suretiyle ilaç tedavisi seçiminde karar desteği sunmaktadır⁽²⁶⁾.

Teletıp Sistemi: Teletıp, görüntülerin uzak lokasyonlara yorumlama ve tanılama için aktarılması amacıyla, yurt genelindeki tüm hastanelerde bulunan görüntülerin merkezi bir sistemde toplanarak hekimlerin ve bireylerin erişimine açılmasını sağlayan sistemdir. Zaman ve yer kısıtlaması olmaksızın elektronik ortamda radyoloji görüntülerine erişilebilmesi, görüntülerin raporlanabilmesi, radyologlar arası tele konsültasyon yapılabilmesi, tıbbi görüntü ve raporların kalite açısından değerlendirilebilmesi ve e-Nabız uygulaması üzerinden kişiler ile paylaşılabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. İki modülü bulunmaktadır; radyoloji uygulaması ve HBYS-PACS Yönetici uygulaması⁽³²⁾.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, SBS’lerin sağlık çıktılarına önemli ölçüde iyileştirdiği ve hatta sağlık bakım sonuçlarını olumlu etkilediği bilinmektedir. KBS’lerin temel faydaları arasında tıbbi hataların azaltılması, hasta karşılaşmaları sırasında klinik karar almanın iyileştirilmesi ve hastanın bilgisine gerçek zamanlı olarak evrensel erişim sağlanması yer almaktadır. Bununla birlikte, KBS’lerin yararlarını artırmak için bu tür sistemlerin planlanması, tasarımı ve uygulanması sırasında karşılaşılan temel zorlukları ve çözüm yollarını da önceden hesaplayarak ele almak önemlidir. Ayrıca, sağlık kuruluşları, örgütsel bir sağlık hizmeti sunumunu sağlamak ve bakım kalitesini artırmak için KBS’leri benimsemelidir. Sağlık sunumunda yüksek kalite standartlarının geliştirilmesi ve sağlık politikalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması için bilişim sistemlerinin kullanımı gerekmektedir. Küresel açıdan bilgi sistemi uygulamaları sağlık alanında bilgi üretimi, iletimi, depolanması ve değerlendirilmesi amacıyla 1960’lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise 1990’lı yıllarda “Sağlık Bilgi Sistemleri Projesi” ile başlamış ve devam etmektedir. SBS’ler konusunda yapılacak çalışmalara hız verilmesi önem taşımaktadır.

Sağlık hizmeti sunum yöntemleri birçok açıdan değişiklik göstermektedir. Teknolojik gelişmeler hem sağlık hizmeti sunumunu hem de hasta yönetimini optimize etmek için fırsattır. SBS'ler de teknolojik gelişmeleri kullanarak, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan birçok sorunu; büyük miktarlardaki hasta ve araştırma verilerini yönetme, sağlık maliyetlerini ve hatalarını azaltma, sağlıkla ilgili verilerin okunabilirliğini artırma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma potansiyeline sahiptir. KBS'lerin de klinik iş akışlarının iyileştirilmesi, karar verme desteği sunulması, olumsuz sonuçların azalması, bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi etkilerine sahiptir.

Bu avantajlarıyla birlikte dijital hastane uygulamalarının sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve sağlık hizmeti alan kişiler açısından sağladığı bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Yazılım ve donanım sistemlerine ilişkin uygulama sorunları, bilişim sistemleri kullanıcılarının eğitim yetersizliği, bilgi güvenliğinin sağlanması, geleneksel bakış açısının teknolojiye uyum sorunu yaratması gibi durumlar bilişim sistemlerinden elde edilen etkiyi negatif yönde etkileyebilmektedir. Sağlık hizmeti alan kişilerin bilgi sistemlerine erişim olanağı ve kullanımına ilişkin bilgi eksikliği, hizmet alınan hastaneler, aile sağlığı merkezleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde kullanılan yazılımların entegrasyonunun sağlanamaması hizmet sunum kalitesi ve hasta memnuniyetinin düşmesine neden olabilmektedir.

Özetle, sağlık bilgi sistemleri sağlık hizmeti sunumunda belirgin iyileşmeler sağlamak ve birinci basamakta hasta bilgilerinin etkili bir şekilde kaydetmek ve yönetmeye yaramaktadır. Ayrıca eldeki demografik ve klinik verilerinin düzenlenmesini, veri depolanmasını ve değerlendirilmesini sağlayarak hastaların genel sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlar. Bu avantajına ek olarak, SBS'ler aracılığıyla mevcut kaynaklar, mevcut halk sağlığı alt yapısı ve istenen sağlık çıktı hedefleri arasında bir denge kurularak bilgi yönetimi yapmak olasıdır. SBS'ler sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini artırarak, hastaların anlamlı ve etkili tedavisini destekleyebilir ve güvenlik, üretkenlik ve sağlık bakım sonuçlarını iyileştirebilir.

Kaynaklar

- 1) Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. https://www.researchgate.net/publication/282857519_Bilgi_Teknolojileri_ve_Has-

tane_Bilgi_Sistemleri_Kullanimi_Saglik_Calisanlari_Uzerine_Bir_Arastirma Erişim tarihi: 16.07.2020

- 2) Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.4.
- 3) Doebbeling BN, Chou AF, Tierney WM. Priorities and Strategies for the Implementation of Integrated Informatics and Communications Technology to Improve Evidence-Based Practice. *J Gen Intern Med* 2006;21Suppl 2:S50-7.
- 4) Recent Advancement of Clinical Information Systems: Opportunities and Challenges. https://www.researchgate.net/publication/327291244_Recent_Advancement_of_Clinical_Information_Systems_Opportunities_and_Challenges Erişim tarihi: 16.07.2020
- 5) Moen A, Maeland Knudsen LM. Nursing informat-ics: decades of contribution to health informatics. *Health Inform Res* 2013;19(2):86-92
- 6) Petrides AK, Tanasijevic MJ, Goonan EM, Landman AB, Kantartjis M, Bates DW, et al. Top ten challenges when interfacing a laboratory information system to an electronic health record: Experience at a large academic medical center. *Int J Med Inform* 2017;106:9-16.
- 7) Feero WG, Bigley MB, Brinner KM. New standards and enhanced utility for family health history information in the electronic health record: an update from the American Health Information Community's Family Health History Multi-Stakeholder Workgroup. *J Am Med Inform Assoc* 2008;15(6):723-8.
- 8) Kimball BC, Nowakowski KE, Maschke KJ, McCormick JB. Genomic data in the electronic medical record: Perspectives from a biobank community advisory board. *J Empir Res Hum Res Ethics* 2014;9(5):16-24.
- 9) Evans R. Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future. *Yearb Med Inform* 2016 Suppl 1:S48-61.
- 10) Elsaid KA, Garguilo S, Collins CM. Chemotherapy e-prescribing: opportunities and challenges. *Integr Pharm Res Pract* 2015;4:39-48.
- 11) Forrester SH, Hepp Z, Roth JA, Wirtz HS, Devine EB. Cost-effectiveness of a computerized provider order entry system in improving medication safety ambulatory care. *Value Health* 2014;17(4):340-9.
- 12) Mador RL, Shaw NT. The impact of a Critical Care Information System (CCIS) on time spent charting and in direct patient care by staff in the ICU: a review of the literature. *Int J Med Inform* 2009;78:435-45.
- 13) Nolan PG. Planned implementation of an integrated Cardiovascular Information System in an Acute Hospital Group. [Masters dissertation]. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland; 2015.
- 14) Evans W, Ashbury FD, Hogue G, Smith A, Pun J. Implementing a regional oncology information system: approach and lessons learned. *Curr Oncol* 2014;21(5):224-33.
- 15) Pereira AG, Vergara LG, Merino EAD, Wagner A. Solutions in radiology services management: a literature review. *Radiol Bras* 2015;48(5):298-304.
- 16) Lukić V. Laboratory Information System—Where are We Today? *J Med Biochem* 2017.
- 17) Mahalli AE, Sahar H, Yamani W. Assessment of pharmacy information system performance in three hospitals in Eastern Province, Saudi Arabia. *Perspect Health Inf Manag* 2016;13.
- 18) TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <http://sbsgm.saglik.gov.tr>, 2018 Erişim tarihi: 18.07.2020
- 19) TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Görev ve Sorumlulukları. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,1275/genel-mudurlugumuzun-gorevleri.html>
- 20) Bleich HL, Slack, WV. Designing a Hospital Information System: A Comparison of Interfaced and Integrated Systems. *MD Computing: Computers In Medical Practice*, 1991: Vol: 9(5), ss: 293-296

- 21) Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinde Bilgi Sistemleri Kullanımı. https://www.researchgate.net/publication/312212488_POLIKLINIK_VE_KLINIK_HIZMETLERINDE_BILGI_SISTEMLERI_KULLANIMI Erişim tarihi: 18.07.2020
- 22) Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. https://www.researchgate.net/publication/282857519_Bilgi_Teknolojileri_ve_Hastane_Bilgi_Sistemleri_Kullanimi_Saglik_Calisanlari_Uzerine_Bir_Arastirma Erişim tarihi: 18.07.2020
- 23) Ak, B. (2009). Türkiye’de sağlık bilişimi, bir kişisel değerlendirme ve uluslararası bir başarı öyküsü: CorTTex. Akademik Bilişim’09 - XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 11-13 Şubat 2009 Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, 333-341
- 24) TC Sağlık Bakanlığı, (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayın No:749.
- 25) TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilişim Ağı. <https://sba.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 26) Sağlık Bilişimi Ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi. https://www.researchgate.net/publication/329342010_SAGLIK_BILISIMI_ve_TURKIYE'DE_HASTANELERIN_DIJITALLESMESI Erişim tarihi: 18.07.2020
- 27) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Minimum Veri Modeli (AHBS- VEM), 2019. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklen-ti/37489,ahbsvemsurum11pdf.pdf?0> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 28) TC SAĞLIK BAKANLIĞI ELEKTRONİK BELGE YÖNETİM SİSTEMİ. <https://ebysportal.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 29) TC Sağlık Bakanlığı, İlaç İçerik ve Bilgi Yönetim Sistemi. <https://kayittescil.saglik.gov.tr/TR,26543/ilac-icerik-ve-bilgi-yonetim-sistemi-iibys.html> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 30) TC Sağlık Bakanlığı Karar Destek Sistemi. <https://e-saglik.gov.tr/TR,7080/karar-destek-sistemi.html> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 31) TC Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sistemi. <https://e-saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 32) TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü. <https://e-saglik.gov.tr/TR,7141/usvs.html> Erişim tarihi: 18.07.2020
- 33) TC Sağlık Bakanlığı Teletıp Uygulaması. <https://teletip.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 18.07.2020

Birinci Basamakta

› Karar Destek Sistemi

15

DOÇ. DR. LÜTFİ SALTUK DEMİR

Sağlık Bakanlığı, son yıllarda sağlıkta Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) ile e-Sağlık projelerini geliştirmeye devam etmektedir. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından takip edilen e-Sağlık projelerinde veri standardizasyonunu sağlamak, elektronik kişisel sağlık kayıtlarını oluşturmak, paydaşlar arasında veri akışını hızlandırmak ve Karar Destek Sistemleri (KDS) ile veri analiz desteğini sağlamak amaçlanmaktadır⁽¹⁾.

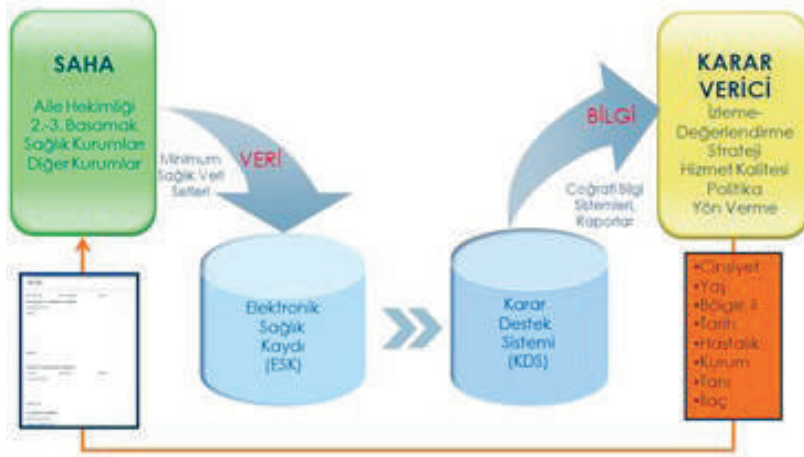
Sağlık Bakanlığı e-Sağlık kapsamında kişilerin sağlık bilgilerini ve tıbbi görüntülerini e-Nabız'da şifreleyerek gizli hale getirilmiş olarak saklamaktadır ve www.turkiye.gov.tr adresindeki e-Devlet kapsamında erişime açmıştır. Kişiler kendi sağlık bilgilerini e-Devlet üzerinden görebilmekte ve verdiği izin kapsamında sağlık kuruluşları ile üçüncü kişiler tarafından bu bilgilere ulaşılabilme imkanı sağlamaktadır. Elektronik ortamda e-Nabız ile kişiler kendi sağlık kayıtlarını yönetebilmekte ve görüntüleme izinlerini değiştirebilmektedir⁽²⁾.

Sağlık Bakanlığı e-Devlet kapsamında e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, Aile Hekim Bilgisi, Okul Çağında Yapılan Aşı Bilgileri, Seyahat Sağlığı Aşılama Durumu, Organ ve Doku Bağışı Sorgulama ve İptali, Doktor Bilgi Bankası gibi hizmetleri elektronik olarak sunmaktadır. Kurumsal olarak Karar Destek Sistemleri, Sağlık.Net Yönetim Web, Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS), Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS), Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS-TSİM), Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS), Türkiye Yoğun Bakım İzleme Sistemi (YOBİS), Personel Bilgi Sistemi (PBS), İZCİ ve SİNA gibi çok sa-

yıda uygulama ile e-Sağlık kapsamında çalışmaları bulunmaktadır⁽³⁾.

Sağlık-net kapsamında Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ile standart verilerin farklı yazılımlardan Sağlık Bakanlığına aktarılması sağlanmaktadır. Sağlık NET2 kapsamında Ulusal Sağlık Veri Seti 2.2 sürümü ile hizmet vermektedir⁽⁴⁾.

KDS; Aile Hekimliği ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşları ile, 2.-3. basamak hastaneler ve diğer kurumlardan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) ve Temel Sağlık İstatistik Modülü (TSİM) ile oluşturulan Elektronik Sağlık Kayıtlarını (EKS) kullanmaktadır (**Şekil 15.1**). KDS'de farklı parametrelere göre; karar verici sağlık yöneticilerinin izleme değerlendirme çalışmalarında kullanması, strateji geliştirmesi ve daha etkin sağlık politikaları oluşturulmasına yardımcı olmak, hizmet kalitesini değerlendirmesi ve yön vermesi amacıyla raporlar sunmaktadır⁽⁵⁾. KDS, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında görev yapan yöneticiler için geliştirilmiş ve karar vericinin kararlarını desteklemeye yardımcı olan etkileşimli bir sistemdir⁽⁶⁾. KDS, tek başına karar veremeyen ama yöneticilerin karar vermesine yardımcı olan bilgisayar tabanlı bir sistemdir⁽⁷⁾. Elde edilen bilgiler ile hedeflerin doğru belirlenmesi ve kararların alınabilmesine olanak sağlanmak için Sağlık Bakanlığı iş zekası çözümlerini aktif kullanmaktadır. KDS bu kapsamda yöneticilere veriyi bilgiye dönüştürme olanağı sağlamaktadır⁽⁸⁾. Karar Destek Sistemi Oracle tabanlı olarak yazıl-



Şekil 15.1 Karar Destek Sistemi⁽⁹⁾.

miş yönetsel kararlar alınmasında yardımcı olmak amacıyla Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) kapsamında veriler toplanmakta, rapor ve analiz edilebilmektedir. Raporlarda çeşitli parametreler ile ayrıntılı görüntüleme yapılabilmekte ve sonuçlar görüntülenebilmektedir. KDS raporları il, ilçe ve kurum bazında detaylandırılabilir ve oluşturulan raporlar doc, pdf ve xls gibi farklı formatlara dönüştürülebilmektedir. Bazı sorgulamalarda pasta, çubuk, histogram gibi grafikler hazır olarak oluşturulmaktadır. Kullanıcı tabanlı olarak Sağlık Bakanlığı Türkiye verilerinin tamamını, İl Sağlık Müdürlüğü il düzeyini, İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi ise kendi ilçesine ait verileri görebilmektedir⁽⁹⁾.

Karar Destek Sisteminde 20 başlıkta çeşitli raporlamalar bulunmaktadır. Bu raporlar **Tablo 15.1**'de yer almaktadır:

Performans raporları Aile Hekimliği performans değerlendirmesi için kullanılmaktadır. "Genel Performans", "Bebek Aşı", "Bebek İzlem", "Çocuk İzlem", "Gebe İzlem", "Genel Performans Logu", "Nüfus Grupları Detayı", "Maaşa Esas Hasta Grupları", "Lohusa İzlem", "Hasta Hareketleri", "300 Günü Aşan Gebelikler", "Elektronik İmzalı Eksik Yatağa Bağımlı eRaporlar" ve "Yapılmayan Aşı Raporu" bu başlık altında yer alan raporlardır. Aile Hekimliği ödeme ve sözleşme yönetmeliğine göre Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanı maaş hesaplamaları için performans raporları modülü kullanılmaktadır. Genel performans raporları İl ve ilçede Aile Hekimliği birimleri ve Aile Hekimi düzeyinde Kesin Kayıtlı Kişi Sayısı, Gezici Hizmet Alan Kişi Sayısı ile yapılması

gereken ve yapılan Gebe, Bebek, Çocuk izlem sayısı ile oranlarını raporlanmaktadır. Genel performans bebek aşı raporu; il ve ilçe düzeyinde Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre seçilen yıl ve ayda bebeklik dönemi aşuları ile ilgili AHBS'de kayıtlı her bebek için tarih bilgisiyle raporlanmaktadır. Genel Performans Raporları içerisinde yer alan bebek izlem, çocuk izlem, gebe izlem ve lohusa izlem bölümünde de izlem yapılması gereken kişi bilgileri ile tarih detaylarına ulaşılabilmektedir.

Muayene Sayıları başlığı altında "Poliklinik Türüne Gör", "İşlem Türüne Göre", "Sevk Sayıları",

Tablo 15.1 Karar Destek Sistemi Raporları

I- USS Halk Sağlığı Raporları

- Demografi
- Bağışıklama
- Kadın ve Üreme Sağlığı
- Birinci Basamak İzleme ve Değerlendirme
- Bebek, Çocuk ve Ergen Sağlığı
- Kronik Hastalık Sayı ve Raporları
- Obezite Raporları
- Solunum Sistemi Hastalıkları Raporları
- Metabolik Hastalıklar Raporları
- Kanser Raporları
- Kadına Yönelik Şiddet Raporları
- İntihar Raporları
- Ruh Sağlığı Raporları
- Madde Bağımlılığı
- Karbonmonoksit Zehirlenmesi
- Paraziter Hastalık Raporları
- Zoonotik Hastalık Raporları

II- USS Raporları

- Aile Hekimliği Birimi (AHB) Pozitif İzlem
- Bildirimli Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar (BZBH) Raporları
- Özellikli İzlem Veri Seti

“Günlük Protokol Defteri”, “Kayıt Durumuna Göre”, “Muayene Grafikleri” ve “Entegre Hastane” raporları yer almaktadır. Aile Hekimliği protokol kayıtları ve detayları ile ilgili raporlamalar bu başlık altında yapılabilmektedir. Poliklinik Türüne Göre muayene sayıları bölümünde il ve ilçe düzeyinde basamak seçimine göre 1.basamakta entegre hastaneler ve aile hekimliği birimleri düzeyinde, aile hekimine göre aylık muayene sayıları raporlanabilmektedir. Günlük protokol defteri aile hekimlerinin günlük protokol defteri bilgilerini raporlamaktadır.

Demografi raporları Karar Destek Sistemine giriş yapan kullanıcının yetkisine göre Türkiye, İl veya ilçe düzeyinde nüfus ile ilgili detaylı raporlamalar yapılmasına imkan sağlamaktadır. “Yıl Ortası Nüfus Piramidi” ve “Aylık Nüfus Piramidi” farklı seçenekler ile güncel ve geçmiş dönem nüfus piramitlerini oluşturmaktadır. Nüfus ile ilgili olarak köy ve mahalle detayına kadar geçmiş yıllara ait piramitler oluşturulabilmektedir. “Güncel Nüfus Sayıları”, “Aile Hekimliği Birimi Güncel Nüfus Sayıları” ve “Nüfus Grupları” menüsünde güncel nüfus bilgileri ve Aile Hekimine kayıtlı nüfus dağılımı ile ilgili raporlamalar yapılmaktadır. Güncel nüfus sayıları verileri MERNİS’ten alınmaktadır. “Aile Hekimliği Birimleri Güncel Kayıtlı Hasta Sayıları” verileri ise AHBS üzerinden alınarak güncel olarak raporlanmaktadır. “Nüfus Grupları Raporu”, performans esas nüfus grupları esas alınarak kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimliği lokasyonuna göre bebek, çocuk, gebe, yaşlı, hükümlü ve diğer kişiler olarak raporlanmaktadır. Aile Hekimliği gezici hizmetler ile ilgili raporlamalar bu başlık altında yer alan “Gezici Hizmet Sayıları-Hasta Lokasyonuna Göre”, “Gezici Hizmet Sayıları-Hekim Lokasyonuna Göre” ve “Gezici Hizmet Alan Hasta Sayısı (Seviye Detay)” başlıklarıyla İlçe, Bucak, Köy ve Mahalle detayına kadar geçmiş yıl ve aylar için raporlanmaktadır. Ayrıca Demografi ana başlığı altında “Nüfus Grup Yoğunluğu” ve “Yabancı Uyruklu Aile Hekimliği Birimine Kayıt Durumu” başlıkları da raporlama için yer almaktadır.

Bağışıklama bölümünde; Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında yapılan aşılama kullanıcı yetkisine göre Türkiye, il veya ilçe düzeyinde raporlanmaktadır. “Aşılama Durumu Haritası” bölümü coğrafi bilgi sistemi ile harita üzerinde aşı durum bilgisini göstermektedir. “Aşılama Durumu” Genişletilmiş Bağışıklama Programında yer alan aşılı tek tek veya toplu olarak geçmiş yıllar ve aylar ile

raporlamaktadır. Aşılama durumu raporlamasında 1,2 ve 3. basamak sağlık kuruluşu dışında Aile Hekimi ve Kurum bazında yaş grupları ile kimlik tipine göre, ülkemiz vatandaşları ve yabancı uyruklu-göçmenler için aşılama durumu raporlaması yapılabilmektedir. Aşılama Durumu raporlamasında Aile Hekimliği Birimi, Aile Hekimi aşı ve dozu ile birlikte, aşı yapılan kişi uyruğuna göre de raporlar filtrelenebilmektedir. Uygulanması gereken aşı sayısı, uygulanan aşı sayısı, aralık dışı uygulanan aşı sayısı, aşılama hızı gibi veriler her bir aşı için ayrı veya seçilen aşılama için toplu olarak raporlanabilmektedir. “Tam Aşılı Çocuk” ekranında geçmiş yıllar ve aylara göre 12-23 Ay grubuna giren çocukların toplam sayısı ile gereken aşı sayılarının tamamı aralık içinde yapılmış ise “Tam Aşılı Çocuk”, hiçbir aşısı yapılmamışsa “Aşısız Çocuk”, gereken aşılarından en az biri yapılmamışsa “Eksik Aşılı Çocuk” kolonları hesaplanarak il, ilçe, aile hekimliği birimi, aile hekimisi ve uyruk filtreleri ile raporlanmaktadır. Bağışıklama başlığı altında “Takvim Dışı Yapılan KKK Aşılı”, “Erteleme Nedenlerine Göre” ve “Erteleme Nedeni Grafikleri” raporlamaları da yer almaktadır. Erteleme nedenleri bölümünde “Ertelenen Aşı Sayısı Raporu” da yer almaktadır.

Kadın ve Üreme Sağlığı başlığı altında “Gebe Tespit”, “Gebe İzlem”, “Gebelikte Risk Faktörleri”, “Gebe Sonuç Durumu”, “Gebe Sonuç Detay-Doğum Yöntemi”, “Gebe Sonuç Detay-Doğumun Gerçekleştiği Yer”, “Gebe Demir Desteği”, “Gebe Dvit Desteği” ve “Hb Değer Aralığına Göre Gebe Dağılımı” yer almaktadır. Ayrıca gebelik sonrası lohusalık dönemi ile ilgili olarakta “Lohusa İzlem”, “Lohusa Demir Desteği”, “Lohusa Dvit Desteği” ve “Hb Değer Aralığına Göre Lohusa Dağılımı” raporlamaları yer almaktadır. Gebe ve Lohusa dışında kadınlar içinde “15-49 Yaş Kadınlar”, “Hb Değer Aralığına Göre 15-49 Yaş Kadın Dağılımı”, “15-49 Yaş Kadınlarda Kontraseptif Yöntem”, “15-49 Yaş Üreme Sağlığı Danışmanlığı Alan Kadınların Yaş Grubuna Göre Dağılımı” ve “Aile Planlaması Yöntemleri Lojistiği” raporlamaları yer almaktadır. Gebe Tespit raporu gebelik bildirim yapıldığı belirlenen kadınların 1.,2. ve 3. basamak ile kurum filtrelemesine göre raporlamasını sağlamaktadır. “Gebe İzlem Raporu” ise il ve ilçe düzeyinde farklı basamaklarda ve aile hekimliği birimlerinde gebe sayısı, ortalama tespit haftası, gereken izlem sayısı ve başarılı izlem sayısı ile takvim dışı izlem sayısını raporlamaktadır. “Lohusa İzlem Raporu” Aile He-

kimliği Birimi ve Aile Hekimine göre filtrelenerek izlenmesi gereken ve yapılan sayısı raporlamaktadır. “Gebe Sonuç Durumu Raporu” sağlık kuruluşu basamağı ve Aile Hekimliği Birimine göre sonlanan toplam gebelik sayısı ile doğum ve düşük sayılarını yaş gruplarına göre göstermektedir. “Gebe Sonuç Detay” bölümünde ise yaş gruplarına göre normal ve sezaryen doğum yöntemi aile hekimliği birimine göre raporlanabilmektedir. “Gebe Demir/Dvit Desteği” ve “Lohusa Demir/Dvit Desteği” bölümünde ise destek başlanması gereken gebe/lohusa sayısı ve destek başlanan sayıları görüntülenmektedir. “15-49 Yaş Kadınlarda Kontraseptif Yöntem” raporlamasında ise “15-49 Yaş Üreme Sağlığı Danışmanlığı Alan Kadın Oranı” bölümünde Aile Hekimliği birimine kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı, izlem yapılan kadın sayısı ve üreme sağlığı danışmanlığı alan kadın sayısı 6 aylık dönemler halinde raporlanmaktadır. “15-49 Yaş Kadınlarda Kontraseptif Yöntem” kısmında kontraseptif yöntemlerin Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre 6 aylık dönemler halinde raporlaması yapılmaktadır. Ayrıca bu bölümde 15-49 Yaş Üreme Sağlığı Danışmanlığı Alan Kadınların Yaş Grubuna Göre Dağılımı da raporlanmaktadır.

Bebek, Çocuk ve Ergen Sağlığı bölümünde “Bebek Sayıları”, “Bebek izlem”, “Çocuk İzlem”, “Gebelik Sonlanma Haftası”, “Bebek Demir Desteği”, “Bebek Dvit Desteği”, “Doğum Ağırlığı”, “GKD Tarama Raporu”, “Görme Taraması-Yenidoğan”, “Görme Taraması Okul Öncesi Çocuk” ve “Anemi Raporu” yer almaktadır. Ayrıca bebeklik dönemi beslenmesine yönelik “Bebek Beslenme Anne Sütünden Kesildiği Ay”, “Bebek Beslenme Ek Gıdaya Başlandığı Ay”, “Bebek Beslenme Sadece Anne Sütü Alma Oranı”, “Malnutrisyon-Boy” ve “Malnutrisyon-Kilo” ile ilgili yıl ile birlikte çeşitli filtrelere göre raporlama yapılmaktadır. Bebek sayıları için 1 yıldan daha küçük yaştaki yaşayan bebek sayılarının aile hekimliği birimine göre filtrelenerek cinsiyete göre dağılımı yapılmaktadır. Bebek ve Çocuk İzlem Raporlarında aile hekimliği birimine göre “Takvime Uygun İzlenmesi Gereken Bebek/Çocuk”, “Takvime Uygun İzlenen Bebek/Çocuk”, “Tam İzlenmesi Gereken Bebek/Çocuk”, “Tam İzlenen Bebek/Çocuk” sayıları raporlanmaktadır. “Gebelik Sonlanma Haftası”nda Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre filtrelenerek çok küçük prematüre, küçük prematüre, sınırda prematüre, term doğan, post term doğan ve toplam premature bebek sayısı raporlanmaktadır.

“GKD Tarama Sonucu Raporu”; Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimi bazında seçilen ayda, tarama yapılması gereken bebeklerin; GKD Taraması Yapılması Gereken, tarama yapılmayan, sevk edilen, GKD USG pozitif/negatif sonucunu raporlamaktadır. Anemi Raporu kısmında Aile Hekimleri tarafından gönderilen Hb değerlerinin 9.ay, 5. yaş, 10-14.yaş, 15-18. yaş ortalama değerleri gösterilerek aile hekimliği birimine göre raporlanabilmektedir. Malnutrisyon raporu ise boy ve kilo için ayrı olarak cinsiyete göre -1SD, -2SD ve -3SD ile normal sayıları Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre yapılabilmektedir.

“Birinci Basamak İzleme ve Değerlendirme” bölümünde; aile hekimliğine kayıtlı T.C. vatandaşı ve yabancıların MERNİS’te kayıtlı adresinde aile hekimliği kaydı bulunanlar, aile hekimliği kaydı farklı ilçede olanlar, aile hekimliği birimine kayıtsız durumda olanlar ilçe düzeyinde raporlanmaktadır. “Son Bir Yıl Muayene Durum Raporu”nda birinci basamakta ilçe düzeyinde Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre filtrelenerek “Hiçbir Aile Hekimine Başvurmamış”, “Hiçbir Hekime Başvurmamış”, “Kendi Aile Hekimine Başvurmamış” ve “Başka Aile Hekimine Başvurmuş” kişi sayıları raporlanmaktadır.

Obezite verileri ile ilgili olarak “5-18 Yaş Obezite”, “Yetişkin Obezite” raporlamaları cinsiyet, yaş grupları, Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre çocuklar için zayıf, normal ve obez kırılımı ile yetişkinler içinse zayıf, normal, fazla kilolu, obez ve morbid obez dağılımları ile raporlanabilmektedir. “Yetişkin Bel Çevresi” ise cinsiyet, yaş grupları, Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre sağlık riski düşük, yüksek ve çok yüksek olarak raporlanmaktadır.

“Solunum Sistem Hastalıkları Raporları” bölümünde “Solunum Sistemi Hastalıkları Tanı Sayıları/Grafikleri”, “Solunum Sistemi Hastalıkları Müdahale Tetkik Sayıları/Grafikleri” yer almaktadır.

Kurumlararası işbirliği kapsamında “Kadına Yönelik Şiddet Raporları” başlığı altında “Kadına Yönelik Şiddet” yaş grupları, Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimi, medeni hali, öğrenim durumuna göre kırılımları ile yer almaktadır. “Kadına Yönelik Şiddet Türü” ekonomik ve fiziksel şiddet olarak raporlanmaktadır. “İntihar Raporları” bölümünde lokasyon ve tarihe göre intihar raporlamaları yapılmaktadır. “Kadına Yönelik Şiddet Sonucu Yönlendirme ve Değerlendirme” şiddet gören kadın ve

adli rapor tutulan kadın sayılarını raporlamaktadır. Ayrıca “Cinsiyet-Neden ve Yaş Grubuna göre İntihar Sayıları”, “İntihar Girişimi”, “İntihar Nedenleri”, “İntihar Girişim Yöntemi” raporlamaları yapılmaktadır.

“Ruh Sağlığı Raporları” bölümünde “Ruh Sağlığı Grafikleri”, “Beyin Gelişimini Etkileyebilecek Riskler”, “Psikolojik Gelişimindeki Risklere Yönelik Eğilimler”, “Risk Faktörlerine Yapılan Müdahale”, “Gelişim Bilgileri” ve “Sık İzleme Alınan Risk Altındaki Olgunun Takibi” raporları bulunmaktadır.

Metabolik hastalıklarla ilgili olarak “Toplam Diyabet”, “İnsülin Bağımlı Diyabet”, “Hipertroidizm”, “Tiroidit”, “Toksik Olmayan Guatr”, “Çölyak”, “İyot Eksikliği” ve “Obezite Hastalığı” raporlamaları cinsiyet ve yaş grubu ile belirlenmiş ICD-10 tanı kodlarına göre yapılmaktadır.

Kanser ile ilgili olarak KDS’de “Tarama Oranı Gaitada Gizli Kan Testi, Mamografi ve Servikal Tarama Testi Raporları” tarama testi gereken kişi sayısı, 1. basamakta taranan, 2 ve 3. basamakta taranan kişi sayılarının cinsiyete göre dağılımları ile gösterilmektedir. Kolon, serviks ve meme kanseri taramaları başlığı altında tarama testi gereken hasta sayısı, tarama sonucu toplamı, yapılan teste göre pozitif-negatif sonucu ve diğer detaylandırmalar ile cinsiyet, Aile Hekimliği Birimi ve Aile Hekimine göre raporlanmaktadır. “Tarama Sonuç Raporları” bölümünde gaitada gizli kan testi, mamografi ve servikal taramalar ile ilgili birinci ve 2.-3. basamakta yapılan toplum tabanlı kanser tarama sonuçları cinsiyete göre raporlanabilmektedir. Ayrıca “Tarama Sayıları (Veri Gönderen Kuruma Göre)” ekranında kuruma göre tarama testleri raporlaması yapılabilmektedir.

“Madde Bağımlılığı” ve “Karbonmonoksit Zehirlenmesi”, “AHB Pozitif İzlem”, “Klinik Kalite” ile ilgili de KDS’de raporlamalar yer almaktadır.

Bulaşıcı hastalıklar ile ilgili olarak “Paraziter Hastalık Raporları” başlığı altında belirlenmiş ICD-10 tanı kodlarına göre “Paraziter İl Detayı”, “Paraziter Yaş Grubu Detayı” ve “Paraziter Grafikleri” vaka sayısı ve ölüm durumunun her hastalık için ayrı olarak cinsiyet ve yaş gruplarına göre

dağılımları ile raporlanabilmektedir. “Zoonotik Hastalık Raporları” başlığı altında da “Zoonotik İl Detayı”, “Zoonotik Yaş Grubu Detayı” ve “Zoonotik Grafikleri” vaka sayısı ve ölüm durumunun her hastalık için ayrı olarak cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımları ile raporlanmaktadır. Ayrıca USS raporları altında yer alan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkları (BZBH) ile ilgili “BZBH Raporları” yer almaktadır. BZBH raporlaması A,B,C bildirim zorunlu hastalık tipine göre kesin, olası, şüpheli vaka bildirim ile yapılmaktadır.

Yönetimsel olarak güçlü bir big data ve veri olan KDS sahada çalışan meslektaşlarımız ve sağlık yöneticileri için önemli bir veri kaynağıdır. Dönemsel olarak elde edilecek verilerin incelenmesi sağlık hizmetlerinin sunumunun değerlendirmesinde faydalı olacaktır. Her ne kadar çok az sayıda raporlama henüz aktif olmasa da önümüzdeki günlerde daha detaylı eklemelerin yapılabileceği düşünülmektedir. Geçmiş yıllarda veri toplanması ile ilgili sıkıntılara bağlı olarak güvenilirlik konusunda bazı çekincelerimiz olsa da KDS kendini geliştirmeye devam ederek yönetimsel olarak güzel raporlamalar sunmakta ve karar alınmasına yardımcı olmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Sağlık Bakanlığı, ‘Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)’, 2012.
- 2) ‘T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık.Net Online ve e-Nabız Genelgesi’, 2016 <<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-47658/sagliknet-online-ve-e-nabiz-hakkinda-20166-sayili-genel.html>>.
- 3) Sağlık Bakanlığı, ‘E-Hizmetler’, 2020, 2-4 <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11680/e-hizmetler.html>>.
- 4) Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, ‘Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü Sürüm 2.2’, 2014.
- 5) Sağlık Bakanlığı, ‘Kapsam’, 2020, 7084 <<https://e-saglik.gov.tr/TR,7084/kapsam.html>>.
- 6) Sevinç İ, Özata M, ‘Türk Kamu Yönetiminde Bilgi Sistemleri ve E – Dönüşüm’, 2010.
- 7) Tosyalı H Sütçü CS, ‘Klinik Karar Destek Sistemleri’, 2016, pp. 99-109.
- 8) Siddıkoğlu D Aydın Ş, Birinci Ş, ‘Sağlık Alanında Karar Destek Sistemleri Modeli ve İş Zekası Çözümleri’, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 46 (2018), 12-13.
- 9) Sağlık Bakanlığı, ‘KDS’, 2020 <<https://e-saglik.gov.tr/TR,7079/kds.html>>.

**> TOPLUMSAL CİNSİYET,
KADIN SAĞLIĞI, ÜREME SAĞLIĞI**

BÖLÜM

2

> Sunuş

PROF. DR. AYŞE AKIN • PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY

Bölüm Editörleri

Kadın Sağlığının özel olarak ele alınmasının temel nedeni, onun “üreme sağlığı bağlantılı yükünün çok ağır olması”dır. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde daha ciddi düzeyde olmak koşulu ile kadınların küresel olarak sağlık düzeyi daha düşük ve sağlığı, “toplumsal cinsiyet” başta olmak üzere diğer psiko-sosyal faktörlerden daha fazla etkilenmektedir. Bilindiği gibi 1990’lardan sonra sağlığın “hak” yönü ön plana çıkarılmış ve bu kavramın sadece “teorik” değil uygulamalara da mutlaka yansımaları gereken bir insan hakkı olduğu uluslararası düzeyde de çok daha fazla vurgulanmaya başlanmıştır.

Toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı ve üreme sağlığı bir bütünün parçalarıdır ve birbirinden ayrılması mümkün değildir. Kadın sağlığını ve üreme sağlığını iyileştirmek için yapılacak tüm düzenlemelerin başarısı, toplumsal cinsiyet eşitliğinin diğer bir ifade ile hakların kullanımında “kadın-erkek eşitliğinin” sağlanması ile mümkündür.

TSR 2020’nin bu bölümünde kadın sağlığının belli başlı konuları bu bakışla ve hak temelli olarak ele alınmaktadır.

Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Hakları, hükümetlerin taraf olduğu pek çok uluslararası belge ile düzenlenmiş haklardır. Bu uluslararası belgeler⁽¹⁻⁶⁾:

1. Uluslararası 12. Kadın Konferansı-İstanbul (1935) (Atatürk’ün himayesinde Beylerbeyi sarayında yapıldı)
2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948)
3. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) (1979)

4. Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989)
5. İnsan Hakları Dünya Konferansı Bildirgesi (1993)
6. Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Sonuç Bildirgesi (Kahire, 1994)
7. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin, 1995)
8. Pekin+5 Birleşmiş Milletler Genel Kurul Özel Oturumu (2000)
9. Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) (2011)
10. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SDGs) (2015)
11. Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi 12. madde. Ekonomik, Sosyal Ve Kültürel Haklar Komitesi Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Hakkı Üzerine Yorum No 22 (2016)
12. Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD 25) Nairobi Zirvesi (2019)

Tüm uluslararası belgelerde cinsel sağlık üreme sağlığı haklarının, sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu vurgulanmıştır. Türkiye de bu uluslararası belgelerin öngördüğü yasal düzenlemeleri yapacağını ve hizmetleri sunacağını taahhüt etmiş ve uygulamaya geçirmiştir.

Bu bölümde TSR 2020 ‘de, daha önceki TSR’ları ile bütünlük sağlamayı göz ardı etmeksizin konu ile

ilgili farklı başlıklarda yeni bilgi ve yaklaşımlar yanıtlanmaya çalışılmıştır.

Kuşkusuz gerek küresel anlamda gerekse Türkiye’de 2020 yılının sağlık yönünden en önemli ve yaşamın her yönünü derinden etkileyen olayı “Covid-19” pandemisi olmuştur.

Pandemi dönemi, kadın ve erkekleri farklı etkilemekte; kadın ve kız çocuklarına yönelik mevcut eşitsizlikleri artırırken, ayrımcılıkları daha görünür hale getirmektedir. Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, pandemi döneminde belirgin bir şekilde artmıştır. Özellikle kadına yönelik şiddetin arttığı ve destek sistemlerinin işlemediği görülmektedir⁽⁷⁾. Tüm ülkelerde, karantina uygulaması ve temel hizmetler dışındaki bütün hizmetlerin durdurulması pandemiye verilen ilk yanıt olmuştur. Sağlık kurumlarında birçok sağlık hizmeti ya hükümetler tarafından resmi olarak alınan kararlarla ya da kurumlarda yeterli malzeme ve çalışan olmaması nedeniyle ertelenmiş ya da sunulamamıştır⁽⁸⁾. COVID-19 ve benzeri SARS, MERS gibi salgınlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları göz ardı edilmekte ve CSÜS hizmetleri bu dönemde öncelikli sunulması gereken temel hizmetler içine alınmamaktadır.

Pandemide CSÜS hakları ve hizmetlerinin durumuna yönelik veriye ulaşılamaması, bu alanda çalışan kamu birimlerinin, STK’ların ve diğer destek gruplarının çalışmalarındaki aksamalar sorunları ve hak ihlallerini görünmez klabilmektedir. Kadına yönelik şiddet, CSÜS hizmetlerine ulaşmak için hak talep etme kanallarını da kesintiye uğrayabilmektedir. Oysa bu hizmetlerin ertelenmesi bireylerin ve toplumun sağlığını salgından daha uzun süre olumsuz etkileyecek bir potansiyele sahiptir.

Geçmişteki salgınlardan edinilen deneyimler, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramasıyla salgın dışı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin arttığını göstermiştir. CSÜS ile ilgili sorunlar, doğurganlık çağındaki kadınlarda hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenleri arasındadır⁽⁹⁾.

Pandemi döneminde bazı yönetimlerce, kürtaj gibi zamana duyarlı üreme sağlığı hizmetlerinin gereksiz görülerek sınırlanması, gönüllü cerrahi sterilizasyon, RİA, iğneler gibi uygulama gerektiren uzun etkili doğum kontrol yöntemlerinin uygulanması ve çıkarılmasına kısıtlama getirilmesi gün-

deme getirilmiştir⁽¹⁰⁾. Türkiye’de salgın dönemleri dışında da aile planlaması ve istemli gebelik sonlandırma hizmetine erişim fiili olarak oldukça kısıtlanmış durumdadır.

Batı Afrika’daki 2013-2016 Ebola virüsü salgınından elde edilen veriler, bu tür krizlerin CSÜS üzerinde olumsuz, dolaylı etkilerini göstermektedir. Sierra Leone’de salgın sırasında hizmetlerin kesintiye uğraması, anne ve yenidoğanların izlemindeki yetersizlik nedeniyle ek olarak 3600 anne, yenidoğan ölümü ve ölü doğum olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayı ülkedeki Ebola virüsü nedeniyle olan ölümlere yakındır. Kontraseptif kullanımı, aile planlaması hizmetleri ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin salgın öncesi durumuna ancak 6 ay ile 2 yıl sonra dönebildiği belirtilmektedir⁽¹¹⁾. Bu etkiler, ergenler, insani yardım ortamdakiler, LGBT kişiler, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet yaşayanlar, HIV ile yaşayanlar, cezaevlerinde kalanlar, engelliler ve düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplarda daha şiddetli yaşayacaktır⁽¹¹⁾.

Doğum kontrol yöntemleri ve isteyerek düşük hizmetleri sunan bir kuruluşa göre, yaklaşık 9,5 milyon kadın ve kız çocuğu, salgın nedeniyle doğum kontrolü ve güvenli isteyerek düşük (gebelik sonlandırma) hizmetlerine ulaşamayacaklardır. Bu da, 1,3 milyon ek istenmeyen gebelik, 1,2 milyon sağlıksız düşük, 5000 anne ölümüne neden olacaktır⁽¹²⁾.

Bu bölüm içinde farklı yönleriyle tartışılacak olan kadın sağlığı ve üreme sağlığı verileri ülkemizde pandemi öncesi dönemde de toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı ve üreme sağlığı göstergelerinin, hak temelli yaklaşımın ve toplumsal dinamiklerin istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Kaynaklar

- 1) Toprak Z. Türkiye’de Siyaset ve Kadın: Kadınlar Halk Fırkası’ndan ’Arsulusal Kadınlar Birliği Kongresi’ne (1923-1935) [İnternet]. Available at: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/7122>
- 2) Akın A. Toplumsal Cinsiyet, Eşitlik ve İnsan Hakları. İçinde: Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. 2018. s. 1-16.
- 3) Avrupa Konseyi. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi [İnternet]. 2011. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308M1-1.pdf>
- 4) Sert G, Narman İ, Erkan O, Emre O, Özden E, Tursun N. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Haklar Ekonomik Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin 22 No’lu Yorumu 2016. 2019;6(2):65-81.

- 5) Akın A. ICPD+25 Nairobi Zirvesi [Internet]. Available at: http://bukcam.baskent.edu.tr/kw/duyuru_ayrinti.php?page=7&-did=60713
- 6) Ari I, Yılmaz RF, Ustunisk B, Rahmanlar M, Altınsoy S, Yılmaz SA, vd. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019; Available at: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 7) Sa N, Sa R, Ve NIN, Korunmasi H, Toplumsal VE. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19 - UNFPA Teknik Bilgi Notu. 2020; Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Turkish_-COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf
- 8) World Health Organization. Addressing human rights as key to the COVID-19 response. World Heal Organ Publ [Internet]. 2020;(April):1–4. Available at: <https://www.who.int/publications-detail/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>
- 9) Center For Reproductive Righs. In The Face of Covid-19 Pandemic, Sexual And Reproductive Health Services Are Essential [Internet]. Available at: <https://reproductiverights.org/press-room/face-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health-services-are-essential>
- 10) Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2020;223(2):219-220.e1. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.022>
- 11) Biddlecom A, Riley T, Sully E, Ahmed Z. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. Int Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2020;46:73–6. Available at: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>
- 12) IPPF. COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world. 2020.

Giriş

Anne ölümü; kadının gebeliği, doğum eylemi ve gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde gebelik süresine bakılmaksızın, gebelikle ilgili veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir nedenle meydana gelen ölüm olayıdır. 15-49 yaş dönemi, bireylerin/kadınların en sağlıklı oldukları bir dönem olmasına, gebelik ve doğum hastalığı olmayıp fizyolojik bir olay olmasına rağmen, dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, bu yaş grubundaki kadınlar gebelik, doğum veya doğum sonu ortaya çıkan komplikasyonlar ve çoğu önlenemez nedenlerle kaybedilmekte veya sakat kalmaktadır. Bunun temel nedenlerinin en başında sağlığın sosyal belirleyicileri ve anne ölümünün hazırlayıcı faktörleri gelmektedir. Anne ölümleri, bir toplumda kadının statüsü toplumun/ailenin sosyo-ekonomik durumu, kadının üreme davranışları, sağlık hizmetlerinin varlığı, uygunluğu, kullanımı, sunulan tıbbi bakımın niteliği gibi pek çok faktörden etkilenmektedir⁽¹⁾. Bu nedendir ki anne ölümlüğü, ülkenin genel gelişmişlik ve sağlık düzeyi hakkında bilgi veren kompleks bir ölçüttür. Anne ölüm riskini değerlendirmek için “Anne Ölüm Oranı (AÖO), Gebeliğe Bağlı Ölüm Hızı; Orantılı Anne Ölüm Oranı (OAÖO), Yaşam boyu Anne Ölüm Riski, Kadın Ölümleri içinde (15-49 yaş) Anne Ölümlerinin Payı” en sık kullanılan göstergelerdir^(2,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Acil Obstetrik Bakım (AOB) kapsamında annenin ölümüne götüren süreçte anne ölümlerini önleme programlarında yol gösterici olan “üç gecikme modeli”ni tanımla-

maktadır⁽⁴⁾. Buna göre; anne ölümlerinde *birinci gecikme*, hizmeti almaya karar vermede yaşanan gecikmedir. Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler, kadının statüsünün düşüklüğü, kadının ve çevresindekilerin tehlike işaretleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması, yanlış inanışlar gibi pek çok neden birinci tür gecikmeye yol açmaktadır.

İkinci gecikme; hizmetlere ulaşmada/erişimde yaşanan gecikmedir. Ulaşım ile ilgili sorunlar, ekonomik yetersizlikler ve yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı bu gecikme türüne yol açabilen nedenlerden bazılarıdır. *Üçüncü gecikme* ise, sağlık kuruluşunda uygun hizmet almada yaşanan gecikmedir. Malzeme ve personel yetersizliği ve hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi hizmetlerin niteliği ile ilgili nedenler olabilir⁽⁴⁾.

Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 2013 yılında yürütülen “Küresel Sağlık Araştırması” sonuçlarına göre; tüm dünyada 1994 yılından bu yana Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) göstergeleri içinde en büyük iyileşme anne ölüm oranında olmuştur⁽⁵⁾. Anne Ölümleri(AÖ)’nde en yüksek mortalite 15 yaş altı grupta, en yüksek komplikasyon görülme ise 10-19 yaş grubundadır. 1994’de, çoğu önlenemez nedenlere bağlı yarım milyondan fazla anne ölümü meydana gelmiş, son 20 yılda ise AÖO %47 azalmıştır. Anne ölümlerindeki bu önemli düşüş, obstetrik hizmetlerin daha iyi verilmesine özellikle de AOB’a erişimdeki artışa bağlı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu düşüşe rağmen 2013 yılı rakamlarına göre, 289.000 anne (günde 800 kadın), gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir^(5,6).

Anne ölümü açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki farklılık günümüzde de ciddiyetini sürdürmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde yaşayan kadınlar, Yaşamları Boyunca Anneliğe Bağlı “4000’de bir” Ölme Riskine sahipken, en az gelişmiş ülkelerdeki kadınların karşılaştırıldığında bu risk “51’de bir”, Sahra altı Afrika’da ise risk “38’de bir” olmaktadır⁽⁴⁾. Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen her kadına karşılık yaklaşık 20 kadın da ciddi ve kronik hastalık yaşamaktadır. Tüm anne ölümlerinin %94’ü düşük ve düşük orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Genç adölesanlar (10-14 yaş) gebelik sonucu diğer kadınlardan daha yüksek komplikasyon ve ölüm riski ile karşı karşıyadır. Doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra nitelikli bakım, kadınların ve yeni doğanların hayatlarını kurtarabilir^(6,7).

Türkiye’de Yıllara Göre Anne Ölümleri

Türkiye’de anne ölüm oranı 1974-75 yıllarında ülke genelinde yapılan bir çalışma ile yüz bin canlı doğumda 208 olarak hesap edilmiştir. Aynı oran, Orta Anadolu’da o yıllarda yarı kırsal bir alan olan Etimesgut-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde 1973-1983 yılları arasındaki süre içinde yüz bin canlı doğumda 119 olarak bulunmuştur. Toplum dayalı yapılan bu çalışmada obstetrik kanamalar %58 ile önde gelen ölüm nedeni olarak saptanmıştır^(8,9).

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iş birliği ile 1986 yılında Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada; AÖO Kahramanmaraş için yüz bin canlı doğumda 284 ve Adıyaman için yüz bin canlı doğumda 91 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada da obstetrik kanamalar temel ölüm nedeni olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada anne ölümlerinin %90’i önlenemez nedenler ile meydana geldiği belirlenmiştir⁽¹⁰⁾.

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989 yılında kız kardeş yöntemiyle gerçekleştirilen çalışmada, evli kadınlar arasında AÖO’nu yüz bin canlı doğumda 132, Yaşam Boyu Anneliğe Bağlı Ölme Riski ise “159’da bir” olarak hesaplanmıştır. Ölen kadınların çoğunluğu yoksul, eğitimsiz, doğum öncesi bakım almamış olanlardır⁽¹¹⁾. Bu tarihlerden sonra Türkiye genelinde AÖ oranının düşmesi devam etmiş olup

DSÖ, UNICEF ve BM Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından gerçekleştirilen anne ölümlerini tahmin çalışmasında 2000 yılında Türkiye’de AÖO yüz bin canlı doğumda 70 olarak belirlenmiştir⁽¹²⁾.

UNFPA ve DSÖ desteği ile 1997-1998 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı iş birliğinde yürütülen 53 ilde 615 hastanenin kayıtlarından yapılan anne ölüm nedenleri belirleme araştırmasında, anne ölümlerinin ilk beş kadın ölüm nedeni arasında olduğu ve ölümlerin %81’inin önlenemez olduğu tespit edilmiştir^(13,14).

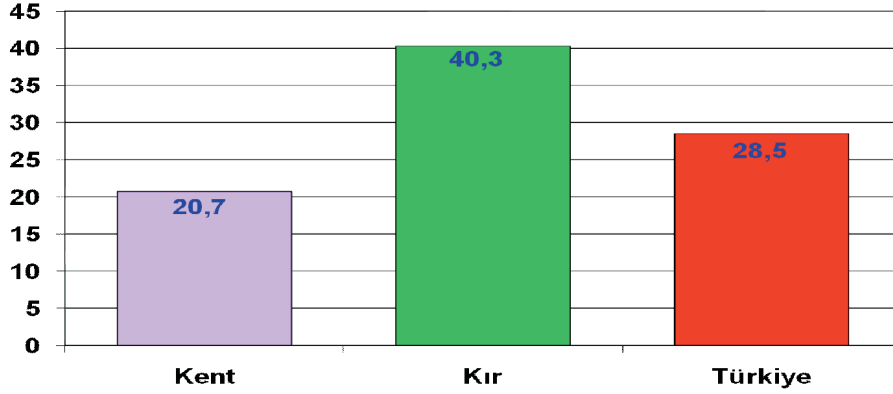
Daha sonraki yıllarda, Van İli ve çevresinde meydana gelen anne ölüm nedenlerinin incelendiği bir çalışmada; Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kliniği’nde 1997-2000 yılları arasında 3107 canlı doğuma karşılık 30 anne ölümü meydana geldiği tespit edilmiştir⁽¹⁵⁾. Ölen annelerin; riskli kategoride oldukları ve hastaneye geldiklerinde ağır anemik oldukları tespit edilmiş. Buna karşılık hemen tamamının (%93,3) doğum öncesi bakım almadığı belirlenmiştir. Ölen annelerin üçte ikisi kırsal kesimden gelmekte ve büyük çoğunluğunun (%93,3) sosyo-ekonomik düzeyinin çok düşük olduğu, okur-yazar olanların ise sadece %3,3 olduğu belirtilmektedir. Ölüm nedenleri incelendiğinde; gebelik toksemisi (%46,7), gebelik ve doğum kanamalarının (%40) ilk iki sırada olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada anne ölümlerinin %96,6’sının önlenemez olduğu belirtilmiştir⁽¹⁵⁾.

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması-2005

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Türkiye’yi temsil eden örneklem üzerinde 2005 yılında yapılmış ilk anne ölümü araştırması olup daha sonra benzer bir araştırma yapılmamıştır⁽³⁾. Bu çalışmaya göre 2005 yılında Türkiye’de anne ölümleri 15-49 yaş kadın ölümlerinin %3,2’sini oluşturmakta ve anne ölüm oranı ülke genelinde yüz bin canlı doğumda 28,5, kentte 20,7, kırsal bölgede 40,3’tür (**Şekil 16.1**). Bu ölümlerin %61,6’sının “önlenemez” nedenlerle olduğu saptanmıştır⁽³⁾.

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması’nın bazı temel bulguları aşağıda özetlenmiştir⁽³⁾:

Anne ölümlerinin %79’u doğrudan nedenlerden olmaktadır. Bunların başında kanamalar gelmektedir (%32,2). Bunu %23,4 ile preeklampsi/eklampsi, %5,8 ile enfeksiyonlar izlemektedir.



Şekil 16.1 Türkiye'de anne ölüm oranları (HÜNEE, 2005).

Kaynak: Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü³⁾

Anne ölümleri; kırsal alanlarda kentlere göre yaklaşık iki kat daha fazla, bölgelere göre incelendiğinde, Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu'da İstanbul'a göre yaklaşık 6 kat daha fazladır.

Yaşam boyu anne ölüm riski; kentlerde 2391'de bir, kırsal bölgede 869'da bir, bölgelere göre incelendiğinde, İstanbul'da 4876'da bir, Kuzey Doğu Anadolu'da 439'da birdir.

Anne ölüm riski yaşla artmaktadır; 35 yaş üstü kadınlarda, özellikle de 40-49 yaş grubunda hızla artmaktadır.

Anne ölümlerinin üçte biri (%32, 3) ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %28'i üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, %21'i ise evde olmaktadır.

Anne ölümlerinde risk faktörleri incelendiğinde; %27'si dört risk faktöründen herhangi birini taşıdığı saptanmıştır. Risk faktörleri açısından anne ölümlerinin %28'inde annenin yaşı ya 18 yaşın altında ya da 39 yaşın üzerinde, dörtte birinde (%24) ise annenin dörtten daha çok sayıda gebeliği vardır. Bunu %18 ile annede kronik hastalık olması izlemektedir. Türkiye genelinde anne ölümlerinin %38'inin ise birden fazla risk faktörünü birden taşıdığı saptanmıştır. Çoklu risk kategorisinde olanlar Kuzeydoğu Anadolu'da %50, Batı Karadeniz'de %64, Orta Anadolu'da %74 olarak çok daha yüksek bulunmuştur.

Ülke genelinde yapılan araştırmalarda elde edilen, ülkede anne ölümlerinin kadın üreme sağlığı üzerindeki yükü ve "önlenebilir" nedenlerle meydana gelen kadın ve anne ölümlerinin sıklığı Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınmıştır. Sağlık Bakanlığı anne ölümlerinin düzeyi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılması gerektiğini

gereğe göstererek, bu konuda bir genelge ile ülke genelinde meydana gelen her anne ölüm vakasının incelenmesini zorunlu tutarak yeni bir "Anne Ölümleri Veri Sistemini" yürürlüğe koymuştur⁽¹⁶⁾. Bu çerçevede, bütün anne ölümleri ile ilgili tespit ve raporlama zorunlu tutulmakta, ilçe ve il düzeyinde sorumluların görevlendirildiği sistemde her 12-50 yaş kadın ölüm olgusu kayıt altına alınmakta ve aylık olarak bildirilmesi sağlanmaktadır. Merkeze bildirilen her ölüm vakası Ulusal Anne Ölüm Araştırması sırasında uygulanan örneklere benzer bir "Anne Ölümleri Ön İnceleme" ve "Merkez İnceleme Komisyonu" tarafından değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Bu uygulama bazı eksikliklerine rağmen sürdürülmektedir⁽¹⁶⁾.

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesinin amaçlandığı bir araştırmada; Türkiye'de 2014 yılında gerçekleşen tüm anne ölümleri Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu tarafından retrospektif olarak değerlendirilmiş ve maternal mortalite oranı 100 bin canlı doğumda 15,2 olarak bulunmuştur⁽¹⁷⁾. Anne ölümünün gerçekleştiği ortanca yaş 31 (Min:17-max: 49) olarak saptanmış, anne ölümlerinin 35 yaş ve altında daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Anne ölümlerinin %11,7'sinin grand multipar grubunda olduğu saptanmıştır. Araştırmada, ileri yaş gebelerde erken risk tespitinin yapılmasının ve tüm gebelerin eğitim düzeyini iyileştirme çalışmalarının Türkiye'de anne ölüm oranını azaltmada önemli olduğu belirtilmiştir⁽¹⁷⁾.

Sağlık Bakanlığı 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından anne ölümlerinin %41'nin "önlene-

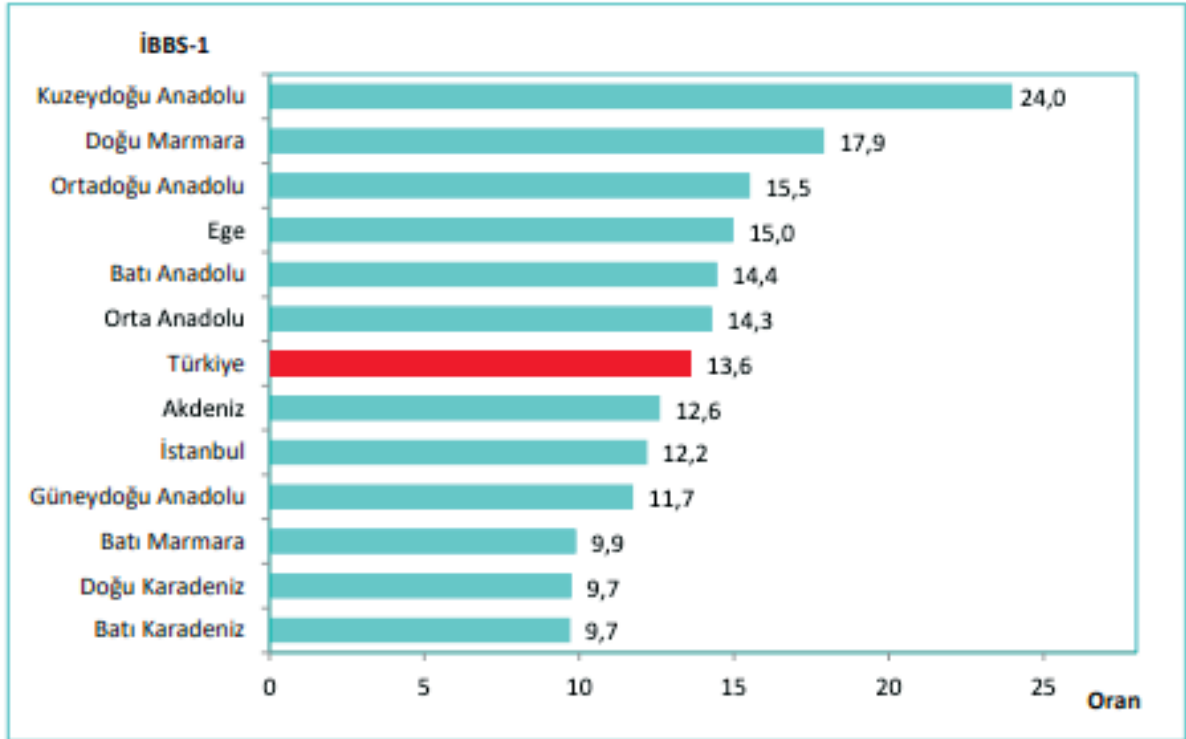
bilir” ölümler olduğunu belirtilmiştir (18). Bu değerlendirme, doğrudan ölüm nedenlerinin %50’ye düştüğünü, buna rağmen dolaylı nedenlerin %50’ye yükseldiğini, doğrudan anne ölümleri içerisinde kanamaya bağlı ölümlerin %21’e, eklampsiye bağlı ölümlerin %17’ye, enfeksiyona bağlı ölümlerin %3’e düştüğünü, dolaylı ölüm nedenlerinde ise kardiyovasküler nedenlerin %24’e, dolaylı enfeksiyonun %10’a, serebrovasküler olayların %6’ya yükseldiğini belirtmektedir. Üç gecikme modeline göre anne ölümlerinin %26’sının birinci, %22’sinin ise üçüncü gecikme olduğunu, sadece %1’inin ikinci gecikme olduğu belirtilmiştir⁽¹⁸⁾.

Son olarak Sağlık Bakanlığı 2018 Sağlık İstatistikleri Yılığında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak bildirmiştir. (Şekil 16.2) 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması’nda da olduğu gibi Kuzeydoğu Anadolu’da yüz bin canlı doğumda 24 olarak İstanbul’un iki katıdır⁽¹⁹⁾.

Türkiye’de anne ölümlerinin yıllar itibarı ile azaldığı Şekil 16.3’de görülmektedir^(3,8,14,20). Grafikte dikkat çeken ise, sağlık sisteminin “sağlıkta dönüşüm” akımı ile tüm Türkiye’de köklü olarak değiştirildiği 2010 yılından sonra anne ölüm oran-

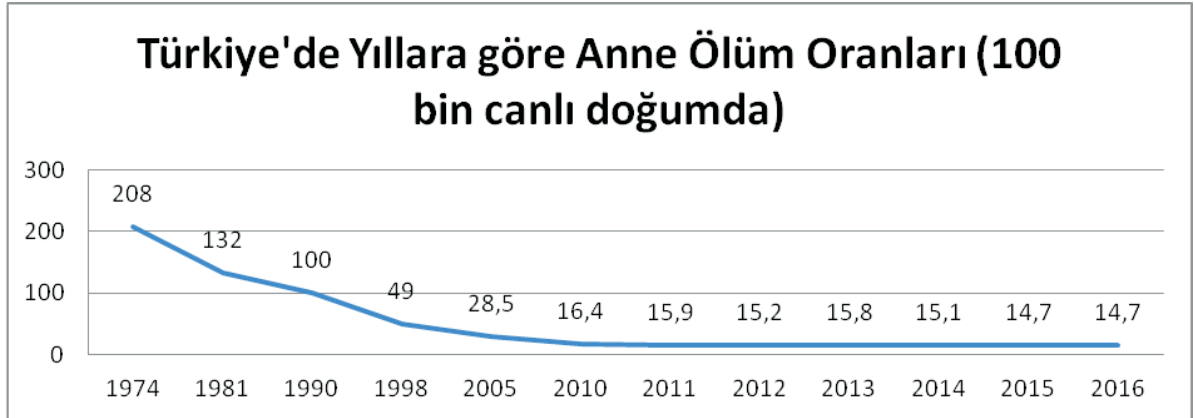
larının plato çiziyor olması artık ciddi bir düşüşün meydana gelmediği gözden kaçmamalıdır. Anne ölümlerinin azaltılmasındaki başarı, riskli gebeliklerin azaltılması, DÖB, sağlıklı doğum ve AOB’in sağlandığı “Güvenli Annelik” uygulamalarının başarısına bağlıdır⁽²¹⁾. Ancak, Türkiye’de riskli gebelikler açısından mevcut durumu incelendiğinde; 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre, anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri ve ölümlülük açısından yüksek riskli gebelikler hala yaygın olarak görülmektedir. Son beş yılda doğum yapan kadınların %27’si tekli yüksek risk kategorisinde, %9’u ise daha da riskli olan çoklu yüksek risk kategorisindedir⁽²²⁾.

Türkiye’de, rutin kayıtlardan elde edilen anne ölüm oranları ve nedenleri izlenirken, müdahale programlarına yol gösterici olması amacı ile bölgesel ve yerel düzeyde araştırmaların yapılması ve bu araştırmalara konu ile ilgilenen bilimsel çevrelerin ulaşabileceği şekilde Sağlık Bakanlığı’nın web sayfalarından paylaşılması son derece katkı sağlayan bir yaklaşım olabilir. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü’nün gerekli araştırmalarını yapmış, ilkelerini saptamış olduğu “Near Miss” yaklaşımının, yani



Şekil 16.2 İBB-1 Göre Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda), 2018.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı¹⁹



Şekil 16.3 Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (1974-2016).

Kaynak: HÜNEE⁽³⁾, Akın⁽⁶⁾, Akın ve ark.⁽¹⁴⁾, Sağlık Bakanlığı⁽²⁰⁾

ölümle karşı karşıya gelen annelerin karşılaştıkları ciddi nedenleri ile buna yönelik yapılan ve yapılması gereken müdahalelerin ayrıntılı olarak incelenmesi de AÖ nedenlerinin daha iyi anlaşılması ve daha etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Halen elde olan bilgi ve bulgular bile Türkiye'de eğer AÖ'leri gerçekten önlemek isteniliyorsa en geçerli ve etkili müdahalenin "riskli gebeliklerin önlenmesi ile olabileceğini açık olarak göstermektedir. Bunun da anlamı; esasen "bir insan hakkı olan "doğurganlığın düzenlenmesi, diğer bir ifade ile AP hizmetlerinin" engellemeden, konunun demografik yönünü öne almadan bu hizmetlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında, yani Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından nitelikli olarak başvuranın tercih edeceği kontraseptif yöntemin ücretsiz olarak sağlık sistemi tarafından sağlanıp ASM deki personel tarafından uygulanmasıdır.

Sonuç olarak, hatırdta tutulması gereken Türkiye'de anne ölüm oranı yıllar içinde düşmüş olmasına rağmen, hala mevcut oran gelişmiş ülkelerden yüksektir. Riskli gebeliklerin yaygın olduğu Türkiye'de anne ölümlerinin yarısına yakını "önlenemez" nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Önlenemez nedenler arasında en büyük payı da "riskli gebelikler" oluşturmaktadır. 2019 yılı Kasım ayında Nairobi'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 25. yılında (ICPD+25)⁽²³⁾ ortaya konduğu üzere; 2030 yılına kadar Birleşmiş Milletler'in tanımladığı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşabilmek için üç dönüştürücü hedeften biri olarak "önlenemez anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi" hem dünya hem Türkiye için hedef olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Akın A., Bahar Özvarış Ş. "Anne ölümleri" Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Eds.: Ç. Güler, L. Akın). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Bölüm: 6.4, s: 242-249, Ankara, 2011
- 2) Biliker MA. Anne Ölümleri. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012 içinde. Bölüm 6. S: 320. https://www.medikalakademi.com.tr/?get_group_doc=20/1393345168-Turkiye-Saglik-Raporu-2012.pdf (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 3) Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara (Erişim tarihi: 03. Temmuz 2020)
- 4) Emilie J Calvello, Alexander P Skog, Andrea G Tennerb & Lee A Wallisc Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/6/14-146571.pdf> (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 5) Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 6) Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 7) WHO Maternal Mortality- Key facts-Geneva 19 September 2019-<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (Erişim tarihi: 03 Temmuz 2020)
- 8) Akın Dervişoğlu A. Türkiye'de Anne Ölümleri. Toplum ve Hekim, No.42, Türk Tabipleri Birliği Yayını. (Maternal Mortality in Turkey); 1987.
- 9) Akın Dervişoğlu A. Türkiye'de kadın sağlığı ve sorunları. Jinekoloji ve obstetrikte yeni görüş ve gelişmeler. Ankara Jinekoloji Derneği Yayını, 1990; 1(1):13-19.
- 10) Sağlık Bakanlığı. Adıyaman ve Kahramanmaraş İlleri'nde Perinatal Bebek ve Ana Ölümleri, SB.-AÇS/AP Genel Müdürlüğü, (Rapor), (Perinatal and Maternal mortalities in Kahramanmaraş and Adıyaman Provinces) Publication of the MoH , Ankara, 1990

- 11) SIS. 1989 Turkish Demographic Survey. Publication # 1483, ISBN 975-19-0455-2, Ankara: SIS Printing Division, 1991.
- 12) WHO. Maternal Mortality in 2000. Estimates developed by WHO; UNICEF and UNFPA. Department of RHR of the WHO. Geneva:Publication of the WHO, p:21, 2004.
- 13) Yiğitbaş S. Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara:1998.
- 14) Akın A, Güçüz Doğan B, Mihçioğur S. "Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü (Çoğaltılmış Rapor) Ankara. 2000
- 15) Van ve Yöresinde Maternal Mortalite Oranı ve Etiyolojide Rol Alan Faktörlerin Tespiti: H. Güler Şahin, Mansur Kamacı, Hüseyin Avni Şahin, Muzaffer Şengül, Neşe Çölçimen. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, VAN, TR. Perinatoloji Dergisi 2001; 9(4):0
- 16) Sağlık Bakanlığı, Anne Ölümleri Genelgesi, 2007. Ankara
- 17) Şencan İ, Engin Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, Uygur, Kabasakal A, Esen M, Keskinlikçi B, 2014. Jinekoloj-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. <https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-detay&Alan=sosyal&Id=AV7PSV-yITLcd5mnwEz> (Erişim tarihi: 03Temmuz 2020)
- 18) Sağlık Bakanlığı 2014. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Anne Ölümleri. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/sunumlar_ve_seminerler/20mart_Sempozyum/Anne_olumleri.pdf (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 19) Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 27. Ankara 2019. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Ek-lenti/36134_siy2018trpdf.pdf?0 (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 20) TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019 Birim Faaliyet Raporu Halk Sağlığı Gn. Md. Ocak 2020. s.152 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2019_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file (Erişim tarihi: 08.07.2020)
- 21) WHO. World Health Day. Safe motherhood. 7 April 1998. <https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1998/whd98.pdf> (Erişim tarihi: 20.06.2020)
- 22) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). *2108 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
- 23) UNFPA Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise <http://www.naibisummiticpd.org/content/icpd25-commitments> (Erişim tarihi: 20.06.2020)

Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı

17

DOÇ. DR. ASLI DAVAS • PROF. DR. MERAL TÜRK

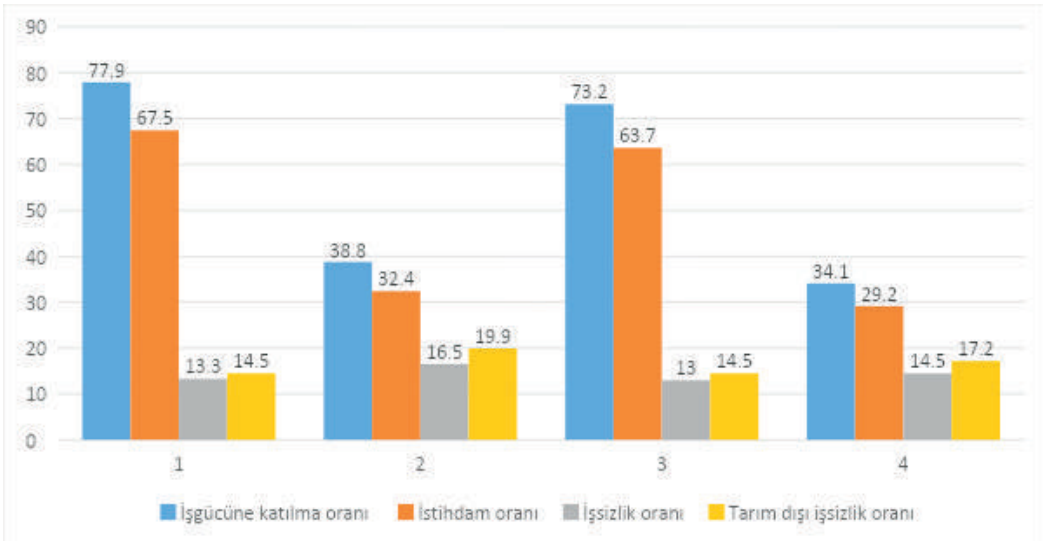
Tüm dünyada kadınlar toplumsal yaşamın bir çok alanında cinsiyete dayalı ayrımcılığa uğramaktadır. Çalışma yaşamı bu ayrımcılığın en yoğun yaşandığı alanlardan biridir. Kadınların istihdamda yer alması, bağımsızlaşmalarını ve diğer ayrımcılık alanlarına karşı da güçlenmelerini sağlamaktadır. Bu nedenle kadınların çalışması cinsiyete dayalı eşitsizliğin yok edilmesinde merkezi konumdadır.

Dünyada son 30 yılda ulusal ve uluslararası mekanizmalar tarafından kadın istihdamı izlenmeye ve katılımı artırıcı politikalar teşvik edilmeye başlanmış ve görece iyileşmeler de gözlenmiştir⁽¹⁾. Türkiye ise hala OECD ülkeleri arasında en düşük istihdamda sahip ülkelerden birisidir.

Türkiye’de 15 ve daha üzeri yaşta çalışan nüfusun yaklaşık yarısı işgücüne katılmaktadır. Bu

durum istihdamla ilgili etkin işlemeyen bir sürecin yaşandığını ortaya koymaktadır. İşgücüne katılma oranının düşüklüğünün en önemli nedeni, kadınların işgücüne katılma oranının düşük olmasıdır. 2020 yılında kadın istihdam oranı %29,2’dir. Ulusal istatistiklerde istihdamın “referans haftasında en az bir saat bir iktisadi faaliyette bulunan veya bir işle bağlantısı devam edenler” olarak kabul edildiği düşünüldüğünde bu durumun acil müdahale gerektirecek düzeyde olduğu söylenebilir. Çünkü bu tanıma göre istihdamda sayılması için kadının ayda sadece iki saat temizliğe gitmesi yeterlidir.

Şekil 17.1’de görüldüğü gibi hem 2019 hem de 2020 yıllarında kadınların istihdam oranları erkeklerin oranlarının yarısından azdır. 2020 yılında hem erkekler hem de kadınlarda istihdam oranları düş-



Şekil 17.1 2019-2020 TÜİK İş gücüne katılma oranları (%).

muş, işsizlik artmıştır. 2020 yılında işsizlikte artış oranı kadınlarda erkeklere göre 6,7 kat, tarım dışı işsizlikte ise 9 kat fazladır. Kriz durumlarında toplumsal cinsiyet rollerinin bir sonucu olarak erkeğin eve ekmek getiren olarak ön kabulünün, kadınların erkeklere göre daha fazla oranlarda işten çıkarılmasına yol açtığı bilinmektedir. Türkiye’de şu an yaşanan ekonomik krizden kadınlar erkeklere göre daha fazla etkilenmiş durumdadır.

Bu istihdam ve işsizlik sorunu temel olarak toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinden temel almaktadır. Küresel olarak hesaplanan Cinsiyet Uçurumu Endeksi de cinsiyete dayalı ayrımların büyüklüğünü, kapsamını göstermek ve sürecini izlemek için geliştirilen bir ölçektir. Türkiye, 0,635 endeks değeri ile 153 ülke arasında 130. sırada yer almaktadır. Yukarıda Şekil 17.1’de sunulan istihdam ve işsizlik oranlarıyla uyumlu bir biçimde Türkiye için eşitsizliğin en kötü olduğu başlıklar ekonomik katılım ve fırsat (136. Sıra) ile eğitime katılımdır (113. Sıra).

Bu ayrımcılıklara dair geliştirilecek politikalarda başat olarak yer alması gereken sosyal kurumlarda da sonuç benzerdir. TÜİK tarafından 2019 yılında yayınlanan Sosyal Kurumlar ve Cinsiyet Endeksi’ne göre Türkiye için endeks değeri %25,1’dir (%0= hiç ayrımcılık yok). Sosyal Kurumlar ve Cinsiyet Endeksi, toplumsal kurumlarda kadınlara karşı ayrımcılığın farklı bir boyutunu temsil eden dört alt gruptan oluşmaktadır ve buna göre ayrımcılığın en

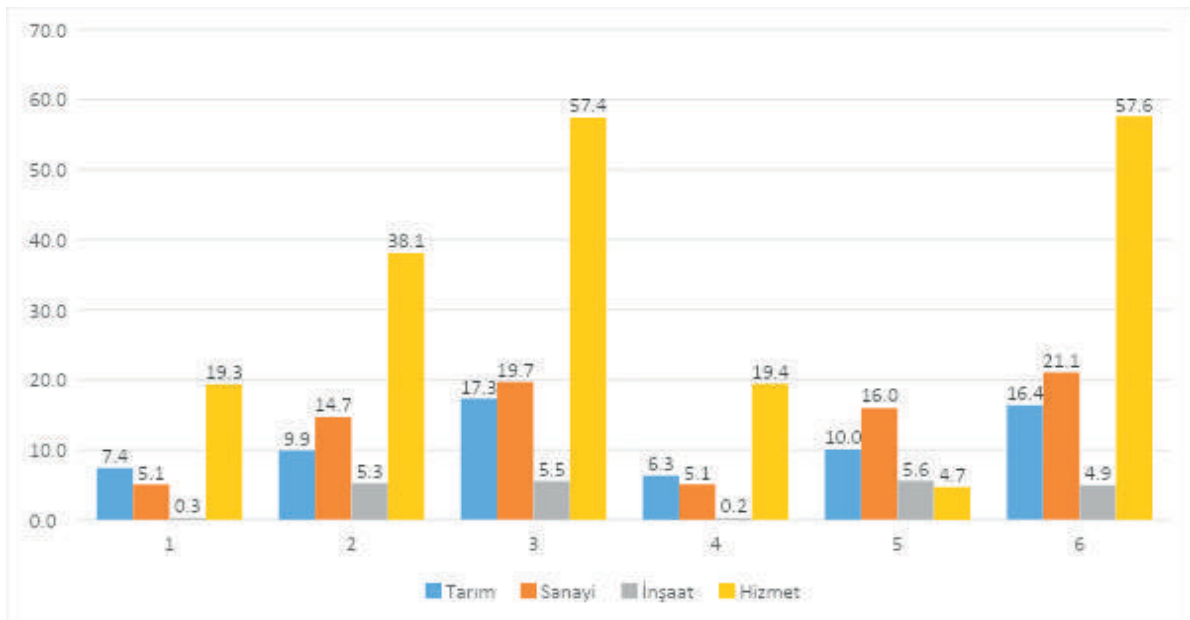
çok üretildiği alanlar üretken ve finansal kaynaklara erişim (%36,6) ve aile içindeki (%33,2) ayrımcılıklardır. Bu durum istihdamla ilgili iyileşme beklentilerini olumsuz etkilemektedir.

Kadınların da erkeklerin de en fazla hizmet sektöründe istihdam edildiği Şekil 17.2’de gösterilmektedir.

İstihdam edilen her beş kadından birisi de tarım sektöründe çalışmaktadır. Kadın ve erkek istihdamı sektörel olarak ta farklılaşmaktadır. İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde çalışanların %71,7’si, eğitimdekilerin %54,5’i, mesleki, bilimsel ve teknik faaliyet sektörlerindekilerin %39’u kadındır⁽²⁾. Mesleğe göre de bir ayrımlaşma olduğunu ve bunun kadının ev içi üretimiyle benzerliği olduğunu söylemek mümkündür.

Kadınların istihdamda yer alamamalarının nedenleri

Kadınların işgücüne katılma eğilimini birçok etmen belirlemektedir. Toplumsal rol dağılımı nedeniyle kadınların görevi olarak atfedilen bakım sorumluluğu önemli bir engeldir. İşgücüne dahil olan 18-64 yaş grubundaki erkeklerde bakım yükümlülüğü %48,1, kadınlarda %44,2 iken işgücüne dahil olmayan erkeklerde bu oran %14,8, kadınlarda ise %45,9’dur. Benzer şekilde evli ve bekar kadınlarda işgücüne katılma oranı bekarlar lehine yüksektir.



Şekil 17.2 Mevsim etkisinden arındırılmamış temel işgücü göstergeleri- 15-64 yaş (%) Mart 2019-2020.

Doğurganlığı arttırıcı politikalar bu durumu derinleştirmektedir. Çocuk bakım sorumluluğunun işe etkisinin değerlendirildiği TÜİK İş Aile Uyumu çalışmasında, 18-64 yaş arasındaki kadınlarda erkeklerle göre;

Çalışma saatlerinin 13,3 kat azaltıldığı,

Daha az zorlayıcı görevlere verilmenin 2,5 kat fazla olduğu,

Uyum sağlamak için iş değiştirmek zorunda kalmanın 2 kat fazla olduğu,

Yöneticilik ve üst kariyer düşünmemenin 4 kat fazla olduğu,

Ebeveyn izninin de 14 kat fazla oranda kadınlar tarafından alındığı bildirilmiştir.

Kadınların çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunları değerlendiren bir araştırmada fazla mesai, düşük ücret ve aşırı iş yorgunluğu en sık bildirilen nedenlerdir. Eve ve çocuklara fazla mesai nedeniyle zaman ayıramama bildirilen sorunlar arasındadır. Araştırma kadınların ücretli olarak işte ve ücretsiz olarak evde yaptıkları çift mesaiye işaret etmektedir.

Çalışma koşulları nedeniyle evlilik ya da çocuk yapmanın ertelenmesi de bildirilen sorunlardandır. Gebe kadınlar işten çıkarılma tehlikesi ya da bezdirilerek işi bırakmaya zorlanmadan bahsederken kıdem tazminatı da önemli bir sorun olarak bildirilmektedir. Evli ve çocuklu kadınların işe konsantre olamayacağı gerekçesiyle başarılı olmalarına rağmen terfi ettirilmemesi de sorun olarak belirtilmiştir⁽³⁾.

Kriz dönemlerinde kadınlar evdeki rolleri baha edilerek ilk işten çıkarılanlar olmaktadır. Çocuk bakım masraflarının çok fazla olması, kreş vb. hizmetlerin sadece çalışan kadın sayısına bağlı olarak sağlanması ve bu nedenle yetersiz sayıda olması, kreş hizmetlerinin çoğunlukla ücretli sunulması, ve bunların işverenler tarafından ücretsiz sağlanmaması istihdamda yer alamama nedenlerindenidir.

Bu durumu değiştirmek için, kadının evdeki bakım rolünü destekleyici, işyerlerinde kadını gözetken istihdam politikaları hızla yaşama geçirilmelidir.

Son yirmi yılda artan kentleşme ve göç de çoğunluğu kadın olan kırdaki istihdamın azalmasına neden olmuştur. Bu süreçte de kadının kentteki iş yaşamına uyumunu ve konumunun güçlendirilmesi için yeterli politika üretilememiştir.

İstihdam Özellikleri

Kayıt dışı çalışma

Türkiye geçmişe göre azalmakla birlikte, hala üç çalışandan birinin (%34) kayıtdışı çalıştığı bir ülkedir. 2019 yılında SGK resmi verilerine göre kadınların en yoğun istihdam edildiği alanlardan tarımda çalışanların %86,6'sı, hizmet sektöründe çalışanların ise %22,6'sı kayıt dışı çalışmaktadır⁽⁴⁾. Kayıt dışı çalışma oranı TÜİK 2017 Hane Halk İşgücü Anketi sonuçlarına göre, kadınlarda %44,6, erkeklerde 29,2'dir.

Eğreti çalışma, kırılan istihdam

Türkiye'de de esnek ve eğreti çalışma yaygınlaşmıştır ve burada da kadın aleyhine bir durum söz konusudur. Kadınların yüzde 19,1'i part - time çalışırken, erkeklerde bu oran yalnızca yüzde 6,6'dır⁽⁵⁾.

Gelir ve yaşam koşulları anketi üzerinden yapılan analize göre, işin devamlılığının öngörülebilir olmaması, yeterli gelir imkanı sağlamaması, hukuki koruma çerçevesinin dışında çalışma koşullarında çalışmanın gerçekleşmesi olarak tanımlanan kırılan istihdamdakiler de daha çok kadınlar ve gençlerdir. Kırılan istihdam kadınların toplumsal hayattan soyutlanmaları açısından da önemli bir risk etmenidir⁽⁶⁾.

Bu kırılanlık, ekonomik kriz, Türkiye'de özelleştirme ve piyasalaşma politikalarının sonucu olarak kamu istihdamındaki değişim, teknolojik değişimler nedeniyle de derinleşmektedir.

Özellikle kamu istihdam politikalarındaki değişim kadınları oldukça olumsuz etkilemektedir ve sağlık hizmetleri bu ticarileşme politikalarının istihdamda yarattığı değişime iyi bir örnektir. Sağlık hizmetlerinin kamusal olarak sunulması nedeniyle kadınlar görece güvenceli istihdam edilmekteyken, bu alanın neoliberal politikalarla değişimi kadın istihdamı açısından birçok sorun oluşturmuştur. Kamu hizmet sektöründe işlerin oldukça büyük bir kısmının alt işverene devredilmesi, işçi kiralama yöntemlerinin kullanılmaya başlaması, daha çok sayıda kadın çalışanın eğreti ve güvencesiz çalışmasına neden olmuştur.

Örneğin, sağlıkta daha çok kadınların istihdam edildiği hemşirelik mesleğinde taşeron ya da 4-D gibi güvencesiz istihdam biçimlerinin yaygınlaşması, eşit işe eşit ücret, farklı sosyal güvence tipleriyle çalışma gibi temel başlıklarda atomizasyona

neden olmuştur. Özel sektörün sağlık hizmet sunumunda payının artması da bu kurumlarda aşırı çalışmaya yol açmaktadır.

2010 yılından beri erkek hemşirelerin istihdam edilmesi de istihdam açısından bir risk oluşturmaktadır. Çünkü erkek hemşireler, hem yönetim hem de teknoloji kullanımı olan alanlarda görevlendirmekte, bu da kadınlar aleyhine eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

Evden çalışma

Kadınlar açısından ilk başta bir çözüm gibi sunulan esnek çalışmanın diğer bir örneği olan evden çalışmanın da evdeki iş yükünün neredeyse tamamını üstlenmekte olan kadınlar için olumsuz sonuçları olmuştur. Kadınların ev içi emeği, evlerdeki çocuk, yaşlı ve hastaların bakımı dışında, erkeklerin de beslenme, temizlik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamayı kapsamaktadır. Türkiye genelinde yemek yapma işinin yüzde 91,2'si kadınlar tarafından yapılmaktadır⁽⁷⁾. Bu karşılama kapitalist üretim ilişkileri içinde ücretsiz sunulması nedeniyle işlevseldir ve bu nedenle sistem için vazgeçilmesi güç bir kaynaktır.

Çalışma saatleri

Kadınlarda eğreti çalışma olasılığının daha yüksek olduğundan çalışma saatleriyle ilgili gerçek bilgiye ulaşmak güçtür. TÜİK, İş Organizasyonu ve Çalış-

ma Zamanı Düzenlemeleri, II. Çeyrek: Nisan-Haziran 2019 verilerine göre, kadınların %36,7'sinin işyerinde bulunma veya çalışma saati kaydı tutulmamaktadır. Tarımda çalışanların %83,5'inin, hizmetler sektöründe ise %36,3'ünün çalışma saatleri izlenmemektedir.

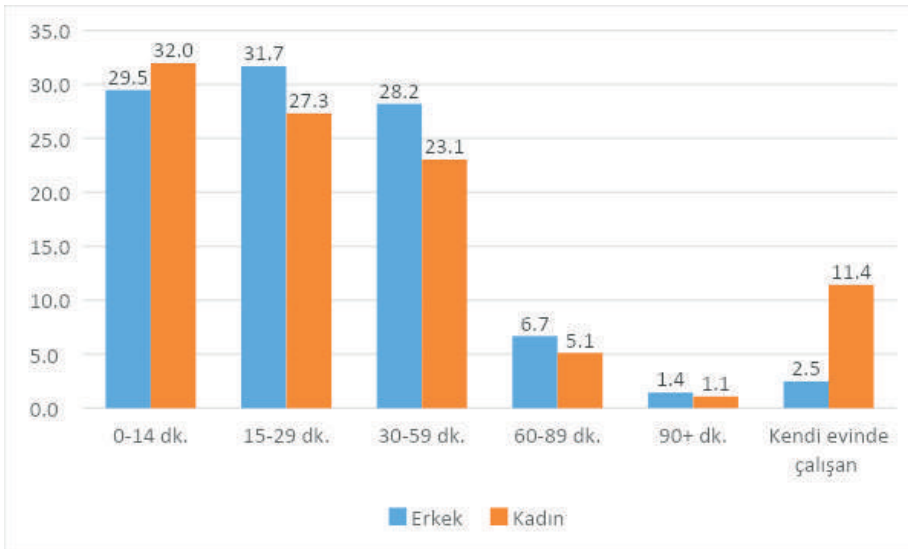
Kadınlar sadece çalışma yaşamında değil evdeki işler nedeniyle de çifte mesai yapmaktadır. KONDA tarafından 2018 yılında gerçekleştirilen Hayat Tarzları Araştırmasının zaman kullanımı bölümünde, kadınların ev işlerine erkeklerden altı kat fazla zaman ayırdığı bildirilmiştir⁽⁸⁾.

Ulaşım sorunu

Ulaşım hem güvenlik hem de evdeki işyükünden zaman çalması nedeniyle kadınlar açısından çalışma hayatına katılımda önemli bir sorundur. **Şekil 17.3'**te görüldüğü gibi evden çalışma kadınlarda 4,6 kat fazladır.

Çalışma yaşamında kadına yönelik şiddet ve sözlü taciz

Çalışma yaşamında şiddet ve taciz de toplumsal cinsiyet temelli güç ve kontrol ilişkileri nedeniyle ortaya çıkar. Çalışma yaşamının genelinde ele alınmalıdır. Çalışma yaşamı fiziksel işyeri ile sınırlı değildir, kamusal alanlarda güvenliğini, ulaşımını, gece çalışmasını ve iş yerlerinin ev ya da sokak olduğu durumları da kapsar.



Şekil 17.3 İstihdamda olanların işteki durumuna göre ev-iş arası (tek yön) ortalama ulaşım süresi, II. Çeyrek: Nisan-Haziran, 2019.

Kadınlar işle ilgili etkinliklere katıldıklarında, işe gidip gelirken, işveren tarafından sağlanan konaklama yerlerini kullanırken veya cep telefonları ve bilgisayarlar gibi teknolojiler vasıtasıyla da şiddete ve tacize maruz kalabilmektedir. Sektör ya da istihdam tipine bağlı olmaksızın-*kayıtlı ve kayıtdışı ekonomide istihdam edilen kadınlar, stajyerler, çıraklar, gönüllüler ve iş arayanlar da dâhil olmak üzere*- şiddete ve tacize maruz kalabilmektedir. İşyerinde cinsel şiddet, göçmenlik, etnik köken, engellilik, anne olma, cinsel yönelim gibi birçok etmenden doğrudan etkilenir. Ayrıca kadınların eğitim durumu çalıştıkları sektörler ve görevleri de şiddetin nicelik ve niteliğini belirler⁽⁹⁾.

Eğitim durumunun etkisi sanıldandan daha sınırlıdır. ABD’de üniversitelerde kadın akademisyenlerin %50’sinden fazlası ve kadın öğrencilerin %20-50’si cinsel tacizle karşılaşmakta veya cinsel tacize maruz kalmaktadır⁽¹⁰⁾.

Çalışma Yaşamında Kadınlara Yönelik Şiddet ve Tacizle Mücadele El Kitabı’nda yer verilen, Care International tarafından gerçekleştirilen 9.408 yetişkinin (yüzde 51 erkek ve yüzde 49 kadın) katıldığı küresel bir araştırmanın sonuçlarına göre;

Erkeklerin dörtte biri “bir işverenin bir çalışandan kendisiyle, bir aile üyesiyle ya da bir arkadaşıyla cinsel ilişkiye girmesini istemesinin ya da beklemesinin bazen ya da her zaman kabul edilebilir bir durum olduğunu”; katılan Hintli erkeklerin yüzde 39’u, “bir meslektaşın arkasından ıslık çalmanın veya meslektaşına laf atmanın bazen veya her zaman kabul edilebilir bir durum olduğunu”; İngiltere’de 25-34 yaşları arasındaki erkeklerin yüzde 36’sı “bir meslektaşın kalçasını çimdiklemenin bazen veya her zaman kabul edilebilir bir davranış olduğunu” ifade etmiştir.

Ayrımcılık ve taciz kadınların ruh sağlığını olumsuz etkilemekte, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete daha sık görülmektedir. Bunların sonucu olarak intiharlar gözlenmektedir.

Yukarıda bahsi geçen tüm çalışma koşulları kadınların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Buna rağmen, cinsiyete bağlı eşitsizliklerin en olumsuz etkilediği alanlardan biri işçi sağlığı ve güvenliğidir. Kadın ve erkekler işyerindeki tehlikelerden hem biyolojik olarak hem de toplumsal roller nedeniyle farklı etkilenirler. Ama bu etkilenim yeterince araştırılmaz.

Araştırmalar yapılırken, emeğin cinsiyetçi işbölümü nedeniyle aynı işi yapan ve eş kıdem olan kadın ve erkeklerin bile aynı işi yapmadıkları,

aynı tehlikelere maruz kalmadıkları gözardı edilir. Kadınların iş sonrası ev işleri ve çocuk bakımına ayırdıkları karşılığı ödenmeyen emek süreci risklerden muaf kabul edilir. Kadınlar toplumsal roller nedeniyle daha sık yarı zamanlı çalışırlar, daha çok iş değiştirirler. Hem evdeki karşılığı ödenmeyen işlerin hem de sıkça değiştirilen farklı işyerlerinde çalışmanın sağlık üzerine etkilerini ayırt etmek ve mesleğe atfetmek bu nedenle de güçleşir⁽¹¹⁾.

Kadınlarda güvencesiz koşullarda çalışma daha yaygındır ve bu durum, işten atılma kaygısıyla kabul edilemez çalışma koşullarını kabul etmelerine, iş kazası ve meslek hastalıklarını bildirmemelerine, tazminat için başvuramalarına ve uygun ergonomik iş makine ya da donanımları, kişisel koruyucular gibi koruyucu önlemleri talep edememelerine yol açar.

Çalışma ortamında karşılaşılan psikososyal sorunlardan yukarıda bahsedilmiş olup, kalan diğer sorunlar dört başlık altında sunulmaktadır.

Kimyasal tehlikeler

Kadınların yoğun olarak çalıştıkları temizlik, kuaförlük, sağlık sektöründe çok sayıda zararlı kimyasala maruz kalınmaktadır. Kuaför salonlarında çalışanların maruz kaldıkları kozmetik ürünlerin yapımında 5000’in üzerinde kimyasal madde kullanıldığı ve bu maddelerin iritan, alerjik ve kanserojen özelliği (Grup 2A ve Grup 1) olduğu ortaya konmuştur⁽¹²⁾.

Sağlık ve temizlik sektörü de kadın çalışan sayılarının yüksek olduğu işyerleridir. Sağlık kurumlarında en sık karşılaşılan tehlikeler antineoplastik ilaçlar, anestezi gazları, formaldehit ve dezenfektanlar şeklinde sıralanabilir. Bu kimyasallar, göz, deri ve solunum yollarında irritasyondan, nörolojik belirtilere ve çeşitli organ kanserlerine dek uzanan etkilere yol açabilmektedir.

Temizlik sektöründe kadınlar, temizlikte kullanılan çok sayıda kimyasallara (deterjan, vb) maruz kalmanın yanında temizledikleri ortamda asıl gerçekleştirilen işte kullanılan kimyasallara da maruz kalırlar. İşyeri ortamındaki kimyasalların etkilenimi bu sektörde “görünmez” bir etkilenimdir.

Hem sağlık hem temizlik sektöründe, mesleki uygulamalar sırasında eldiven kullanımı lateks alerjisine, dezenfektan ve temizlik malzeme kullanımı iritan dermatitlere yol açabilmektedir⁽¹³⁾.

Kimyasallar içinde reprotoksik, mutajenik özellikte olan maddeler maruzkalım durumunda ka-

dınlarda menstrüel siklusu etkileyerek fertilizasyon, implantasyon ve ovulasyon düzensizliklerine, postpartum hemoraji, toksemi, cinsel isteksizlik gibi sorunlara yolaçabilmektedir⁽¹⁴⁾.

Ergonomik Tehlikeler

Kadınlarda meslekten kaynaklanan sağlık sorunlarının ön sıralarında kas iskelet sistemi rahatsızlıkları gelmektedir. Bunun nedenine eğildiğimizde, işyerinde ergonomik düzenlemelerin genel olarak erkeklere göre yapıldığını fark ederiz. Kullanılan araç-gereçler, çalışılan alanların yükseklik, erişim mesafeleri, çoğunlukla erkek çalışanların antropometrik ölçülerine göre düzenlenmektedir. Yapılan gözlemler, kuaförlük, kasiyerlik, konfeksiyon dikim, lokanta hizmeti, temizlik, öğretmenlik, hemşirelik, sekreterlik gibi kadınların daha yoğun çalıştığı sektörlerde ergonomik açıdan sorun yaratan uzun süre ayakta kalma, diz üstünde, kollar havada ya da çömelerek çalışma, baş ve boyunu uzun süre sabit tutma gibi hareketlerin daha yüksek frekansa yapıldığı saptanmıştır. Ergonomik açıdan sorun yaratan bir diğer çalışma şekli tekrarlayıcı hareketlerdir; kadın işçilerin tekrarlayıcı hareket yapma sıklığının erkek işçilerin iki katı olduğu farkedilmiştir⁽¹⁵⁾. Kadın ve erkek işçilerin üretim sürecinde üstlendikleri işlere ilişkin varolan bir önyargı da; kadınların "hafif" işler yaptığı şeklindedir. Oysa temizlik çalışanı kadın ve erkek işçilerin işyerindeki işbölümlerini değerlendiren bir çalışmada, erkek işçiler taşıma, itme, çekme işlerini yaparken, kadın işçilerin kimyasallarla, eğilerek ya da uzanarak silme, süpürme işi yaptıkları görülmüştür. Kadınların üstlendiği bu görevlerin ergonomik ve kimyasal maruziyet açısından sağlığı olumsuz etkileyen işlerdir. Venöz yetmezlik de uzun süre ayakta kalma nedeniyle daha çok kadınlarda görülmektedir⁽¹⁶⁾. Kadınların kas iskelet sistemi sorunlarını çalışma koşullarından ziyade hormonal nedenlere bağlayan yaklaşımlar da vardır; örnek olarak karpal tünel sendromunun ileri yaşlarda görülmesi, uzun süre tekrarlayıcı hareketler yerine menapoza bağlanabilmektedir⁽¹⁵⁾.

Fiziksel Tehlikeler

Fiziksel etmenlerden gürültü daha çok madencilik, tünelcilik, taş ocakçılığı (patlatma, delme), döküm-

cülük, presçilik, demir dövme, ağır iş makineleri kullanımı, inşaatçılık gibi kadınların görünürde daha az çalıştığı sektörlerde karşılaşılan bir tehlikedir. Bu sektörlerde de temizlik, büro, kalite kontrol işlerinin kadınlar tarafından yapıldığı düşünüldüğünde, kadınların da aynı gürültüye maruz kaldığı fakat işitmenin korunması açısından önlemlerde kadınların dahil edilmediği farkedilmektedir. İşitme sağlığı açısından riskli işyerlerinden çağrı merkezlerinde ise çalışanların çoğunluğunun kadın olduğu yapılan bir çalışmada ortaya konmuştur⁽¹⁷⁾. Gebelik sırasında maruz kalınan gürültünün fetüs de etkilediği gösterilmiştir⁽¹⁸⁾.

Titreşim ise erkeklerin yoğun çalıştığı sektörlerde daha çok karşılaşılr; kadınlar daha çok elle kullanılan, zımparalama yapan aletleri kullandıklarından el ve kollarda sorunlar yaşamaktadır⁽¹⁹⁾.

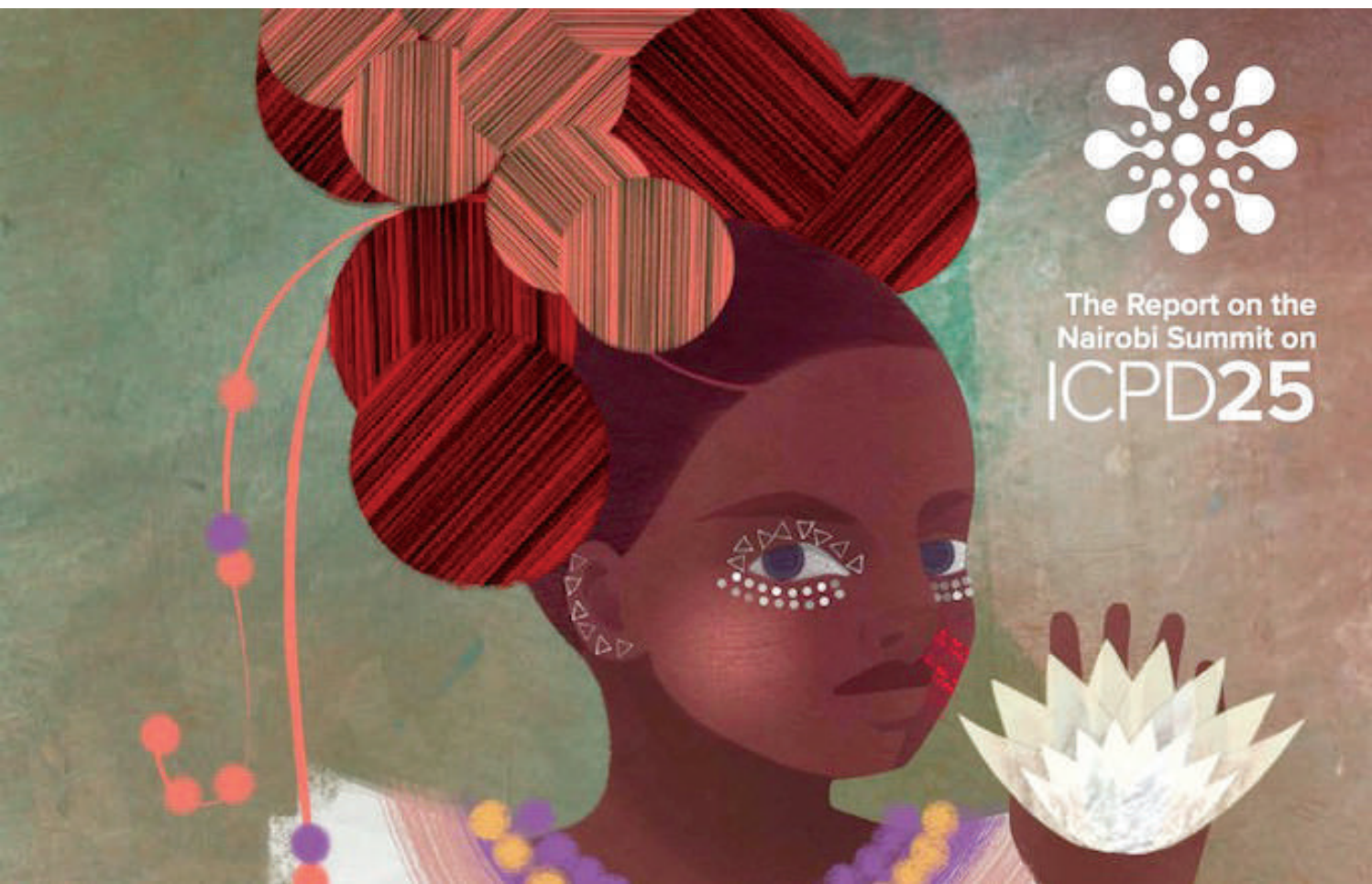
Diğer önemli fiziksel etken, kadınların yoğun olarak çalıştığı sektör olan sağlık sektöründe karşılaştıkları radyasyondur. Röntgen kaynaklı X ışınları genetik mutasyondan, yanıklara ve kansere kadar giden etkilere sahiptir. Özellikle üreme sağlığı açısından risk oluşturan radyasyona, gebelik döneminde maruz kalmanın doğan çocuklarda lösemiye yol açtığı gösterilmiştir⁽²⁰⁾.

Biyolojik Tehlikeler

Biyolojik etkenler (mikroorganizmalar, parazitler, mantarlar...) küreselleşmeyle çok kolay bir şekilde yayılmakta ve sağlık, eğitim kurumları ve çocuk/yaşlı bakımevlerinde çoğu kadın olan çalışanları, daha fazla risk altına sokmaktadır. Sözkonusu kurumlarda kadın çalışanlar, verdikleri bakım, tedavi ve temizlik hizmetleri sırasında kan, hava, fekal/oral ve temas yoluyla çok sayıda biyolojik etkene maruz kalmakta; kullanılan araç gerecin güvenli olmaması, aşırı işyükü nedeniyle sıklıkla kesici delici alet yaralanmaları nedeniyle biyolojik etkenlere maruz kalmaları da daha fazla olmaktadır. Maruz kalınan biyolojik etkenlerden en tehlikelileri Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), HIV virüsleridir. Kan yoluyla bulaşan diğer önemli enfeksiyon etkenleri ise Sifiliz, sıtma, brusella, herpes, KKKA, Creutsfeld Jacobs'tur. Tüberküloz, meningokoksik menenjit, influenza, SARS, boğmaca, kızamık, kızamıkçık ise hava yoluyla bulaşan diğer etkenler olup, sağlık çalışanlarının daha fazla etkilendiği farkedilmektedir.

Kaynaklar

- 1) Şemsa Özar. Türkiye’de 1980 Sonrası Dönemde Kadın Emegi ve İstihdamı Politikaları: Kadın Hareketi, Sendikalar, Devlet ve İşveren Kuruluşları. In: Ahmet Makal ve Gülay Toksöz, ed. *Geçmişten Günümüze Türkiye’de Kadın Emegi*. Birinci. ; 2015:223-253.
- 2) TÜİK. *TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi Verileri*.; 2017.
- 3) Küçük M. Çalışma Hayatında Kadınlar ve Karşılaştıkları Sorunlar: Bir İşverene Bağlı Olarak Çalışan Emekçi Kadınlara İlişkin Bir Araştırma. *Ekonomik Bilim Derg.* 2015;7(1):1-17.
- 4) SGK. Kayıt dışı istihdam oranı. Published 2020. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani
- 5) TC Kalkınma Bakanlığı. *11. Kalkınma Planı: İşgücü Piyasası ve Genç İstihdamı Özel İhtisas Komisyonu Raporu*.; 2018. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/IsgucuPiyasasi_ve_GencIstihdamiOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf
- 6) UNDP. *İnsani Gelişme Raporu*.; 2016. <http://hdr.undp.org/en/data/#>.
- 7) TÜİK. TÜİK Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri. TÜİK. Published 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- 8) KONDA. *Hayat Tarzları Araştırması Toplumsal Cinsiyet Raporu*.; 2019. <https://konda.com.tr/tr/rapor/hayat-tarzlari-toplumsal-cinsiyet/>
- 9) BM Kadın Birimi; Uluslararası Çalışma Örgütü. *Çalışma Yaşamında Kadınlara Yönelik Şiddet ve Tacizle Mücadele El Kitabı*.; 2019. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/publication/wcms_731371.pdf
- 10) Johnson P et al. *Sexual Harassment of Women. Climate, Culture and Consequences in Academic Sciences, Engineering and Medicine. A Consensus Study Report*.; 2018.
- 11) Artazcoz L, Borrell C CI ve ark. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Heal.* 2007;61(39-65).
- 12) Aktaş A BS. Kuaför salonlarındaki kimyasallara mesleki maruziyet ve sağlık riski. *Türk Hij Den Biyol Derg.* 2018;75(2):195-212.
- 13) Türk M, Davas A, Zencir M, Tutuş M CC. *(SES Eğitimciler Eğitimi Programı Eğitim Notları: 3, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı*. Eflal Matbaası; 2016.
- 14) Mengeot MA, Musu T. VL. *Üretmek ve Üremek, Gelecek Kuşakları Tehdit Eden Çalışma*. TTB; 2012.
- 15) Institut Europeen de la Main. Tenosynovite de de Quervain. http://www.institut-europeen-main.eu/pdf/pdf_fiches/fiche03.pdf
- 16) OfficielPrevention. La préventiondesrisquesprofessionnelsspécifiquesauxfemmes.
- 17) T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı. *Çağrı Merkezlerinde Çalışma Koşullarının İyileştirilmesine ve Sosyal Tarafların Bilinçlendirilmesine Yönelik Programlı Teftiş Sonuç Raporu*.
- 18) Selander J, Albin M, Rosenhall U, Rylander L, Lewné M GP. Maternal Occupational Exposure to Noise during Pregnancy and Hearing Dysfunction in Children: A Nationwide Prospective Cohort Study in Sweden. *Env Heal Perspect.* 2016;124(6).
- 19) Bovenzi, M. Della Vedova, A., Nataletti P et al. Work-related disorders of the upper limb in female workers using orbital sanders. *Int Arch Occup Env Heal.* 2005;78:303. doi:doi.org/10.1007/s00420-004-0574-6
- 20) Anderson, LM. et al. Critical windows of exposure for children’s health: cancer in human, epidemiological studies and neoplasms in experimental animal models. *Environ Health Perspect.* 2000;108(sup 3):573-594.



The Report on the
Nairobi Summit on
ICPD25

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de

> Neler Değişti?

18

PROF. DR. AYŞE AKIN • PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ

Giriş

Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 1946 yılında kurulan “Kadının Statüsü Komisyonu (KSK); kadın sağlığı dâhil, kadını ilgilendiren tüm konularda yüz yıllardır devam eden kadın-erkek eşitsizliğinin ele alınması, bunlarla mücadele için stratejilerin oluşturulması, küresel farkındalık ve savunuculuk platformunun sağlanması için oluşturulan son derece önemli bir mekanizmadır⁽¹⁾. KSK kuruluşundan günümüze kadar 74 yıldır, varlığını ve çalışmalarını etkili bir biçimde sürdürmüştür.

Dünyada nüfus ve sağlık konularına bakış giderek değişmiştir. 1960 öncesi dönemde, beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümleri azalmıştır. Ancak; yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, çevresel kirlenme vb. ortak sorunlar olarak ortaya çıkmış, nüfus konusunda uluslararası (UA) işbirliğinin artırılması görüşü giderek yaygınlık kazanmıştır. 1960'lardan itibaren kontrolsüz nüfus artışının kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri dikkat çekmeye başlamış ve 1970'lerde demografik yaklaşım benimsenmiş, 1980'lerde sağlığa ilişkin kaygılar ön plana çıkmıştır. **1990'larda ise insan hakları ve gereksinimleri ağırlık kazanmıştır.** Bu dönemde, 1994 yılında Kahire'de BM tarafından organize edilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD-International Conference on Population and Development); nüfus, kalkınma, sağlık ve insan haklarının kapsamlı olarak ele alınıp tartışılarak çözüm önerilerinin üretildiği önemli bir başlangıç olmuştur⁽²⁾.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de 1994 yılına kadar “anne, çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇ-SAP) hizmetleri” üzerine odaklanılmış, kadının sadece doğurganlık rolü üzerinde durulmuştur. Bu dar kapsamın içinde bile konu sadece çocuk doğurma ve doğurganlığın düzenlenmesi olarak algılanmış, kadın sağlığının diğer boyutları dışarıda bırakılmıştır. 1994 yılında ICPD'de nüfus konusu, sürdürülebilir kalkınma bağlamında pek çok yönü ile ele alınmıştır. **Konferansın önemle vurguladıkları;** nüfusun sadece sayılardan değil, insanlardan oluştuğu, sürdürülebilir kalkınmanın merkezine insanların sağlıklı olmasının, haklarının, kadınların güçlenmesinin yerleştirilmesinin gerekliliğidir. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) ve üremeye ilişkin hakların, sürdürülebilir kalkınma, ekonomik büyüme/gelişme ve tüm insan haklarına ulaşmada temel olduğu kabul edilmiştir. **Üreme sağlığı** (ÜS) kavramı “*üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması*” şeklinde ve “cinsel ve üreme hakları” **ilk kez** tanımlanırken, CSÜS dahil sağlığa bütüncül bakan bir yaklaşım ortaya konmuştur. Bu kapsamda ÜS hizmetlerinin, cinsel sağlık, cinsellik konuları da dahil bütün yaş gruplarını hedefleyerek ve her iki cinsiyette ele alınması gerektiği belirtilmiştir⁽²⁾ (**Şekil 18.1**).

ICPD-Kahire Konferansı'nda; kadın, anne ve çocuklara öncelik verilmesi, nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, insanlığın sadece bugünü için değil, gelecekteki refahının güvence



Şekil 18.1 ICPD'ye Göre Şematik Olarak Üreme Sağlığı Dönemleri ve Sorunları.

altına alınması için nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması gerektiği belirtilmiştir. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel bir önem verecek şekilde eğitimin, herkesin hakkı olduğu ilkelerinin yanı sıra devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, AP, CSÜS dâhil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğinin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği temel ilkesi kabul edilmiştir⁽²⁾.

ICPD'de yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumları bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu vurgulanmıştır.

Ayrıca ÜS hizmetlerinin amaçları; ÜS ve AP ile ilgili tüm gereksinimlerin karşılanması, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi, erkek katılımının artırılması, emzirmenin teşviki, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve tedavisi, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin geliştirilmesi, kadın ve erkeklerin ÜS kapsamındaki hak ve sorumlulukları konusunda bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması ve gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranış konusunda danışmanlık verilmesi olarak belirlenmiştir⁽³⁾.

ICPD'ye göre ÜS Hizmetlerinin Kapsamı

Kahire Konferansı öncesi, ülkeler geleneksel yaklaşımla, hizmet programlarında özel grupları hedef alıyorlardı. Örneğin, doğurganlığın ve ilgili olayların en fazla olduğu 15-49 yaş grubu evli kadınlar, daha çok gebelik, doğum ve AP hizmetlerinin verildiği "Ana Sağlığı-Aile Planlaması" hizmet grubunu oluşturuyor, erkeklere, evli olmayanlara, post-menopozal yaş grubuna ve adölesanlara hizmet kapsamında fazla yer verilmiyordu. Oysa Kahire (ICPD) eylem planında, ÜS kapsamında mutlaka ele alınması ve vurgulanması önerilen konular; zararlı geleneksel uygulamalar (çocuk yaşta, erken yaşta zorla evlendirmeler, genital mutilasyon-sakatlama vb.), adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, CYBE, HIV/AIDS, genital yol enfeksiyonları, üreme organları malignensileri, cinsiyet temelli şiddet olarak özetlenebilir. Tüm bunlara ek olarak sorumlu üreme ve cinsel davranış için Bilgilendirme-Eğitim-İletişim (BEİ) faaliyetlerinin yapılması, danışmanlık dahil AP hizmetlerinin gereksinimi olan herkese ulaştırılması, etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik programının kapsamlı olarak uygulanması, infertilitenin önlenmesi ve tedavisi; doğurganlığın düzenlenmesi, sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin önlenmesi

ve sonuçlarının uygun şekilde ele alınması da diğer vurgulanan konulardır. Ayrıca, ÜS hizmetleri kapsamında çevresel faktörlerin düzenlenmesi, sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin dikkate alınması ve düzenlenmesi de hem 1994 ICPD hem de daha sonra yapılan "+ 5 izlemelerinde" üzerinde önemle durulan konular olmuştur⁽⁴⁻⁷⁾.

ICPD'de vurgulanan bir diğer husus; **üreme haklarının** "doğuştan sahip olunan insan hakları olması"dır. Bu haklar; "insanların üreme yeteneğine, bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları, yani bi-reylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri; bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri; şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri; adolesan dönemden başlanarak, post-menopozal ve ileri yaş dönemi de dahil ÜS hizmetlerinden yararlanabilmeleri anlamına gelmektedir. Kadınların gebelik dönemlerini ve doğumlarını güvenli koşullarda gerçekleştirmelerini sağlayacak uygun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri ICPD kararlarında özel olarak vurgulanmaktadır. Bu konferansta ayrıca; cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlenmesi, kadınlara yönelik şiddetin yok edilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanmasının nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşları olduğu vurgulanmış, nüfus ve sürdürülebilir kalkınma bağlantılı diğer tüm konular, her yönü ile ele alınarak uluslararası bir mutabakat sağlanmıştır⁽¹⁾ (Kutu 18.1).

ICPD'de kabul edilen ilkeler doğrultusunda gelecek 20 yılın eylem planları yapılmış ve bun-

dan bir yıl sonra, ICPD'de alınan tüm kararlar, 1995'de Çin-Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda bir kez daha vurgulanmış ve eylem platformunda yer almıştır. Pekin'de yapılan bu konferansta "**Pekin Deklarasyonu, Eylem Platformu**" oluşturulmuştur. Kadınların tüm insan haklarının tanımlanması ve onaylanmasının, kadınların güçlenmesinin temeli olduğu bir kez daha vurgulanmış ve kadın konuları "haklar" yönü ile daha kapsamlı ve güçlü bir şekilde ele alınmıştır. Pekin Konferansında; Kadın ve Yoksulluk; Kadın ve Eğitim; Kadın ve Sağlık; Kadına Yönelik Şiddet; Kadın ve Silahlı Çatışma; Kadın ve Ekonomi; Politika ve Karar Verme Mekanizmalarında Kadın; Kadının İlerlemesinde Mekanizmalar; Kadınların İnsan Hakları; Kadın ve Medya; Kadın ve Çevre; Kız Çocuk başlıkları şeklinde toplam **12 kritik alan** belirlenmiştir⁽¹⁾.

Dünyada **ICPD'den sonraki 20 yılda** genel değerlendirmelere göre ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. **Genel değerlendirmelerden en önemlisi**, "Kadın sağlığı/ÜS" konularında ICPD'yi izleyen 20 yıldaki ilerlemelerin tespiti için UNFPA tarafından 2013 yılında yapılan "Global Health Survey-Küresel Sağlık Araştırması" olup sonrasında yapılan diğer bazı değerlendirmelerle birlikte bu alanlardaki ilerlemeler ortaya konulmuştur. Bu değerlendirmelerin temel sonuçları aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir^(4,8-10).

Anne Ölümleri (AÖ) (Maternal Mortalite: 1994'de, çoğu önlenebilir nedenlere bağlı yarım milyondan fazla anne ölümü meydana gelirken izleyen yıllarda anne ölüm oranı %47 azalmıştır. Buna rağmen hala her gün 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bölgeler arasındaki farklılık

KUTU 18.1

Üreme Sağlığı yönünden bir dönüm noktası olan ICPD'nin ÜS'ni iyileştirmedeki önerileri:

- ÜS konusunda etkili olan bütün faktörler dikkate alınmalı ve tümü ile mücadele edilmelidir.
- Kadın sağlığında bütüncül yaklaşım esastır.
- Kadının güçlenmesi onun sahip olduğu insan hakkıdır gerçekleşmesi engellenmemelidir.
- Çok sektörlü, çok disiplinli yaklaşımlar gereklidir.
- Yapılacaklarla ilgili sürdürülebilir mekanizmalar oluşturulmalı ve uygulamalar kurumsallaştırılmalıdır.
- Güçlü bir sağlık politikasının varlığı ve uygulanması gereklidir.
- Sağlık sisteminde, Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yaklaşımı esas alınmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının eliminasyonu sağlanmalıdır.
- Toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların, ülkenin ana plan ve programlarına entegre edilmesi sağlanmalıdır.

ciddiyetini sürdürmektedir. Hala Afrika'daki düşük fatalitesi ABD'dekinin 800 katıdır. Şekil 18.2'de izlendiği gibi dünyanın tüm bölgelerinde AÖ oranları giderek azalmıştır (Şekil 18.2).

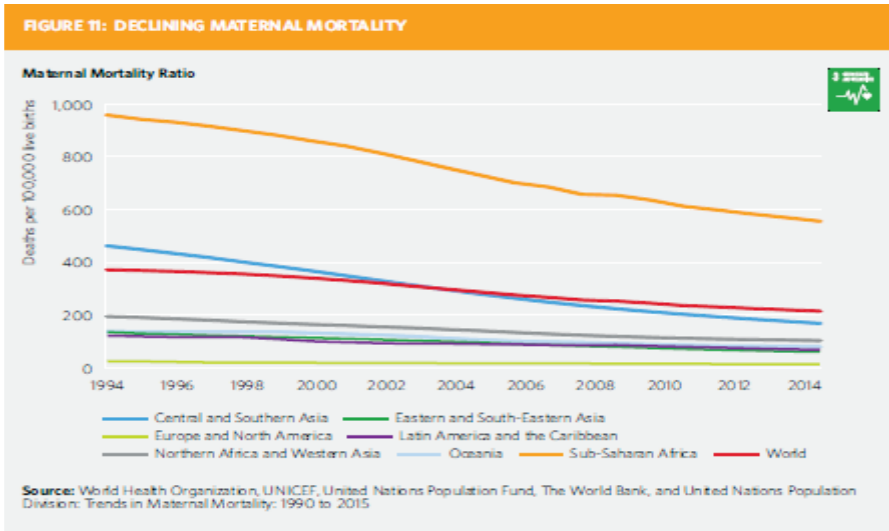
Obstetrik Bakım: Dünyada 1990'da kadınların %63'ü en az bir kez Doğum Öncesi Bakım (DÖB) alırken, bu oran 2013 yılında %80'e yükselmiştir. Eğitimli sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumların oranı, 1990'da %57 iken 2010'da %66'ya çıkmış, %15'lik bir artış sağlanmıştır. Olumlu eğilime rağmen, obstetrik bakıma erişimde, eşitsizlikler devam etmektedir.

Modern Kontrasepsiyon Yöntemlerinde Karşılanamayan Gereksinim: Küresel olarak doğurganlık 1994-2012 arasında %29 azalmıştır. Halen,

üreme çağındaki kadınların %36'sının karşılanamayan gereksinimi mevcuttur, karşılanamayan gereksinimi olan kadınların %90'ı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ⁽¹¹⁾. Şekil 18.3 'te izleneceği gibi AP yöntem kullanımında da her bölgede artış olmuştur (Şekil 18.4).

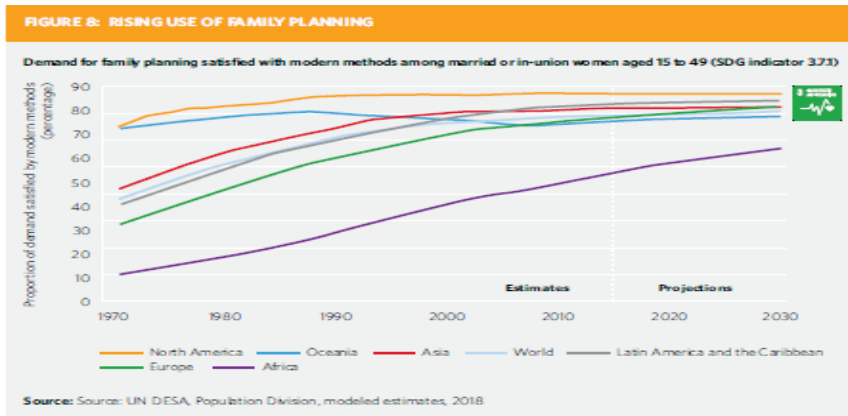
İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi / İsteyerek düşükler

Yapılan değerlendirmelere göre; Gelişmekte Olan Ülkeler (GOÜ), istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve düşüğe gereksinimin ortadan kaldırılması konusunda ICPD taahhütlerini yerine getirmekten çok uzaktır. Bunun sağlanması için ülkelerin, CSÜS-AP hizmetlerine erişimin yanı sıra, kadının statüsünün



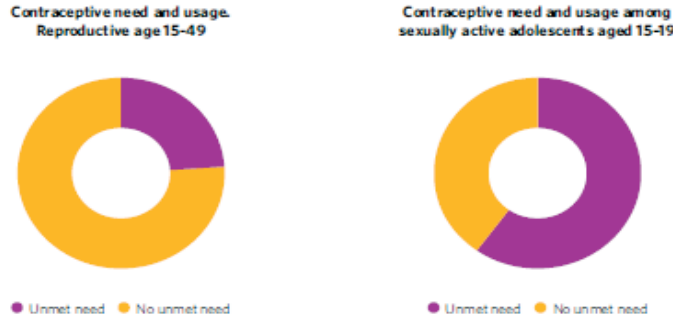
22 Holmer et al (2015). "The global need for emergency obstetric care: a systematic review", BJOG 2015; 122:183-189. Includes data from 62 studies in 51 countries. Available at: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13230>

Şekil 18.2 ICPD Sonrası Yıllara Göre Anne Ölümlerindeki Azalma (100.000 canlı doğumda).



Şekil 18.3 ICPD Sonrası Yıllara Göre Aile Planlaması Kullanımındaki Artış.

Figure 4. Contraceptive need and usage among women of reproductive age and sexually active adolescents aged 15-19 years.



Source: Guttmacher Institute: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/bsdsh/est/adding-it-up-contraception-mmh-2017.pdf> and https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf

Şekil 18.4 Yaş Gruplarına Göre (15-49 ve 15-19) Kontraseptif kullanımı ve Karşılansınmayan AP Gereksinimi "Genç Yaş Grubunda Sorun daha büyüktür".

yükselmesi ve kadınların özgürce karar verebilmesinin gerçekleşmesi gerekmektedir. Bütün düşüklerin %86'sı GOÜ'de olup bu ülkelerdeki sağlıklı düşüklerin en az 4 milyonu adölesanlarda meydana gelmektedir (Şekil 18.5).

Maternal morbiditeler

Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen her bir kadına karşılık 20 kadın, ciddi ve uzun süren maternal hastalık yaşamaktadır. **Obstetrik fistül:** GOÜ'de hala sorun olup çeşitli eşitsizliklerin, kadınlara karşı ayrımcılığın, erken yaşta gebeliğin, yoksulluğun ve hizmetlere kısıtlı ulaşımın açık bir göstergesidir. **Üreme sistemi kanserleri:** Yılda yarım milyondan fazla kadın, rahim ağzı kanserine yakalanmaktadır. Büyük

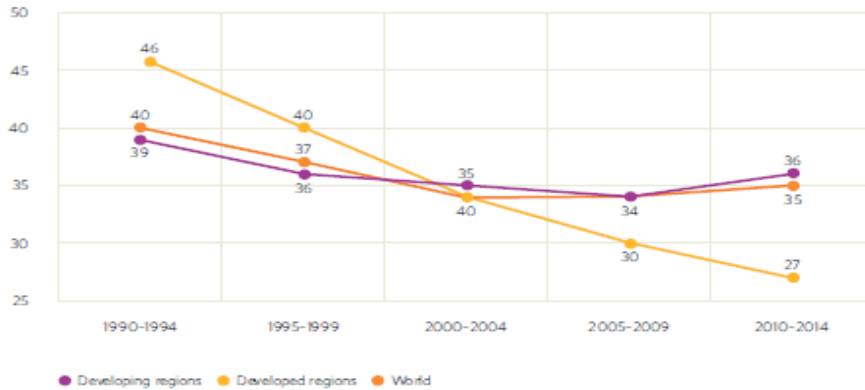
çoğunluğu gelişmekte olan bölgelerde, özellikle Sahra altı Afrika'da olmak üzere, yılda 275.000'den fazla kadın rahim ağzı kanserine bağlı hayatını kaybetmektedir. HPV aşısı, rahim ağzı kanserinin azaltılmasında umut vericidir, ancak Pap smear taramalarının yerini almamalıdır. **HIV/AIDS kontrolü** için: CYBE'in görülme sıklığında % 40 artış olmuştur (333 milyondan 500 milyona yükselmiştir).

Çocuk yaşta evlilikler ve zararlı geleneksel uygulamalar: Dünya genelinde sayıları 700 milyonu bulan çocuk yaşta evlilikler ve yine dünya genelinde 200 milyon olan "kadın sünneti" (FGM), yani kadının genital sakatlanması kadın sağlığı bağlamında hala ciddiyetini koruyan sorun alanlarıdır.

Bu 20 yıllık süreçte; ICPD'nin başlangıcından günümüze, eylem planları paralelinde CSÜS konu-

Figure 5. Number of abortions per 1,000 women aged 15-44 years.

The annual abortion rate has declined significantly in developed regions, but not in developing regions.



Source: Guttmacher Institute. Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access, Guttmacher Institute, New York, 2018.

Şekil 18.5 Bölgelere Göre 15-44 yaş 1000 Kadına düşen Düşük-Abortus hızı.

larında başarılı uygulamalar yapılmış, ancak bütün ilerlemelere, iyileşmelere rağmen özellikle GOÜ'de sorunlar hala mevcuttur. **Taahhütler fazla uygulamalar yetersizdir. Ülkeler arası, bölgeler arası, savunmasız gruplarla ilgili "eşitsizlikler" çarpıcı boyuttadır ve sürmektedir.** Uygulamalarda olumsuz politik müdahaleler pek çok ülkede söz konusu olmuştur. Uluslararası düzeyde söz verilen işbirlikleri yeterli düzeyde gerçekleştirilememiştir. Disiplinler ve sektörler arası ulusal işbirlikleri yeterli düzeyde gerçekleştirilememiş; izleme-değerlendirme mekanizmaları yaşamsal önemine rağmen gereği kadar yapılamamıştır.

ICPD25 - Nairobi Zirvesi (4,5,10)

ICPD den 25 yıl sonra yapılan değerlendirmelerde de "kadın sağlığı konularında diğer pek çok konuda olduğu gibi, CSÜS ile ilgili de UA ve ulusal düzeylerde "gündem bitmemiştir". Başarıda yerde verilecek kararlar ve uygulamalar son derece önemlidir. Ne yazık ki değerlendirmeler yeterli ilerleme kaydedilememesindeki **en önemli engelin politik faktörler olduğuna işaret etmektedir** (6,12).

UNFPA, Danimarka ve Kenya Hükümetlerinin işbirliğinde ICPD-Kahire'den 25 yıl sonra "ICPD 25 Nairobi Zirvesi", ICPD-Kahire -1994'ün "bitmemiş gündemini tamamlamak" üzere dünyanın 170 ülkesinden, 10 bin delegenin katılımı ile Kasım 2019'da Kenya- Nairobi'de gerçekleştirilmiştir. **Zirvenin temel mesajı: "ICPD Gündemi Bitmemiştir. Bitirmek için süreç hızlandırılmalıdır".**

ICPD+25 Nairobi Zirvesi'nde, BM'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SKH) ulaşabilme için son 25 yıldaki ilerlemeler, başarısız olanlar gözden geçirilerek daha neler yapılmalıdır sorusunun yanıtı aranmıştır (4,5,10) (Kutu 18.2).

Nairobi'nin temel önerileri: BM tarafından 2030 yılına kadar ulaşılması planlanan 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'ne ulaşabilmek için taahhütler hızla, politik kararlılık, şeffaflık garantilenerek gerçekleştirilmelidir; yasalar güçlendirilerek mutlaka uygulanmalıdır (12,13). Kadın ve erkek; kız ve oğlan çocuklar arasında eşitlik, saygı, sorumlulukların paylaşılmasına dayalı bir kültürün oluşturulması için toplumla işbirliği içinde çalışılmalıdır. **Nairobi Zirvesi'nin temel mesajı ise "Zaman daraltıyor, süreci hızlandırılmı, taahhütleri gerçekleştirmek için sözcükleri eyleme çevirelim". Slogan olarak da "No one left behind"- "Kimse geride bırakılmı" denilmiştir.**

"ICPD 25-Nairobi zirvesinde, 2030 yılı Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmesi için gerçekleştirilmesi gereken **dört hedef belirlenmiştir** (10).

Belirlenen Hedefler

Önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi

AP'de karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi (çocuk yaşta evlilikler ve FGM)

KUTU 18.2

Nairobi Zirvesinde, Bitmemiş Gündem olarak dile getirilenler aşağıda sıralanmıştır

Dünyada halen;

- 295 bin anne ölümü /yılıda,
- 2.6 milyon yeni doğan ölümü/ yılda,
- 25 milyon sağlıksız düşük meydana gelmekte/yılıda,
- Aile planlamasında 202 milyon karşılanmamış gereksinim,
- 500 milyon cinsel yolla bulaşan enfeksiyon,
- 267 milyon servikal kanser,
- 1.8 milyon yeni HIV enfeksiyonu,
- 7.4 milyon HIV/AIDS tedavisine ulaşamayan kişi,
- 200 milyon FGM (kadının genital sakatlanması),
- 700 milyon çocuk yaşta evlilik vakası mevcuttur.
- Dünyada 3 kadından biri yaşamının bir döneminde eşinden/partnerinden şiddet görmektedir.

Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi- özellikle CSÜS konularında hizmet sunulması

Kadın Sağlığı Konusunda Nairobi Zirvesi Hedefleri ve Türkiye ile İlgili Değerlendirme

Bilindiği gibi tüm ülkelerin işbirliği ve ortak akulla hazırlanan UA dokümanlar, küresel ölçekte yol haritaları, rehberlerdir. Bu bağlamda ülkeler eğer bu belgeleri kabul etmiş ve imzalamışlarsa kendi ülkelerinde gerekiyor ise bazı modifikasyonlar da yapılarak mutlaka uygulamalara yansıtılmalı etki ve katkıları izlenmelidir.

Türkiye bugüne kadar CEDAW, ICPD, Pekin sonuç belgeleri, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Kadına Yönelik Şiddet - Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) vb. gibi kadın sağlığı ve hakları bağlamında neredeyse tüm uluslararası belgelere imza atmış ve onaylamıştır.

Yine Türkiye BM tarafından belirlenen "2030 yılı 17 sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'ne de ulaşmayı taahhüt etmiştir. Nitekim Kasım 2019 da düzenlenen "Nairobi Zirvesi'ne de geniş bir delegasyonla katılmıştır. (Bu bölümün her iki yazarı da Nairobi Zirvesine bizzat katılmışlardır. Bölüm Yazarlarından Dr. A.A. ise ayrıca 1994-ICPD ve 1995 Pekin toplantılarına da katılmış olup bu yazı kapsamında yazarlar, bu toplantılardaki bazı gözlemleri ile de konuyu güçlendirmişlerdir).

Yazının bu bölümünde, "**Türkiye, 2030 yılına kadar 2019-Nairobi Zirvesi'nde belirlenen hedeflere ulaşabilir mi?**" sorusunun yanıtı üzerinde durulacaktır. Değerlendirmelerde ilki 1963 yılında "**Halk Sağlığı'nın öncüsü**" olan **hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek'in** "Population Council" işbirliğinde başlattığı, daha sonra Hacettepe Üniversitesinde Nüfus Etütler Enstitüsü (HÜ-NEE) tarafından ülke

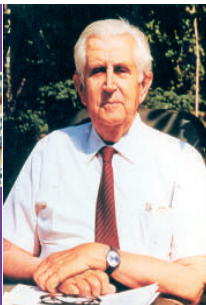
örnekleme üzerinde düzenli olarak her beş yılda yapılmış "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları-TN-SA" esas alınmaktadır ⁽¹⁴⁾. Bu bağlamda Raporun Anne Ölümleri ve Aile Planlaması bölümlerine de bakılabilir.

Türkiye'de, ICPD ve Pekin Konferansları öncesi de sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri-özellikle de Kadın-Anne ve Çocuk Sağlığı'nda "reform" niteliğinde başlatılan başarılı uygulamalar yapılmıştır. Bazılarını hatırlayacak olursak; Cumhuriyet ve başlattıkları; örneğin- Kadın-Erkek eşitliği, toplum sağlığının öncelenmesi, 1952 AÇS Merkezleri'nin kurulması, 1960 yılında Türkiye planlı döneme geçmiş olup 1961 yılında, 224 sayılı yasa ile TSH yaklaşımı başlatılmış ve ülkede yaklaşık 50 yıl uygulanmıştır. N. Fişek ve diğer öncü liderlerin ve ekiplerinin varlığı; 1965'de 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması (NP) Kanunu'nun kabulü; **1983'de 2827 sayılı ikinci NP Kanunu'nun kabulü sonucunda ve her iki yasanın başarılı olarak uygulamalara yansıtılması sonucunda yıllar içinde sağlıksız düşüklere bağlı anne ölümlerinin payı %53'den %2'ye düşmüştür.** Verilen örnekler daha da artırılabilir⁽¹⁵⁾.

Nairobi Zirvesi'nde belirlenen ilk hedef, "Önlenilebilir nedenlere bağlı Anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi"dir.

Bu konuda doğru yorum yapabilmek için Türkiye'de kadın-anne ve çocuk sağlığının hizmet göstergelerinin yıllara göre incelenmesi gerekir. Cumhuriyetin ilk yıllarından beri Türkiye'de sağlıklı ilgili kayıtlar tutulmakta idi. 1962 yılından itibaren bu işlev Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından uzun yıllar geliştirilerek yerine getirilmiş olup bu birimin adı 2005 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) olarak değiştirilmiştir. Cinsiyete göre ayrıştırılmış veri toplanması Türkiye de ilk kez kadın nüfusunun da sayıma dahil edildiği 1927 yılındaki genel nüfus sayımında yapılmıştır. 1963 yılından beri beş yıllık periyodlarla HÜNEE tarafından düzenli olarak tekrarlanan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının" en sonuncusu ise 2018 yılında yapılmıştır. Bu araştırma sonuçları, konumuz bağlamında son 45 yıldaki eğilimlerin izlenebileceği güvenilir veriler sağlamıştır. Bu bölümde yapılacak değerlendirmelerde bu araştırmalar yani Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının sonuçları esas alınmaktadır ^(14,16,17):

Türkiye'de verilen anne sağlığı hizmetlerinde yıllar içinde olumlu gelişmeler olmuş ve doğum



öncesi bakım (DÖB) %96; sağlık kuruluşunda doğum %99'a ulaşmıştır. Ancak 2018-TNSA sonuçlarına göre halen evli üreme dönemi kadınların %25'i gebelik yönünden çoklu yüksek risk kategorisindedir. Türkiye'de yıllar içinde AÖ'leri ile ilgili gelişmeler Nairobi Zirvesi hedeflerine göre incelendiğinde en çarpıcı bulgular; AÖ'lerinin içinde önlenebilir ölümler % 61,6 olarak çok yüksek, bölgeler arası, yerleşim yerlerine göre Anne Ölüm Oranları (AÖO) ve Yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm riskinde ciddi eşitsizlikler mevcuttur (Tablo 18.1, 18.2; Şekil 18.6, 18.7) ^(14,18-20).

Tablo 18.1 Türkiye'de Anne Ölüm Oranı ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski (2005 UAÖ Araştırması)

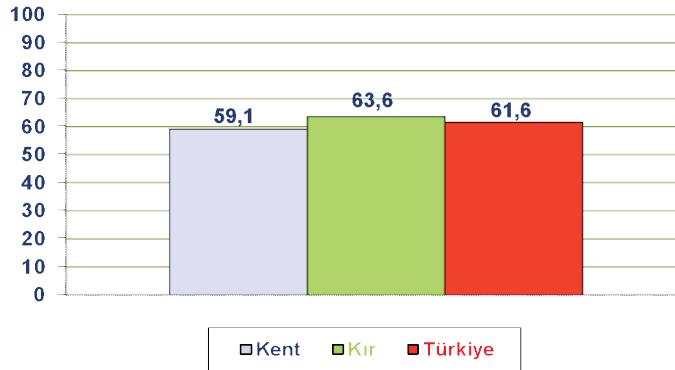
Bölge	Anne Ölüm Oranı (100 000 CD'da)	Yaşam Boyu Risk (... Kadından biri)
Türkiye	28,5	1536
Kentsel	20,7	2391
Kırsal	40,3	869

Türkiye'de anne ölümlerinin üçte ikisi (%62) önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir ⁽¹⁸⁻²¹⁾ (Şekil 18.6). Belirtildiği gibi; yıllar içinde, gebelik süresince bakım alma ve sağlık kuruluşunda

Tablo 18.2 Türkiye'de Anne Ölüm Oranı ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski (2005 UAÖ Araştırması)

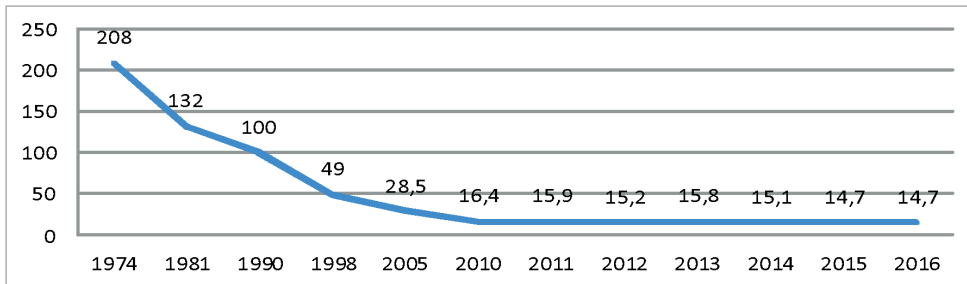
Bölge	Anne Ölüm Oranı (100 bin CD da)	Yaşam boyu risk kadından biri
İstanbul	11,0	4876
Batı Marmara	42,1	1560
Ege	31,5	1764
Doğu Marmara	21,7	2549
Batı Anadolu	7,4	6947
Akdeniz	25,1	1737
Orta Anadolu	11,9	3067
Batı Karadeniz	26,8	1956
Doğu Karadeniz	68,3	883
Kuzeydoğu Anadolu	68,3	439
Orta Doğu Anadolu	36,9	755
Güneydoğu Anadolu	38,9	626

doğum yapma giderek artmış olup 2018 yılı için sırası ile %96 ve %99'dur. Belirtilen bu olumlu trende karşılık önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesinde Türkiye'deki mevcut bilgi ve bulgular incelendiğinde, AÖ'nin yıllara göre azalma eğilimi son derece belirgin ve olumlu olup grafikte de izleneceği gibi araştırma ve değerlendir-



Şekil 18.6 Türkiye'de önlenebilir nedenlere bağlı Anne Ölümleri.

Kaynak: (Ulusal AÖ Araştırması- 2005).



Şekil 18.7 Türkiye'de Yıllara göre Anne Ölüm Oranları (100 bin canlı doğumda).

Kaynak: HÜNEE, Akın, Akın ve ark., Sağlık Bakanlığı

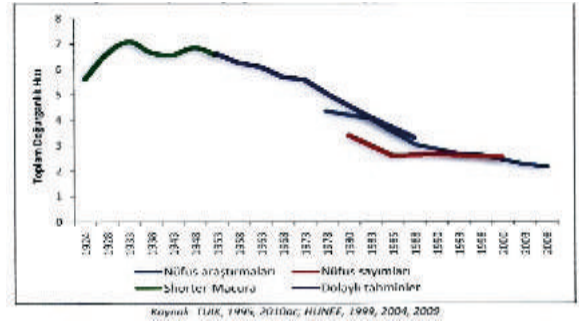
melere göre Anne Ölüm Oranı (AÖÖ), yüz bin canlı doğumda 208'lerden 2010 yılına dek düzenli azalma göstermiştir. Ancak, son on yıldır hafif bir azalma gösterse de genel olarak adeta "plato" çizmektedir. Benzer eğilim Bebek Ölüm Hızı için de sözkonusudur. Türkiye'de hala her üç gebelikten biri "riskli" kategorisinde olup yöreler, bölgeler, kırsal ve kentsel yerleşim alanlarında anne ölümlülüğü yönünden uçurum denilebilecek farklar mevcuttur. Ulusal AÖ Araştırmasına göre Türkiye'de Anne ölümlerinin %62'si önlenabilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Tüm bu bulgular birlikte düşünülüp değerlendirildiğinde bu hedefe ulaşılması bağlamında mevcut sorunlar **Kutu 18.3'**de özetlenmektedir (18-21)

Çözüm için; tüm bu faktörler dikkate alınarak her biri ile uygun strateji ve müdahale programlarının uygulanması ile mücadele edilmelidir. Bunun için gerekli olan sağlık sisteminin uygun olması ve verilecek kararların önerilerin uygulamalara geçmesi için "politik iradedir" (Bakınız **Kutu 18.1** ICPD önerileri).

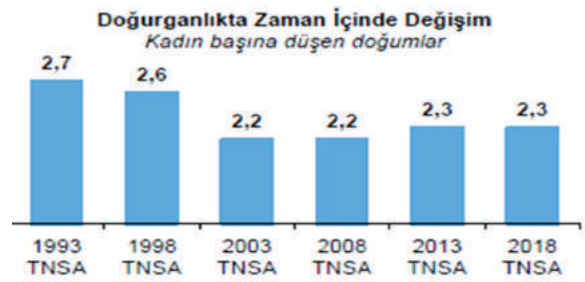
ICPD 25 Nairobi Zirvesi-Hedef 2; AP'nında karşılınmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi

Nairobi zirvesinde oluşturulan tüm dokümanlarda "eğer bu hedef gerçekleşemez ise önlenabilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi hedefine de ulaşamayacağı" vurgulanmıştır. (22-24)

Yukarıda belirtilen verilerden anlaşılacağı üzere yıllar içinde, toplam doğurganlık hızı izlenen politika ve programlarla giderek azalmış, etkili kontraseptif yöntem kullanımı ise giderek artmıştır. Ne



Şekil 18.8 Türkiye'de Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızındaki Değişimler (1924-2008).



Şekil 18.9 Türkiye'de 1993-2008 yılları arasındaki Toplam Doğurganlık Hızındaki Değişimler.

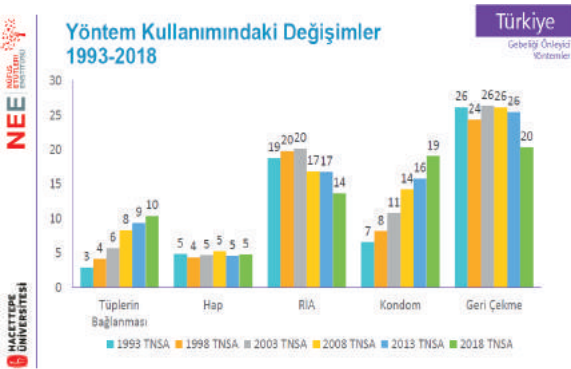
var ki Türkiye verileri incelendiğinde bölgeler arası etkili yöntem kullanımı arasında farklılıklar devam etmekte ve bazı aileler istedikleri halde etkili AP yöntemine ulaşamamaktadırlar. **Bu bağlamda 3 bulgu çok çarpıcıdır;** En son yapılan araştırmalara göre, Türkiye'de uzun yıllardır ailelerin en fazla tercih ettiği RİA yönteminin kullanımı geçen son 15 yılda giderek azalma eğilimindedir. Birinci basamak sağlık birimleri-ASM'lerde, mevcut politik atmosfer nedeni ile bu hizmetleri vermedeki "ür-

KUTU 18.3

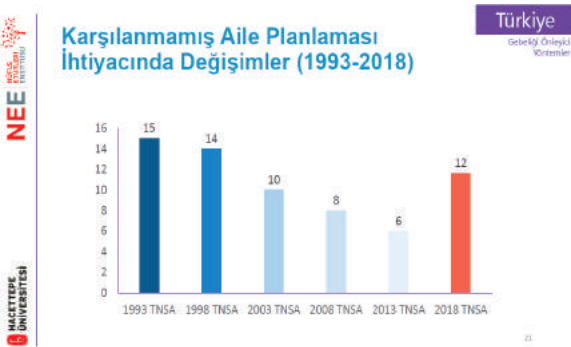
ICPD+25 Nairobi Zirvesi - Hedef-1; Önlenabilir nedenlere bağlı Anne Ölümünün sıfıra indirilmesinde mevcut sorunlar:

- Önlenabilir ölümler hala Anne Ölümünün 2/3 ü olarak yüksektir.
- Bölgeler, yöreler arası eşitsizlikler sürüyor
- Riskli gebelikler hala sorun (3 gebelikten biri riskli)
- Verilen obstetrik hizmetin niteliği; uygun teknolojiye ulaşım vb. konuların ayrıntılı incelenmesine gerek var.
- Kadının doğurganlığı politik olarak teşvik edilmekte
- Sağlık sisteminde, ÜS hizmetlerine hak temelli yaklaşım göz ardı edilmekte olup konu Sağlık Bakanlığının (SB) Stratejik planında bile yer almamaktadır.
- En önemlisi AP hizmetlerine ulaşım, politik olarak engellenmektedir,
- Sağlık sistemi hastalık odaklı olup koruyucu hizmetlerin topluma ulaştırılmasında sağlık ekibi bağlamında eksiklikler mevcuttur.

keklik ve çekimsellik” bilinen, gözlemlenen “bir insan hakkı ihlali” olup bu durum şaşırtıcı olmaktadır. Yine son beş yılda Türkiye’de, artık çocuk istemediği halde hiçbir yöntemle korunmayanların oranı %6’dan %12’ye çıkmış, yani ikiye katlanmıştır¹⁴. Diğer taraftan artık çocuk istemeyen ya da ara vermek isteyenlerin oranı da son verilere göre %21 olup toplamda ailelerin %33’ü yani her üç aileden biri ihtiyacı olduğu halde etkili bir kontraseptif yöntemle ulaşamamakta, kullanamamaktadır. **Oysa Nairobi Zirvesinde bu grubun oranının 2030 yılına dek “sıfır” olması hedeflenmiştir.** Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Yöntem Kullanımındaki Değişimler (1993- 2018):



Şekil 18.10 Türkiye’de Yıllara Göre KS Yöntem Kullanımındaki Değişimler.

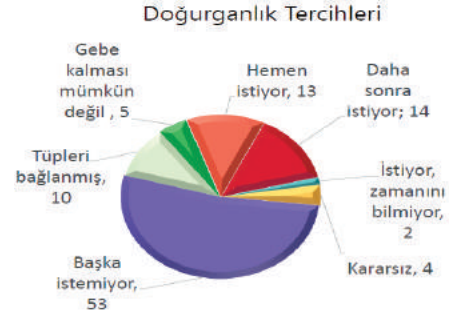


Şekil 18.11 Türkiye’de Yıllara Göre AP’da Karşılanmamış Gereksinim.

Nairobi Zirvesinde konulan 2. Hedef Türkiye’nin ulaşabilmesi ile ilgili belki de en olumsuz bulgu 2018 yılında “AP’nda karşılanmayan gereksinimin” ikiye katlanması yani %6’dan %12’ye çıkmasıdır. **Bu artışta 3 önemli faktörün olduğu düşünülmektedir; ilki** kontraseptif kullanımına politik olarak karşı duruş; **ikincisi**, kadınların doğurganlığının yine politik olarak teşvik edilmesi ve

3. faktör ise mevcut sağlık sisteminde özellikle birinci basamakta bu hizmetlerin yeterli verilmemesidir. Tüm bunlar düşünüldüğünde karşılanmayan AP gereksiniminin ikiye katlanması şaşırtıcı olmaktadır (**Şekil 18.11**)⁽¹⁴⁾.

Doğurganlık Tercihleri



Şekil 18.12 Türkiye’de 15-49 yaş Kadınların Doğurganlık Tercihleri (%) (2018- TNSA).

Aynı konu diğer bir değerlendirme ile incelenecek olur ise; Türkiye’de AP’de karşılanmayan gereksinim olarak tanımlanan “artık çocuk istemeyen ve hiçbir yöntem kullanmayanlar” %12; diğer taraftan halen çocuk istemeyen ya da ara vermek istediği halde etkisiz yöntemle korunan ailelerin oranı %21 **olup toplamda %33** ailenin “karşılanmayan AP gereksinimi mevcuttur”⁽¹⁴⁾ (**Kutu 18.4**).

Çözüm için; tüm bu faktörler dikkate alınarak her biri ile uygun strateji ve müdahale programlarının uygulanması ile mücadele edilmelidir.

ICPD 25 Nairobi Zirvesi-Hedef 3: GBV-KYŞ (Toplumsal Cinsiyet Temelli -Kadına Yönelik Şiddet) ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi (Çocuk yaşta evlilikler ve FGM)

Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet(KYŞ) Araştırması’nın ilki 2008 yılında ikincisi ise 2013 yılında yapılmış olup sonuçlar özetle; fiziksel şiddet %36, cinsel şiddet %12, psikolojik şiddet %44 ve ekonomik şiddet %24 olarak tespit edilmiş olup KYŞ’in her türü çok yaygındır⁽²⁵⁾.

Türkiye’de kadın sünneti (FGM-genital sakatlama) sorun değildir. KYŞ ve dünyadaki sayıları 700 milyona ulaşan çocuk yaş evlilikleri için aynı şey söylenememektedir⁽²⁶⁾. Türkiye’de yaklaşık her 3 evlilikten birinin çocuk yaşta yapılan evlilik olduğu ve her 3 kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü gerçekleri ve toplumun kabul edilmemesi gereken bu durumları “meşrulaştırma” çabaları gözönüne

alındığında konu ile mücadelenin güçlüğü daha iyi anlaşılabilir. Her iki konunun da temel nedeni “toplumsal cinsiyet ayrımcılığı” olduğu için **Nairobi de belirlenen üçüncü Hedef Türkiye'nin ulaşılabilir durumunun değerlendirilmesinde belki de en önemli gösterge “objektif hesaplamalarla yapılan “toplumsal cinsiyet fark endeksi”dir** ⁽²⁷⁾.

Dünya Ekonomik Forum Raporu'nda Türkiye için belirtilen “toplumsal cinsiyet fark endeksi” yıllara göre aşağıda belirtildiği gibidir: Kuşkusuz dikkat çeken ülke sıralamalarında kadın erkek eşitsizliğinin yıllar içinde giderek arttığı ve Türkiye'nin daha geri sıralara kaydığıdır (Kutu 18.5). Bu durum herkesin, ancak en başta da “insan hakları- savunucuları” ve de anayasal görevi insan haklarını garanti etmek olan “devlet”in dikkate alması ve ana-

yasamızın 10. maddesi gereği çözüm üretmesi gereken bir konudur. Ancak unutulmaması gereken bu konuda başta kadınlar, erkekler, aileler olmak üzere herkese, her sektöre, her bireye de görev ve sorumluluk düşmektedir (Kutu 18.6).

Çözüm için; yukarıda bir bölümüne değinilmiş olan tüm faktörlerle etkili olarak mücadele edilmelidir.

ICPD 25 Nairobi Zirvesi-Hedef 4; Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi- özellikle CSÜS konularında hizmet sunulması

Konu bağlamında mevcut sorunlar ve genel çözüm önerileri:

Gençlere, özellikle CSÜS bağlamında genel bakış açısındaki olumsuzluk örneğin, onlar sağlıklıdır, bu tür gereksinimleri yoktur, bu tür hizmetle-

KUTU 18.4

ICPD 25 Nairobi Zirvesi-Hedef 2; AP'nda karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi hedefine ulaşmada mevcut sorunlar:

- CSÜS konularına Hak temelli yaklaşımın olmaması
- Bilinçli olarak AP hizmetlerinin sunulmaması
- Politik direnç / engel
- Zihniyet (kadına bakış açısı- kadınların doğurganlık objesi gibi görülmesi)
- Kadınların Cumhuriyetle kazandıkları haklarındaki gerilemeler
- Sağlık sisteminde, Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yaklaşımının zayıflaması, hizmetlerin hastalıkla başlayan, paraya endeksli olarak verilmesi.

KUTU 18.5

Dünya Ekonomik Forum Raporuna göre ülke sıralamalarında “toplumsal cinsiyet fark endeksi (Türkiye, 2013-2019)”⁽²⁸⁾

2013 yılı : 136 ülke içinde 120. sırada
2014 yılı: 142 ülke içinde 125. sırada
2015 yılı: 145 ülke içinde 130. sırada
2016 yılı: 144 ülke içinde 130. sırada
2017 yılı: 44 ülke içinde 131. sırada
2018 yılı: 145 ülke içinde 130. sırada
2019 yılı: 153 ülke içinde 130. sırada

KUTU 18.6

ICPD 25 Nairobi Zirvesi-Hedef 3; GBV-KYŞ ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi (Çocuk yaşta evlilikler; FGM) mevcut sorunlar:

- Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının giderek artıyor olması
- Kadın – Erkek eşitsizliği (yaslarda olmasa da uygulamalardaki varlığı)
- Ekonomik güçlükler-yoksulluk
- Zararlı geleneksel uygulamaların varlığı - yaygınlığı
- Mevcut yasaların uygulamalara yansımaması
- Zihniyet (kadına yönelik ayrımcı bakış açısı)
- Kadınların Cumhuriyetle kazandıkları haklarındaki gerilemeler
- Sağlık sisteminin “TSH-sağlığı koruma ve geliştirci yönlerinin yetersiz olması”

re de ihtiyaçları yoktur vb. algısıdır. Oysa büyüyen gelişen bu yaş grubunun CSÜS konularındaki dayanışmanlıklara, ihtiyaç duyduklarında klinik hizmetlere de ihtiyaçları vardır. Bunu sağlamak yine devletin, hükümetlerin anayasal görevlerindedir. Bu bağlamda unutulmaması gereken genç yaş grubuna verilecek CSÜS hizmetleri özellikli olup hizmetler mutlaka **“genç dostu hizmet yaklaşımı”** ile ve mahremiyete tam uyularak verilmelidir. Aksi takdirde genç grup bu hizmetleri kullanmayacak, yine bildiği arkadaş, medya vb. yollarla çözüm arayacaktır ki bu da arzu edilen bir çözüm olmamaktadır. **Sağlık sistemi:** Yukarıdaki sağlık modelinin oluşturulması ve gençler tarafından kullanımı sağlık sisteminde gençler için oluşturulmuş “hizmet biçimi”ne bağlıdır. Örneğin, geçmişte Türkiye’de oluşturulmuş ve uygulanmış olan “genç dostu sağlık sistemi yaklaşımı” olumlu bir örnek olduğu halde 2000’li yıllardan sonra bu modele son verilmiştir. Gençlerin güçlenmesi için yeterli - **nitelikli eğitim, istihdamın sağlanması** gibi ön koşulların yokluğu da diğer sorunlardır.

Çözüm için; tüm bu faktörlerle mücadele edilmelidir.

Sonuç olarak özetle, Türkiye’nin 2030 yılına dek Nairobi Zirvesi’nde belirlenen hedeflere ulaşması için bilinçli, planlı adımlar atması gerekmektedir. Yukarıda özetlenen sorunlar dikkate alınarak vurgulanan müdahalelerin politik kararlılık ve şeffaflıkla UA kararlar paralelinde eksiksiz yapılması gerekmektedir.⁽²⁸⁾ **Bu yazı kapsamında Kutu 1,3,4,5 ve 6 da özetlenen sorunların her biri ile mücadele edilmesi gerekmektedir. (Bakınız Kutu 18.1, 18.3, 18.4, 18.5 ve 18.6)**

Türkiye özellikle kadın hakları, genel sağlık ve CSÜS alanlarında yıllara dayanan deneyim ve birikimleri- başarıları olmuş bir ülkedir. Bazı hizmetlerdeki duraklama ya da gerileme bilim çevrelerinin ve karar vericilerin dikkatini çekmektedir, çekmelidir.

Üreme sağlığı/Kadın Sağlığı hizmetlerini kapsamlı ve eksiksiz almanın bir insan hakkı olduğu noktasından hareket edilerek “hak temelli yaklaşımlar benimsenmelidir”.

Türkiye, UA platformlarda imzaladığı, taahhüt ettiği sorumluluklarını yerine getirirken bu konuda izleme mekanizmalarını kurumsallaştırarak sürdürmelidir.

Mevcut sorunlarla ilgili toplumda, her sektör ve disiplinde farkındalık artırıcı faaliyetlere hız verilmelidir. Öncülük-liderlik gereklidir.

Savunuculuk faaliyetlerinin, ülke gerçeklerine göre ve bilimsel yöntemlere göre stratejiler belirlenerek sürekliliği sağlanmalıdır.

Sağlık sisteminin koruyucu hizmetler yönünden özellikle CSÜS bağlantılı sorun alanları, kanıtlarla ortaya konulmalıdır.

Uluslararası kuruluşlarla yakın iletişim ve işbirliği yapılmalı ve güncel gündemin gerisinde kalmamalıdır.

Üniversiteler toplumun özelliklerinin oluşmasında, sorunların çözümünde önemli rolü olan kuruluşlar olup özerk yapıları bozulmaksızın, sistemli ve organize olarak sorumluluklarını yerine getirmelidirler. Bu kapsamda uluslararası kuruluşlar, karar vericiler, STK’lar ve toplumla gerekli iletişim ve bağlantılar kurarak tartışmalı ve bilimsel rehberlik ve savunuculuk görevini yerine getirmelidir.

Kaynaklar

- 1) Akın, A., Türkçelik, E.; “Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması”, CEİD Yayınları: 9, ISBN: 978-605-64847-8-0, Aralık 2018, Ankara.
- 2) Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994 20th Anniversary Edition (Copyright © 2014 United Nations Population Fund).
- 3) Akın, A., Özvarış, ŞB. (2012). Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içerisinde*. (Ed. Güler, Ç., Akın L.) Bölüm 6: Ankara: Hacettepe Üniversitesi
- 4) Review of the implementation of the programme of action of the international conference on population and development fulfilling the ICPD promise progress, gaps and working at scalere view of the implementation of the ICPD programme of action dignity and human, rights: what has been achieved? Sustainable Development Goals 4, 5 and 8, UNFPA Publication, 2019
- 5) Policy Recommendations for the ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health & Rights for All. UN Publication. 2013. High-Level Task Force for ICPD. p.3-41.
- 6) ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights Noordwijk, the Netherlands, 7-10 July 2013 Conference Report: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ICP_%20Beyond_201 (Erişim: 14.07. 2020)
- 7) ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights. International Thematic Conference/Report of the ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights. pdf (Erişim: 14.07.2020)
- 8) Alkema L., Kantorova V., Menozzi C., Biddlecom A. 2013. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. Vol. 381: 9878, pp: 1642-1652 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1) (Erişim: 14.07. 2020)

- 9) Fulfilling the ICPD promise review of the implementation of the programme of action of the ICPD Progress, gaps and working at scale. Prepared by the Technical Division of UNFPA, 2019. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CDP_report_23-online.pdf (Erişim: 14.07.2020)
- 10) The Nairobi Summit on ICPD25. <https://www.nairobisummit-icpd.org/content/icpd25-commitments> (Erişim: 14.07.2020)
- 11) Policy Recommendations for the ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health & Rights for All. UN Publication. 2013. High-Level Task Force for ICPD. p.3-41.
- 12) Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 sürdürülebilir kalkınma hedefleri Selin Nergiz Özbakır İzmir Ticaret Odası, 2016; http://izto.org.tr/demo_betanix/uploads/cms/yonetim.ieu.edu.tr/6360_1470056885.pdf (Erişim: 13.07.2020)
- 13) BM tarafından 2030 yılına kadar ulaşılması Planlanan 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>
- 14) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Serisi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları; 1978; 1983; 1988; 1993; 1998; 2003; 2008; 2013;2018, Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> (Erişim: 13.07.2020)
- 15) Nüfus Planlaması Hakkında Kanunlar. 1965, 1983. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>. (Erişim: 25.04.2020).
- 16) Akın, A. Emergence of the Family Planning Program in Turkey in The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A., The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102. The Worldbank. <http://siteresources.worldbank.org/>
- 17) Akın, A.; From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey. Health Human Care Resource Availability: The Impact on Health in Turkey. France: Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales 50, 4, 2010, ss. 445-462.
- 18) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. ss:5-13 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5148,anneolumpdf.pdf?0> (Erişim: 15.04.2019)
- 19) Akın, A., Türkiye'de Anne Ölümleri. Toplum ve Hekim. No. 42, pp. 5-15 Türk Tabipleri Birliği (TTB) yayını Ankara, Mart 1987.
- 20) Akın A, Güçüz Doğan B, Mihçioğur S. "Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması" Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü (Çoğaltılmış Rapor) Ankara. 2000
- 21) TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019 Birim Faaliyet Raporu Halk Sağlığı Gn. Md. Ocak 2020. s.152
- 22) Starbird E, Norton M, Marcus R.; Investing in family planning: Key to achieving the sustainable development goals. Glob Health Sci Pract. 2016;4:191-210.
- 23) UNFPA consultation on ending unmet need for family planning. <https://sites.google.com/a/unfpa.org/global-consultation-on-family-planning/home>, 2019.
- 24) Akın,A.; Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Turkish journal of public health - Türkiye halk sağlığı dergisi kışım 2012, cilt 10, düşükler özel sayı 1, ed.Bulut,A.ss., 43-60
- 25) Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2015 <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap-26Mart.pdf> (Erişim: 14.07.2020)
- 26) "Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı" Ed.Akın,A.,Özpınar,S.;- Nobel Yayınları,yayın No.2179,ISBN-978-605-7928-88-7, Aralık 2018
- 27) Dünya Ekonomik Forumu. (2017; 2019). Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi (Global Gender Gap Index) <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017> /2019 (Erişim:20.04.2020)
- 28) Akın, A., Moazzam, A.; "Celebrating the 25th anniversary of the International Conference on Population and Development: A perspective from Turkey" Int J. Gynecol Obstet 2019; 1-2 wileyonlinelibrary.com/journal/ijgo, 2019 International Federation of Gynecology and Obstetrics.



İstenmeyen Gebelikler > ve İsteyerek Düşükler

19

PROF. DR. AYŞE AKIN • DOÇ. DR. ÖZLEM TERZİ

İstenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşükler, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bir yılda 74 milyon istenmeyen gebelik ve 25 milyon sağlıksız düşük meydana gelmekte ve 47 bin anne ölümüne neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı raporuna göre dünyada her gün yaklaşık 830 anne ölümü gerçekleşmektedir. Halk sağlığı yönü ile çok önemli olan husus gerek istenmeyen gebelikler gerekse sağlıksız düşüklerin “önlenebilir olmasıdır”.^(1,2) Bu bölümde ele alınan her iki konuda da kırsal alanda yaşama, eğitimsizlik, yoksulluk, riskli gebelikler gibi çoğu neden ortak olup, çözümde de ortak olan risklerin tümünün dikkate alınması gerekir.

DSÖ tarafından 2010 yılında başlatılan bir çalışma ile 2016-2030 yıllarını kapsayan, kadınlar, çocuklar ve ergenlerin önlenebilir ölümlerini sona erdirmek için küresel bir yol haritası oluşturulmuş ve ülkelerin oluşturulan küresel stratejiler uyarınca, kendi gereksinimlerine göre müdahale alanlarını belirlemeleri, sağlık sistemlerine dâhil etmeleri beklenmektedir. Riskli gebeliklerin belirlenmesi, danışmanlık dâhil kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerine herkesin ulaşılabilirliğinin sağlanması, beklenen CSÜS hizmetlerinden bazı örneklerdir.⁽³⁾

İstenmeyen gebelikler, doğum öncesi bakım yetersizliği, anne-bebek ölümleri, düşük doğum ağırlıklı bebek, bebek-çocuk ihmali gibi pek çok ciddi sorunu beraberinde getirmektedir. İstenmeyen gebeliklerin bir diğer önemli sonucu da düşüklere dir.

Bu tür gebeliklerin yaklaşık yarısı düşükle sonuçlanmakta ve bu işlem özellikle sağlıksız/güvenli

olmayan koşullarda yapıldığında anne, yeni doğan ölümleri ve ölü doğumlara neden olmasının yanı sıra tıbbi ve psikososyal pek çok ciddi sağlık riskleri bulunmaktadır.

Yüksek oranda istemeyen gebelik, doğum ve isteyerek düşük gözlenmesi, sağlık hizmet sunumundaki yetersizliğin ve özellikle aile planlaması hizmetlerindeki (AP) karşılanmayan gereksiniminin yüksekliğinin bir sonucudur.

Bireyin doğurganlığını kontrol altına alması için, gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık haklarından biridir. 2017 yılında dünya çapında karşılanamayan AP gereksiniminin %7-36 arasında değiştiği bildirilmiştir.^(4,5)

Türkiye’de konu ile ilgili son duruma, TNSA 2018 sonuçları ışık tutmaktadır. Türkiye’de, kadınların büyük bir çoğunluğu gelecekte doğurganlıklarını kontrol etmek istemektedirler. Son 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %10,6’sının daha sonra olması tercih edilirken, %14,8’i ise istenmeyen gebelikler sonucu gerçekleşen doğumlardır.

İstenmeyen doğum sıklığı, 25-29 yaş kadınlarda %12,3, 40 yaş ve üzerindeki kadınların ise %52,6’dır (Tablo 19.1). Planlanmamış bir dönemde gerçekleşen doğumların sıklığı 4 ve üzerinde doğumu olan kadınlar için 2008’de %4,2 iken 2013’te %9,3’e ve 2018’de %8,4’e çıktığı yani ikiye katlandığı gözlenmiştir.⁽⁶⁻⁸⁾

Türkiye’de son 10 yılda istenmeyen doğumların sıklığı ile ilgili ayrıntılar Tablo 19.1’de verilmiştir. Görüleceği üzere, istenmeyen gebeliklere bağlı istenmeyen doğumların sıklığı annenin yaşı,

Tablo 19.1 15-49 yaşlarındaki kadınların araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde gerçekleşen doğumlarının (araştırma sırasındaki gebelikler dâhil) planlanma durumunun, doğum sırasına ve annenin doğumdaki yaşına göre yüzde dağılımları, (Türkiye 2008-2018)

Değişkenler		İstenmeyen gebeliklere bağlı doğumlar			Daha sonra istenen gebeliklere bağlı doğumlar			Toplam İstenmeyen Doğumlar		
		2008	2013	2018	2008	2013	2018	2008	2013	2018
Yıl										
Doğum sırası	1	1,2	1,6	1,6	8,5	6,0	8,0	9,7	7,6	9,6
	2	9,1	6,6	8,3	15,9	15,6	13,4	25,	21,7	13,5
	3	27,5	22,8	25,8	12,7	14,7	12,2	40,2	37,5	38,
	4+	52,1	40,2	42,4	4,2	9,3	8,4	56,3	49,5	50,8
Doğumda anne yaşı	<20	6,9	3,2	5,4	13,0	15,8	15,0	20,	19,	20,4
	20-24	11,7	6,6	8,6	12,5	12,0	12,0	24,9	18,6	20,6
	25-29	15,6	9,4	12,3	12,1	12,8	12,4	27,7	22,2	24,7
	30-34	29,0	18,3	16,9	6,4	9,2	10,0	35,4	27,5	26,9
	35-39	31,9	26,2	30,0	4,5	7,2	3,7	36,4	33,4	33,7
	40+ yaş	45,4	41,8	52,6	0,8	0,0	0,0	46,2	41,8	52,6
TOPLAM		17,7	12,5	14,8	10,5	11,2	10,6	28,2	23,7	24,6

Kaynak: TNSA 2008-2018

ve artan doğum sırasına göre giderek artmaktadır (Tablo 19.1). 2008, 2013 ve 2018 yıllarında yapılan araştırma sonuçlarına göre üreme çağındaki kadınlarda istenmeyen gebeliklere bağlı istenmeyen toplam doğum oranları sırası ile % 28,2; % 23,7 ve % 24,6'dır.⁽⁶⁻⁸⁾

İsteyerek Düşükler

Gelişmiş ülkelerde istenmeyen gebeliklerin büyük bir kısmı yasal olarak sonlandırılırken, gelişmekte olan ülkelerde çoğunluğu istenmeyen doğumla ya da yasa dışı tehlikeli düşüklerle sonuçlanmaktadır.⁽⁹⁾

DSÖ'nün tahminlerine göre 2010-2014, tüm dünyada ortalama olarak, 15-44 yaşları arasındaki her 1000 kadından 35'inin her yıl isteyerek düşük yaptığı tahmin edilmektedir. Dünyanın farklı bölgelerinde düşüklerin / kürtajların (burada kürtaj sözcüğü pek çok kaynakta kullanıldığı gibi "gebeliğin düşükle sonlandırılması" anlamında kullanılmaktadır) %55'i "güvenli" iken, %45'inin ise önerilen tıbbi standartları karşılamadığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar, güvenli düşüklere erişimin sağlanması için hala çok büyük çabalar gerektiğini ortaya koymaktadır.

Dünyadaki isteyerek düşüklere %88'inin gerçekleştiği gelişmekte olan ülkelerdeki oranlar, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Batı Avrupa (1000 kadında 16), Kuzey Avrupa'da (18) ve Kuzey Amerika'da (17) olduğu gibi, liberal yasalara sahip

ülkelerin büyük bir kısmı, başarılı cinsel eğitim ve aile planlaması programları sayesinde daha düşük oranlara sahiptir. Kısıtlayıcı yasalara sahip ülkelerde ise isteyerek düşük/kürtaj insidansı daha yüksektir (ortalama 37).⁽¹⁰⁾

Güvensiz düşük/kürtaj sonucunda gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 7 milyon kadın hastaneye kabul edilmekte olup, tüm dünya genelindeki anne ölümlerinin %4,7-%13,2'si güvensiz düşükle ilişkilendirilmektedir. İsteyerek düşüklere bağlı mortalite ve morbiditeler, gebeliğin güvenli olarak düşükle sonlandırılması yasal koşullarda, yasa ile belirlenen sürelerle uyularak cinsellik eğitimi, doğum kontrol yöntemlerinin etkili kullanılması, komplikasyonlara zamanında müdahale ile önlenabilir.

Türkiye'de istemli ve istemsiz düşüklere yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların ilki 1959'da Batı ve Orta Anadolu köylerinde Fişek ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür. Çalışmaya alınan 7029 kadının %29'unda en az bir düşük öyküsü olduğu ve 100 canlı doğuma karşılık 14,5 düşük yapıldığı saptanmıştır. Aynı araştırmanın diğer önemli bulguları ise, AÖO'nı yüzbin canlı doğumda 265 olup bu ölümlerin %53'ü isteyerek yapılan sağlıksız düşüklere bağlı meydana gelmiştir.^(9,11-13)

Türkiye'de yapılan diğer bazı çalışmalarda da düşüğün yasal olmadığı dönemlerde giderek arttığı gösterilmiştir. Bu artışta, kadının eğitim düzeyinin artması ve kentlerde oturan kadınların sağlık

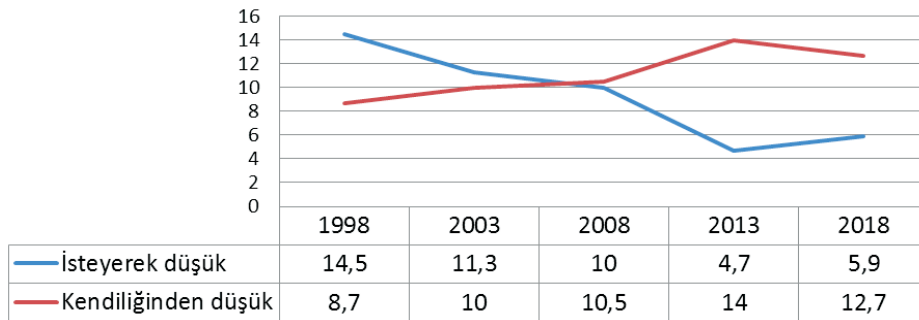
hizmetlerine ulaşımının daha fazla olmasının rol oynadığı vurgulanmaktadır. Pek çok araştırmada, sosyal ve ekonomik nedenlerle çocuk düşürmenin yasayla yasaklanarak önlenemeyeceği vurgulanmaktadır.^(9,11-13)

Türkiye’de 1923 yılından beri izlenen pronatalist nüfus politikası, toplumun talep ve gereksinimi doğrultusunda özellikle de sağlık gerekçesi ile değiştirilerek 1965 yılında ilk yasal düzenleme ile (1965 yılı 557 sayılı Kanun) antinatalist nüfus politikasına geçilmiştir. Bu ilk yasada sadece AP yöntemlerinin tanıtımı ve kullanımı yasal, tıbbi nedenler dışında, isteyerek gebeliğin sonlandırılması ise yasaktı. Bu dönemde yapılan çalışmalar, mevcut yasanın isteyerek düşüklerin önlenmesini sağlamadığı kadın sağlığını geliştirmek için istenmeyen gebeliklerin sağlıklı, güvenilir koşullarda yapılabilen, yasal düşüklerle sonlandırılmasının sağlanması gerektiğine işaret etmiştir. Bu nedenle başlatılan bir seri bilimsel araştırma ve etkili savunuculuk çalışmaları ve çabaları ile 1983 yılında “2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun” kabul edilmiştir. Bu kanun ile isteğe bağlı olarak, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir. Son yıllarda konu ile ilgili bazı tartışma ve çabalara rağmen bir insan hakkı olan doğurganlığı konusunda kadının karar verebilmesini sağlayan bu yasa varlığını aynen sürdürmektedir. Karar vericilerin gözden kaçırmaması gereken husus **Türkiye’de izlenen nüfus politikaları ve toplumun talep ve gereksinimleri doğrultusunda kabul edilen 1965 ve 1983 yasaları ve başarılı AP uygulamaları ile sağlıksız düşüklerin anne ölümleri içindeki payı %53 den %2 ‘ye düşmüştür.**^(9,14-16)

Türkiye’de yaşam boyu gerçekleşen kendiliğinden düşüklerin oranında araştırmaların kapsadığı

son 25 yılda büyük bir değişim gerçekleşmemiştir. TNSA 1998’de %21,6’i olan en az bir kez kendiliğinden düşük oranı, TNSA 2018’de %22,4 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte her 100 gebelikte kendiliğinden düşük sıklığında 20 yıl önceki verilere göre kısmen bir artış olup, TNSA 2008’de %8,7 olan oranın, TNSA 2018’de %12,7’ye çıkması dikkat çekicidir. Benzer şekilde, 2008 yılında 100 gebelikte 10 olan isteyerek düşüklerin 2013’de 4,7’ye düşüşü daha sonra 2018 TNSA sonuçlarına göre 5,9 olması da dikkat çekicidir.^(6-8, 17) Bu eğilimlerin yeterli yorumunun yapılabilmesi için geçmişteki olayların da hatırlanması gerekir; Şöyle ki, 2012 yılında isteyerek düşük konusunun “cinayet” olarak nitelendirilmesi düşünüldüğünde bu sonucun, yanıt verenlerin gerçekte isteyerek yaptığı düşüğü, politik atmosferden etkilenerek kendiliğinden düşük olarak ifade ettiği sorusunu akla getirmektedir. Çünkü kendiliğinden düşük oranında da beklenmeyen bir artış gözlenmiştir. Bu durum ileride yapılacak araştırma ve analizlerde akılda tutulması gereken bir husustur (**Şekil 19.1**).

Yaşam boyu ortalama isteyerek düşük sayısı 1998 TNSA’da 0,5 iken 20 sene sonra 2018 TNSA’da bu sayı 0,21’dir. 100 gebelikte isteyerek düşük sayısı 1993 TNSA’da 18 iken, 2013 TNSA’da 5’e düşmüş, 2018 TNSA’da ise benzer seviyede kalmıştır (100 gebelikte 6).^(6-8,17) TNSA 2018’de 15-49 yaş grubu evli kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, kadının yaşı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça, isteyerek düşük oranı arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir (**Tablo 19.2**). Benzer şekilde TNSA 2018’de beş ya da daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlarda isteyerek düşük oranı, yaşayan çocuğu olmayanlara göre iki katından daha fazladır (sırasıyla %19 ve %7).⁽⁸⁾



Şekil 19.1 İsteyerek ve Kendiliğinden Düşükler (100 gebelikte) (TNSA 1998-2018).

Kaynak: TNSA 1998-2018

Bölgesel özellikler ve yerleşim yeri açısından yapılan incelemede ise isteyerek düşük yapmış kadınların oranı son 25 yıla değişmez şekilde hep batıda doğudan, kentlerde de kırsal bölgelerden daha yüksek olmuştur. TNSA 1998'de evli kadınlar içinde kentte neredeyse her 3 kadında birinin (%29,6) ve kırdada ise her beş kadından birinin (%20,5) en az bir isteyerek düşüğü varken TNSA 2018'de bu oranlar yine kentte yüksek olmak koşuluyla hem düşmüş, hem de birbirine çok yaklaşmıştır (%15,2 ve %14,5). TNSA 1998'de en yüksek batıda (%30,7) ve en düşük doğuda (%18,2) gözlenen isteyerek düşük oranı, son 20 yılda azalarak seyretmiş ve Batı'da %16,3'e, Doğu'da %13,2'ye düşmüştür. 1998 TNSA'dan önceki beş yıldaki 100 gebelikten Batı'da 18,0'i Doğu'da ise 7,6'sı isteyerek düşükle sonlanmış iken TNSA 2018'de bu sayıların birbirine çok yakın şekilde Batı'da 6,8 ve Doğu'da 6,1 olduğu görülmektedir. Düşme eğilimi tüm bölgelerde olmakla birlikte son 10 yılda Kuzey'de çok daha belirgin olup TNSA 1998'de %15,6 olan 100 gebelikte isteyerek düşük oranı TNSA 2018'de %2,8'e düşmüştür (Şekil 19.2).^(8,17)

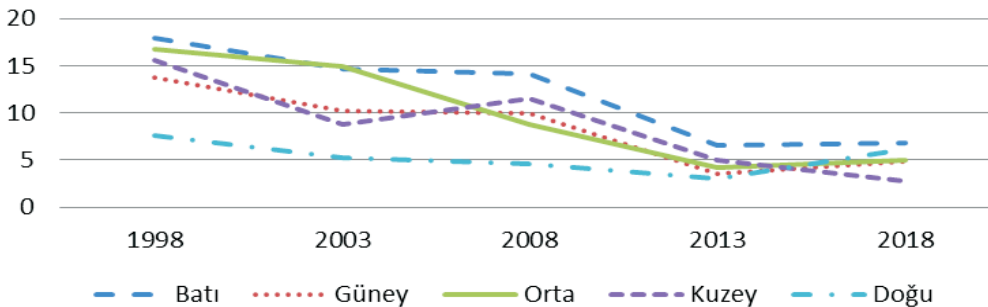
İBBS-1 ("İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)" Avrupa Birliği (AB) ülkelerince kullanılan bir istatistiki sınıflandırmadır). Bölgelerine göre isteyerek düşük oranlarının 10 yıllık değişimi incelendiğinde TNSA 2013'de İstanbul'da en yüksek Batı Marmara'da (%19,7) ve en düşük Güneydoğu Anadolu'da (%8,1) gözlenirken, TNSA 2018'de en yüksek İstanbul (%18,4) ve en düşük ise Doğu Karadeniz'de (%9,7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 19.2). Her 100 gebelikte isteyerek düşük oranındaki değişim ise farklılık göstermekte ve 2013 TNSA'da Batı Marmara (%8,7) ve Ege'de (%8,7) en yüksek düzeyde iken, Doğu Marmara'da (%2,3) ve Güneydoğu Anadolu'da (%2,6) en düşük düzeyde, TNSA

2018'de ise İstanbul'da (%8,1) en yüksek iken, Doğu Karadeniz'de (%1,8) en düşük düzeyde kalmaktadır.^(7,8) İsteyerek düşük sıklığındaki bölgeler arası bu farklılaşma, zaman içinde gerçekleşen içe ve dışa göçler, çalışma hayatının tarımdan endüstriye doğru kayması, kadınların çalışma hayatına aktif katılımı gibi nedenlerle genç nüfusun ve doğurgan çağdaki kadınların doğudan ve kuzeyden, batıya özellikle de İstanbul'a olan nüfus hareketliliğine bağlı olabilir. Bununla birlikte kadınların ya da eşlerinin çok sayıda veya istenilen cinsiyete çocuk sahip olmak istemeleri nedeniyle de isteyerek düşük oranlarının bazı bölgelerde daha düşük seyretmesi mümkündür. Örneğin Doğu Anadolu bölgesinin en büyük illerinden biri olan Erzurum'da 2015'te yapılan bir çalışmada, gebelik ve doğum oranları ülkemizin diğer bölgelerine göre daha yüksek olduğu, daha erken yaşlarda evlenen kadınların ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altında bulunduğu ve erkek cinsiyette çocuk sahibi olmak ya da çok çocuklu olmak için daha fazla gebelik ve doğum yaşadıkları belirtilmiştir (Ek 19.1).⁽¹⁸⁾

Türkiye'de eğitim düzeyinin isteyerek düşük oranına etkisi de zamanla değişim göstermiştir. Tablo 19.2'de izleneceği gibi yıllar içerisinde her eğitim düzeyinde isteyerek yapılan düşük düzeyleri benzer eğilimle azalmıştır. Hissedilen hane halkı refah düzeyinin isteyerek düşüklere etkisi oransal olarak değişmekle birlikte en yüksek refah seviyesinde olanlarda daha yüksek oranda isteyerek düşüklere görülmeye devam etmiştir (Tablo 19.2).^(6-8, 17)

İsteyerek düşüklerde kontraseptif kullanım davranışı

İsteyerek düşük öncesinde kadınların hangi gebeliği önleyici yöntem kullandığının belirlenmesi çok



Şekil 19.2 Araştırmadan Önceki 5 Yılda İsteyerek Düşüklerin Yıllara ve Bölgelere Göre Dağılımı (100 Gebelikte, Türkiye).

Kaynak: TNSA 1998-2018.

Tablo 19.2 Araştırma tarihinden önceki 5 yıllık dönemde sonuçlanan isteyerek düşüklerin temel özelliklere göre dağılımı (100 Gebelikte) (TNSA 1998-2018).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları		1998	2003	2008	2013	2018
YAŞ	15-19	5,8	3,4	3,2	1,2	5,3
	20-24	7,7	5,6	4,1	2,5	2,4
	25-29	12,6	9,5	9,7	3,9	3,7
	30-34	23,3	19,1	12,8	4,9	7,7
	35-39	33,4	25,5	25,5	10,4	11,6
	40-44	42,5	33,7	29,9	19,9	16,4
	45-49	66,2	27,6	-	25,4	24,6
	EĞİTİM	Yok/İlkokulu bitirmemiş	11,8	8,3	5,50	3,4
İlköğretim birinci kademe		15,1	11,5	11,1	5,7	6,1
İlköğretim ikinci kademe		17,3*	12,8	7,1	3,2	4,0
YERLEŞİM YERİ	Lise ve üzeri	NA	14,8	13,1	5,3	6,4
	Kent	16,1	13,2	10,8	5,1	6,4
	Kır	11,6	7,2	7,80	3,4	4,1
	İstanbul	NA	15,1	17,9	6,4	8,1
NUTS1 Bölgeleri	Batı Marmara	NA	13,0	13,6	8,7	6,2
	Ege	NA	20,4	13,6	8,7	6,2
	Doğu Marmara	NA	7,4	7,0	2,3	3,5
	Batı Anadolu	NA	15,5	6,2	5,7	5,0
	Akdeniz	NA	10,2	9,9	3,5	4,8
	Orta Anadolu	NA	10,0	6,7	3,0	6,7
	Batı Karadeniz	NA	17,0	13,9	4,3	3,5
	Doğu Karadeniz	NA	6,3	11,5	4,8	1,8
	Kuzeydoğu Anadolu	NA	10,8	5,5	3,8	4,8
	Ortadoğu Anadolu	NA	4,4	5,1	3,8	7,2
HANE HALKI REFAHI	Güneydoğu Anadolu	NA	3,9	4,1	2,6	5,9
	En düşük	NA	NA	5,3	2,7	6,6
	Düşük	NA	NA	8,4	3,5	3,1
	Orta	NA	NA	10,9	5,4	6,0
	Yüksek	NA	NA	8,8	4,1	5,9
TOPLAM	14,5	11,3	10,0	4,7	5,9	

*Ortaokul ve üzeri eğitim almış kişileri içermektedir. Kaynak: TNSA 1998– 2018

önemlidir. Çünkü gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması genellikle gebeliği önleyici yöntemlerin yetersiz ya da hatalı kullanılması sonucunda gerçekleşmektedir. TNSA 2018'de kadınların isteyerek düşükten önceki ayda en çok geri çekme yöntemine (%20) başvurdukları belirlenmiştir. Her ne kadar TNSA 2013'de % 36,9 olan bu oran 2018'de neredeyse yarı yarıya düşse de, ülkemizde bu geleneksel yöntem hala yaygın kullanılmakta olup, istenmeyen gebelik için risk faktörlerinden birisidir. Ancak TNSA 2018'de en önemli sebebin herhangi bir yöntem kullanılmaması olarak belirlenmiş olup, isteyerek düşükten önceki ayda kadınların yaklaşık 3'te 2'si (%64) hiçbir yöntem kullanmamıştır. Oysa

TNSA 2013'de bu oran daha düşük olup %34 idi.^(7,8) (Tablo 19.3)

İsteyerek düşük sonrası kadınlara AP eğitimi verilmesi, modern bir AP yöntemi seçmesi ve kullanması konusunda danışmanlık yapılması gereklidir. TNSA 2018 verilerine göre son 5 yılda isteyerek düşük yapmış kadınların en son düşüklerinden sonra AP yöntemi kullanmaları çok düşük olup %60'ının herhangi bir yöntemle gebelikten korunmadığı ve %10'unun ise geri çekme yöntemini tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 19.3).⁽⁸⁾

Bu durum isteyerek düşük yapan kadınların yeterli ve etkili bir AP eğitimi ve danışmanlık hizmeti almadıklarını düşündürmektedir. Bununla birlikte

Tablo 19.3 Son isteyerek düşüğün öncesi ve sonrasında kullanılan aile planlaması yöntemleri (Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde isteyerek düşüğü olan kadınların son düşüklerinden önce ve sonra kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin yüzde dağılımları (TNSA 1998-2008-2013-2018)

Yöntemler	Düşük öncesi				Düşük sonrası			
	1998	2008	2013	2018	1998	2008	2013	2018
Hap	7,0	4,8	3,6	5,4	9,4	14,0	4,8	6,2
RiA	5,2	5,0	6,1	1,9	14,9	11,6	14,8	11,3
Enjeksiyon	0,2	0,4	1,2	-	0,4	1,6	0,7	-
Diyafram/Köpük/Jel	1,1	0,6	0,9	-	2,3	-	-	-
Kondom	8,5	10,8	17,2	8,8	8,4	14,9	17,0	10,1
Tüplerin bağlanması	-	-	-	-	1,1	0,5	1,3	1,2
Takvim	2,2	5,3	-	-	0,9	3,4	-	-
Gerçek çekme	41,5	39,0	36,9	19,6	27,4	21,7	13,7	9,9
Diğer	1,0	0,4	-	-	1,7	0,1	-	1,5
Yöntem kullanmamış	33,4	33,7	34,2	64,3	32,1	32,3	47,6	59,8

gebeliğin anne ve/veya bebek sağlığını olumsuz etkileyen tıbbi bir neden dolayısıyla sonlandırılması halinde, isteyerek düşük sonrası kadınlar herhangi bir AP yöntemi kullanmayı istemeyip, tekrar gebe kalmak istemiş de olabilir. Bu konu ileriki çalışmalarda araştırılması gereken bir husustur. Ayrıca isteyerek düşüğün zamanlaması da daha ileri aylara hatta yasal sınırın ötesine kaymış olup, her 4 isteyerek düşükten biri (%25,4) gebeliğin 3. Ayrı ve sonrasında yapılan sonlandırmalardır. Bu bulgu da hizmete ulaşmadaki güçlüğü mi işaret etmektedir bağlamında araştırılması gereken bir husustur.

İsteyerek Düşüğün Gerçekleştirildiği Yer

Son 10 yılda isteyerek düşüğün gerçekleştiği yerlerde de zamanla farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. TNSA 2013'de son isteyerek düşüğü olan kadınların %62'sinin özel doktor muayenehanesinde veya özel hastanede/klinikte düşük yaptığı belirtilirken, bu oran TNSA 2018'de %49'a gerilemiştir.^(7,8) Son 5 yılda kamu hastaneleri için %51'e çıkan bu payın da tıbbi nedenle düşüklerdeki artışın etkisinden kaynaklanıyor olabilir (Tablo 19.4).

Son yıllarda kamusal alanda artan istemli düşük sıklığı, bu hizmetin ücretsiz olduğu anlamına gelmemelidir. Edirne'de 2016-2017 yıllarında 15-49 yaş arası 395 kadınla yürütülen bir çalışmada istemli düşüklerin %60,6'sı devlet hastanesi/doğumevinde ve %38,8 ise özel muayenehane/özel hastanelerde gerçekleştiği ancak istemli düşüklerin %64,8'i için cepten harcama yapıldığını göstermiştir (Ek 19.1).⁽¹⁹⁾ Bu durum tıbbi gerekçe olsun olmasın kamusal alanda yapılan isteyerek düşükler için bile cepten harcama ihtiyacının olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde kamu hastanelerine yönelik önemli bir çalışmada gerekçesiz olarak isteyerek düşük hizmetinin yeterli düzeyde verilmediği gösterilmiştir. **Söz konusu araştırmada Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi tarafından Ekim 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.** Araştırmada Türkiye'deki devlet hastanelerinde kürtaj hizmetlerinin kullanılabilirliği araştırılmıştır. Kadın hastalıkları bölümlerine sahip 431 devlet hastanesinden sadece %7,8'inin gerekçesiz olarak kürtaj hizmeti

Tablo 19.4 Son isteyerek düşüğün gerçekleştirildiği kurum (Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde isteyerek düşüğü olan kadınların son düşüklerini gerçekleştirdikleri yere göre yüzde dağılımları(TNSA 1998-2008-2013-2018)

Kurumlar	1998	2008	2013	2018
Devlet Hastanesi / SSK hastanesi / Numune hastanesi	16,8	17,6	22,0	35,4
Doğumevi	5,5	6,4	9,3	4,7
Üniversite Hastanesi	1,4	1,1	1,9	2,3
Diğer Devlet Kuruluşları	0,1	1,8	0,4	8,5
Özel Sektör (Özel Hastane / Klinik / Muayenehane)	74,1	70,2	61,9	48,9
Bilinmiyor/cevapsız	2,2	2,9	1,6	0,3

sunduğu, %78'inin tıbbi bir gereklilik varsa kürtaj hizmeti sağladığı, %11,8'inin hiç hizmet vermediği ve %1,4'ünün ise konu ile ilgili hiç bilgi vermediği ortaya konulmuştur. Yine aynı araştırmada Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümleri olan 58 eğitim ve araştırma hastanesinden sadece %17,3'ünün nedensiz - kısıtlama olmaksızın kürtaj hizmeti verdiği, %71,1'inin ancak tıbbi gereklilik varsa hizmet verdiği ve %11,4'ünün hiç hizmet vermediği belirtilmiştir. Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgesinde yaklaşık 1,5 milyon doğurganlık çağında kadın bulunmasına rağmen, bu bölgelerde isteğe bağlı olarak kürtaj servisi veren devlet hastanesi bulunmadığına dikkat çekilmiş ve 81 ilden de 53'ünde isteğe bağlı olarak kürtaj hizmeti veren devlet hastanesi bulunmadığı vurgulanmıştır. ⁽²⁰⁾ Tüm bu çalışmalar kamusal alanda yasal olarak izin verilen süre içinde tıbbi nedenler dışında isteğe bağlı düşük yapılmasının çok yetersiz düzeyde olduğunu ve toplumun talebini karşılayamadığını ortaya koymaktadır. Özetle, “temel bir insan hakkı olan “doğurganlığın düzenlenmesi hakkı, ne yazık ki kamu hizmet birimlerince göz ardı edilmektedir. Bu durumdaki kadınların özel sektöre veya güvensiz ortamlarda kürtaja yönelmesinin kaçınılmaz olacağı ya da istenmeyen planlanmayan doğumlara yol açacağına sağlık konusunda karar verici konumda olanların iyi değerlendirmesi gerekir.”⁽²¹⁾

Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine ve Kürtaja Yönelik Tutumları

Van'da 2018-2019 yıllarında 610 kadınla yürütülen bir saha çalışmasında daha önce en az bir kez istenmeyen gebelik ve kendiliğinden düşüğü olan kadınların diğer kadınlara göre aile planlamasına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve bu durumun yöntem kullanmadaki başarısızlıkları nedeniyle istenmeyen gebelik yaşamalarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. ⁽²²⁾ Kırklareli 'de 2017'de 15-49 yaş kadınlarla yürütülen çalışmada ise kürtajın istenmeyen doğumları önlemek için kullanılan bir AP yöntemi olduğunu düşünenlerde istenmeyen gebelik riskinin 2,5 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Ek 19.1). ⁽²³⁾ Özellikle son yıllarda ülkemizde kürtaja ilişkin tutumların incelendiği medikal ve sosyolojik çalışmalara daha sık rastlanılmaktadır. Kadir Has Üniversitesi tarafından hazırlanan “Tür-

kiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması 2020 “ raporunda, son 5 yılda kürtaja yönelik olumsuz tutumlarda artış olduğu ifade edilmiştir. Söz konusu rapor Merkez tarafından yürütülen ve 2016'dan beri düzenli olarak her yıl Türkiye kent nüfusunu temsil eden 18 yaş ve üstü 1216 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışma sonucuna göre hazırlanmıştır. Raporda “Kürtaj sadece belirli durumlarda (tıbbi zorunluluk, ensest, tecavüz) uygulanabilir “önermesini uygun bulanların sayısı 2016 yılında %52'den, 2020 yılı %70'e yükselmiştir. “Kürtaj yasaklanmalıdır, çünkü kürtaj savunmasız bir cana kıymadır” önermesi ise %42'den %70'e yükselirken, “Kürtaj yasaklanmalıdır çünkü günahıdır” önermesi %40'dan %64'e ve “Kürtaj yasaklanmalıdır çünkü geleceğimize aykırıdır” önermesi ise %36'dan %60'a yükselmiştir. ⁽²⁴⁾ Kürtaja karşı olumsuz tutumlar ilişkili, 2011 yılında Kayseri'de bir ASM bölgesinde yürütülen bir çalışmada ise 18-49 yaş arası 419 kadından % 74,9'u kürtajın bir tür cinayet olduğunu ve din tarafından yasaklandığını belirtmiştir (Ek 19.1). ⁽²⁵⁾

Mülteciler Boyutuyla İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler Sorunu

Bilindiği gibi Türkiye'de 2011 yılından beri sayıları giderek artan yaklaşık 6 milyona yaklaşmış bir Suriyeli göçmen grubu mevcuttur ve ilk kez TNSA-2018'de bu gruptan da örneklem seçilerek bir durum tespiti yapılmış ve rapor olarak yayınlanmıştır. ⁽²⁶⁾ Bu bölümde incelediğimiz konularla ilgili olarak elde edilen bazı çarpıcı bulgular Şekil 19.3'de verilmektedir

Mülteciler genellikle maddi yetersizlik, sağlık güvencesine sahip olmama ve gidilen yerin dilini bilmeme gibi nedenlerle sağlık hizmeti almakta daha dezavantajlıdırlar. Bununla birlikte göç alan bölgedeki sağlık kuruluşlarının eksikliği ve mültecilere yönelik sağlık politikalarının yetersiz oluşu da sağlık hizmetine erişimi de olumsuz etkilemektedir. Göç eden kadınlar, doğum öncesi bakım dâhil üreme sağlığı hizmetlerine erişemedikleri veya bu hizmetler konusunda bilgi sahibi olmadıkları için; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, tecavüz, cinsel istismar, çocuk yaşta evlilik, adölesan ve istenmeyen gebelikler, doğum komplikasyonları veya doğum sonrası yetersiz bakım gibi pek çok

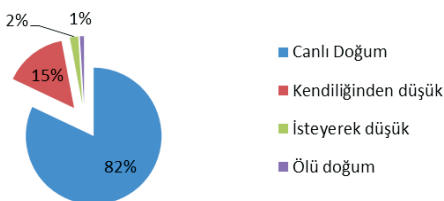
açısından yüksek risk altındadırlar. Özellikle kayıt dışı mülteci kadınlarda bu sorunlar daha da ciddi boyutlardadır.⁽²⁷⁾

Suriye'deki savaş nedeniyle ülkelerinden göç etmek zorunda kalan kadınların yaşadıkları üreme sağlığı sorunları, ülkemiz kadınlarına göre çok daha fazladır. Kamplarda yaşamayan ve doğum zamanı gelmiş olan Suriyeli kadınların, sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği nedeniyle mecburen evlerde doğum veya güvensiz koşullarda düşük yapma riski ile karşı karşıya kalmaktadır.^(28,29) Şanlıurfa'da bulunan Suriyeli kadınlarla ilgili yürütülen bir araştırmada, kadınların %47,7'sinin Türkiye'ye geldikten sonra düşük ya da ölü doğum şeklinde bir gebelik kaybı yaşadıkları, %36,4'ünün karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının olduğu ve %26,7'sinin ise mevcut gebeliği nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı saptanmıştır.⁽³⁰⁾

TNSA 2018 sonuçlarında, örnekleme çıkan Suriyeli evli kadınların araştırmadan önceki 5 yıldaki gebeliklerinin % 82'sinin doğumla, %15,3'ünün kendiliğinden düşükle, %2,1'inin isteyerek düşükle ve yaklaşık %1'inin ölü doğumla sonlandığı belirtilmektedir (**Şekil 19.3**).⁽²⁶⁾

COVID-19 Sürecinde incelenen konularla ilgili durum: 2019 yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart'ta Pandemi olarak ilan edildi. Türkiye'de ise ilk vaka 10 Mart'ta tespit edilmişti. COVID-19 salgınına yönelik acil müdahale çalışmaları, diğer pek çok sağlık hizmetine olduğu gibi CSÜS hizmetleri için ayrılan kaynakların da ya da sağlık birimlerinin de salgınla başa çıkma faaliyetlerine yönlendirilmesine neden olabilir. Bu da özellikle kadın-anne ve yenidoğan ölümlerinde artışa, kontraseptif hizmetlerle ilgili taleplerin karşılanmayarak daha da artmasına, güvenli olmayan düşüklerin, plansız gebelik ve doğumların artmasına yol açabilir. Pandemi gibi sağlık sisteminin yükünü artıran durumlarda,

(Araştırma tarihinden önceki 5 yılda Suriyeli Kadınların gebeliklerinin sonlanma şekillerinin yüzde dağılımı (Toplam düşük ve ölü doğum sayısı: 2283)



Şekil 19.3 Gebeliklerin sonlanması.

“dezavantajlı gruplara” verilen rutin sağlık hizmetleri olumsuz etkilenmektedir. Bu grupta sağlık hizmeti almaya bağımsız karar verme olasılığı daha az olan kadınlar, çocuklar özel olarak dikkate alınması gerekenlerdir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından 2020'de insani yardıma ve korumaya ihtiyaç duyduğu tespit edilen 4 milyon hamile kadın da dâhil olmak üzere yaklaşık 48 milyon kadın ve kız çocuğu için COVID-19 salgınının ortaya çıkardığı diğer sağlık tehditlerinin artacağı bildirilmektedir. Örneğin, 2013-2016 Ebola salgınının Batı Afrika'daki ekonomik etkileri; kadınların ve çocukların sömürüye ve cinsel şiddete maruz kalma riskini arttırmıştır. UNFPA, yayımladığı verilere göre, **COVID-19 salgını devam ettiği sürece, kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimi daha da zorlaşabilir, istenmeyen gebelikler artabilir, başta toplumsal cinsiyete dayalı şiddet olmak üzere, kadınlara yönelik birçok zararlı uygulamada önümüzdeki dönemde milyonlarca vakalık artışlar yaşanabilir.** 114 alt ve orta gelirli ülkeden toplam 47 milyon kadın modern gebeliği önleyici yöntemlere erişimini yitirebilir. Karantinanın 6 ay sürmesi ve sağlık hizmetlerinde ciddi aksaklıklar yaşanması durumu, fazladan 7 milyon istenmeyen gebelik vakası ile sonuçlanabilir. Karantinanın devam ettiği her 3 ay için ek olarak 2 milyon kadın modern gebeliği önleyici yöntemlere erişiminin engellenebileceğini belirterek konuya dikkat çekmiştir.⁽³¹⁻³³⁾ Türkiye'de Covid-19 salgını ile ilgili başta sağlık personeli olmak üzere yoğun özverili mücadeleler verilmiştir hala da verilmektedir. Kuşkusuz bilinmeyi çok fazla olan bu salgınla ilgili pek çok gerçek ancak ileride yapılacak tarafsız bilimsel araştırmalarla ortaya konulabilecektir.

Sonuç olarak; Bu bölümde kadın sağlığı ve sağlık hakkı yönü ile çok önemli olan “istenmeyen gebelikler, doğumlar ve isteyerek düşükler” konuları ele alınarak kanıtlara dayalı dünya ve Türkiye'deki durum irdelenmiştir. Belirtilenleri tekrarlamadan, Türkiye'de her iki konunun da haklar bağlamında ele alınarak özellikle her iki konuda da çok önemli önleyici bir yol olan aile planlaması hizmetlerinin eksiksiz ve nitelikli verilmesi; isteyerek düşük hizmetine gereksinim olduğunda da bu hizmetin bizzat kamu hizmeti olarak verilmesi, devlet olarak onayladığımız uluslararası ve ulusal yasalarımızın bir gereği olarak ve Türkiye'nin içinde olması gereken “uygar dünyanın” bir gereğidir.

Ek 19.1 Türkiye’de son 10 yılda yürütülen bazı çalışmalarda istenmeyen gebelik ve düşüklerle ilgili durum

Araştırmanın Künyesi	Yapıldığı yer ve zaman ve yöntemi	Önemli bulgular	Açıklamalar
Öner O. Evli kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumları ile kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Erzurum, 2019 (Yüksek Lisans Tezi) ⁽²²⁾	Van(Merkez ilçeleri), 2018-2019, ASM'lere kayıtlı, en az ilkokul mezunu, 15-49 yaş arası 610 kadın, tabakalı örnekleme, tanımlayıcı tipte	Kadınların %36.7'sinde istenmeyen gebelik öyküsü, %37'sinde kendiliğinden düşük ve %1,5'inde isteyerek düşük öyküsü vardı.	En az bir kez istenmeyen gebelik veya kendiliğinden düşük öyküsü olan kadınların AP yöntemlerine yönelik tutumları diğer kadınlara göre daha olumsuzdu.
Özkan Z, Açığöz B, Ayoğlu FN. Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde İstenmeyen Gebelik Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. 3.Uluslararası 21.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 26-30 Kasım 2019, Antalya, Türkiye ⁽³⁴⁾	Zonguldak, 2018 , Bir üniversite hastanesi gebe polikliniğine başvuran 166 gebe , hastane tabanlı , tanımlayıcı tipte	Mevcut gebeliklerinin %24,7'si istenmeyen veya planlanmamış bir gebelikti. Ayrıca %14,5'inde isteyerek düşük, %16,3 'ünde ise kendiliğinden düşük öyküsü vardı	İstenmeyen gebeliklerin en önemli nedenler; çocuk bakımı için hazır olmama(%28), ekonomik nedenler(%24) ve sağlık sorunlarıydı(%20). İstenmeyen gebelik sıklığı açısından lise ve üstü düzeyde eğitimi olan kadınlarla daha düşük düzeyde eğitimi olanlar arasında anlamlı farklılık yoktu.
Alpsalaz SD. 18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile aile planlaması tutum ve davranışları arasındaki ilişki. Sivas, 2019 (Yüksek Lisans Tezi) ⁽³⁵⁾	Yozgat Akdağmadeni, 2019, ASM'ye kayıtlı 18-49 yaş arası, evli, eşiyile yaşayan, en az ilkokul mezunu 333 kadın, tabakalı örnekleme, kesitsel tipte	Kadınların %24,6'sının kendiliğinden düşük, %19,5'inin isteyerek düşük öyküsü vardı.	İki ve daha fazla düşük yapan kadınların % 59,1'inin, en az bir kez isteyerek düşük öyküsü olanların ise % 48,1'inin eş şiddetine maruz kaldığı belirlendi. Ayrıca isteyerek düşük öyküsü olanların AP yöntemlerine yönelik tutumları diğer kadınlara göre daha olumsuzdu.
Savaş N, İnandı T, Arslan E, et al. Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. Turk J Public Health 2017;15(2):84-95. ⁽³⁶⁾	Hatay -2014 - Doğum ve düşük nedeniyle hastanelere başvuran 635 kadın, hastane tabanlı, kesitsel tipte	Kadınların %15.1'i mevcut gebeliğini istemiyordu. İstenmeyen gebeliklerin %65.3'ü canlı doğumla, %25.0'ı isteyerek düşükle sonuçlandı. Daha önceki gebeliğinde kürtaj olanların % 42.1'i mevcut gebeliğini de kürtajla sonlandırdı.	Eşi çalışmayanlarda, eğitim düzeyi düşük kadın ve eşlerde, bekar ya da resmi nikahı olmayanlarda, engellilerde ve aile hekiminden AP danışmanlığı almayanlarda istenmeyen gebelik sıklığı daha fazlaydı. Kadınlara göre isteyerek düşüklerin en sık nedenleri ekonomik zorluklar (%44) ve yeterli sayıda çocuk sahibi olmak (% 28).
Çetinkaya M. Pınarhisar'da bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri. Kırklareli, 2018. (Yüksek Lisans Tezi) ⁽²³⁾	Kırklareli (Pınarhisar)- 2017 -bir ASM bölgesindeki 15-49 yaş arası, 311 gönüllü kadın, kesitsel tipte	Kadınların %14,8'inde istenmeyen gebelik öyküsü, %12,2'sinde kendiliğinden düşük ve %10,9'unda ise isteyerek düşük öyküsü vardı. İstenmeyen gebeliği olanların ise %54,3'ü isteyerek düşük yapmıştı. Kadınların istemeyen gebeliği devam ettirme nedenleri arasında ise ilk sıralarda duygusal nedenler (%46,3), dini inanç (%46,3) ve eş isteği (%39,0) gösterildi.	İstenmeyen gebelik riski ilkokul ve daha alt düzeyde eğitimi olanlarda 3,2 kat, daha önce düşük deneyimi olanlarda 7,5 kat ve Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde 2,9 kat daha yüksekti. Düşük riski geliri kötü düzeyde algılayanlarda 7,9 kat, sigara içenlerde 2,2 kat, bekar olmayanlarda 3,8 kat, kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir AP yöntemi olduğunu düşünenlerde ise 2,5 kat daha fazlaydı.

Ek 19.1 (DEVAMI)

Araştırmanın Künyesi	Yapıldığı yer ve zaman ve yöntemi	Önemli bulgular	Açıklamalar
Karabulutlu Ö, Ersöz B Kars ili Susuz ilçe merkezine bağlı aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. J Caucasian Studies, 2017; 4(1), 26-44. ⁽³⁷⁾	Kars (Susuz) 2016 - bir ASM bölgesinde Basit rastgele yöntemle seçilmiş 214 15-49 yaş evli kadın, tanımlayıcı tipte	Kadınlarda kendiliğinden düşük sıklığı %22,4 iken isteyerek düşük sıklığı %8,4'dü.	
Temürlenk S. Edirne Merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumu. Edirne, 2019. (Yüksek Lisans Tezi) ⁽¹⁹⁾	Edirne (Merkez) 2017, 15-49 yaş arası 395 kadın, saha araştırması, sistematik örnekleme, tanımlayıcı tipte	Kadınların % 13,6'sının isteyerek düşük (min:1 -maks:7) ve % 12,9'unun kendiliğinden düşük (min:1-maks:4) öyküsü vardı. Son 5 yılda gebeliklerinin %23,5'i planlanmamış olup, bu gebeliklerin % 37'si isteyerek düşükle sonuçlanmıştı.	İsteyerek düşüklerin %33,4'ü özel sağlık kuruluşları/ muayehanelerde yapılmış olmakla birlikte % 64.8'i için cepten harcama yapılmıştı. İsteyerek düşük sonrası kadınların %74'ü, kendiliğinden düşük sonrası ise % 60'ı AP danışmanlığı almamıştı.
Tuğal ZY. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınların aile planlaması hakkında farkındalıklarının incelenmesi. Ankara, 2018 (Tıpta Uzmanlık Tezi) ⁽³⁸⁾	Ankara, 2017, bir ASM kayıtlı gebe olmayan, en az bir cinsel aktivitesi olan 173 gönüllü kadın, tanımlayıcı tipte	Kadınların %33,4'ünde istenmeyen gebelik öyküsü vardı ve bu gebeliklerin %12,1'i isteyerek düşükle, %6,9'u ise kendiliğinden düşükle sonuçlanmıştı.	Kadınlardaki istenmeyen gebeliklerin %27,5 herhangi bir AP yöntemi kullanıyorken, %31'i ise geri çekme yöntemi kullanıyorken gerçekleşmişti.
Apay SE, Özdemir F, Özorhon EY, Sakar T. Erzurum'daki kadınların gebelik sayısına ve aralığına etki eden faktörlerin incelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; (3):45-64. ⁽¹⁸⁾	Erzurum, 2015 Jinekoloji polikliniklerine 2011-2013 yıllarında başvuran ve en az 2 çocuğu olan 3668 kadın, hastane tabanlı, tanımlayıcı tipte	Kadınların %38,2'sinde istenmeyen veya planlanmamış gebelik ve % 32,6'sında en az bir düşük öyküsü vardı. Dört gebeliği olanların %32'sinde, beş veya üzerinde gebeliği olanların ise %40,5'inde istenmeyen/planlanmayan gebelik durumu söz konusuydu.	Dört gebeliği olanların %38,6'sı ve , beş veya üzerinde gebeliği olanların ise %31,6'sının ideal çocuk sayısı 3'tü. İstenilen cinsiyette çocuk sahibi olmak için gebelik yaşama sıklığı %26,6'ıdı. Beş ve üzerinde gebeliği olanların %36,1'inin istenilen cinsiyette çocuk sahibi olmak için gebe kaldığı belirlendi.
Sensoy N, Dogan N, Sen K, Aslan H, Baser AT. Unwanted pregnancy and traditional self-induced abortion methods known among women aged 15 to 49. Journal of the Pakistan Medical Association. 2015; 65(5), 452-56. ⁽³⁹⁾	Afyonkarahisar, 27 Aralık 2010-7 Ocak 2011 tarihlerinde bir çocuk ve doğum hastanesine başvuran 17-49 yaş arası 600 kadın, hastane tabanlı , kesitsel tipte	Kadınların % 22,3'ünde istenmeyen gebelik, % 18,3'ünde kendiliğinden düşük ve % 16,2'sinde isteyerek düşük öyküsü mevcuttu. İstenmeyen gebeliklerin % 58,2'si doğum ile sonuçlanırken, % 3,7'si tıbbi düşükle, % 38,1'i ise isteyerek düşükle sonuçlanmıştı.	İstenmeyen gebelik öyküsü olan kadınların % 82,1'i ilkökul mezunu, % 39,6'sı 30-39 yaş arası ve % 61,2'sinin evlilik yaşı 15-19 yaştı. % 35,8'i istenmeyen gebelik öncesi geri çekilme yöntemini tercih ederken, % 29,1 herhangi bir AP yöntemi kullanmamıştı. Doğumla sonuçlanan istenmeyen gebeliklerde etkili olan faktörlerin, aileden gelen baskılar ve kürtajı günah olarak gören kadınlar olduğu belirlendi.

Ek 19.1 (DEVAMI)

Araştırmanın Künyesi	Yapıldığı yer ve zaman ve yöntemi	Önemli bulgular	Açıklamalar
Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Poyrazoğlu S. The Perspective of Women Regarding Induced Abortion in an Islamic Country (Turkey): A Descriptive Study. J Women's Health Care. 2015; 4(255): 2167-0420. ⁽²⁵⁾	Kayseri, 1-15 Ekim 2011 tarihleri arasında bir ASM bölgesindeki 18-49 yaş arası, çalışma davetini kabul eden gönüllü 419 evli kadın, tanımlayıcı tipte	Tüm kadınların % 6,5'i istenmeyen bir gebelik sonucu doğum ve % 12,7'sinin ise kürtaj öyküsü vardı. Kadınların % 74,9'u kürtajın bir tür cinayet olduğunu ve din tarafından yasaklandığını belirtti. % 54,9'u ülkemizde kürtaj için belirlenmiş bir yasal süre sınırının varlığını bilmekle beraber sadece üçte biri bu süreyi doğru biliyordu.	Fetüsle ilgili bir sorun varsa kadınların % 20'si "kürtaj olurum" derken, % 47,3'ü "kürtaj yaptırmam" ve % 32,7'si "emin değilim" diye belirtti. Eğer hamilelikleri kendi sağlıkları için tehlikeli ise bu durumda kürtaj olacağını belirtenlerin sıklığı % 35,1 iken, diğer oranlar sırasıyla %26,3 ve %38,7'di.
Demirci H. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum kliniğine isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların değerlendirilmesi. Kayseri, 2015. (Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi) ⁽⁴⁰⁾	Kayseri, 15 Kasım 2012-15 Mayıs 2013'te bir AP polikliniğine isteyerek düşük için başvuran, resmi nikahlı, düşük için eş izni ve imzası olan, 250 gönüllü kadın, tanımlayıcı tipte	İsteyerek düşük için başvuran kadınların %31,2'sinin daha önceden en az bir isteyerek düşüğü vardı. Yeniden gebe kalmaları halinde %37,6'sı tekrar isteyerek düşük yapacağını belirtmişti.	Kadınların %75,2'si isteyerek düşüğün kadın sağlığına zararları konusunda hiçbir fikri olmadığını söyledi. Kadınların gebeliklerini sonlandırmayı isteme nedenleri %40,8 ile yeterli sayıda çocuk olması, %39,2 ile ekonomik nedenler, % 26 ile küçük çocuğunun olması olarak belirlendi.
Özel Ş, Üstün Y. Aktulay A ve ark. Türkiye'de üçüncü basamak bir sevk merkezindeki yasal istemli düşük vakalarının incelenmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hast. Tıp Derg. 2017; 50(1), 42-45. ⁽⁴¹⁾	Ankara, 2016, bir yıllık periyotta hastaneye isteyerek düşük için başvuran 1500 kadın, geriye dönük arşiv tarama, tanımlayıcı tipte	İsteyerek düşük için başvuranların %60'ı doğal bir AP yöntemi (en sık geri çekme) kullanırken, %8'i hiç AP yöntemi kullanmıyordu.	İsteyerek düşük için başvuranların kadınların %60'ının ilkököl ve altı düzeyinde eğitime sahipti. Kadınların %19'u daha önce de en az bir isteyerek düşük öyküsü vardı.
Yavuz D, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine başvuran 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. Diyarbakır, 2018 (Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi) ⁽⁴²⁾	Diyarbakır, 2018, bir üniversite hastanesi AP polikliniğine başvuran 15-49 yaş arası en az bir kez gebelik geçirmiş 333 kadın, Kesitsel tipte	Kadınların %46,8'inde istenmeyen gebelik öyküsü vardı. Bu gebeliklerin %6,1'i kendiliğinden düşükle ve %14,5'i ise isteyerek düşükle sonuçlanmıştı.	Eğitim düzeyi ilkököl ve altında olan kadınların %50'sinden fazlasında istenmeyen gebelik öyküsü mevcuttu.
Bulut A, Yigitbas C. Survey of married women's choices of family planning methods in Bingöl, Turkey Southeast Asian Journal Of Tropical Medicine And Public Health. 2019;50(3): 606-615. ⁽⁴³⁾	Bingöl, 15 Nisan- 15 Haziran 2018'de, bir ASM'ye AP yöntemi talebi için başvuran 18-49 yaş evli 295 kadın, tanımlayıcı tipte	Kadınların %24,7'sinde istenmeyen gebelik öyküsü vardı. Bu gebeliklerin %15,1'i kendiliğinden düşükle ve % 31,5 i ise isteyerek düşükle sonuçlanmıştı.	

Kaynaklar

- 1) Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, et al. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020;101(1):26-33.
- 2) World Health Organization. High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: New WHO study. (<https://www.who.int/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>, 2020. Erişim: Mayıs 2020)
- 3) WHO:Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–2030. Geneva: WHO 2015. (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/> Erişim: Mayıs 2020)
- 4) United Nations (UN). World Family Planning 2017 – Highlights. United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York, 2017, pp.1-36.
- 5) Review of the implementation of the programme of action of the international conference on population and development fulfilling the ICPD promise progress, gaps and working at scale review of the implementation of the ICPD programme of action dignity and human, rights: what has been achieved? "sustainable development Goals 4, 5 and 8", UNFPA publication,2019
- 6) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) TNSA 2008.TC Kalkınma Bakanlığı ve TC Sağlık Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> erişim- Mayıs 2020)
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) TNSA 2013. TC Sağlık Bakanlığı ACSAP Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık DPT müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> erişim- Mayıs 2020)
- 8) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) : 2018 TNSA. TC Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK Ankara (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> erişim-Mayıs 2020)
- 9) Akın, A.; "Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış" Turkish journal of Public Health - Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Kasım 2012, cilt 10, Düşükler özel sayı 1, ed.Bulut,A.ss., 43-60
- 10) Guillaume, A., Rossier, C., & Reeve, P. Abortion around the world. An overview of legislation, measures, trends, and consequences. *Population*. 2018; 73(2), 217-306.
- 11) Tezcan, S., Yaman, C.E., Fişek, H.N. 1980. "Türkiye'de Çocuk Düşürme." Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No. 13. Ankara, 1980.
- 12) Dervişoğlu A.A., Özcan, C., Saka, O., Üstünoğlu N. (1987). "Adıyaman ve Ağrı İllerinde Doğurganlığı ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörler." Yayınlanmamış. SB. AÇS-AP GM. Ankara.
- 13) Akın, A., Kırçalıoğlu, N., Biliker, M.A. (1997). "Abortion in Turkey: Sociocultural and Psychological Factors Influencing Couples Decision to Obtain Abortion and Family Planning Services." A WHO Collaborative Study 1991–1992. Project No: 89057. Turkey.
- 14) Nüfus Planlaması Hakkında Kanunlar;1965, 1983. (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>. Erişim Nisan, 2020).
- 15) Akın, A. "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", in *The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs*, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102. The Worldbank. <http://siteresources.worldbank.org/>
- 16) Akın, A.; "From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey", *Health Human Care Resource Availability: The Impact on Health in Turkey*. France: Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales 50, 4, 2010, ss. 445-462.
- 17) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1999) : 1998 TNSA; Sağlık Bakanlığı ve Macro International Inc, Ankara (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> erişim- Mayıs 2020)
- 18) Apay S.E FO, Özorhon EY, Sakar T. Erzurum'daki kadınların gebelik sayısına ve aralığına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Derg.* 2015;3:45-64.
- 19) Temürlenk S. Edirne Merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumu. Edirne 2019. (Yüksek Lisans Tezi-Trakya Üniversitesi).
- 20) O'Neil ML, Aldanmaz B, Quiles R, et al. Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri. Legal but Not Accessible: Abortion Services at State Hospitals in Turkey) Research Report Istanbul, Turkey: Kadın Has University Gender and Women's Studies Research Center. 2016.
- 21) Akın, A., Türkçelik, E. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması, CEİD Yayınları: 9, ISBN: 978-605-64847-8-0, Aralık 2018, Ankara.
- 22) Öner O. Evli kadınların doğurganlığa ve aile planlamasına yönelik tutumları ile kontraseptif yöntem kullanma niyetleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Erzurum, 2019 (Yüksek Lisans Tezi-Atatürk Üniversitesi).
- 23) Çetinkaya M. Pınarhisar'da bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri. Kırklareli, 2018. (Yüksek Lisans Tezi, . Kırklareli Üniversitesi).
- 24) Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması. (<https://gender.khas.edu.tr/tr/turkiyede-toplumsal-cinsiyet-ve-kadin-algisi-arastirmasi>. Erişim: Nisan 2020)
- 25) Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Poyrazoğlu S. The Perspective of Women Regarding Induced Abortion in an Islamic Country (Turkey): A Descriptive Study. *J Women's Health Care*. 2015; 4(255): 2167-0420.
- 26) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) : 2018 TNSA –Suriyeli Göçmen örnekleme, TC Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK Ankara (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> erişim- Mayıs 2020)
- 27) Arabacı Z, Hasgül, E., & Serpen, A.S. Migrant women and migration's effect on women's health in Turkey. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2016;36:129-144.
- 28) Savaş, Göç ve Sağlık, 2016, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. (https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf Erişim: Nisan 2020)
- 29) Yıldırımkaaya G. Mülteciler ve üreme sağlığı riskleri. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı Görünüm Ocak*. 2014:1-5.
- 30) Şimşek Z, Yentür Doni N, Doğan F, Hilali NG, Yıldırımkaaya G. Bir İl Merkezinde Üreme Çağındaki Suriyeli Mülteci Kadınlarda Demir, B12 ve Folat Eksikliği. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Konya. 2015.
- 31) HASUDER. "Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19" Enfeksiyonu İle İlgili Mücadelede Dikkate Alınması Gerekenlerle İlgili - Bilgi Notu. (<https://korona.hasuder.org.tr/toplumsal-cinsiyet-perspektifinden-covid-19-enfeksiyonu-ile-ilgili-mucadelede-dikkate-alinmasi-gerekenlerle-iligili-bilgi-notu/> Erişim: Nisan 2020)
- 32) UNFPA. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19 Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığının Ve Haklarının Korunması Ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Teşvik Edilmesi Mart 2020,

- Teknik Bilgi Notu. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Turkish_COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf Erişim: Nisan 2020)
- 33) United Nations Population Fund (UNFPA). (2016). Women and girls in the Syria crisis: UNFPA response facts and figures. (<https://www.unfpa.org/sites>. Erişim: Nisan 2020)
- 34) Özkan Z, Açıkgöz B, Ayoğlu FN. Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde İstenmeyen Gebelik Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. 3.Uluslararası 21.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2019, Antalya. (<https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/244> Erişim: Nisan 2020)
- 35) Alpsalaz SD. 18-49 yaş grubu evli kadınların eş şiddetine maruz kalmaları ile aile planlaması tutum ve davranışları arasındaki ilişki. Sivas, 2019 (Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi).
- 36) Savaş N, İnandı T, Arslan E, et al. Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. Turk J Public Health 2017;15(2):84-95.
- 37) Karabulutlu Ö, Ersöz B Kars ili Susuz ilçe merkezine bağlı aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler. J Caucasian Studies, 2017; 4(1), 26-44.
- 38) Tuğal ZY. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınların aile planlaması hakkında farkındalıklarının incelenmesi. Ankara, 2018 (Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi).
- 39) Sensoy N, Dogan N, Sen K, Aslan H, Baser AT. Unwanted pregnancy and traditional self-induced abortion methods known among women aged 15 to 49. Journal of the Pakistan Medical Association. 2015; 65(5), 452-56.
- 40) Demirci H. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum kliniğine isteğe bağlı düşüklükler için başvuran kadınların değerlendirilmesi. Kayseri, 2015. (Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi).
- 41) Özel Ş, Üstün Y. Aktulay A ve ark. Türkiye’de üçüncü basamak bir sevk merkezindeki yasal istemli düşük vakalarının incelenmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2017; 50(1), 42-45.
- 42) Yavuz D, SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine başvuran 15-49 yaş arası kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. Diyarbakır, 2018 (Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi).
- 43) Bulut A, Yigitbas C. Survey of married women’s choices of family planning methods in Bingöl, Turkey Southeast Asian Journal Of Tropical Medicine And Public Health. 2019;50(3): 606-615.



Ergen / Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler

20

DR. SARE MIHÇIÖKUR • DR. AYŞEGÜL ESİN

Genç, Ergen ve Genç İnsanlar —Kimdir Bunlar?

Genellikle çocukluğun bağımlılığından erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemi olarak kabul edilen ergen dönemini, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arası “ergen / adolesan”, 15-24 yaş arası ise “genç” ve 10-24 yaş arasında olanları “genç insanlar” olarak tanımlamaktadır. Ergen dönemi, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin gerçekleştiği, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir^(1,2) Dünyada yaklaşık 1,2 milyar insan, ya da dünya nüfusunun 6’da biri ergenlerdir⁽³⁾.

Ergen / Genç Sağlığı ve Üreme / Cinsel Sağlığı

Ergen ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi ve korunması ile ilgili yapılan araştırmalar ergen ve

gençlerin özellikle bu dönemde fiziksel, ruhsal gelişimini olumsuz etkileyebilen sosyo-ekonomik-kültürel faktörlerin etkisinde kaldıklarını, özellikle de cinsel/üreme sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunların gelecekte yaşayabileceği birçok sağlık sorunlarının, temelini de bu dönemde atıldığını ortaya koymuştur⁽²⁾. Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, ergenler, cinsellik, gebelikten korunma yöntemleri (GKY) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla (CYBE) ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için istenmeyen gebelik ve HIV dahil CYBE, sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır^(2,4,6).

Ergenlere, gençlere yönelik cinsel/üreme sağlığı konuları uzun bir süre üreme sağlığı ve nüfus çalışmalarının bir parçası olamamıştır. Ancak, 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı (The Inter-

- Küresel olarak, yılda 15-19 yaşlarındaki kızlarda **adolesan doğum hızı** binde 44’dür⁽⁷⁾.
- Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaşları arasında yaklaşık 12 milyon kız çocuğu ve 15 yaş altı en az 777.000 kız çocuğu **doğum yapmaktadır** ⁽⁷⁾.
- Gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaşları arasındaki ergen kızlar arasında her yıl en az 10 milyon **istenmeyen gebelik** meydana gelir ⁽⁷⁾.
- 15-19 yaş arası ergen kızlarda her yıl meydana gelen yaklaşık 5,6 milyon düşüğün 3,9 milyonu **sağlıksız düşüklere**, bu da **anne ölümleri, morbidite ve kalıcı sağlık sorunlarına** neden olur ⁽⁷⁾.
- Gebelik ve doğum eylemine bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar, dünya çapında 15-19 yaşındaki kız çocuklarında birinci **ölüm nedenidir** ^(8,9).
- Ergen annelerin (10-19 yaş) **eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon riski** 20 ila 24 yaş arasındaki kadınlardan daha fazladır ve ergen annelerin bebekleri **düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve şiddetli neonatal durumlar** ile daha yüksek risklerle karşı karşıyadır ⁽¹⁰⁾.

Şekil 20.1 Dünyada ergenlerde üreme sağlığı ve cinsel sağlık yükleri.

national Conference on Population and Development/ICPD) ile 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansları'nda, temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmiş olup sağlığın iyileştirilebilmesi için tasarlanan programlara ergenlerin/gençlerin cinsel/üreme sağlığı özelliklerinin ve gereksinimlerinin dahil edilmesi gerektiği vurgulanmış olup küresel sağlık girişimlerinde giderek daha belirgin hale gelmeye başlamıştır^(5,11,12). 2017 yılında, DSÖ ve diğer Birleşmiş Milletler (BM) ortakları, ülkelerin ergen sağlığına karşı tutumlarını değiştirmek için Adolescentlerin Sağlığı için Hızlandırılmış Eylem Çerçevesi'ni geliştirmiştir⁽¹³⁾.

ICPD'nin 1994 yılında yapılmasından beri adolesan ve gençlerin cinsel sağlık/ üreme sağlığı (CSÜS) alanında trendlerde çok fazla değişiklik gözlenmiştir;

İlk cinsel ilişki yaşı; Guttmacher-Lancet CSÜS Komisyonuna göre, gençler daha fazla eğitim hayatı içerisinde kaldıkları için, evliliği ertelemekte, doğum kontrol yöntemlerini daha fazla kullanmaktadır. İlk evlenme yaşı son 25 yılda, 18 yaşından önce evlenmiş olan 20-24 yaş arası kadınların oranı, dörtte birden beşte bire düşmüştür⁽¹⁴⁾.

Adolesanlarda doğum kontrol yöntemi kullanımı; Bugün evli ya da birliktelik içerisinde olan adolesanların %21'i doğum kontrol yöntemi kullanmakta olup bu oran 10 yıl öncesinin iki katına çıkmıştır. 38 milyon cinsel aktif genç kızdaki sadece 15 milyonu herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmakta, 23 milyonu istenmeyen gebeliklere karşı risk altındadır. Karşılanmayan ihtiyaç %23 ile yıllar içerisinde sabit kalmıştır⁽¹⁵⁾.

Adolesan gebelik ve çocuk yaşta doğurma; 1990-1995 yılları ile 2015-2020 kıyaslanınca adolesan gebelikler üçte bir azalmış olup şu anda 15-19 yaşları arasındaki her 1000 kadında 42,5'i doğum yapmaktadır. En dezavantajlı gruplarda ergen yaşta çocuk doğurmak, kadının yaşam seyri üzerindeki kırılma noktalarını daha da artırmakta, sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri güçlendirmektedir⁽¹⁶⁾.

Adolesan gebeliğin mortalite ve morbiditesi; Preeklampsi ve eklampsi, puerperal endometriosis riski artmaktadır. Erken doğum, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve neonatal mortalite artmaktadır^(17,20).

a. Ergen Gebelikler ve Sağlık Riskleri

Anne ölümleri artar: 18 yaş ve altındaki gebeliklerde annenin ölüm riski, 18-25 yaşa göre 2-5 kat daha fazladır. 15-19 yaş adolesan ölümlerinde birinci sıradaki neden hamilelik ve doğum eylemidir. Anne- de ölümle sonuçlanabilen yüksek tansiyon ve beraberinde nöbetlerin (gebelik zehirlenmesi) görülme riski artar. Bunun sonucunda hem anne hem de bebek ölebilir. Çocuk bedeninin hamileliğe hazır olmaması yüzünden çocuk yaşta anne olanlarda beslenme yetersizliği ve kansızlık görülmesi artar. Gebeliğe bağlı diyabet sonucunda daha sonraki yaşamlarında hiç çocuk sahibi olamayabilirler ya da tekrarlayan hamilelikler sonucunda yaşamları tehdit altına girebilmektedir. Annede kemik gelişimi halen devam ettiğinden zor doğumlar sonucunda rahim yırtılması, cinsel organlarda yaralanma ve yırtıklara bağlı fistüller, idrar ve gaita kaçırma gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, zor doğumlar nedeniyle müdahaleli doğum ve sezaryen oranları da yüksektir^(13,17,18,21).

b. Doğacak bebeğin sağlığı ve çocuk gelişimi üzerine etkileri

Anne yaşı 20'nin altında ise gebeliğin düşükle sonuçlanması, bebeğin ölü doğma olasılığı ya da ilk bir hafta içerisinde ölme olasılığı %50 daha fazladır. Bu çocukların ilk bir yılda ölüm riski 19 yaşından büyük annelerin çocuklarına nazaran %60 daha fazladır. Düşük doğum ağırlıklı bebekler artar. Sinir sistemine ait bozukluklar artar, ilerleyen yaşamlarında zeka geriliği, sara hastalığı gibi nörolojik bozukluklara neden olabilir. Anne yaşı 15'in altında ise, sorun daha da ciddi olabilir. Ergen annelerin %30'u emzirme ile ilgili problemler yaşar, emzirmeye başlama ve sürdürme yüzdeleri düşüktür. "Çocuk anne" çocuğuna tıbbi, sosyal ve ruhsal olarak yeterli ilgi ve bakım verememekte, hatta zarar bile verebilmektedir. Bunlar; sakatlık, istenmeyen, ihmal edilen/sevilmeyen bebekler, anne karnında bebeğin yeterli beslenememesi, doğacak bebeğin bakımında sorunlar, aşularının tamamlanmaması, büyüme ve gelişiminin geri kalması gibi durumlar olabilir^(13,17,18,21).

ICPD'den bu yana çok ilerleme kaydedildi, ancak tüm ergenlerin kendi özgür ve bilinçli seçimlerini yapmaları ve zorlama, şiddet, ayrımcılık ve istismardan uzak olarak cinsel ve üreme sağlığı ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağla-

mak için daha çok yol katedilmesi gerekmektedir. ICPD'nin 25. yılında ICPD25 Nairobi Zirvesi'nde tüm ergen ve gençlerin cinsellik ve üreme haklarını kullanabilmeleri için kapsamlı cinsel sağlık eğitime ulaşmaları, cinsellik ve üreme haklarını kullanarak sağlıklı kararlar verebilmeleri, istenmeyen gebeliklerin ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, cinsel ve toplumsal şiddetten korunmaları ve özellikle CSÜS alanında genç dostu hizmet sunulması ile yetişkin hayata güvenli geçmeleri için kararlar alınmıştır⁽²²⁾.

Bu yazıda daha önce Türkiye Sağlık Raporu 2014'de yayımlanmış olan yazının güncellenmesi ile Türkiye'de günümüze kadar gerçekleştirilen araştırmalar, projelerin sonuçları doğrultusunda ergen / gençlerin üreme sağlığı / cinsel sağlık ile ilgili sorunlar ve bu alandaki gelişmeler ile ilgili profilin çıkarılması amaçlanmıştır. 1963'den bu yana her beş yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) ülkemizde nüfusun özellikle doğurganlık ve gebelikten korunma yöntemleri konusunda durumunu ortaya koymaktadır. 2018 TNSA sonuçları doğrultusunda da yazının ilgili bölümleri yeniden güncellenmiştir.

Türkiye'de Ergenlerin / Gençlerin Profili

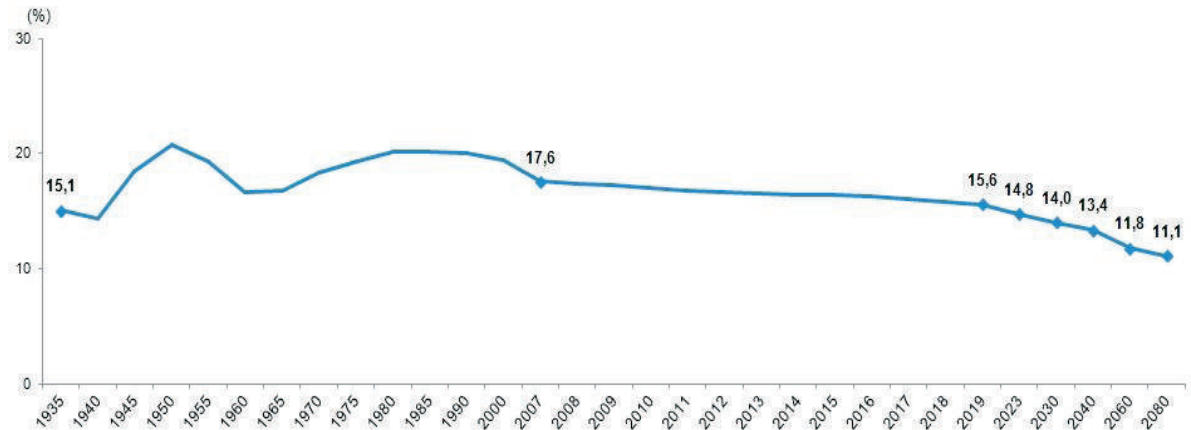
Nüfus

Genç nüfus ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı yıllar itibarıyla incelendiğinde, 1935 yılında genç nüfusun payının %15,1 iken 1950'lere dek hızla artarak %20'lere çıktığı ve 1950 yılından 2000 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir

azalma ve artış olduğu, 2007-2019 yılları arasında ise doğrusal bir artış olduğu belirlenmiştir. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında 2019-2080 yılları için genç nüfusta hızlı bir azalma olacağı öngörülmektedir. Özetle, genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranının 2023 yılında %14,8, 2030 yılında %14,0, 2040 yılında %13,4, 2060 yılında %11,8 ve 2080 yılında %11,1'e düşeceği tahmin edilmektedir (**Şekil 20.2**)⁽²³⁾.

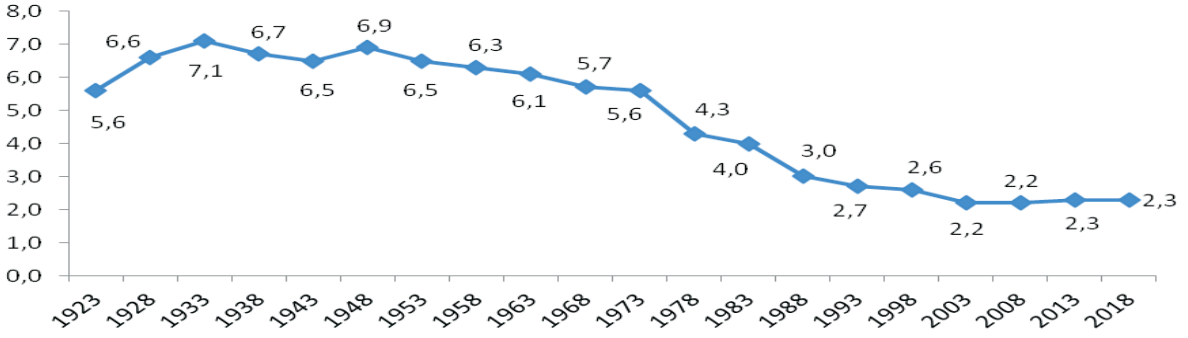
Genç nüfusun toplam nüfus içindeki payının yıllar itibarıyla azalmasında Türkiye'de yaşanan doğurganlık hızındaki değişimlerin ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasının bir etkisi olduğu yadsınamaz. Türkiye'de, Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 1990'lı yıllara kadar düşüş göstermiş ve son 10 yılda ise aynı seviyede kalmıştır (**Şekil 20.3**)⁽²⁴⁾. Türkiye'de doğurganlığın düşüş eğilimine etki eden faktörlerin başında kadının ilk evlenme yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı bölge, ikame ettiği yer (kent-kır), çalışma hayatı, yıllara göre sosyo-ekonomik yapıdaki değişim, kırdan kente göç, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki kolaylıklar ve aile planlaması konusunda yaygın bilgilendirme ve yöntem uygulama aktiviteleri yer almaktadır⁽²⁵⁾. Tüm bunların bir sonucu olarak da toplam nüfus içinde genç (15-24 yaşarası) nüfusun payı yıllar itibarıyla azalmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kayıtlarına göre 2019 yılında ülke nüfusu 83 154 997 olup %50,2'si (41 721 136) erkeklerden, %49,8'i de (41 433 861) kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye'nin yıllık nüfus artış hızı 2019'da %13,9 olmuştur (**Şekil 20.4**)⁽²⁶⁾.

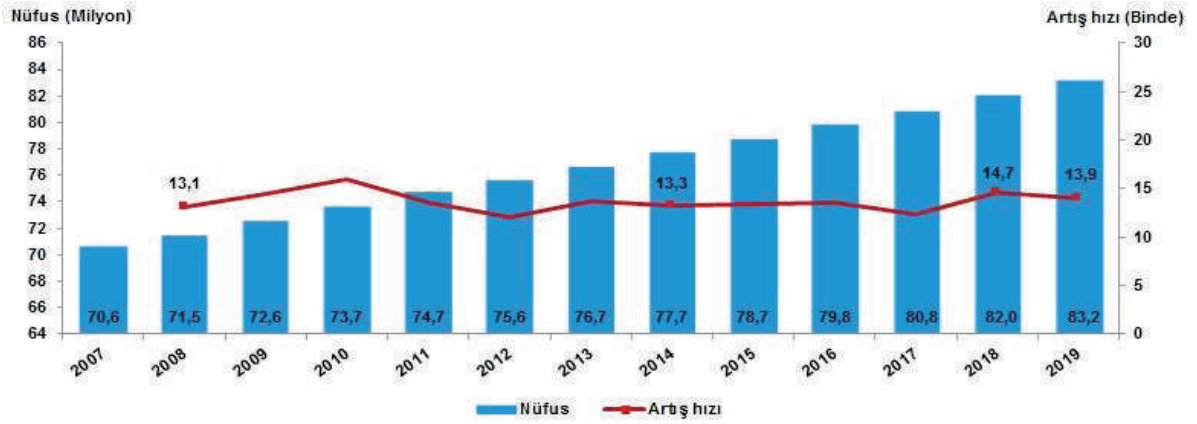


Şekil 20.2 Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Payı, 1935-2080.

Toplam Doğurganlık Hızları



Şekil 20.3 1923-2018 Türkiye'de Doğurganlık Dönüşümünün Aşamaları.



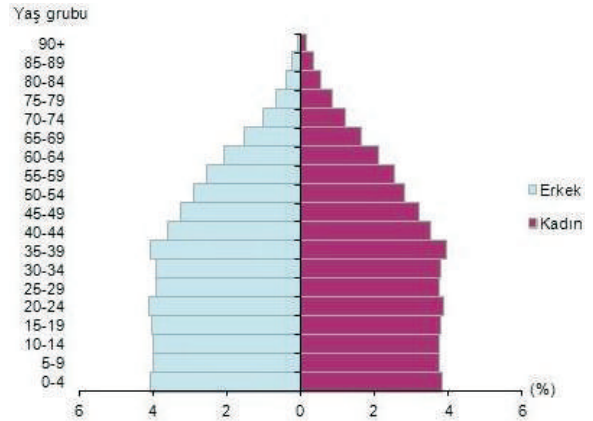
Şekil 20.4 Nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2019.

2019 yılında toplam nüfusun %23,3'ünü (19 361 842) ergen / gençler (10-24 yaş grubu) oluşturmaktadır olup, %11,8'i (9 783 755) genç erkeklerden, %11,2'si (9 321 320) genç kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye nüfusunun %15,6'sını (12 955 672) 15-24 yaş grubu gençler, erkek nüfusun %23,5'ini erkek ergen / gençler, kadın nüfusunun da %22,5'ini kadın ergen / gençler oluşturmaktadır (Tablo 20.1, Şekil 20.5) (23,26).

Ergen sağlığında okul ve sosyal medya

Okuryazarlık, okullaşma durumu:

1997/'98 öğretim yılından önce ilkokullarda 5 yıllık zorunlu eğitim uygulanmaktaydı, bu eğitim seviyesi, 6-10 yaş grubundaki çocukları kapsamaktadır. 18.08.1997 tarihinde çıkan 4306 sayılı yasa ile 1997/'98 öğretim yılından itibaren 8 yıllık kesintisiz zorunlu ilköğretime geçilmiştir. Bu okulları bitiren-



Şekil 20.5 2019 Nüfus piramidi.

lere ilköğretim diploması verilmektedir. İlköğretim 6-13 yaş grubundaki çocukların eğitimini kapsamaktadır. 30.03.2012 tarihli ve 6287 Sayılı Kanun ile 2012/'13 öğretim yılından itibaren de 12 yıllık (4+4+4) kademeli zorunlu eğitime geçilmiştir (27). Ortaöğretim, ilköğretime dayalı, en az 4 yıllık zo-

Tablo 20.1 Türkiye’de Ergenlerin / Gençlerin Yaş Gruplarına Dağılımı, 2019

	Toplam		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Toplam Nüfus	83 154 997	100,0	41 721 136	50,2	41 433 861	49,8
Ergenlerin /Gençlerin Toplam Nüfus ve Cinsiyetler İçindeki (%) Payları (2013)						
Yaş Grupları						
10 – 14	6 406 170	7,7	3 288 207	8,5*	3 117 963	7,5**
15 – 19	6 331 594	7,6	3 254 891	8,7*	3 076 703	7,4**
20 - 24	6 624 078	8,0	3 240 657	8,2*	3 126 654	7,5**
Toplam	19 361 842	23,3	9 783 755	23,5*	9 321 320	22,5**

* Ergenlerin /Gençlerin erkek nüfus içindeki payı

** Ergenlerin /Gençlerin kadın nüfus içindeki payı

runlu, örgün veya yaygın öğrenimi kapsamaktadır. Türkiye’de ilköğretim 6 yaşında başlayıp 18 yaşına kadar toplam 12 yıl olduğundan ergenliğin başlangıcı 10-18 yaşlarını da kapsamaktadır. Yükseköğretim de ortaöğretime dayalı, en az iki yıllık yüksek öğrenim veren eğitim kurumlarında (üniversiteler, fakülteler, enstitüler, yüksekokullar, konservatuvarlar, meslek yüksek okulları, uygulama ve araştırma merkezleri) okuyan ergen ve gençleri kapsamaktadır^(28,29).

TÜİK’in İstatistiklerle Gençlik 2019 raporuna göre 2018 yılında 15-24 yaş grubu genç erkeklerin %0,1’i, genç kadınların ise %0,3’ü okuma yazma bilmemektedir. Genç erkeklerin %1,2’si, genç kadınların ise %2,7’si herhangi bir öğrenim kurumundan mezun olmamıştır. Bu yaş grubundaki ergen / genç erkeklerin %35,9’u, kadınların %33,8’i ortaokul ve dengi eğitimi tamamlamıştır. Erkeklerin %37,7’si, kadınların %37,8’i lise ve dengi, erkeklerin %8,2’si, kadınların ise %11,7’si yükseköğretimi bitirmiştir. 2018/2019 öğretim yılında ortaokul dönemi yaş grubundaki ergenlerin %93,3’ü ortaokula, ortaöğretim yaş grubundaki gençlerin %84,2’si ortaöğretime ve yükseköğretim yaş grubundakilerin ise %44,1’i yükseköğretime devam etmiştir. Erkek ve kadın ergen/gençler arasında okullaşma açısından bir fark bulunmamaktadır. Ancak 2018/2019 öğretim yılında üniversiteye devam eden erkekler %44,0 iken kadınlar %49,8’dir⁽²⁹⁾.

İnternet ve sosyal medya

Dijital teknoloji, artık dünyayı değiştirmiştir. Tüm dünyada giderek daha çok sayıda çocuk ve ergen bilgisayar kullanmakta ve internete girmektedir.

15-24 yaş grubu gençler interneti en çok kullanan gruptur. Dünyada toplam nüfusun %48’i internet kullanırken gençlerin %70’i internete bağlanmaktadır. Tahminlere göre dünyadaki internet kullanıcılarının üçte birini 18 yaşından küçük çocuklar ve ergenler oluşturmaktadır. Akıllı telefonların kullanımı da internete erişimi kolaylaştırmaktadır⁽³⁰⁾. Türkiye’de bilgisayar kullanmaya başlama yaşı 8, internet kullanma yaşı 9 ve cep telefonu kullanma yaşı 10 olup 11-15 yaş grubundakilerin dörtte birinin kendi şahsına ait cep telefonu, üçte birinin de bilgisayarı bulunmaktadır. Adolesan ve gençlerin cinsiyetlere göre bilgisayar, internet ve cep / akıllı telefon kullanımı incelendiğinde erkeklerle kadınlar arasındaki fark dikkat çekicidir. 11-15 ve 16-24 yaş gruplarında daha çok erkeklerin dijital teknoloji gereçlerini kullandıkları gözlenmektedir (Tablo 20.2)^(28,29).

Çalışma Yaşamına Katılma Durumu

“Çocuk İşgücü Araştırması” adlı özel konulu araştırma 2019 yılının IV. çeyreğinde (Ekim-Kasım-Aralık) Hanehalkı İşgücü Araştırması ile birlikte 5-17 yaş grubundaki çocuklara uygulanmıştır. Bu araştırmada, Türkiye genelinde 5-17 yaş grubundaki çocuk sayısı 16 milyon 457 bin kişi olarak tahmin edilmiştir. Bu yaş grubundaki çocuklar kurumsal olmayan nüfusun %20,3’ünü oluşturmaktadır. Yaş grupları itibarıyla, 5-11 yaş grubundaki çocuk sayısı 9 milyon 12 bin, 12-14 yaş grubundaki ergen sayısı 3 milyon 796 bin, 15-24 yaş grubundaki genç sayısı ise 3 milyon 649 bin olarak tahmin edilmiş-

Tablo 20.2 Yaş grubu ve cinsiyete göre bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanma payları, 2013 ve 2019

	Yaş grubu								
	6-10			11-15			16-24		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
2013									
Bilgisayar	48,6	49,7	46,8	73,1	75,4	70,6	78,7	87,8	69,7
İnternet	36,9	38,3	35,4	65,1	68,9	61,0	77,5	87,3	67,8
Cep telefonu	11,0	11,0	11,0	37,9	41,0	34,5	-	-	-
2019									
Bilgisayar	-	-	-	-	-	-	86,3	91,2	81,2
İnternet	-	-	-	-	-	-	93,0	96,9	89,0
Cep telefonu	-	-	-	-	-	-	-	-	-

tır. %-17 yaş grubundaki çocukların 720 bini (%4.4) ekonomik bir faaliyette çalışmaktadır.

Çalışan çocukların %79,7'sini 15-17 yaş grubundakiler oluştururken, %15,9'unu 12-14 yaş grubundakiler oluşturmaktadır (Tablo 20.3) ⁽³¹⁾. Cinsiyete göre incelendiğinde, çalışan çocukların %70,6'sını erkek çocukların %29,4'ünü ise kız çocukların oluşturduğu görülmektedir. Çalışan çocukların çalışma nedenlerinde ilk sırayı %35,9 ile "hanehalkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak", alırken bunu, %34,4 ile "iş öğrenmek, meslek sahibi olmak" %23,2 ile "hanehalkı gelirine katkıda bulunmak" izlemektedir. Çocukların %6,4'ü ise "kendi ihtiyaçlarını karşılamak" amacıyla çalıştıklarını belirtmişlerdir ⁽³¹⁾.

Ekonomik faaliyette çalışanların %34,3'ü eğitime devam etmemekte, %30,8'i tarım sektöründe, %23,7'si sanayide, %45,5'i ise hizmet sektöründe, %63,3'ü ücretli veya yevmiyeli, %0,5'i kendi hesabına ve %36,2'si ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. %66,0'ı düzenli işyerinde, %30,4'ü tarla-bahçede, %3,0'ı seyyar sabit olmayan işyeri veya pazar yerinde %0,5'i ise evde çalışmıştır. Yaş grubuna göre incelendiğinde, 5-14 yaş grubunda çalışan ergenlerin %64,1 ile tarım sektöründe 15-17 yaş grubunda çalışan ergenlerin ise %51,0 hizmet sektöründe çalıştığı saptanmıştır. Çalışanların %12,9'unun aşırı

sıcak/soğuk ya da aşırı nemli/nemsiz bir ortamda çalıştığı, %10,8'inin kimyasal madde, toz duman veya zararlı gazlara maruz kaldığı belirlenmiştir. %6,4'ünün çalıştığı ortamda kaza riski ile karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir. %1,3'ü çalıştığı yerde bir yaralanma veya sakatlanmaya maruz kalırken, %4,4'ü çalıştığı yerde yaralanma veya sakatlanma durumuna tanık olmuştur. İşyerinin çalışma koşullarından kaynaklı herhangi bir rahatsızlık geçirenlerin payı %0,6 iken, bu duruma tanık olanlar ise %2,2'dir. Çalışanların %0,1'i çalıştığı yerde fiziksel, sözlü şiddet veya kötü muameleye maruz kalırken, bu duruma tanık olanların payı ise %1,5'dir ⁽³¹⁾.

TÜİK'in İstatistiklerle Gençlik 2019 raporuna göre 2019 yılında istihdam edilen 15-24 yaş grubundaki gençler (3 866) toplam işgücünün (5 182) %44,4'ünü oluşturmaktadır. 15-24 yaş grubundaki işsizlik oranı %25,4'dür. 2019 yılında genç erkeklerin işgücüne katılımı %55,9 iken genç kadınlar da ise %32,6'dır. İşsizlik oranı genç erkeklerde %22,5 iken genç kadınlarda ise %30,6'dır. 15-24 yaş grubundaki gençler eğitim durumuna göre incelendiğinde işsizlik oranının yüksek-öğretim mezunlarında %35,6 olduğu belirtilmiştir. Yüksek-öğretim mezunu genç kadınlarda işsizlik %40,1 iken genç erkeklerde %29,8'dir ⁽²⁹⁾.

Tablo 20.3 Ekonomik faaliyette çalışan çocuklara ilişkin temel göstergeler, 5-17 yaş, IV. Çeyrek: Ekim-Aralık, 2019

	Toplam		Erkek		Kadın	
	(Bin kişi)	%	(Bin kişi)	%	(Bin kişi)	%
5-17 yaş grubu nüfus	16 457	-	8 449	-	8 008	-
Ekonomik faaliyetle çalışan	720	100,0	508	100,0	212	100,0
Yaş grupları						
5 - 11	32	4,4	24	4,7	8	3,8
12 - 14	114	15,9	77	15,2	37	17,4
15 - 17	574	79,7	407	80,0	167	78,8

Ergen ve Gençlerin Sağlığı

TÜİK'in İstatistiklerle Gençlik 2019 raporuna göre 2016 yılında 15-24 yaş grubu gençlerin %13,1'inin vücut kitle indeksinin düşük olduğu (erkeklerin %8,6'sı, kadınların %17,7'si), %16,7'sinin obezite öncesi olduğu (erkeklerin %18,7'si, kadınların %14,6'sı) ve %3,8'inin obez (erkeklerin %3,5'i, kadınların %4,1'i) olduğu belirtilmiştir. Erkeklerin %28,2'si, kadınların ise %7,8'i her gün tütün kullanırken erkeklerin %64,9'u kadınların ise %87,0'si hiç tütün kullanmamıştır. Erkeklerin %13,1'i kadınların ise %5,4'ü alkol tükettiğini belirtmiş olup erkeklerin %81,0'i kadınların ise %90,6'sı hiçbir zaman alkol kullanmadığını belirtmiştir. 2018 yılında 15-24 yaş grubu gençlerde yaşa özel intihar hızının %5,1 (erkeklerde %6,7 iken kadınlarda %3,5) olduğu belirlenmiştir. Gençlerin %41,0'inin intihar nedeni bilinmemekte olup %15,6'sının herhangi bir hastalık nedeniyle %7,8'inin aile geçimsizliği / geçim zorluğu ve %4,6'nın hissi ilişki ve istediği ile evlenememe nedeniyle intihar ettiği belirtilmiştir⁽²⁹⁾.

Ergenlerin / Gençlerin Üreme Sağlığı Davranışları

İlk Evlilik Yaşı ve Medeni Durumu

Türkiye'de 6.9.2003 tarih ve 25221 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Evlendirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre toplumsal cinsiyet temelinde Medeni Kanun'da yapılan düzenlemeler ile 18 yaşını doldurmuş, mahkeme vesayet altına alınmamış olan erkek ve kadın

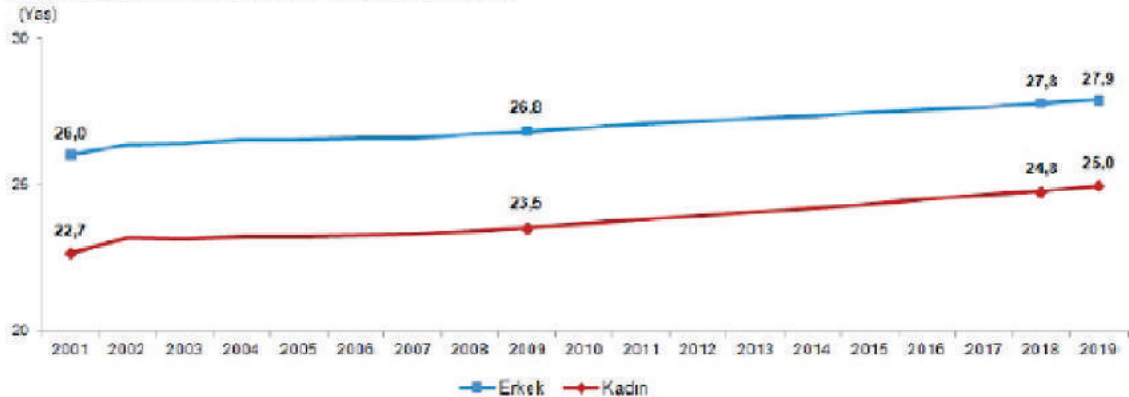
başka bir kimsenin rızası veya iznine bağlı olmaksızın evlenebilmektedir. Ayrıca; 17 yaşını tamamlayan erkek ve kadın velinin izni, veli yoksa vasi veya vesayet makamının izni ile 16 yaşını dolduran kadın ve erkek ise hakim izni ile evlenebilir şeklinde değiştirilmiştir⁽³²⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı Evlenme ve Boşanma İstatistiklerinde yıllara göre ortalama ilk evlenme yaşının her iki cinsiyette de yükseldiği görülmektedir. Ortalama ilk evlenme yaşı 2019 yılında erkeklerde 27,9 iken kadınlarda 25,0 olmuştur. Erkek ile kadın arasındaki ortalama ilk evlenme yaş farkı ise 2,9'dur (**Şekil 20.6**)⁽³³⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun İstatistiklerle Çocuk 2019 raporunda 2008 yılında 16-17 yaş grubundaki kız ergenlerin %2,97'si, 2013'de %2,13'ü evli iken, 2019'da %0,96'sının evli olduğu belirtilmiştir. Kuzeydoğu, Güneydoğu, Ortadoğu ve Orta Anadolu'da 16-17 yaşında evlenen çocukların toplam evlenmeler içindeki payı diğer bölgelere kıyasla daha yüksektir (8,0; 6,3; 5,9 ve 4,8). İllere göre kız çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki payı Ağrı'da % 13,2, Muş'ta 13,0, Kars'ta %10,6, Bitlis'te %10,4, Kilis 9,9, Van %8,6, Gaziantep %8,3 ve Niğde'de %8,0'dir⁽²⁸⁾.

TÜİK'in İstatistiklerle Gençlik 2019 raporuna göre 2015 yılında, 15-24 yaş grubundaki erkek nüfusun %5,0'i, kadın nüfusun ise %20,7'i evli iken 2019 yılında azalarak erkeklerin %4,1'i kadınların ise %16,8'i evlenmiştir. 2019 yılında 15-24 yaş grubu erkeklerin %0,1'i, kadınların ise %0,4'ü boşanmıştır. 2019 yılı verilerine göre genç kadınlarda boşanmaların %47,8'i ve erkeklerin %26,9'u evliliğinin ilk 3 yılı ve sonrasında gerçekleşmiştir. Ev-

Cinsiyete göre ortalama ilk evlenme yaşı, 2001-2019



Şekil 20.6 Cinsiyete göre ortalama ilk evlenme yaşı, 2001-2019.

lilik süresi 2 yıl olan kadın ve erkeklerde boşanma yüzdeleri birbirine yakındır. Erkeklerin %36,0'sı, kadınların ise %26,2'si evlendikten bir yıl sonra, erkeklerin %16,2'si, kadınların ise %10,1'i evliliğinin bir yılını doldurmadan boşandığı saptanmıştır⁽²⁹⁾.

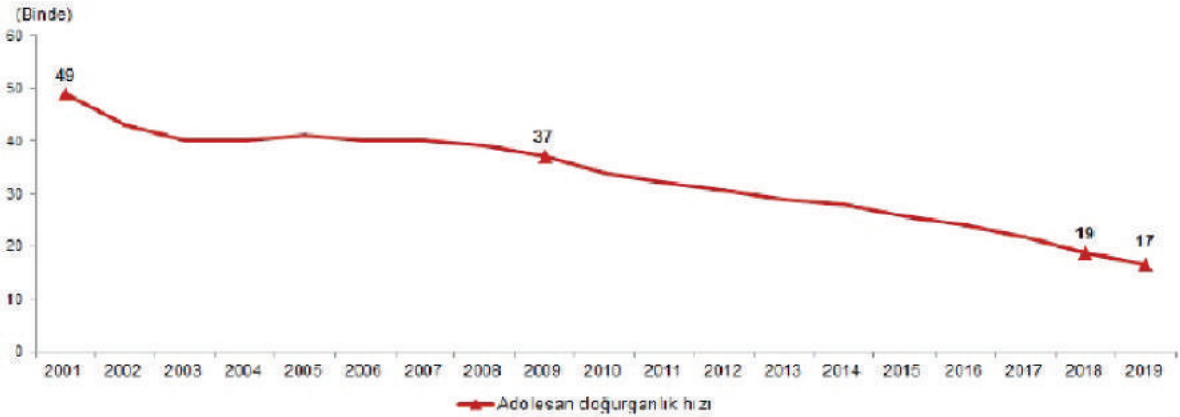
İlk defa evlenen 15-24 yaş grubu gençlerin yüzdesi incelendiğinde, erkek ve kadınlarda azalma eğilimi olduğu belirlenmiştir. 2015 yılında erkeklerde %31,1 iken, 2019 yılında %27,5'e düşmüştür. Kadınlarda ise 2015 yılında %61,2 iken 2019 yılında %55,7'e düşmüştür. İlk defa evlenenlerin yüzdesi kadınlarda, erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır⁽²⁹⁾.

Doğurganlık ve Aile Planlaması

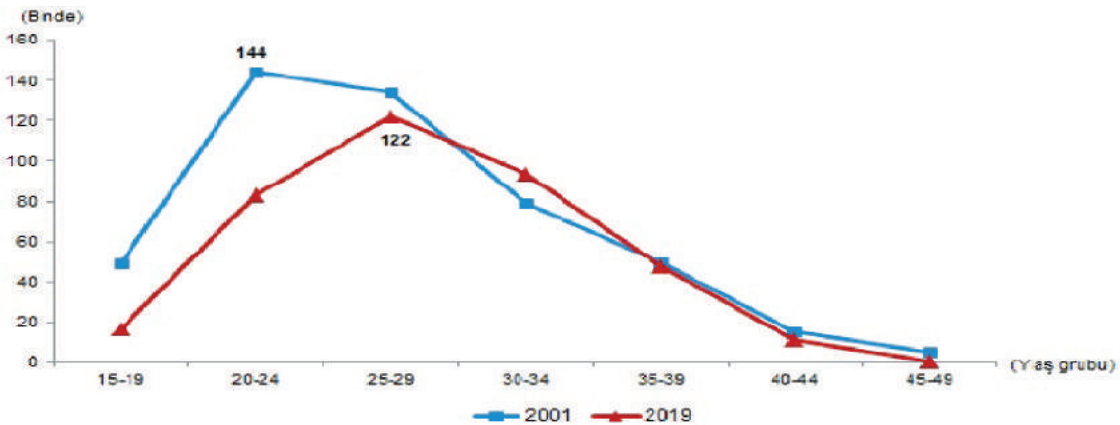
Erken evliliklerin bir başka sakıncası da gebelikten korunma yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kız çocuklarının istenmeyen gebelik yaşama riskinin yüksek olmasıdır. İstenmeyen gebelikler ise henüz kendisi de 'çocuk' olan bireyin bir de annelik sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalmasına ve beraberinde birçok problem yaşa-

masına neden olabilmektedir^(17,18). TÜİK, Dünya Nüfus Günü, 2019 haber bülteninde en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda görüldüğü belirtilmiştir. Bu yaş grubundaki doğurganlık hızı 2013 yılında binde 130 iken 2018 yılında binde 128 olmuştur. Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Yaşı çok genç olan annelerden doğan bebeklerin daha yüksek derecede hastalık ve ölüm riskiyle karşı karşıya kalmalarından dolayı adölesan doğurganlık konusu anne ve bebek sağlığının korunması bakımından oldukça önem taşımaktadır. Adölesan doğurganlık hızı, 2013 yılında binde 29 iken 2018 yılında binde 19'a ve 2019'da binde 17'e düşmüştür (Şekil 20.7)^(34,35).

TÜİK, Doğum İstatistikleri, 2019'a göre 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı binde 144 ile 20-24 yaş grubunda iken 2019 yılında binde 122 ile 25-29 yaş grubunda görülmüştür (Şekil 20.8). Bu durum, doğurganlığın kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini göstermektedir⁽³⁵⁾.



Şekil 20.7 Adölesan doğurganlık hızı, 2001-2019.



Şekil 20.8 Yaşa özel doğurganlık hızı, 2001, 2019.

Ülkemizde 2018 yılında adölesan doğurganlık hızının en yüksek olduğu il binde 57 ile Ağrı olmuştur. Bu ili binde 54 ile Muş, binde 46 ile Şanlıurfa ve binde 42 ile Kilis izlemiştir. Adölesan doğurganlık hızının en düşük olduğu il ise binde 4 ile Gümüşhane oldu. Bu ili binde 5 ile Rize ve Trabzon, binde 6 ile Artvin ve Bayburt takip etmiştir⁽³⁴⁾.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2013 ve 2018)

2018 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubu adölesan ve 20-24 yaş grubu gençlerde doğurganlık azalmış olup geleneksel olarak yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubunun 25-29 olması, yani doğumların ileri yaşlara ertelenmesi Türkiye'deki doğurganlık dönüşümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. 15-19 yaş grubunda doğurganlık hızının binde 30, 20-24 yaş grubunda ise binde 124 olduğu saptanmıştır⁽³⁶⁾.

- 2018 TNSA'da, 15-19 yaş grubundaki ergenlerin %4,8'inin, 20-24 yaş grubundakilerin ise %39,7'sinin evlenmiş olduğu saptanmıştır. Yani 15-24 yaş grubunda gençlerin %21,5'inin evli olduğu saptanmıştır⁽³⁶⁾.
- TNSA 2018 sonuçlarına göre 15-17 yaş grubunda ergen kadınların %1,3'ü çocuk doğurmaya başlamış olup 17 yaşındakilerin %2,0 canlı doğum yapmıştır. 18 yaşındakilerin %3,8'i, 19 yaşındakilerin ise %10,0'u canlı doğum yapmış veya ilk çocuğuna gebedir. Çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların payı, 2013 TNSA'dan bu yana %5,0'ten %4,0'e gerilemiştir. Adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan ergenlerin payı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Batı'da %2,0 olan bu oran Güney'de %7,0'dir. İlkokul mezunu ergenlerin %18,3'ü, ortaokul mezunlarının %2,9'u, lise ve üzeri mezun olanların %0,8'i, gelir düzeyi çok düşük veya düşük olan ergenlerin %10,8'i, yüksek ve en yüksek olanların %1,5'i canlı doğum yapmıştır. Ayrıca, 15 yaşından önce evlenenlerin yüzdesi 1,1 iken yüzde 0,2'si de doğum yapmışlardır. 15-19 yaş grubundaki ergenlerin ileride istedikleri çocuk sayısı ortalama 2,3 iken 20-24 yaş grubundaki gençler 2,8 çocuk sahibi olmak istemektedirler⁽³⁶⁾.
- TNSA 2018 sonuçlarına göre 20 yaşın altında olan kadınların %92,2'si bir doktordan, %1,9'u bir ebe/hemşireden doğum öncesi bakım hiz-

meti almıştır. %78, 5'inin doğumu bir doktor tarafından ve %20,4'ünün bir ebe / hemşire yardımıyla gerçekleştirilmiştir. %97,9'u hastanede, %1,6'sı evde doğum yapmıştır. 20 yaşın altında olup doğum yapan kadınların %97,0'si doğum sonu bakım hizmeti almıştır⁽³⁶⁾.

- 2013 TNSA ile 2018 TNSA kıyaslandığında 15-24 yaş grubunda tüm kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumunda azalma olduğu saptanmıştır. 2013'de herhangi bir yöntem kullanımı %29,8 iken 2018'de %23,7'e düşmüştür (36, 37). 2013 TNSA raporuna kıyasla 2018 TNSA'da geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı ve modern yöntem kullanımını azalmıştır. 2013'de herhangi bir modern yöntem kullanımı %15,9 iken 2018'de %15,2'e, geleneksel yöntem kullanımı ise %13,9'dan %8,5'e düşmüştür. Hatta modern yöntemlerden hap kullanımı 2013'de %2,0'den 2018'de %4,0'e yükselirken RİA (Rahim İçi Araç), iğne ve kondom kullanımı 2018'de azalmıştır. 2018 TNSA sonuçlarına göre halen evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu; 15-19 yaş grubunda kadınların %19,0'u herhangi bir modern yöntem (%15,3 kondom, %1,2 RİA, %2,5 iğne), %17,2'i herhangi bir geleneksel yöntem olarak geri çekme uygulamakta, %63,8'i hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. 15-19 yaş grubundaki kadınların %14,0'ü dört farklı kitle iletişim aracının (radyo, televizyon, gazete/dergi ve cep telefonu) herhangi birinden aile planlaması hakkında bir şey duyduğunu belirtmiştir⁽³⁶⁾.
- 2018 TNSA sonuçlarına göre 20-24 yaş grubunda halen evli kadınların %33,7'si herhangi bir modern yöntem (%16,2 kondom, %10,1 RİA, %4,8 hap, %2,4'ü iğne ve %0,1 tüp ligasyonu), %18,9'u herhangi bir geleneksel yöntem (%18,6 geri çekme, %0,2 diğer geleneksel yöntemler) kullanmakta; %47,4'ü hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Doğumların arasını açmak istemesine rağmen karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 20-24 yaş grubunda %12,0 olduğu belirlenmiştir⁽³⁶⁾.

Ergen / Gençlerin Üreme/Cinsel Sağlık Bilgisi

2014'den bu yana yapılan çeşitli araştırmalarda gençlerin üreme/cinsel sağlığı konularında bilgi düzeyleri, davranışları, sağlık hizmetlerini kullanımı ve gereksinimleri saptanmaya çalışılmıştır.

- Topuz ve arkadaşlarının 2015 yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıf kız öğrencilerinin genital hijyen uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda kız öğrencilerin genital ve menstürel hijyen konusunda eksik ve hatalı uygulamalarının ve bölümler arasında farklılıklar olduğu ve bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları sonucuna varılmıştır⁽³⁸⁾.
- Kara-Ulu ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Ankara'da sosyo-ekonomik düzeyi düşük 14-17 yaş arası gençlerle yaptıkları araştırma sonucuna göre, ülkemizde ilk cinsel deneyim yaşının düşmekte olduğu, CYBE hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte gençler cinsel konular hakkında sağlık çalışanları, okul ve görsel basın aracılığıyla cinsel sağlık eğitimini almak istediklerini belirtmişlerdir⁽³⁹⁾.
- Ergün ve arkadaşlarının yüksekokulda öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve bunların bazı değişkenlerle ilişkisinin saptanması amacıyla 2015 yılında yaptığı çalışmada öğrenciler CYBE'lere %42.7 oranında "AIDS, Sifiliz, Gonore", %24 oranında "AIDS" ve %15.6 oranında "AIDS ve Hepatit" cevabını vermişlerdir. Evlilik öncesi cinsel deneyime ilişkin öğrencilerin %43.8'i "flörtün ötesine karşıyım", %28.1'i "tamamen karşıyım" yanıtlarını vermişlerdir. %58.3'ü cinsel sağlıkla ilgili bilgi seviyesini yeterli bulduğunu, %41.7'si ise yeterli bulmadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin çoğunluğunun evlilik öncesi cinsel deneyime karşı olduğu gözlenmiştir. Öğrenciler CYBE ve bunlardan korunma yollarını bilmemektedir.⁽⁴⁰⁾
- Üstündağ'ın 2017 yılında Başkent Üniversitesi'nde yaptığı gençlere verilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi'nin etkisini değerlendirdiği çalışmada Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi'ne katılan gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeylerinde anlamlı düzeyde artış kaydedilmiştir⁽⁴¹⁾.
- Evcili ve Gölbaşı 285 üniversite öğrencisinin cinsel bilgi düzeylerinin mevcut durumunu ve algılar, inançlar, tutumlar ve cinsellik uygulamalarını araştırmıştır. Gençlerin büyük çoğunluğu cinselliği arkadaşları ile konuşabilmektedir. Araştırmada kimsenin sağlık hizmetlerinden bilgi almadığını belirtmesi çok ilginçtir. Araştırmaya katılanlar cinsel eğitimin sadece biyoloji dersinde cinsel sağlığın içerisinde geçtiği ya da sosyoekonomik ve kültürel sebeplerden cinsel eğitim bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir⁽⁴²⁾.
- Özelci, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması polikliniğine istemli cerrahi küretaj için başvuran 133 adolesan hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların istemli küretaj sonrasında en fazla tercih ettikleri kontraseptif yöntem, kondom %29,3 olup ikinci sırada oral kontraseptifler % 25,6'dır. Adolesanların etkili bir şekilde aile planlaması ve kontraseptif danışmanlık ihtiyacı olduğu gözlenmiştir⁽⁴³⁾.
- 2017 yılında Uluslararası Çocuk Merkezi (UÇM) gençlerin toplumsal cinsiyet eşitliği ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçlara ulaşmadaki engellerini belirlemek ve politika yapımcılar için tavsiyeler geliştirmek için Türk Tıp Öğrencileri Birliği (TURKM-SIC), işbirliği ile "Gençlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği/Genciz Eşitiz" Projesi kapsamında 3 ilde 4 Tıp Fakültesinde Tıp Fakültesi 1. Sınıf öğrencileri arasında üreme sağlığı hakları ve cinsel sağlık bilgi ve davranış araştırması yapmıştır. Bu araştırmaya göre erkeklerin üçte biri kadınların beşte biri kadınların gebe kalma olasılığı olan dönemi bilememiştir. Gebeliği önleyici yöntemlerden en çok kondomu (%92,2) ve hapları (%91,4) duymuşlardır. HIV/AIDS'in aşı ile korunulabildiğini düşünen kadınların %47'si, erkeklerin %50'sidir. CYBE korunma yollarında kondomu bilenler sadece %67'dir. Gençlerin cinsellik üreme sağlığı bilgi düzeylerini %60 yetersiz bulmuşlardır. Gençlerin büyük çoğunluğu üreme haklarını bilmemektedir, en fazla bilinen hak %81 ile "Çocuk Sahibi Olup Olmama veya Ne Zaman Olacağına Karar Verme Hakkı"dır⁽⁴⁴⁾.
- Aykan 452 üniversite öğrencisinin sosyal medya kullanımı ve CYBE ile ilgili farkındalık araştırmasında öğrencilerin sosyal medya aracılığı ile karşı cinsten arkadaş bulma oranı %81,8 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %81,6'sının sosyal medya ve internet kullanımlarında cinsel içerikli paylaşımlar ve cinsel içerikli haber ve reklamlardan rahatsız oldukları belirlenmiştir. Öğrencilerin %63,5'inin üniversite mediko-sosyal merkezinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bir danışmanlık birimi veya poliklinik kurulmasını istedikleri belirlenmiştir. Cinsel konularda en

güvenilir bilgilerin öğrencilerin %65,7'i sağlık çalışanlarından, %61,3'ü konferans ve eğitim programlarından alınacağını belirttiği görülmüştür ⁽⁴⁵⁾.

- T.C Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 2017'de doğum yapan, adolesan dönemdeki 207 annede yapılan tez çalışması sonucunda, gebeliklerinde adolesan annelerin 88'i anemi, 7'si hipertansiyon, 7'si preeklampsi ve 1'i eklampsi problemleri yaşamışlardır Doğumlarında ise adolesan annelerin %27,1'i sezaryenle doğum yapmış, sezaryen doğum nedenleri; %28,6'sı tekrarlayan sezaryen, %21,4'ü fetal distres, %16,1'i baş pelvis uyuşmazlığı, %16,1'i uzamış doğum eylemidir. Adolesanlar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ve bebeklerine yönelik birçok sorunla karşılaşmışlardır. Adolesan annelik maternal riskleri beraberinde getirmekte olup adolesan gebeliklerin oluşmadan önce önlenmesi önerilmektedir. ⁽⁴⁶⁾
- Yaşar ö. ve arkadaşları tarafından 2019 yılında 327 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılanların %44,4'ü ailede cinsellik konusunda konuşulmadığını, %56'sı evlilikten önce her türlü cinsel ilişkiye karşı olduğunu, %66'sı cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgisi olduğunu, bilgi kaynakları olarak %24'ü dergi, kitap ve televizyonu belirtmiştir. Öğrencilerin, %77,2'si birden fazla cinsel partneri olma, %61'i hayat kadınlarıyla birlikte olma, %9,6'sı uyuşturucu bağımlısı olma durumunu CYBE'nun bulaşması için risk faktörü olarak belirtmiştir. CYBE'dan korunmada öğrencilerin %71,2'si kondom kullanılabilirliğini belirtmiştir. Katılımcıların üniversiteye gelmeden önce yaşadığı yer ile ailede cinselliğin konuşulması arasında anlamlı fark saptanmıştır. Araştırmada üniversite öğrencilerinin CYBE belirtileri ve risk faktörleri konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. ⁽⁴⁷⁾

Ergen/Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konularında Bilinçlendirilmelerine Yönelik Bazı Çalışmalar

Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve hizmet ihtiyaçlarına ulaşmalarına yönelik; gençler ve sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen farkındalık yaratma faaliyetleri UNFPA,

Avrupa Birliği, Başkent Üniversitesi Kadın - Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM), TAPV Vakfı, Sabancı Hibe Programları, Uluslararası Çocuk Merkezi ve diğer sektörlerin işbirliğinde desteklenmektedir.

Bazı çalışmalardan örnekler

- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAP Vakfı) tarafından gerçekleştirilen **"Rehber Öğretmenler için Ergenlere Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık Atölyeleri"** Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA Türkiye) desteğiyle, çocuğun-ergenin gelişim sürecinin bütünsel ve pozitif bir perspektifle desteklenmesi ve çocuğun üstün yararını gözeterek çocuğun haklarına saygılı bir eğitim-danışmanlık ortamının sağlanması amacıyla düzenlenmektedir. TAP Vakfı olarak, ortaokul ve lise kademesindeki öğrencilerle çalışan psikolojik danışman ve rehber öğretmenleri cinsel sağlık eğitiminde yeni bilgi ve yöntemlerle buluşturabilmek için bir dizi online eğitim gerçekleştirilmesi planlanmıştır. 3 gün sürecek atölyelerde "Cinsel sağlık eğitimin kapsamı ve yaş gelişimine uygun öğrenim hedefleri", "Çocuk hakları ve cinsel sağlık eğitiminde hak temelli yaklaşım", "Bedeni tanıma ve ergenin cinsel gelişimi", "Cinsellik, cinsel davranış ve iyi olma becerileri", "Onay, mahremiyet ve bedensel bütünlük" • Üreme sağlığı, cinsel yolla aktarılan enfeksiyonlar ve korunma yöntemleri" gibi konu başlıkların ele alınması planlanmıştır ⁽⁴⁸⁾.
- **Güvenli Cinsellik ve Gençlik Çalışmaları:** Bu çalışmada TAP Vakfı gençlere, mültecilere ve erkeklerle cinsel deneyim yaşayan erkeklerle yönelik farkındalık artırma, bilgilendirme ve davranış değişikliği yaratmaya odaklanarak ve bunları gerçekleştirmek için de kamu, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliklerini güçlendirerek değişim yaratmayı amaçlamaktadır. Bu değişimi yaratmak için "Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara dair tanı ve tedavi süreçlerini güçlendirecek bilgi ve kapasitenin artırılması", "Doğru bilgi ve davranışların yaygınlaşması için kilit gruplara yönelik işbirliklerinin desteklenmesi", "Sivil toplum alanında kapasitenin desteklenmesi", "Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılımının engellenmesi için kamu kurumlarının güçlendirilmesi" amaçlarına yönelik bir Güvenli

Cinselliği ana akımlaştırma yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu yaklaşımla, farklı gruplara yönelik aşağıda özetlenen spesifik çalışmaların yanı sıra hem Kadın Sağlığı Eğitim programlarında hem de öğrencilere ve öğretmenlere yönelik programlarda güvenli cinselliğin önemli bir unsur olarak yer alması sağlanmıştır. Program ile birlikte Güvenli Cinsellik Danışma Hattı, 1 Aralık Gençlik Fonu ve okullarda cinsel sağlık eğitimleri gibi farklı başlıkların yer aldığı geniş bir programla özellikle HIV/AIDS alanında farkındalığın artması ve hizmet sunumunun güçlendirilmesi hedeflenmektedir⁽⁴⁹⁾.

- **1 Aralık Farkındalık Etkinlikleri:** Bu çalışmada TAP Vakfı tarafından 1 Aralık HIV Farkındalık Haftası kapsamında, HIV konusunda farkındalık yaratmak için üniversitelerde öğrenci kulüpleri ve öğretim üyeleri, sivil toplum kuruluşları, belediyeler ve sağlık hizmetleri sağlayan kurumların ilgili birimleri ile kurulan iletişim doğrultusunda gençlerin bilgi ihtiyaçlarını tespit ederek cinsel sağlık çalışmaları yürütülmektedir. Bu çalışmalarını öğrencilerin kampüslerde özellikle ilgi gösterdi stant çalışmaları, bilgilendirici seminerler ve bireysel danışmanlık faaliyetleri olarak gerçekleştirilmektedir. 1 Aralık 2018 HIV / AIDS farkındalık çalışmaları kapsamında üniversitelerde organize edilen bir haftalık stant çalışmaları yürütülmektedir. Stanta gelen gençler cinsellikle ilgili sorularını (cinsel yolla bulaşan hastalıklar, bedeni tanıma, adet, gebelik gibi) yönelterek bilgilendirme talep edebilmektedir. Stantta bilgilendirme ve farkındalık yaratma amacıyla; Çarkfelek oyunu, dövizler, 4 çeşit rozet, broşür, X-Banner, prezervatif, sticker, anahtarlık gibi materyaller bulunmaktadır⁽⁵⁰⁾.
- **Cinsel Sağlık Danışma Hattı:** TAP Vakfı'nın yürüttüğü Cinsel Sağlık Danışmanlık Çalışmaları kapsamında cinselliğe ve cinsel sağlığa dair soruların uzmanlar tarafından cevaplandırılması ve bilgiye erişimin kolaylaştırılması amacıyla başlatılmıştır. Danışmanlık hizmeti verilirken; bilgilendirme, sorun çözme ve yönlendirme amaçlanırken bilgi ihtiyacı ve sorun alanlarının saptanması da gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda, kurulan 0212 444 65 39 numaralı Alookey Hattı 2001 yılından bu yana hizmet vermektedir⁽⁵¹⁾.
- **Adolesanlara cinsel sağlık eğitimi:** Uluslararası Çocuk Merkezi 2010 yılında Alman Hükümeti

Federal Sağlık Eğitimi Merkezi (BZgA) ve DSÖ Avrupa Ofisi ile birlikte "Avrupa'da Cinsel Eğitim Standartları'nın oluşturulmasında Türkiye'den STK temsilcisi olarak bulunmuştur. Dünyada 13 dile çevrilmiştir (52). Ne yazık ki Türkçe'ye çevirisi tamamlanmış olup Milli Eğitim Bakanlığı Talim Terbiye Onayı alınmamıştır. UÇM bu yayını benimseyerek kullanmak isteyen okullara rehberlik yapmaktadır⁽⁵²⁾.

- **Risk Altındaki Adolesanlar için Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Eğitimleri:** UÇM 2012 yılından beri risk altındaki adolesanlar ve genç insanlar ile çalışan sağlık profesyonellerinin kapasitesini güçlendirmek amacıyla kapsamlı CSÜS eğitimleri için hem ulusal hem de eğitici eğimi için İngilizce ve Rusça eğitim modülleri hazırlamış, Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerine UNFPA Doğu Avrupa ve Orta Asya Bölgesel Ofisi ile eğitimler vermiştir⁽⁵³⁾.

Sonuç

Adolesanlara yapılan yatırımlar toplum sağlığı ve eğitim sistemi açısından en karlı ve dönüştürücü yatırımlardır. Bu nedenle ulusal adolesan sağlığı girişimleri başlatılmalıdır. Bu çerçevede okulun ve teknolojik gelişimin özellikle de internet ve akıllı telefonların adolesanların sağlıklı gelişimindeki rolü dikkate alınarak bilişim okur yazarlığı adolesanlara öğretilmelidir. Okula bağlanmalarını artırıcı önlemler alınmalıdır. Akran ve siber zorbalık ile mücadele edilmelidir. En kırılan adolesanların okulda erkenden farkedileceği en uygun yardım almalarının sağlanabileceği sistemler kurulmalıdır.

Bu yüzyılda, cinsel yönelim değişmiş; ilk seks deneyim yaşı düşmüş, riskli cinsel davranışlar ve evlilik öncesi çok eşli cinsel yaşam ve boşanma oranları artmış, evlilik ve doğum oranları düşmüştür. Sonuçta CYBE'lar ve yaşlanan nüfus ciddi halk sağlığı sorunları haline gelmiştir. Şiddet, HIV enfeksiyonu, CYBE ve istenmeyen gebelik gibi risklere karşı okul temelli bilinçlendirme eğitimlerinin güçlendirilmesi gibi dengeli bir politikaya geçilmelidir. Üreme hayatının planlaması kariyer planlama eğitimi ile eşgüdümlü gitmelidir. Erken yaşta cinselliğin üreme sağlığı ve psikoloji üzerine olumsuz etkileri ve neden olacağı sosyal riskler öğretilmelidir. İlk seks deneyimini erteleme ve CYBE'leri ve istenmeyen gebeliği önleme becerilerinin kazandırılması amacıyla gebelikten korunma yöntemleri

ve CYBE'den korunma yolları konularında danışmanlık ve eğitim verilerek sorumlu kararlar almak için gerekli olgunluk seviyesine ulaşmalarına yardımcı olunmalıdır. Adolesanlarda karşılanmamış ihtiyacı azaltmak için danışmanlık, cinsel sağlık eğitimi ve genç dostu sağlık hizmetlerinin varlığı, ulaşılabilirliği, karşılanabilirliği ve kalitesi ön plana çıkarılmalıdır.

Özetle, ergen / gençlerin, sağlık ve üreme / cinsel sağlığı konularında karşı karşıya kaldıkları risk faktörlerinden korunabilmeleri için bilgi düzeylerinin, davranışlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesine ve eğitim, istihdam, genç dostu sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanması için yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaştırılması, izlenmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasına önem verilmelidir.

Kaynaklar

- Adolescent health in the South-East Asia Region, WHO, <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health> Erişim tarihi: 01.06.2020
- Adolescence and Adolescent Reproductive Health, International Children's Center (ICC), "Teaching Materials for the Training Courses", Ankara, 2003.
- Adolescents: health risks and solutions, Key facts, WHO, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Erişim tarihi: 01.06.2020
- "Adolescents and Young People", State of World Population 2004, UNFPA (<http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9>)
- "Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Nisan 2004.
- State of World Population 2003, "Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights", UNFPA, 2003.
- Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.
- Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91: 1114–18.
- Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015.
- WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO; 2016.
- Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 – 13 September, UN, 1994. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5 – 13 Eylül 1994, T.C., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ed., Akın, A., Ankara, 1994.
- Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin, Çin, 4 – 15 Eylül 1995, T.C., Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation, WHO, UNAIDS, UNICEF, UNESCO, UNWomen, UNFPA, WB, 2017 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi: 01.06.2020
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all: Report of the GuttmacherLancet Commission. *Lancet* 2018;391:2642e92
- Mengjia Liang ve ark, The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health, *Journal of Adolescent Health* 65(2019), sf 3-15.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World population prospects 2019, https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_DataBooklet.pdf Erişim tarihi: 01.06.2020
- Çocuk Yaşta Evliliklerin Önlenmesi Projesi: Nevşehir Modeli, Sağlık Hizmet Sunucuları ve Sosyal Hizmet Sunucuları için Kaynak Kitap, BÜKÇAM, UNFPA, Sabancı Vakfı, Ağustos 2019, s:37-49.
- Çocuk Yaşta Evliliklerin Önlenmesi Projesi: Nevşehir Modeli, Sağlık Aracıları Kaynak Kitabı, BÜKÇAM, UNFPA, Sabancı Vakfı, Ağustos 2019, s:35-47.
- T. Ganchimeg, E. Ota, N. Morisaki, et al. Pregnancy and child-birth outcomes among adolescent others: A World Health Organization multicountry study *BJOG*, 121 (2014), pp. 40-48.
- F. Althabe, J.L. Moore, L. Gibbons, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry Study *Reproductive Health*, 12 (2015), p. S8.
- Child marriage has devastating consequences on a girl's health, <https://www.girlsnotbrides.org/themes/health/> Erişim tarihi: 01.06.2020
- Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise, 2019, <http://www.nairobisummiticpd.org/content/icpd25-commitments> Erişim tarihi: 01.06.2020
- İstatistiklerle Gençlik, 2019 Sayı: 33731 15 Mayıs 2020 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33731> Erişim tarihi: 03.06.2020
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara., 2013- TNSA, 2018-TNSA.
- Mıhçıokur Sare, Özcan Cihangir, Bilgili Aykut Ümmühan Nihal (2015). 1978-2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Sonuçlarına Göre Doğurganlık Eğilimlerinin Değişimi. 1. Uluslararası Çukurova Kadın Çalışmaları Kongresi (Adana, 09 - 11 Nisan 2015
- Yaş grubu ve cinsiyete göre il/ilçe merkezi ve belde/köy nüfusu, 2007-2019, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt İstatistikleri TÜİK, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 Erişim tarihi: 03.06.2020
- Türkiye İstatistik Yılığ 2013, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
- TÜİK, İstatistiklerle Çocuk Statistics on Child 2019, <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul> Erişim tarihi: 01_06_2020
- TÜİK, İstatistiklerle Gençlik, Youth in Statistics 2019, <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul> Erişim tarihi: 01_06_2020
- Prof. Dr. Esmâ Sarıkaya, Okulda Ergenlik ve Ergen Sağlığı, T.C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne Çocuk Ergen Sağlığı Enstitüsü 2019 https://www.tuseb.gov.tr/tacese/uploads/genel/files/yayinlar/raporlar/TACESE_2019_OkuldaErgenlik_ve_Ergen_Sagligi.pdf Erişim tarihi: 06.06.2020
- TÜİK, Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=TQJ2pswbh->

- NBv14mF72GFP1LRTJPnpkK85wbVgyYFRWTVc2Yf6kY-b!1901558272?id=33807 Erişim tarihi: 06.06.2020
- 32) Yeni Medeni Kanuna Göre Evlenme Yaş Sınırı, 2009, <http://www.hukuki.net/showthread.php?54206-Yeni-Medeni-Kanuna-gore-Evlenme-yas-siniri> Erişim tarihi: 08.06.2020
- 33) TÜİK, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33708> Erişim tarihi: 08.06.2020
- 34) TÜİK, Dünya Nüfus Günü, 2019 haber bülteni, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=TQmhpvBFVv-yfQ2Yz1T49CN2cn0ntX14cyGbNGTkTjLN2VKQ0VYJ-b!1978359255?id=30710> Erişim tarihi: 08.06.2020
- 35) TÜİK, Doğum İstatistikleri, 2019, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33706> Erişim tarihi: 08.06.2020
- 36) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim tarihi: 10.06.2020
- 37) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2013 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: 10.06.2020
- 38) Topaz Ş, Büyükkayacı Duman, N., Güneş, A. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıftaki kız öğrencilerin genital hijyen uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 6(3), 85-90.
- 39) Kara-Ulu N, Demir H, Taşar MA, Dallar YB. Ankara'da düşük sosyoekonomik düzeyli olan bir bölgede ergenlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2015; 1(1): 32-8.
- 40) Ergün G, Çakır C. Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 6(2): 99-104.
- 41) Üstündağ A. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitiminin gençler üzerinde etkisinin değerlendirilmesi. *Başkent University Journal of Education*. 2017; 4(1): 1-10.
- 42) Evcili F, Golbasi Z. Sexual Myths and Sexual Health Knowledge Levels of Turkish University Students. *Sexuality & Culture* 2017;1-15.
- 43) Özelçi, R , Cırık, D , Dilbaz, B , Yılmaz, S , Akpınar, F , Aytelkin, O , Nalçakan, A , Dilbaz, S . (2017). Adolesan Dönemdeki Hastaların İstemli Küretaj Sonrası Kontrasepsiyon Tercihlerinin Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* , 14 (2) , 48-51 . DOI: 10.1016/j.jpag.2015.09.011
- 44) Uluslararası Çocuk Merkezi, 2017, Gençlerin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği/Genciz Eşitiz” Projesi.
- 45) Aykan Ş., ve ark, University Students Awareness of Sexually Transmitted Diseases and Use of Social Media, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Ocak 2017, Cilt 3, Sayı 1, s.1-5.*
- 46) Uslu F.G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018.
- 47) Yaşar Ö, Dikoğlu Buluş M, Özsezer Kaymak G, Er Güneri S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Jaren*. 2019;5(1):53-8.
- 48) Rehber Öğretmenler için Ergenlere Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık Atölyeleri <http://www.tapv.org.tr/rehber-ogretmenler-icin-ergenlere-yonelik-cinsel-saglik-egitimi-ve-danismanlik-atolyeleri-basliyor/> Erişim tarihi: 15.06.2020
- 49) Güvenli Cinsellik ve Gençlik Çalışmaları, <http://www.tapv.org.tr/programlar/ergen-ve-genclik-calismalari/> Erişim tarihi: 15.06.2020
- 50) 1 Aralık Farkındalık Etkinlikleri, <http://www.tapv.org.tr/1-aralik-farkindalik-etkinlikleri/> Erişim tarihi: 15.06.2020
- 51) Cinsel Sağlık Danışma Hattı, <http://www.tapv.org.tr/cinsel-saglik-danisma-hatti-tanitim/> Erişim tarihi: 15.06.2020
- 52) Avrupa'da Cinsel Eğitim Standartları (<https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-in-sexuality-education/>) Erişim tarihi: 20.06.2020
- 53) Avrupa'da Cinsel Eğitim Standartları, <http://bilnews.bilkent.edu.tr/icc-specialist-gives-talk-on-adolescence-to-music-prep-school-students/> Erişim tarihi: 20.06.2020
- 54) Esin A, Zarbailov N, A Regional Experience on Providing Comprehensive Sexual and Reproductive Health for Most at risk adolescents and young people, *Journal of General Practice* 2014, 2: 185.

Afetlerde Cinsel Sağlık/ > Üreme Sağlığı

21

DR. ÖĞR. ÜYESİ ASYA BANU BABAOĞLU • DOÇ. DR. GÜLENGÜL MERMER

Afet, “toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olay” olarak tanımlanmaktadır ⁽¹⁾. Afet durumlarında, cinsel aktivite ve üreme devam eder. Ancak ister doğal, ister insan kaynaklı olsun afetler bireylerin, özellikle kadın, çocuk ve diğer incinebilir grupların, üreme sağlığı hizmetlerine erişiminde engeller oluşturur. Üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin etkilendiği durumlarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler ve temel sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle anne ve çocuk için hastalığa ve ölüme yol açabilecek sağlık riskleri artar. Önlenemez anne ölümlerinin %60'ının, beş yaş altı ölümlerin %53'ünün ve yeni doğan ölümlerin %45'inin çatışma, yerinden olma ve doğal afet ortamlarında gerçekleştiği tahmin edilmektedir ⁽²⁾.

Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada hem doğal hem de insan kaynaklı afet riski oldukça yüksektir. Bugüne kadar oluşan hasarlar ve gelecek yönelik risk değerlendirmeleri yapıldığında, ülkemiz ve bulunduğu coğrafyada öne çıkan afetler; depremler, iklim olayları, terörizm, nükleer riskler ve büyük nüfus hareketlilikleri olarak sıralanabilir. Tüm bu artan risklere rağmen, ülkemizde afetlerle üreme sağlığı hizmetlerine özel veri toplanmaması nedeniyle resmi istatistiklerine ulaşamamaktadır dolayısıyla bu hizmetlerin yeterli olup olmadığı bilinmemektedir.

Afetlerin Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığına Etkisi

Afetlerde tüm rutin hizmetler olumsuz etkilendiği gibi ⁽³⁾ koruyucu yapılardaki bozulma, gelir kaybı, göç, toplu yaşam alanları, tecrit (izolasyon), stres ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan şiddet ve istismar gibi sorunlar, **özellikle kadın ve çocukları artmış zarar görme riskiyle karşı karşıya bırakır**. Tüm dünyada afetlerde cinsel sağlık/üreme sağlığının(CSÜS) olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Bunun en yakın örneği Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) küresel salgındır. Chandan ve arkadaşlarının bir makalesinde belirttiği gibi, daha önce Ebola, kolera ve Zika salgınlarında da gözlenen aile içi şiddet artışının, COVID-19 salgınında da görülebileceği vurgulanmıştır ⁽⁴⁾. Yıllardır sürmekte olan mülteci krizi bağlamında da, Avrupa ülkelerinde birçok tedbirin yetersiz olduğu ve özellikle kadın ve çocukların olumsuz etkilendiği saptanmıştır ⁽⁵⁾. Türkiye'de çeşitli yasal düzenlemelerle göçmenlerin sağlık ve sosyal hizmetlerinden faydalanması sağlanmaya çalışılmakta, kamplarda barınan veya kayıt altına girerek “geçici koruma kimlik belgesi” alan Suriye vatandaşları temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir ⁽⁶⁾. Ancak resmi belgeleri olmayan, çeşitli nedenlerle gizlenme ihtiyacı duyan insanlar sadece sağlık hizmetlerinden değil, gıda, barınma, temiz su gibi birçok başka temel ihtiyaçtan da yoksun kalmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından beş yılda bir düzenli olarak tekrarlanan Türkiye

Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) serisinin altıncısı olan 2018 TNSA'da ilk defa Türkiye nüfusuna ek olarak, Türkiye'deki Suriyeli göçmen nüfusunu temsil eden bir grup da örnekleme dahil edilmiştir. Bu veriler ile Suriye'li göçmenlerin temel sağlık durumlarının yanı sıra, üreme sağlığı ihtiyaçlarının saptanması ve karar verici ve yöneticilere yol gösterici olması hedeflenmiştir⁽⁷⁾.

Afet durumlarında üreme sağlığı hakları bir insan hakkıdır lüks değildir⁽⁸⁾. Ülkemizde, özellikle de 1994 - Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) sonrasında, üreme sağlığı ve hizmetleri, sürekliliği olan bütüncül bir yaklaşım içerisinde ele alınmaktadır⁽⁹⁾. Bir insan hakkı olan üreme sağlığı tıpkı diğer insan hakları gibi sığınmacılar, ülkesinde yerinden edilmiş halklar ile insani yardım gerektiren ortamlarda yaşayan diğer kişiler için de geçerli olan bir haktır. Bu haktan yararlanabilmek için, etkilenen kişilerin kapsamlı üreme sağlığı hizmetlerine erişimleri olmalıdır ki kendi sağlıkları ve yararları için bilgiye dayalı seçimler yapmada özgür olabilsinler. Bu nedenle tüm sağlık çalışanlarının üreme sağlığı haklarını destekleyip savunuculuğunu yapma sorumluluğu vardır.

Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde afet ve acil durumlarda müdahale hizmetleri, 2009 yılına ait 5902 sayılı "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun" ile düzenlenmiştir. Bu kanuna dayandırılarak hazırlanan ve 2013 yılında yayımlanan 5703 sayılı "Afet Ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği'nde, "Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet grubu ana çözüm ortağıdır. Afet ve acil durumlarda olay yerindeki ilk müdahale, halk sağlığı ve tıbbi bakım ihtiyaçlarının karşılanması ile çevre sağlığı hizmetlerinin aksamadan en hızlı şekilde normale dönmesini sağlamaya yönelik koordinasyondan sorumludur" denmektedir. Aynı Yönetmelik gereğince Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu tarafından 20.12.2013 tarihinde 2013/2 sayılı karar ile "Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)" kabul edilmiştir. TAMP kapsamında, Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığının (AFAD) koordinasyonunda ilgili Bakanlık, kurum ve kuruluşların katılımıyla hazırlanan ulusal düzeyde hizmet planları ise Başbakanlık 12.02.2015 tarih ve 146 sayılı yazı ile onaylanarak yürürlüğe girmiş ve planların her yıl düzenli olarak güncellenmesi istenmiştir. Planlarda

standardizasyon sağlamak amacıyla AFAD tarafından şablonlar oluşturulmuştur. Yönetmelik ekleri arasında sunulan "İl Afet Müdahale Plan Şablonu" incelendiğinde afet ve acil durum müdahalesinde temel ilkeler şu şekilde listelenmektedir:

1. Hayat Kurtarma ve Can Güvenliği
2. İnsan Haklarına, Bireysel ve Toplumsal Hassasiyetlere Saygı
3. Tarafsız ve Eşit Muamele
4. İşbirliği ve Katılımı Teşvik
5. Kamuoyunun Bilgilendirilmesi
6. Operasyonel Esneklik
7. Şeffaflık ve Hesap Verebilirlik
8. Daima Hazırlıklı Olmak ve
9. İyileştirme

"Tarafsız ve Eşit Muamele' ilkesi, üreme sağlığı hizmetlerinin sunum felsefesi açısından çok değerli olup bu ilke şöyle açıklanmıştır: "Hizmet Grupları, yetkililer, görevliler ve gönüllüler doğruluk, dürüstlük ve tarafsızlık ilkelerine uygun davranmak zorundadır. Korunmaya muhtaç bireylere (yaşlılara, çocuklara, hamilelere, engellilere, vb.) öncelik verilir. Bu öncelikler dışında, hizmet verilen bireylere yaş, kimlik, cinsel yönelim, etnik köken, din, dil, mezhep, engellilik durumu, siyasi görüş gibi farklılıklar temelinde ayırım uygulanamaz ve bu bilgileri açıklamayı istenemez (sağlık nedeniyle yaş ve cinsiyet, defin nedeniyle din, özel hizmetlerin organizasyonu nedeniyle engellilik durumu hariç olmak üzere)."

Planda 'Sağlık Hizmet Grubunun' Sorumlulukları şu şekilde belirlenmiştir:

- Mobil ve sahra hastanelerini hazır bulundurmak ve afet sonrası gerekebilecek acil durum ekipmanıyla donatmak.
- Afet bölgesine yeterli personel ile araç gereç ve malzemeyi göndermek, sevk ve idare etmek.
- Afet bölgesinde triaj, ilkyardım, acil tıbbi yardımı yapmak.
- Hasta ve yaralıların tahliyesi ve tedavisini yapmak.
- Salgın hastalıklarla mücadele kapsamındaki hizmetler ile karantina izolasyon hizmetlerini yürütmek.
- Salgın hastalıklar açısından çevresel ve suya bağlı risk faktörlerinin önlenmesi hususunda ilgili kurumların koordinasyonunu sağlamak.
- Referans bölge kan merkezlerini belirlemek ve kapasitelerini geliştirmek.

- Çevre ve su sanitasyonu bakımından risk oluşturacak faktörler ile ilgili tüm tedbirlerin alınmasını sağlamak.
- Ülkede referans hastaneleri ve referans laboratuvarları belirlemek, kapasitelerini artırmak.
- Hudut kapılarında tehlikeli madde ve salgın hastalıklara karşı önlem almak ve aldırarak.
- Resmi yaralı sayısını belirlemek.

Plan şablonlarında sorumluluklar ana başlıklar olarak listelenmiş, ancak hizmetin detayları, önceliklendirilme, malzeme ihtiyaç tespiti vb. gibi değişkenlik gösterebilecek ihtiyaçların belirlenmesi il ve yerel düzey hizmet gruplarına bırakılmıştır. Planların yerel düzeyde hazırlanması elbette bölgesel ihtiyaçlar farklılık göstereceğinden önemlidir. **Ancak bu durum, “üreme sağlığı” hizmetlerinin kriz durumlarında ihmal edilmesi riskini taşımaktadır** ⁽⁸⁾. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çerçevesini çizdiği “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” Hedef ve Stratejileri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın hedefleri arasında “*üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesinde sektörler arası işbirliğinin sağlanması*” ve “*politikacılar, yöneticiler ve toplum liderlerine üreme sağlığı ve aile planlaması konularının benimsenmesi ve desteklerinin sağlanması*” maddeleri yer alsada, bu hedeflerin ne ölçüde yerine getirilebildiği bilinmemektedir ⁽¹⁰⁾. Bununla birlikte afet bölgesindeki yerel sağlık personeli de olaydan etkilenebileceğinden, erken dönemde ve geçiş döneminde, üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesi aksayabilir. Bu nedenle bölgede gönüllü hizmet vermekte olan sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve diğer özel kuruluşların verdikleri hizmetlere destek olunması ve onların verdikleri hizmetlerin gerçekten ihtiyacı olan noktalarda vermelerinin sağlanması, bölgedeki anne ve yenidoğan morbidite ve mortalite artışının engellenmesi, bölgede yaşayan toplumun, özellikle kadınların ve çocukların sağlık düzeyinin olumsuz etkilenmemesi açısından büyük önem taşır.

Acil ve afet durumlarında cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlaması, acil obstetrik ve yenidoğan bakımı ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti önleme hizmetlerini de kapsayan **üreme sağlığı hizmetlerinin devamlılığı hayati öneme sahiptir**. Afetlerden sonraki ilk 24-48 saatlik akut dönemde sunulması gereken acil sağlık hizmetleri başta olmak üzere, afet yönetiminin tüm aşamalarında sunulması gereken sağlık hizmetleri

büyük önem taşımakta, mortalite ve morbidite belirleyici olmaktadır ⁽¹¹⁾. Afet durumlarında akut ve erken döneminde en önemli üreme sağlığı hizmetleri arasında doğumların uygun koşullarda gerçekleşmesinin sağlanması ve her türlü acil obstetrik vakanın uygun sağlık kuruluşuna sevkidir. Ancak afetin erken dönemi atlatıldıktan sonra, diğer rutin üreme sağlığı hizmetlerinin de sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekir ⁽¹²⁾.

Afet bölgesinde sunulacak olan üreme sağlığı hizmetleri şunları kapsamalıdır ^(12,13)

1. Doğum öncesi bakım,
2. Sağlıklı doğum,
3. Doğum sonrası bakım,
4. Aile planlaması danışmanlığı,
5. Aile planlaması hizmet sunumu,
6. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet,
7. HIV ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)

Kriz Dönemlerinde Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı (CSÜS) için Minimum Başlangıç Hizmet Sunum Paketi

Afetlerde standart ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanabilmesinde bir başlangıç notası oluşturmak ve krizin uzaması durumunda ve iyileşme boyunca hizmetin sürdürülmesi amacıyla Birleşmiş Milletler tarafından “Acil ve Afet Durumlarında CSÜS Asgari Sağlık Hizmet Paketi (Minimum Initial Service Package, MISP)” geliştirilmiştir ⁽¹⁴⁾. MISP bir krizde üreme sağlığı gereksinimlerine yanıt vermek için oluşturulan bir eylem paketidir. Ekipman ve üreme sağlığı ihtiyaçlarına yönelik farklı hazır kitlerin dağıtımı yanısıra uygun şekilde eğitilmiş personel tarafından koordineli bir şekilde uygulanması gereken bir dizi faaliyettir.

Temel beş amacı vardır ⁽¹³⁾:

1. Çalışmalara öncülük edecek bir organizasyonun oluşturulması
2. Cinsel şiddet ve oluşturduğu sonuçların önlenmesi
3. HIV/CYBE bulaşının azaltılması
4. Anne ve yenidoğan mortalite ve morbiditesinin azaltılması
5. Üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamlı sağlık hizmetlerine entegre edilmesinin planlanması

Türkiye’de 2017 yılında 108 ve 2018 yılında 120 sağlık çalışanı MISP eğitimi almıştır ⁽¹⁵⁾.

Sonuç

Ülkemizin bulunduğu coğrafyada hem doğal hem de insan kaynaklı afet riski oldukça yüksektir. Afetlerde üreme sağlığı hizmetleri önemlidir ve lüks değildir. Aynı zamanda afet durumlarında üreme sağlığı temel bir insan hakkıdır, ertelenemez ve üreme sağlığı hizmetlerinin devamlılığı hayati öneme sahiptir. Afetlerden sonraki ilk 24-48 saatlik akut dönemde sunulması gereken acil sağlık hizmetleri başta olmak üzere, afet yönetiminin tüm aşamalarında sunulması gereken sağlık hizmetleri büyük önem taşımakta, mortalite ve morbitede belirleyici olmaktadır. Bu nedenle afet öncesi, sırası ve sonrası için yapılacak planlamalara cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinin de dahil edilmesi gerekir. Tüm sağlık çalışanlarının afet durumlarında üreme sağlığı haklarını destekleyip savunuculuğunu yapma sorumluluğu vardır.

Kaynaklar

- 1) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun [Internet]. 5902 Türkiye: Resmi Gazete; 2009. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eski-ler/2009/06/20090617-1.htm>
- 2) World Health Organisation. WHO says address protracted emergencies to achieve Sustainable Development Goals [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 7]. Available from: https://www.who.int/hac/crises/ssd/releases/who_sustainable_development_goals/en/
- 3) Askew I, Khosla R, Daniels U, Krause S, Lofthouse C, Say L, et al. Sexual and reproductive health and rights in emergencies. Vol. 94, Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization; 2016. p. 311.
- 4) Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, Nirantharakumar K, Kane E, Bandyopadhyay S. COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed. 2020 [cited 2020 Jun 5]; Available from: www.thelancet.com/public-health
- 5) Laporta Hernández E. Legal strategies to protect sexual and reproductive health and rights in the context of the refugee crisis in Europe: a complaint before the European Ombudsman. *Reprod Health Matters*. 2017 Nov 30;25(51):151–60.
- 6) Ekmekci PE. Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey. *J Immigr Minor Heal*. 2016;19.
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemini. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK; 2019.
- 8) Egeland J. Health in Emergencies [Internet]. WHO. 2005 [cited 2020 Jun 11]. Available from: https://www.who.int/hac/network/newsletter/Final_HiE_n20_Jan_2005_final.pdf
- 9) Akın A, editor. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5 – 13 Eylül 1994. Ankara: T.C., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 1994.
- 10) Öztekin Z, Akdur R, Afşar OZ, Tahir S, Üner S, Bal E, et al. Herkese Sağlık - Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 21). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2001.
- 11) Keskin Ö, Kalemoglu M. Deprem ve Triaj. *Ulus Travma Derg*. 2002;8:108–11.
- 12) Esin SA, Oğuzhan T, Kaya KC, Ergüder T, Özkan AT, Yüksel İ. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 2001.
- 13) What is the Minimum Initial Service Package? [Internet]. UNFPA - United Nations Population Fund. 2015 [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package>
- 14) UNFPA. What is the Minimum Initial Service Package? | UNFPA - United Nations Population Fund [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 7]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package>
- 15) UNFPA - United Nations Population Fund [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 11]. Available from: <https://www.unfpa.org/data/TR>

Giriş

Aile Planlaması (AP) 1984 Uluslararası Nüfus Konferansı'nda (Mexico City) "bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak tanımlanmış; ⁽¹⁾ 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda da (Kahire) temel bir hak olarak kabul edilmiştir. ⁽²⁾ Öte yandan AP'nin anne, yenidoğan ve bebek ölümlerinin önlenmesinde önemli katkısı olduğu da bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre AP hizmetleri ile istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi anne ölümlerinde %9'luk, yenidoğan ölümlerinde %22'lik bir azalma sağlayabilecektir. ⁽³⁾

Türkiye'de Nüfus Politikaları ve Aile Planlamasına Yaklaşım

Uzun yıllar süren savaş koşulları, salgın hastalıklar, bebek ölüm hızının yüksekliği gibi nedenlerle 1920'li yılların başlarında yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin hedeflediği tarımsal etkinlikler ve sanayi atılımı için gerekli insan gücünün sağlanmasında zorluk yaşanmıştır. Bu nedenle yaklaşık kırk yıllık bir dönem boyunca pronatalist nüfus politikası izlenmiştir. Yapılan yasal düzenlemelerle doğurganlık teşvik edilmiş, kontraseptif ithalatı ve satışı yasaklanmış, isteyerek düşükler engellenmeye çalışılmıştır. Bu uygulamaların etkisi ile doğurganlık belirgin bir şekilde artmış, ancak 1950'lerden itibaren aşırı doğurganlığın kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri de dikkat çekmeye başlamıştır. ⁽⁴⁻⁶⁾

İlk Nüfus Planlaması yasanın kabul edildiği 1965 yılı antinatalist nüfus politikasının da başlangıcını oluşturmuştur. Bu yasa da nüfus planlamasının amacı kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olarak ifade edilmiştir. İsteyerek düşüklere sadece tıbbi nedenlerle izin verilirken kontraseptif yöntem kullanımı serbest bırakılmıştır. ⁽⁴⁻⁶⁾ Bu yasanın ihtiyaçlara yeterli cevap vermemesi nedeniyle 1983 yılında 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiştir. Bu yasa ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması ve gönüllü cerrahi sterilizasyon serbest bırakılmış, eğitilmiş ebe ve hemşireler rahim içi araç (RIA) uygulaması, eğitilmiş pratisyen hekimler de gebelik sonlandırma için yetkilendirilmiştir. Bu yasanın uygulanmasıyla aile planlaması ve isteyerek düşük hizmetlerinin yaygınlaşması sağlanmış, dolayısıyla istenmeyen gebelikler ve düşüğe bağlı anne ölümleri büyük ölçüde azalmıştır. ⁽⁷⁻⁹⁾ Her iki yasa da nüfus konusunda liberal bir yaklaşımı benimsemiş, yasaların adında "Nüfus Planlaması" geçmesine karşın nüfusun planlanması değil, bireylerin taleplerinin karşılanmasını sağlayacak tedbirlerin gerçekleştirilmesi yaklaşımı benimsemiştir.

2007 yılından itibaren yasal durumda bir değişiklik yapılmamasına karşın adı konulmamış bir pronatalist politika uygulanmaya başlamıştır ⁽¹⁰⁾. Önce dönemin Sağlık Bakanı aile planlamasının rafa kalktığını ifade etmiş, 2012 yılında dönemin başbakanı tarafından kürtaj cinayet olarak nitelenmiş, sezaryen ile yapılan doğumların kadınları kısırlaştırmayı amaçladığı ifade edilmiştir. ⁽¹¹⁾ Son

olarak 2019 yılında 7. Aile Şurası'ndaki açılış konuşmasında Cumhurbaşkanı aile planlaması ile nüfusun azaltılması ve ülkenin güçsüzleştirilmesinin amaçlandığını iddia etmiştir.⁽¹²⁾

Yöneticilerin söylemine egemen olan pronatalist politikaların yanı sıra 2010 yılında ülkeye yaygınlaştırılan Aile Hekimliği uygulaması ile AP hizmetleri hekimlerin istek ve hevesine bırakılmış, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri de sayıca azaltılmış ve işlevsizleştirilmiştir. Hizmet veren kurumlar ise sıklıkla malzeme temininde güçlük yaşamaktadır. Pek çok kamu hastanesinde gebeliği sonlandırma hizmeti verilmez hale gelmiştir.⁽¹³⁾

Kadınların Doğurganlık Tercihlerindeki Gelişmeler:

Beş yılda bir tekrarlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre, evli kadınların doğurganlık tercihlerinin zaman içindeki değişimi incelendiğinde, hemen çocuk isteyenlerin ve kararsızların artış gösterdiği, daha sonra çocuk isteyenlerin benzer düzeyde seyrettiği, başka çocuk istemeyenlerin ise azaldığı görülmektedir. Bir başka dikkat çekici nokta, "kürtaj cinayettir" söylemiyle zirve yapan pronatalist söylemin dile getirildiği dönemde gerçekleştirilen 2013 TNSA verilerinde daha sonra çocuk istediğini belirtenlerin ciddi artış göstermesi, buna karşın başka çocuk istemediğini söyleyenlerin önceki yıllara göre belirgin biçimde

azalmış olmasıdır. Beş yıl sonraki 2018 araştırmasında ise bu rakamlar önceki yıllara yaklaşacak biçimde değişmiştir (Tablo 22.1).⁽¹⁴⁻¹⁹⁾

Yaşayan çocuk sayısına göre doğurganlığı sınırlama isteği incelendiğinde üç yaşayan çocuğu olanların doğurganlığı sınırlama isteği %90'lar düzeyinde seyrederken, 2013 TNSA'da %81'e düştüğü, 2018 TNSA'da bir miktar yükselmesine karşın önceki düzeye erişmediği görülmektedir (Tablo 22.2).⁽¹⁴⁻¹⁹⁾

Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımındaki Gelişmeler

Türkiye'de ilk Nüfus Planlaması Yasasından önce herhangi bir kontraseptif yöntem kullanımı, özellikle de modern yöntem kullanımı son derece düşük düzeydedir. Özellikle 2827 sayılı ikinci Nüfus Planlaması Yasasının kabulü sonrasında modern yöntem kullanımı hızla artmış, 10 yıl içinde modern yöntem kullanma sıklığı geleneksel yöntem kullanma sıklığını geçmiştir. Ancak 2013 TNSA'dan itibaren modern yöntem kullanımındaki artışın yavaşladığı görülmektedir (Tablo 22.3, Şekil 22.1).^(6,14-20)

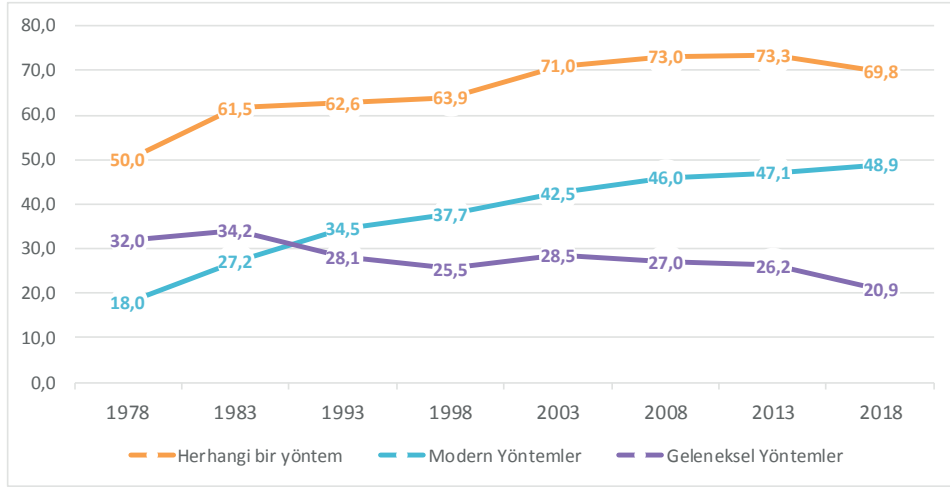
2018 TNSA sonuçlarına göre herhangi bir yöntem kullanma sıklığı azalmıştır. Bu azalmanın esas olarak geleneksel yöntem kullanımında meydana geldiği görülmektedir (Tablo 22.3, Şekil 22.1).^(6,14-20) Geleneksel yöntem kullanımında belirgin azalma olmasına karşın modern yöntem kullanımında bu ölçüde artış gerçekleşmemiştir; bu da önemli

Tablo 22.1 Türkiye'de Yıllara Göre Doğurganlık Tercihleri (1993-2018)

Çocuk sahibi olma isteği	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Hemen istiyor	9,7	10,6	9,9	11,5	13,7	12,7
İstiyor, zamanını bilmiyor	2,8	4,5	4,0	3,4	4,8	5,6
Daha sonra istiyor	13,9	13,6	13,6	14,3	18,1	14,0
Başka istemiyor	69,7	66,4	69,1	67,0	56,8	62,9
Gebe kalması mümkün değil	3,9	4,9	3,1	3,5	6,5	4,8

Tablo 22.2 Türkiye'de Yıllara ve Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Doğurganlığı Sınırlama İsteği (1993-2018)

Yaşayan Çocuk Sayısı	1993	1998	2003	2008	2013	2018
0	2,0	2,2	1,5	4,7	3,3	3,3
1	20,8	26,0	25,5	28,2	19,4	26,5
2	80,9	78,7	80,5	78,4	64,1	69,0
3	90,5	88,0	90,3	87,8	81,0	82,7
4+	91,2	87,9	92,6	91,8	83,9	87,3
Toplam	69,8	66,3	69,2	67,0	56,8	62,9



Şekil 22.1 Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2013).

sayıda kadının yöntem kullanmayı bıraktığını düşündürmektedir. Doğurganlık tercihindeki değişim bu ölçüdeki azalmayı açıklamamaktadır. Yöntem kullanmadaki düşüşün AP hizmetlerine erişimdeki zorluğa bağlı olabileceği akla getirilmelidir.

2827 sayılı yasanın kabulünden sonraki beş yıl içinde RİA kullanımı ikiye katlanmıştır. Bu yasanın sağladığı olanaklarla hizmetlerin yaygınlaşması buradaki temel itici gücü oluşturmuştur. Ancak Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmeti modelinin değişmesini takip eden yıllarda en çok kullanılan modern yöntem olan RİA kullanımında azalma görülmektedir (Tablo 22.3)^(6,14-20).

Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı son 25 yılda %5'ler civarında sabit kalmış görünmektedir. Başarısızlık hızı daha düşük ve uzun etkili olan diğer hormonal kontraseptiflerin (enjekte edilenler ve implantlar) kullanımı ise %1'in altındadır (Tablo 22.3)^(6,14-20).

Kondom kullanımı sürekli artış göstermektedir. İlk kez 2018 TNSA'da RİA kullanımını geçerek

en çok tercih edilen modern yöntem olmuştur. Bu durum cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda farkındalık artışının bir sonucu olabilir. Ancak kondom kullanımının ne kadar süreklilik gösterdiği bilinmemektedir. Öte yandan başarısızlık hızı uzun etkili yöntemlerden daha yüksektir (Tablo 22.3)^(6,14-20).

Evli kadınların hemen tamamı en az bir modern yöntem bilmektedir. Hap, enjeksiyon bilgisi yüksek olmasına karşın kullanım sıklığı buna paralel değildir. Ortalama bilinen yöntem sayısı 2018 TNSA'da 7,6 olarak bildirilmiştir (Tablo 22.3, 22.4)⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Acil korunma hapi bilgisi giderek artmakla birlikte evli kadınların yaklaşık yarısı bu yöntemden haberdar değildir (Tablo 22.4)⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

Modern yöntem kullanımı artmakla birlikte kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasındaki fark azalarak devam etmektedir. 2018 TNSA'ya göre modern yöntem kullanımında Doğu ve Batı bölgeleri arasındaki fark azalmıştır. Ancak önceki yıllarda modern yöntem kullanımının en yüksek olduğu ve

Tablo 22.3 Türkiye'de Yıllara Göre Kontraseptif Kullanımı (1963-2018)

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	73,3	69,8
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,2	20,9
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,1	48,9
RİA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	16,6	13,7
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	4,7	4,8
İğne	--	--	0,1	0,1	0,5	0,4	0,9	0,4	0,6
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,3	10,4
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	25,6	20,4
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,2	1,2

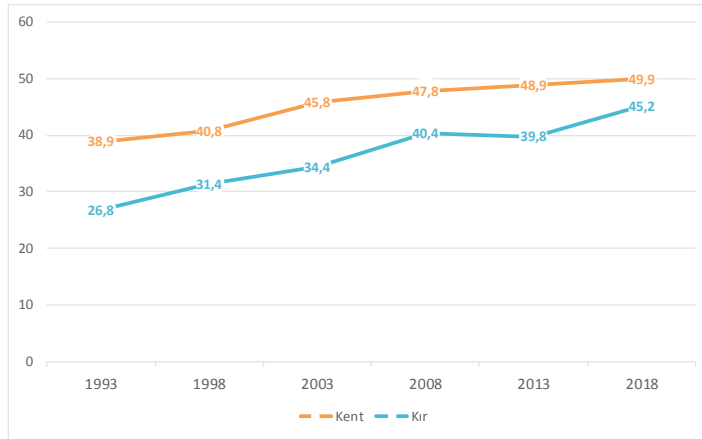
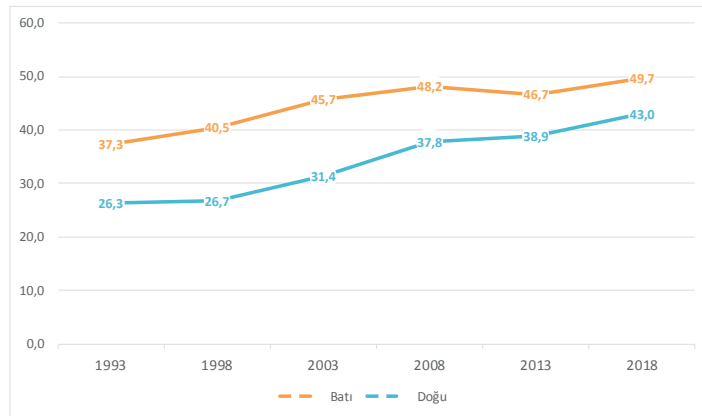
Tablo 22.4 Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi (1993-2013)

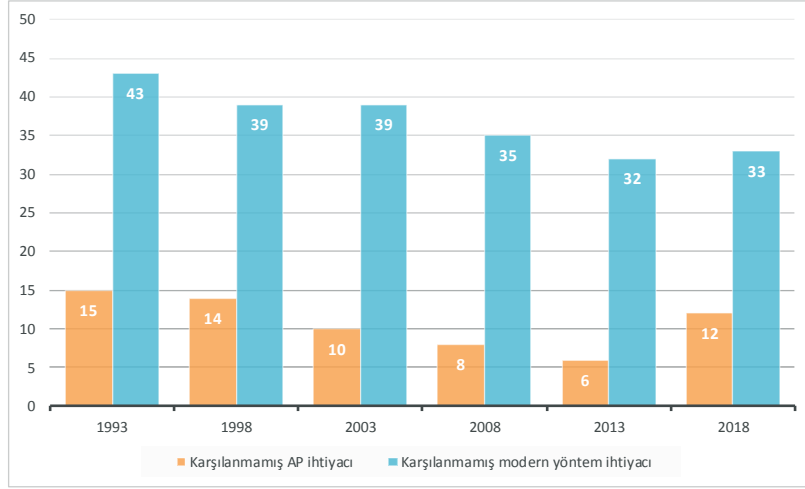
Yöntem	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	99,1	98,9	99,8	99,8	99,8	99,5
Geleneksel yöntemler	89,1	90,6	97,7	93,6	94,2	87,7
Modern yöntemler	98,6	98,7	99,5	99,6	99,7	99,4
Hap	95,7	95,8	97,8	98,0	97,8	96,7
RIA	97,1	97,0	98,3	98,0	98,0	93,6
Enjeksiyon	38,8	76,2	82,5	84,9	87,0	86,5
Diyafram/ Köpük/ Jel	57,5	50,5	45,7	34,8	32,2	23,7
Kondom	80,8	85,1	90,0	92,3	92,4	91,5
Tüp ligasyonu	75,6	83,4	89,8	91,6	92,8	92,7
Vazektomi	35,1	45,0	40,2	42,8	41,4	37,0
İmplant	6,7	24,8	43,3	41,0	39,7	36,3
Kadın kondomu	*	*	13,4	17,0	19,5	20,1
Acil korunma hâpi	*	*	16,1	29,2	43,0	48,0
Ortalama bilinen yöntem sayısı	6,2	7,0	8,5	7,7	8,2	7,6

sürekli arttığı Orta Anadolu bölgesinde bir düşüş gözlenmektedir (Tablo 22.5, Şekil 22.2 ve 22.3) (14-19).

Karşılanmamış AP ihtiyacı giderek azalırken 2018 TNSA'da 2013'ün iki katına çıkmıştır. Öte yandan geleneksel yöntem kullananların da istenme-

yen gebelik riskinin yüksek olduğu göz önüne alındığında karşılanamayan modern yöntem ihtiyacının dikkate alınması gerekir. Bu da yaklaşık kadınların 1/3'üne karşılık gelmektedir (Şekil 22.4). (14-19)

**Şekil 22.2** Türkiye'de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yerine Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2018).**Şekil 22.3** Türkiye'de Halen Evli Kadınların Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2018).



Şekil 22.4 Karşılanmamış AP ve Modern Yöntem İhtiyacının Zaman İçindeki Değişimi (1993-2018).

Tablo 22.5 Türkiye’de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2018)

	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Yerleşim Yeri						
Kent	38,9	40,8	45,8	47,8	48,9	49,9
Kır	26,8	31,4	34,4	40,4	39,8	45,2
Bölge						
Batı	37,3	40,5	45,7	48,2	46,7	49,7
Güney	36,7	35,1	44,8	45,8	47,2	47,0
Orta	36,6	42,8	46,6	48,8	55,9	53,5
Kuzey	29,8	35,2	32,5	41,4	41,9	47,0
Doğu	26,3	26,7	31,4	37,8	38,9	43,0
Toplam	34,5	37,7	42,5	46,0	47,1	48,9

Türkiye’de Suriyeli Göçmenlerin Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği’nin (UNHCR) verilerine göre Türkiye en çok mülteci/sığınmacı nüfusunu barındıran ülke konumundadır. Türkiye’de mevcut mültecilerin (3.722.400) %97’sini Suriyeli göçmenler oluşturmaktadır. ⁽²¹⁾ İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre, Türkiye’deki Suriyeli kadın mültecilerin %50,4’ü üreme çağındadır. ⁽²²⁾

Suriyeli göçmen örnekleminde yürütülen 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre; ⁽²³⁾

- Üreme çağındaki Suriyeli kadınların %78’i evli, %17’si hiç evlenmemiş, %3’ü eşini kaybetmiş, %2’si boşanmış veya ayrı yaşamaktadır.

- Suriyeli göçmen kadınların toplam doğurganlık hızı kadın başına 5,3 çocuktur.
- 15-17 yaşları arasındaki Suriyeli mülteci kadınların beşte biri halihazırda anne ya da ilk çocuğuna gebe, 18 yaşında kadınların yarısından fazlası ve 19 yaşında kadınların üçte ikisi en az bir doğum yapmıştır.
- Suriyeli evli kadınların %43’ü doğurganlıklarını sonlandırmak istemekte, %25’i iki yıl sonra çocuk istemekte, %20’si ise hemen çocuk istemektedir. Üç yaşayan çocuğu olan kadınların %50’si, altı ve daha fazla çocuğu olanların %83’ü başka çocuk istememektedir.
- Üreme çağındaki evli kadınların neredeyse tamamı (%99) en az bir doğum kontrol yöntemi bilmektedir. Yine evli kadınların neredeyse yarısı (%43) herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmakta, ancak yalnızca %24,1’i modern bir

yöntem kullanmaktadır. Geleneksel yöntem kullanımı ise %19'dur.

- Karşılanmamış AP ihtiyacı %21'dir. Başarısızlık hızı yüksek olan geleneksel yöntem kullanımı eklendiğinde karşılanmamış modern yöntem ihtiyacı %40 olarak hesaplanmaktadır.
- Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan Suriyeli evli kadınların %39'u gelecekte yöntem kullanmayı düşünmekte, ancak yaklaşık yarısı herhangi bir yöntem kullanmayı düşünmemektedir.

Türkiye'de Son Beş Yılda (2015-2019) Yürütülen Aile Planlaması Alan Çalışmaları

Bu bölümde ülkemizde son 5 yılda (2015-2019) yürütülen aile planlaması çalışmaları sistematik olarak incelenmiştir. Türkiye'de yaşayan doğurgan çağıdaki kadınları (15-49 yaş) kapsayan çalışmaların incelenmesi ulusal ve uluslararası bilimsel hakemli dergilerde yayınlanan araştırmalar, ulusal tez merkezinde tam metnine ulaşılabilen yüksek lisans ve doktora/tıpta uzmanlık tezleri ile ulusal/uluslararası halk sağlığı kongre kitabında yer alan bildirilerden oluşmuştur. Toplam 13 çalışma araştırmanın tarihi, yazarı, yöntemi, çalışmanın yeri, örneklem büyüklüğü, örneklemin özelliği ve araştırma sonuçları şeklinde **Tablo 22.6'**da sunulmuştur. Son beş yıldaki yayınlar değerlendirildiğinde halk sağlığının önemli uygulama alanlarından olan ana sağlığı aile planlaması konusundaki yayınların sayısının daha önceki yıllarla karşılaştırıldığında azaldığı görülmüştür. İncelenen çalışmaların tamamının tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalar olduğu, araştırma örnekleminin genellikle doğurgan çağıdaki ve aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan kadınlardan seçildiği ve çalışmalara katılan kişi sayısının çoğunda 500'ün altında olduğu saptanmıştır.

İncelenen araştırmalarda herhangi bir yöntem kullanım oranının %26,3 ile %87,2 arasında değiştiği saptanmıştır. Modern yöntem kullanım oranları %17,7 -%64,5, geleneksel yöntem kullanımı oranları ise %8,6-%38,5 arasında değişmektedir. Çalışmalarda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde, araştırmaya göre oldukça

değişen oranlarda farklı aile planlaması yöntemlerinin tercih edildiği belirlendi. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin araştırmaya göre değişmekle birlikte ilk sıralarda tercih edilen yöntemlerden biri olduğu görülmüştür. Geri çekme yönteminin en düşük kullanım oranı %7,0, en yüksek kullanım oranı ise %35,5 olarak saptanmıştır. Kondom ve RİA sıralaması değişmekle birlikte en sık kullanılan modern yöntemler olarak bulunmuştur. Kondom kullanım oranı çalışmalarda en düşük %4,9, en yüksek %21,6 olarak belirtilmiştir. RİA kullanım oranı ise en düşük %7,8, en yüksek %33,9 olarak saptanmıştır. Çalışmalarda görüldüğü üzere, AP yöntemleri kullanım oranları farklılık göstermekle birlikte, araştırmalardan elde edilen ortak sonuç, modern AP yöntemleri kullanımının istenilen düzeyde olmadığı, buna karşın geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin oldukça yaygın olarak kullanımının devam ettiği görülmektedir. Çalışmalarda yöntem kullanımının sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, sahip olunan çocuk sayısı, kadının çalışma durumu gibi birçok faktörden etkilendiği ve eğitim düzeyi yüksek olan, sosyal güvencesi olan ve çalışan kadınların AP yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Modern AP yöntemlerinin kullanımını arttırmak için AP eğitimlerinin etkinliğinin artırılması, danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve etkin şekilde uygulanması gerekmektedir. Çalışmalar birinci basamakta ve özellikle de ebeler tarafından 15-49 yaş kadın izlemleri, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinde modern aile planlaması danışmanlık hizmetlerine öncelik verilmesini ve buna yönelik hizmetlerin planlanmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Özellikle kırsal hekimlik stajlarındaki saha deneyimlerimiz birinci basamakta 15-49 yaş kadın izlemlerinin performans sistemine dahil olmaması nedeniyle nicelik ve nitelik bakımından yeterli düzeyde yapılmadığı bu nedenle aile planlaması çalışmalarının da olumsuz olarak etkilendiği şeklindedir. Bu açıdan özellikle sahada yürütülecek alan çalışmalarının küçük örnekleme de olsa mevcut durumu göstermesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo 22.6 Türkiye’de aile planlaması konusunda son beş yılda yürütülen ve aile planlaması kullanım oranlarını içeren çalışmalar ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı Yer/ Örnek	Araştırma yöntemi	Aile planlaması kullanım sıklığı ve AP kullanımını etkileyen faktörler
Tunç A, 2019 ⁽²⁴⁾	Edirne İli Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası 500 Kadın	Kesitsel	Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranı %71,6, modern yöntem kullanım oranı % 57,8, geleneksel yöntemlerin kullanım oranı ise %13,8 olarak belirtilmiştir. Modern yöntemler içinde kondom (%21,6) ve rahim içi araç (%17,0), geleneksel yöntemler içinde ise geri çekme yönteminin (%10,6) en yüksek oranda kullanıldığı saptanmıştır.
Göçer S, 2018 ⁽²⁵⁾	Kayseri ve çevresinde çalışan ve kamp alanlarında kalan mevsimlik tarım işçisi 141 evli kadın	Kesitsel	Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı % 26,3, modern yöntem kullanım oranı %17,7, halen kullanılan yöntem RİA %7,8, kondom %4,9 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %70,6’sı bugüne kadar hiç aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirtmiş, % 32,5’inin bilgi sahibi olmadığı için, %47,0’sinin ise eşleri istemediği için herhangi bir yöntem kullanmadığı belirlenmiştir.
Dikmen H, 2018 ⁽²⁶⁾	Bursa İznik ilçesinde Aile Sağlık Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Aralığındaki 200 Kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %47,0, evli kadınların ise %66,9’nun halen herhangi bir AP yöntemi kullandığı, kondom %16,5 ile en çok kullanılan yöntem olarak ilk sırada yer alırken, %11 ile RİA’nın ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır. Geleneksel yöntemlerden geri çekme kullanım oranı ise %7 olarak saptanmıştır
Karaçalı M, 2018 ⁽²⁷⁾	Karabük ilinde yaşayan 15-49 yaş evli 300 kadın	Kesitsel	Kadınların %48,6’sı modern ve %31,7’si geleneksel olmak üzere, %80,3’ü herhangi bir AP yöntemi kullandığı, en yaygın kullanılan üç yöntem geri çekme (%31,0), kondom (%18,3) ve tüp ligasyonu (%16,0) olarak saptanmıştır. Karşılanmayan AP gereksinimi düzeyi %9,7 olarak saptanmıştır. Çalışmada 35 yaş üzeri kadınlarda, hane geliri yüksek, AP konusunda bilgi gereksinimi olmayan kadınlarda modern yöntem kullanımının daha fazla olduğu belirtilmiştir.
Alp Yılmaz F, 2018 ⁽²⁸⁾	Yozgat Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi lohusa servisinde yatan 293 kadın	Tanımlayıcı	Çalışmaya katılan kadınların %61,8’inin gebe kalmadan önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %34,9’unun Rahim içi araç kullandığı ve doğumdan sonra %37,4’ü RİA kullanmayı düşündüğü saptanmıştır. Kadınların %30’u doğumdan sonra kullanacakları aile planlaması yöntemine karar vermediklerini ifade etmişlerdir.
Yücel U, 2018 ⁽²⁹⁾	İzmir ilinde 3 Aile Sağlığı Birimine bağlı 0-2 yaş çocuğu olan 15-49 yaş evli 378 kadın	Kesitsel	Kadınların %87,2’sinin herhangi bir aile planlaması yöntemiyle korundukları belirlenmiştir. Modern yöntem kullanım oranı %64,5, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %22,7 saptanmıştır.
Şahin B, 2018 ⁽³⁰⁾	Manisa’da yarı-kentsel iki bölgede iki Aile Hekimliği Birimine (AHB) kayıtlı 206 evli kadın	Kesitsel	Herhangi bir yöntem kullanım prevalansı %75,7, modern yöntem kullanım prevalansı %53,8, geleneksel yöntem kullanım prevalansı %21,9 olarak saptanmıştır. Herhangi bir yöntem kullanımı ile göç durumu, evlilik şekli, çocuk sayısı ilişkili bulunmuştur.
Ersöz B, 2017 ⁽³¹⁾	Kars İli Susuz İlçe Merkezine Bağlı 15-49 Yaş Grubu 214 Evli Kadın	Tanımlayıcı	Kadınların %78,8’inin modern, %21,2’sinin geleneksel aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Kadınların en çok kullandıkları yöntemler sırasıyla %28,8 RİA, %25,0 geri çekme, %24,4 kondom olarak saptanmıştır. Kadınların aile planlaması yöntem tercihlerini bilgi düzeyleri, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma ve gelir durumlarının etkilediği saptanmıştır.
İnal Z, 2017 ⁽³²⁾	Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 2010-2015 yılları arasında başvuran 10730 kadın	Retrospektif tanımlayıcı	Hastane verilerinin retrospektif olarak taranması sonucunda kadınların en çok tercih ettikleri yöntem RİA, en az tercih ettikleri yöntem ise deri altı implantları olarak bulunmuştur. RİA ve OKS kullanımının sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesine göre arttığı saptanmıştır.
Çalıkoğlu E, 2017 ⁽³³⁾	Erzurum il merkezinde yaşayan 15-49 yaş 627 evli kadın	Kesitsel	Kadınların %77,7’si herhangi bir AP yöntemi kullandığını, %48,2’si modern, %29,5’i geleneksel yöntem kullandığını belirtmiştir. Modern yöntemlerden RİA (%25,4), geleneksel yöntemlerden ise geri çekme yönteminin (%35,5) en yüksek oranda kullanıldığı saptanmıştır. Modern AP yöntemi kullanma sıklığı yaş grubu 25- 34 arasında (%74,7), eğitim düzeyi üniversite olanlarda (%86,1), çalışan grupta(%78,2) ve geliri 5001 TL üzeri olanlarda(%83,3) daha yüksek olarak saptanmıştır.

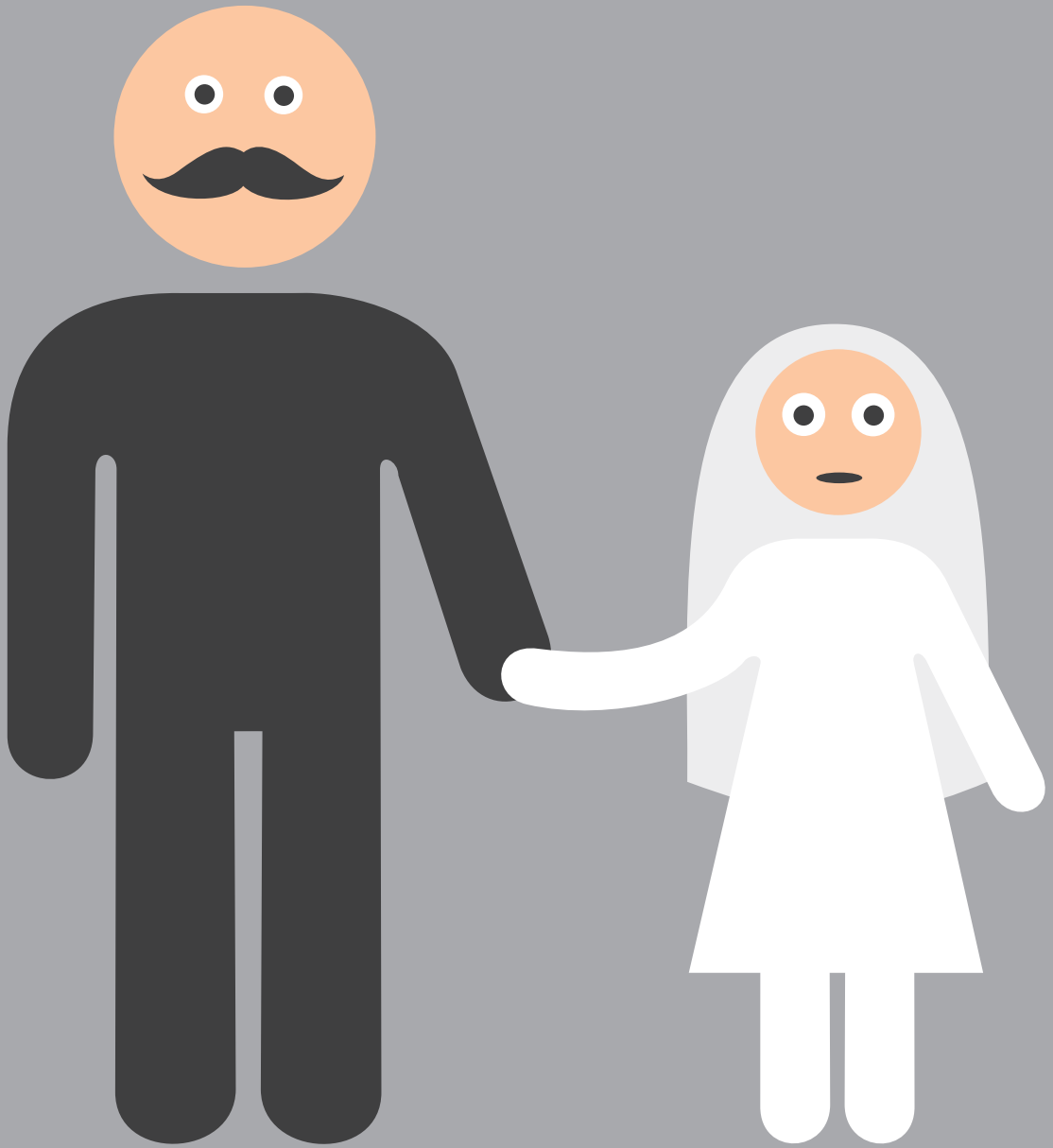
Tablo 22.6 (DEVAMI)

Soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı Yer/ Örnek	Araştırma yöntemi	Aile planlaması kullanım sıklığı ve AP kullanımını etkileyen faktörler
Ayhan S, 2016 ⁽³⁴⁾	Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi 300 15-49 yaş evli kadın	Kesitsel	Kadınların %68,1'inin modern, %15,9'unun geleneksel yöntem kullandığı, en çok tercih edilen modern yöntemin RİA olduğu belirlenmiştir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını kadının eşinin okur-yazar olmamasının 2,6 kat, kullanılan yöntemle eşin karar vermesinin 3,5 kat olumsuz etkilediği belirlenmiştir.
Demirelöz M, 2016 ⁽³⁵⁾	İzmir İl Merkezindeki 3 Mahalleye kayıtlı son bir yılda doğum yapan 347 kadın	Kesitsel	Doğum sonu dönemde herhangi bir yöntem kullanan kadın oranı, %70,9 olmak üzere; %51,9'unun modern, %19'unun geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur. Kadınların, doğum sonu dönem karşılanmayan modern AP gereksinim düzeyi %48,1 olarak belirlenmiştir. Gelir algısı iyi, 30 yaşın altında, lise üzerinde eğitim gören kadınlarda karşılanmayan modern AP gereksinimi daha düşük bulunmuştur.
Önen C, 2015 ⁽³⁶⁾	Bitlis il merkezindeki bir Aile Sağlığı Merkezinden hizmet alan 250 kadın	Kesitsel	Kadınların %79'unun herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve aile planlaması yöntemlerinden en çok %35,6 ile geri çekme %20,4 kondom, % 14,8 RİA, %12,4 tüp ligasyonu yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır

Kaynaklar

- Bahar Özvarış Ş, "Aile Planlaması", Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4.
- Bilgili N, Akın A, "Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu" Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4.
- WHO-hrp, Evidence brief, Contraception, WHO/RHR/19.18 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1> (Erişim: 13.6.2020)
- Akın A, Bilgili Aykut N, "Araştırmadan Uygulamaya: Nüfus Politikasının Oluşturulmasında Türkiye Deneyimi", Sağlık ve Toplum, Eylül - Aralık 2011, yıl: 21, sayı: 3.
- Tokgöz T., Akın A.; "Türkiye'de Aile Planlaması Çalışmaları": Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde, Ed: Akın A. Tanıt Matbaası, Ankara 1983, pp.22-29.
- Akın A., "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning Revolution içinde Ed. Robinson W.C. ve Ross J.A., The World Bank, Washington D.C.,2007
- Mihçioğur, S., Akın, A., "Dünyada ve Türkiye'de Anne Ölümleri", Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4, s: 37-44.
- Senlet P., Cagatay L., Ergin J et al; "Bridging the gap: Integrating family planning with abortion services in Turkey" International Family Planning Perspectives 2001; 27 (2): 90-95.
- Akın, A. ve Enünlü, T. (2002) "Türkiye'de İsteyerek Düşükler." Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları içinde: Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAP Vakfı ve UNFPA.
- Oktay E.Y., Türkiye'de Cumhuriyet'in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi Ekim 2013 – Nisan 2014, 5 (7): 31-54.
- Bilgili Aykut N, Aile Planlaması, Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde: Ed. Ertem M, Çan G, HASUDER, Aralık 2014.
- <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/cumhurbaskani-erdogandan-7-aile-surasinda-onemli-aciklamalar-41201189> (Erişim 13.6.2020)
- Topgül C., Adalı T., Çavlin A., Dayan C. (2017). Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu. Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara, 2017
- Ministry of Health [Turkey], Hacettepe University Institute of Population Studies, and Macro International Inc. 1994. *Turkish Demographic and Health Survey 1993*. Ankara, Turkey.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 1998 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc., Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). 2008 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). 2013 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Özbay F, Shorter F.C, "Turkey: Changes in Birth Control Practices, 1963 to 1968" *Studies in Family Planning*, Vol. 1, No. 51 (Mar., 1970), pp. 1-7
- United Nations High Commissioner for Refugees,(2019). Global Trends: Forced Displacement in 2018. <https://www.unhcr.org/globaltrends2018/Accessed 20.02.2020>

- 22) Republic of Turkey Ministry of Interior Directorate General of Migration Management, Migration Statistics, 2019. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>
- 23) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnelemi*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 24) Tunç A. Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Kadınların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Edirne Aile Hekimliği tıpta uzmanlık (2019)
- 25) Göçer Ş, Mazıcıoğlu M, Ulutabanca R, Ünal D, Karaduman M, Tarhan K. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Doğurganlık ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi Journal of Health Services and Education; 2(1): 40-46 (2018)
- 26) Dikmen, Hatice Bursa İli İznik İlçesi 5' nolu Aile Sağlık Merkezine Başvuran 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınların Aile Planlaması Bilgilerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, Kırklareli Üniversitesi, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, (2018)
- 27) Karaçalı M, Özdemir R. Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;16(2):131-145 (2018)
- 28) Yılmaz FA, Akarsu R , Güleroğlu F. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması Tercihlerinin Belirlenmesi Bozok Tıp Dergisi;8(2):21-5 (2018)
- 29) Yücel U, Güner S, Seren F. 15-49 Yaş Arası İki Yaşından Küçük Çocuğu Olan Kadınlarda Aile Planlaması Hizmet Kullanımının Değerlendirilmesi Medical Sciences (NWSAMS); 13(4): 120-128 (2018)
- 30) Şahin B, Eser E, Özyurt B. Manisa'da 15-49 Yaş Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Bunu Etkileyen Değişkenler 2.Uluslararası - 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı Antalya 13 - 17 Kasım 2018
- 31) Ersöz B Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler Kafkas Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (2017)
- 32) İnal ZÖ, İnal HA, Küçükkendirci H, Oruç A, Güneç O. The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Merem area J Turk Ger Gynecol Assoc. 18(2): 72-76. (2017)
- 33) Çalıkoğlu E, Yerli E, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Bildiri Kitabı, Antalya 15 - 19 Mart 2017
- 34) Ayhan S. Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri, tercih nedenleri ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (2016)
- 35) Demirelöz M. Doğum sonu dönemde kadınların modern aile planlaması gereksinimleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi (2016)
- 36) Önen C, Güneş G, Gencer G. Kadınların Aile Planlaması Kullanımı, Bazı Kültürel Engeller ve Genel Öz Yeterlilik İnancı İle Karşılaştırılması 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Bildiri Kitabı, Konya 5-9 Ekim 2015



DR. ÖĞRETİM ÜYESİ PETEK EYLÜL TANERİ • PROF. DR. MELİKŞAH ERTEM

Tüm dünyada 650 milyondan fazla kadın 18 yaşına gelmeden evlenmek zorunda kalmıştır. 20-24 yaş arasındaki kadınların %21'i çocuk yaşta evlenmiş durumdadır. ⁽¹⁾ Çocuk yaşta evlilikler az gelişmiş ülkelerde daha yaygındır. Bununla birlikte erken yaş evlilikleriyle ilgili olumlu bir gelişme söz konusudur. Tüm dünyada kadınların 3'te 1'i 18 yaş öncesi evlenmek zorunda kalırken 2017 yılında bu rakam 5'te 1'e düşmüştür. 2000 yılında %11 olan 15 yaş öncesi evlilikler 2017 yılında %5'e düşmüştür. ⁽²⁾

Erken yaş evlilikleri az gelişmiş, yoksul toplumlarda daha yaygındır. Erken yaşta evlenen kız çocukları erken yaşta çocuk sahibi olmakta ve önemli bir sorumluluk üstlenmiş olmaktadır. Erken yaşta gebelik çok sayıda gebeliği de beraberinde getirmektedir. Gebelik gibi zorlu bir sürecin yükünü kaldırmaya hazır olmayan bedenleri erken yaş ve çok sayıda gebelikler nedeniyle yıpranmakta erken ölümler ve hastalıklara neden olmaktadır. Az gelişmiş toplumlarda üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilir olmaması erken yaşta evlenen dezavantajlı kadınların hastalık risklerini artırmaktadır.

Dünyada 15-19 yaş arasında olan gebelik komplikasyonları nedeniyle 70.000 ölümün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Adölesan bir anneden doğan bebeğin ölme riski, annesi 20 yaşın üzerinde olan bebelere göre %50 daha fazladır. ⁽³⁾

Erken yaş evlilikleri kadın sağlığına olumsuz etkileri yanı sıra kız çocuklarının sosyal ve psikolojik gelişimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bölüm erken yaş evliliklerinin Türkiye'deki durumunu ortaya koymak için hazırlanmıştır.

Erken Yaş Evliliğinin Tanımı

Biyolojik açıdan olgunluğunu tamamlamadan bir kişinin evlenmesi gibi pozitivist bir tanımlama yeterli kalamamaktadır. Evlenme kararını hür iradesiyle verebilecek düşünsel yeteneği olmadan ve bunu tüm benliğiyle kabul edebilecek durumda olmadan yapılan evliliklere erken yaş evliliği denilebilir. Ancak bu tanımın ölçülebilirliğin ön planda olduğu araştırmacılar için uygun olmayacağı da görülmektedir. Pek çok bilimsel çalışmada 18 yaş öncesi evlilikler erken yaş evliliği olarak kabul edilmektedir. Bu kabul edişte bireysel farklılıklar sorun yaratmaktadır. Üniversite eğitimini tamamlamadan evlenmek pek çok kişi tarafından erken evlilik olarak kabul görülmektedir. Ayrıca 18 yaşın üzerinde olmasına karşın yeterli olgunluğa erişmemiş kız çocuklarının olabileceği unutulmamalıdır. Eğitimin yarıda kalması yanı sıra kişisel hak ve özgürlüklerini savunabilecek durumda olmadan evlenmek erken kabul edilmelidir.

Bunun tam aksine kız çocukların adet görmeye başlamasından itibaren evlenmesinin erken olmayacağı yaklaşımı da bulunmaktadır. Bu yaklaşım günümüz bilimsel yaklaşımlarından oldukça uzak ve dinsel temellidir.

Günümüz bilimsel çalışmalarında 18 yaş ve öncesi evlilikler sınır yaş olarak alınmaktadır. Ayrıca UNICEF, WHO gibi Uluslararası kuruluşlar da erken yaş evlilikleri için sınır değeri 18 yaş ve altındaki evlilikler olarak kabul etmektedir.

Yasalarımızda da 18 yaş öncesi evlilikler erken yaş olarak kabul edilmekte ve 15 yaş öncesi evlilik

ve gebelikler ciddi cezai yükümlülükler getirmektedir.

Erken yaş evlilik, 18 yaş altında, çocuğun fiziksel, fizyolojik ve psikolojik olarak evlilik ve çocuk sahibi olmak gibi sorumlulukları taşımaya hazır olmadan yapılan evlilik olarak tanımlanmaktadır ve çocuğun sosyal gelişimini engelleme niteliğine sahiptir⁽⁴⁾.

Erken yaş evliliği ile ilgili yasal mevzuat

Ülkemizde, 18 yaşını doldurmuş, mahkemece vesa yet altına alınmamış olan erkek ve kadın başka bir kimsenin rızası veya iznine bağlı olmaksızın evlenebilmekte; 17 yaşını tamamlayan erkek ve kadın velinin izni, veli yoksa vasi veya vesayet makamının izni ile 16 yaşını dolduran kadın ve erkek ise hakimin izni ile evlenebilmektedir.⁽⁵⁾

Türk Ceza Kanununun “Çocukların cinsel istismarı” başlıklı 103 üncü maddesine göre;

“(1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden; a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılmaktadır. Bir başka deyişle ülkemizdeki mevzuata göre her ne şekilde olursa olsun 15 yaş ve altındaki gebeliklerde, gebeliğe neden olan kişiye yönelik cezai işlem gerektirmektedir.⁽⁶⁾

Kanunlarımızda 15 yaş ve öncesi evlilikler çocuğa yönelik cinsel istismar olarak kabul edilmektedir. Türk Ceza Kanununun “Çocukların cinsel istismarı” başlıklı 103 üncü maddesinin birinci fıkrasına göre, 15 yaşından küçük çocuklara karşı ister rızasıyla isterse cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel istismar suçu üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabilceği belirtilmiştir. Bu durumda mağdurun kocası, anne/babası, kocasının annesi/babası suça iştiraktan ceza alabilmektedir.⁽⁶⁾

Çocuk Koruma Kanununa göre de 18 yaşın altındakiler çocuk kabul edilmektedir.⁽⁷⁾ Yaş ile yapılan yasal sınırlamalar resmi nikah olmadan birlikteliğe yol açmaktadır. Bu durum kadınların sosyal

güvenceden yoksun kalmasına neden olmaktadır. Kadının sosyal güvencesinin olmaması kadına yönelik şiddeti, cinsiyet ayrımcılığını artırmaktadır.⁽⁸⁾

İnsan hakları evrensel beyannamesinde:

“Yetişkin her erkeğin ve kadının, ırk, yurttaşlık veya din bakımından herhangi bir kısıtlamaya uğramaksızın evlenme ve aile kurmaya hakkı vardır. Her erkek ve kadın evlenme konusunda, evlilik süresince ve evliliğin sona ermesinde eşit haklara sahiptir. Evlenme sözleşmesi, ancak evleneceklerin özgür ve tam iradesiyle yapılır” denilmektedir. Bu durumda, henüz evlenmek gibi çok önemli bir konuda karar verebilecek iradeye sahip olamayan adölesan kız çocuğunun insan hak ve özgürlüklerinin kısıtlanmış olacağı açıktır.⁽⁹⁾

Erken Yaş Evliliğinin Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

Yoksulluk

Erken yaş evliliklerinin en sık nedeni yoksulluktur. Kız çocuklar aile için bir yük olması yanında başlık parasından dolayı ekonomik gelir olarak görülme durumu da söz konusudur.⁽¹⁰⁾

İnsanların temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar gelir elde edememesi olarak tanımlanan yoksulluk pek çok sağlık sorununun temel nedenidir. Yoksul kadınlar; hane içinde şiddete ve cinsiyet ayrımcılığına uğramakta, toplumsal alanlarda eğitimsizlik ve beceri yokluğu gibi sıkıntıları çekmekte, çalışma hayatında ise emek sömürsü ve çeşitli olumsuzluklarla karşılaşmaktadırlar.⁽¹¹⁾

Yoksul ailelerin çocuklarını okutma şansı daha az olduğundan erken yaş evliliği artmaktadır. Özellikle kız çocuklar eğitimlerini tamamlayamadan evlendirilmektedir. Bu durum kadınların sosyo-ekonomik haklara erişiminin engellenmesiyle sonuçlanmaktadır.

Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada yoksul ve evli kadınların ilk evlilik yaşları 15-26 aralığında bulunmuş, küçük yaşlarda evlendirilmiş olduğu saptanmıştır. Küçük yaşta evlenen bu kadınların tamamı kalabalık ve yoksul ailelerden geldiği, yaşanan geçim sıkıntısı nedeniyle kadınların eğitimlerini sürdürmeleri engellendiği belirlenmiştir.⁽¹²⁾

Sosyo Kültürel Nedenler

“Ağaç yaşken eğilir” sözüyle erken yaşta kız çocuklarını evlendirip gelin gittiği evin gelenek görenek-

lerini öğrenmesi yaygın bir düşüncedir. Kız çocukların eğilmesi, istenilen şekle sokulması cinsiyet ayrımcılığının bir başka şeklidir.

Ailenin onuruna zarar verme endişesi yine kız çocuklarının erken evlendirilmesine neden olmaktadır. Namus kavramı sadece kız çocuklarının üzerinden düşünülmekte, özellikle kırdan kente göç etmiş güven duygusunu yitirmiş ailelerde çocuk yaştaki çocukların evlendirilmesi öngörülmektedir. Kentleşmemiş, kız çocukların erkek çocuklarla arkadaş olmasına tahammül edemeyen aileler kız çocuklarının gözleri açılmadan evlenmesini arzulamaktadır. Kız çocukların bir an önce “baş göz edilmesi”, kocalarına itaat etmelerinin sağlanması yaklaşımı geleneksel toplumlarda halen yer bulmaktadır.

Aslında erken yaş evliliği geleneksel, ataerkil toplumların bir davranışdır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarından biridir.⁽¹³⁾

Eğitimsiz Anne Baba

Ebeveynlerin eğitim düzeyiyle erken yaş evlilikleri arasında ilişki saptanmıştır. Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocuklarının sosyodemografik özelliklerinin incelendiği çalışmada annelerin %90'nın, babaların da %40'nın örgün eğitim mezunu olmadığı saptanmıştır.⁽¹⁴⁾ Ebeveynin sadece okur-yazar olması bile, erken yaşta yapılan evliliklerin azalmasında rol oynamaktadır. Türkiye’de eğitim düzeyindeki cinsiyet eşitsizliği, anne ve babaların okur-yazarlık düzeylerine de yansımaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, annesi okur-yazar olmayan her 100 kadından 35’i

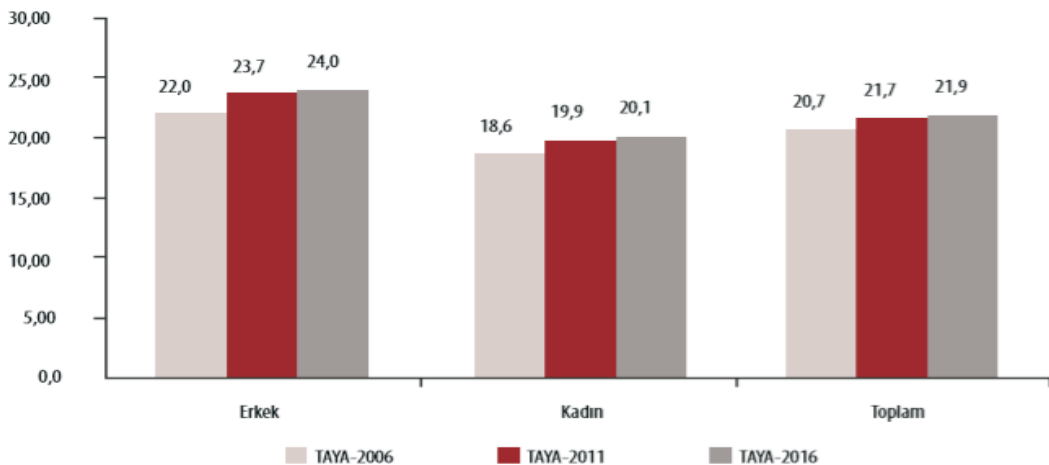
18 yaşından önce evlenmiş iken, bu oran annesi okur-yazar olanlarda 20’ye düşmektedir. Annenin okur-yazar olmasına benzer bir durum babalar için de geçerlidir. Babası okur-yazar olmayan kız çocuklarının yüzde 40,8’i, okur-yazar olanların ise yüzde 25,5’i erken evlenmişlerdir.⁽¹⁵⁾

Ülkemizde Erken Yaş Evliliklerinin Durumu

Ülkemizde erken yaş evliliklerinde giderek azalan bir trend söz konusudur. Bu azalışta eğitim yaşamında geçirilen sürenin uzaması, kentleşme, çalışan kadın sayısındaki artış, gençlerin evliliğe dair fikir ve önceliklerindeki değişim gibi faktörler etkili olmuş olabilir.⁽¹⁶⁾ Bu azalma eğilimini değerlendirirken resmi rakamlara yansıyan çocuk yaşta evlilik sayısının gayri resmi evlilikleri kapsamadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.⁽¹⁷⁾

Türkiye aile yapısının incelendiği “Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi, 2018” raporunda aşağıdaki grafiğe yer verilmiştir⁽¹⁸⁾. 2006 yılı ile 2016 yılı arasındaki 10 yıllık süreçte bile belirgin bir şekilde evlilik yaşının ileriye doğru kaydığı gözlenmektedir (**Şekil 23.1**). Kadınlarda, 2006 yılında 18,6 olan evlilik yaşı ortalaması 2016 yılında 20,1’e yükselmiştir. İlk evlilik yaşı ortalaması 2011’de 19,9 iken 2016’da 20,2’ye yükselmiştir. Beş sene gibi nispeten kısa bir süre zarfında kaydedilen artış azımsanmamalıdır.

Aynı raporda evlilik kuşaklarına göre yıllar içindeki ilk evlilik yaşı ortalama değerleri sunulmuştur. İlk evlilik yaşı 1952 kuşağında kadınlar için 16,4, erkekler için 18,7 iken bu oran 2012-16 evlilik kuşağında 23,8 ve 27,6 olmuştur (**Tablo 23.1**).



Şekil 23.1 Türkiye’de İlk Evlilik Yaşının Cinsiyete Göre Değişimi.

Tablo 23.1 Evlilik Kuşaklarına ve Cinsiyete Göre İlk Evlilik Yaşının Değişimi, TAYA-2016.

Evlilik Kuşağı	Erkek	Kadın	Toplam
2012-2016	27,55	23,77	25,57
2007-2011	26,49	22,75	24,55
2002-2006	25,38	21,50	23,36
1997-2001	24,27	20,36	22,21
1992-1996	23,79	19,90	21,76
1987-1991	23,71	19,80	21,64
1982-1986	22,95	19,67	21,23
1977-1981	22,41	18,95	20,57
1972-1976	21,85	18,63	20,04
1967-1971	21,56	18,21	19,59
1962-1966	21,26	17,58	19,00
1957-1961	20,34	17,17	18,19
1952-1956	20,21	16,71	17,88
<1952	18,68	16,36	16,98
Türkiye	24,05	20,15	21,93

Türkiye’de 1952 yılı ve öncesinde evlenen kadınlar için 16 olan ilk evlilik yaşının 2012 ve sonrasında evlenen kadınlar arasında 24’e çıktığı gösterilmiştir. Aynı dönemde 18 yaşından önce evlenen kadınların oranının %68’den %8’e gerilediği 15 yaşından önce evlenen kadınların oranının ise %16’dan %1’in altına indiği gözlenmektedir⁽¹⁸⁾.

Benzer değişim TNSA 2018 yılı sonuçlarında da gösterilmiştir. **Tablo 23.2**’de kadınların ilk evlenme yaşı, ilk doğum yaşı ve adölesan annelik sıklığı gösterilmiştir. 1993 yılında gerçekleştirilen TNSA’da ilk evlilik yaşı ortanca değeri 19,0 iken 2018 TNSA’da 21,4 bulunmuştur. Her ne kadar evlilik ortanca değerlerinde iyileşme gözlenirse de 2018 yılında bile kadınların yarısı 24 yaşından önce evlenmektedir⁽¹⁹⁾.

TÜİK tarafından, kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 2017 yılında 24,6 olduğu rapor edilmiştir. Evlenme istatistiklerinde, 2017 sonuçlarına göre; resmi olarak ilk evliliğini 2017 yılında yapmış olan

kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 24,6 iken bu yaş erkeklerde 27,7 olmuştur. İlk evlenme yaşının en yüksek olduğu il, erkeklerde 30,6, kadınlarda 28,2 ile Tunceli’dir. İlk evlenme yaşının en düşük olduğu il ise erkeklerde 25,8 ile Niğde ve Şanlıurfa, kadınlarda 21,6 ile Ağrı illeridir⁽²⁰⁾.

Türkiye Aile Yapısı 2018 çalışmasına göre ilk evlilik yaşının bölgelere göre dağılımında belirgin farklılık Doğu ve Kuzey Doğu Anadolu Bölgelerinde görülmektedir. **Tablo 23.3**’de Bölgelere göre kadınlarda ilk evlenme yaşları dağılımları gösterilmiştir⁽¹⁸⁾.

Ek ve Özdemir’in TNSA verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada coğrafi bölgeler arasında kadınların ilk doğum yaşı açısından ciddi farklılıklar olduğu bildirilmiştir⁽²¹⁾. Bölgeler arası ekonomik eşitsizliğin beraberinde getirdiği eğitim eşitsizliği ve geleneklere daha bağlı olmak kız çocukların erken yaşta evlendirilmesi ve erken yaşta doğum yapmasını arttıran faktörler olarak görülebilir.

Tablo 23.2 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına Göre Yıllar İçinde Kadınların İlk Evlenme, İlk Doğum Yaşları ve Adölesan Evlilik Sıklıkları.

TNSA Yıllar	İlk evlenme yaşı ortanca	İlk doğum yaşı ortanca	Adölesan annelik %
1993	19,0	20,8	10,2
1998	19,5	21,3	9,3
2003	20,0	21,8	7,5
2008	20,8	22,3	5,9
2013	21,0	22,9	4,6
2018	21,4	23,3	4,0

Tablo 23.3 Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Ortalama Değerlerinin Bölgelere Göre Dağılımı, TAYA-2018⁽¹⁸⁾.

Bölgeler	Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Ortalaması
Marmara	23,6
Ege	23,4
Akdeniz	23,2
Orta Anadolu	21,8
Batı Karadeniz	23,0
Doğu Karadeniz	23,5
Kuzey Doğu Anadolu	21,0
Doğu Anadolu	22,2
Güney Doğu Anadolu	22,5

Türkiye'deki coğrafi eşitsizliklere ek olarak dikkat çekilmesi gereken diğer dezavantajlı gruplar mevsimlik tarım işçileri ve Suriyeli sığınmacılardır. Ülkemizde gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda bu kadınlarda erken yaşta evlilik ve doğum oranının oldukça yüksek olduğu ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimde ciddi sıkıntılar yaşadıkları gösterilmiştir⁽²²⁻²⁵⁾.

Erken yaş evliliğinin tıbbi sakıncaları (anne sağlığı ve bebek sağlığı açısından)

Çocuk yaşta evlenen kadınlarda depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar sıklıkla görülmektedir. Ayrıca ABD'de yapılan bir çalışmada erken yaşta evlenen kadınlarda diğerlerine oranla kanser, kronik kalp hastalığı, inme ve diyabet gibi hastalıkların %23 daha fazla görüldüğü bildirilmiştir⁽³⁾.

Erken yaşta sağlık hizmetlerine erişim sınırlılıkları, üreme sağlığı hakkında bilgi eksiklikleri, kültürel baskılar ve otonom kararlar alamama gibi nedenlerle yüksek riskli gebelik meydana gelme olasılığı artmakta ve daha fazla maternal ölüm ile eklampsi/preeklampsi gibi ciddi sonuçlar meydana gelebilmektedir. 10 ila 14 yaş aralığında doğum yapmış olan kızlarda 20 ila 24 yaş arasında doğum yapanlara oranla beş kat artmış ölüm riski saptanmıştır. Erken yaşta doğurganlığın başlaması sık doğum yapılmasıyla sonuçlanabileceğinden, planlanmamış gebelikler ve istemli düşükler gibi olumsuz maternal sağlık çıktılarıyla ilişkilendirilmektedir. Erken yaşta gerçekleşen doğumlarda

aynı zamanda dramatik olarak neonatal ve infant mortalite riskinde artış gözlenmektedir. Ayrıca adolesan annelerin bebeklerinde yetersiz bakım ve beslenme dolayısıyla daha sık kavrukluk ve bodurluk oluşabilmektedir⁽²⁶⁾.

Erken Yaş evliliğinin sosyal sakıncaları

Çocuk gelinlerde sosyal izolasyon, ailesi ve yakınlarıyla bağlantılarında zayıflama veya kopma sık karşılaşılan bir durumdur. Ek olarak erken yaşta evlenen kızlar çoğu zaman eğitimlerini tamamlamakta ve bu nedenle kendi ekonomik özgürlüğünü sağlayamama, çocuğunun eğitim olanaklarının sınırlanması ve fakirlik kısır döngüsünde kalabilmektedirler. Düşük eğitim düzeyine sahip 15-19 yaş arası kadınların daha yaşlı ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlara oranla daha fazla aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Erken yaşta evlenen kadınların çoğu ilk cinsel deneyimi 'zorla' gerçekleşmektedir^(3,26).

Basında erken yaşta evlilikler

"Kız çocuklarının küçük yaşta evlendirilmesi doğru değil"

Başkan Erbaş, kadının ihmal edilmesine yönelik, onun eğitimden mahrum bırakılmasına yönelik çalışmaların, kız çocuklarının küçük yaşlarda evlendirilmesinin doğru olmadığını belirterek, evlilik yaşı için kızlarda 17, erkeklerde 18 şeklinde tespit edildiğini kaydetti.

<https://www.diyaret.gov.tr/es-ES/Institucional/Detalle/11384/diyaret-isleri-baskani-erbas-iskele-sancak-programina-konuk-oldu>

"Küçük yaşta evlilik büyük geliyor"

Uçan Süpürge Kadın İletişim ve Araştırma Derneği ve bünyesindeki Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları Kolektifinin önderliğinde, çocuk evliliklerinin önlenmesi için çalışan çeşitli alanlardan uzmanlarla gerçekleşen toplantının sonuç bildirgesinde çocuk evlilikleriyle mücadele eylem planının hazırlanması, terzilerin gelinlik dikmemesi, kuaförlerin saç, aşçıların yemek yapmaması gibi uygulamaların yaygınlaştırılması önerildi.

<https://www.milliyet.com.tr/gundem/kucuk-yasta-evlilik-buyuk-geliyor-2570264>

“Çocuk gelinle evlenene tahliye teklifi”

İnfaz Yasası'na eklenecek geçici maddeyle, 10 Nisan 2020'den önce evlenmiş olanların 5 kriteri taşınması halinde tahliyesi ve 5 yıl evli kalmak şartıyla yaptırımlardan kurtulması öngörülmüyor. Türk Ceza Yasası'nın mimarlarından Prof. Dr. Adem Sözüer Hürriyet'e, "Teklif eski Türk Ceza Kanunu'nun 434'üncü maddesindeki tecavüzcüyle evlendirme uygulamasını farklı bir şekilde geri getirmektedir. Medeni Kanun'daki evlenme yaşı da kâğıt üzerinde kalacaktır" dedi.

<https://www.hurriyet.com.tr/gundem/cocuk-gelinle-evlenene-tahliye-teklifi-41494666>

“Yasa yetmez, toplumsal değişim desteklenmeli”

TBMM Araştırma Hizmetleri Başkanlığı, erken yaşta evlilikler konusunda diğer ülkeleri inceledi. Araştırmada 18 yaş altı her evliliğin erken yaşta evlilik olduğu, erken yaşta ve zorla evliliklere ilişkin cezai yaptırımların ülkelere göre farklılık gösterdiği ancak çoğu ülkede cezaların 5 yıla kadar hapis olarak düzenlendiği belirtildi. Sorunun önüne geçilmesi için uluslararası kuruluşların tavsiye kararları ve önerileri doğrultusunda birçok ülkenin mevzuatında bu konuyu düzenlediği ve yaptırımları artırdığı ifade edilen çalışmada, tek başına yasal düzenlemeler ile erken yaşta evlilikleri durdurmanın güç olduğu vurgulanarak, “Yasal düzenlemelerle birlikte sorunun nedenlerinin tespit edilerek ortadan kaldırılmasına yönelik toplumsal temelli değişimlerin desteklenmesi, yapılacak çalışmalar için önem arz etmektedir” denildi.

<https://www.milliyet.com.tr/gundem/yasa-yetmez-toplumsal-degisim-desteklenmeli-6136552>

“Antep'te bebekler neden ölüyor?”

Antepli doktorlar şu sıralar artan koronavirüs vakalarıyla uğraşsa da pandemi öncesi gündemlerinde başka bir sağlık sorunu vardı: Artan bebek ölümleri. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye genelinde 2019'da bebek ölüm hızı 9.1 oranında seyrederken; Antep'te 16.2 ile ülke ortalamasının çok üzerinde seyretti. Gaziantep Aile Hekimliği Derneği Başkanı Doktor Doğan Eroğulları, ölüm nedenlerinin büyük kısmının prematüre doğumlardan kaynaklandığını belirterek bunun da

nedenini şöyle aktarıyor, “18 yaşın altındaki evliliklerden kaynaklı erken gebelikler.

<http://bianet.org/bianet/saglik/227941-bebek-olumlerinin-baslica-nedeni-erken-yasta-gebelik>

Öneriler

Ülkemizde özellikle kırılğan topluluklarda daha yaygın olduğu görülen erken yaşta evlilikler ve adölesan gebelikler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Buna yönelik yapılabilecek en etkin müdahaleler; sosyal eşitsizliğin azaltılmasını hedef alan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırıp kız çocuklarının erkeklerle eşit eğitim olanaklarına ulaşabilmesini sağlayan stratejilerin geliştirilmesidir.

Kaynaklar

- 1) UNICEF. Child Marriage Arond The World. <https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world> (son erişilme tarihi: 07.08.2020)
- 2) UNFPA. How Common Is Child Marriage. <https://www.unfpa.org/child-marriage-frequently-asked-questions#how%20common%20is%20child%20marriage> (son erişilme tarihi: 07.08.2020)
- 3) Equality Now. What Are the Long Term Impacts of Child Marriage? https://www.equalitynow.org/long_term_impacts_child_marriage
- 4) Mathur S, Greene M, M. A. Too young to wed: The lives, rights, and health of young married girls. <https://www.issuelab.org/resources/11421/11421.pdf> (son erişilme tarihi: 07.08.2020)
- 5) T.C. Resmi Gazete. Türk Medeni Kanunu. 08.12.2001. Sayı:24607,Ankara.
- 6) T.C. Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu. 12.10.2004. Sayı:25611, Ankara.
- 7) T.C. Resmi Gazete. Çocuk Koruma Kanunu. 15.07.2005. Sayı:25876, Ankara.
- 8) Karal, D., & Aydemir, E. (2012). Türkiye'de kadına yönelik şiddet. International Strategic Research Organization (USAK).
- 9) UNICEF. Child marriage: Child protection. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> (Son erişilme tarihi: 15.08.2020)
- 10) Boran, P., Gökçay, G., Devocioğlu, E. & Eren, T. Çocuk gelinler. Marmara Medical Journal (2013) doi:10.5472/MMJ.2013.02751.1.
- 11) Açıkgöz, R. Kadın Yoksulluğu Üzerine Bir İnceleme. Yardım ve Dayanışma Derg.
- 12) Aşkın, E. Ö. & Aşkın, U. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ve Yoksulluk İlişkisi: Aile İçi Şiddet Mağduru Kadınlar Üzerine Bir Araştırma. Kapatokya Akad. Bakış Derg. 1, 16–37 (2017).
- 13) ÖZAYDINLIK, K. (2014). Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, (33).
- 14) Soylu, N. & Ayaz, M. Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocuklarının sosyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi. Anadolu Psikiyat. Derg. (2013) doi:10.5455/apd.36694.
- 15) Yüksel-Kaptanoğlu İlknur; Ergöçmen Banu. Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. Sosyol. Araştırmaları Derg. 15, 129–61 (2012).

- 16) Kıran, E. (2017). Toplumsal Cinsiyet Rollerini Bağlamında Türkiye’de Çocuk Gelinler. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, (Ico-mep 2017 Özel Sayısı), 1-8.
- 17) Tılıç, H. R. & Çelik, K. (2016). An Overview of Turkey’s Young Population. UNFPA. <https://turkey.unfpa.org/en/publications/overview-turkeys-young-population> (Son erişilme tarihi: 15.08.2020)
- 18) Koç, İ. & Saraç, M. Türkiye’de İlk Evlilik Yaşının Ve Evliliğe İlişkin Pratiklerin Değişimi Ve Boşanma İle İlişkisi (2006-2016). in *Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi 88* (2018).
- 19) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- 20) TÜİK. İstatistiklerle Kadın. <http://www.tuik.gov.tr/Pre-HaberBultenleri.do?id=27594> (2017). (son erişilme tarihi: 07.08.2020)
- 21) Ek, S. & Özdemir, L. Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları verilerine göre ana çocuk sağlığı alanındaki eşitsizlikler. in *21.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 548–560* (2019).
- 22) Bahadır, H. & Uçku, R. Tanımlayıcı bir alan araştırması: Suriye’li sığınmacı kadınların üreme sağlığı. İzmir. in *18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 1008–1009* (2015).
- 23) Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N. G. & Özek, B. Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. in *18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 998–999* (2015).
- 24) Çifçi, S., Değer, V. & Ertem, M. Mardin doğum hastanesinde yapılan doğumlar içinde Suriyeli kadınlar. in *19.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 559* (2017).
- 25) Mihçioğur, S., Akbay, B., Akıncı, B., Akın, I. & Akın, A. Bir ilçedeki mevsimlik tarım işçilerinin yaşam ve çalışma koşullarının, sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin kullanımının belirlenmesi. in *19.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı 172* (2017).
- 26) World Health Organization. Reaching child brides. PMNCH Knowledge Summary <https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks22/en/> (son erişilme tarihi: 07.08.2020)



Engelli Bireylerde Cinsel > Sağlık Üreme Sağlığı

24

PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL

Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15'inin (bir milyardan fazla) en az bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir⁽¹⁾. Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2011 yılında yapılan Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre en az bir fonksiyonda zorluk yaşadığını beyan eden kişiler %6,9 olarak saptanmış olup, kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir⁽²⁾. Son yıllarda engellilik anlayışı fiziksel veya tıbbi bir yaklaşımdan, bir kişinin fiziksel, sosyal ve politik bağlamını dikkate alan fonksiyon kısıtlıklarını içeren bir yöne taşınmıştır. Bu sebeple, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre engellilik; bozukluk, faaliyet kısıtlamaları ve katılım kısıtlamalarını kapsayan bir şemsiye terim olarak açıklanmaktadır⁽³⁾.

Engelli bireyler yaşamın birçok alanında güçlükler yaşamakta, sağlık, eğitim, istihdam, ulaşım ve bilgi edinme gibi hizmetlere erişimde sorunlarla karşılaşmaktadır. Engellilerin yaşadığı sorunlardan biri de en çok göz ardı edilen konulardan biri olan cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçları ile ilgilidir. Engeli olan bireylerin de engeli olmayanlarla aynı cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçları olmasına karşın, bilgi ve hizmetlere ulaşmada engellerle karşılaştıkları bilinmektedir. Kişideki yeti kaybı dışında, toplumun ya da bireylerin davranışları, aldırmaçlıkları, önyargılar, damgalanma, farkındalığın yeterli düzeyde olmaması, yasal koruma ya da destek sistemi ile ilgili eksiklikler, karar alma mekanizmalarında bu kişilere yer verilmemesi gibi faktörler engelleri artıran unsur olarak karşımıza çıkmaktadır^(4,5).

Cinsel sağlık üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerinin engelli bireyler için yeterli ve ulaşılabilir olmasının nedenleri aşağıda verilmiştir.

- 1) Fiziksel engeller mevcuttur (sağlık kurumlarına ulaşım ile ilgili sorunlar, fiziksel engelliler için uygun yapısal düzenlemelerin olmaması, rampa vb eksiklikleri, ulaşılan kurumlarda bütün sağlık hizmetlerinin bir arada bulunmaması, hastane içindeki fiziksel sınırlılıklar, kadın-doğum kliniklerinde muayene masaları ve mamografi cihazlarının özellikle bedensel engelli kadınlar için erişilebilir olmaması gibi)
- 2) Engellilerin ihtiyaçlarına yönelik klinik birimler yoktur (yeterli ve uygun donanıma sahip mekanların olmaması, bilgi materyalleri ile ilgili yetersizlikler-materyallerin basit dille hazırlanmamış olması, eğitim materyallerinin görsellerle desteklenmemesi, Braille alfabesinin bulunmaması, işaret dili kullanımının sağlanamaması gibi)
- 3) Ayrımcılık ve damgalanma söz konusudur (sağlık hizmet sunumunda görev alanların bilgi yetersizlikleri, negatif ayrımcı tutumları, sağlık çalışanları arası koordinasyon eksiklikleri)
- 4) Sağlık güvencelerinin olmaması, yoksulluk, genel okuryazarlık oranlarının düşük olması, hizmetlere erişimi etkileyen olumsuzluklar olarak karşımıza çıkmaktadır^(5,6,7).

Yukarıda belirtilen nedenleri destekler şekilde T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ve TÜİK tarafından gerçekleştirilen "Engellilerin sorun ve beklentileri araştırması, 2010" verilerine göre de kayıtlı engellilerin %77'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini, %40,4'ü bakım hizmetlerinin iyileştirilmesini, %17,7'si fiziksel çevre ve ulaşım imkanları doğrultusunda düzenlemelerin yapılma-

sını istemektedir⁽⁸⁾. Yine engellilerin %36.3'ü sağlık hizmeti sunan kurumların fiziksel ulaşılabilirliğindeki yetersizlikler ve düşük kalitede hizmet alımı gibi sorunlar nedeniyle sağlık alanında ayrımcılık olduğu algısına sahiptir⁽⁹⁾.

Toplumda, engelli bireylerin cinselliğine ilişkin çeşitli yanlış inanışlar bulunmaktadır. Bunlar, engelli bireylerin cinsel yönden aktif olmadıkları, CSÜS hizmetlerine ihtiyaçları olmadığı, çocuk sahibi olmamaları gerektiği, cinsellikten daha önemli ihtiyaçları olduğu, cinsel eğitime ihtiyaçları olmadığı şeklindedir⁽⁴⁻⁵⁾. 2007 yılında ABD'de yaşanan bir olay bu inanışları destekler şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bu olayda, engelli bir kız çocuğu bir etik kurul onayı ile bir dizi operasyondan geçirilmiş, büyümesi ve cinsel gelişimi durdurulmuştur. Kadın olarak toplumda geçerli olan beden algısına uygun olmadığından, kadınsı özelliklerinden arındırılması gerektiği savunulmuştur⁽¹⁰⁾. Kabul edilemez bir başka durum da bazı ülkelerde bekar engelli bir kişi ile birlikte olunmasının HIV/AIDS hastalığının tedavi ettiğine inanılmasıdır⁽⁵⁾.

Gerek ulusal gerek uluslararası mevzuatta engelli bireylerde CSÜS konusu yeterince yer bulmamış, temel haklar ve tüm bireyler bağlamında yer almıştır. Bu gruba ve konuya özel ibareler yasal olarak ilk kez 2008 yılında "Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmede" işlenmiştir. Bu sözleşmede yer alan Madde 23 Hane ve Aile Hayatına Saygı başlığı altında evlilik çağına gelmiş engellilerin evlenme ve aile kurma hakkının olduğu, çocuk sayısı ve yaş aralığına, serbestçe ve sorumluca karar verebileceği, yaşlarına uygun üreme ve aile planlaması eğitimine erişim hakları olduğu, doğurganlıklarından mahrum bırakılmalarının gerekliliği gibi hususlar bulunmaktadır⁽¹¹⁾. Engelli bireylerde üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ayrımcılık, şiddet ve istismar konularının doğrudan ya da dolaylı olarak yer aldığı ulusal ve uluslararası belgeler aşağıdadır⁽¹²⁾

- 1- Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalınma Amaçları (Amaç 3)
- 2- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programı
- 3- 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (Madde 5 ve 6)
- 4- BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme
- 5- Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi (CEDAW)

6- Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev içi Şiddetin Önlenmesi Ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi

7- 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun

8- 6284 Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

9- Türk Ceza Kanunu (Madde 102-103-105-109-141)

Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Sorunları

Engelli bireylerin cinsel sağlık üreme sağlığına ilişkin ulusal çapta bir veri mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi ilgili kurumların da bu konu ile ilgili raporu, çalışması veya istatistiki verisi bulunmamaktadır. Elde edilen veriler ancak bilimsel çalışma sonuçlarına dayanarak sunulabilmektedir. Bu çalışmaların çoğunda da engelli bireylerin kendilerinden ziyade yakınlarından veri toplandığı gözlenmektedir⁽¹²⁾

Engelli kadınlarda CSÜS konusunda yürütülen programlar daha çok kadınları gebelikten korumaya odaklanmıştır. Bu kişilerin çocuk sahibi olamayacağı düşünüldüğünden düşük ve sterilizasyona zorlanmaları söz konusu olabilmektedir. Bunun dışında, aile içi şiddet, zorla evlilikler, fiziksel, duygusal, cinsel şiddet, gebelik, doğum, çocuk bakımı ile ilgili sorunlar, uygun olmayan partnerlerle evlilik durumlarında ilişkilerin iyi yönetilememesi, partner arama konusunda güven eksiklikleri, CSÜS konusunda genel bilgi yetersizliği, aile planlaması hizmetlerine, doğum öncesi, doğum sonrası ve doğum hizmetlerine erişim sorunları ve bunun neticesinde maternal morbidite ve mortalite oranlarının yüksekliği görülebilmektedir. Engelli kadınlarda engelli erkeklere göre sağ kalım hızları da daha düşüktür. Özellikle zihinsel engelli kadınlar fiziksel/cinsel istismara ve tecavüze 3 kat daha fazla maruz kalmaktadır⁽⁴⁻⁵⁻⁷⁾.

Konjenital veya doğum sırasında meydana gelen bazı bozukluklar kişilerin normal cinsel olgunluğa erişmelerinde sıkıntılara neden olabilir. Benzer şekilde, sonradan kazanılan bir sakatlık durumunda kişinin hangi döneminde gerçekleştiğine bağlı olarak çeşitli cinsel sıkıntılar görülebilir⁽¹³⁾. Spinal kord yaralanmasına bağlı bir engellilik söz konusu ise menstrüel hijyenin bozulmasından

hormon salınımında problemler yaşanmasına kadar (erektil disfonksiyon, infertilite gibi) çeşitli sorunların görülebileceği belirtilmektedir⁽⁴⁾

Fiziksel engelli kadınlarda, cinsel uyarı oluşumunda güçlükler, fertilitte sorunları, cinsel istismar, ruhsal sorunlar, toplumun fiziksel engellilere yönelik olumsuz tutumu, aşırı korucuyu aile, çevrelerine bağımlı olma gibi sorunlar daha çok ön plana çıkmaktadır⁽⁴⁾. İstanbul Tuzla ilçesi engelli koordinasyon merkezine kayıtlı ortopedik engelli kadınlar üzerinden yapılan bir çalışmada (n=81) kadınların %85,2'sinin engelli kadın olmanın aile ve evlilik yaşamında sorun yarattığı, %29,6'sının bazen eşleri tarafından hakarete uğradığı, %33,3'ünün eşlerinden korktuğu belirtilmiştir⁽¹⁴⁾

"Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020"de engelli kadınlarla ilgi olarak "engelli kadınlar ve kız çocukların gerek özel gerek kamusal alanda şiddet, yaralanma, suistimal, ihmal, kötü muamele veya sömürü gibi risklere daha açık olduğu belirtilmiştir⁽¹⁵⁾. Kadının Güçlendirilmesi Strateji Belgesi Eylem Planı'nda (2018-2023) da engelli kadınların engeli olmalarından kaynaklanan ön yargılar ve sorunların yanı sıra cinsiyetleri nedeniyle de sağlıkla ilgili sorunlarla karşılaşabildikleri belirtilmekte, bu grubun CSÜS sorunları ve ihtiyaçlarına yönelik veri eksikliklerinin giderilebilmesi için araştırmaların yapılmasının gerekliliği vurgulanmıştır⁽¹⁶⁾

Ülkemizde 2005-2015 yılları arasında ulusal 10 gazete taraması ile gerçekleştirilen bir çalışmada istismara uğrayan bireylerin %69,8'inin kadın olduğu, %42,5'inin reşit olmadığı (yarısından fazlasının 14-18 yaş aralığında olduğu), %69,7'sinin zihinsel engelli, %10'unun işitme, %9,3'ünün bedensel, %2,8'inin görme engelli olduğu bildirilmiştir. İstismara uğrayan bireylerin %20,8'inin komşusu, %9,0'unun arkadaşı, %5,7'sinin ebeveyni, %5,4'ünün öğretmeni, %4,6'sinin akrabası, %4,6'sinin kurum çalışanı tarafından istismar edildiği saptanmıştır. İstismar türü incelendiğinde %80,5'inin cinsel, %15,1'inin fiziksel, %3,6'sının duygusal istismara uğradığı tespit edilmiştir. İstismarın gerçekleştiği yer %34,1 ev, %19,7 açık alan, %11,1 kamu kurumudur. İstismarın ortaya çıkış şekli %42,4 kendi şikayeti, %21,2 hamile kalma, %11,8 ebeveyn tarafından bildirilme şeklinde olmuştur⁽¹⁷⁾.

Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği'nin (TOHAD) 2012-2016 yılları arasında medyada yer alan engellilere yönelik şiddet haberlerini inceledi-

ği bir çalışmada da, mağdurların %47,8'inin kadın ya da kız çocuğu olduğu, fiziksel şiddete daha çok erkeklerin, cinsel şiddete kadınların maruz kaldığı, mağdurların %68,2'sinin zihinsel engelli bireyler olduğu belirtilmiştir⁽¹⁸⁾

Zihinsel engelli bireylerde cinsel sorunlar, bireyin zeka düzeyine ve eğitilebilir öğretilerle olma durumuna göre değişiklik göstermektedir. Yapılan bilimsel çalışmalar zihinsel engelli gençlerin de normal gelişim gösterenler gibi aynı cinsel dürtülere sahip olduğunu göstermektedir. Eğer engel düzeyi hafif ise bu kişilerin cinsel dürtülerini kontrol edebildiği, orta ise yardıma ihtiyaçları olduğu, ağır ise çok az kontrol edebildikleri şeklindedir. Cinsel içerikli davranışların nerede, ne zaman, hangi durumlar için uygun olup olmadığını bilememeleri temel sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun dışında evliliklerde sorunlar, gebelik bakımı, doğum yardımı gereksinimi, kısırlaştırma müdahalelerine maruz kalma gibi durumlar da söz konusu olabilmektedir⁽⁴⁾.

Görme engelliler dış dünya ile iletişimlerinde genellikle aracılık eden kimselere ihtiyaç duyarlar. Ayrıca karşısındaki kişinin yüz ifadesini görememek, bu gibi yeti kaybı olan bireylerde cinsel iletişim açısından büyük eksiklik yaratır. Erkeklerde dış görünüş ve görsel uyarı ile istek ve uyarılma evresinin olduğu göz önünde bulundurulduğunda görme özürü erkeklerde bu aşamalarda cinsel problemler görülmesi olasıdır⁽¹⁹⁾. Altı Nokta Körler Derneği'ne kayıtlı görme engelli 187 kadın üzerinde menstrüel hijyen yönetimi konusunda yapılan bir çalışmada, kadınların %38,5'inin bu konuda bilgi sahibi olmadıkları, %52,9'u yakınlarının desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtilmektedir⁽²⁰⁾. Yine Ankara'da bu derneğe kayıtlı olan 94 görme engelli kadınla yapılan çalışmada, kadınların %11,7'si şiddet gördüğünü (%63'ü fiziksel, %27,2'si duygusal, %27,2'si ekonomik) belirtmiştir. En fazla şiddet uygulayan % 42,1 ile şimdiki veya eski eş olurken, sırasıyla % 31,6 ile baba, % 21,0 ile kardeş ve % 5,3 ile annenin şiddet uyguladığı ifade edilmiştir⁽¹²⁾

İşitme kaybı olan engellilerin, engeli olmayan kişilerle anlaşması güçleşmektedir. Cinsellikle ilgili kavramların işaret dilinde bulunmaması bir sorun olarak belirtilmektedir⁽⁴⁾

Engelli çocuğu olan ailelerde de destek sistemlerinin yetersizliği, yoksulluk, damgalanma gibi unsurlar bu ailelerin toplumdan izole olmalarına neden olmaktadır. Bazı toplumlarda kadının gü-

nahları nedeniyle engelli çocuk sahibi olduğu inancı vardır. Fiziksel izolasyona maruz kalmanın dışında bu ailelerde boşanmalar ve eş tarafından terk durumları 2 kat daha fazla görülmektedir⁽⁵⁾

Engelli bireyler engeli olmayanlara göre daha incinebilir bir gruptur. CSÜS konusunda daha fazla eğitime ve bakıma ihtiyaçları olmasına karşın yapılan çalışmalarda bu gruplara hizmet sunan sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve donanımına sahip olmadıklarını belirttikleri görülmektedir. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada engelli kadınlar ile karşılaşan öğrencilerin %46,8'inin bu kişilerle iletişim kuramadıkları, %39,4'ünün iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları, %38,7'sinin bu kadınlara bakım verdikleri, %45,8'inin bakım verirken güçlük yaşadığı belirtilmiştir. Öğrencilerin neredeyse tamamı (%96,9) bu konu ile ilgili dersleri olmadığını belirtmiş, CSÜS konusunda bilgisi olduğunu belirtenlerin (%35,9), bu bilgiyi internetten edindiği (% 68,8) ifade edilmiştir⁽²¹⁾. Ebe ve hemşireler üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, %91,5'inin engellilere yönelik herhangi bir eğitim programına katılmadığı, %79,8'i mesleki yaşantılarında engellilere yönelik herhangi bir hizmet vermediği belirtilmiştir. Engelli kadınların çocuk sahibi olabileceğini düşünenler %94,1; doğumların sezeryanla gerçekleşmesi gerektiğini düşünenler %44; çalıştıkları kurumda engellilere yönelik personel eğitiminin eksik olduğunu belirtenler %49,2; fiziki alan düzenlemelerinin yetersiz olduğunu düşünenler %37,7'dir⁽²²⁾. Bu sonuçlar sağlık hizmet sunumunda görev alanların yeterli bilgilerinin olmadığını göstermesinin yanı sıra engellilerin ihtiyaçlarına yönelik yapısal düzenlemelerin de olmadığına dikkat çekmektedir.

BM Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Ofisi ile Türkiye Aile Planlanması Vakfı Şubat 2020'de engelli kız çocukları ve kadınların CSÜS hizmetlerine erişimi ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle mücadelede neler yapılabileceğinin tartışıldığı bir çalıştay gerçekleştirmiştir. Bu çalıştaydan çıkan öneriler, kapasite geliştirme, kapsayıcılık ve araştırma faaliyetleri şeklinde özetlenebilir. Bu bağlamda şiddet mağduru kız çocukları ile kadınların başvurabileceği merkez ve birimlerde insan kaynaklarının güçlendirilmesi, farklı engel gruplarına yönelik planlamaların yapılması, aileye dayalı destek mekanizmalarının geliştirilmesi, konu ile ilgili kişilerin hizmet içi eğitimlerle eğitilmesi, okul müfredatlarında cinsellik

konusuna yer verilmesi, engellilik alanında yapılan çalışmalara dair veri tabanı oluşturulması, engellilere hizmet veren birimlerin/kurumların fiziksel olarak uygun hale getirilmesi, farklı engel durumlarına yönelik bilgi paketlerinin oluşturulması, sunulacak hizmetlerin de farklı engel gruplarını kapsayacak şekilde uygun teknolojilerle sunulması önerileri benimsenmiştir⁽¹²⁾. Bu ve benzeri çalıştayların yapılması bilgi açığının olduğu bu özel konuda son derece önemli olup, bundan sonra atılacak adımlara da ışık tutacaktır.

Sonuç olarak engelli bireylerin de üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin ihtiyaçları vardır ve üreme sağlığı ve cinsel sağlık programları engellilik bakışı açısı ile değerlendirilmelidir. Engellilerin CSÜS ile ilgili yaşlarına uygun, güvenilir bilgiye ve hizmetlere erişimindeki engeller ortadan kaldırılmalı, hizmet sunucularının bilgi açığı giderilmeli, kapsayıcı olmalı, bireylerin sağlıklı cinsel gelişimini destekler nitelikte, gebelik ve ilgili diğer süreçlerde uygun sağlık müdahaleleri ve eğitim programlarını içermelidir. Ayrıca şiddetle mücadele mekanizmaları kolay erişilebilir ve ihtiyaçları karşılar nitelikte olmalıdır. Cinsel sağlık üreme sağlığı konusunda ulusal çapta toplanan verilerde engelli bireyleri de içerecek şekilde düzenleme yapılarak bilgi açığı giderilmelidir.

Kaynaklar

- 1) WHO, Disabilities. https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1
- 2) Republic of Turkey Ministry of Family and Social Policy. Nüfus ve Konut Araştırması (2011).
- 3) WHO, Disabilities. Available at: <https://www.who.int/topics/disabilities/en/>.
- 4) Cangöl E, Karaca P, Aslan E, Engelli bireylerde cinsel sağlık, Kadın Cinsel sağlığı, 53:141-146 (2013). Available https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2013_53_141_146.pdf
- 5) WHO/UNFPA guidance note, Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities, 2009.
- 6) Türkiye STK Gölge Raporu, Engelliler Konfederasyonu Ankara, Türkiye, 2018.
- 7) Timur S, Ege E, Bakış E, Engelli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları Ve Etkileyen Faktörler, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (1):51-58.
- 8) TÜİK, 2020, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1017
- 9) Oral A, Aydın R, Ketenci A, Akyüz G, Sindel D, Yalman A, Dünya Engellilik Raporu: Türkiye'de Engellilik İle İlgili Konuların Analizi Ve Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Tıp Uzmanlığının Katkıları, Turk J Phys Med Rehab 2016;1(62):83-97
- 10) Hall, K. Q. (2011a). Reimagining Disability and Gender through Feminist Studies: An Introduction, Kim Q. Hall (der.), Feminist Disability Studies içinde (s. 1-10). Bloomington: Indiana University Press.

- 11) Resmi gazete 15137 sayılı ve 14/7/2009 tarihli, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>
- 12) UNFPA ve TAPV, Engelli Kadınlar Ve Kız Çocukları İçin Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı Ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddetle Mücadele, Mevcut Durum, İlgili Hizmetler Ve Hizmetlere Erişimin Artırılması İçin Öneriler, Üçgen Matbaacılık, 2020
- 13) Glass C, Soni B. Toolbox: Sexual problems of disabled patients. *West J Med* 1999; 171:107-109.
- 14) Özdemir DK, Ortopedik engelli kadınların sorun ve beklentileri üzerine bir araştırma: Tuzla ilçesi örneği, *Toplum ve sosyal Hizmet*, 23(1):57-71, 2012
- 15) TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020, Ankara, 2016.
- 16) TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023, Ankara, 2018.
- 17) Bulut S, Karaman HB, Engelli Bireylerin Cinsel, Fiziksel ve Duygusal İstismarı, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 2018, 19(2):277-301
- 18) TOHAD (2016), <http://www.tohad.org/tohad/fiziksel-cinsel-siddet-istismar-ve-kotu-muamele-olaylari-izleme-raporu/>
- 19) Cumurcu BE, Karlıdağ R, Almış BH, Fiziksel Engellilerde Cinsellik, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(1):84-98 doi:10.5455/cap.20120406
- 20) Dündar T, Özsoy S, Menstrual hygiene management among visually impaired women, *British Journal of Visual Impairment*, <https://doi.org/10.1177/0264619620911441>
- 21) Okuyan Y. Ç, Şen S, Bolsoy N. Experiences of midwifery students, about to give care for women with disability. *Journal of Human Sciences* 2018, 15(1), 24-34.
- 22) Bayrak NÇ, Ebe ve hemşirelerin engelli kadınların gebelik, doğum ve doğum sı-onrası dönemlerine yönelik düşünce ve deneyimleri, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2019.



İleri Yaş Kadınlar ve Sağlık Sorunları

25

DOÇ. DR. HATİCE ŞİMŞEK KESKİN • PROF. DR. RENGİN ERDAL

Doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam sürelerinin artışına bağlı olarak tüm dünyada yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede toplum hızla yaşlanmaktadır ancak doğurganlıktaki azalmanın görece erken başladığı gelişmekte olan ülkelerde de yaşlıların oranında hızlı artışlar yaşanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının sonucunda ileri yaşlı kadın, yalnız yaşayan ve yoksul yaşlıların sayısı daha da hızlı artmaktadır⁽¹⁾. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verisine göre Türkiye'de 2019 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 7 milyon 550 bin 727 kişidir ve toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı %9.1'dir⁽²⁾. Bu oranla şu anda "yaşlı toplum" olan ülkemiz 2022 yılından sonra "çok yaşlı toplum" özelliği taşıyacaktır.

Sosyodemografik Özellikler

Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi toplamda 78.3, erkeklerde 75.6, kadınlarda 81.0 yıldır. Kadınların erkeklerden doğumda 5.4, 65 yaşta 3.2, 80 yaşta 1.4 yıl daha fazla yaşayacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun %44.2'sini erkekler, %55.8'ini kadınlar oluşturmaktadır². Dolayısıyla yaşlı nüfusun yarısından daha fazlasını kadınlar oluşturmakta, artan yaşla birlikte cinsiyet oranı (100 kadın başına düşen erkek sayısı) azalmaktadır. Bu durum *yaşlılığın feminizasyonu* olarak adlandırılmaktadır. Yaşlılıktaki cinsiyet farkı erkeklerle göre kadın yaşlıların sağlık ve sosyal gereksinimlerinin de daha fazla olacağını göstermektedir.

Türkiye'de 2019 yılı verisine göre hanelerin %23.5'inde 65 yaş ve üstü birey yaşamaktadır. Yaşlı bireyler arasında yalnız yaşama sıklığı %18.2'dir. Yalnız yaşayanların %75.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Evli olma durumu erkeklerde %83.7 iken kadınlarda %45.4'tür. Ayrıca eşini kaybetme durumu kadın yaşlılarda erkeklerle göre 4 kat daha fazladır (Kadınlarda %48.3, erkeklerde %11.9)². Kadın yaşlılar yalnız yaşama ve eş kaybının neden olduğu ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları açısından erkeklerle göre daha dezavantajlı olmakta, bu nedenlerle de daha çok sosyal desteğe gereksinim duymaktadır.

Yaşlılarda yalnız yaşama, hastalık, engellilik ya da sosyoekonomik nedenlerle sosyalleşme ve katılıma ilişkin yaşanan sorunlar toplumsal dışlanma ya da izolasyona neden olmaktadır. Bunlara ek olarak okuma yazma bilmeme izolasyona neden olan önemli bir sosyoekonomik özelliktir⁽³⁾. Öğrenim durumu gelecekteki iş ve gelir olanakları için belirleyici olmasının yanında kişinin bilgiye erişme olanaklarını da artırıcı bir özelliktir. Kadın yaşlılarda öğrenimin olmaması ya da okuryazar olmama sağlık eşitsizlikleri açısından risk etmenidir⁽⁴⁾. Türkiye'de 2019 yılında okuma yazma bilmeme oranı, kadınlarda erkeklerle göre 4.8 kat fazladır (kadınlarda %25.4, erkeklerde %5.3). Yaşlı nüfusta mezun olunan okula göre öğrenim düzeylerine bakıldığında da kadınların öğrenime ilişkin dezavantajı sürmektedir⁽⁵⁾.

Yaşlılık dönemiyle birlikte emeklilik, sosyal güvencesizlik, para kazanan kişinin kaybı düşük gelir

ve dulluk maaşları nedeniyle kadının yoksulluğu ve bakım gereksinimi artmaktadır. Şimşek ve ark.nın çalışmasında 80 yaş ve üzeri yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmeti gereksiniminin düşük gelir algısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir⁽⁶⁾. Türkiye’de 2018 yılında yaşlılarda, eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60’ına göre hesaplanan yoksulluk oranı, toplamda %16.4, erkeklerde %14.4, kadınlarda %17.9’dur. Tufan ve arkadaşlarının çalışmasına göre 60 yaş ve üzerinde emekli aylığına bağlı olmama erkeklerde %15.7 iken kadınlarda %56.4’tür. Yaşlılıkta en önemli gelir kaynağının emekli aylığı olduğu düşünülürse kadınların gelir açısından dezavantajı yaşlılıkta da sürmektedir⁽⁷⁾. Tüm bu dezavantajların yanı sıra yaşlılık döneminde kadınların erkeklere göre negatif cinsiyet ayrımcılığıyla daha fazla karşılaştığı Keskinöglü ve ark.nın çalışmasında gösterilmiştir. Bu çalışmada yaşlılık döneminde negatif cinsiyet ayrımcılığı kadınlar da %51.7, erkeklerde %21.3 olarak belirlenmiştir⁽⁸⁾.

Kadın Yaşlılar ve Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde, homeostatik kontrolde, çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinde, stres yanıt kapasitesinde azalma görülmektedir⁽⁹⁾. Yaşlanmayla oluşan fizyolojik değişiklikler kişilerin fiziksel etkinliğini azaltmaktadır. Bu değişikliklere menopozun etkileri de eklenince kadın yaşlılardaki sağlık sorunları daha da artmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018’in sonuçlarına göre 30-49 yaş kadınların %10.3’ü; 48-49 yaş kadınların %45.1’i menopozdadır⁽¹⁰⁾. Menopoz öncesi ve menopoz sırasında en sık görülen vazomotor semptomlar kadınların yaklaşık %80’inde görülmektedir. Menopoz nedeniyle kadınlar vajinal kuruluk, cinsel işlev bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları, üriner inkontinans, uyku sorunları, osteoporoz, artmış kardiyovasküler riskle karşı karşıya kalmaktadır⁽¹¹⁾. Şahin-Toprakçı ve arkadaşlarının 2016 yılında yayımlanan çalışmasında postmenopozal kadınlarda metabolik sendrom prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir⁽¹²⁾. Bir üniversite hastanesine başvuran 45-64 yaş arası menopoz öncesi dönemde olan 572 kadının %86.4’ünde cinsel işlev bozukluğu ve % 54.9’unda depresif belirtiler saptanmıştır⁽¹³⁾. Gözüyeşil ve arkadaşlarının çalışmasında da menopoz öncesi dönemdeki 317

kadının %82’sinde cinsel işlev bozukluğu belirlenmiştir⁽¹⁴⁾.

Menopoz ve yaşlanma ile ilişkili osteoporoz, artmış kemik kırılabilirliği ile karakterize edilen en yaygın kronik metabolik kemik hastalığıdır. Osteoporoz kırıklar için önemli bir risk etmenidir. Kadınlar, yaşlılar ve beyaz ırkta daha yaygındır⁽¹⁵⁾. Elli yaş civarında, kalan yaşamda kalça kırığı olma olasılığının erkeklerde %3.5 ve kadınlarda %14.6 olduğu tahmin edilmektedir⁽¹⁶⁾. Osteoporozun klinik bulguları sırt ağrısı, boy kısalması, spinal deformiteler, periodontal sorunlar ve kırıklardır. Kompresyon kırıklarında göğüs ve karın içinde oluşan deformiteler nefes darlığına, egzersiz kapasitesinde azalmaya, kabızlığa, sinir kökü basılarına neden olmaktadır. Ayrıca ağrı ve sonucunda gelişen psikolojik ve sosyoekonomik sorunlar kişinin yaşam kalitesini etkilemekte, uyku bozukluklarına, iştahsızlığa, yorgunluğa, sosyal ilişkilerde bozukluğa, ölüm korkusu gibi sorunlara yol açmaktadır⁽¹⁷⁾. Kokanalı ve arkadaşlarının çalışmasında kemik mineral yoğunluğu ölçülen menopoz sonrası dönemde olan 248 kadının %43.8’ine osteoporoz tanısı konmuştur⁽¹⁸⁾.

Kadınların yaşamında menopozun en önemli sağlık etkileri osteoporoz ve kardiyovasküler etkilerdir⁽¹⁹⁾. Kadınlarda menopoz öncesi dönemde koroner arter hastalığı sıklığı erkeklere göre çok azken, menopozdan 6-10 yıl sonra erkeklerdeki sıklıkla eşitlenmektedir⁽²⁰⁾. Türkiye’de TÜİK’in Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistiklerine göre 2019 yılında ilk üç sıradaki ölüm nedenleri; 65 yaş ve üzerinde dolaşım sistemi hastalıkları (%41.5), iyi ve kötü huylu tümörler (%25.6) ve solunum sistemi hastalıkları (%15.3); 65 yaş ve üzeri kadınlarda dolaşım sistemi hastalıkları (%45.2), solunum sistemi hastalıkları (%13.9), iyi ve kötü huylu tümörlerdir (%10.7). Yaşlılarda dolaşım sistemi nedenli ölümlerin yarısından fazlası (%54.3) kadınlardadır⁽²⁰⁾. Alzheimer nedeniyle ölen yaşlıların oranı 2014 yılına göre 2018’de artmıştır. Ölüm nedeni alzheimer olan yaşlıların oranı 2014 yılında erkeklerde %3.1, kadınlarda %4.6 iken bu oranlar 2018 yılında erkeklerde %3.5, kadınlarda ise %5.7’ye yükselmiştir⁽²⁾.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017 sonuçlarına göre toplumda kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı (anjina) veya inme (serebrovasküler olay ya da hastalık) geçirmiş olma sıklığı toplamda %5.0, erkeklerde %5.2, kadınlarda %4.8’dir⁽²¹⁾. Bu sıklık 60-69 yaş kadınlarda

%10.6, 70 yaş ve üzeri kadınlarda %18.3'tür. Kadınlar için sıklığın 15-29 ve 45-59 yaş grupları dışında tüm yaş gruplarında erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada 60-69 yaş ve 70 yaş ve üzeri kadınlarda sırasıyla astım sıklığı %11.7, %15.5; KOAH sıklığı %7.4, %9.1; bozulmuş kan şekeri sıklığı %14.9, %12.2'dir. Altmış yaş ve üzeri kadınların yaklaşık %50'sinin HDL kolesterol düzeyi normal düzeyin altındadır. Son 12 ayda hipertansiyon, kalp damar hastalığı, diyabet, kanser, KOAH veya astım tedavisi nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı 60 yaş ve üzeri kadınlarda yaklaşık %40'tur⁽²¹⁾.

Şimşek ve ark. nın Balçova'nın Kalbi Projesi verisinden yaptıkları 65 yaş ve üzeri 2502 bireyi kapsayan çalışmada kadın yaşlıların %83.5'inde hipertansiyon, %25.7'sinde diyabet, %45.8'inde metabolik sendrom, %62.8'inde dislipidemi, %28.0'ında total kolesterol yüksekliği, %23.1'inde LDL yüksekliği, %13.9'unda trigliserit yüksekliği, %44.5'inde HDL düşüklüğü saptanmıştır. Bu sıklıklar kadın yaşlılarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur⁽²²⁾. İstatistiklerle Yaşlılar 2015'e göre yaşlılarda obezite sıklığı toplamda %26.2, erkeklerde %17.7, kadınlarda %32.8'dir⁽²³⁾. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı araştırmasında BKİ durumuna göre obezite sıklığı; kadınlarda 55-64 yaşta %56.9, 65-74 yaşta %49.8, 75 yaş ve üzerinde %34.6'dır ve aynı yaş grubu erkeklerden daha yüksektir⁽²⁴⁾.

TÜİK'in Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2019 yılında yaşlılarda tütün ürünü kullanımı sıklığı 2014 ve 2016 yılına göre artmıştır. Tütün ürünü kullanımı 2019 yılında 65-74 yaş kadınlarda %6.1 (erkeklerde %19.9), 75 yaş ve üzeri kadınlarda %3.1'dir (erkeklerde %13.3). Aynı çalışmada 65-74 yaş ile 75 yaş ve üzeri kadınlarda sırasıyla görme sorunu %17.4, %26.3; işitme sorunu %11.5, %32.0; yürüyememe %23.9, %53.1; merdiven inip çıkama %34.3, %58.7; öğrenmede, hatırlamada zorluk yaşama %19.9, %37.4 olarak saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre bu sıklıklar kadın yaşlılarda erkeklere göre daha yüksektir⁽²⁵⁾.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018'e göre 60-69 yaş kadınların %72.1'inin (erkeklerde %47.2), 70 yaş ve üzeri kadınların %84.9'unun (erkeklerde %51.5) fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Bu yılda sağlık algısı kadın yaşlılarda erkeklere göre daha kötüdür. Sağlığını kötü-çok kötü algılama sıklığı 60-69 yaş kadınlarda %10.6, 70 yaş ve üzeri kadınlarda %18.3'tür⁽²⁶⁾.

Üriner inkontinans kadınlarda menopoza ve yaşla birlikte artan ve kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda kadınların yaş aralıkları ve çalışmanın yapıldığı yerlerin farklılığı nedeniyle farklı sıklıklar elde edilse de kadınlarda üriner inkontinans sıklığı yüksek, bu nedenle tıbbi yardım alma sıklığı düşüktür. Kaşıkçı ve arkadaşları tarafından Erzurum'da yapılan 65 yaş ve üzeri 1094 kadını içeren çalışmada üriner inkontinans sıklığının %51.6 olduğu, %13.7'sinin inkontinans ile tuvalete giderken düştükleri, %34.3'ünün utanç hissi yaşadığı, %45.8'inin öksürükten kaçındığı ve %46.5'inin sıvı alımını kısıtladığı saptanmıştır⁽²⁷⁾. Biyik ve ark tarafından Bursa'da yapılan ve 50 yaş ve üzeri 402 kadını içeren çalışmada üriner inkontinans sıklığı %37'dir. Üriner inkontinanslı kadınların ancak %34.7'si bu nedenle bir doktora başvurmuştur. Doktora gitmenin en sık nedeni, günlük yaşam aktivitelerini etkilemeye başlaması, doktora gitmekten kaçınmanın en sık nedeni ise bu durumun normal olduğu düşüncesidir⁽²⁸⁾. Güvenç ve arkadaşları tarafından bir polikliniğe başvuran 40-64 yaş arası 258 kadında gerçekleştirilen çalışmada üriner inkontinans sıklığı %45.3, inkontinans nedeniyle tıbbi yardım alma sıklığı %23.9 bulunmuştur⁽²⁹⁾. Akkuş ve Pınar tarafından yapılan ve bir üniversite hastanesine başvuran 18-80 yaş arası 150 kadını kapsayan çalışmada da üriner inkontinans sıklığı %86.7'dir. İnkontinanslı kadınların %43.2'si tıbbi tedavi almamıştır. Menopoz sonrasında olmak, uterin prolapsus varlığı, epizyotomi öyküsü, hormon replasman tedavisi kullanımı, sigara içimi, kafein alımı, aile öyküsü belirlenen risk etmenleridir⁽³⁰⁾. İzmir'de Demir ve arkadaşlarının 18 yaş ve üzeri 719 kadında yaptığı çalışmada ise üriner inkontinans sıklığı %50.3, risk etmenleri de alt tiplere göre değişmekle birlikte hipertansiyon, diyabet, multiparite, yüksek beden kütle indeksi ve düşük öğrenim olarak belirlenmiştir⁽³¹⁾.

Yaşlıların sosyal yaşamlarında yaşanan kayıplar (eş, iş, statü kaybı gibi), bireyin yalnızlık, kaygı, umutsuzluk, karamsarlık gibi duygular yaşamasına neden olur. Tüm bu değişikliklerle baş edilemediğinde ise yaşlılarda bir takım ruhsal bozukluklar oluşur⁽³²⁾. En sık gözlenen ruhsal bozukluklar; major depresyon, demans ve deliryumdur⁽³³⁾. Yapılan araştırmalarda yaşlı nüfusun %25'inde kayda değer düzeyde psikiyatrik belirtiler bulunmuştur. Bu psikiyatrik durumların başında ise depresyon

gelmektedir. Altıntaş ve arkadaşlarının yaşlı bakımevinde depresyon sıklığını inceledikleri çalışmada %63.4'ünü kadınlar oluşturmuştur⁽³⁴⁾. Maral ve arkadaşlarının çalışmasında ise evde yaşayan yaşlılarda cinsiyetler arasındaki depresyon sıklığı erkeklerde %12.1, kadınlarda ise %33.7 olarak bulunmuştur⁽³⁵⁾. Koç ve arkadaşının çalışmasında bir üniversite hastanesinde polikliniğe başvuran yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım kapasitesi puanları düştükçe depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır⁽³⁶⁾. Unsar ve arkadaşlarının Edirne'de yaptığı çalışmada sosyal desteğin olması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olunması, depresyon düzeyinin düşük olması ile yüksek yaşam kalitesinin ilişkili olduğu belirlenmiştir⁽³⁷⁾.

Yaşlılara kötü muamele; yaşlıların fiziksel, cinsel, zihinsel, finansal istismarı ve ihmali içeren bir kavramdır. Türkiye'de farklı yöntemlerle, farklı yerlerde yapılan çalışmalarda yaşlı istismarı ve ihmali sıklıkla oldukça farklıdır⁽³⁸⁾. Yaşlı istismarının risk etmenleri ileri yaş, düşük sosyoekonomik durum, yalnız yaşama, depresyon, demans, fiziksel engel varlığının yanı sıra kadın cinsiyettir⁽³⁹⁾. Dasbas ve arkadaşlarının Ankara'da, Pak'ın Erzurum'da yaptığı çalışmalarda da kadın cinsiyet yaşlılıkta istismar açısından risk olarak belirlenmiştir^(40,41).

Sonuç olarak, kadınlar intrauterin dönemden başlayarak yaşam dönemlerine göre farklı pek çok riskle karşılaşmaktadır. Yaşlılık dönemine girene kadar kadınlar erkeklere göre özellikle toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle öğrenim, gelir, iş yaşamına katılım ve çalışma koşullarına ilişkin daha dezavantajlı konuma sahiptir ve toplumsal baskıya maruz kalmaktadır. Ayrıca özellikle doğurganlığı nedeniyle sağlık hizmet gereksinimi fazla olmasına karşın hizmetlere ulaşmakta zorluk yaşamaktadır. Bunların üzerine yaşlılık döneminin getirdiği sorunlar da eklenince kadınların dezavantajları artmaktadır.

Kaynaklar

- Gavrilov LA, Heuveline P. Aging of population. In: Demery P, McNicoll G, eds. *The Encyclopedia of Population*. Macmillan Reference; 2003. http://longevity-science.org/Population_Aging.htm
- Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerle Yaşlılar*, 2019.; 2020. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>
- Şimşek H. Kadın, Yaşlılık, Sağlık. In: Akın A, Özpınar S, eds. *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*. Nobel Kitabevi; 2018:279-288.
- Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(4):960-968. doi:10.1111/ggi.12166
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı. Published 2019. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>
- Şimşek H, Erkoyun E, Aköz A, Ergör A, Uçku R. Seksen yaş ve üzeri yaşlılarda karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi ve ilişkili etmenler: İzmir Balçova'dan kesitsel bir araştırma. In: 2. *Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. ; 2018:207.
- Tufan İ, Kılavuz A, Özgür Ö, Ayan S, Gürdal F, Engin B. Türkiye'de Gerontoloji Atlası: Yaşlı yoksulluğu ve yalnızlık üzerine bulgular. *Geriatr Bilim Derg*. 2019;2(1):1-7.
- Keskinoglu P, Ucuncu T, Yildirim I, Gurbuz T, Ur I, Ergor G. Gender discrimination in the elderly and its impact on the elderly health. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;45(3):295-306. doi:10.1016/j.archger.2007.01.060
- Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemsirelik Bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 2012;2(2):19-23.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018*.; 2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Cengiz H, Kaya C, Suzen Caypinar S, Alay I. The relationship between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2019;39(4):529-533. doi:10.1080/01443615.2018.1534812
- Toprakci Sahin G, Salman S, Ayanoglu YT, Saritas DG, Tuna G. Prevalence of metabolic syndrome and effect of hormone profile in postmenopausal patients. *J Acad Res Med*. 2016;6(1):35-39. doi:10.5152/jarem.2016.910
- Yanikkerem E, Göker A, Çakır, Esmeray N. Effects of physical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*. 2018;21(2):160-166. doi:10.1080/13697137.2017.1417374
- Gozuyesil E, Gokyildiz Surucu S, Alan S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *J Health Psychol*. 2018;23(14):1769-1780. doi:10.1177/1359105317742194
- Sozen T, Ozisik L, Calik Basaran N. An overview and management of osteoporosis. *Eur J Rheumatol*. 2017;4(1):46-56. doi:10.5152/eurjrheum.2016.048
- Tuzun S, Eskiuyurt N, Akarirmak U, et al. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: The FRACTURK study. *Osteoporos Int*. 2012;23(3):949-955. doi:10.1007/s00198-011-1655-5
- Gökçe Kutsal Y. Osteoporoz. In: Aslan D, Gökçe Kutsal Y, eds. *Güncel Geriatri El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevi; 2017.
- Kokonali D, Özakışit G, Üstün Y. Postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu ile serum lipid düzeyleri arasındaki ilişki. *Jinekoloji- Obstet ve Neonatoloji Tıp Derg*. 2020;17(1):291-295.
- Saraçoğlu F. Menopoz ve hormon replasman tedavisi. *Turkish J Geriatr*. 1998;1(2):76-88.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri. Published 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710>
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017*.; 2018. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Şimşek H, Yılmaz S, Meseri R, Uçku R. Obesity prevalence in the elderly and the association between obesity and cardiovascular risks. *Turk Geriatr Derg*. 2014;17(1):15-22.

- 23) Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerle Yaşlılar, 2015.*; 2016. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>
- 24) Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.*; 2013. doi:10.1002/nme.2013
- 25) Türkiye İstatistik Kurumu. *Türkiye Sağlık Araştırması , 2019.*; 2020. http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1095
- 26) Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.*; 2019. <https://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
- 27) Kaşıkçı M, Kiliç D, Avşar G, Şirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(2):217-223. doi:10.1016/j.archger.2015.06.008
- 28) Biyik I, Kucuk B, Arpacı HF, Demirci H. Factors affecting doctor visits of postmenopausal women with urinary incontinence. *LUTS Low Urin Tract Symptoms.* 2019;11(4):200-205. doi:10.1111/luts.12261
- 29) Güvenç G, Kocaöz S, Kök G. Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(6):649-659. doi:10.1111/ijn.12495
- 30) Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *Int Urogynecol J.* 2016;27(6):887-893. doi:10.1007/s00192-015-2904-5
- 31) Demir O, Sen V, Irer B, Bozkurt O, Esen A. Prevalence and possible risk factors for urinary incontinence: A cohort study in the city of Izmir. *Urol Int.* 2017;99(1):84-90. doi:10.1159/000466705
- 32) Cinar I, Kartal A. Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF Prev Med Bull.* 2008;7(5):399-404.
- 33) Özgür G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bireysel gereksinimlerinin değerlendirilmesi. In: *II. Ulusal Yaşlılık Kongresi.* ; 2003.
- 34) Altıntaş H, Attila S, Sevencan F, et al. Ankara’da bir yaşlı bakım evinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. *TAF Prev Med Bull.* 2006;5(5):332-342.
- 35) Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin AM. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatr Derg.* 2001;12(4):251-259.
- 36) Koç Z, Sağlam Z. Determination of the effects of daily life activities and self-care capacity on depression of the elderly in Northern Turkey. *Acta Clin Croat.* 2019;58(3):516-522. doi:10.20471/acc.2019.58.03.16
- 37) Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *J Pak Med Assoc.* 2015;65(6):642-646.
- 38) Lok N. Elder abuse and neglect in Turkey: A systematic review. *Psikiyatr Guncel Yaklaşımlar - Curr Approaches Psychiatry.* 2014;7(2):1. doi:10.5455/cap.20140714124315
- 39) Erden Ş, Boz H. Elder abuse and neglect in Turkey. *J Ankara Univ Fac Med.* 2018;71(3):100-105. doi:10.4274/atfm.08208
- 40) Dasbas S, Isikhan V. Elder abuse in Turkey and associated risk factors. *J Soc Serv Res.* 2019;45(5):739-749. doi:10.1080/01488376.2018.1511883
- 41) Pak M. The prevalence and associated risk factors of elder abuse among older people applied to the family health center in the rural district of Turkey. *Soc Work Health Care.* 2020;59(4):236-256. doi:10.1080/00981389.2020.1740377



Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Gelişmeler ve Sorun Alanları

26

ÖĞR. GÖR. EZGİ TÜRKÇELİK TÜRKEL • PROF. DR. MELTEM ÇİÇEKLIOĞLU

Sağlıklı olmak en temel insan haklarından biridir ancak bu hakkın tam olarak kullanılabilmesi diğer temel insan haklarının ve insan hakları normlarının yaşama geçirilmesi ile mümkündür. Bu temel insan hakları normlarından en önemlisi toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdır. Uluslararası insan hakları belgelerinde tanımlanmış olan “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olması hakkı” önündeki en büyük engellerden biri toplumsal cinsiyet eşitsizliğidir⁽¹⁾.

Yaşamın en temel alanlarında eğitimde, siyasete katılımı, istihdamda ayrımcılığa uğrayan ve eşitsizliklerle karşılaşan bireylerin sağlık yönünden tam bir iyilik halinde olmaları düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık alanındaki gelişmeler tek başlarına sağlığı en üstü düzeye çıkarmak için yeterli değildir. Sağlığın iyileştirilmesi her alanda toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri dahil tüm eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve tüm bireylerin şiddetten uzak bir yaşam kurmaları için gerekli koşulların sağlanması ile mümkündür.

BM Genel Kurulu'nun 2015 yılında kabul ettiği Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, daha eşit, daha adil bir dünyaya ulaşmamız için önümüzdeki engelleri, sorun alanlarını ve hangi alanlarda değişim için çaba sarf etmemiz gerektiğini ortaya koymaktadır. Belirlenen 17 amaçtan biri *sağlıklı ve kaliteli yaşam* iken bir diğeri de *toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması: tüm kadınların ve kız çocuklarının güçlenmesidir*. Diğer 16 amaçtan, 10'unun da alt hedeflerinde toplumsal cinsiyet eşitliği doğrudan ele alınmaktadır. Yoksulluğun azaltılması, sağlıklı ve kaliteli yaşam, nitelikli eğitim, insana yakışır

iş ve ekonomik büyüme gibi amaçlara gerçek anlamda ulaşılması için toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması bir önkoşul olarak görülmektedir⁽²⁾.

Türkiye'de Bazı Temel Alanlarda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri

Dünya Ekonomik Forumu 2006 yılından bu yana her yıl ülkelerin toplumsal cinsiyet eşitliği/eşitsizliğinde durumunu gösteren ve eğitime erişim, ekonomik katılım ve fırsatlar, sağlık, politik güçlenme gibi dört temel alanda ülkeler arası karşılaştırmaya olanak tanıyan raporlar yayımlamaktadır. Dünya Ekonomik Forumu'nun 2020 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Türkiye, toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinde 153 ülke arasında 130.sıradadır. Rapora göre, toplumsal cinsiyet eşitliğine en yakın ülkeler İzlanda, Norveç, Finlandiya ve İsveç iken; en uzak ülkeler Suriye, Pakistan, Irak ve Yemen'dir⁽³⁾.

Eğitim

Türkiye'de yıllar içinde hem kadınlarda hem erkeklerde okuryazarlık artmış ve eğitim alanında cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırmak için önemli adımlar atılmıştır. Ancak halen eğitim alanında toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler devam etmektedir. Eğitim alanındaki eşitsizlikler eşitsizlikler nedeniyle Türkiye, Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'nun Eğitim endeksinde 153 ülke arasında **113.sırada** yer almaktadır⁽⁴⁾.

2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de okuryazar olmayan 2.024.637 kişi vardır ve okuma yazma bilmeyen nüfusun %86’sını kadınlar oluşturmaktadır. Aynı verilere göre, okuma yazma bilen ancak bir okul bitirmeyen nüfusun %75’i kadındır⁽⁴⁾. Bitirilen eğitim düzeyleri incelendiğinde hemen hemen her seviyede kadınlar erkeklerin gerisinde kalmaktadır (Tablo 26.1).

Türkiye’de 2012 yılında eğitim sisteminde önemli bir değişiklik yapılmış ve 6287 sayılı Kanun ile 12 yıllık zorunlu ancak kesintili (“4+4+4”) eğitim uygulamasına geçilmiştir⁽⁵⁾. Bu uygulama ile birlikte ortaöğretim düzeyinde net okullaşma oranlarında artış gözlenmiş, 2012-13 eğitim-öğretim yılında kız çocuklarında net okullaşma oranı %69,3 iken, 2018-19 eğitim yılında %83,9’a yükselmiştir. Erkek çocuklarda ise net okullaşma oranı %84,5 olmuştur⁽⁶⁾. Bu artış önemli olmakla birlikte, Eğitim Reformu Girişimi’nin 2019 yılı Eğitim İzleme Raporu’na göre, ülke genelinde ortaöğretimde net okullaşma oranı cinsiyetler arasında 0,6 yüzde puan iken; Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde fark 3,7 yüzde puan çıkmaktadır⁽⁵⁾. Dolayısıyla, ortaöğretime erişim alanında kız çocukları ve oğlan çocukları arasındaki eşitsizliklerin bölgesel eşitsizliklerle birlikte ele alınması gerekliliği devam etmektedir^(5,7). Ayrıca, zorunlu eğitim süresinin artışı net okullaşma oranlarında artış sağlamış olsa da kesintili bir eğitim uygulamasının varlığı, bölgeler arasındaki ve toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerin sürmesine yol açmakta; okul bırakma sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

Türkiye’de, 25 ve daha yukarı yaşta olup en az bir eğitim düzeyini tamamlayanların ve en az

üniversite mezunu olanların oranları yıllar içinde artmakla birlikte cinsiyet farkının belirgin şekilde devam ettiği görülmektedir. 2013 yılında, en az bir eğitim düzeyini tamamlayanların oranı kadınlarda %80,9, erkeklerde %93,9 iken bu oran, 2019 yılında sırasıyla %85,8 ve %96,3 olmuştur. 2013 yılında en az üniversite mezunu olan kadınların oranı %12,3 iken, erkeklerin oranı %17,5’tir. Bu oran 2019 yılında artarak kadınlarda %18,5 erkeklerde ise %23 olmuştur⁽⁶⁾.

Yükseköğrenim düzeyinde bilim, teknoloji, mühendislik ve matematik alanlarından mezun olanların cinsiyete göre dağılımı da önemli bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergesidir. Özellikle “erkek alanları” olarak görülen ve kadınlara “uygun” bulunmayan bu alanlarda erkekler kadınlardan çok daha yüksek oranda temsil edilmeye devam etmektedir. 2017-2018 Yüksek Öğretim İstatistiklerine göre, bilim, teknoloji, mühendislik ve matematik alanlarından mezun olanların %65,6’sı erkektir⁽⁶⁾.

2018 TNSA sonuçlarına göre, Türkiye’de 6 yaş ve üstü kadınların %25’i, erkeklerin ise %14’ü hiç okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiştir. Kadınların %15’i, erkeklerin %21’i ortaokulu tamamlamıştır. Ayrıca, kadınların %26’sı; erkeklerin %33’ü lise ve üzeri düzeyde eğitim almıştır. Her iki cinsiyet için de kentsel alanlarda kırsal alanlara göre eğitim düzeyi daha yüksek bulunmuştur. 2018 TNSA bulguları, 2013 sonuçları ile karşılaştırıldığında hem kadınlarda hem de erkeklerde ilkokulu tamamlamamış olanların oranlarının düştüğü ve lise ve üzeri düzeyde eğitim alanların oranlarının ise arttığı görülmektedir ancak kadınlar ve erkekler arasındaki eğitim açığı devam etmektedir^(8,9).

Tablo 26.1 Cinsiyete göre okuma-yazma durumu ve eğitim düzeyi (15+ yaş), 2019 Türkiye

Bitirilen eğitim düzeyi	Toplam	Erkek	Kadın
Okuma yazma bilmeyen	2.024.637	286.412	1.738.225
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	2.624.133	653.754	1.970.379
İlkokul mezunu	12.513.837	5.081.441	7.432.396
İlköğretim mezunu	5.678.694	3.240.303	2.438.391
Ortaokul veya dengi okul mezunu	12.327.461	6.840.475	5.486.986
Lise veya dengi okul mezunu	15.426.019	8.685.165	6.740.854
Yüksekokul veya fakülte mezunu	10.257.791	5.455.508	4.802.283
Yüksek lisans mezunu	1.083.331	605.912	477.419
Doktora mezunu	211.581	124.960	86.621
Bilinmeyen	542.163	254.310	287.853
Toplam	62.689.647	31.228.240	31.461.407

Eğitim-öğretime kadınların ve erkeklerin eşit oranda katılımlarının sağlanmasının ve var olan uçurumların giderilmesinin yanında, toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısının okul ve sınıf ortamında geliştirilmesi de eğitim alanında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için çok önemlidir. Nasıl bir eğitim alındığı (ders içeriğinin, kitaplarının ve öğretmenlerinin eşitlikçi ve demokratik değerleri temel alması vb.) ve eğitimin nasıl bir ortamda verildiği de eşitliğin sağlanmasında oldukça önemlidir. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından bu amaçla bazı projeler gerçekleştirilmiştir. 2014-2016 yılları arasında uygulanan Eğitimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi Projesi (ETCEP) ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Duyarlı Okul Standartlarının Yaygınlaştırılması Projesi bu amaçla yapılmış projelerdir^(10,11). Ancak, 2018 yılında toplumsal cinsiyet eşitliği kavramının bazı çevreler tarafından hedef gösterilmesi ve sonrasında hükümet tarafından da toplumsal değerlere uygun olmadığı gerekçesiyle Milli Eğitim Bakanlığı tarafından konuyla ilgili devam eden projeler sonlandırılmıştır. Aynı dönemde, Yükseköğretim kurumlarında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve cinsel taciz ve saldırıların önlenmesi ile ilgili yapılan çalışmalar konusunda da geri adım atılmış YÖK tarafından üniversitelerde uygulanmak üzere hazırlanmış olan Toplumsal Cinsiyet Tutum Belgesi YÖK web-sayfasından kaldırılmıştır⁽¹⁰⁾.

İstihdam

Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Endeksi'ne göre Türkiye'nin en düşük sıralaması *Ekonomik Katılım ve Fırsatlar* alanındadır. Türkiye, bu alanda kadınların işgücüne katılım ve istihdam oranlarının düşüklüğü nedeniyle 153 ülke arasında 136. sırada bulunmaktadır⁽³⁾. Yıllar içinde Türkiye'de kadınların işgücüne katılım oranları artmakla birlikte bu artışın oldukça sınırlı düzeyde kaldığı görülmektedir. TÜİK verilerine göre, 2014 yılında %30,3 olan kadınların işgücüne katılım oranı, 2019 yılında %34,4'e yükselmiştir. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %71,3 ve %72'dir. İstihdam oranları incelendiğinde ise çok daha düşük oranlarla karşılaşmaktadır. 2019 yılı verilerine göre erkeklerde istihdam oranı %63,1 iken, kadınlarda %28,7'dir⁽¹²⁾. İşgücüne katılım oranları, AB-28 ülkeleri ile karşılaştırıldığında en düşük işgücüne katılım oranına sahip İtalya'dan (%40,8) çok daha düşük bir orana sahip olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri arasında ise en düşük işgücüne katılım oranına sahip ülke Türkiye'dir⁽¹³⁾.

İşgücüne dahil olmayan kadın nüfusun %55,7'si işgücünden uzak kalma nedenleri olarak *ev işleriyle meşgul* olmayı göstermektedir⁽¹²⁾. Ev işleri ve varsa çocukların bakımı, yine varsa hasta, yaşlı ve engelli bireylerin bakımı aile içinde kadınların sorumluluğu olarak görülür ve kadınlar bu işleri ücretsiz olarak yaparlar. Toplumların ve ailelerin devamlılığı kar-

Tablo 26.2 15 ve Üzeri Yaştaki Nüfusun Yıllar ve Cinsiyete göre İşgücü Durumu

Yıllar	Erkek			Kadın		
	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)
2010	25.801	18.257	70,8	26.740	7.383	27,6
2011	26.320	18.867	71,7	27.273	7.859	28,8
2012	26.951	19.147	71,0	27.773	8.192	29,5
2013	27.411	19.597	71,5	28.197	8.674	30,8
2014	28.145	20.057	71,3	28.841	8.729	30,3
2015	28.573	20.453	71,6	29.281	9.225	31,5
2016	29.031	20.899	72,0	29.689	9.637	32,5
2017	29.649	21.484	72,5	30.244	10.159	33,6
2018	30.007	21.801	72,7	30.647	10.473	34,2
2019	30.372	21.863	72,0	31.097	10.686	34,4

Kaynak: TÜİK, Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri, İşgücü 2019

şılıksız olarak yapılan ev ve bakım işlerine dayalı olmasına rağmen bu işlerin yarattığı ekonomik değer de dikkate alınmaz⁽¹⁴⁾. Ancak kadınlar ücretli iş piyasasında çalışınlar ya da çalışmasınlar emeklerinin ve zamanlarının büyük bir çoğunluğunu bu karşılıksız işlere ayırmak durumunda kalmaktadır.

TÜİK tarafından yapılan 2014-2015 yılı Zaman Kullanım Araştırması verilerine göre, erkekler günde 53 dakikayı söz konusu bakım işlerine ayırırken, kadınlar bu tür işlere 4 saat 35 dakika ayırmaktadır. Ayrıca işgücü piyasasında çalışan kadınlarda bu tür işlere ayrılan zamanın 3 saat 31 dakika, erkeklerde sadece 46 dakika olması, işgücü piyasasına katılımın da bu tür işlere ayrılan zamanın kadınlar ve erkekler arasında eşit paylaşımını sağlamadığını göstermektedir^(14,15).

Kadınlar, ücretsiz bakım ve ev işleri nedeniyle işgücü piyasasına daha düşük düzeyde katılmanın yanı sıra yine bu işler nedeniyle işgücü piyasasında daha yüksek oranda geçici ve kayıt dışı işlerde çalışmak durumunda kalmaktadırlar⁽¹⁴⁾. TÜİK 2019 yılı işgücü istatistiklerine göre, kayıt dışı istihdam erkeklerde %30,9 ve kadınlarda %42,2'dir ve kayıtdışı ve güvencesiz çalışma kadınlar için önemli bir sorun alanı olmayı sürdürmektedir⁽¹⁶⁾. Tarım sektörü incelendiğinde kayıt dışı oranlarının ciddi biçimde arttığı görülmektedir. Tarım sektöründe kayıt dışı çalışma erkeklerde %79,5; kadınlarda %95,7 iken tarım-dışı sektörlerde erkeklerde %22,4; kadınlarda %24,2'ye düşmektedir.

İstihdamda yer alan kadınların önemli sorunlarından biri de ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktır. Kadınların %22,9'u herhangi bir ücret almadan aile işletmelerinde işçi olarak çalışmaktadır, erkeklerde bu oran %4,5'tir. Ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların oranı yıllar içinde azalmakla birlikte (2014 yılında ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların oranı %29,5'tir) halen oldukça yüksektir⁽¹⁶⁾.

İstihdam içinde yer alan kadınlar sektörel ayrışmadan ve yine aynı sektör içinde yatay ve dikey ayrışmadan etkilenmektedir. Bazı meslekler, özel-

likle daha bol kazançlı, daha güvenli ve düzenli işler, "erkek meslekleri" olarak görülmeği sürdürürken; bazı meslekler de "kadın meslekleri" olarak görülmekte ve kadınların bu mesleklerde yığıldıkları görülmektedir. Bunun yanında, kadınların buldukları meslekte yükselememe ve yönetici pozisyonlara getirilmeme gibi sorunlarla karşılaştığı da bilinmektedir. TÜİK verilerine göre, yönetici pozisyonlardaki kadınların oranı 2014'te 13,4 iken, 2019'da ancak %16,2'ye yükselebilmıştır⁽¹⁷⁾.

İstihdam alanında bir diğer toplumsal cinsiyet eşitsizliği göstergesi kadınların ve erkeklerin kazançları arasındaki uçurumdur. TÜİK, Kazanç Yapısı Araştırması 2018 sonuçlarına göre, cinsiyete dayalı ücret farkı; %28,8 ile meslek lisesi mezunu erkekler ve kadınlar arasında en yüksek düzeyde görülürken, en az fark %14,3 ile lise mezunu erkekler ve kadınlar arasında bulunmuştur⁽¹⁸⁾.

Siyasete ve Karar Alma Mekanizmalarına Katılım

Kadınlar daha önceki yıllarda olduğu gibi ulusal parlamento ve yerel yönetim düzeyinde oldukça düşük oranlarda temsil edilmeye devam etmektedir. 2011 yılından bu yana yapılan milletvekili seçimlerindeki kadın temsil oranları %14,4 ile %17,3 arasında değişmektedir (Tablo 26.3). 2019 yılı sonu itibarıyla ise meclisteki 589 milletvekilinden 102'si kadındır (%17,3). Görevde bulunan 16 bakandan ise sadece 2'si kadındır⁽¹⁹⁾.

Ulusal parlamentoda kadın temsil oranının Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında oldukça düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. AB-28 ülkelerinin ulusal parlamentoda kadın temsil oranı ortalaması %42,6'dır⁽²⁰⁾. AB ülkeleri ve aday ülkeler arasında en düşük politik temsil oranı Türkiye'dedir. Düşük ulusal ve yerel temsil düzeyleriyle, Türkiye Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre Politik güçlenme endeksinde 109. sırada yer almaktadır⁽³⁾.

Tablo 26.3 Seçim yıllarına göre parlamentodaki kadın milletvekili sayısı

Seçim yılı	Parlamentodaki milletvekili sayısı	Kadın milletvekili Sayısı	Toplam içindeki pay (%)
2011	550	79	14,4
2015 (07.06)	550	98	17,8
2015 (01.11)	550	81	14,7
2018	600	104	17,3

Ulusal parlamentodaki düşük oranların yanında, yerel yönetimlerde kadınların çok daha düşük temsil oranlarının olduğu dikkat çekmektedir. 30 Mart 2014 yerel seçimlerinde 40 kadın belediye başkanı seçilmiştir. Ancak 2016 yılından itibaren yapılan kayyum atamaları sonucunda kadın belediye başkanlarının görev yaptığı bazı belediyelere kayyum atanmasıyla birlikte 2019 yılı başında kadın belediye başkanı sayısı 16'ya düşmüştür⁽²¹⁾.

31 Mart 2019 tarihinde yapılmış olan mahalli idareler seçimlerinde aday olan 8257 belediye başkan adayından ise sadece 652'si kadın adaylar olmuş (%7,89) ve seçim sonucunda 42 kadın belediye başkanı (%3,02) seçilmiştir. Mahalli seçimlerdeki kadın temsiline ilişkin diğer sayılar **Tablo 26.4**'te verilmiştir⁽²²⁾.

Tablo 26.4 31 Mart 2019 Tarihli Mahalli İdareler Seçim Sonuçları

	Erkek	Kadın	Toplam
Belediye Başkanı Sayısı	1.347	42	1.389
Büyükşehir Belediye Başkanı Sayısı	27	3	30
Belediye Meclis Üye sayısı	18.462	2.283	20.745
İl Genel Meclis Üye sayısı	1.224	48	1.272
Muhtar	49.066	1.071	50.137

Kaynak: Kadın Adayları Destekleme Derneği, 2020

Kadınlara Yönelik Şiddet

İnsan hakları ihlali ve kadınlara karşı ayrımcılık biçimlerinden biri olan kadına yönelik şiddet, Türkiye'de güncelliğini koruyan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlar sadece ülkemizde değil dünyanın birçok yerinde başta evde olmak üzere kamusal ve özel alanda şiddete uğramaktadır. Kadınların karşılaştıkları şiddetin ne giyeceğine karar verilmesinden, tecavüze ve ölüme kadar varan yakıcı biçimleri olmaktadır⁽²³⁾. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1993 yılında yayınlanan Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildirisi'nde fiziksel, cinsel, psikolojik, ekonomik ve sözlü istismar ile namus cinayetleri, tecavüz, cinsel taciz, gıda kaynaklarından yoksun bırakma, sağlık hizmetlerine erişimin sınırlandırılması ve kız çocuklarının cinsel istismarı gibi birçok konu kadınlara yönelik şiddet kapsamında değerlendirilmiştir⁽²⁴⁾.

Kadınlara yönelik şiddet konusu Türkiye'de 80'li yıllarda feminist hareketin kadınların cinsiyetleri nedeniyle yaşadıkları baskılara karşı politik

itirazlarını dile getirmeleriyle gündeme gelmiştir. İstanbul'da 1987'de gerçekleştirilen "Dayağa Hayır Yürüyüşü" Türkiye'de şiddetle mücadelenin örgütlü başlangıcı olmuştur⁽²⁵⁾. Kadın hareketinin başlattığı bu süreç Türkiye'nin uluslararası alanda kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında kabul edilen pek çok anlaşma ve bildiriye taraf olmasının yanı sıra Türkiye'de konuyla ilgili ulusal yasaların değişmesini de sağlamıştır. Türkiye 1985 yılında, "Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"(CEDAW)'ni imzalayarak devletin bu alandaki sorumluluğunu kabul etmiştir. Kadınların aile içinde eşleri tarafından maruz kaldıkları şiddet biçimleri de devletin müdahale etmesi gereken bir alan olarak tanımlanmıştır⁽²⁶⁾. Türkiye 1994 yılında Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı kararlarını (ICPD; International Conference on Population and Development) imzalayarak, kadınların kendi bedenleri hakkında karar alma hakkına sahip olduklarını, 1995'te Pekin'de yapılan "IV. Dünya Kadın Konferansı" kararlarını onaylayarak da kadınlara yönelik şiddetin önlenmesine yönelik mücadeleyi desteklemiştir. Bu süreçlerin devamında aile içinde şiddetin önlenmesi için tedbirlerin alınmasına ilişkin özel bir kanun olan 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun 1998 yılında kabul edilmiştir⁽²⁷⁾. Bu kanun yerini 2012 yılında yürürlüğe giren, kadınlara yönelik şiddeti ve aile içi şiddeti önlemek amacıyla Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan İstanbul Sözleşmesi'ne dayanılarak hazırlanan 6284 sayılı kanuna bırakmıştır. 6284 sayılı kanun ile şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amaçlanmıştır. İstanbul Sözleşmesi, aile içi şiddeti "aile içerisinde veya hanede veya mağdur failler aynı evi paylaşırsa da paylaşmasa da eski veya şimdiki eşler veya partnerler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet eylemi" biçiminde tanımlayarak şiddetin kapsamını genişletmiştir. Ayrıca, ısrarlı takip ve zorla evlendirme gibi şiddet biçimlerine ilişkin detaylı tanımlar da sözleşmede yer almaktadır⁽²⁴⁾.

Ulusal ölçekte gerçekleştirilen Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırma sonuçları 2008 ile 2014 yılları arasında evlenmiş kadınlar arasında yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalınan fiziksel ve/veya cinsel şiddet ile duygusal istismar düzeyinde önemli ölçüde değişiklik olmadığını göstermek-

tedir. Bu süreçte duygusal istismara maruz kalmış kadınlarının oranı hiç değişmemiş, fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların oranı %39'dan %36'ya, cinsel şiddet oranı ise %15'ten %12'ye değişmiştir. Kadına Yönelik Şiddet 2014 Araştırması'nda Türkiye genelinde, son 12 ayda eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmış kadınların oranı %8 olduğu saptanmıştır. Kadınların maruz kaldığı fiziksel şiddetin hem yaşamın herhangi bir döneminde (%43), hem de son 12 ayda (%11) en fazla belirtildiği bölge Orta Anadolu'dur. Erken yaşta evlenen kadınların yarısı fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalırken, 18 yaşından sonra evlenen kadınlarda bu oran üçte bire inmektedir. Ayrıca fiziksel şiddet, her 10 kadından birinde gebelik sırasında da devam etmektedir. Türkiye genelinde hakkında ilk kez bilgi toplanan ısrarlı takip, her 10 kadından neredeyse üçünün en az bir kez maruz kaldığı şiddet biçimidir⁽²⁴⁾.

Kadınlar ev içindeki şiddetle bu kadar yaygın karşılaşmalarına rağmen şiddet ile yalnız mücadele etmektedirler. Şiddete maruz kalan kadınların %44'ü şiddetten kimseye bahsetmediğini belirtirken ancak %11'i kurumsal başvuruda bulunduğunu belirtmiştir⁽²⁴⁾. Bunun en önemli nedenlerinden biri ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin çok yaygın olması nedeniyle kadınların cinsiyete dayalı şiddetle baş etme süreçlerinin tümünde kendilerini yalnız hissetmeleridir. Aslında 6284 sayılı kanun kadına yönelik şiddet konusunda kadınlara birçok olanaklar sağlamaktadır, ancak kadınların hem bu kanunla ilgili farkındalıkları yeterli değildir, hem de kanunun uygulanması aşamasında çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunları Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddete Karşı Mücadelede Uzmanlar Grubu (GREVIO) raporu tüm ayrıntılarıyla açıklamaktadır. Bu grup Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nin (İstanbul Sözleşmesi) taraflarca nasıl uygulandığının izlenmesinden sorumlu bağımsız bir insan hakları izleme organıdır⁽²⁸⁾. Sözleşmenin izleme mekanizmasına göre önce taraf devlet sözleşme standartlarına uyumu değerlendiren bir rapor hazırlarken bağımsız kadın kurumları da gölge rapor hazırlar, uzmanlar grubu bu raporlara ek olarak söz konusu alanda çalışan kamu ve sivil toplum kurumları ile görüşmeler yaparak değerlendirmelerini oluşturur. GREVIO Değerlendirme Raporu'nda ülkemizdeki genel politikalarla kadınların toplumdaki rol ve

sorumluluklarına ilişkin ayrımcı kalıp yarguların desteklendiği ve bu politikaların kadın erkek eşitliği üzerindeki etkilerinin düzenli olarak değerlendirilmediği vurgulanmaktadır⁽²⁸⁾. Tanımlanan bu sorun tam da İstanbul Sözleşmesi'nde de vurgulandığı gibi kadınlarla erkekler arasındaki eşitlikçi güç ilişkilerinin hem nedeni hem sonucu olan ve kadınların tam olarak ilerlemesini sınırlayan cinsiyet temelli şiddetin yapısal niteliğinin ülkemiz için geçerliliğini ortaya koymaktadır.

COVID-19 Süreci ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Eşitsizlikler

COVID-19 Pandemi sürecinin toplumsal cinsiyet boyutu birçok uluslararası raporda belirtilmiş ve diğer salgınlarda olduğu gibi bu süreçte toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliklerin derinleşeceğine ve kadınların ev içinde maruz kaldığı şiddetin artacağına yönelik öngörülerde bulunulmuştur^(29,30,31). Uluslararası raporlarda belirtilen etkiler Türkiye'de ağır şekilde deneyimlenmektedir.

Eğitim

COVID-19 kriziyle birlikte Türkiye'de okulların kapatılması ve uzaktan eğitime geçilmesi yaklaşık 20 milyon öğrenciyi ve onların ailelerini etkilemiştir. Uzaktan eğitime geçilmesi bilgi iletişim teknolojilerinin tüm çocuklar için erişilebilir olup olmadığını ve bu alandaki eşitsizlikleri gündeme getirdi. Yoksul, düşük sosyal ekonomik koşullardaki ve kırsal bölgelerde yaşayan çocukların, ayrıca göçmen ve mültecilerin bilgi iletişim teknolojilerine erişimleri ile ilgili sorun yaşamaları ve bunun çocukların eğitimden kopmaya neden olması önemli bir sorun oluşturdu^(32,33).

Bu dönemde, Türkiye'de çocukların ne kadarının yaşadıkları hanelerde televizyon, televizyon yayını, düzenli bir internet ve internete erişecek bir cihaz gibi olanaklara sahip olduğu özellikle eğitimleri için önem kazandı. TÜİK'in 2019 yılı Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre, masaüstü bilgisayar bulunan hane oranı %17,6; taşınabilir bilgisayar bulunan hane oranı %37,9'dur. Tablet bulunan hane oranı %26,7 iken cep telefonu bulunan hanelerin oranı ise %98,7'dir^(32,33,34). İlgili raporlar ayrıca düzenli internet kullanımının önemli bir gösterge olduğuna dikkat çekmektedir. Düzenli internet kullanan bireylerin (16-74 yaş)

Türkiye genelinde oranı %72,7'dir. Bu oranının en yüksek olduğu bölge İstanbul iken (%85,2), en düşük olduğu bölge Ortadoğu Anadolu'dur (%59). Daha sonra sırasıyla Kuzeydoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu gelmektedir. Bölgesel eşitsizliklerin yanında internet kullanımında kadınlar ve erkekler arasında eşitsizliklerin olduğu görülmektedir. Erkeklerde düzenli internet kullanımı %79,1 iken kadınlarda %66,4'tür^(32,33,34). Bu veriler, uzaktan eğitimin var olan eşitsizlikleri artıracığını ve bazı çocukların okuldan kopma veya yaşlılarının gerisinde kalma tehlikesiyle karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Sadece bilgilendirme teknolojilerine erişimin yetersiz olması değil aynı zamanda karantina sırasında kız çocukların ve kadınların hane içi bakım sorumluluklarının artışı da eğitimi ve eğitime ayrılan zamanı ve niteliği etkilemektedir. Uluslararası raporlar, okuldan kopuşun özellikle kız çocukları etkileyeceğini, eğitimdeki toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini artıracığını, ev içi istismar, kız çocukları için erken ve zorla evlenme, erken gebelik risklerini artıracığını vurgulamıştır^(29,33).

İstihdam

Uluslararası Çalışma Örgütü(ILO), COVID-19 kaynaklı krizin yaratacağı etkilerin, işgücü piyasasında cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik kazanımlarda gerilemeye neden olabileceğini belirtmiştir⁽³⁰⁾. Yaşanan kriz, kadın işçileri birçok şekilde etkilemiştir. Öncelikle kadınların büyük bir kısmı krizden ciddi şekilde etkilenen sektörlerde çalışmaktadır. ILO raporuna göre, yarıya yakını kadınların oluşturduğu finans sektörünün ve krizden en çok etkilenen alanların (sanat, eğlence, konaklama ve gıda hizmetleri, toptan ve perakende ticareti gibi) kadınların istihdamı açısından da önemli alanlar olduğu belirtilmektedir. Pandemi sürecinde işten çıkarılmalar artarken çalışanların üzerindeki baskı, esnek çalışma, düşük ücret, uzun mesai saatleri, kayıt dışı ve güvencesiz istihdam biçimlerine zorlamaların da artacağı öngörülmektedir⁽³⁵⁾.

Ev işçisi olarak çalışan kadınlar salgın sırasında alınan önlemlerden olumsuz etkilenmişlerdir. Ev İşçileri Dayanışma Sendikası'nın araştırması, bu süreçte birçok ev işçisi kadın işsiz kalır ve en temel ihtiyaçlarını bile karşılamakta zorlanırken, yatılı olarak çalışan ev işçisi kadınların salgın önlemleri nedeniyle izin haklarını kullanamadan çalışmak zorunda kaldıklarını ve devlet yardımından da faydalanamadıklarını saptamıştır⁽³⁶⁾.

Sağlık sektöründe çalışanların büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Birçok çalışan olası bir enfeksiyonu aile üyelerine geçirme risklerini en aza indirmek için aileleri ile görüşmelerini sınırlandırmış veya kendilerini tamamen tecrit etmek durumunda kalmıştır. Bu koşullardaki pek çok sağlık çalışanı mesleki sorumlulukları ve evdeki ücretsiz bakım emeklerini yerine getirmekte zorlanmıştır⁽³⁷⁾.

Pandemi sırasında artan ev-içi emek ve bakım taleplerinin eşitsiz dağılımı da kadınları olumsuz etkilemiştir. Önlemler kapsamında okulların kapatılması özellikle aileleri ve aile içinde kadınları etkilemiş, çocukların değişen eğitim koşullarına uyumları, derslerini takibi, tüm gün evde olmaları sonucu, bakım yükünün artması, kadınların ev içindeki yüklerini büyük oranda artırmıştır. Ayrıca okul öncesi kurumların da kapatılması, bu yaşta çocuğu olan ebeveynleri özellikle de kadınları etkilemiştir.

Kadınlara Yönelik Şiddet

Kadına yönelik şiddet birden fazla ayrımcılığa maruz kalanlarda ve olağan dışı durumlarda etkisini daha fazla göstermektedir. Tüm dünyayı sosyo-ekonomik açıdan etkilemeye devam eden Covid-19 pandemi süreci kadına ve kız çocuklarına yönelik şiddetin orantısız bir şekilde artmasına neden olmuştur. Pandemi döneminde artan kadına yönelik şiddet olgularına hükümetlerin dikkatini çekmek için Birleşmiş Milletler "COVID-19 Kadınlara Yönelik Şiddetin Sonlandırılması" başlıklı bir raporda Fransa, Singapur, Kıbrıs ve Arjantin'de sokağa çıkma yasakları döneminde ev-içi şiddet ile ilgili şikayetlerin %25-30 oranında arttığı bildirilmektedir. Yine aynı raporda karantina koşulları nedeniyle şiddete uğrayan kadınların desteğe erişimleri ve hizmet almalarında da sorunlar yaşadıkları vurgulanmaktadır⁽³⁸⁾. Sosyo Politik Saha Araştırması Merkezi tarafından Nisan 2020'de Türkiye'nin 28 kentinde 1873 kadına ulaşılarak yapılan çalışmada da pandemi sürecinde kadına yönelik şiddetin ülkemizde de %27,8'lik bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır⁽³⁹⁾.

Kaynaklar

- 1) Akın A, Türkçelik E. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. Ankara: CEİD Yayınları, 2018. <http://www.ceidizleme.org/medya/dosya/93.pdf>

- 2) United Nations Development Program(UNDP). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları <http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>
- 3) World Economic Forum(WEF). Global Gender Gap Report 2020. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf
- 4) TÜİK, Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı 2008-2019. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018
- 5) Eğitim Reformu Girişimi (ERG). Öğrenciler ve Eğitim Erişim. Eğitim İzleme Raporu 2019
- 6) TÜİK, Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri, Eğitim, 2019. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- 7) Eğitim Reformu Girişimi (ERG). Eğitim İzleme Bülteni. <https://www.egitimreformugirisimi.org/wp-content/uploads/2010/01/E%27C4%9Fitim-%27C4%B0zleme-B%27C3%BCIten-E%27C4%9Fitimin-%27C4%B0%27C3%A7eri%27C4%9Fi-E-%27C4%9Fitime-Eri%27C5%9Fim-.html>
- 8) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 9) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 10) Eğitim Reformu Girişimi (ERG) (2019). Eğitimin İçeriği. Eğitim İzleme Raporu 2019.
- 11) Göğüş Tan, M. Eğitimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. Ankara: CEİD Yayınları, 2018. <http://www.ceidizleme.org/medya/dosya/87.pdf>
- 12) TÜİK, Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri 2019, İşgücü. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- 13) TÜİK, Uluslararası Seçilmiş Göstergeler, İşgücü Piyasası, 2019.
- 14) Toksöz G, Memiş E. İstihdamda Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. Ankara: CEİD Yayınları, 2018. <http://www.ceidizleme.org/medya/dosya/88.pdf>
- 15) TÜİK, Zaman Kullanım Araştırması, 2014-2015. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1009
- 16) TÜİK, İşgücü İstatistikleri, 2019. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007
- 17) TÜİK, Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri, Seçilmiş Meslekler, 2019. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- 18) TÜİK. İstatistiklerle Kadın, 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33732>
- 19) TÜİK Toplumsal Yapı ve Cinsiyet İstatistikleri, Siyasal Yaşam http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- 20) European Institute for Gender Equality(EIGE). Gender Statistics 2019. https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/wmidm_adm_nat_wmid_natadmin
- 21) Kaşıkırık A, Dokuzcan H, Akpınar İE ve Karaoğlu N. 2019 Yerel Seçimlerine Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Perspektifinden Bakmak. İstanbul: Kadın Adayları Destekleme Derneği Yayınları (KADER), 2020. http://ka-der.org.tr/wp-content/uploads/2020/01/KA.DER_Sivil-Dusun_Kitapcik.pdf
- 22) Kadın Adayları Destekleme Derneği. Haber Bülteni 2020 <http://ka-der.org.tr/bugun-turkiyede-kadınların-yerel-yonetimlere-secme-ve-secilme-haklarını-kazanmasınınin-90-yil-donumu/>
- 23) Davas A, Beliner AS, Uysal A, 2012 Kadına Yönelik Şiddet, Geniş Ufuklar Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Editör; Çiçeklioğlu M. Ege Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir.
- 24) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014. Ankara
- 25) Binbir S. 2012 Kadın Erkek Eşitliğini Sağlamaya Yönelik Hukuksal Süreç, Geniş Ufuklar Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Editör; Çiçeklioğlu M.,Ege Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir.
- 26) Özçelik Kale F, (2017) Kadınlara Karşı Her Biçimiyle Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi’nin Usule ve Esasa İlişkin Düzenlemeleri ve Türk Anayasa Hukuku’na Yansımaları, Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, Sayı:8; 317-40 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/271261>
- 27) Özpınar S.2018 Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ve Kadın Sağlığı, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı Editörler; Akın A, Özpınar S, Nobel Akademik Yayıncılık
- 28) Avrupa Konseyi 2018 Kadına Yönelik ve Aile İçi Şiddete Karşı Mücadelede Uzmanlar Grubu (GREVIO) Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi’nin Hükümlerinin Hayata Geçirilmesini Sağlayan Yasal ve Diğer Tedbirlere İlişki Değerlendirme Raporu TÜRKİYE, Strasburg.
- 29) UNFPA. Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19 Teknik Bilgi Notu, 2020. https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note_Turkish.pdf
- 30) International Labor Organization. ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work, 5th edition, 2020. https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_749399/lang-en/index.htm
- 31) UNWomen. The Shadow Pandemic: Violence against Women and Girls and COVID-19. <https://data.unwomen.org/resources/focus-violence>
- 32) Eğitim Reformu Girişimi (ERG). Türkiye’de Koronavirüsün Eğitime Etkileri – IV | Dijital uçurum uzaktan eğitimi nasıl etkiliyor? <https://www.egitimreformugirisimi.org/koronavirusun-egitime-etkileri-iv-dijital-ucurum-uzaktan-egitimi-nasil-etkiliyor/>
- 33) Göğüş Tan M. COVID-19: Pandemi-Eğitim-Toplumsal Cinsiyet. KEFA Bilgi Notları, 2020. <http://www.keig.org/covid-19-pandemi-egitim-toplumsal-cinsiyet/>
- 34) TÜİK, Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2019. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028
- 35) Erdoğan S. COVID-19 Krizi ve Kadın İstihdamı ve İşsizliği. KEFA Bilgi Notları, 2020.
- 36) Ev İşçileri Dayanışma Sendikası. Covid 19 Raporu: *Peki ya en alttakiler...*2020. <http://www.evid-sen.org/2020/04/23/evid-sen-covid-19-raporu-peki-en-alttakiler/>
- 37) OECD. Women at the core of the fight against COVID-19, 2020. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>
- 38) UNWomen COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls, 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>
- 39) Sosyo Politik Saha Araştırması Merkezi. Covid-19 Karantinasından Kadının Etkilenimi ile Kadın ve Çocuğa Yönelik Şiddet İlişkin Türkiye Araştırması Raporu, 2020. <https://sahamerkezi.org/covid-19-karantinasından-kadının-etkilenimi-ile-kadın-ve-cocuga-yonelik-siddete-iliskin-turkiye-arastirma-raporu/>

DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ • PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY

Organizmanın dışında bulunan her şey çevre olarak tanımlanır. Doğal ya da yapay olabileceği gibi, çevrede bulunan ve onu etkileyen her şey çevrenin bir ögesi olarak kabul edilir⁽¹⁾.

Artan nüfusla birlikte gelişen çarpık kentleşme, hava, su ve toprak gibi doğal kaynakların bilinçsiz kullanımı, tarımsal, kentsel ve endüstriyel atıklarla çeşitli kimyasalların çevreye salınması insan sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Çevresel kirleticiler temas, beslenme ve solunum yollarıyla insan vücuduna geçerler. Çevresel kirleticiler, biyolojik özellikleri nedeniyle kadınları, çocukları ve adolesanları daha fazla etkilemektedir^(2,3). İklim değişikliğinin yol açtığı sel, toprak kayması ve kuraklık gibi unsurların en çok kadınları ve kız çocuklarını olumsuz etkilediği, iklim değişikliği nedeni ile kaybedilen ekosistemlerin özellikle bu gruplar üzerinde hastalık ve ölümlere yolaçtığı görülmektedir.

Yazıda çevre politikalarında kadının yeri ve kadın üreme sağlığına etkili olan endokrin bozucu çevresel kirleticileri tartışmak amaçlanmıştır.

Çevre Politikaları ve Kadın

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW), Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, Gündem 21, Hyogo Eylem Çerçevesi, Rio+20 Sonuç Belgesi, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları, Paris Anlaşması ve Kyoto Protokolü başta olmak üzere pek çok uluslararası sözleşmede sürdürülebilir kalkınmanın vazgeçilmez koşulunun çevreye duyarlı politikalar

olduğu, bu politikaların oluşturulması ve uygulanmasında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması gerektiği vurgusu görülmektedir⁽⁴⁾. Devletlere sürdürülebilir kalkınma için çevre kirliliğinden daha çok etkilenen çocuklar, kadınlar ve adolesanlar için sağlıklı çevre oluşturmaları, politikalarını buna göre belirlemeleri önerilmektedir.

Kadınlar, doğal kaynaklar ve çevrenin yönetimi, korunması ve iyileştirilmesine ilişkin karar alma ve politika oluşturma süreçlerinin hiçbir düzeyinde yeterince yer almamaktadır.

Pekin Eylem Platformu Raporunda hem kırsal hem de kentsel alanlardaki çevresel bozulmanın, başta kız çocukları ve her yaşta kadınlar olmak üzere nüfusun yaşam standardını, refahını ve sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Kadınların sürdürülebilir kalkınma sürecine katılmalarını artırmak için kırsalda yaşayan kadınlara özel önem verilmesi eğitime, toprağa, doğal kaynaklara, üretim kaynaklarına, krediye, kalkınma programlarına ve kooperatiflere ulaşmalarının sağlanması önerilmektedir.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Sürdürülebilir Kalkınma Raporu, özellikle gıda güvenliği, yeşil ekonomi, çevre dostu üretim ve tüketim, tarım alanlarının verimli ve doğru kullanımı, üreme sağlığı ve nüfus alanlarında sürdürülebilir kalkınma için kadınların ilgili politikalara katılımının önemini vurgulamaktadır. Bunun sağlanabilmesi için çevre politikaları bağlamında kadınlara özel bütçe ayrılmasının, ilgili eğitimlerin verilmesinin, özellikle su güvenliği ve kullanımı, alternatif elektrik üretim yöntemleri ve hijyen konularında değişik tekno-

lojilere yatırım yapılarak bu teknolojilerin birincil kullanıcıları olan kadınların bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir⁽⁴⁾. “Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları- 2030” kalkınmada toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamanın ve kadınlar ile kız çocuklarının güçlendirilmelerinin önemini vurgulamaktadır. On yedi hedeften iki tanesinde (Hedef 5 ve 13) toplumsal cinsiyet eşitliği ve iklim değişikliğinin etkileri ile mücadelede kadınların katılımını artırmaya yönelik yapılacaklar tanımlanmıştır^(3,5,6).

Kadın ve çevre konusundaki belgeler kadının kalkınmaya katılımını çevreye duyarlı üretim ve tüketim olarak tanımlamaktadır. Üretimde daha çok tarımsal kalkınmada, temiz enerji üretiminde kadının rol alması üzerinde durulurken, tüketimde de çevre bilinci konusunda yapılacak eğitimlerle kadının çevreye duyarlı tüketici olması öngörülmektedir. Ülkemizde de uluslararası belgelere uygun olarak çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde Onbirinci Kalkınma Planı Kadının Kalkınmadaki Rolü Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda çevre ayrı bir başlık olarak ele alınmıştır. Onbirinci plan hedeflerinde; kadınların ve kadın sivil toplum örgütlerinin çevre kirliliği, kimyasallar ve zehirli atıklar konusunda paydaş olarak kabul edilerek farkındalığının artırılması, ilgili kamu kurum ve kuruluşları içerisinde bu konuda toplumsal cinsiyete duyarlı hizmet sunumu konusunda kapasite geliştirme çalışmaları yapılması öngörülmektedir⁽⁴⁾.

Endokrin Bozucular Ve Üreme Sağlığı

Endokrin Bozucular Kimyasallar(EBK); endokrin sistemin gelişimi ve fonksiyonunu değiştiren, hormonların üretim, salınım, bağlanma, taşınma, aktivite, yıkım ve vücuttan atılmaları üzerine etki eden ekzojen madde veya madde karışımlarıdır. Bu maddeler, doğada doğal olarak bulunabildiği gibi değişik sentetik ve endüstriyel ürünlerin içerisinde de yer alabilmektedirler. Endokrin sistem, vücudun biyolojik ve fizyolojik fonksiyonları için çok kritik roldedir ve endokrin sistemin herhangi bir bölümündeki bozukluklar hastalığa ve hatta ölüme yol açar. EBK, üreme sisteminin gelişimi, fizyolojisi ve patolojileri üzerine belirgin etkisi vardır. EBK’lar evde, ofiste, çiftlikte, soluduğumuz havada, yediğimiz yiyeceklerde ve içtiğimiz suda bulunur. Yüzbinlerce üretilen kimyasaldan, yaklaşık 1000

tanesi endokrin etkili özelliklere sahiptir. Yapılan ölçümlerde vücut sıvıları ve dokularda EBK’lar saptanmıştır. EBK’lar günlük yaşamda çevremizde çok yaygın olarak kullanılır (Tablo 27.1)⁽⁷⁾.

Tablo 27.1 Bilinen Bazı Endokrin Bozucular ve Kullanım Alanları⁽⁷⁾.

Kullanım alanı	Endokrin Bozucu Kimyasal örnekleri
Pestisidler (böcek öldürücüler)	DDT, klorpirifos, atrazin, 2,4-D, glifosat
Çocuk ürünleri (oyuncak)	Kurşun, fitalatlar, kadmiyum
Gıda ile ilişkili ürünler (saklama kapları, plastik mutfak gereçleri, gıda ambalajı)	Bisfenol-A, fitalatları fenol
Kişisel bakım ürünleri (şampuan, saç boyası)	Fitalatlar
Antibakteriyeller	Triklozan
Giysi, tekstil ürünleri	Perflorokimyasallar

EBK’lar vücutta hormonları taklit ederek etkili olurlar. İnsan vücudundaki bütün organların çalışmasında endokrin sistem ve hormonların işlevi düşünüldüğünde EBK’ın oluşturacağı etkinin büyüklüğü öngörülebilir. Üreme sistemi üzerine etkili EBK ve etki mekanizmaları Tablo 27.2’de verilmiştir.

Tablo 27.2 Endokrin bozucuların üreme sistemi üzerindeki etki mekanizmaları⁽⁸⁾

Östrojen reseptörlerini uyararak etkileyenler Bisfenol A ve B, Dietilstilbestrol, Metoksiklor, Klordekon, Oksifenol, Nonilfenol, Genistein, DDT ve metabolitleri
Androjen reseptörlerini inhibe ederek etki edenler Vinklozin, Flutamid, DDT ve metabolitleri, Metoksiklor, Fenitrotrion, Prosimidion, Linuron
Steroid hormon sentezini inhibe edenler Fitalatlar, Trifenitin, Fenarimol, Fadrozol, Ketokonazol, Finasterid, Endosulfan
Apoptozise neden olanlar Deltametrin, Oksifenol, 1,2-dibromo-3 kloropropan

Tablo 27.2’de verilen etkiler sonucunda üreme sisteminde bazı sorunlar ortaya çıkar. Kadında, genital sistem anomalileri, uterusun gelişmemesi, yumurtalıkta foliküllerin oluşmaması, pubertenin erken ya da geç olması gibi etkiler görülmektedir. Erkeklerde ise hipospadias, inmemiş testis, sperm azlığı gibi pek çok soruna yol açmaktadır (Tablo 27.3).

Tablo 27.3 Endokrin bozulculara bağlı üreme sistemi sorunları^(7,8)

Kadın	Erkek
Kuşkulu genitalya	Kuşkulu genitalya
Hipoplastik ve atrofik uterus	Hipospadias
Yenidoğanda hemorajik over	İnmemiş testis
Ovaryumda folikül atrezisi	Ektopik testis
Uterus ve over ağırlığının artması	Testis atrofisi
Premature telarş	Prostat, vesikula seminalis atrofisi
Erken ve geç puberte	Testis ve prostat ağırlığının azalması
İnfertilite	Seminifer tubül atrofisi
Laktasyon	Erken ve geç puberte
Erken menarş	Sperm azlığı
Meme kanseri	Sperm morfoloji ve hareket bozuklukları
	Jinekomasti
	Leydig ve sertoli hücrelerinde atrofi
	İnfertilite
	Prostat kanseri

Endokrin Bozucu Örnekleri ⁽⁹⁾

Bisfenol A (BFA) ⁽⁹⁾

Plastik üretiminde yaygın bir şekilde kullanılır. Yiyecek ve içecek kaplarının iç yüzey kaplamalarında, besin kapları, su şişeleri, medikal araçlar, bazı diş dolgu macunlarında ve dolgularında, deterjanlarda, sabunlarda, losyonlarda, şampuanlarda, klimalarda, tırnak parlaticılarında ve dayanıklı materyallerden yapılması gereken diğer objelerin üretiminde kullanılmaktadır.

Tüm dünyada bir yılda 3.5 milyon tonun üzerinde BFA üretilmekte ve 100 tondan fazlası da atmosfere verilmektedir. Salınan BFA kalıntıları havada, içme sularında, göllerde, denizlerde, lağımlarda, toprakta, ev tozlarında, gıda maddelerinde, kâğıt paralar başta olmak üzere tüm çevrede yaygın bir şekilde bulunmaktadır. İnsan vücuduna daha çok kontamine olmuş gıda ve içme sularının tüketilmesi ile girmektedir. Yapılan çalışmalar, yetişkinlik döneminde her dozda BFA maruziyetinin ovaryan cevapta IVF ve fertilizasyon başarısında azalma ve embriyo kalitesi, erkek cinsel işlev bozukluğu, sperm kalitesinde düşme, cinsiyet hormon konsantrasyonlarında değişme ve polikistik over sendromu ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca BFA maruziyeti ile endometriyal kanser ve kompleks endometriyal hiperplazi arasında ilişki bulunmuştur.

Anne sütünde nonilfenol(NF) ve Bisfenol A(BFA) varlığını araştıran bir çalışmada; sık balık tüketen ve sıklıkla temizlik ürünü kullanan annelerin

sütlerinde NF düzeyi yüksek bulunurken, süt ve süt ürünleri, yiyecekler ve kışık malzemeler için plastik kap kullanan annelerde BFA düzeyleri yüksek bulunmuştur⁽¹⁰⁾.

Dioxinler⁽¹¹⁾

Et-et ürünleri, süt-süt ürünleri ile deniz ürünleri gibi hayvansal gıdalarda bulunup, insanlara da besin zinciri yoluyla geçerler. Yağ dokusu ve karaciğerde biriktiği ve dışkıyla atıldıkları gösterilmiştir.

Dioksinlerin meme kanseri, prostat kanserine neden olduğu, sperm sayısını azalttığı spermatogenezini durdurduğu ve infertiliteye yol açtığı belirtilmektedir.

Parabenler⁽¹²⁾

Kozmetik ürünlerde yaygın olarak kullanılan parabenlere yönelik yapılan deney hayvanı çalışmalarında; ergenlik döneminde yüksek dozda paraben maruziyetinin, dişilerde menstrüasyon döneminin kısalmasına, erkek ve dişilerde üreme organlarının etkilenmesine ve erkeklerde sperm sayısının ve testosteron salgısının azalmasına sebep olduğu gösterilmiştir. Gebelik döneminde parabenlere maruz kalan gönüllülere ait maternal ve kordon plazma örneklerinde parabenlere rastlanmıştır. Ayrıca, anne sütüne geçebileceği, özellikle göğüs bölgesi için kullanılan kozmetik ürünler ile de bu geçişin artacağı belirtilmektedir.

Fitalatlar ⁽¹²⁾

Plastik malzemelerin üretiminde yumuşatıcı olarak kullanılan fitalatlar, kozmetik ürünlerin ambalajlanmasında, tırnak koruyucu ürünlerde çözücü ve yumuşatıcı olarak kullanılmaktadır. Ambalajdan veya üretim sürecinde ürüne geçişi olabilmektedir. Bu maddelerin oksidatif stres, yağ asidi oksidasyonunun artması, prostaglandin metabolizmasının azalmasına neden olabileceği, gelişimsel bozukluklar, üreme fonksiyonlarında hasarlar ve nörodavranışsal etkileri bilinmektedir. Ergen kadınlarda yapılan bir çalışmada; hergün makyaj yapan kadınların idrarında, nadir yapan veya hiç yapmayan kadınlara göre daha yüksek konsantrasyonlarda monoetil fitalat, metil ve propil parabene rastlanılmıştır.

EARTH çalışması olarak adlandırılan, 2004-2017 yılları arasında infertilite tedavisi için başvuru

ran 18-45 yaş arası 799 kadın ve 18-55 yaş arası 487 erkeğin katıldığı ileriye yönelik araştırmada, idrarında fitalat metabolitleri yüksek olan kadınlarda oosit kalitesinin daha kötü olduğu, gebelik kaybı riskinin yüksek olduğu ve infertilite tedavisi sonrasında daha az canlı doğum yapabildikleri saptanmıştır⁽¹³⁾.

Boyar maddeler⁽¹²⁾

Saç boyalarında yer alan nonilfenollerin östrojenik olabileceği, lipofilik özellikte olmaları nedeniyle adipoz dokuda biriktiği; pek çok organ yanında üreme organlarına da etkisi gösterilmiştir. Çalışmalarda kronik nonilfenol maruziyetinin testis boyutunun ve sperm sayısının azalmasına, dolaşımda testosteron seviyesinin düşmesine, seminifer tübül, lümen ve epitel kalınlığının azalmasına ve testis kanserine neden olabileceği belirtilmektedir.

Hava Kirliliği

2013 yılında Uluslararası Kanser Ajansı dış ortam hava kirliliğini bir bütün olarak, PM kirliliğini de özel olarak “kesin kanserojen” olarak sınıflandırmıştır. Hava kirliliğinin, spermde DNA hasarı, sperm hareketliliği ve sayısında azalmaya yol açarak erkekte kısırlığa neden olabileceği belirtilmektedir. İspanya Barselona’da yapılan bir çalışmada trafik ile ilgili hava kirliliği seviyelerinde artışla birlikte doğurganlık oranlarının azaldığı saptanmıştır. Dış ortam kirliliği düşük doğum ağırlığı ve erken doğuma yol açarak ileride gelişimsel sorunlar ve kronik akciğer hastalıkları gibi önemli halk sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir. Dış ortamdaki hava kirleticilerinin plasenta ve göbek kordon kanı yoluyla fetüse ulaşarak olumsuz etkileyebileceğini gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır⁽¹⁴⁾.

On sekiz epidemiyolojik çalışma ve bir hayvan çalışmasını değerlendirmesinde; solunan havada trafik ile ilişkili PM_{2.5} ve azot dioksit(NO₂) varlığıyla gebelikte hipertansiyon gelişmesi arasında ilişki bulunduğu belirtilmiştir⁽¹⁵⁾.

Sonuç olarak, üreme sağlığı ile çevresel kirleticiler arasında çok yakın bir ilişki bulunmaktadır. Pek çok üreme sağlığı sorununu çözmek için çevre kirliliği ile ilgili alınan kararların uygulanması gereklidir.

Kaynaklar

- 1) Bertan M, Güler Ç. Temel Halk Sağlığı, Ankara. İçinde: Çevre Sağlığı. 1995.
- 2) Neira M, Fletcher E, Brune-Drise MN, Pfeiffer M, Adair-Rohani H, Dora C. Environmental health policies for women’s, children’s and adolescents’ health. Bull World Health Organ [Internet]. 2017;95(8):604–6. Available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/8/16-171736/en/>
- 3) World Health Organization. Environment and health risks : of social inequalities. Office [Internet]. 2010; Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2010/environment-and-health-risks-a-review-of-the-influence-and-effects-of-social-inequalities>
- 4) T:C Kalkınma Bakanlığı. Onbirinci Kalkınma Planı(2019-2023) Kadının Kalkınmadaki Rolü Özel İhtisas Komisyonu Raporu [Internet]. 2018. Available at: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/KadininKalkinmadakiRoluOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf>
- 5) United Nation. Climate Change, What is the connection and why is gender and climate change important? [Internet]. Available at: http://unfccc.int/gender_and_climate_change/items/7516.php
- 6) UNWOMEN. Gender Equality and Sustainable Development Report [Internet]. 2014. Available at: http://www.unwomen.org/-/%0A/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2014/unwomen_surveyreport_advance_16oct.pdf?la=en&vs=2710
- 7) Gore AC, Crews D, Doan LL, La Merrill M, Patisaul H, Zota A. INTRODUCTION TO ENDOCRINE DISRUPTING CHEMICALS (EDCs) A GUIDE FOR PUBLIC INTEREST ORGANIZATIONS AND POLICY-MAKERS [Internet]. 2014. Available at: <https://www.endocrine.org/-/media/endsociety/files/advocacy-and-outreach/important-documents/introduction-to-endocrine-disrupting-chemicals.pdf>
- 8) Yeşilkaya E. Endokrin Bozucular. Güncel Pediatr [Internet]. 2008;6:76–82. Available at: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/905304>
- 9) Sözlü S, Akdevelioğlu Y, Üniversitesi G, Bilimleri Fakültesi S, ve Diyetetik Bölümü B. Derleme Bisfenol A (BFA) ve insan üreme sağlığı. C. 11, Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2018.
- 10) Şişe Şengül. ANNE SÜTÜNDE NONİLFENOL VE BİSFE-NOL A DÜZEYLERİNİN BELİRLENMES. Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2011.
- 11) Arslan Ateşşahin D. DIOXINS; RESOURCES, TRANSITION WAYS TO FOODS AND EFFECTS ON HUMAN HEALTH. E-journal New World Sci Acad. 01 Kasım 2019;14(4):58–65.
- 12) KARAMAN EF, ÖZDEN S. Toxicity of Cosmetic Products: Endocrine Disruptor Chemicals. J Lit Pharm Sci. 2019;8(2):138–46.
- 13) Messerlian C, Williams PL, Ford JB, Chavarro JE, Mínguez-A-larcón L, Dadd R, vd. The Environment and Reproductive Health (EARTH) Study: a prospective preconception cohort. Hum Reprod Open [Internet]. 2018;2018(2):1–11. Available at: <https://academic.oup.com/hropen/article/2018/2/hoy001/4877108>
- 14) Temiz Hava Hakkı Platformu. Kara rapor [Internet]. 2020. Available at: <https://www.temizhavahakki.com/kara-rapor/>
- 15) NTP Monograph on the Systematic Review of Traffic-related Air Pollution and Hypertensive Disorders of Pregnancy. NTP Monogr Syst Rev Traffic-related Air Pollut Hypertens Disord Pregnancy [Internet]. 2020;(December). Available at: https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/ohat/trap/mgraph/trap_final_508.pdf

> **ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI**

BÖLÜM

3

> Sunuş

PROF. DR. BURCU TOKUÇ

Bölüm Editörü

Çocuklar, bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en kırılgan grubunu da oluşturmaktadırlar. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde oluşturulması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşımaktadır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1989 yılında kabul edilmişinden bu yana, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, çocuk haklarını tanımlayan benzersiz ve evrensel bir çerçeve sunmaktadır. Sözleşme, kapsamlı tek bir belgede çocukların sağlığı ve refahı için gerekli önkoşulları tanımlamakta; tanınan hakların fiilen gerçekleşmesi için gerekli önlemlerin alınmasında kişilere, ana babalara, topluluklara ve hükümetlere düşen yükümlülükleri belirlemektedir.

Sözleşme sağlık hizmetlerine erişim ve sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin aşağıdaki hakları içermektedir⁽¹⁾.

- Sağlık hizmetlerine erişim hakkı
- Eğitime erişim hakkı
- İnsana yakışır bir yaşam standardına erişim hakkı
- İstismar ve ihmalden korunma hakkı
- Özel gereksinimleri olan çocukların hakları
- Özürü çocukların hakları
-

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı Madde 24'te aşağıdaki gibi tanımlanmıştır: Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle:

- Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;
- Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;

Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanısıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını gözönüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;

Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması;

Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması;

Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar⁽¹⁾.

Bugüne dek pekçok ülkede, bu belgede yer alan hakların gerçekleşmesine yönelik yasal düzenlemeler, hizmetler ve idari reformlar gibi önemli adımlar atılmasına karşın, söz konusu hakların tam olarak karşılığını bulması henüz çok uzaktadır.

Çocuk ve ergen sağlığının belirleyicilerine baktığımızda genetik, biyolojik ve sosyal (yaşadığı çevre, barış ya da savaş ortamı, eriştiği sağlık hizmetleri, barınma ve beslenme koşulları, eğitim koşulları vb. gibi) pek çok özellik karşımıza çıkmaktadır. Bu özellikleri göz önüne aldığımızda, sağlık sorunlarının çözümünde yalnızca çocukluk dönemine odaklanmak yeterli olmamakta, yaşam boyu yaklaşımı ile sorunlara çözüm aranması gerekmektedir. Çocuğun biyolojik ve sosyal çevresini incelemeye, gestasyon öncesi dönemden ebeveynlerin biyolojik özellikleri yanında yaşadıkları fiziksel ve sosyal çevre özelliklerinden (barış ortamı, yaşadıkları yerde sağlık ve sosyal hizmet politikaları, yaptıkları iş, gelirleri, beslenmeleri) başlamak, sorunun kökenlerine inmek gereklidir.

Değişen dünyada, çocukların, ergenlerin demografisi de hızla değişmektedir. Çevrenin kirlenmesi, yoksulluğun epidemiyolojisindeki değişim, çocukların marjinalleştirilmesi, çocuklar ve gençlerin istismarı, ihmali, gelişimlerini olumsuz etkileyen ve aynı zamanda kendilerine tanınan haklardan yararlanmalarını engelleyen çatışmalar, olağandışı durumlar geleneksel çocuk ölüm ve hastalık nedenlerine yenilerini eklemiştir. Küreselleşme süreçleri insani ve toplumsal kalkınma ile ilgili kamusal politikaların odağını değiştirmiştir. Bütün bu toplumsal değişim süreçleri, çocukların ve ergenlerin sağlık ve refahının kavramsallaştırılmasında çerçeveleri de değiştirmiştir.

Bu bağlamda, TSR 2020'de Çocuk ve Ergen Sağlığı ile ilgili konularda 2014 yılından bu yana olan

değişim ve gelişim, çocuk ve ergenlerin morbidite ve mortalitesindeki durumdan, çocuklar açısından çevre sağlığının durumuna, çocukluk çağında sağlıklı beslenmeye, çocuk ve gençlerde bağımlılığa, kaza ve yaralanmalara, çocuk suçluluğuna, çocuk işçiliğine, çocuk ihmal ve istismarına, dezavantajlı ve engelli çocuklara kadar geniş bir bakış açısıyla incelenmiştir. Çocuk ve ergen sağlığı çerçevesinin ve etkilenimlerinin geniş olması nedeniyle, çocuk sağlığının pek çok belirleyeni pek çok başka bölümde de ele alınmıştır. Bebek ve çocuk sağlığı üreme sağlığının da ayrılmaz bir parçası olması nedeniyle, gestasyon öncesi dönemde kadın sağlığı, ergen yaşta evlilik ve doğumlar, Kadın ve Üreme Sağlığı bölümünde, çocuk sağlığının en önemli belirleyenlerinden olan bulaşıcı hastalıklar ile ilgili kimi durumlar ve çocukluk çağı bağışıklaması Bulaşıcı Hastalıklar bölümünde incelenmiştir.

Halen yüksek üreme hızına ve genç nüfusa sahip bir ülke olmamız nedeniyle çocukluk ve ergenlik döneminde öne çıkan durum ve konuların gündeme taşınması, var olan mevcut durumdaki değişimlerin ortaya konması ve yeni gereksinimlerin belirlenerek çözümler üretilmesi açısından son derece önemlidir.

Raporun yararlı ve yol gösterici olabilmesi dileğiyle, Rapora HASUDER adına yazılılarıyla katkı sunan tüm yazarlara teşekkür ederim.

Kaynaklar

- 1) Eskiocak M. Türkiye'nin Çocuk İhmali: Son 5 Yılda Bebek Ölümleri ve Koruyucu Hizmetlerden Yararlanmamada Eşitsizlikler. https://istabip.org.tr/icerik/m_eskiocak.pdf Erişim Tarihi: 30.06.2020

> Türkiye'de Çocuk Nüfusu

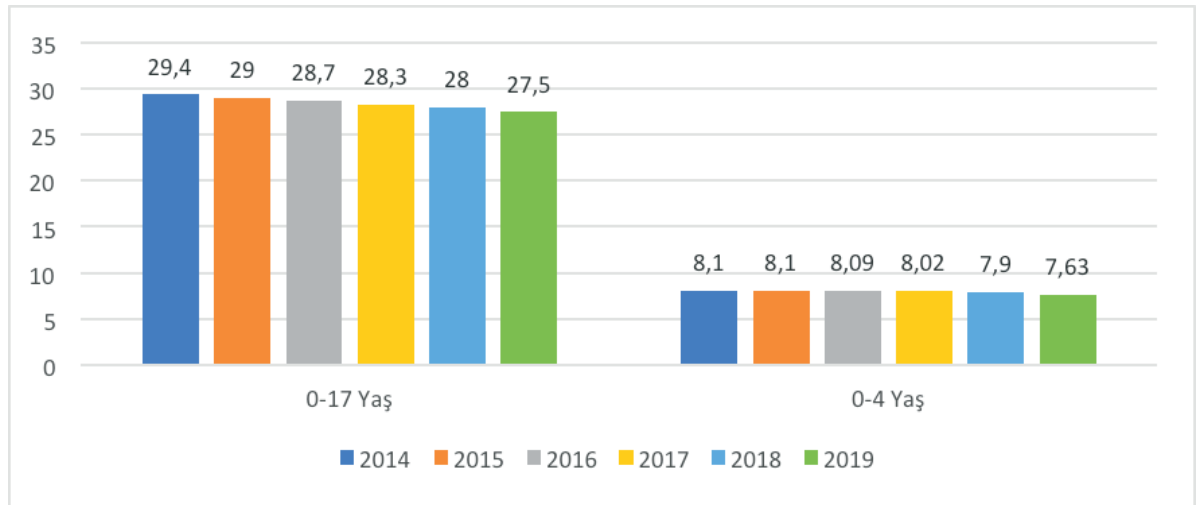
28

PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre ülkemizde çocuk nüfusunun (0 - 17 yaş) tüm nüfusa oranı 2104 yılında %29.4 iken 2019 yılında %27.5'e düşmüştür (**Şekil 28.1**)⁽¹⁾. 0-4 yaş çocukların oranı ise 2014'te %8.1 iken, 2019'da %7,63'e düşmüştür (**Şekil 28.1**)⁽¹⁾. İllere göre çocuk nüfus oranı **Şekil 28.2**'de görülmektedir⁽¹⁾.

TNSA-2018'e göre ülkemizde 2 yaşından küçük çocukların %2.5'nin 0-4 yaş çocukların %1.6'sının

doğum kaydı yoktur. Bu oran %3.1 ile en yüksek İstanbul'da, %2.3 ile ikinci sırada Güneydoğu Anadolu bölgesindedir. Hanehalkı refahı en düşük düzeyde olan hanelerde yaşayan çocukların %4.4'ünün doğum kaydı bulunmazken, hane halkı refahı yükseldikçe bu oran düşmektedir⁽²⁾. Nüfus kaydı olmayan çocukların oranı 1993 yılında %26 iken, 2013'te %1'e düşmüş, 2018'de %2'ye yükselmiştir⁽²⁾.



Şekil 28.1 Türkiye'de Çocuk Nüfus Oranı 2014-2019 (%).



Şekil 28.2 İllere Göre Çocuk Nüfus Oranı⁽¹⁾.

Kaynaklar

- 1) TÜİK. Çocuk istatistikleri- Demografik özellikler http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1110 (Erişim Tarihi 21.06.2020)
- 2) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı, Türkiye Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara

Çocuk ve Ergen Morbidite ve Mortalitesi; 2014-2018

29

PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK

Türkiye’de Çocuk ve Ergen Mortalitesi; 2014-2018

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren birçok demografik gösterge arasında çocukluk çağı ölüm hızları en önemli olanlardır. Bu göstergelerden özellikle bebek ölüm hızları, ekonomik ve sosyokültürel kalkınma düzeyi ve bunun sağlığa yansımaları gösterir. Çocuk ölümlerinin azaltılması, 2000 Yılına Dek Herkese Sağlık hedeflerinde, Birleşmiş Milletler’in (UN) Binyıl Deklerasyonu ile, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin 8 ana temasından birisi olarak belirlenmiş, bu deklarasyon aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 189 ülke tarafından adapte edilmiş, 147 ülkenin devlet başkanlarınınca imzalanmıştır ⁽¹⁾.

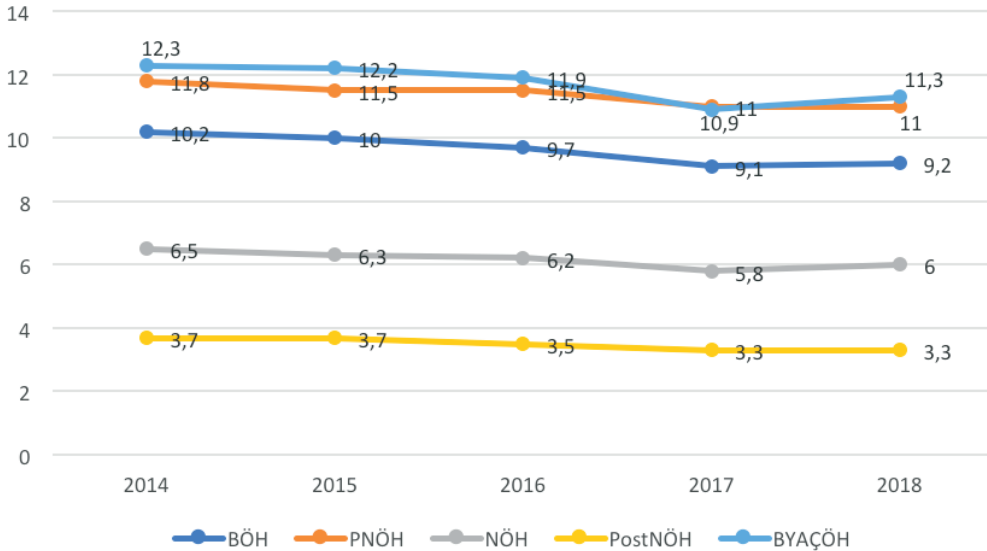
Hedeflere yönelik ilerlemeler bir ölçüde sağlanmış ise de yetersizlikler üzerinden yapılandırılan BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde önemli bir öge olarak varlığını sürdürmektedir ⁽²⁾.

Bu bölümde çocuk ve ergen ölümlülüğü ve hastalıkları incelenecektir.

Ölüm nedenleri bu yaş dilimi içinde yaşa göre farklılık göstermesi nedeniyle 0-4 yaş grubu ölümler, bazı alt gruplara ayrılmıştır.

Perinatal Ölümler

Ülkemizde perinatal ölüm hızı (PNÖH) 2014 yılında Binde 11.8 iken, 2018 yılında Binde 11.0 olmuştur (**Şekil 29.1**) ⁽³⁻⁷⁾. Perinatal ölümler Türkiye’de bölgelere göre farklılık göstermektedir. IBBS-1’e



Şekil 29.1 Türkiye’de 0-4 Yaş Çocuk Ölüm Hızları 2014-2018 (Binde).

göre son beş yıl boyunca en yüksek hız Güneydoğu Anadolu bölgesinde gözlenirken (2018 için binde 13.4), en düşük hız batı Marmara bölgesinde gözlenmiştir (2018 için binde 9.5).

Bebek Ölümleri

Canlı doğan her 1000 bebekten 2014 yılında 10.2'si, 2018 yılında 9.2'si ilk yaşı içinde yaşamını kaybetmiştir (**Şekil 29.2**)⁽³⁻⁷⁾. Bebek ölümlerinde bölgeler arası eşitsizlikler 2014-2018 yılları arasında da devam etmiştir, 5 yıl boyunca en yüksek BÖH Güneydoğu Anadolu bölgesinde (sırasıyla 2014 ve 2018; %0 14.6 ve %0 13.5), en düşük BÖH hızı ise Batı ve Doğu Marmara (sırasıyla 2014 ve 2018; %0 6.8 ve %0 6.8), bölgelerinde gözlenmiştir⁽³⁻⁷⁾. 2018 yılı illere göre bebek ölüm hızları **Şekil 29.2**'de verilmiştir.

TNSA 2018'de bebek ve çocuk ölümlülüğü ile ilgili kimi risk faktörleri ile bilgi verilirken, bebek ve çocuk ölüm hızları ile ilgili bilgi verilmemiştir. TNSA 2018'e göre; herhangi bir önlenemez risk kategorisinde (18-34 yaş arasındaki ilk sıradaki doğumlar) olan annelerin bebeklerinin ilk yaşı içinde ölme riski herhangi bir risk kategorisinde olmayanlara göre 1.83 kat, önlenebilir herhangi bir risk kategorisinde (18 yaştan küçük, 34 yaştan büyük, doğum aralığı 24 aydan az ve doğum sırası 3'ten büyük) olan annelerin bebeklerinin ilk yaşı içinde ölme riski 1.15 kat daha fazladır. Bunlar arasında da en yüksek risk 18 yaşından küçük olan annelerin bebeklerindedir (2.43)⁽⁸⁾. SB verilerine göre 2017 yılında anne yaşına göre bebeklerin ölüm oranına bakıldığında, 18 yaşından küçük annelerin be-

beklerinde %1.1, 18-34 yaş grubundaki annelerin bebeklerinde %0.9, 35 yaşından büyük annelerin bebeklerinde %1.3 oranında ölüm gözlenmiştir⁽⁸⁾.

2017 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; bebek ölümlerinde temel ölüm nedenlerine göre ilk on neden aşağıdaki gibi sıralanmıştır⁽⁸⁾;

A5 - Neonatal nedenler (Prematurite ile ilişkili durumlar, doğum asfiksisi ve doğum kaynaklı travmalar, konjenital enfeksiyonlar, anneye, placentaya, kord ve membran hastalıklarına bağlı durumlar vb.) (%49.8)

B9 - Konjenital anomaliler (%17.6)

A8 - Maternal durumlar (%5.7)

A6 - Sepsis (%3.3)

B6 - Kardiyovasküler sistem hastalıkları (%3.3)

A4 - ÜSYA ve ASYE (%3.1)

B5 - Sinir Sistemi Hastalıkları (%2.4)

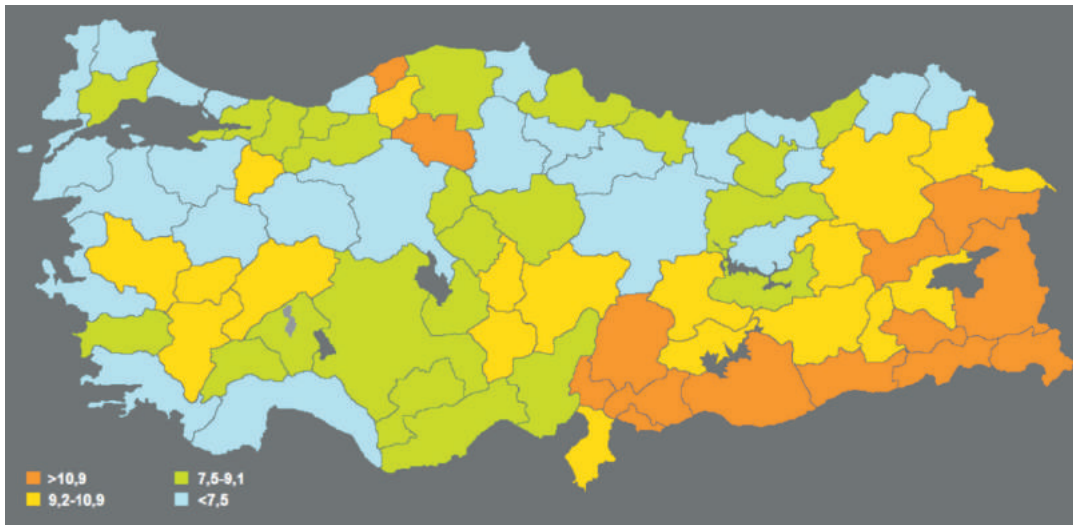
B4 - Metabolik Hastalıklar (%2.4)

B10 - Kromozom Anomalileri (%1.6)

B11 - Ani bebek ölümü sendromu (%1.5)

2017 yılında ölen bebeklerin gestasyon haftasına göre dağılımında ise, %45.9'unun çok küçük prematür, %10.3'ünün küçük prematüre, %1.4'ünün sınırda prematür, %0.5'inin term, %0.2'sinin post-term olduğu görülmektedir⁷. 2017 yılında ölen bebeklerin %65.9'u sezeryan ile doğan ve %39.9'u 1500 gram altında ağırlıkla doğan bebeklerdir⁽⁸⁾.

2014-2018 yılları arasında Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızları DSÖ ve UNICEF kaynaklarında SB Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında açıklananlardan farklı olarak açıklanmıştır⁹⁻¹¹ Sağlık Bakanlığının



Şekil 29.2 Türkiye illere göre bebek ölüm hızları – 2018 (Binde)⁽⁷⁾.

Bebek Ölüm Hızı hesabında bebek ölümü tanımında ölen bebeğin gestasyon yaşına ve/veya ağırlığına ilişkin tanımlama değişikliğinden 2016'da vazgeçilmiş görünmektedir.¹² (Tablo 29.1).

Yenidoğan (Neonatal) Ölümleri

Ülkemizde 2014 yılında her 1000 yenidoğandan 6.5'i ölürken, 2018 yılında bu oran 6'ya düşmüştür⁽³⁻⁷⁾ (Şekil 29.1). 2017 yılında yenidoğan ölümlerinde son ölüm nedenlerine göre ilk sırada prematürite ilgili nedenler ve doğum asfiksisi ve travmasını da içeren neonatal nedenler (%47.6), ikinci sırada sepsis (%17.7) ve üçüncü sırada konjenital anomaliler (%12.5) yer almaktadır.

Yenidoğan Sonrası (Post Neonatal) Ölümleri

Yenidoğan sonrası ölümler ülkemizde 2014 yılında binde 3.7 iken 2018 yılında binde 3.3 olarak gerçekleşmiştir²⁻⁶ (Şekil 29.1). 2017 yılında gerçekleşen postneonatal ölümlerde son ölüm nedenlerine göre ilk beş sıradaki nedenler; sepsis (%23.1), neonatal nedenler (%22.1), Konjenital anomaliler (%9.7), Kardiyovasküler sistem hastalıkları (%8.5), ASYE, ÜSYE (%7.3)'dir⁽⁸⁾.

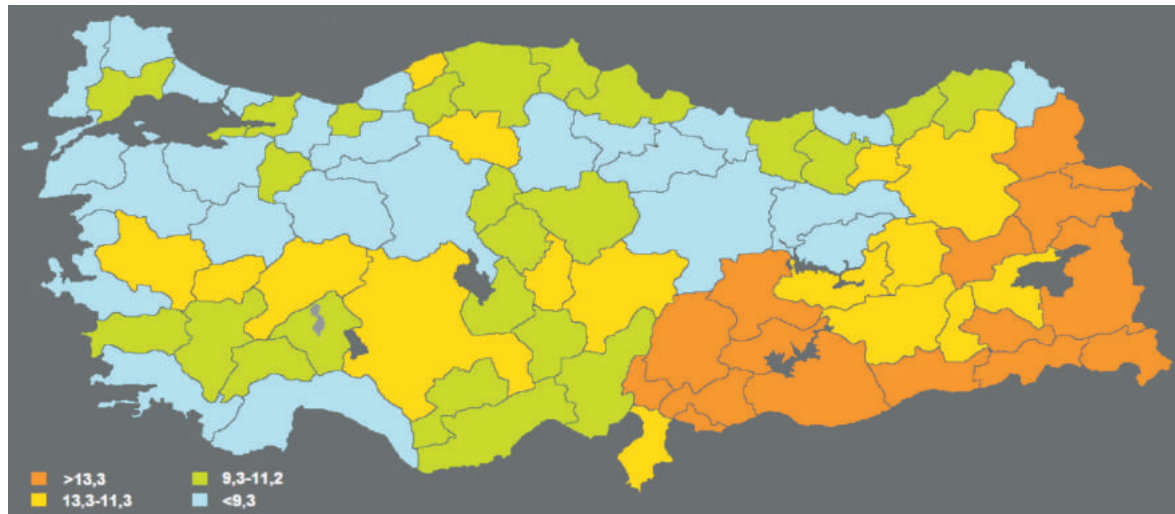
Beş Yaş Altı (0 – 4 Yaş) Çocuk Ölümleri

Ülkemizde 5 yaş altı çocuk ölümleri 2014 yılında binde 12.3, 2018 yılında Binde 11.3 olarak gerçekleşmiştir⁽³⁻⁷⁾ (Şekil 29.1). Bölgeler arası eşitsizlikler 5 yaş altı çocuk ölüm hızında da gözlenmektedir, 2014 ve 2018 yıllarında en çok ölüm Güneydoğu Anadolu bölgesinde (sırasıyla %014.6, %016.6) gerçekleşirken, en düşük ölüm 2014 yılında Doğu Marmara bölgesinde, 2018 yılında Batı Marmara Bölgesinde gerçekleşmiştir (sırasıyla %0 6.8 ve %0 8.5)⁽³⁻⁷⁾. İllere göre 5 yaş altı çocuk ölüm hızları Şekil 29.3'te verilmiştir⁽⁸⁾.

2017 yılı Ölüm Bildirim Sistemi kayıtlarına göre ölüm nedenleri; prematürite (%32), konjenital anomaliler (%29), diğer neonatal nedenler (%10), maternal nedenler (doğum asfiksisi ve travması dahil) (%6), alt solunum yolu enfeksiyonları (%4), yaralanma (%4), sepsis ve diğer enfeksiyonlar (%2) ve diğer nedenler (%13) olarak belirtilmektedir⁽⁸⁾. 5 yaş altı çocuk ölüm hızları da bebek ölüm hızı gibi DSÖ/UNICEF kaynaklarında Sağlık Bakanlığı verilerinden farklı olarak görülmektedir (Tablo 29.1)⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Tablo 29.1 DSÖ/UNICEF ve Sağlık Bakanlığı Kaynaklarında Bebek Ölüm Hızları- Türkiye (Binde)

		2014	2015	2016	2017	2018
BÖH	SB	7,6	7,6	9,7	9,1	9,2
	SB: >28.hafta veya 1000 gr ve üzeri	-	-	7,3	6,8	6,8
	DSÖ/UNICEF	11.54	10.88	10.25	9.66	9.10
5YAÖH	SB	9,7	9,7	11,9	10,9	11,3
	DSÖ/UNICEF	13.40	12.64	14.01	11.24	11.36



Şekil 29.3 Türkiye illere göre 5 yaş altı çocuk ölüm hızları – 2018 (Binde)⁽⁸⁾.

Tablo 29.2 Seçilmiş sağlık sorunlarının çocuklarda görülme oranları (Yüzde)

Sağlık Sorunları	0 – 6 Yaş			7 – 14 Yaş		
	2014	2016	2019	2014	2016	2019
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	10.1	11.1	9.5	-	-	6.5
Ağız Diş Sağlığı Sorunları	9.3	7.3	6.4	24.6	23.4	14.2
Beslenme ile İlişkili Hastalıklar	-	-	-	3.5	3.3	1.7
Bulaşıcı Hastalıklar (Suçiçeği, Kabakulak vb.)	7.8	9.2	-	-	-	-
Cilt Hastalıkları	5.3	2.9	2.9	4.9	5.8	4.0
D Vitamini Eksikliğine Bağlı Kemik Bozuklukları (Raşitizm)	2.3	1.8	3.0	-	-	-
Enfeksiyöz Hastalıklar	-	-	-	9.4	7.9	-
Göz ile İlgili Sorunlar-	-	-	-	13.8	13.6	10.9
Kansızlık (Demir eksikliği anemisi vb.)	10.8	5.4	5.9	-	-	-
Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	-	-	-	2.2	1.8	1.3
Ruh Sağlığı Sorunları	-	-	-	2.1	1.3	1.1
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Tonsilit, Orta Kulak İltihabı, Farenjit vb.)	41.9	42.6	35.9	-	-	29.4
İdrar Yolu Enfeksiyonu	4.6	4.1	4.2	-	-	-
İshalli Hastalıklar	33.2	32.3	28.7	-	-	18.3
İşitme ile İlgili Sorunlar	-	-	-	2.9	2.3	1.7

5 – 14 Yaş Çocuk Ölümleri

UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation kestirimlerine göre ülkemizde 5 yaşına gelmiş her 1000 çocuktan 2014 yılında 2.5'i, 2015'te 2.36'sı, 2016'da 2.23'ü, 2017'de 2.08'i, 2018'de 1.95'i 15 yaşına kadar yaşamını kaybetmiştir⁽¹¹⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) rakamlarına göre 0 – 14 yaş yaşa özel ölüm hızları Binde 2104'te 1.1, 2015'te 1.06, 2016'da 1.1, 2017'de 1.05 olarak gerçekleşmiştir⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Türkiye'de Çocuk ve Ergen Morbiditesi; 2014-2018

TÜİK'in 2014, 2016 ve 2019 yıllarında yaptığı Türkiye Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre seçilmiş kimi sağlık sorunlarının son 6 ay içinde çocuklarda görülme oranları **Tablo 29.2'**de verilmiştir⁽¹⁶⁾.

Ülkemizde 2014 yılında Verem Savaş Dispanserlerinde izlenen 14681 vakanın 686'sı (%4.6) çocukluk yaş grubundadır⁽¹⁷⁾. DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu 2015'te ülkemizde Tbc sıklığı 0-4 yaş grubunda 100.000'de 2.3, 5-14 yaş grubunda 100.000'de 3 olarak belirtilmiştir⁽¹⁸⁾. 2018 yılında ülkemizdeki Tbc vakalarının %6'sını 0-14 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır⁽¹⁹⁾.

Kaynaklar

1) UNICEF. Türkiye'de Beş Yaş Altı Ölüm Hızında Azalma: Bir Durum çalışması. Ankara-2009.

- 2) United Nations. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (Erişim Tarihi: 20.06.2020)
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara-2015.
- 4) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara-2016.
- 5) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara-2017.
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara-2018.
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara-2019.
- 8) T.C. Sağlık Bakanlığı. Bebek ve Çocuk Ölümleri 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/bebek_cocuk_olumleri_2018.pdf (Erişim Tarihi: 20.06.2020)
- 9) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı, Türkiye Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara
- 10) WHO Global Health Observatory data repository. Probability of dying per 1000 live births Data by country. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.182> (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 11) UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. <https://childmortality.org/data/Turkey> (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 12) Eskioçak M, Selçuk EG. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen bebek ölüm hızları üzerine eleştirel bir değerlendirme. *Türk J Public Health* 2014;12(3)
- 13) UNICEF. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=TUR.CME_MRY1T4.&startPeriod=2016&endPeriod=2019 (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 14) TÜİK. Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Ölüm Nedenlerinin Dağılımı http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 15) TÜİK. Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları - ADNKS http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 16) TÜİK. Çocuklarda Görülen Seçilmiş Sağlık Sorunları. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=209&locale=tr> (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 17) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurum Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı 2014 Raporu, Şencan İ (Editör), Ankara, 2015.
- 18) WHO. Global Tuberculosis Report 2015. World Health Organization, Geneva: 2015
- 19) WHO. Global Tuberculosis Report 2019. World Health Organization, Geneva: 2019

Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Uygulamalar ve Programlar

30

DR. AHMET ÖNDER PORSUK

Günümüzde ortaya çıkan sağlık sorunlarına mümkün olduğunca hızlı müdahale edilmesi ve teknolojinin en modern imkânları kullanılarak çözümler üretilmesi, toplumun yaygın kesimlerince “gelişmiş sağlık hizmetleri” olarak algılanmaktadır. Oysa en bilinen tanımıyla fiziksel, bedensel ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olan sağlığın sürdürülebilmesi için, öncelikle sağlığın korunması gerekmektedir. Özellikle çocukluk döneminde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin hem tedaviden daha ucuz olduğu hem de yaşam süresine ve kalitesine büyük katkı sağladığı bildirilmektedir⁽¹⁾.

Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı da, kuruluşundan bu yana koruyucu sağlık hizmetlerini ülke genelinde yaygın, etkili ve gereken kalite düzeyinde sürdürmek amacıyla çeşitli faaliyetler yürütmüş, hatta Cumhuriyetimizin ilk yıllarında, koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik etmek amacıyla, bu alanda çalışan doktorlara diğer doktorlara ödenen ücretten daha fazla ücret ödenmiştir⁽²⁾. Günümüzde de, özellikle çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verildiği ve bu amaçla çeşitli uygulamalar ve programlar düzenlendiği ifade edilmektedir⁽³⁾.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, örneğin “Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024” gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik tüm programlar, aslında dolaylı yoldan çocuk sağlığına da katkı sağlamaktadır. Ancak burada sadece doğrudan çocuk sağlığı hizmetlerine yönelik bazı uygulamalar ve programlardan bahsedilecektir.

Bağışıklama ve Hastalık Kontrolü Programları

Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesinde, bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılarken, bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Program, boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, hepatit b ve hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşım bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini kapsamaktadır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı çerçevesinde, Polio Eradikasyon Programı, Kızamık Eliminasyon Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, Hepatit B Kontrol Programı, Diğer Hastalık Kontrol Programları (difteri, boğmaca, kızamıkçık ve konjenital rubella sendromu, kabakulak, hemofilus influenza tip B, tüberküloz, invaziv pnömokokal hastalıklar, hepatit A, suçiçeği) ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) İzleme Sistemi alt bileşenler bulunmaktadır⁽⁴⁾.

Polio Eradikasyon Programı

1988 yılında Dünya Sağlık Asamblesinde alınan karara uygun olarak, Ülkemizde de polio eradikasyonu hedefi benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan Polio Eradikasyonu Programı 1989 yılı sonunda başlatılmıştır. Programın amacı, vahşi polio virüsü ile oluşan tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmak ve polio virüsünü eradike etmektir⁽⁴⁾.

Kızamık Eliminasyon Programı

Program, kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacı ile 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde belirlenen hedefler çerçevesinde, Türkiye'de kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmek amaçlarıyla başlatılmıştır. Hazırlanan "Türkiye'de Kızamık Eliminasyonu Ulusal Faaliyet Planı (2002 - 2010)" 2010 yılına kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak, ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virüslerin yerleşmesini engellemek, kızamığa bağlı ölümleri engellemek hedeflerini ortaya koymuştur⁽⁴⁾. Ancak gelinen noktada 2016 yılında sıfır yerli vaka hedefi yakalanmış ancak korunamamış ve 2018 yılında 412 yerli ve 304 yabancı vaka görülmüştür⁽⁵⁾.

Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı

Hedefleri aşılama, temiz doğum, izlem ve sürveyans olmak üzere 4 ana başlık altında özetlenen program, maternal tetanoz ile neonatal tetanozun ve bunlara bağlı ölümlerin elimine edilmesi ve bu düzeyin sürdürülmesi hedefiyle başlatılmıştır⁽⁴⁾. 1994 yılında başlayan program sürecinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 24 Nisan 2009 tarihinde maternal ve neonatal tetanozun ülkemizde elimine edildiği duyurulmuştur. Ancak son vakanın 2014 yılında görüldüğü bildirilmektedir⁽⁶⁾.

Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023) (Hepatit B Kontrol Programı)

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında Hepatit B Kontrol Programı adıyla başlayan program, 2018 yılında T.C. Sağlık Bakanlığınca Dünya Sağlık Örgütü'nün 2030 yılında hepatiti elimine etme hedefleri doğrultusunda hazırlanan Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı (2018-

2023) olarak yeni bir boyut kazanmıştır. Programın amacı, viral hepatitler nedeniyle oluşan yeni vaka sayısının ve viral hepatitlere bağlı ölümlerin azaltılması, viral hepatit tanısı alan hastalara verilen sağlık bakımının iyileştirilmesi ve viral hepatitlerin toplumsal alanlarda oluşturduğu sosyoekonomik etkinin azaltılması olarak özetlenebilir⁽⁷⁾.

Diğer Hastalık Kontrol Programları

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesinde, Diğer Hastalık Kontrol Programları başlığı altında;

- Difteri (Difteri hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Boğmaca (Boğmaca hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu
- Kabakulak
- Hemofilus influenza tip b
- Tüberküloz (Verem Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir).
- Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar

Şeklinde bahsedilmektedir. Halen T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimi'ne göre bu hastalıklara karşı bağışıklama çalışmaları sürdürülmektedir⁽⁴⁾.

İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı

Ülkemizdeki ishale bağlı bebek ve çocuk ölümlerini azaltmak amacı ile, 1986 yılında başlatılmıştır. Program kapsamında sağlık kuruluşlarında personele eğitim verilmiş ve 0-5 yaş grubu çocuklardaki ishallerde hastalıklarda olabilecek dehidratasyonu önlemek üzere ücretsiz oral rehidratasyon paketi (ORS) desteği sağlanmıştır. Halen toplumda ve sağlık çalışanlarında farkındalığı yüksek tutmak amacıyla, her yıl 1-7 Temmuz dönemi "İshallerin Önlenmesi ve Ağızdan Sıvı Tedavisi Haftası" olarak kutlanmaktadır⁽⁸⁾.

Akut Solunum Yolları Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı

Beş yaş altı çocuklarda akut solunum yolları enfeksiyonlarının morbidite ve mortalitesini düşürmek amacıyla 1987 yılında başlatılmış bir programdır. Başlangıç hedefi olarak çocuklarda zatürre ölümlerinin 1/3 oranında azaltılması gösterilmiştir⁽⁹⁾.

İzleme Programları

Doğum Bildirim Sistemi

Ülkemizde sağlık kuruluşlarında, sağlık kuruluşu dışında, sağlık personeli yardımı ile veya sağlık kuruluşu dışında ve herhangi bir sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğumların kayıt altına alınabilmesi ve doğan bebeğin süratle izlenebilmesi amacıyla, 03 Kasım 2017'de yayınlanan Nüfus Hizmetleri Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 15. Maddesi kapsamında "Doğum Bildirim Sistemi" ve e-Rapor Sisteminin bileşeni olan "e-Doğum Raporu" geliştirilmiştir⁽¹⁰⁾.

Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

Bebek, perinatal dönem ve 5 yaş altı ölüm hızları ve nedenlerine ilişkin bilgi edinilmesi, her bebek ölümünün izlenerek nedeninin ortaya çıkarılması ve bir daha aynı nedenlerle oluşabilecek bebek ölümlerinin önlenmesi amacıyla, 2005 yılında Bebek Ölümü Kayıt-Bildirim Formu ülke genelinde uygulamaya başlanmıştır. 2007 yılından itibaren bildirim yapılan ölümler oluşturulan istatistik programına girişi yapılarak, analizleri gerçekleştirilmiş, 2009 yılından itibaren de yeni bir izlem sistemi oluşturularak "Bebek Ölümleri İzleme Sistemi" yürürlüğe girmiştir. 2013 yılında Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) devreye alınıp, ülkemizde gerçekleşen tüm ölümlerin bu sisteme kaydı başladıktan sonra, 2014 yılından itibaren Bebek Ölümleri İzleme Sistemi, ÖBS'ye entegre edilmiştir. İllerde oluşturulan İl İnceleme Kurulları tarafından sistem kapsamındaki ölü doğum ve bebek ölümleri incelenmektedir. Bu sayede ülkemizin mortalite hızları ve ölüm nedenleri ile ilgili veri temini yapıldığı ve edinilen bilgilerin politika geliştirme konusunda yol gösterici olduğu bildirilmektedir⁽¹¹⁾.

Sağlığın Geliştirilmesi Programları

Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı

T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Millî Eğitim Bakanlığı arasında 17.05.2016 tarihinde imzalanan "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" ile başlatılmıştır. Bu programla, okullarda kapsamında yürütülen veya yürütülecek olan tüm okul sağlığı çalışmalarının çerçevesinin ve ülkemizin okul sağlığı

modelinin oluşturması hedeflenmiştir. Çalışmalar 6 başlık altında toplanmıştır:

- Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi,
- Fiziksel Aktivite,
- Sağlık Eğitimi,
- Sağlıklı Beslenme,
- Sağlık Hizmetleri,
- Aile/Toplum Katılımı

Aile hekimlerinin okul çağı yaş grubuna erişimlerinin ve yıllık periyodik izlemlerinin sağlanması amacıyla, bu program kapsamında tüm okul çağı çocukların yıllık periyodik izlemleri aile hekimlerince protokoller doğrultusunda yapılması planlanmıştır⁽¹²⁾.

Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinin katkılarıyla başlatılan bir programdır. Travmalara bağlı en çok mortalite ve morbidite nedeni olan düşme, boğulma, yanık ve zehirlenmeler gibi konularda çocukların korunması amaçlanmaktadır. Aileler için temel mesajların oluşturulması, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve halkın eğitiminin sağlanması, aile sağlığı merkezlerinden ve acil servislerden, yaş gruplarına özel ailelere verilmek üzere küçük broşürler ve kontrol listeleri hazırlanması çalışmalarının tamamlandığı, multisektörel bir eylem planı oluşturma çalışmalarının halen devam ettiği bildirilmektedir⁽¹³⁾.

Bebek Çocuk Ergen İzlemleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra iyileştirmek için uğraşmak yerine, hastalığa zemin hazırlayan koşulların önceden saptanarak önlenmesinin hem daha sağlıklı, hem de daha ekonomik olacağı düşüncesiyle geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Milli Pediatri Derneği, Türk Pediatri Kurumu, Türk Neonatoloji Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği vb sivil toplum kuruluşlarının ve üniversitelerin ilgili bilim dalları önerileri de dikkate alınarak son şekli verilen izlem protokolleri 2008/45 sayılı Genelge ile 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. 2015 yılında revize edilen Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018 yılında tekrar revize edilmiş olup, çocuklara ilk 1 yaşta en az 9 kez, 6 yaşa kadar toplam 16 kez, 6-19 yaş yılda 1 kez belirlenen izlem dönemlerinde Aile Sağlığı Merkezleri/Birimleri tarafından izlem yapılması öngörülmektedir⁽¹⁴⁾.

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı

T.C. Sağlık Bakanlığının 2014-2017 yılları arasında yapacağı faaliyetleri kapsayan Stratejik Planında yer alan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini geliştirerek sürdürmek hedefi doğrultusunda, 2014-2015 eğitim öğretim yılında başlatılmıştır. Programın amacı, ana sınıfı ve ilkökul öğrencilerine, kademeli olarak yılda iki kez florürlü vernik uygulanması, ağız ve diş muayenelerinin gerçekleştirilmesi ve başta veli ve öğretmenler olmak üzere konu hakkında toplumsal farkındalığın artırılması olarak özetlenebilir⁽¹⁵⁾.

Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı

Programın amacı, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme yöntemlerini birinci basamak sağlık hizmetleri içine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğun gelişimini desteklemeyi, gelişimi etkileyebilecek risk etmenlerini erken belirleyip, erken müdahale edilmesinin sağlanması şeklinde açıklanmaktadır. Program kapsamında kullanılan görüşme formu giriş bölümü, gebelik dönemi, 0-6 yaş çocukluk dönemi ve baba görüşmesi olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Bu görüşmelerle anne ve babanın dinlenerek, olumlu düşünce ve davranışlarının desteklenmesi, gerekli bilgilerin verilmesi, çocuğun büyüme ve gelişmesinin izlenmesi, aşı, aile planlaması gibi gerekli uygulamaların yapılması, sağlıklı gelişimi etkileyebilecek risk faktörlerinin erken belirlenerek, gerekirse hekimle birlikte müdahalelerin planlanması, uygulanmasının desteklenmesi ve izlenmesi amaçlanmaktadır⁽¹⁶⁾.

Beslenme Desteği Programları

Tamamlayıcı Beslenme Programı

Doğumdan itibaren iki yaşın sonuna kadar süren zaman dilimi, çocuklarda yaşama sağlıklı başlangıç, fiziksel büyüme ve davranışsal gelişme için en kritik dönem olarak nitelendirilmektedir. Çocukluk çağı hastalıklarının ve ölümlerinin en önemli nedenleri olarak sayılan büyüme geriliği, bazı vitamin ve mineral eksiklikleri ve ishallerin en sık olarak doğumdan iki yaşına kadar olan grupta görüldüğü bildirilmektedir. Bu program kapsamında beş yaşından küçük çocuklarda akut ve kronik malnü-

risyonun önlenmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla sağlık personeline yönelik öncelikle, ilk altı ay sadece anne sütü sloganıyla Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimleri ile bebeğin altıncı ayından itibaren başlanması önerilen Tamamlayıcı Beslenme Danışmanlık Eğitimleri koordineli şekilde sürdürülmektedir. Eğitimler ile sağlık çalışanlarının annelerin ve bebeklerin özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun danışmanlık hizmeti verebilmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır⁽¹⁷⁾.

Demir Gibi Türkiye Programı

Demir eksikliği anemisi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen ve doğurganlık çağındaki kadınların sağlığını olumsuz etkileyen, çalışma kapasitesini sınırlayan, anne ve bebek ölümlerine neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca bebek ve çocuklarda büyümeyi ve zekâ düzeyini olumsuz yönde etkilemekte, enfeksiyonlara direnci azaltmaktadır. Program Nisan 2004'te, toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin anne sütü almasının teşvik edilmesinin yanı sıra 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması, 13-24 ay anemisi olan bebeklere de demir tedavisi önerilmesi amacıyla başlatılmıştır⁽¹⁸⁾.

D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı

Doğumu izleyen ilk iki yılda büyüme ve gelişme çok hızlı olduğundan, çocuğun hayatının ilerleyen yaşlarındaki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından, bu çağdaki beslenmesi büyük önem taşımaktadır. Yaşamın ilk döneminde görülen en önemli vitamin eksikliklerinden olan D vitamini yetersizliği, maternal D vitamini yetersizliği, yetersiz güneş ışığına maruziyet, kentsel hava kirliliği nedeniyle deride D vitamini sentezinin azalması, deri pigmentasyon yoğunluğu, yüksek yerlerde yaşamak gibi nedenlere bağlı olarak annelerin ve bebeklerin yeterli D vitamini alamamaları veya üretememeleri gösterilmektedir. Bu programın amacı, dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı sağlık sorunlarından olan raşitizmin engellenmesidir. 2005 yılının Mayıs ayından bu yana, ülke genelinde bebeklerin kemik gelişimini desteklemek amacıyla, bir yaş altı çocuklara 400 IU/gün olacak şekilde ücretsiz D vitamini desteğine başlanmakta ve destek bir yaşına kadar devam ettirilmektedir⁽¹⁹⁾.

Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

Dünya Sağlık Örgütü'nce de önerilen, "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı", T.C. Sağlık Bakanlığınca 1991 yılından bu yana devam ettirilmektedir. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında emzirmede 10 adım stratejisinin uygulanması ve devamının sağlanmasıyla emzirmenin korunması ve desteklenmesi programın temelini oluşturmaktadır. Böylece beslenme bozukluklarının önlenmesi yoluyla çocuklarda morbidite ve mortalite oranlarını düşürmek hedeflenmektedir. Doğum yapılan sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşları ve yenidoğan yoğun bakım servisleri program kapsamına alınmıştır. Bu birimlere yönelik emzirme danışmanlığı uygulayıcı ve eğitici eğitimleri düzenlenmektedir.

Program kapsamında Ulusal Değerlendirme Ekiplerince hastaneler değerlendirilmekte, kriterlere uygun olanlar "Bebek Dostu Hastane" unvanı almaktadır. İlde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının en az %50'sinin "Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu" olmasını ve il merkezinde bulunan doğum yaptırılan hastaneler ile varsa çocuk hastanelerinin tamamının Bebek Dostu Hastane olmasını sağlayan iller "Bebek Dostu İl" unvanını almaktadırlar. İl merkezindeki tüm hastanelerin Bebek Dostu Hastane olmasının yanında, ilçelerde bulunan doğum yaptırılan ya da varsa çocuk hastanelerinin % 75'inin Bebek Dostu Hastane olması ve il genelindeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarının %75'inin bebek dostu olması şartını yerine getirebilen illereyse "Altın Bebek Dostu İl" unvanını almaktadırlar. Alınan unvanlar beş yılda bir yeniden değerlendirilmektedir⁽²⁰⁾.

İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanma Programı

İyot eksikliği, önlenabilir zeka geriliğinin en önde gelen nedenlerinden biri ve kişiyi anne karnından başlayarak tüm yaşamı boyunca olumsuz etkileyen bir hastalıklar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Program, iyot yetersizliğinin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesi ve toplumda konuyla farkındalık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla 1994 yılında UNICEF ile işbirliği halinde başlatılmıştır. İyodun önemini topluma daha çarpıcı ve etkili yöntemlerle aktarmak, ülkemizde iyotlu tuz

kullanımını tüm topluma yaygınlaştırmak, toplum bilinci oluşturmak ve 81 il bazında konuyu gündeme getirmek amacı ile her yıl 1-7 Haziran tarihleri İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi Haftası olarak belirlenmiştir⁽²¹⁾.

Tarama Programları

Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP)

Yenidoğan Tarama Programı, ilk olarak 1987 yılında Fenilketonüri Tarama Programı olarak başlamış ve 1993 yılında tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Konjenital Hipotiroidi Taramasının 25.12.2006 tarihinde eklenmesi ile program, Ulusal Yenidoğan Tarama Programına dönüşmüştür. Biotinidaz Eksikliği Taraması 2008 yılında, Kistik Fibrozis Taraması 2015 yılında panele eklenmiştir. Konjenital Adrenal Hiperplazisi Taraması ise 2017 yılında dört ilde pilot olarak başlatılmış, 2019 yılı itibarıyla ise 22 ile yaygınlaştırılmıştır. Ulusal Yenidoğan Tarama Programıyla, taraması yapılan hastalıklara erken tanı konularak, geri dönüşümsüz hasarlar olmadan önce uygun tedavi başlanması ve böylece hastalıkların bireye, ailelerine ve topluma getirdiği sosyo-ekonomik yüklerin önlenmesi amaçlanmaktadır. Bu program sayesinde yılda yaklaşık 4500 çocuğun, var olan hastalıklarının sonuçlarından korunmasının sağlanabildiği ve tarama paneline eklenebilecek hastalıklar konusunda çalışmalar sürdürüldüğü bildirilmektedir⁽²²⁾.

Yenidoğan İşitme Taraması Programı

Program 2000 yılında, çeşitli üniversitelerin desteğiyle, Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonunda Ankara Zübeyde Hanım Doğum Hastanesinde pilot olarak başlatılmış, çeşitli aşamalardan sonra, 2008 yılında 81 ilde ulusal program haline getirilmiştir. Halen 81 ilde, doğum yaptırılan sağlık kurumlarında (kamu, özel, üniversite) uygulanmaktadır. Programın amacı, doğduğunda işitme kaybı olan veya doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda sorununun erken teşhisinin ve devamında, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması suretiyle, işitme kaybının çocuğun konuşma gelişimini etkilemeden, psikolojik ve sosyal açıdan eksiksiz olarak gelişimini tamamlamasını sağlayarak topluma sağlıklı bireyler kazandırılmasıdır⁽²³⁾.

Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı

İşitme sadece bebeklik döneminde değil çocukluk döneminin her evresinde büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenle, Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programına 2015 yılı sonunda Okul Çağı Çocuklarda İşitme Tarama Programı eklenmiş olup, halen ülke çapında ilköğretim birinci sınıflara yönelik tarama programı şeklinde devam etmektedir. Program kapsamında, bilim komisyonu tarafından belirlenen protokoller çerçevesinde okul ortamında, işitme taraması konusunda eğitim verilmiş İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görevli sağlık personeli tarafından, tarama odyometri cihazı kullanılarak sahada uygulanmaktadır.

Tarama sonucunda işitme kaybı şüphesi tespit edilen çocuklar, muayene için ildeki kulak burun boğaz uzmanlarına sevk edilmektedir. Daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren olgular ise kulak burun boğaz uzmanları tarafından, Yenidoğan İşitme Tarama Programında da üst basamak olan referans merkezlere yönlendirilmektedir⁽²⁴⁾.

Yenidoğan Görme Taraması

Bebeklerin, görme kusurlarının erken teşhisi ve tedavisinin sağlanabilmesi için şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom ve prematür retinopatisi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Görme taramasının amacı, görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan bebekleri erken dönemde tespit ederek tedaviye yönlendirmektir. Program kapsamında öncelikle aile hekimlerine kırmızı refle testi ve göz muayenesi konusunda eğitim verilmiştir. Aile hekimlerince bebek, çocuk ve ergen izlem protokolleri kapsamında bebeklerin muayeneleri yapılmaktadır⁽²⁵⁾.

Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı

Program, çocuklarda görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımak ve tedavilerini sağlamak amacıyla 2015 yılında başlatılmıştır. Öncelikle aile hekimlerine program hakkında eğitimler düzenlenmiştir. Program kapsamında 36-48 aylık çocuklara aile sağlığı merkez-

lerinde, aile hekimleri tarafından kırmızı refle testi yapılmakta ve aile sağlığı elemanları tarafından da "Lea Sembol Testi" hakkında ailelere eğitim verilmektedir. Öncelikle aile sağlığı elemanı tarafından, annesinin kucağındaki çocuğun tek gözünün kapatılması sağlanarak, üç metre uzaklıktan "Lea Sembol Testi" ile görme keskinliğinin saptanmasına çalışılmaktadır. Teste uyum göstermeyen çocuklar için ise, aileleri tarafından evde çocuğun "Lea Sembol Testi" ile çalıştırılarak, test için aile sağlığı merkezine bir hafta içinde tekrar gelmeleri talep edilmektedir. Değerlendirmede sorun saptanırsa, çocuklar göz hastalıkları uzmanlarına sevk edilmektedir⁽²⁶⁾.

Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı

Program, okul çağı için tarama rehberi ve algoritmalar hazırlandıktan sonra, 2018 yılında, ilköğretim birinci sınıf öğrencilerine yönelik olarak başlatılmıştır. Yenidoğan (0-3 ay) ve okul öncesi çocuklarda (36-48 ay) görme taramalarında olduğu gibi programın okul çağı aşamasının da aile sağlığı merkezleri görev almaktadır. Aile hekimliği birimlerinde, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından, halen ellerinde mevcut olan ve diğer taramalarda da kullandıkları LEA Sembol Testi ve erişkin göz muayenelerinde de kullanılan Snellen Eşeli kullanılarak taramaların yapılması öngörülmüştür. Diğer yaş gruplarındaki tarama programlarına benzer şekilde, çocuklarda sık rastlanan ve okul başarısını olumsuz etkileyen kırma kusurları, ambliyopi, şaşılık gibi bozuklukların tespiti ve tedavisinin sağlanması amaçlanmaktadır⁽²⁷⁾.

Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

Gelişimsel Kalça Displazisi, kalça eklemine stabil olmayışından, tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik sorundur. Türkiye'deki görülme sıklığının 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ile 15 arasında olduğunun tahmin edildiği bildirilmektedir. Erken tanı ile çocuğun ilerideki hayatına olumsuz hiçbir etkisi kalmayacak şekilde, tam olarak tedavi edilebilen bu durum için başlatılan Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı, Çocuk Ortopedisi Derneği ile işbirliğinde 2010 yılında başlatılmış ve programı sahada uygulayacak olan aile hekimlerine eğitimler düzenlenmiştir. 2013 yılına gelindiğinde ise Türk Radyoloji Derneğinin de

programa katılması ile illerde tüm ortopedi ve radyoloji uzmanları ile aile hekimlerinin güncelleme eğitimleri yapılmıştır.

Programın amacı, tüm bebeklerin yaşamlarının ilk 3-4 haftalık yenidoğan döneminde kalça çıkığı açısından muayenelerinin yapılması, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığının tespit edilmesi halinde, muayene ve ileri tetkikler için ortopedi polikliniklerine sevk edilmeleri, böylece hayatlarının ilk 3-6 haftalık döneminde gelişimsel kalça displazisi açısından USG ile değerlendirilmeleri, tedavi gerektiren vakalarda ise en uygun tedavinin mümkün olan en erken dönemde başlatılması, bu sayede de kalça çıkığı için yapılacak cerrahi müdahalelerin sayısı ve muhtemel komplikasyonların en aza indirilmesi olarak bildirilmektedir⁽²⁸⁾.

Hemoglobinopati Kontrol Programı

Başta talasemi ve orak hücre anemisi olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle 30.12.1993 tarihinde 3960 sayılı Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu yayınlanmış ve başlangıç olarak riskin en yüksek olduğu öngörülen Antalya, Antakya, Mersin ve Muğla illerinde talasemi merkezleri kurulmuştur. Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu'na dayanılarak hazırlanan "Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı İle Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" 24 Ekim 2002'de yayımlanmasını takiben program 41 ilde uygulanmaya başlamıştır. Program, Kasım,2018 tarihinden itibaren "Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı" adıyla 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. Evlilik öncesi rapor almak için aile hekimlerine başvuran eş adaylarına danışmanlık hizmeti verildikten sonra, erkek eş adayından tarama için kan örneği alınarak laboratuvara gönderilmekte, eğer erkek eş adayı hemoglobinopati açısından taşıyıcı ya da şüpheli çıkarsa, kadın eş adayına da tarama testi yapılmaktadır. Her ikisi de taşıyıcı çıkan çiftler, mutlaka genetik danışmanlık almaları için ilgili merkezlere yönlendirilmekte ve çocuk sahibi olmayı düşündüklerinde sağlıklı bebek sahibi olmaları için gereken yönlendirmeler yapılmaktadır. Programın amacı, mümkün olduğunca hemoglobinopatili bebek doğmasını engellemek, mevcut hemoglobinopati hastalarının yaşam sü-

releri uzatılarak, yaşam kalitelerinin artırılması olarak belirlenmiştir⁽²⁹⁾.

Eğitim Programları

Yenidoğan Canlandırma Programı (Neonatal Resusitasyon Programı - NRP)

Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP), 1998 yılından bu yana ülke genelinde doğumda bebeğe eli değen tüm sağlık çalışanlarını hedef alan ve başarıyla yürütülen bir hizmet içi eğitim programı olarak tanımlanmaktadır. Programın hedefi, eğitim almış sağlık personelleri ile temel resusitasyon uygulamalarını standart hale getirerek, önlenabilir bebek ölüm nedenlerinden olan asfiksiye bağlı mortalite ve morbiditenin mümkün olan en aza düzeye indirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu amaçla yurt çapında eğitimler düzenlenmekte, eğitim yapılan illerde gerçekleştirilen hastane ziyaretleri ile doğumhane koşullarının yerinde görülerek sorunlar saptanmaya çalışılmaktadır. Böylece kuruma özel çözümlerin, kurum yetkilileri ile birlikte üretilmesi ve çalışma koşullarının verilen eğitimle paralel duruma getirilmesi ve sonuç olarak da ülkenin her köşesinde doğan çocuklara gerektiğinde aynı nitelikte resusitasyon hizmeti verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır⁽³⁰⁾.

Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi

Programın amacı, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yenidoğan bir bebekle karşılaşıldığında nelere dikkat edilmesi ve ne yapılması gerektiği konularını içeren kolay anlaşılır bir kaynak oluşturulması, ülke genelinde temel yenidoğan bakımında standardizasyonu ve güncel bilgilerin kullanılmasını sağlamak olarak belirlenmiştir. Temel yeni doğan bakım hizmetleri uygun şekilde verilebildiğinde, yenidoğan ölüm hızlarının önemli ölçüde azalabileceği bilinmektedir. Yenidoğan ölümlerinin azaltabilmesi için, sadece yüksek teknolojiye dayanan, pahalı, uzman ağırlıklı, hastane bakımı hizmetlerinin geliştirilmesi yeterli olmamakta, bunun yanında temel yeni doğan bakım hizmetlerinin de geliştirilmesi gerekmektedir. Program kapsamında düzenlenen eğitimlerde göbek bakımı, canlandırma ihtiyacını belirleme, olağan bakım, hipotermiden korunma, K vitamini uygulaması, göz bakımı, erken emzirme, ulusal programda yer

alan taramalar, işitme taraması, aşilar, anneye danışmanlık konuları işlenmektedir⁽³¹⁾.

Yenidoğan Yoğunbakım Güncelleme Eğitimi

Ülkemizde halen yüksek seyreden yenidoğan dönemi bebek ölümlerini azaltmak amacıyla, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Neonatoloji Derneği işbirliğiyle 2010 yılında, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik “Yenidoğan Yoğun Bakım Programı” başlatılmıştır. Program 2014 yılında “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Yenidoğan Bakımı Güncelleme Kursu” adlandırılarak sürdürülmüştür. Programın hedefi, eğitim alan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının yenidoğan yoğun bakım merkezlerinde görev yapması ve yenidoğana doğru ve etkili müdahale olanaklarının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Ek olarak, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavisi mümkün olan vakaların, üçüncü basamak yoğun bakımlarda hasta yükünü arttırmasının engellenmesi ve bu merkezlere destek sağlanması da amaçlanmaktadır⁽³²⁾.

Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğun Bakımı Temel Eğitimleri Programları

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği ve T.C. Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle hazırlanan program, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının çocuk yoğun bakım ve çocuk acil hizmetlerine yönelik bilgilerini destekleyerek, çocukluk çağı ölümlerini azaltmayı amaçlanmaktadır. Her ne kadar Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde çocuk acil ve çocuk yoğun bakım için yan dal uzmanlığı statüsü getirilmiş de olsa, bu konudaki uzman ihtiyacının kapanması için uzun yıllar gerekeceği öngörülmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bir bölümünün eğitim programına katılımını sağlayarak, öncelikle 2.basamak çocuk yoğun bakım üniteleri ve çocuk acil servislerindeki hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek amaçlanmaktadır⁽³³⁾.

Kaynaklar

- Hayran O. Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi? J Biotechnol and Strategic Health Res. 2019;3(3):170-175 doi: bshr.640902
- Yıldız H, Aydın R. Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi. Fifth International Mediterranean Social Sciences Congress (MECAS V) University of Donja Gorica Podgorica, Montenegro. June 18-20, 2019
- Halk Sağlığı Haftası “Anne ve Çocuk Sağlığı”. (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/halk-sagligi-haftasi-anne-ve-cocuk-sagligi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (Erişim Adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117_gbpgenelge2008pdf.pdf?0) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 (Erişim Adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134_siy2018trpdf.pdf?0) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Sarıkaya E. Gebelerde Aşılama (Erişim Adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tacese/uploads/genel/files/yayinlar/raporlar/tacese_2018_gebelerde_asilama.pdf) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023) (Erişim Adresi: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/56269_viralhepatitonlemevekontrolprogramipdf.pdf?0) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- İshalli Hastalıkların Kontrolü Genelgesi 2004 / 52 (Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR%2C11067/ishalli-hastalıkların-kontrolü-genelgesi-2004--52.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- (9)Sağlık Programları. T.C. Sağlık Bakanlığı. 1. Basım. 1995, Ankara. (Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200705021522570.pdf>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Doğum Bildirim Sistemi (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bois-liste/doğum-bildirim-sistemi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Bebek Ölümleri İzleme Sistemi (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bois-liste/bebek-ölümleri-izleme-sistemi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagligin-gelisitirilmesi/okulda-sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagligin-gelisitirilmesi/çocuk-güvenliğinin-sağlanması-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Bebek Çocuk Ergen İzlemleri (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagligin-gelisitirilmesi/bebek-çocuk-ergen-izlemleri.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı Genelgesi (Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/toplum_sagligi_db/KORUYUCU_AGIZ_VE_DIS_SAGLIGI_PROGRAMI.pdf) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı Görüşme Rehberi (Erişim Adresi: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/71119_cpgd-gorusme-rehberipdf.pdf?0) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Tamamlayıcı Beslenme Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/tamamlayıcı-beslenme-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Demir Gibi Türkiye Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/demir-gibi-türkiye-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/d-vitamini-eksikligi-onleme-ve-kontrol-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-sütünün-teşviki-ve-bebek-dostu-sağlık-kuruluşları-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)

- 21) İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi Haftası (Erişim Adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,24435/iyot-yetersizligi-hastaliklarinin-onlenmesi-haftasi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 22) Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP) (Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidoğan_tarama_programi.html) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 23) Yenidoğan İşitme Taraması Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidoğan-işitme-taraması-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 24) Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-çağı-çocuklarda-işitme-taraması-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 25) Yenidoğan Görme Taraması (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidoğan-görme-taraması.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 26) Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-öncesi-çocuklarda-görme-taraması-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 27) Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-çağı-çocuklarda-görme-taraması-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 28) Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/gelişimsel-kalça-displazisi-gkd-tarama-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 29) Hemoglobinoziti Kontrol Programı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/hemoglobinoziti-kontrol-programi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 30) Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-ep-liste/yenidoğan-canlandırma-programi-nrp.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 31) Temel Yenidoğan Bakımı Eğitimi (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-ep-liste/temel-yenidoğan-bakımı-eğitimi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 32) Yenidoğan Yoğunbakım Güncelleme Eğitimi (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-ep-liste/yenidoğan-yoğunbakım-güncelleme-eğitimi.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 33) Çocuk Acil Tıp ve Çocuk Yoğunbakımı Temel Eğitimleri Programları (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-ep-liste/çocuk-acil-tıp-ve-çocuk-yoğunbakımı-temel-eğitimleri-programları.html>) (Erişim Tarihi: 22.06.2020)



Çocuk ve Ergenler Açısından Çevre > Sağlığının Etkisi

31

DOÇ. DR. GAMZE VAROL

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında yer alan ve yaygın bilinen bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali tanımına ek olarak; sağlık, canlının genetik yapısıyla çevresinin etkileşiminin örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Çevre ise genel olarak organizmanın dışındaki ve onu etkileyen her şey olarak tarif edilmektedir ama pek çok tanım ve sınıflandırma ile açıklanmaya çalışılır. Çevrenin canlı ve cansız bileşenleri olduğu kadar, fizikojeokimyasal, biyolojik ve sosyal öğeleri de bulunmaktadır. Bu öğeler, sağlığın/sağlıklı olmanın sürdürülmesi ya da yitirilmesinde önemlidir. Çevre, sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir.⁽¹⁾ Olumlu çevre koşulları sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine olanak tanırken, olumsuz çevre koşulları da sağlığı ve sağlıklı olmayı engellediği kadar sağlık sorun ve olayları yerine sorunları ve hastalıklara yol açar. Çevresel kirlilik ise genel olarak, ekonomik üretim ve toplumsal etkinliklerin bir yan ürünü/sonucudur ve sağlığı olumsuz etkiler. Çevre ve sağlık ilişkisi, çevrenin sağlık üzerine etkileri uzun yıllardır çalışılan bir konudur. Ancak günümüzde kapitalist üretim ilişkilerinde çevre sınırsız bir kaynak gibi kabul edilerek giderek daha sömürülen bir alan haline almış, bu nedenle olumsuz sağlık etkileri de daha yakıcı ve derinden hissedilmeye başlamıştır. DSÖ 5 yaş altı 1.7 milyon çocuk ölümünün çevresel nedenlere atfedilebileceğini, çevresel risklerin azaltılmasıyla 4 çocuktan 1'inin yaşamının kurtarılabilceğini ve hastalık yükünde %25 azalma sağlanabileceğini belirtmektedir.⁽²⁾ Beş yaş altı ölümlerin en önemli nedenleri arasında akut solunum yolu hastalıkları ve ishalleri hastalıklar

yer almaktadır. Akut solunum yolu hastalıklarının 2/3'ünün, ishalleri hastalıkların da %90'ının çevresel kaynaklı olduğu bildirilmektedir.⁽³⁾ Çevresel etkilenimler nedeniyle çocukluk döneminde astım prevalansı artmaktadır, hava kirliliği çocuk sağlığını etkileyen en büyük risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Temiz su, hijyen ve sanitasyon uygulamaları 350 binden fazla çocuğun ishalleri hastalıklardan yaşamını yitirmesini engelleyebilir. Pestisit nedenli zehirlenmeler çocukluk döneminde yaşamı tehdit eden bir diğer çevresel faktördür. Sıtma hala beş yaş altı çocukların ölüm nedenleri arasında ilk 5'e girmektedir. Kurşun başta olmak üzere zararlı kimyasallar özellikle genç çocuklar için çok zararlıdır. Toksik kimyasalların çevreye yayılması, atılması, zehirli bitki ve hayvanlarla temas sonucu zehirlenmeleri beş altı çocukların önemli ölüm nedenleri arasındadır. Çevresel risklere erken yaşta maruziyet çocukluk çağı kanserlerinin görülme riskini arttırmaktadır. İklim değişikliği özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda hastalık/sağlık sorunu riskini arttırmaktadır.⁽⁵⁾

Çocukluk dönemi beş yaş altı ile sınırlı değildir, 18 yaş altı herkes çocuk olarak kabul edilmektedir. Ancak bu dönemin kendi içinde de (yeni doğan, oyun çağı dönemi, okul çağı, adolesan vb.) farklı sınıflandırmaları ve her döneme özgü farklı çevresel etkilenimleri ve farklı sağlık sorunları mevcuttur. Ancak çevresel etkilenimler çocukluk döneminde bireysel, davranışsal, metabolik vb. pek çok nedenden ötürü erişkinlerden daha fazla ve kalıcı olması bu alanı daha da önemli kılmakta, çocuklar hassas gruplar arasında yer almaktadır.⁽⁴⁾ Bebek

ve çocukların sağlıklı erişkinler olabilmeleri için sağlıklı çevrelerde yaşamaları, büyüme ve gelişme aşamalarını sağlıklı ev, okul, oyun vb. ortamlarda gerçekleştirmeleri sağlanmalıdır.⁽⁵⁻⁷⁾ Bu nedenledir ki çevrenin çocuk sağlığına etkileri konusu tüm toplumları etkileyecek boyutta küresel; yakıcı sonuçları olabilecek denli önemli ve güncel, temelde önlenebilir olması nedeniyle de politik ve yaşamsal önemde bir halk sağlığı çalışma alanıdır.

Yukarıda da açıklandığı üzere çocuk sağlığı dendiğinde uzun bir dönemin sağlık sorun ve olayları kast edilmektedir. Benzer olarak çevre de yukarıda da belirtildiği gibi çok geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu nedenle içeriğin ve sürenin geniş, etkilenimin de farklı özellikleri olması nedeniyle çocuk ve çevre etkileşimini incelemek, araştırmak da o denli zordur. Çevre ve çocuk sağlığı alanında uluslararası düzeydeki literatür çok geniş kapsamlıdır. Bu alandaki çalışmalar etken spesifik olabildiği gibi, farklı çocukluk dönemlerine ilişkin de olabilmektedir. Konuyla ilgili uluslararası düzeyde çok sayıda ve riske özel çalışma bulunmasına karşın ulusal düzeyde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde çocuk ve çevre sağlığına ilişkin genel yaklaşımları içeren derlemeler olmakla birlikte^(1,7,8) alana özel çalışmalar kısıtlı sayıdadır.

Türkiye Sağlık Raporu'nun konsepti gereği Rapor'un Çocuk Bölümü içinde yer alan bu bölümünde 2014 yılından günümüze Türkiye'de yapılmış ulaşılabilen sınırlı sayıdaki araştırma sonuçları çocuk sağlığında fizikojeokimyasal çevrenin etkisini inceleyecek şekilde iki ana başlık altında özetlenmeye çalışılacaktır.

Çalışmada Google akademik arama motorunda 2014-2020 yılları arası Türkçe sayfalarda çevre kirliliği, çocuk sağlığı anahtar kelimeleri aratılarak 162 makaleye ulaşılmıştır. Makaleler incelendiğinde bir kısmının tekrar makale olduğu, bir kısmının tam metin olmayan kongre bildirisi olduğu, bir kısmının konu ile doğrudan ilişkili olmadığı saptanmış ve dışarıda bırakılmıştır. Derlemeler, orijinal makaleler, raporlar, tam metin kongre bildirileri ve tezler çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamındaki makalelerden gebelik, tütün ve doğrudan çocuk sağlığı ile ilişkili olmayan çalışmalar da kapsam dışı bırakılmıştır. Hazırlanan bölüm, incelenen makalelerin içeriği doğrultusunda sınıflandırılarak derlenmiştir.

Fizikojeokimyasal çevre ve çocuk sağlığı

Hava kirliliği ve etkileri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2013 yılında hava kirliliğini oluşturan etmenlerden olan partikül maddeyi kanserojen ilan etmiştir⁽⁹⁾ ve Hava kirliliği "insan sağlığına en büyük tehlikelerden biri" olarak açıklanmaktadır.⁽¹⁰⁾ Küresel ölçekte çocukların %93'ü ve beş yaş altı 630 milyon çocuk DSÖ sınır değerlerinin üstünde kirli hava solumakta⁽¹⁰⁾ ve düşük gelirli ailelerde yaşayan çocuklar daha fazla hava kirliliğine daha fazla maruz kalmaktadır.^(11,12)

Dış ortam hava kirliliği

Dış ortam hava kirliliğinin anne karnındaki fetustan, yeni doğan, bebek ve çocukluk dönemi boyunca çocukların büyüme, gelişmesini, akciğer, kalp, beyin gibi pek çok organ başta olmak üzere hormon ve bağışıklık sistemleri gibi pek çok sistemini de olumsuz etkilediğini kanıtlayan çok sayıda çalışma vardır ve büyüme, zeka, beyin gelişimi ve koordinasyon üzerindeki etkilerine yönelik kanıtlar çoğalmaktadır.^(12,14) Bu olumsuz etkilenmelerin sonuçları maruz kalmanın yeri ve boyutuna, genetik ve bireysel özelliklere göre değişmekle birlikte erişkin dönemde sağlıklı olmanın önünde de engeldir. Hava kirliliği ile mücadele, görünmeyen sağlık faturasını da azaltarak, bireysel ve ulusal düzeyde milyarlarca liralık tasarruf sağlar.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Ülkemizde dış ortam hava kalitesi/kirliliği ile ilgili olarak 13.01.2005 tarih ve 25699 sayılı "Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği", 06.06.2008 tarih ve 26898 sayılı "Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği" ve 03.07.2009 tarih ve 27277 sayılı "Sanayi Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği" bulunmaktadır, 2014 ve sonrası konuyla ilgili yeni bir mevzuat menine rastlanmamıştır.

Bir çalışmada bayesian yöntemi kullanılarak bir modelleme yöntemi geliştirilmiş ve Annenin düşük VKI'ne sahip olması hava kirlenmelerine maruziyetini ve buna bağlı olarak bebek doğum ağırlığı riskini etkilediği saptanmıştır.⁽¹⁶⁾

Arkant'ın yaptığı Tez'de Edirne'de yaşamaya kıyasla havası en kirli ilçesi olan Keşan'da yaşamak perinatal sonuçlar ve preterm eylem açısından 1.6'şar kat riskli bulunmuştur.⁽¹⁷⁾

İç ortam hava kirliliği

Dünya genelinde iç ortam hava kirliliği de ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. İç ortam hava kirliliği özellikle yoksullukla ilişkili bulunmakta ve özellikle ev içi ısınma, pişirme gibi faaliyetler nedeniyle annesi ile aynı ortamda bulunan küçük çocukların daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir.⁽¹²⁾

İç ortam hava kalitesi dendiğinde çocukluk dönemi için ev ortamı dışında okullar akla gelmelidir. Özellikle kreş ve ilköğretim çağındaki çocuklar gündüz okulda akşam da evde genellikle iç ortamlarda bulunmaktadırlar. Araştırmalar özellikle okullardaki kötü hava koşullarının, çocuklarda gözlenen baş ağrısı, hafıza ve konsantrasyon problemleri, üst solunum yolu enfeksiyonları, astım ve alerjik reaksiyonlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Babayiğit ve ark.'nın (2014) çalışmasında Keçiören Ankara'da 31 ilköğretim okulunda iç ortam hava kalitesi (CO, CO₂, SO₂, NO₂, formaldehit) incelemesi yapılmış, ana caddeye yakın okullarda CO ve SO₂ seviyesinin yükseldiği, 35 kişiden daha kalabalık sınıfların CO₂, NO₂, SO₂ ve formaldehit seviyesinin yükseldiği tespit edilmiştir.⁽²¹⁾ Bir çalışmada da yoğun trafiğe sahip yolların yakınında bulunan okullarda iç ortam NO₂ seviyesi DSÖ tarafından belirlenen sınır değer olan 40 µg/m³ değerinin üstünde saptanmıştır.⁽²²⁾ Ugran ve ark. ilköğretim okullarında havalandırmanın iç ortam hava kalitesine olumlu etkisinin gösterilmesi için başlatılan bir projenin etkilerini değerlendirmiş ve olumlu etkilerini paylaşmışlardır.⁽²³⁾ Sınıflardaki hava kalitesinin öğrenme üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir yüksek lisans tezinde özellikle havanın soğuk olduğu kış aylarında olmak üzere dersin başlamasından sonraki 10 dk içinde CO₂ miktarının sınır değer olarak kabul edilen 1000 ppm'in üzerine çıktığı, bu düzeylerde öğrencilerin dikkat dağınıklığı, uyku hali, solunumda hızlanmalar, öksürük gibi birçok şikayetlerinin baş gösterdiği saptanmıştır.⁽²⁴⁾

Ercan ve ark. çevresel kontrol önlemleriyle ev tozu akarlarına duyarlı çocuklarda astımın kontrol altına alınabileceği, annenin eğitiminin bu noktada önemli bir unsur olduğunu belirtmişlerdir.⁽²⁵⁾

Ülkemizde iç ortam hava kalitesi ile ilgili bir mevzuat bulunmamaktadır.

Tütün iç ortam hava kirliliğinin önemli nedenleri arasında olmakla birlikte Raporun Tütün bölü-

münde ele alınacağı düşünülerek burada incelenmemiştir.

Toprak, su ve besin kirliliği ve çocuk sağlığı

Hava, su ve toprakta bulunan kirleticilerin besin zincirine geçerek sağlığı etkilemesi dışında gıdalarımız katkı maddeleri, böcek ilaçları, hormonlar, gübreler, genetiği değiştirilmiş organizmalar, atıklar, kanalizasyon ve septik sızıntılar, altyapı eksikliği, mikrobiyolojik kirlilik, mikotoksinler ve radyasyon ile bulaş, ambalajlama, depolama, saklama sırasındaki çeşitli kirleticilerle temas nedeniyle tarladan sofraya dek birçok kirliliğe maruz kalmaktadır. Bu durum gıda güvenliğini ve dolayısıyla insan sağlığını etkilemektedir.⁽²⁶⁾

Onyıllar öncesine dek gıdalardaki biyolojik ajanlar en önemli tehlikeyi oluştururken, günümüzde kimyasal tehlikeler giderek artan düzeyde tehlike oluşturmaktadır. Kimyasallar yaşamın her alanında bulunmakta ve günlük yaşamımızdaki pek çok ürün ve eşyanın yapısında 100 bine yakın kimyasalın bulunduğu tahmin edilmektedir. Ağır metaller bu kimyasalların içinde önemli yer kaplamaktadır. Bu ağır metaller günlük kullanılan masum gibi görünen pek çok ürünün yapısında/yapısında yer aldığı gibi sanayi kaynaklı kirlilik nedeniyle çevreye ve tüm canlılara yaygın etki göstermektedir. Bu toksik maddelerin bir kısmının kanserojen olması, bir kısmının vücutta birikerek ilk olarak biriktiği organı başta etkileyerek, giderek sistemik etkilerinin görülmesi ve hayatı tehdit etmesi nedeniyle önemlidir. Özellikle kurşun bu ağır metallerden biridir.⁽²⁷⁾ Bu toksik kimyasallar amniyotik sıvıdan, anne sütünden, bebek kordonundan ve mekonyumdan da analiz edilebilmektedir. Örn. Hamzaoğlu ve ark. tarafından (2014) Kocaeli'de yapılan bir çalışmada sanayi yoğun bölgede yaşayan annelerin ilk sütünde (kolostrum) ve bebeklerin mekonyumunda ağır metal düzeylerinin limit değerlerin çok üzerinde olduğu saptanmıştır.⁽²⁸⁾ Kaya, doktora tez çalışmasında anne biyolojik örnekleri, plasenta ve kordon kanında cıva düzeylerini araştırmış, diyet balık tüketenlerin kanında cıva düzeyini yüksek bulmuştur.⁽²⁹⁾ Erken dönemde maruz kalınan kimyasallar ileri yaşlardaki kronik hastalıkların temelini oluşturmaktadır. Bir çalışmada öze-fagial atrezisi (ÖA) olan yenidoğan ve annelerinin kan ve serumlarında mineral, eser element ve ağır

metal düzeyi incelenmiş, ÖA olan çocuklarda kimi ağır metal düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁽³⁰⁾

Kalıcı organik kirleticiler (KOK) ise çocuk sağlığı ve çevresel etkilenimde önemli yer tutmaktadırlar. KOK'ların çok farklı tipleri vardır ve görece insan sağlığı ve çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri çokça çalışıldığından kimyasalların en çok endişe duyulan sınıfını oluşturmaktadır. Örneğin çocuklarda kanser, büyüme geriliği, nörolojik bozukluklar, davranışsal gelişme bozukluğu, bağışıklık sisteminin baskılanması, kardiyovasküler etkiler gösterdikleri saptanmıştır.⁽³¹⁾ Endokrin bozucular, endokrin sistemin gelişimini ve fonksiyonunu değiştiren, ekzojen madde veya madde karışımlarıdır. Doğada doğal olarak bulunabildikleri gibi, değişik sentetik ve endüstriyel ürünlerin içerisinde de yer almaktadırlar. Avrupa Birliği tarafından 680 kimyasal madde endokrin bozucu olarak tanımlanmış olup, bu maddelerin başlıcaları bisfenol A, ftalatlar, perflorlu bileşikler, poliklorlu bifeniller, dioksinler ve furanlar olarak sıralanmıştır. Bu kimyasallar vücutta hormonları taklit ederek endokrin sistemi ve dolayısıyla fizyolojik fonksiyonları bozmakta, erken yaşlarda maruz kalma ile ileriki yaşlarda davranış bozuklukları, depresyon, anksiyete, allerji, solunum yolu hastalıklarına neden olmakta, ergenlik başlangıcı ile sorunlara yol açmakta ileri yaşlarda obezite, diyabet ve tümör oluşumu tetiklediği bildirilmektedir. Endokrin bozucuların etkileri birçok organ üzerine olmakla birlikte böbrek üzerine etkileri oldukça önemlidir⁽³²⁾ ve özellikle çocuklarda genitouriner sistem anomalilerinin gelişiminde rol oynamaktadırlar.⁽³³⁾ Endokrin bozuculardan ftalat, bisfenolün bebek biberonlarında, çocuklar için bakım ürünlerinde bulunduğu saptanmıştır.⁽³⁴⁾ Ayrıca PVC'yi yumuşatmak için Fitalat yaygın kullanıldığından bu endokrin bozucuya sık ve çocuklar da dahil geniş bir popülasyonun yaygın maruz kaldığı söylenebilir. Fitalatlar gelişimsel sorunlara, ürogenital sistem, karaciğer, böbrek ve tiroitte toksik etki gösterebilir. Bebekler ve çocuklar, özellikle de erkekler ftalatların toksik etkilerine karşı daha duyarlıdır.⁽³²⁻³⁷⁾

Süt ve süt ürünlerinde en yaygın olarak bulunan kalıntılar antibiyotikler ve hormonlar gibi veteriner ilaçları, pestisitler, mikotoksinler ve dioksinlerdir. Özellikle karaciğere toksik etki gösteren bu mikotoksin grubunun, yanlış depolama sonucu başta tahıl ürünleri olmak üzere kontamine tahıl ürün-

lerini tüketen hayvanların yenilebilir dokularında ve bu hayvanların süt ve süt ürünlerinde bulunduğunu belirtmişlerdir. Süt ve süt ürünleri yetişkinlerden daha duyarlı olan çocukların beslenmesinde fazla miktarlarda tüketildiğinden çalışmada iyi tarım uygulamalarının önemi vurgulanmıştır. Derlemede ek olarak toksin Türk Gıda Kodeksi Bulaşanlar Yönetmeliği'nde belirtilen yasal limitleri aşmadığında bile özellikle çocuklarda yaygın ve uzun süreli kullanımların sağlık için risk oluşturabileceği bildirilmektedir.^(38,39) Ülkemizde süt ve süt ürünleri de dahil olmak üzere hayvansal ürünlerde kalıntıların ortadan kaldırılmasına ilişkin yetkilendirilmiş kuruluş Tarım ve Ormanlık Bakanlığı'dır ve kalıntı izleme programı kapsamında etkin denetimler çocuk sağlığının korunması açısından önemlidir.

Toksik ve karsinojenik olan kalıcı organik kirleticiler (Örn. dioksin) özellikleri gereği doğada uzun süre kalır ve suda erimez, fakat yağ dokusunda çözüldüğü için insanda birikir. Endüstriyel kaynaklardan havaya, yağmurlarla bitki ve toprağa yayılarak besin zinciri ile hayvanlar ve insanlar tarafından alınır. Besin zinciri yanında, solunum sistemi ile de vücuda girer. İnsanda biyolojik ve toksik etkisi vardır. Bu etkiler tiroid fonksiyonlarında, üreme ve endokrin sistemde gözlenir. Non-Hodgkin lenfoma, akciğer kanseri ve yumuşak doku sarkomu gibi karsinojenik etkiler de göstermektedir. Özellikle çocukluk döneminde daha yoğun etkilidir.^(40,41) Konunun önemi nedeniyle uzun süredir üzerinde çalışılan bu konuda uluslararası ve ulusal düzeyde çok sayıda teknik rapor, rehber ve hukuk metni bulunmaktadır.^(42,43) Ülkemizde konuyla ilgili olarak 2014 yılı ve sonrası olarak 29 Temmuz 2015 tarih ve 294295 sayılı Türk Gıda Kodeksi Belirli Gıdalarda Dioksinlerin, Dioksin Benzeri Poliklorlu Bifenillerin ve Dioksin Benzeri Olmayan Poliklorlu Bifenillerin Seviyesinin Resmi Kontrolü İçin Numune Alma, Numune Hazırlama ve Analiz Metodu Kriterleri Tebliği yayımlanmıştır.

Çevresel kirleticilerden biyolojik olarak parçalanabilenler görece kısa süreli ve geçici sağlık sorunlarına yol açabilirken, kimi metaller, plastikler, bazı pestisitler, deterjanlar ile radyoaktif izotoplar gibi çevrede biyolojik olarak parçalanmayan maddeler ise uzun süreli ve kalıcı olumsuzluklara neden olurlar.^(44,45) Örneğin Nitratlar, kirlenmiş doğal varlıklar, atıklar, gübreleme ve yanlış tarımsal sulama nedeniyle yeraltı sularında yükselmektedir. Gebe ve çocuklar için ciddi sağlık sorunlarına yol

açabilmektedirler. Harran Ovasında 2014-2015 yıllarında yapılan ölçümlerde DSÖ, Avrupa Birliği ve ulusal mevzuat sınır değerlerinin üzerinde saptanmıştır.⁽⁴⁶⁾

Ülkemizde fiziksel ve kimyasal risk faktörlerinin yanında çocukların sağlığı üzerinde biyolojik risk faktörlerinin önemi halen devam etmektedir. Türkiye'deki Hepatit A mortalitesinin araştırıldığı bir çalışmada 5-9 yaş grubunda mortalitenin en yüksek olduğu, ülkenin Güneydoğusunda özellikle Ceyhan, Asi ve Dicle'nin güneydoğu havzasında kümelenildiği saptanmıştır.⁽⁴⁷⁾

Diğer Çevresel Etkilenimler ve Çocuk Sağlığı

Burada yukarıdaki başlıklarda yer almayan ancak çevresel etkilenim ve çocuk sağlığı alanını önemli boyutta ilgilendirdiği düşünülen konularda yapılan araştırma ve derlemelere yer verilmiştir.

Gürültünün sağlık üzerine etkileri pek çok çalışmada gösterilmiştir, özellikle okul çağı çocuklarının bilişsel /davranışsal durumlarını olumsuz yönde etkilediği, algısını, öğrenme ve akademik başarıyı bozduğu bulunmuştur.⁽⁴⁸⁾ Akabay ve Bulunuz özellikle okul ve okul dışı ortamlardaki gürültüyü araştırdıkları çalışmalarında, şehir merkezindeki okullarda dış ortam gürültüsünü daha fazla bulunmakla birlikte genel olarak tüm okullarda iç ortam gürültü düzeyinin mevzuatın üstünde olduğu saptanmıştır.⁽⁴⁹⁾

Nöral tüp defektleri (NTD) embriyonik gelişim esnasında ortaya çıkan ve nöral tüpün morfogenetik kapanmasındaki bozukluktur. Patogenezinde genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir.⁽⁵⁰⁾ Büyükşekerci ve ark. hazırladıkları derlemede NTD etiyojisinde çevresel maruziyet kaynaklı ağır metaller (kurşun, arsenik, civa, kadmiyum, ve manganez), pestisitler, solventler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi toksik kimyasalların etkilerini inceleyen çalışmaları incelemiştir.⁽⁵¹⁾ Derlemede perikonsepsiyonel dönemde Folik Asit takviyesi ile düzelmeyen olgularda ebeveynlerin çevresel ve mesleki ortamlarda maruz kaldıkları ağır metaller, pestisitler, solventler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi çok çeşitli kimyasallar NTD için risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.⁽⁵¹⁾

Günay ve ark. sağlık alanında görüntüleme yöntemi olarak kullanılan Tec 99 radyasyon tedavisi

alan bireylerden çevreye yayılan radyasyonu ölçtükleri çalışmalarında bu kişilerin etrafındakilerin özellikle küçük çocuklarının risk altında olabileceğini vurgulamıştır.⁽⁵²⁾

Oyuncaklar özellikle oyun çağı çocuklarının sağlığını etkileyen önemli bir konudur. İçindeki parçaların kopması ve yutulması, burun, soluk borusu ve bronşlara kaçması gibi solunumun mekanik olarak engellenmesi nedeniyle öksürükten başlayarak, enfeksiyon ve ölüme kadar giden farklı klinik tablolar ile karşılaşılabilir ancak bu oyuncakların yapıldığı materyal de çocuk sağlığını etkileyen bir diğer önemli konudur.⁽⁵³⁾ Ellerini ağızlarına götürme hareketini sıklıkla yapan ve tırnaklarını yiyen, kemiren çocuklar elleri aracılığıyla pek çok toksik kimyasala sadece cilt değil oral yol ile de maruz kalmaktadırlar. Bozalan ve ark. yumuşak plastik oyuncakların içindeki kurşun miktarının çocuklar için toksik kurşun kaynağı olabileceğini belirtmişlerdir.⁽⁵³⁾

Kar ve ark. otizm spektrum bozukluklarının altında yatan anormal biyokimyasal ve psikolojik mekanizmaları anlamak, çevresel etmenlerin sebep olduğu etkileri belirlemek amacıyla bu konuda yapılmış çalışmaları incelemiştir.⁽⁵⁴⁾ Çalışmada, henüz Otizm'i teşhis ve tedavi eden referans olarak kabul edilen bir biyobelirteç bulunmamasına rağmen, ksenobiyotikler, kirleticiler, ağır metaller gibi bazı stres maddelerinin nöroinflamasyon ve bozulmuş astrositler-nöron iletişimi olumsuz yönde etkileyerek otizme neden olabileceğini ifade etmişlerdir.⁽⁵⁴⁾

Kozmetik bakım ürünlerinin içindeki kimi maddeler çocuklarda erken puberteyi tetikleyebilmektedir. Kararkaş ve ark. nın çalışmasında erken puberteye giren ve organik herhangi bir neden saptanmayan kız çocuklarında kozmetik bakım ürünlerinin kullanımının kesilmesi ardından erken meme gelişiminin 6 ay içinde gerilediği saptanmıştır.⁽⁵⁵⁾

Örün, çocuk kıyafetlerinin ve onların yıkanması için kullanılan deterjanların çocuk sağlığına etkilerini inceleyerek, çocukların giysilerle doğrudan (deri, ağız yolu) ve/veya dolaylı yolla (tekstil kimyasallarının toz partiküllerinin yapısına girerek inhalasyon yoluyla, suların tekstil kimyasalları ile kirlenmesi) tekstil boyarmaddeleri, apre maddeleri, ağır metaller, pestisitler, kalıcı organik kirleticiler, fitalatlar gibi çocuk sağlığını tehdit edebilecek maddeler ile temas ettiğini ve bunların hafiften cid-

diye yayılan bir yelpazede ne tür sağlık sorunlarına yol açabileceğini vurgulayan bir derleme hazırlamıştır.⁽⁵⁶⁾

Ağız dış sağlığı hizmetlerinde dolgu malzemesi olarak kullanılan dental amalgamın sıcak ve asitli gıdaların tüketilmesi sırasında içeriğindeki Cıva nedeniyle toksik etkisi olabileceği ve çocukluk dönemindeki etkilenmenin daha fazla olabileceği yönünde bir derleme çalışmasına ulaşılmıştır.⁽⁵⁷⁾

Kokulu, çocuk sağlığında sağlıklı yapıların önemini konu alan tez çalışmasında yapı malzemeleri içindeki kimyasalların sağlığa ve çocuk sağlığına etkilerini derlemiştir.⁽⁵⁸⁾

Kütahya ilinde 10-11 yaş okul çocuklarında kan kurşun, bakır düzeylerinin araştırıldığı bir tez çalışmasında okullara göre çocuklardaki kan kurşun düzeylerinin değiştiği ancak bir çocukta kan kurşun değerinin DSÖ referans değerlerinin üzerinde olduğu saptanmış, farklılıkların Seyitömer Termik Santrali ve ildeki farklı sanayi tesisleri ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır.⁽⁵⁹⁾

Çocuk sağlığından söz ederken çocuk işçilik gerçeğini de gözardı etmemek; konuyu bir kabul edilmiş olarak değil, halk sağlığı bakışıyla irdelemek gerekir. Çocuk işçilik kabul edilemez olduğu kadar bedensel ve ruhsal gelişimini tamamlamamış olan çocuklarda çalışma koşul ve ortamları nedeniyle fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilenmeler yapabilmektedir.⁽⁶⁰⁾ Erişkinlerde klinik bulgulara neden olmayan dozda toksik madde maruziyetlerinin çocuklarda ciddi hastalık belirtilerine ve gelişimsel bozukluklara yol açabilmekte, çocukların antropometrik ve fizyolojik yapısına uygun olmayan ortamlarda çalışması bedensel gelişimlerini olumsuz etkileyebilecek, geçici ya da kalıcı kas iskelet deformasyonlarına yol açabilecektir.⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾

Ayrıca gebelerin iş yeri çalışma ortamlarında maruz kaldıkları risklerin bebek çocuk sağlığına etkileri de önemli bir konudur. Sağlık çalışanlarını kapsayan bir prospektif çalışmada sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve karşılaştığı mesleki risklerin gebeliklerin spontan düşük, erken doğum ile sonuçlanma olasılığını yükselttiğini, düşük doğum ağırlığı bebek ve riskli yeni doğan doğum olasılığını arttırdığını saptanmıştır.⁽⁶²⁾

Sonuç

Çevrenin çocuk sağlığına konusu tüm toplumları etkileyecek boyutta küresel; yakıcı sonuçları olabi-

lecek denli önemli ve güncel, temelde önlenebilir olması nedeniyle de politik ve yaşamsal önemde bir halk sağlığı çalışma alanıdır. Ancak çevre çalışmaları özellikle çevrenin sağlığa etkilerini araştırmak, nedenselliğin tespitinin güç olması nedeniyle zorlu araştırmalardır. Çocukluğun uzun bir zaman dilimini kapsaması, hassas gruplar içinde yer almaları nedeniyle çocuklar üzerinde yapılacak araştırmaların izin süreçleri vb nedenler bir yana çevresel etkinin ölçülebilmesi, maruziyetin boyutunun saptanması, kafa karıştırıcı bireysel, genetik, sosyal faktörlerin varlığı, etkinin ortaya çıkışının zaman alması gibi nedenler de bu tip çalışmaların gerçekleştirilmesini ve bulguların değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Ayrıca ülkemizde bu tip araştırmaların yapılabilmesi için alınması gereken kurum izinleri için araştırmacıların önüne çıkartılan çoğu kez dayanaksız/ temelsiz uygulamalar yukarıda sayılanlara ek bir zorluk/engel olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bölümde 2014-2020 zaman aralığında Türkiye’de çevrenin çocuk sağlığına etkilerini araştıran çalışmalar derlenmiştir. Daha çok derleme çalışmalarına erişilmiştir. Bunun nedeni yukarıda sayılan nedenler olabilir. Her türlü güçlüğüne karşın yaşamsal önemde bir halk sağlığı sorunsalını inceleyen bu alanın daha geniş çaplı ve nitelikli araştırmalara gereksinimi olduğu açıktır.

Kaynaklar

- 1) Güler Ç. Çevre Kavramları. Ed: Güler Ç. Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla). Ankara: Yazıt Yayıncılık; 2012. p.1-1 erişim tarihi: 17.07.2020
- 2) https://www.who.int/health-topics/children-environmental-health#tab=tab_1
- 3) WHO, 2009. Global Plan of Action for Children’s Health and the Environment (2010 - 2015) http://www.who.int/ceh/cehplannaction10_15.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 17.07.2020
- 4) UNEP, UNICEF, WHO, 2002. Children in the New Millennium: Environmental Impact on Health. http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/millennium/en/
- 5) <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/children-s-environmental-health>
- 6) WHO, 2010. Children’s Environmental Health Units. <http://www.who.int/ceh/publications/units/en/>. Erişim tarihi: 17.07.2020
- 7) Çağlayan Ç. Çocuk ve Çevre. Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics 2015;1(2):32-8.
- 8) Gündoğdu Z, Keskin demirci G. Aksakal MT, Aşkan ÖÖ, Gökçay G. Fiziksel Çevre Kirliliğinin Çocuk Sağlığına Etkileri, J Child 2016; 16(3-4):60-6.
- 9) <https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/AirPollutionandCancer161.pdf>
- 10) <https://www.who.int/phe/infographics/infographics-airpollution-childhealth-1-1200px-EN.jpg?ua=1>

- 11) Unicef. (2016). Clear the air for children: Executive Summary. Available: www.unicef.org/publications/files/Clear_the_Air_for_Children_Executive_summary_ENG.pdf. Last accessed 17.07.2020
- 12) WHO. Air pollution and child health. Summary, 2018 Situation Report. <https://www.who.int/publications/i/item/air-pollution-and-child-health>, Last accessed 17.07.2020.
- 13) Temiz Hava Hakkı Platformu. Hava kirliliğinin çocuklar üzerindeki etkileri. Kara Rapor 2020 içinde. S:61-2. https://www.temizhavahakki.com/kararapor2020/?gclid=Cj0K-CQjw-O35BRDVARIsAJU5mQWdhRczl4332pzxyhI6ik-815aQKwR20FAvZBU44oXXAUoLT5Rk_fhoaAsrgEALw_wcB Last accessed 17.07.2020.
- 14) https://www.who.int/phe/infographics/infographics-airpollution-childhealth-3-1200px-EN_ATM.png?ua=1 Last accessed 17.07.2020.
- 15) Heal (2015). Ödenmeyen sağlık faturası. https://env-health.org/IMG/pdf/03072015_heal_odenmeyensaglikfaturasi_tr_2015_final.pdf. Last accessed 17.07.2020.
- 16) Orak N.H. Coğrafi Sosyo-Ekonomik Mahrumiyetin ve Hava Kirleticilerinin Bebek Doğum Ağırlığı Üzerindeki Etkisi Int. J. Adv. Eng. Pure Sci. 2020; 1:79-88.
- 17) Arkant C. Edirne merkez ilçe ve Keşan'da 2015-2016 döneminde hava kirliliğinin doğum sonuçlarına etkileri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Edirne, 2017. Dan: Eskioçak M.
- 18) Sofuoğlu SC. İç Hava Kirleticileri ve İnsan Sağlığına Etkisi. Tesisat Mühendisliği. 2016;153:33-44.
- 19) Güllü G. ilköğretim okullarında iç ortam hava kalitesi ve sağlık etkileşimi, Tesisat Mühendisliği – 2016;152:33-42.
- 20) Babaroğlu A. Anaokullarında iç ortam kalitesi. Tesisat Mühendisliği. 2015;150:6-12.
- 21) Babayiğit MA, Bakır B, Tekbaş OF, Oğur R, Kılıç A, Ulus S. Indoor air quality in primary schools in Keçiören, Ankara. Turkish Journal of Medical Sciences. 2014;44:137-144.
- 22) Demirel G, Özden O, Döğeroğlu T, Gaga OF. Personal exposure of primary school children to BTEX, NO₂ and ozone in Eskişehir, Turkey: relationship with indoor/outdoor concentrations and risk assessment. Science of the Total Environment. 2014;473-474C: 537-548.
- 23) Ugran T, Sofuoğlu SC, Ekren O, Toksoy M, Aktakka S. İzmir ilköğretim okullarında iç hava kalitesi eğitimi projesi uygulama okulunda iç hava kalitesi. 12. Ulusal tesisat mühendisliği kongresi – 8-11 Nisan 2015/İzmir.
- 24) Kuşçu E. Sınıflardaki hava kalitesinin öğrenme üzerindeki etkileri. Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2016. Dan: Recepoğlu E.
- 25) Ercan M, Kaymak E, Yüksek M. Ev tozu akarlarına duyarlı astımlı çocuklarda çevresel kontrol uygulamalarının astım kontrolündeki etkisi. Asthma Allergy Immunol 2016;14:11-8.
- 26) Sarıkaya R. Arıca ŞÇ. Food contaminants and food safety. Journal of Current Researches on Health Sector. 2018;8(2):233-48.
- 27) Unicef (2020). The toxic truth: children's exposure to lead pollution undermines a generation of future potential. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-07/The-toxic-truth-children-s-exposure-to-lead-pollution-2020.pdf> . Erişim tarihi: 10.08.2020.
- 28) Hamzaoglu O, Yavuz M, Turker G, Savli H. Air pollution and heavy metal. Concentration in colostrum and meconium in two different districts of an industrial city: a preliminary report. Int Med J. 2014;21(1):77-82.
- 29) Kaya S. Anne biyolojik örnekleri, plasenta ve kordon kanında cıva düzeyleri. Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı Adli Kimya ve Adli Toksikoloji Programı Doktora Tezi. TC Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Danışman: Kayaaltı Z.
- 30) Melek M, Demir H , Celikezen FÇ , Ceylan N , Bilici S , Aengin K et al. Some mineral, trace element and heavy metal concentrations in newborns with esophageal atresia and their mothers. Medical Science and Discovery. 2014; 1(4):109-14.
- 31) Hasssoy H. Kalıcı Organik Kirleticilerin Temel Özellikleri. Çevre İçin Hekimler Derneği. Ed. Karababa AO. Kalıcı organik kirleticiler ve sağlık içinde. Genişletilmiş ikinci baskı, 2014, İzmir. S. 59-62.
- 32) Yaprak M, Fayyaz B, Turgut F. Endokrin Bozucular ve Böbrek. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics 2016;9(3):45-9.
- 33) Özel KŞ. Genitüriner anomalilerin gelişiminde hormonlar ve çevresel faktörlerin rolü. Çocuk Cerrahisi Dergisi. 2016;30(Ek sayı 2):134-140.
- 34) Yıldıztekin G, Erkekoğlu P, Gümüşel BK. Plastikler Sağlık için bir tehdit mi? fitalatlara genel bir bakış. FABAD J. Pharm. Sci. 2017; 42(2):111-23.
- 35) Fendoğlu BY, Gümüşel BK, Erkekoğlu P. Endokrin Bozucu Kimyasal Maddeler ve Kanser Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ve Korunma Önerileri Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy. 2019;39(1):44-57.
- 36) Yıldırım Y, Onmaz NE, Gönülalan Z, Hızlısoy H, Al S, Güngör CC ve ark. Bisfenoller ve Fitalatların Halk Sağlığı Üzerine Etkileri. Erciyes Üniv Vet Fak Derg. 2020;17(1):68-75.
- 37) Çelebi H, Gök G, Güllü Ö, Gök Oğuzhan. Examination of the obsogetic effects of bisphenol-a. International Advanced Researches and Engineering Journal. 2018;02(02):185-94.
- 38) Madalı B, Ayaz A. Süt ve süt ürünlerinde aflatoksin M1: maruziyet ve sağlık riskleri. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1):1-14.
- 39) T. Coşkun, T. Şanlı. Süt ve süt ürünlerinde kalıntılar. Akademik Gıda 14(1) (2016) 67-74.
- 40) Çakmak H, Atak N. Dioksinler ve sağlık etkileri. Medical Journal of Suleyman Demirel University. SDÜ Tıp Fak Derg 2017;24(4):188-97.
- 41) Güler ÜA, Kundakçı Ö. Dioksin ve benzeri bileşiklerin insan ve çevre sağlığına etkileri, Karaelmas Science and Engineering Journal. 2014;4(1):71-5.
- 42) The World Health Organization, Persistent Organic Pollutants (POPs). <http://www.who.int/ceh/capacity/POPs.pdf>. Erişim Tarihi: 21.07.2020, Ritter L, Solomon KR, Forget J, Stemeroff M, O'Leary C. An assessment report on DDT, aldrin, dieldrin, endrin, chlordane, heptachlor, hexachlorobenzene, mirex, toxaphene, polychlorinated biphenyls, dioxins and furans, International Programme on Chemical Safety (IPCS) within the framework of the Inter-Organization Programme for the Sound Management of Chemicals (IOMC) 1995. http://www.who.int/ipcs/assessment/en/pes_95_39_2004_05_13.pdf. Erişim Tarihi: 17.07.2020.
- 43) Milletlerarası Antlaşma: Kalıcı Organikler. Resmi Gazete. 30 Temmuz 2009. Sayı: 27304. Erişim Tarihi: 17.07.2020.
- 44) Filazi, A, Dikmen YB, Kuzukiran Ö. Çevresel kirleticilerden kaynaklanan zehirlenme olguları. Türkiye Klinikleri J Vet Sci Pharmacol Toxicol-Special Topics 2015;1(3):46-52.
- 45) Yurdakok Dikmen B, Alpay M, Kismali G, Filazi A, Kuzukiran O, Sireli UT. In vitro effects of phthalate mixtures on colorectal adenocarcinoma cell lines. J Environ Pathol Toxicol Oncol 2015;34(2):115-23.
- 46) Kahraman N, Karabulut BY, Atasoy AD, Yeşilnacar Mİ. Harran ovası serbest akiferinde yaz ve kış dönemleri nitrat kirliliğinin araştırılması (2014-2015). HU Muh. Der. 2016;02:01-08.
- 47) Dogru, A.O., David, R.M., Ulugtekin, N., Goksel, C., Seker, D.Z., Sozen, S. 2017. GIS based spatial pattern analysis: Children with hepatitis A in Turkey. Environmental Research 349-357. doi: 10.1016/j.envres.2017.04.001.

- 48) Doğan H. Çataltepe ÖA. Gürültünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Journal of Health and Sport Sciences (JHSS)*.2018; 1(1-2-3):29-38.
- 49) Akabay H, Bulunuz M. Okul içi ve okul dışı gürültü düzeylerinin karşılaştırılması. *ACJES* 2018;2(1):53-65.
- 50) Padmanabhan R. Etiology, pathogenesis and prevention of neural tube defects. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2006;46(2):55-67.
- 51) Büyükşekerci M, Yılmaz ÖH, Yılmaz FM, Nöral Tüp Defekti Risk Faktörü Olarak Çevresel ve Mesleki Toksik Madde Maruziyeti Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2017; 14(2):82-6.
- 52) Günay O, Sarıhan M, Abamor E, Yazar O. Environmental Radiation Doses from Patients Undergoing Tc-99m DMSA Cortical Renal Scintigraphy, *IJCESN*. 2019;5(2):86-93.
- 53) Bozalan M, Türksöy VA, Yüksel B, Güvendik G, Söylemezoğlu T. Alevli atomik absorpsiyon spektroskopisi ile yumuşak plastik oyuncaklarda kurşun düzeylerinin ön değerlendirilmesi. *Türk Hij Den Biyol Derg*. 2019; 76(3): 243-54.
- 54) Kar F, Cihaner Ö, Hacıoğlu C, Kanbak G. Autism: Evaluation of psychological, biochemical and environmental factors. *Biological Diversity and Conservation*. 2019;12(2): 206-12.
- 55) Karakaş NM, Özdemir B, Akbulut Ö. Sağlam çocuk polikliniğinde prematür telarş olgularında çevresel maruziyet değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2020;14: 207-10.
- 56) Örün E. Giysiler ve çocuk sağlığı: Ne giysin? Nasıl yıkansın? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2014;58:43-9.
- 57) Tatlı CE, Avşar AFY. Dental Amalgam-Mercury Toxicity. *Ankara Med J*. 2016;(4):383-6.
- 58) Kokulu N. Sağlıklı yapı tasarımında malzeme seçim kriterlerinin değerlendirilmesi. Mimarlık Anabilim Dalı Çevre Kontrolü ve Yapı Teknolojisi Programı, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Aralık 2016. Dan: Özgünler SA.
- 59) Öztürk T. Kütahya ili okul çocuklarında kan ağır metal ve arsenik düzeylerinin saptanması. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Anabilim Dalı, 2017. Dan: Karakuş YT.
- 60) Duyar İ. Çalıştırılan çocukların bedensel gelişimi ve sağlık sorunları. *MSG*. 2017;62-63:65-73.
- 61) Kara B. Çocuk işçilerin nörolojik sorunları. *MSG* 2017;62-63: 56-64.
- 62) Celikkalp U, Yorulmaz F. The effect of occupational risk factors on pregnancy and newborn infants of pregnant midwives and nurses in turkey: a prospective study. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(2):690-703.

Çocukluk Çağında Sağlıklı Beslenme ve > Obezite

32

PROF. DR. GÜNAY SAKA

Bu yazıda son yıllarda yayınlanmış ulusal düzeyde çalışmalardan yararlanılarak ülkemizde çocuklarda beslenme sorunları ele alınacaktır. Sağlıklı beslenme kapsamında, yaşamın başlangıcında, doğumdan sonra ilk ½, 1 saat içinde emzirilmeye başlanması, 6 ay tek başına anne sütüyle beslenmesi, 6 aydan sonra tamamlayıcı ek gıdaların verilmesi ve anne sütü verilmesinin 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmesi, bazı bebek beslenmesi uygulamaları değerlendirilmeye çalışılacaktır. Ayrıca çocuklarda yanlış beslenmenin önemli iki göstergesi olan bodurluk ve aşırı kiloluluk/şişmanlık yaygınlıkları ve değişmeler irdelenecektir.

TBSA ⁽¹⁾ – TÜBER 2015 ⁽²⁾

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA 2010) Türkiye'yi temsil eden örnekleme yapılmış kapsamlı bir çalışmadır. Bu çalışmada çocuklar ile ilgili elde edilmiş olan bazı bulgular [Tablo 32.1](#), [32.2](#), [32.3](#)' de verilmiştir. TBSA çalışmasının 20017 yılında yinelenildiği belirtilmektedir. Ancak raporu yayınlanmadığından burada değerlendirilememiştir.

Tablo 32.1 TBSA 2010 çocukların bazı beslenme özellikleri

0-5 yaş	Anne sütü alma (%)	97,5
	Tek başına anne sütü alma süresi (ay) (ort)	5,3
	4-6 ay tek başına anne sütü alan (%)	62,5
	Toplam olarak anne sütü alma süresi (ay) (ort)	14,5
6-11 yaş	Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde anne sütü alan (%)	59,1
	Kahvaltı yapmayan	10,8
	Öğle yemeği yemeyen	9,1
	Akşam yemeğini atlayan	0,9

Türkiye genelinde çocukların tamamı yakınının anne sütü aldığı görülmektedir. Doğumdan sonra ilk saat içinde anne sütü alanların oranı %59,1, 4-6 ay tek başına anne sütü alanların oranı ise %62,5 olarak saptanmıştır. Çocuklar ortalama 14,5 ay anne sütü almışken tek başına anne sütü alma süresi ortalaması ise 5,3 ay olarak saptanmıştır. Çalışmada 6-11 yaş çocukların beslenme alışkanlığı ile ilgili olarak öğün atla durumları sorgulanmış, %10,8'inin kahvaltı yapmadığı belirlenmiştir.

Türkiye Beslenme Rehberi 2015'de (TÜBER) TBSA 2010 verilerinden yararlanılarak Türkiye için yeterli olduğu kabul edilen enerji ve besin öğeleri referans değerlerini karşılayacak beslenme ürünleri hazırlanmıştır. Ayrıca Toplumunda protein ve bazı mikro besin öğelerinin alım miktarlarının tahmini ortalama gereksinim (EAR / AR) miktarları ile kıyaslanarak eksik tüketilen besin öğelerinin değerlendirilmesi yapılmıştır ⁽²⁾. Çocuklarda bazı besin öğelerini önerilen miktardan daha az alanların yüzde dağılımı [Tablo 32.2](#)'de verilmiştir. Başta D vitamini ve kalsiyum olmak üzere çocuk ve adölesanlarda pek çok besin öğesinin önerilenin altında alındığı belirlenmiştir.

18 yaş altı çocuk ve adölesanların diyetindeki demir, RDA/PRI'nın en az (5.persentil) %33'ünün ve en çok (95. persentil) %175'ni karşılamaktadır. (EAR/AR: Estimated average requirement/Average requirement. Tahmini ortalama gereksinim. Toplumdaki bireylerin yarısının gereksinimini yeterli düzeyde karşılayan besin öğesi miktarı. (AI: Adequate Intake: Yeterli alım miktarı. Toplumdaki sağlıklı bireylerin "günlük ortalama alım miktarla-

Tablo 32.2 TBSA 2010'da çocuk beslenmesi ile ilgili bazı bulgular

D vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	2-3- yaş	99,1
	4-6 yaş	99,3
	7-10 yaş	99,5
	11-14 yaş	99,3
Kalsiyum EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	73,0
B1 vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	42,5
C vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	29,8
B6 vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	20,5
A vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	22,8
B2 vitamini EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	23,2
Folat EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	24,0
E vitamini Al'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	43,4
B12 vitamini Al altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	63,4
Protein EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	10,1
Su Al altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	65,9
Lif Al altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	54,6
Magnezyum Al altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	67,7
Potasyum Al altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	97,7
Çinko EAR'ın altında alınma yüzdesi	Çocuk ve adölesan	45,7

rı" incelenerek belirlenir. EAR hesaplanmadığında kullanılır.) (RDA/PRI: Diyetle alınması öngörülen miktar. Toplumdaki bireylerin tamamına yakınının (%97,5) gereksinimini karşılayan besin ögesi miktarıdır).

TBSA 2010'da çocukların antropometrik ölçümlerinden elde edilen bazı bulgular **Tablo 32.3**'de verilmiştir. Ölçümler toplum çalışmaları için önerilen z-skor (standart deviasyon-SD) kesişim noktalarına göre yorumlanmıştır. Buna göre; <-2SD: çok zayıf/düşük kilolu/çok kısa/bodur; ≥-2SD-<-1SD: zayıf/kısa boy; ≥-1SD-<+1SD: normal; ≥+1SD-<+2SD: Hafif kilolu/kilolu/uzun; ≥+2SD: şişman/obez/çok uzun olarak gruplandırmalar yapılarak dağılımlar elde edilmiştir.

Kronik beslenme yetersizliği ölçütü olarak bodurluk sıklığı 0-5 yaşta %11,5, 6-10 yaşta %6,8 olarak bulunmuştur. Yaşa göre beden kütle indeksi (BKİ) z-skor dağılımı incelendiğinde 0-5 yaş çocukların %17,9'u hafif şişman, %8,0'i şişman iken bu oranlar 6-10 yaş grubunda sırasıyla 14,3 ve 8,2 idi.

Tablo 32.3 TBSA 2010 da 6-11 yaş çocukların antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi

	0-5 yaş	6-10 yaş
Yaşa göre vücut ağırlığı z-skor (%)		
Çok zayıf	4,1	3,8
Zayıf	13,0	16,9
Hafif şişman	14,6	12,5
Şişman	5,9	4,8
Yaşa göre boy z-skor (%)		
Bodur	11,5	6,8
Kısa	18,7	18,3
Uzun	11,6	11,0
Çok uzun	9,2	2,0
Boya göre vücut ağırlığı z-skor (%)		
Aşırı zayıf	5,2	
Zayıf	10,2	
Kilolu	17,0	
Aşırı kilolu	8,0	
Yaşa göre BKİ z-skor (%)		
Çok zayıf	5,6	3,9
Zayıf	10,3	14,9
Hafif şişman	17,9	14,3
Şişman	8,5	8,2

COSİ TUR 2013 – COSİ TUR 2016 Bulguları

(Türkiye çocukluk çağı şişmanlık araştırması)

Türkiye'yi temsil eden örneklemede 2013 ve 2016 yıllarında "çocukluk çağı şişmanlık araştırmaları" yapılmıştır. 2013 çalışmasında 7-8 yaş grubu, 2016 çalışmasında ise 6-9 yaş grubu çocuklara ait veriler elde edilmiştir. Bu araştırmalardan elde edilen bazı antropometrik ölçüm değerlendirmeleri **Tablo 32.4**'deki gibidir^(3,4).

COSİ 2016 çalışmasında ilkokul 2. sınıf öğrencisi çocukların BKİ-Z Skoruna göre; %9,9'u şişman, %14,6'sı kilolu, COSİ 2013 araştırmasında ise şişmanlık %8,3 ve fazla kiloluluk %14,2 olarak bulunmuştur. 2016 çalışmasında çocuklarda bodurluk sıklığı %2,3 olarak bulunmuştur. Bodurluk sıklığı Kuzey, Orta ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde diğer bölgelere oranla daha yüksek sıklıkta bulunmuştur. (Sırasıyla %3,5, %3,5 ve %5,4). COSİ 2013 çalışması ile karşılaştırıldığında şişmanlık ve fazla kiloluluğun arttığı görülmektedir.

Tablo 32.4 COSİ 2013 ve 2016'dan elde edilen bazı antropometrik değerlendirmelerin karşılaştırılması

		COSİ 2013 (7-8 yaş)	COSİ 2016 (ilkokul 2. Sınıf, 6-9 yaş)
Vücut ağırlığı Z skoru (%)	Ciddi zayıf	0,2	
	Zayıf	2,1	
	Normal	90,2	
	Kilolu	5,7	
	Şişman	1,8	
Boy uzunluğu Z skoru (%)	Ciddi bodur	0,1	
	Bodur	2,3	
	Normal	95,3	
	Uzun	2,0	
	Çok uzun	0,2	
BKI Z skoru (%)	Ciddi zayıf	0,3	-
	Zayıf	1,8	1,5
	Normal	75,5	74,0
	Kilolu	14,2	14,6
	Şişman	8,3	9,9
Bölgelerde Antropometrik Ölçümü Yapılan Çocukların Yaşa Göre Boy Göstergesi Z-Skoruna (HAZ) Göre Bodurluk Sıklığının Dağılımı (%)	Türkiye		2,3
	İstanbul	1,4	1,3
	Batı Marmara	0,5	1,6
	Ege	1,9	1,1
	Doğu Marmara	1,4	1,5
	Batı Anadolu	1,6	1,5
	Akdeniz	2,3	1,6
	Orta Anadolu	2,5	2,2
	Batı Karadeniz	3,9	2,3
	Doğu Karadeniz	2,4	0,3
	Kuzeydoğu Anadolu	2,2	3,5
	Doğu Anadolu	4,5	3,5
Güneydoğu Anadolu	3,6	5,4	

Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi – TOÇBİ (2011) ⁽⁵⁾

Türkiye'de 6-10 yaş grubu çocuklarda beslenme durumunun antropometrik ölçümlerle saptanması ve zayıflık, normal ağırlık, hafif şişmanlık, şişmanlık, bodurluk, kısa boy uzunluğu görülme sıklığının ortaya konulması amacıyla proje yürütülmüş ve raporu 2011 yılında yayınlanmıştır ⁽⁵⁾. Bu raporda elde edilen bazı sonuçlar **Tablo 32.5** ve **32.6**'daki gibidir.

Hafif Şişman/Kilolu ve Şişmanlık Durumu: Bu çalışmada, beden kütle indeksi (BKİ) değerleri WHO, 2007 5-19 yaş grubu çocuklar için referans değerlerine göre ve WHO-MGRS, 2007 5-19 yaş grubu çocuklar için referans değerlere göre değerlendirilmiştir. Toplamda çocukların %14.3'ü hafif şişman ve %6.5'i ise şişmandır. Şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü bölgeler İstanbul (%13,0) ve Marmara (%11.7)'dir. Şişmanlığın en düşük olduğu

bölgeler Kuzeydoğu Anadolu (%2.3), Doğu Anadolu (%2.4) ve Güneydoğu Anadolu (%0.9) bölgeleridir. Zayıf ($\geq 2SD$ - $< 1SD$) olan çocukların en yüksek olduğu bölgeler Kuzeydoğu Anadolu (%8.2), Doğu Anadolu (%10.2) ve Güneydoğu Anadolu (%10.3) bölgeleridir. Çocukların %5.0'inin bodur [Yaşa göre boy uzunluğu: $\leq -2 SD$] olduğu bulunmuştur.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Bulguları ^(6, 7)

Ülkemizde beş yılda bir yinelenen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA) 5 yaş altı çocuklarda beslenme durumu ve iki yaş altı çocuklarda da anne sütü ve emzirme uygulamaları incelenmektedir. Kronik beslenme bozukluğunu göstermesi bakımından yaşa göre boy, şişmanlığı göstermesi bakımından boya göre ağırlık verileri son iki çalışma sonuçları **Tablo 32.7**'de verilmiştir. Anne sütü ve emzirme ile ilgili sonuçlar ise **Tablo 32.8**'de gösterilmiştir.

TNSA 2018'e göre 5 yaş altı çocukların %6'sı bodur, %1.5'i ciddi bodur olarak saptanmıştır. Zayıf

Tablo 32.5 6-10 yaş çocuklarda antropometrik ölçümlerin dağılımı

		(WHO 2007 5-19 yaş grubu çocukların Z-skor referans verilerine göre)	WHO-MGRS* 2007 5-19 yaş grubu çocukların Z-skor referans verilerine göre
Vücut ağırlığı Z skor dağılımı (%)	Çok zayıf	2,4	2,7
	Zayıf	14,7	15,6
	Normal	66,1	65,2
	Hafif şişman	11,9	11,7
	Şişman	4,9	4,8
Boy uzunluğu Z skor dağılımı (%)	Çok kısa	5,0	5,5
	Kısa	21,5	21,5
	Normal	63,7	64,8
	Uzun	8,1	6,7
	Çok uzun	1,7	1,5
BKI Z skoru dağılımı (%)	Çok zayıf	1,3	1,5
	Zayıf	7,9	8,6
	Normal	70,0	68,5
	Hafif şişman	14,3	14,5
	Şişman	6,5	6,9

* WHO MGRS (Multicentre Growth Reference Study) Standart/Referans Büyüme Eğrileri

Tablo 32.6 NUTS bölgelerine göre BKI Z skor dağılımları

	Çok zayıf	Zayıf	Hafif şişman	Şişman
İstanbul	0,8	5,8	19,4	13,0
Batı Marmara	1,4	7,1	18,8	11,7
Doğu Marmara	0,7	8,5	14,0	6,5
Ege	0,9	6,2	16,4	8,5
Akdeniz	0,8	7,3	14,1	6,4
Batı Anadolu	0,6	7,8	18,2	7,4
Orta Anadolu	0,3	6,9	16,3	5,7
Batı Karadeniz	0,7	9,3	14,8	5,4
Doğu Karadeniz	0,4	2,2	21,3	6,3
Kuzeydoğu Anadolu	1,1	9,9	7,7	2,3
Doğu Anadolu	3,9	10,2	5,6	2,4
Güneydoğu Anadolu	3,1	10,3	8,3	0,9

olan çocukların oranı %2'den az, ve ciddi zayıfların oranı %1'den azdır. Düşük kilolu ve zayıf çocukların oranı benzer bulunmuştur. Beş yaş altı çocuklarda fazla kiloluluk yaygınlığı ise %8 olarak saptanmıştır.

TNSA 2018 'de son on yılı yansıtan üç çalışmanın sonuçları da karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre 2008 yılından sonra bodurluk yaygınlığı azalmıştır. %12'de %6'ya düşmüştür. Aynı sürede ciddi bodurluk oranı da (<-3SD) oranı da %4 den %2'ye gerilmiştir. Benzer şekilde fazla kilolu çocukların oranı da %11'den %8'e düştüğü belirtilmektedir. Düşük kilolu çocukların yüzdesi ise son üç çalışmada %2 düzeyinde kaldığı görülmüştür.

Bodurluk yaygınlığı yaşla artış göstermekte 18-23 ayda en yüksek düzeye erişmektedir (%9). Fazla kiloluluk ise 12-17 aylık çocuklarda en yüksek bulunmuştur (%14).

2013 ve 2018 verileri karşılaştırıldığında (Tablo 32.7) kronik beslenme yetersizliği ve fazla kiloluluk yaygınlığının çocuğun yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, anne eğitimi ve hane halkı refah düzeyi gibi seçilmiş özellikler bakımından genel olarak azalmalar olduğu görülmektedir. Ancak bodurluk yaygınlığı kırsal alanda, güney ve doğu bölgelerinde yaşayan çocuklarda, anne eğitimi düşük çocuklarda ve yoksul aile çocuklarında daha fazla iken fazla kiloluluk kentsel alanda, kuzey bölgelerinde yaşayan çocuklarda, anne eğitimi ilkökul üzeri olan çocuklarda ve varlıklı aile çocuklarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

1993, 1998, 2003, 2008, 2013 yıllarında yapılan TNSA verileri kullanılarak beş yaş altı çocuklarda fazla kilolu/şişman olma sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalış-

Tablo 32.7 TNSA 2013 ve TNSA 2018 raporlarında bazı özelliklere göre bodurluk ve fazla kiloluğun karşılaştırılması

	Yaşa göre boy <-2 SD (%) (bodur)		Boya göre ağırlık >+2 SD (fazla kilolu)	
	2013	2018	2013	2018
<6 ay	10,3	3,5	9,8	4,9
6-8	4,9	2,2	13,4	3,3
9-11	5,6	3,7	10,6	10,3
12-17	9,0	7,2	18,6	14,0
18-23	9,9	9,4	11,9	3,2
24-35	13,2	6,5	12,6	11,0
36-47	9,4	6,9	6,3	7,0
48-59	8,5	5,4	9,2	7,7
Erkek	1,9	6,1	11,7	9,3
Kadın	8,0	5,8	9,9	6,8
Kent	8,2	5,4	11,7	8,8
Kır	14,4	7,7	7,7	6,0
Batı	7,2	3,7	14,1	8,6
Güney	7,1	8,0	10,1	6,4
Orta	10,8	6,0	13,8	9,1
Kuzey	5,6	6,8	10,2	13,2
Doğu	14,5	8,2	5,0	6,7
Anne eğitimi, Yok, ilkokul altı	14,3	9,4	7,7	4,6
İlkokul	10,5	6,9	9,9	9,1
Ortaokul	7,1	5,5	13,8	8,1
Lise ve üzeri	6,1	3,9	12,6	8,8
Hanehalkı refah düzeyi				
En düşük				
Düşük	18,3	12,3	7,3	6,8
Orta	9,2	6,7	8,4	7,9
Yüksek	7,0	3,8	11,0	7,7
En yüksek	6,3	2,8	15,7	9,2
	4,3	2,2	14,2	9,4
TOPLAM	9,5	6,0	10,9	8,1

mada 2006 DSÖ Çocuk Büyüme Standartlarına göre yaşa-göre-BKİ göstergesi hesaplanmıştır. Yaşa-göre-BKİ göstergesi Z skoru referans grubun ortancasından iki standart sapma üstü olan çocuklar fazla kilolu/şişman olarak belirlenmiştir. TNSA 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013'te yaşa-göre-BKİ'ye göre hanedeki tüm beş yaş altı çocuklarda fazla kilolu/şişman olma sıklığı sırası ile %5,6;%5;%10;%10,9;%11,3 ve tüm yıllarda %8,5 olarak hesaplanmıştır. Hanedeki en küçük beş yaş altı çocuklarda ise fazla kilolu/şişman çocukların oranı sırası ile %5,5;%4,8;%10,1;%11,7;%12,3 ve tüm yıllarda %8,8 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak beş yaş altı çocuklarda şişmanlığın 1988-2013 yılları arasında iki kattan fazla arttığı belirtilmiştir⁽⁸⁾.

İki yaştan küçük bebek ve çocukların beslenme özellikleri ve son TNSA verilerinin karşılaştırılması **Tablo 32.8'**de verilmiştir. Genel olarak emzirme uygulamaları her iki çalışmada da yaygındır. İlk bir saat içinde ve ilk 24 saat içinde emzirenlerin ora-

ları artmıştır. Ancak emzirme öncesi (prelakteal) besin alanların oranı %25'den %41'e artmıştır. 6 yaşa kadar yaşına göre sadece anne sütü alanların oranı artmıştır. İlk altı ay sadece anne sütü alan çocukların oranı %30,1'den %40,7'ye yükselmiştir. Ortanca emzirme süresi ve 4-5 aylık çocuklardan sadece anne sütü alanların oranları yükselmiştir.

TNSA 2018'de ayrıca son 24 saatte demir bakımından zengin gıda tüketen çocukların oranı %62,9 olarak saptanmıştır.

Unicef Dünya Çocuklarının Durumu Raporu (SOWC 2019) Verileri⁽⁹⁾

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'in 2019 yılı "Dünya Çocuklarının Durumu" raporu eklerinde yer alan Türkiye için verilmiş çocuk beslenmesi ile ilgili bazı bulgular **Tablo 32.9'**daki gibidir. Buna göre Ülkemizde emzirmeye erken

başlama yaygınlığı %50, altı aydan küçüklerde tam emzirme yaygınlığı %30, bodurluk yaygınlığı %10, fazla kiloluluk yaygınlığı ise %11 dir. Aynı raporda 15-19 yaş grubunda şişmanlık sıklığı %30, zayıflık ise %5'tir.

Tablo 32.8 TNSA 2013 ve TNSA 2018 raporlarında 2 yaştan küçüklerde beslenme bulgularının karşılaştırılması

	2013 (%)	2018 (%)
Bir süre emzirilen	96,4	97,8
İlk 1 saat içinde emzirilen	49,9	73,1
24 saat içinde emzirilen (ilk bir saate emzirilenler dahil)	70,2	85,6
Emzirme öncesi besin alanlar (ilk üç gün anne sütü dışında başka gıda verilenler)	25,7	41,7
Yaşa göre sadece anne sütü alanlar		
0-1	57,9	59,2
2-3	35,4	45,1
4-5	9,5	14,4
6-8	4,7	3,8
Ortanca emzirme süresi (ay)	16,5	17,2
Altı aya kadar sadece anne sütü alanlar (0-5 aylık çocukların)	30,1	40,7
4-5 ay sadece anne sütü alan (4-5 aylık çocukların)	9,5	14,4
2 yıl devam eden emzirme (20-23 aylık çocuklardan)	33,8	33,5
Yaşına uygun emzirilenler		52,8
Biberonla beslenme		52,7

Tablo 32.9 UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu Raporu (SOWC 2019) verileri

Preschool (0-4 yaş)	%
Emzirmeye erken başlama	50
6 aydan küçüklerde tam emzirme	30
6-8 aylık çocuklara katı-yarı katı gıda verme	75
12-23 aylık çocuklarda emzirilenler	50
0-4 yaşta	
Bodurluk	10
Fazla kiloluluk	11
15-19 yaş grubuna Şişmanlık	30
Zayıflık	5

Sağlık Bakanlığı Programları (10)

Sağlık Bakanlığı'nın çocuklarda sağlıklı beslenme ve obezite ilgili birçok program yürütmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü içinde özellikle iki daire başkanlığı çeşitli programlar yürütmektedir. Bu programlardan bazıları aşağıda verilmiştir. Programların içeriği ve uygulanma durumları ayrı bir yazı konusu olabilir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Dairesi Başkanlığınca yürütülen programlar

- Tamamlayıcı beslenme programı
- Demir gibi Türkiye programı
- D vitamini eksikliği önleme ve kontrol programı
- Anne sütünün teşviki ve bebek dostu sağlık kuruluşları programı
- Bebek, çocuk, ergen izlemleri,
- Okulda sağlığın korunması programı (içinde beslenme eğitimi)
- Halk sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
- Beslenme dostu okul projesi
- Okul sütü programı

Diğer Çalışmalar

Son yıllarda bazı illerde yapılmış olan obezite ile ilgili araştırma bulguları [Tablo 32.10](#)'de özetlenmiştir. İlk ve orta öğretim çağı çocuklarda fazla kiloluluk sıklığı %5,7 - %28,5, şişmanlık sıklığı ise %2,8 - 20,9 arasında değişmektedir.

Sonuç

Ülkemizde emzirme uygulamaları yaygındır. İlk bir saat içinde anne sütü alma ve sadece anne sütü alma oranları artmıştır. Ancak yaşamın ilk üç gününde anne sütü dışında ek besin verme oranı artmıştır ve çocukların yarıya yakını yaşına uygun beslenmektedir. D vitamini, kalsiyum başta olmak üzere besin öğeleri alımında yetersizlikler mevcuttur (Bu konuda daha güncel veriler ortaya konmalıdır). 5 yaş altı çocuklarda bodurluk ve fazla kiloluluk oranları azalmıştır. Okul çağı çocuklarda ise BKI'ye göre şişmanlık sıklığı artmıştır. Adölesanlarda şişmanlık oldukça yaygındır. Türkiye'de kronik beslenme yetersizliği ve aşırı beslenme sorunlarının dağılımında yaşa, cinsiyete, yaşanan bölgeye, anne eğitimi ve hane halkı refahına göre farklılıklar devam etmektedir.

Tablo 32.10 Bazı illerde yapılmış olan obezite araştırma bulguları

Kaynak no	Yılı	Şehir	Yaş grubu	Değerlendirme kriteri	Sonuçlar (%)	
					Fazla kilolu	Şişman
11	2011	Sinop	İlkokul çocukları 3352 kişi	BKİ 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırıldı.	7-11 yaş grubunda 10,8 12-16 yaş grubu: 5.7	7-11 yaş grubu: 8,5 12-16 yaş: 2,8
12	2019	Giresun	14 – 18 yaş 1216 kişi	BMI Z skor + 1 SD - ≤ + 2SD arası kilolu, > + 2SD obez	14-15 yaş :28,5 16-18 yaş: 23,8	14-15 yaş:15.0 16-18 yaş:10,8
13	2015	Ankara	6-11 yaş 3969 kişi	(BKİ) persentilleri, Neyzi standartlarına göre referans değerler esas alınarak belirlendi ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)–2007 referans değerleri esas alınarak sınıflandırıldı. BKİ 85-95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırıldı.	11.1	7.5
14	2017	Ankara	4. sınıf 3518 kişi		20.1	13,8
15	2015	Yarı kentsel (izmir)	6,7. Sınıf 462 kişi	BKİ 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırıldı.	14,9	18,2
16	2016	İstanbul	İlköğretim (5-10 yaş) 177 kişi	BMI	12.4	20.9
17	2017	Çorum	5-17 yaş 1684 kişi	BMI Z skor	13.8	6.6

Kaynaklar

- 1) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> 22.07.2020.
- 2) Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015” , “T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2016.
- 3) Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2013” Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 921, Ankara ve 2014
- 4) Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması - COSI-TUR 2016” Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1080, Ankara 2017
- 5) Türkiye’de Okul Çağı (6-10 Yaş Grubu) Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:834, Ankara, 2011
- 6) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 8) Karaketir ŞG, Lülecı NE, Eryurt MA, Hıdıroğlu S, Akdeniz E. Türkiye’de Beş Yaş Altı Çocuklarda Fazla Kiloluluk/Şişmanlık Prevalansının 25 Yıllık Değişimi Ve Belirleyicileri. 3. Uluslararası, 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Antalya, 2019. Sayfa 827-8.
- 9) UNICEF (2019). The State of the World’s Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. UNICEF, New York.
- 10) <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-anasayfa> (erişim 26.07.2020)
- 11) Huriye Demet Cabar, Gül Sultan Özeren, Birsen Altay. Nutritional habits and obesity: Primary school students in Sinop, the northernmost point of Turkey. J. Exp. Clin. Med., 2014; 31:13-1.
- 12) Çam HH, Üstüner F. Oerweight, obesity, weight-related behaviors, and health-related quality of life among high-school students in Turkey. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Published: 28 August 2019 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-019-00762-0> internet erişim 06.08.2020)
- 13) Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. Türk Aile Hek Derg 2015;19 (1): 14-21

- 14) Özcebe H. Childhood Obesity in the urban part of Ankara. *European Journal of Public Health*, Vol. 27, Supplement 3, 2017. (Downloaded from https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/27/suppl_3/ckx186.324/4555938 by guest on 26 July 2020)
- 15) Meseri R, Mermer G, Ergin I, Hassoy H. Evaluation of obesity prevalence and nutritional knowledge in adolescents in a semi urban area of Turkey. *Progress in Nutrition* 2015; Vol. 17, N. 1: 00-00
- 16) Karakuş B, Save D, Ateş M, Kolasayın M, Tunçeki İ. Prevalence of obesity and overweight among primary school children in a district of Istanbul, Turkey. *Marmara Medical Journal* 2019; 32: 76-80.
- 17) Comba A, Demir E, Eren NB. Nutritional status and related factors of schoolchildren in Çorum, Turke, *Public Health Nutrition*: 22(1), 122-131

Çocuk ve Gençlerde

› Bağımlılık

33

PROF. DR. GAMZE ÇAN

Bir maddenin olumsuz sonuçlarına rağmen alınmasına devam edilmesi, maddeyi alma isteğinin bırakma isteğinden daha ağır basması bağımlılıktır. Maddeyi sağlama kullanmak için çok emek harcadığı, sosyal aktivitelerin bırakılıp ilişkilerin bozulduğu, bireyin sorumluluklarını yerine getiremediği, fiziksel ve psikolojik sorunlara rağmen madde alımının devam ettiği, madde alınmadığında yoksunluk belirtilerinin yaşandığı ve giderek alınana madde miktarının artırılması ihtiyacı bağımlılığın özelliklerini oluşturmaktadır ⁽¹⁾.

Bağımlılık türleri genellikle kullanılan maddeye göre gruplanmaktadır. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü Opiat, alkol, benzodiazepin, esrar, kokain vb gibi vazgeçilemeyen madde üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca davranışa odaklanan bağımlılıklar da kumar, internet, sex, alışveriş, ilişki, yeme gibi tanımlanmaktadır. Gençler arasında sigara, madde ve davranışsal bağımlılıklar açısından internet bağımlılığı en çok karşılaşılan ve en çok duyulan bağımlılık türleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bölümde çocuklarda ve gençlerde madde bağımlılığı başlığı altında özellikle madde ve internet bağımlılığı konuları değerlendirilecektir. Sigara bu raporun tütün kısmında "Gençlerde tütün ve tütün ürünleri kullanımı" başlığı altında yer almaktadır.

Madde Bağımlılığı

Uzun yıllar Avrupa Bölgesi ve Amerika'da damar yoluyla kullanılan maddeler, bunlarla ilişkili kan yoluyla bulaşan HIV, hepatit gibi enfeksiyonlar

öncelikli sorunları oluşturmuş, bu konularda mücadele verilmiş ve önemli başarılar elde edilmiştir. Günümüzde bu alanda yeni sorunların eklendiğini görmekteyiz. Sentetik opiatların giderek arttığı ve önemli sorunlara yol açtığı görülmektedir. Daha genel olarak, tüm sentetik uyuşturucu türlerinin önem kazanmaya devam etmesi muhtemel olduğundan, toksikolojik ve adli veri kaynaklarına daha fazla yatırım yapılmasına ihtiyaç duyulacaktır. Toksikolojik ve adli verilere ulaşmanın önemi anlaşılmış Kuzey Avrupa ülkelerinin bu konuya büyük yatırımlar yaptığı dikkatleri çekmiştir ⁽²⁾.

Yayınlanan 2019 Avrupa Uyuşturucu raporu yenilikçi izleme araçlarına ihtiyaç olduğunu, mevcut istatistiklerin toplumun tamamını yansıtmaya yeterli veri sunmadığını vurgulamaktadır. Örneğin atık su analizi artık, Avrupa şehirlerinde toplum düzeyinde tüketilen uyuşturucu hacimlerinin anlık bir görüntüsünü sunmaktadır. Bu veri kaynağının sağladığı faydalardan biri, bilginin hızla raporlanabilmesi ve bu sayede, uyuşturucu tüketiminde meydana gelen değişikliklerin muhtemel erken uyarısını verebilmesidir.

Avrupa bölgesinde en yaygın kullanılan uyuşturucu esrar, en yaygın kullanılan uyarıcı ise kokaindir. 2019 yılı Avrupa Uyuşturucu raporu verilerinden yararlanılarak Türkiye'de madde kullanımı durumu Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasına göre [Tablo 33.1](#)'de özetlenmiştir. Tabloda Türkiye verileri için veri yılı ifade edilebilirken Avrupa Birliğine üye ülkelere ait veriler farklı yıllardan elde edildiği için ortama verisi ile ilgili yıl belirtilememiştir.

Tablo 33.1 Avrupa Birliği Ortalaması ve Türkiye’de Gençlerde Bazı Maddelerin Kullanım Sıklıklarına Yönelik Tahminler

Kullanılan Madde	Parametre	Avrupa Birliği Ortalaması	Ele geçirilenler
Opipidler AB Ortalaması Türkiye	1000 kişi başına tahmini vakalar	- 2011 yılı % 0,2 - 0,5	Eroin (Kg) 5418 17378
Kokain AB Ortalaması Türkiye	Yaygınlığa Dair tahminler Genel Nüfus Son 12 ay, genç yetişkinler (15-34)	% 2,1 2017 yılı % 0,1	140435 1476
Ametaminler AB Ortalaması Türkiye	Yaygınlığa Dair tahminler Genel Nüfus Son 12 ay, genç yetişkinler (15-34)	% 1,0 2017 yılı % 0,0	(Kg) 7037 7368
MDMA (Ekstazi) (3,4-metilendiyoksimetamfetamin) AB Ortalaması Türkiye	Yaygınlığa Dair tahminler Genel Nüfus Son 12 ay, genç yetişkinler (15-34)	% 1,7 2017 yılı % 0,2	Tablet 6 581 823 8 606 765
Esrar AB Ortalaması Türkiye	Yaygınlığa Dair tahminler Genel Nüfus Son 12 ay, genç yetişkinler (15-34)	% 14,4 2017 yılı %1,9	Toz esrar (Kg) 466 097 81 429 Kubar Esrar(Kg) 209 401 94 379
Uyuşturucuya Bağlı Ölümler AB Ortalaması Türkiye	Tüm yaşlar	8238 2017 yılı için 941	

Tablo verileri incelendiğinde madde kullanım tahminlerinin Avrupa birliği ülkelerinin sıklıklarının oldukça altında değerler olduğu görülmektedir. Ele geçirilen madde miktarları mücadele konusunda çalışmalar hakkında fikir vermektedir. Madde bağımlılığı konusunda pek çok Avrupa ülkesinden iyi durumda olduğumuz ortadadır. Ancak tüm gelişmeler göz önüne alındığında konu ile ilgili sürveysin tüm dikkatle devam etmesi önem taşımaktadır.

Ülkemizde madde kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili çalışan kurum ve kuruluşların arasındaki koordinasyonu sağlayan ilk kurumsal yapılanmaya 1997 yılında rastlanılmaktadır. Milli Güvenlik Kurulu’nun 26.04.1996 tarihli ve 393 sayılı tavsiye ve Bakanlar Kurulu’nun 25.07.1997 tarihli ve 97/9700 sayılı kararları ile Aile Araştırma Kurumu bünyesinde “Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Üst Kurulu” ile “Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Alt Kurulu” oluşturulmuştur. 2000’li yıllarda sürecin Avrupa Birliği düzeyine taşınması kararı ile Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’ne (EMCDDA) Türkiye’nin de katılımına karar verilmiştir. Bu kapsamda EMCDDA Ulusal Temas Noktası olarak Dışişleri Bakanlığı’nın teklifi ile Başbakanlık Makamı’nın 16.05.2002 tarihli yazı-

sıyla EMCDDA Ulusal Temas Noktası olarak EGM/KOM/TADOC belirlenmiştir⁽³⁾.

2004 yılında TADOC bünyesinde Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) kurulmuş ve 2006 yılında EMCDDA ulusal temas noktası olarak belirlenmiştir. 2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı sürecinde bağımlılık yapıcı maddelerin (Tütün, alkol, uyuşturucu madde vs.) aralarındaki geçişliliğe dikkat çekilerek kurulların kapsamının genişletilmesi, hatta toplumda hızla yayılma trendi görülen davranışsal bağımlılıklarla da (Kumar, teknoloji vb. davranışsal bağımlılıklar) mücadele konusunda da sistematik/kurumsal bir düzenleme yapılmıştır. 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Başbakan Yardımcısı Başkanlığında 11 Bakanın katılımıyla “Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)” oluşturulmuştur⁽⁴⁾.

Yeni oluşturulan yapıyla; Bağımlılıkla Mücadele Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Çalışma Grupları [Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Alkol Bağımlılığı ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Davranışsal Bağımlılıklar (Teknoloji ve Kumar Bağımlılığı) ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Bağımlılık ile Mücadele İletişim Teknik Çalışma Grubu] ve Bağımlılıkla Mücadele

İl/İlçe Koordinasyon Kurulları oluşturulmuştur. Komisyonların çalışmalarına yön vermek amacıyla 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı oluşturulmuş böylece planlanan çalışma ve faaliyetlerin yürütülmesi ve bunların etkilerinin tanımlanan gösterge ve hedefler yoluyla sistematik bir şekilde sürekli takip edilerek değerlendirme yapılabilmesine olanak sağlanmaya çalışılmıştır.

Ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi hızla yayılan yeni psikoaktif maddeler ile mücadele, TUBİM Erken Uyarı Sistemi (EWS: Early Warning System) Ulusal Çalışma Grubu aracılığıyla yapılmaktadır. Yılda en az 2 defa düzenli olarak toplantılar yapılmak suretiyle faaliyetlerine devam eden Erken Uyarı Sistemi içerisinde birçok kurum temsilcisi yer almaktadır.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2018 yılında Genel Nüfus Araştırması çalışma grubu tarafından belirlenen 26 ilde, Türkiye'yi temsil eden bir örnekleme yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilen madde kullanım çalışması yapılmış ve 42.754 kişi katılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre yaşam boyu prevalans %3,1'dir (1.338 kişi). Hayatında en az bir kere madde kullananların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 15-24 yaş grubu %35,4, 25-34 yaş grubu %30, 35-44 yaş grubu %18,3, 45-54 yaş grubu %7,8, 55-64 yaş grubu %8,5 olduğu görülmüştür. En yoğun yaş grubu 15-34 yaş grubudur (%65). Maddeyi ilk kullanım yaş ortalaması 19'dur. Bu kişilerin %4,5'i (60kişi) lise, %9,7 (130 kişi) üniversite öğrencisidir.

Teknoloji Bağımlılığı

Teknoloji Bağımlılığı; İnternetin aşırı kullanılması isteğinin önüne geçilememesi, internette yoksun kaldığında gergin davranışların olması ve sosyal hayatın etkilenmesidir. Kişinin interneti kullanma-

da kontrolü yitirmesi ile birlikte kötüye kullanım ve bağımlılık gelişebilmektedir. Bugün her yaş grubunda sosyal hayatı etkileyecek düzeyde teknolojik bağımlılığı olan kişilerin olduğu bilinmektedir⁽⁵⁾.

Teknoloji bağımlılığı bireyi fiziksel ve ruhsal sağlık anlamında olumsuz etkileyerek sonuçta aile, okul, iş ve sosyal hayatında problemlere yol açar. Teknoloji bağımlılığında çoğunlukla ilgili davranışın bağımlılık oluşturucu uyarıcı ve pekiştirici özelliklerinin olduğu söylenebilir.

Bireylerin, internet üzerinde kontrolünü kaybetmesiyle başlayan, zamanla kişide patolojik rahatsızlıklara neden olan ve uzman ile tedavi edilmesi gereken hastalıktır. İnternet bilinçli kullanıldığı zaman insan hayatını kolaylaştırma amacına hizmet etmektedir. Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte hayatımızda pek çok değişim, gelişim ve kolaylık sağlanmıştır.

İnternetin hayatımıza girmesiyle teknoloji bağımlılığı ortaya çıkmıştır. Ancak kişinin teknoloji kullanımı üzerinde kontrolünün kaybolması ve teknolojiyi ölçsüz kullanması çok ciddi zararlara sebep olmuştur. İnternet ve teknoloji bağımlılığı diğer bağımlılıklarda olduğu gibi kişinin bağımlısı olduğu teknolojik ürüne ulaşamadığında ortaya çıkan yoksunluktur.

Teknoloji bağımlılığı her yaşta ve her cinsiyet de görülür. Konu ile ilgili değerlendirme yapabilmek için istatistiklere ve çalışma sonuçlarına ihtiyaç vardır. Mevcut durumu ve zaman içindeki değişimi değerlendirmek amacıyla yapılacak çalışmalar maalesef aynı ölçüm araçları kullanılmadığı için mümkün olamamaktadır. Tespit edilecek konunun davranışsal bağımlılık olması, ölçüm için kullanılacak uygun araçların olmaması veya farklı ölçeklerin olması toplanacak bilgi açısından önemli sorun yaratmaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmaların sonuçlarını karşılaştırırken bu farklılık başlı başına bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma	Ölçek	Sonuç
Başkent Üniversitesi Öğrencileri ⁽⁶⁾ (n=397)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	Muhtemel Bağımlı %22,6 Bağımlı % 1,8
Mersin lise Öğrencileri ⁽⁷⁾ n=(1158)	İnternet Bağımlılık Ölçeği 5'li likert ölçeği	%15,1
Pamukkale Tıp Fakültesi Öğrencileri ⁽⁸⁾ (n=386)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	%0,8
Mersin Üniversitesi Öğrencileri ⁽⁹⁾ (n=910)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	İnternet Bağımlılığı %2, Riskli İnternet Kullanımı %20,9
Malatya Lise Öğrencileri ⁽¹⁰⁾ 12- 18 yaş arası (n=1800)	Anket ile 6 lı likert ölçeği	% 2,0
İlkokul – lise öğrencileri ⁽¹¹⁾ (n=8311)	İnternet Bağımlılık Ölçeği Günüş ve arkadaşları 2009	Bağımlılık %5,3
Ortaokul 5,6,7,8. Sınıf öğrencileri ⁽¹²⁾ (n=5249)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	%0,4
Ortaokul 8. Sınıf Öğrencileri Çanakkale ⁽¹³⁾ (n= 257)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	%0,8
Pamukkale Üniversitesi Öğrencileri ⁽¹⁴⁾ (n=2110)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	%8,6
Sakarya Ortaokul lise öğrencileri ⁽¹⁵⁾ (n=419)	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	İnternet bağımlısı (%4,1) Riskli İnternet Kullanımı (%28,5)

Kaynaklar

- 1) Sağlık Bakanlığı Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı <https://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/TR,21183/bagimlilik-nedir.html>. Bağlantı Tarihi: 01.06.2020.
- 2) Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2019), Avrupa Uyuşturucu Raporu 2019: Eğilimler ve Gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg.
- 3) Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019, T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, EGM Yayın Katalog No: 703 , Ankara 2019.
- 4) Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu 2017/23 sayılı Başkanlık Genelgesi
- 5) AMATEM Bağımlılık Merkezi. <https://npistanbul.com/amatem/teknoloji-bagimlilik Baglantı Tarihi: 01.06.2020>.
- 6) Turan RT, Başkent Üniversitesi Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Tez Danışmanı Prof. Dr. Rengin Erdal, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi 2015.
- 7) Şaşmaz T, Öner S, Kurt Ö, Yapıcı G, Ertekin Yazıcı A, Buğdaycı R, İş M. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. Eur J Public Health. 2014 Feb;24(1):15-20. doi: 10.1093/eurpub/ckt051. Epub 2013 May 30 doi: 10.1089/tmj.2004.10.444
- 8) Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığı ve etkileyen etmenler. Pam Med J 2013;6(3):134-142
- 9) Aslan E, Yazıcı A. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve İlişkili Sosyodemografik Faktörler. Klinik Psikiyatri 2016;19:109-117. DOI: 10.5505/kpd.2016.03511
- 10) Bayhan V. Lise Öğrencilerinde İnternet Kullanma Alishkanlığı ve İnternet Bağımlılığı (Malatya Uygulaması) Akademik Bilişim'11 - XIII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri 2 - 4 Şubat 2011 İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 11) Çan G, Şahin K, Parlak B. Topbaş M, Günüş S, Beyhun NE. Trabzon'daki Öğrencilerde İnternet Bağımlılığı Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası, 20 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 13-17 Kasım 2018 Antalya, sözlü bildiri.
- 12) İnan A. İlköğretim II. Kademe ve Ortaöğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Tez Danışmanı Yrd. Doc. Dr. Birol ALVER, Erzurum 2010.
- 13) Ertekin YH, Ertekin H, Uludağ A, Tekin M. İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinde internet bağımlılığı: Çanakkale örneklemini. Türk Aile Hek Derg 2016; 20 (2): 72-76 . doi: 10.15511/tahd.16.21672
- 14) Alaçam H, Çuha Ateşçi F, Şengül AC, Tümkaya S. Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının sigara ve alkol kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16:383-388 doi: 10.5455/apd.172340.
- 15) Taylan HH, Işık M. Sakarya'da Ortaokul Ve Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 10/6 Spring 2015, p. 855-874 DOI Number: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.8286> ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY

Çocukluk Dönemi Kaza ve Yaralanmalar: › 2014-2020 Dönemi

34

PROF. DR. L. HİLAL ÖZCEBE

Yaralanma, aniden ve yüksek miktarda enerjiyle ortaya çıkan bedensel hasardır. Vücudun fizyolojik olarak dayanabileceğinin üstünde enerjiye maruz kalınması, doku hasarına neden olmaktadır. Diğer taraftan vücudun ısı, su ve hava gibi yaşamsal gereksinimlerinin karşılanamaması da donma, suda ya da havasız kalarak boğulmada ortaya çıkmaktadır. Karşılaşılan enerji mekanik, termal, elektriksel veya kimyasal olabilir. ^(1,2)

Yaralanmalar, kasıtsız olabileceği gibi kasıtlı da ortaya çıkabilmektedir. Yaralanmaların nedenleri kişiler arası şiddet ve cinsel istismar, savaşlar ya da çatışmalar, trafik ve ev, işyeri, spor ve eğlence aktiviteleri sırasında ortaya çıkabilir. Kasıtsız olarak ortaya çıkan yaralanmalar “kaza” olarak tanımlanırken, kasıtlı yaralanmalar kapsamında kişiler arası şiddet (saldırı, istismar ve cinayet), kendine yönelik uygulanan şiddet (alkol ve madde bağımlılığı, intihar girişimi, kendine zarar veren davranışlar), yasal olarak yapılan müdahaleler (polis ya da yasa uygulayıcıların eylemleri) ve savaş, kargaşalık, sivil çatışmalar yer almaktadır. ^(1,2)

Kaza (*Accident*), önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan; yaralanma, hasar, insan/mal kaybı ile sonuçlanabilen ve önlenilebilen bir olaydır. Kazalarda yaralanma olabilir ya da olmayabilir. ⁽³⁾ Bu bölümde sadece kasıtsız olan yaralanmalar ve yaralanmaya neden olan kazalar üzerinde durulacaktır. Bu değerlendirme kapsamında 2014-2020 yılları arasında yayınlanan araştırmalardan bazıları rapor içine alınabilmektedir.

Hastane Başvurularında Yapılan Araştırmalar

Acil Polikliniğine Başvurularla Yapılan Araştırmalar

Yazar ve arkadaşları, Eylül 2015-Eylül 2016 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine başvuran adli vakaları değerlendirilmiştir. Toplam 0-17 yaş aralığında 683 vaka olup en fazla intoksikasyon vakası başvurmuştur (%38,1) ilaç intoksikasyonu vakalarının %43,6'sı ilaç, %28,3'ü korozif madde ve %21,5'i diğer kimyasal maddelerdir. İlaç intoksikasyonlarında büyük çoğunluğunun erişkin ilaçlarından (%81,4) olduğu görülmektedir. Korozif madde olarak ise %49,5'inin çamaşır suyu olduğu tespit edilmiştir. Olayların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde intoksikasyon vakalarının %77,7'sinin, yabancı cisim yutma vakalarının %62,3'ünün ve yabancı cisim aspirasyonu vakalarının %90,5'inin 5 yaş altında olduğu gözlenmiştir. Olayların gerçekleşme zaman dilimleri karşılaştırıldığında en sık %44,5'inin akşam ve %30,7'sinin öğle saatlerinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Gerçekleştiği mevsimlere bakıldığında %35,7'si sonbahar ve %27,7'si yaz aylarında başvurmuştur. Yabancı cisim yutma ya da yutma şüphesi ile başvuran hastaların %24,3'ünün madeni para, %16,4'ünün pil, %14,3'ünün iğne yuttuğu saptanmıştır. Aspirasyon ya da aspirasyon şüphesi ile başvuran hastaların en sık %30,8'inin mama veya besin içeriği aspire ettiği, %26,9'unun ise kuruyemiş aspire ettiği görülmüştür. ⁽⁴⁾

Oğuz ve arkadaşlarının Dr. Sami Ulus Hastanesi Çocuk Acil Servisine elektrik yaralanması nedeniyle Ağustos 2005-Ağustos 2015 döneminde 58 vaka başvurmuştur. Olguların yaş ortancası 3,9 yıl (9 ay-15,3 yıl) ve %51,7 kız çocuk olduğu görülmüştür. Beş yaş altında prizlere (%73), beş yaş üstünde elektrikli ev aletlerine (%42,9) bağlı yaralanmaların sık olduğu görülmüştür. Çocuklarda elektrik çarpmalarına bağlı yaralanmaların büyük çoğunluğu düşük voltajlı ve ev kazaları sonucu olmaktadır. Beş yaş altı çocuklar için prizlerin, ergenler için ise elektrikli ev aletlerin elektrik çarpmaları için önemli kaynaklar olduğu görülmüştür. (5)

Sener ve arkadaşları, bir üniversite hastanesinin 2013-2018 yılları arasında çocuk acil polikliniğine başvuran 1082 adli vakanın kayıdı değerlendirilmiştir. Başvuruların %55,2'si saldırı, %16,3 kesici alet yaralanması, %13,7 düşme, %3,9 trafik kazası, %2,9'u ilaç ve kimyasallarla zehirlenme, %2,2 cinsel istismar, %1,9 CO zehirlenmesi, %1,4 besin zehirlenmesi, %0,6 yabancı cisim aspirasyonu, %0,5 yanık, %0,3 elektrik yaralanması, %0,3 intihar girişimi ve %0,3 ihmaldir. Düşme nedeniyle gelen çocuklar arasında erkekler, ilaç ve kimyasal maddeler ile zehirlenenler arasında kızlar istatistiksel olarak daha fazladır. Yüksekten düşme, ilaç ve kimyasallarla zehirlenme, CO zehirlenmesi ve yabancı cisim aspirasyonu 0-3 yaş grubunda, kesici maddelerle olan yaralanmalar 4-6 yaş grubunda daha fazladır. (6)

Öztan ve arkadaşları tarafından 2013-2017 yılları arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde travma nedeniyle yatarak tedavi olan 46 Suriye'li ve 415 Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan çocuk değerlendirilmiştir. Suriye'li grupta erkekler daha fazladır (%65,3 ve %80,4; p=0,025). Travma nedenleri, travma tipi, transfer durumu, etkilenen vücut bölgesi, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve operasyon grupları ve taburcu olma durumu gruplar arasında benzer bulunmuştur. Suriyeli hastalarda daha fazla akciğer travması tespit edildiği için daha uzun süre hastanede kalmışlardır. Bunun nedeni ise yüksekten düşme ve trafik kazasının daha fazla olmasıdır. (7)

Kılıç ve arkadaşları tarafından 2014-2016 yılları arasında Mersin Tıp Fakültesi ve Aksaray Devlet Hastanesi acil servise travma nedeniyle getirilen ve çocuk cerrahisi tarafından takip edilen 8118 çocuk arasından 56'sı düşme nedeniyle izlenmiştir. Olguların yaş ortalaması 7,9 ±5,1 yıl olup, 39'u erkektir.

En düşük 1 metre ve en yüksek 52 metreden düşme olduğu belirtilmiştir; Oluşan travmalar arasında en sık baş boyun yaralanmaları (%48), ikinci sıklıkta ekstremite kırıkları (%28) saptanmıştır. Olguların %37,5'i cerrahi müdahale ve %62,5'i tıbbi tedavi almıştır. Yüksekten düşme sonrasında iki hastada ise ölüm gerçekleşmiştir (%3,5). (8)

Korkmaz ve ark. üçüncü basamak sağlık kuruluşunda 01.01.2016-01.01.2018 tarihleri arasında yatan adli nitelikli çocuk hastaları (n=1406) değerlendirmişler. Olguların yaş ortalaması 5,55±5,11 yıl ve %52,6'sı erkektir. Olgular arasında en fazla zehirlenme olgularının (%63) görüldüğü saptanmıştır; bunu %22 ile travmalar ve %11,1 ile özkiym girişimleri izlemektedir. Hastalar yaş gruplarına ayrılarak incelendiğinde başvuruların en sık 0-4 yaş grubu (%60,7) çocuklarda meydana geldiği saptanmıştır. Başvuruların en sık yaz aylarında (%32,3) olduğu gözlenmiştir. Olguların %9,5'inde yoğun bakım ihtiyacı saptanırken ölüm oranı %0,12'dir. (9)

Şayık ve arkadaşları. Eskişehir Devlet Hastanesi acil kliniğine yanık nedeniyle başvuran 0-18 yaş grubu yanık olgularının (n=1121) %56,4'ü erkek ve %65,6'sı 0-5 yaş arasındadır. (10)

Tural Kara, Hatay Devlet Hastanesine 1 Ocak -31 Aralık 2018 tarihleri arasında kuduz riski olan hayvanların yalama, tırmalanma veya ısırması nedeniyle başvuran 0-18 yaş arası çocukları değerlendirmişlerdir. Çalışmaya dahil edilen toplam 625 çocuk hastanın %64,5'i erkek ve hastaların yaş ortalaması 8,9±5,1 yıldır. Hastaların %60,2'si kentsel bölgede yaşamaktadır. En sık kedilerle (%57,4) temas olmuştur. Çoğunlukla tek bölgeden ısırılma/tırmalanma gerçekleşmiştir. Bunların içinde en çok el bölgesinden (%26,7) temas olmuştur. Başvurudan önce %71,4 hastaya yara bakımı yapılmıştır. Uygun zamanda hastaneye başvuran hastaların %18,1'ine intramusküler kuduz immünglobulini (40 IU/kg) uygulanmıştır. (11)

Oksan ve Akar tarafından bir üniversite hastanesi acil servisine 2009-2016 yılları arasında şüpheli kuduz riskiyle başvuran çocuk olguları değerlendirilmişlerdir. Yaşları 2-18 arasında (11,06 ±4,77), %61,7'si erkek toplam 94 olgu bulunmuştur. Vakaların %43,6'sı temas sonrası ilk sekiz saat içinde acil servise başvurmuşlardır. Olguların %73,4'ü köpek, %25,5'i kedi ve bir olgu da fare ısırığıdır. Olguların %34'ünde el bölgesinde ısırık bulunmaktadır. Yaş gruplarına göre dağılım değişmektedir; 0-5 yaş grubu olguların %50'sinde gövde, 6-10 yaş gru-

bu olguların %41,7'sinde üst ekstremitte, 11-15 yaş grubu olguların %50'sinde ayak ve 16-18 yaş grubu olguların %53,8'inde alt ekstremitede ısırıkları olmuştur. ⁽¹²⁾

Diş Polikliğine Başvuru Çalışmaları

Güler ve arkadaşlarının çalışmasında, İnönü Üniversitesi Diş Fakültesi Çocuk Polikliğine Ocak 2010-Ocak 2014 yılları arasında başvuran hastalar değerlendirilmiştir. Dört yıl içinde 237 hasta travma nedeniyle başvurmuştur. Üst kesici dişlerde en fazla hasar görülmüştür; en sık nedeni düşme bulunmuştur, travmalar yaz aylarında yoğunlaşmaktadır. Başvuran düşme vakalarının %45'i sevk ile başvurmuştur. ⁽¹³⁾

Hastane Başvuruları

Akçay ve Yıldırımlar okullarda çocukların okulda geçirdikleri kazalar ve korunma önlemlerini araştırmışlardır. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hüseyin Savaş Semt Polikliğinde başvuran ebeveynler arasından araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 101 ebeveyn ile görüşme yapmışlardır. Çalışmada çocukların %55,4'ünün okulda kaza geçirdiği ve %38,6'sının yaralandığı belirtilmiştir. Çocukların %48,2'sinin düştüğü; kazaların %46,4'ünün sınıflarda olduğu ve %64,3'üne öğretmen müdahale edildiği öğrenilmiştir. Kazalar konusunda eğitim alan aileler daha az kaza belirtmişlerdir ($p<0.05$). Ailelerin %82,2'sinin kaza geçirmesini diye önlem aldığı belirlenmiştir. Okullarda önlem alınması, aile ve çocukların bilgilendirilmesi önerilmiştir. ⁽¹⁴⁾

Ölüm Kayıtlarından Yapılan Araştırmalar

Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı ölüm istatistiklerine göre tüm ölümlerin ($n=421.164$) %4,4'ü dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerdir ($n=18.462$); dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerden olan ölümlerin %7,4'ü "0-14" yaş grubunda ve %13,9'u "15-24" yaş grubundadır. (TÜİK, 26 Nisan 2019). Ecer Erik ve arkadaşlarının 2009-2016 yılları arasında adolesan yaş grubunda ölüm nedenlerini değerlendirdikleri araştırmalarında, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenme kaynaklı ölümler her yıl birinci sırada yer almıştır. Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenme kaynaklı ölümler 2009 yılında tüm ölümlerin %30,2'sini oluştururken 2016 yılında %43,4'e çıkmıştır. Bu ölüm nedeni

içinde alt başlıkların dağılımı 2016 yılı için şu şekildedir; Taşıma kazaları yüz binde 5,1, kaza sonucu düşmeler yüz binde 0,3, kaza sonucu zehirlenmeler yüz binde 0,6 olup diğer iki neden şiddetle ilişkilidir (intihar ve kendine zarar verme yüz binde 1,2 ve cinayet, saldırı yüz binde 0,7). Türkiye ölüm istatistiklerinde her ne kadar kazalar ve şiddet sonucu olan ölüm nedenlerin beraber rapor edilmesi sınırlılık olarak değerlendirilmekle birlikte, Erik ve arkadaşlarının çalışmasında görüldüğü gibi her 100 adolesan ölümlerinden 43'ü dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenme kaynaklı olarak kodlanmıştır ve kaza nedeni olan ölüm hızı yüz binde 6,0'dır. ⁽¹⁵⁾

Demir ve arkadaşları Van İlinde 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında kazaya bağlı ölen 5 yaş altındaki 151 çocuğun kayıtlarını değerlendirmişlerdir. Ölen çocukların %56,3'ü erkek olup; %27,2'i 1-2 yaş grubunda, %25,8'i 2-3 yaş arası ve %22,5'i 4-5 yaş arasındadır. Beş yaş altındaki ölümlerin %29,8'i ev içinde, %47,7'si yaz aylarındadır. Ölüm nedenleri ise suda boğulmalar (%28,5), trafik kazaları (%27,8), diğer asfiskiler (%17,2), yanıklar, haşlanmalar ve elektrik çarpmaları (%12,6), düşmeler, yüksekten düşmeler %9,9 ve diğer kazalar (%4,0) dir. ⁽¹⁶⁾

Sekonder Analizler

Dönmez ve arkadaşlarının çalışmasında ise Türkiye Sağlık Araştırması (2008) mikrodata setinde 7-14 yaş grubunun yaralanma durumları ve sağlık kuruluşlarına başvuruları değerlendirilmiştir. Toplam 3921 çocuğun %14,3'ünün en az bir kez kaza geçirdiği/yaralandığı ve %85,7'sinin ise kaza geçirmediyi/yaralanmadığı saptanmıştır. Kaza geçiren/yaralanan çocukların %57,6'sının tedavi aldığı, %42,4'ünün tedavi almadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada çocukların %2,8'i okulda yaralandıklarını; okulda yaralanan çocukların %59,5'i ayakta ve %5,4'ü yatarak tedavi aldıklarını ve %35,1'i ise hiç tedavi almadığını belirtmektedir. ⁽¹⁷⁾

Medya Araştırması

Göç ve İnsanı Yardım Vakfı 2019 yılı İnternet medyasında çocuk hak ihlali izleme raporuna göre, "Yaşam Hakkı"na yönelik ihlallerde gerek toplumun gerek ailelerin gerekse devletin gerekli önlemleri almaktaki ihmalden kaynaklı 465 çocuk hayatını kaybetmiş 868 çocuk yaralanmıştır. Bu döneme (2019 yılı) ait çocuk ölümlerine ilişkin yayınlanmış resmi veri olmadığı belirtilmektedir. Medyaya yan-

Tablo 34.1 Türkiye Sağlık Araştırması (2008) 7-14 yaş grubunda kaza geçirme ve tedavi alma durumu⁽¹⁵⁾

Kaza ve yaralanma	Kaza geçirme/ yaralanma durumu		Tedavi alma durumu*					
	Evet		Ayakta tedavi alma		Yatarak tedavi alma		Tedavi almama	
	N	%	s	%	s	%	s	%
Oyun oynarken yaralanma	184	4,7	63	34,2	6	3,3	115	62,5
Kayma-düşme	154	3,9	71	46,1	12	7,8	71	46,1
Okulda herhangi bir yaralanma	111	2,8	66	59,5	6	5,4	39	35,1
Böcek sokması, arı sokması vb.	108	2,8	37	34,3	4	3,7	67	62,0
Spor yaparken yaralanma	51	1,3	25	49,0	3	5,9	23	45,1
Kesici/ delici eşyalarla ya da aletlerle yaralanma	33	0,8	16	48,5	1	3,0	16	48,5
Trafik kazası	26	0,7	13	50,0	6	23,1	7	26,9
Zehirlenmeler	20	0,5	13	65,0	6	30,0	1	5,0
Yanma	17	0,4	9	52,9	-	-	8	47,1
Elektrik çarpması	10	0,3	2	20,0	-	-	8	80,0
Boğulma	9	0,2	4	44,4	1	11,1	4	44,4
Solunum yoluna yabancı cisim kaçması	6	0,2	-	-	-	-	6	100,0
Karbonmonoksit zehirlenmesi	3	0,1	1	33,3	2	66,7	-	-
Yemek borusu yanığı (çamaşır suyu, tuz ruhu, deterjan gibi bir şey içme sonucu)	2	0,1	1	50,0	-	-	1	50,0
Diğer yaralanma	16	0,4	10	62,5	1	6,3	5	31,3

*Kaza geçiren/yaralananların yüzdeleri üzerinden hesaplanmıştır.

sayının gerçek istatistiklerin çok altında olduğu belirtilmektedir. ⁽¹⁸⁾

Çocuk Parkları

Özaslan ve Gültekin Akduman, Ankara ili Çankaya, Yenimahalle ve Gölbaşı ilçelerinde ve Samsun İlkadım ve Atakum ilçelerinde bulunan toplam 150 adet çocuk oyun parkını geliştirdikleri kontrol listesiyle değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda çocuk oyun parklarının çoğunluğunun incelenen özellikler açısından güvenli olduğu, ancak güvenlik kriterlerine uygun olmayan özellikte parkların da olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yapılan iparkların zemininin %23,3'ünün çakıl taşı ile kaplı olduğu; salıncakların %17,1, kaydırakların %6,9 ve tahterevallilerin %13,1'inin kırık olduğu; %68'inde güvenlik görevlisi bulunmadığı; %32'sinin çit vb. koruma ile çevrilmediği tespit edilmiştir. Parkların %89,3'ünün konum açısından kolay ve tehlikesizce ulaşılabilir olduğu ve %77,3'ünün çocukların sağlığı açısından yeterince temiz olduğu belirlenmiştir. Parkların %13,3'ünde ise park içerisinde çıkıntılı çiviler, açık kablolar, sivri ya da keskin köşeli bileşenler olduğu gözlenmiştir. Özellikle oyun parkları

açıldıktan sonra periyodik kontroller ve bakım konusunda sıkıntı olduğu belirlenmiştir. ⁽¹⁹⁾

Yüksel ve Koçak, Ankara il merkezindeki Çankaya, Keçiören ve Yenimahalle ilçelerinde 88 çocuk parkına çocukları getiren 200 erişkin ile görüşerek çocuklarının kaza geçirme durumlarını öğrenmişlerdir. Araştırmaya katılan yetişkinlerin %65,5'i kendi çocuklarında kaza yaşadıklarını, %97'si başka çocukların kazalarına şahit olduklarını belirtmişlerdir. Kendi çocuklarında yaşadıkları kazaların %39,3'ünün salıncakta, %29,3'ünün kaydırakta, %5,7'sinin tahterevalli gibi parkta bulunan oyun materyallerinde gerçekleştiğini ifade etmişlerdir. Kazaların %24,5'i ise oyun materyalleri dışında gerçekleşmiştir. Parkta diğer çocukların yaşadıkları kazalar ile erişkinlerin kendi çocuklarının karşılaştığı kazalar benzerlik göstermektedir. Erişkinlerin %16'sı çocuklarını hastaneye/sağlık kuruluşuna götürdüklerini belirtmişlerdir. Kazaların en önemli nedenleri oyun materyallerinin yanlış kullanım, çocuk/anne dikkatsizliği, oyun materyallerin konumlandırma hatası, parkın caddeye/yola yakın olması, zemin kaplamasının uygunsuzluğu, oyun materyallerinde yapım hatası ve bakımın yapıl-

mamış olması olarak sıralanmıştır. Araştırmacılar, öncelikle çocuk parklarında oyun materyallerinin niteliğine ve konumlandırmasına dikkat edilmesi ve çocukların yaş ve fizyolojik gelişimlerine uygun materyallerle oynamaları kazaları azaltacağı önerisini yapmışlardır. Ayrıca parka çocuklarını getiren erişkinlerin dikkatli ve ilgili olması önerilmiştir. ⁽²⁰⁾

Müdahale Araştırmaları

Dolgun ve arkadaşları araştırmalarında 0-6 yaş çocuğu olan ailelerin evlerdeki kaza risklerinin belirlenmesi amacıyla 21 ailenin evine ziyaret yapılarak veri toplamışlardır. Ev içinde en riskli alanlarının mutfak ve oturma odası olduğu bulunmuş olup, yapılan müdahalelerden sonra mutfak, banyo, oturma odası, yatak odası için belirlenen risklerin verilen eğitimle istatistiksel açıdan anlamlı derecede azalması sağlanmıştır. Ailelere ev kazalarına yönelik verilen eğitimin evlerdeki kaza risklerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür. ⁽²¹⁾

Sonuç olarak, Türkiye’de çocukluk döneminde kasıtsız yaralanmalar nedeniyle ölümler ve hastane başvuruları önemli düzeydedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olmasına karşılık, yapılan çalışmalar genel olarak kayıtlar üzerinden yapılmaktadır. Toplum tabanlı sıklık ve nedensel araştırmaların yanı sıra yaralanmaların önlenmesine ilişkin çevre ve davranış müdahalelerini kapsayan araştırmaların halk sağlığı çalışanları tarafından gündeme alınması gerekmektedir.

Kaynaklar

- Holder Y, Peden M, Krug E, Lund H, Gururaj G, and Kobusingye O. Injury Surveillance Guidelines. Geneva: WHO. 2001.
- WHO. Violence and Injury Prevention: Erişim Adresi: https://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/, Erişim Tarihi: 25 Eylül 2019
- Bertan M ve Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. (Halk Sağlığında Temel Bilgiler içinde) (Editörler: M. Bertan ve Ç. Güler). Güneş Kitabevi, Ankara 1995. s. 462-473
- Yazar A, Akın F, Türe E, Odabaşı D. Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal. 2017; 44(4) : 345-353
- Oğuz S, Tuygun N, Akça H, Polat E, ve Karacan CD. Elektrik Yaralanması Nedeniyle Acil Servise Getirilen Çocuklarda Klinik Sonucu Etkileyen Faktörler. CAYD 2015;2(3):121-6
- Şener Taplak A, Tubaş F, Polat S. A retrospective records-based cohort of pediatric forensic cases presenting to the emergency department. International Nursing. 2020;46:373-83.
- Özcan MO, Bolova, G, Sayan A, Özdemir T, Bıl AB, Elmalı F, Köylüoğlu G. Çocuk Cerrahisi Servisinde Travma Nedeniyle İzlenen Suriyeli Hastaların Türk Hastalarla Karşılaştırılması. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2019;6:30-34 (DOI: 10.4274/cayd.galenos.2019.38257)
- Kılıç S, Taşkınlar H, Bahadır G, İşbir C ve Nacı A. Çocuklarda yüksekten düşme sonucu oluşan travmaların değerlendirilmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2016;(9)3:131-137.
- Korkmaz MF, Bostancı M ve Tutanaç M. Bir Üçüncü Basamak Hastanede Yatan Adli Nitelikli Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2019;6:140-145
- Şayık D, Açıkgoz A, Musmul A, Ulukuş A. Yanık ile Acile Başvuran 0-18 Yaş Grubu Olguların Özelliklerinin Geriye Dönük Belirlenmesi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2016; 6(1): 14-18.
- Tural Kara T, Hayvan Teması ve Kuduz Profilaksi Deneyimleri: 625 Çocuk Olgunun Değerlendirilmesi. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2020;14(1):15-20 (DOI:10.5578/ced.69025)
- Derinoz O and Akar T. Animal Bites Cases Presented to a University Hospital Pediatric Emergency Room. Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine, 2017;4(1):22
- Güler Ç, Demir P, Kızılcı P, Görgen E, Alper V, Güneş D ve Keskin G. Malatya’da Travmatik Dental Yaralanmalar: Bir Retrospektif Çalışma. Türkiye Klinikleri. Dişhekimliği Bilimleri Dergisi. 2015;21(3):189-195.
- Akçay D ve Yıldırım A. Çocukların Okul Ortamında Kaza Geçirme ve Güvenlik Tedbirlerine Yönelik Ebeveyn Davranışlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(1):48-55.
- Ece Erik, H., Aslan D, & Tunç, B. Türkiye’de 2009 ve 2016 yılları arasında adolesan yaş grubunda ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi. Turk J Public Health. 2019;17(1):28-37. (doi:10.20518/tjph.391511)
- Demir U, Aşıröz M, Eylli Y, Kartal E, Gümüş O. Beş yaşın altındaki çocukların kazayla ölümlerinin analizi J For Med 2017;31(1):17-25 (doi: 10.5505/adlitip.2017.83792)
- Dönmez H, Çalışkan C, Arberk OK, Ünlü H, Küçük Biçer B ve Özcebe H. Türkiye’de 7-14 yaş grubu çocuklarda yaralanmalara ilişkin bir değerlendirme. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2018;12(4):236-242. (doi:10.12956/tjpd.2018.332)
- Göç ve İnsani Yardım Vakfı. 2019 İnternet Medyası Çocuk İhlali İzleme Raporu. <https://www.sivilsayfalar.org/raporlar/goc-ve-insani-yardim-vakfi-2019-internet-medyasi-cocuk-hak-ihlali-izleme-raporu/>. Erişim Tarihi: 30.06.2020.
- Özsalan H, Gültekin Akduman G. Çocuk Oyun Parklarının Güvenliğinin İncelenmesi: Ankara ve Samsun İlleri Örneği. Turkish Studies Educational Sciences. 2018; 13(19):1313-1329.
- Yüksel S ve Koçak N. Çocuk Parklarında Karşılaşılan Kazalar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2016;1(3):184-93.
- Dolgun E, Kalkım A, Ergün S. The Determination of Home Accident Risks and Measures to Prevent Accident of Children: Quasi-Experimental Research. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017;11(2):100-107.



Çocuk ve Ergenlerde › Akran Zorbalığı

35

UZM. DR. TUĞBA MELİHA FATMA ERCAN • PROF. DR. L. HİLAL ÖZCEBE

Akran, Türk Dil Kurumu tarafından ‘Yaş, meslek, toplumsal durum vb. bakımından birbirine eşit olanlardan her biri’ olarak tanımlanmaktadır. ⁽¹⁾ Çocukların sosyal gelişimi için akranlarıyla olan olumlu ilişkileri önemlidir. Akranlarla ilişkiler okul yıllarında gelişmeye başlar ve kişiliğin gelişmesine katkı sağlar. İletişim yeteneğindeki değişim ve gelişim, saldırgan davranışların azalmasını; işbirliği, uzlaşım, paylaşım kavramlarının yerleşmesini sağlamaktadır. ⁽²⁾

Saldırganlık ‘Bireyin kendi düşünce ve davranışlarını dıştaki direnmelere karşı, zorla karşısındakine benimsetme çabası; saldırgan bir biçimde davranma, saldırgan olma durumu’dur. ⁽¹⁾ Şiddet ise Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre “kişinin kendisine, bir gruba veya topluluğa karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişmeler veya yoksunluk ile sonuçlanma olasılığı yüksek olan tehdit veya fiziksel güç ya da gücün kasıtlı olarak kullanılması” olarak tanımlanmaktadır. ⁽³⁾

Zorbalık; zorba ve zorbalığa maruz kalan arasında güç dengesizliğinin olan, karşı tarafa zarar vermek niyetiyle tekrarlarla seyreden, zorbalığa maruz kalan kişinin korkması ve acı çekmesine sebep olan saldırganlık ve şiddet davranışlarıdır. ^(4,5) Zorbalığın özellikleri; “kasıtlı olarak zarar verme amacı gütmesi”, “süreklilik göstermesi” ve “zorba ve kurban arasında güç dengesizliğinin olması”dır. Zorbalık fiziksel, sözel ve ilişkisel (duygusal veya sosyal) şeklinde olabilir; bazı araştırmalarda cinsel zorbalık ve sanal zorbalık da gündeme gelmektedir. ⁽⁶⁾

Akran zorbalığı (bullying) bir ya da birkaç öğrencinin bir başka öğrenciyi karşı yaptığı saldırgan

davranışlardır. ⁽⁷⁾ Zorbalık, arkadaşın arkadaşına yaptığı istismardır; istismarı/zorbalığı yapan kişiye zorba (bully), maruz kalan kişiye kurban (victim) denilmektedir. Adölesanlar hem zorba, hem kurban olabilmektedir. ⁽⁸⁾ Kurban olma olasılığı artarken, zorba olma olasılığı da artmaktadır. ⁽⁹⁾

Zorbalık sadece kişiye zarar vermemekte; aynı zamanda toplumdaki güven ve huzurun zedelenmesine de neden olmaktadır. Zorbaların, mağdurlar ve zorbalar için birçok olumsuz etkileri vardır. Bireyler fiziksel, duygusal, davranışsal sorunlar yaşarlar. Zorbalığın antisosyal kişiliklerinin olduğu; yetişkin dönemlerde de aile bireylerine daha fazla saldırgan davranışlar gösterme ve fiziksel ceza uygulama eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Zorbaların %33’ü dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, %12’si depresyon, %12’si karşı gelme bozukluğu tanısına sahip olup, ayrıca sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı çeşitli maddeleri kullanma sıklıklarının da fazla olduğu görülmektedir. Zorbalık mağduru çocuklarda da durum benzer olup, bu çocuklarda kendilerini daha değersiz görme, mutsuz olma, post-travmatik stres bozukluğu yaşama, depresyon tanısı alma, kaygılı olma ve intihar girişiminde bulunma, uyku problemleri, yeme bozuklukları gibi çeşitli psikolojik belirtilere sahip olma ihtimalleri daha yüksektir. Depresyondaki adölesanların %70’inin akran zorbalığına maruz kaldığı bilinmektedir. Zorbalık, tıbbi bir sendrom olarak değerlendirilmektedir. Kısacası literatürde, zorbalık ve psikiyatrik sağlık sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir. ^(6,10,11) Aynı zamanda zorbalık fiziksel ve psikolojik problemlerin

yanı sıra sosyal ve akademik anlamda da olumsuz etkilere sebep olmaktadır.⁽¹¹⁾ Sorunun çözümünde anne-babalar, eğitimciler ve okul yöneticilerinin yanı sıra sağlık hizmet sunucuları, politikacılar gibi pek çok kesimin uyumlu ve eşgüdümlü bir şekilde mücadele etmesini gerektirmektedir.^(10,12)

Akran zorbalığı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de okul çağında pek çok durumu etkileyen ve önemi giderek bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de, adolesan yaş grubunda akran zorbalığı konusunda yapılan çalışmaların bazılarının sonuçları şu şekildedir;

İzmir ve Malatya (2011); 6-8. sınıf öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %3,7’i zorba, %60,8’i mağdur(kurban) ve %28,0’ı hem zorba hem mağdur olarak bulunmuştur.⁽¹³⁾

İstanbul (2012); 4.-8. sınıf 573 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %5,4’ü zorba, %8,4’ü mağdur, %7,3’ü hem zorba hem mağdur olarak bulunmuştur. Çalışmada cinsiyetler arası zorbalık mağduru olma açısından fark görülmezken zorba olma açısından fark görülmüş olup erkeklerin daha sık zorba olduğu belirtilmiştir.⁽¹⁴⁾

Mersin (2015); 6 ve 7. sınıf 1041 öğrencide yapılan çalışmada zorbalık açısından cinsiyetler arası fark olduğu raporlanmış olup kızların zorbalık (ortalama 249,7±23,1) ve mağdur olma puanları (220,3±41,8) erkeklerden (sırasıyla, 250,5±21,4 ve 223,2±35,4) daha düşük bulunmuştur.⁽¹⁵⁾

Adana (2015-2016); 5.-8. sınıf 400 öğrencinin zorbalığa uğrama durumlarının okullarına yabancılaşma algılarına dair etkisi incelenmiş, akran zorbalığın maruz kalma arttıkça her ki cinsiyette de okula yabancılaşma algılarına dair aldıkları puanın da arttığı belirtilmiştir.⁽¹⁶⁾

Malatya ve Kahramanmaraş (2016); 224 ortaokul öğrencisinin mağdur ve zorba olma durumları ilişkilendirilmiş; mağdur olma puanları artarken, zorba olma puanlarının da arttığı belirtilmiştir.⁽⁹⁾

Ordu (2016-2017); 4 lisede 747 öğrenci incelendiğinde akran zorbalığının hem toplam puanda hem de alt gruplarında farklı liselerde farklı sıklıklarda olduğu belirtilmiş, kızların eşyalara saldırı ve ilişkisel saldırıda mağdur olma; erkeklerin ise korkutma ve sindirme yoluyla zorbalığa uğrama sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca akran zorbalığına daha fazla maruz kalan çocukların okulu daha az sevdiği, korkutma ve sindirmeye bağlı zorbalıklara uğradığı; yine zorbalık mağduru

öğrencilerin başarısız grupta daha sık olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁷⁾

Bursa (2017-2018); üç ilköğretim okulundaki 5.-8. sınıf 856 öğrencinin yaklaşık yarısı zorbalıkla karşılaşmamışken, zorbalıkla karşılaşanların %47’sinin zorbalık mağduru, %31,42’sinin zorba, %10,98’inin hem mağdur hem zorba olduğunu belirtmiştir.⁽¹⁸⁾

İstanbul (2018); altı ortaokuldan 5.-8. sınıf 401 öğrenciyle yapılan çalışmada, akran zorbalığında mağdur olma düzeylerinin arttıkça antisosyal kişilik özelliklerinin arttığı; kardeşleri ile ilişkisinde nazik olma sıklığını azaldığı, uzak durma davranışının arttığı, empati eğiliminin ise azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca akranları tarafından uzun süre saldırı ve tehditlere maruz kalanların kardeşlerine fiziksel şiddet uygulama sıklığının da arttığı görülmektedir.⁽¹⁹⁾

İzmir, Buca (2018); 1.-4. sınıf 1224 öğrenciyle iki buçuk ay süren duygusal farkındalık etkinliklerine yönelik bir müdahale çalışmasında; öğrencilerin hem zorba hem de mağdur olma puanlarında anlamlı bir azalma olduğu belirtilmiş, bu düzelenin tüm sınıflarda ve her iki cinsiyette de anlamlı olduğu gösterilmiştir.⁽²⁰⁾

Malatya (2018); 6-12. sınıf 1112 öğrencinin %4,3’ü zorba, %7,7’si mağdur, %7’si hem zorba hem mağdurdur. Çalışmada akran zorbalığının en sık okul veya okulla ilgili yerlerde olduğu belirtilmiştir. Çalışmada sanal zorbalık verileri de bulunmaktadır; sanal zorbalıkta %2 öğrenci zorba, %5 öğrenci mağdur, %5 ise hem zorba hem mağdur olarak değerlendirilmiştir; en sık zorbalık olan yerler sosyal paylaşım platformlarıdır.⁽²¹⁾

Muğla, Bodrum (2018-2019); 488 lise öğrencisinin akran zorbalığına maruz kalma ve siber zorbalık mağduru olma durumlarının, okul tükenmişliklerinin %10,60’ını açıkladığı ve tükenmişliği artırdığı belirtilmiştir.⁽²²⁾

İstanbul (2018-2019); ilköğretim 3. - 5. sınıf 17 sınıftan 164 öğrenci, 64 ebeveyn, 18 öğretmen ve 7 rehberlik öğretmeni ile görüşülen çalışmada öğrencilerin %44,5’inin mağdur, %16,5’inin zorba olduğu görülmüştür. Akran zorbalığı mağdurlarının arkadaşlarıyla ilişki başlatma ve sürdürme, saldırgan davranışlar ve dürtülerle başa çıkma, plan yapma gibi sosyal becerileri daha kötü olarak belirtilmiştir. Zorbalığa uğrayanların daha çok başarılı çocuklar olduğu, zorbaların ise başarılarının daha düşük olduğu görülmüştür.⁽²³⁾

İstanbul, Kadıköy (2018-2019); 194 dördüncü sınıf öğrencisinin akran zorbalığı düzeyi öğretmenin mesleki kıdemine göre değerlendirildiğinde öğretmeni 21 yıl ve üstü kıdemi olan öğrencilerin akran zorbalığı düzeyi, mesleki kıdemi daha az olan öğretmenlerin öğrencilerinden daha yüksek bulunmuş, akademik başarısı düşük ve orta olan öğrencilerde akran zorbalığının daha fazla olduğu belirtilmiştir. ⁽²⁴⁾

İstanbul, Bağcılar (2018-2019); 15'i müdahale 15'i kontrol grubunda bulunan 6. sınıftaki 30 öğrenciyle yapılan bir müdahale çalışmasında, öğrenciler zorbalığın başlangıçta fiziksel bir temelde olduğu düşünülürken drama atölyeleri sonrasında sözel ve ilişkisel/duygusal zorbalığında olduğunu daha fazla fark etmişlerdir. Öğrenciler kendilerinin zorba olmadığını ifade ederken zorbalıkla karşılaşsa kendilerini korumak için zorbalık yapabileceklerini de belirtmişlerdir. ⁽²⁵⁾

Aksaray (2019); 6. ve 7. sınıf 360 öğrencide yapılan bir çalışmada erkek çocukların kızlara göre daha çok fiziksel, cinsel ve eşyalara zarar verme davranışlarında zorba olduğu, kızların ise sözel zorbalıkta mağdur olma sıklığının erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Öğretmen ve aile ilişkilerinin de zorbalıkta etkili olduğu, öğretmeniyle iletişimi veya aile ekonomik durumu iyi olan çocuklar arasında zorbalık yapma veya mağdur olma riskinin daha az olduğu belirtilmiştir. ⁽²⁶⁾

İstanbul (2019); 384 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada, zorbalık davranışlarında cinsiyetler arası fark olduğu, erkeklerin daha çok zorba davranışlar sergilediği belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada baskıcı anne-baba tutumunda çocukların daha çok zorbalıkla karşılaştığı belirtilmiştir. ⁽²⁷⁾

İstanbul (2019-2020); 6.-8. sınıf öğrencilerin sonuçlarına göre, cinsiyetler arası zorbalık sıklığı farklılık göstermemekle birlikte zorbalığın her iki cinsiyette de başarı düzeylerini etkilediği görülmüştür. Ayrıca zorbalığa maruz kamanın zorbalık davranışını da artırdığı, daha küçük sınıfta zorbalığa maruz kalanların daha ileri yaşlarda da hem maruz kalma hem zorbalık yapma durumlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. ⁽²⁸⁾

Zonguldak, Ereğli (2019-2020); 434 ortaokul öğrencisiyle yapılan çalışmada zorba olanların, mağdurların zorbalığı hak ettiğini düşündüğü ve yaptıkları zorbalıktan pişman olmadıklarını belirttikleri öğrenilmiştir. Ayrıca erkeklerin ve daha üst

sınıflarda olanların zorba olma ve dijital oyun bağımlısı olma eğilimi daha yüksek bulunmuş, zorbalık ile dijital oyun bağımlılığı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. ⁽²⁹⁾

Araştırmalarda genel olarak; zorba, mağdur olma durumları değerlendirildiğinde, zorbalığa uğrayanların zorbalık yapanlardan daha yüksek yüzdelere sahip olduğu görülmekte; zorbalık yapma - mağdur olma durumları birbiri ile ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak, çalışmalarda zorbalığı önlemeye yönelik programların geliştirilmesinin gerekliliğinden bahsedilmektedir. ^(9,21,30)

Okul ortamı, bireylerin fiziksel, bilişsel, sosyal, ahlaki ve etik becerilerini geliştirdikleri eğitim ortamlarıdır. Öğrenciler, bu dönemde karşılaştıkları bazı fiziksel ve psikolojik tehlikelere yetişkin yaşlarında da maruz kalmaya devam edebilmektedir. Bu sebeple, sağlıklı yetişkinlerin ve toplumların gelişebilmesi için okullarda zorbalığın önlenmesine dair müdahaleler büyük öneme sahiptir. ⁽¹²⁾. Bu bulgular, interdisipliner olarak zorbalığı önlemeye, mağdur olanların güçlendirilmesine yönelik müdahalelerin ivedilikle uygulanmasının gerekliliğini göstermektedir.

Kaynaklar

- 1) Türk Dil Kurumu 2020.
- 2) Oral V. İlköğretim 5. Sınıf Düzeyinde Arkadaşlığın Sosyometrik Statü ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008;17(2):281-94.
- 3) WHO. Global status report on violence prevention 2014 2014. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/.
- 4) Kartal H. İlköğretim Öğrencilerine Yönelik Bir Zorbalık Karşıtı Program Uygulaması: Okulu Zorbalıktan Arındırma Programı. Journal of Theory and Practice in Education. 2007;3(2):207-27.
- 5) Berger SK. Update on bullying at school: Science forgotten? Developmental Review. 2007;27(1):90-126.
- 6) Gökler R. Okullarda akran zorbalığı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6.
- 7) Kapıcı EG. İlköğretim öğrencilerinin zorbalığa maruz kalma türünün ve sıklığının depresyon, kaygı ve benlik saygısıyla ilişkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2004; 37.
- 8) Kartal Hülya. İlköğretim Öğrencilerine Yönelik Bir Zorbalık Karşıtı Program Uygulaması: Okulu Zorbalıktan Arındırma Programı. Journal of Theory & Practice in Education 2007;3(2):207-27.
- 9) Aypay A, Durmuş E, Aybek EC. Akran Zorbalığı, Okul Tükenmişliği ve Ebeveyn İzlemesi Arasındaki İlişki. Journal of International Social Research. 2016;9(43).
- 10) How Bullying is a Public Health Issue [Available from: <https://mphdegree.usc.edu/resources/articles/how-bullying-is-a-public-health-issue/>].

- 11) Srabstein JC. Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies. Bulletin of the World Health Organization. 2010.
- 12) CDC. Preventing Bullying 2019
- 13) Sıyez DM, Alim K. Akran zorbalığı gruplarında empatik eğitim. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011;12(2).
- 14) Ergün N. Erken Ergenlerde Okul, Aile ve Demografik Değişkenlere Göre Akran Zorbalığının İncelenmesi: Hacettepe Üniversitesi 2015.
- 15) Külcü DP. Çocuklarda Akran Zorbalığı ve Benlik Saygısının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin; 2015.
- 16) Haskaya S. Ortaokul Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ile Okula Yabancılaşma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Çağ Üniversitesi 2016.
- 17) Tanrıverdi ÖD. Ordu İli Akkuş İlçesinde Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek İle Akran Zorbalığına Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi Avrasya Üniversitesi 2017.
- 18) Gür N, Eray Ş, Makinecioğlu I, Sığırli D, Vural AP. Akran zorbalığı ile aile duygu dışı vurumu ve psikopatoloji arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2020;21(1):77-86.
- 19) Özman M. Ortaokul Öğrencilerinin Akran Zorbalığına Maruz Kalma Düzeyleri ile Kardeş İlişkilerinin İncelenmesi: Maltepe Üniversitesi; 2018.
- 20) Akay Y. İlkokul Öğrencilerine Yönelik Geliştirilen Duygusal Farkındalık Etkinliklerinin Akran Zorbalığını Önlemede Etkisi. EĞİTİM VE BİLİM. 2019;44(200).
- 21) Çevirgen BD. Geleneksel Akran Zorbalığı, Sanal Zorbalık ve Ebeveyn İzlemesinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü; 2018.
- 22) Uzun K, Karataş Z. Okul Tükenmişliğinin Yordayıcısı Olarak Akran Zorbalığı ve Siber Mağduriyet. Journal of International Social Research. 2019;12(62).
- 23) Kurt Z. İlköğretim 3, 4 ve 5. sınıf öğrencilerinde akran zorbalığı ve sosyal beceri arasındaki ilişkiyi etkileyen ve bu ilişkiye eşlik eden faktörler ile birlikte incelenmesi: Işık Üniversitesi; 2019.
- 24) Özçelik H. İlkokul öğrencilerinde algılanan öğretmen yakınlık davranışları ile okul doyum ve akran zorbalığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. 2019.
- 25) Kantar E, UysalB. Metin Türlerine Dayalı Yaratıcı Drama Etkinliklerinin Akran Zorbalığı Algısına Etkisi. Ana Dili Eğitimi Dergisi. 2019;7(4):1141-63.
- 26) Öztürk H. Ortaöğretim Öğrencilerinin Akran Zorbalığı İlişkisinde Zorba veya Kurban Olma Durumlarını Etkileyen Faktörler ve Okul Sosyal Hizmeti: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2019.
- 27) Alkan H. Lise Öğrencilerinin Sosyal Başarı Hedefleri ve Akran Zorbalığı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2019.
- 28) Düzgün İ. Ortaokula Devam Eden Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile Akran Zorbalığı Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İstanbul Aydın Üniversitesi; 2020.
- 29) Gökbulut B. Ortaokul Öğrencilerinin Akran Zorbalığı ve Dijital Oyun Bağımlılığı Arasındaki İlişki. Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi. 2020;8(1).
- 30) Pişkin M. Ankara'daki ilköğretim öğrencileri arasında akran zorbalığının incelenmesi. Eğitim ve Bilim. 2010;35(156).

Suçta Sürüklenen Çocuklar, Çocukluk Suçluluğu Açısından Türkiye Değerlendirmesi

36

DR. ÖGR. ÜYESİ BURCU KÜÇÜK BIÇER

Genel Durum

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk dönemi belli sözleşme ve kanunlar tarafından belirlenmektedir. Çocukluk Türkiye'nin 1990 yılında imzaladığı, 1995 yılında onayladığı Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ndeki tanımına göre, "Erken yaşta reşit olma durumu hariç 18 yaşına kadar bütün bireyler şeklinde tanımlanmaktadır"⁽¹⁾. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun madde 6ya göre ise 18 yaşını doldurmamış her kişi çocuktur⁽²⁾. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 3. maddesine göre ise, daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış herkes çocuk olarak kabul görmektedir⁽³⁾.

Bu üç kanun temel alındığında, 18 yaşını doldurmamış olan kişilerin çocuk sayıldığı görülmektedir. Çocukların yasaların suç saydığı fiili işlemesi neticesinde ortaya çıkan "çocuk suçluluğu" ise tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de hem sağlık, hem sosyal hem de hukuk açısından önemli bir problemdir. Çocuk Koruma Kanununun tanımlar

başlıklı 3. maddesine göre; suçta sürüklenen çocuk, "kanunda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma ve kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuktur."⁽³⁾. Dünyada suçta sürüklenen çocukların hakları ve yapılan uygulamalar bazı uluslararası düzenlemeler ile yapılmaktadır^(1, 3-12) (Tablo 36.1 ve 36.2).

Ülkemizde sosyolojik açıdan çocuk yaşta bir bireyin suçlu olduğu fikrinden çok suçta sürüklendiği fikri kabul görmektedir. Bir çocuğun suçta sürüklenmesinde etkili olan sebepler Şekil 36.1'de verilmektedir.

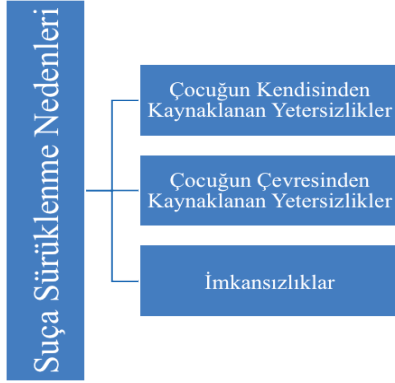
Çocuğun kendisinden kaynaklanan yetersizlikler arasında hızlı kentleşme ve sanayileşme ile birlikte kırsaldan kente göç ile ortaya çıkan değer boşluğu, kimlik bunalımı, kültürel yozlaşma ve yabancılaşma ile değer ve ahlak kurallarının değişmesine bağlı karmaşa ilk plandadır. Gelir adaletsizliği, yoksulluk, işsizlik, aile içi sorunlar, ilgisizlik, ihmal ve istismara uğrama, eğitim olanaklarının

Tablo 36.1 Suçta Sürüklenen Çocuklara İlişkin Uluslararası Düzenlemeler

Uluslararası Düzenlemeler
Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989)
Çocuk Suçluluğunun Önlenmesine İlişkin Birleşmiş Milletler Yönlendirici İlkeleri (1990) (Riyad İlkeleri)
Çocuk Adalet Sisteminin Uygulanması Hakkında Birleşmiş Milletler Asgari Standart Kuralları (1985) (Pekin Kuralları)
Özgürlüğünden Yoksun Bırakılmış Çocukların Korunmasına İlişkin Birleşmiş Milletler Kuralları (1990) (Havana Kuralları)
Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi Genel Yorum No. 10 - Çocuk Adaletinde Çocuk Hakları (2007)
Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin "Çocuk Dostu Adalet ile İlgili Ana Esasları
Almanya'nın Gençleri Koruma Yasası

Tablo 36.2 Suça Sürüklenen Çocuklara İlişkin Ulusal Düzenlemeler

Ulusal Düzenlemeler
Türk Ceza Kanunu'nun "Yaş küçüklüğü" 31. ve 56. madde
5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu 5. madde
1593 sayılı Halk Sağlığı Kanunu 161. madde
5799 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu
3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu

**Şekil 36.1** Suça Sürüklenen Çocukların Suça Sürüklenme Nedenleri.

eksikliği ve şiddete yönelten her türlü diziler, kitaplar, oyuncaklar ile toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan şartlanmalar bu yetersizlikler arasında yer almaktadır.

Çocuğun ailesinden kaynaklanan yetersizlikler ise ailenin sosyokültürel durumuyla yakından ilişkilidir. Çocuk için rol-model oluşturup çocuğun kişiliğinin gelişimini etkilemektedir. Anne-babanın eğitim durumu, sigara-alkol-madde kullanımı, çocuğa karşı aşırı disiplin davranışları, boşanmış olmaları gibi ailevi özellikler çocukların suç işleme oranlarına etki edebilmektedir.

İmkansızlıklar olarak değerlendirdiğimiz faktörler ise gecekondu yaşamı, kalabalık şehirleşme, gelir dağılımında yaşanan eşitsizlikler ve bunların sağlık, eğitim ve sosyal olanaklardan yararlanmada oluşturduğu eksiklikler olarak nitelendirilebilmektedir.

İstatistikler

TÜİK İstatistikleri

Ülkemizde 2013-2017 yıllarında güvenlik birimine gelen ve getirilen çocukların nedenlerine göre dağılımı **Tablo 36.1**'de verilmiştir. Suça sürüklenen çocuklar (**Şekil 36.2**) incelendiğinde erkek çocukların oranlarının %68.6, %72.6, %66.9, %65.4 ve %66.1 olduğu ve benzer düzeylerde kaldığı görülmektedir⁽¹³⁾.

Suçta sürüklenen çocuk sayısı 2013 yılında 115439 iken 2017 yılında 107984'tür. Suça sürüklenen erkek çocuk sayısı bu yıllarda azalırken kız çocuk sayısında değişiklik gözlenmemiştir. Kabahat işleyen çocuk sayısı 2013 yılında 551 iken 2017 yılında 23452'e yükselmiştir⁽¹³⁾ (**Tablo 36.3**).

Tablo 36.2'de suça sürüklenen çocukların suç sayılan eylemleri listelenmiştir. Çocukların en sık işlediği suçlar; yaralama, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, satmak, satın almak, yağma, toplumsal olaylar, pasaport kanununa muhalefet, mala zarar verme, hırsızlık ve cinsel suçlardır⁽¹⁴⁾.

**Şekil 36.2** Güvenlik Birimine Suça Sürüklenme ile Gelen/Getirilen Çocuklar (Türkiye 2013-2017)

Tablo 36.3 Geliş nedenine göre güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuklar, 2013-2017

Geliş nedeni	2013			2014			2015			2016			2017		
	Toplam	Erkek çocuk	Kız çocuk	Toplam	Erkek çocuk	Kız çocuk	Toplam	Erkek çocuk	Kız çocuk	Toplam	Erkek çocuk	Kız çocuk	Toplam	Erkek çocuk	Kız çocuk
Suçta sürüklenme	115 439	102 350	13 089	117 486	102 493	14 993	118 245	101 097	17 148	108 675	91 699	16 976	107 984	92 849	15 135
Kabahat işleme	551	488	63	697	434	263	485	355	130	2 582	1 445	1 137	2 345	1 742	603
Terk	42	15	27	51	19	32	175	101	74	249	134	115	261	150	111
Eyden kaçma	2 821	1 209	1 612	3 193	1 267	1 926	3 010	1 196	1 814	2 686	880	1 806	2 315	867	1 448
Buluntu	1 732	936	796	1 792	1 034	758	1 238	702	536	566	261	305	512	232	280
Kayıp (Bulunan)	16 218	6 421	9 797	18 696	8 524	10 172	17 706	8 263	9 443	11 691	5 546	6 145	11 563	5 807	5 756
Mağdur	121 717	66 353	55 364	131 172	73 069	58 103	142 179	78 107	64 072	158 343	86 519	71 824	155 024	84 162	70 862
Madde kullanımı	230	201	29	219	197	22	213	163	50	525	446	79	293	233	60
Sokakta çalışma	1 574	1 327	247	3 267	2 247	1 020	1 538	1 031	507	520	322	198	715	506	209
Sokakta yaşama	15	12	3	23	12	11	19	14	5	13	8	5	10	6	4
Kanunsuz çalışma	19	12	7	24	16	8	20	17	3	31	26	5	45	39	6
Bilgisine başvurma	8 588	5 486	3 102	10 020	6 637	3 383	13 217	8 728	4 489	41 167	26 480	14 687	46 040	29 708	16 332
Okula gönderilmeme	123	51	72	108	55	53	410	197	213	96	33	63	29	7	22
Kurumdan kaçma	1 093	556	537	863	510	353	1 216	654	562	1 102	598	504	1 410	729	681
Diğer	3 409	2 279	1 130	2 803	1 963	840	3 542	2 301	1 241	5 189	3 600	1 589	6 696	4 466	2 230
Toplam	273 571	187 696	85 875	290 414	198 477	91 937	303 213	202 926	100 287	333 435	217 997	115 438	335 242	221 503	113 739

*2018-2019 yılları için veri bulunmamıştır.

Adalet Bakanlığı İstatistikleri

Adalet Bakanlığının Eylül 2018'de yayınlanan 2017 yılı istatistiklerine göre; Cumhuriyet Başsavcılıklarına gelen dosyaların içinde Suça Sürüklenen Çocuk dosyalarına ait pay 2011 yılından 2018 yılına kadar düşme eğilimi içerisinde. Suça Sürüklenen Çocuk dosyalarının karara bağlanma oranı ise bu dönem içerisinde %50'nin altında kalmıştır⁽¹⁵⁾ (Tablo 36.5)

Adalet Bakanlığının istatistiklerine göre; 2018 yılında suça sürüklenen çocuk dosyası sayısının en çok olan 10 ilimiz; İstanbul, İzmir, Ankara, Bursa, Adana, Antalya, Diyarbakır, Şanlıurfa, Mersin ve Gaziantep'tir⁽¹⁵⁾. 2018 yılında ceza mahkemelerine yıl içinde gelen dosyalardaki suça sürüklenen çocuk sayılarının 100 000 nüfustaki oranlarına göre %20.0'nun Ege, %15.4'ünün Akdeniz ve Marmara, %14.4'ünün İç Anadolu, %13.1'inin Karadeniz,

%11.3'ünün Güneydoğu Anadolu ve %10.4'ünün Doğu Anadolu Bölgelerinde olduğu görülmüştür⁽¹⁵⁾. Çocukların yarıya yakını Çocuk Ceza Mahkemelerinde yargılanırken (%43.2-%49.5), üçte biri Asliye Ceza Mahkemelerinde (%29.6-%44.0) yargılanmaktadır. Ağır Ceza Mahkemelerinde yargılanan suça sürüklenen çocuk oranı ise 2011 yılında %6.2 iken 2018 yılında %10.4'e ulaşmıştır. Raporda da görüldüğü gibi Asliye Ceza ve Ağır Ceza Mahkemelerinde yargılan çocuk oranları yıllar içinde artma eğilimi göstermektedir. 2011-2018 yıllarında 100 000 çocuk nüfusunda suça sürüklenen çocuk sayısı 1792, 2034, 2315, 2300, 2251, 1783, 1608 ve 1598'dir⁽¹⁵⁾.

Adalet Bakanlığının istatistiklerine göre; Ceza Mahkemelerince verilen mahkûmiyet kararları 2011 yılında %23.0 iken 2018 yılında %37.0'a yükselerek artış eğilimi göstermektedir (Tablo 36.6). 2018

Tablo 36.4 Güvenlik Birimine Gelen Getirilen Çocuk İstatistikleri, TÜİK

	Suça Sürüklenen Çocuklar									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6136* Sayılı K.'a Muhalefet	816	1007	1074	881	942	1305	1406	1485	1210	
Adliyeye Karşı Suçlar	182	205	254	261	285	408	412	484	494	612
Aile Düzenine Karşı Suçlar			525	445	630	859	1018	908	849	585
Bilinmeyen	954	171				5	1	55	374	37
Bilişim Suçları					81	105	82	142	73	114
Cebir			777	185	146	18	16	13	15	17
Çevreye Karşı Suçlar	53	161	141	134	116	185	140	22	30	36
Cinsel Suçlar	1848	2121	2723	2243	2997	3229	3235	3367	3775	3811
Diğer	7631	6870	7593	5078	5575	2500	1186	1575	1419	402
Dolandırıcılık									247	229
Genel Ahlakı Aykırı Suçlar	149	110	70	68	104	110	77	101	123	155
Genel Tehlike Yaratan Suçlar										2814
Görevli Memura Mukavemet	269	338	481	616	648	1011	946	836	516	516
Hakaret	703	937	1014	878	1227	1439	1450	1508	149	3926
Hırsızlık	17884	17869	21857	24604	28506	33038	30498	29035	25116	26773
Kamu Sağlığına Karşı Suçlar										75
Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Kılma	965	1381	1178	1434	1624	1629	1653	1898	2968	1728
Konut Dokunulmazlığının İhlali	366	290	386	371	503	577	519	497	417	495
Kötü Muamele	132	93					1417	1676		
Mala Zarar Verme	2572	2805	2916	3463	3654	4269	4212	4092	3727	4211
Mal Varlığına Karşı Diğer Suçlar									1045	1242
Öldürme	317	481	404	390	457	464	565	549	458	454
Pasaport K. Muhalefet	46	87	71	99	96	148	2697	8000	10851	7076
Sahtecilik	282	424	404	585	846	1819	1652	1855	1151	1676
Tehdit	1853	2111	2763	2910	3524	4020	4391	4397	3599	3856
Toplumsal Olaylar	722	547	688	1027	965	1702	2202	2557	1768	1680
Trafik Suçları	1062	239	473	614	657	611	574	549	479	
Madde**	1829	2959	5552	4388	5809	10504	8855	6946	5983	6713
Yağma (Gasp)	1718	1618	1587	1476	1911	2371	2495	2262	1730	1591
Yangın Çıkarma	351	338	282	435	480	573	576	923	873	
Yaralama	19726	25182	30180	32331	39048	42540	45211	42513	39236	37160

*Ateşli Silahlar ve Bıçaklar İle Diğer Aletler Hakkında Kanun

** Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanmak, Satmak, Satın Almak

Tablo 36.5 Cumhuriyet Başsavcılıklarına gelen Dosyaların Dağılımı (Türkiye 2011-2018)

Yıl	Cumhuriyet Başsavcılıklarına Toplam Gelen Dosya Sayısı	Cumhuriyet Başsavcılıklarına Toplam Gelen Çocuk Dosya Sayısı	Cumhuriyet Başsavcılıklarına Gelen Toplam Dosya Sayı içinde Çocuk Dosya Sayısının Oranı (%)	Karara Bağlanan Dosyalardaki Suça Sürüklenen Çocuk Sayısı
2011	6 050 030	263 905	4.4	135 732
2012	6 323 397	290 879	4.6	156 322
2013	6 716 800	319 734	4.8	184 507
2014	6 985 818	318 915	4.6	194 438
2015	7 183 574	300 818	4.2	184 318
2016	7 398 616	256 159	3.5	144 214
2017	8 479 555	235 269	2.8	128 801
2018	9 252 208	228 616	2.5	127 649

Tablo 36.6 Suça Sürüklenen Çocuklar Hakkında Verilen Karar Sayıları, (Türkiye 2011-2018)

Yıl	Toplam Sanık Sayısı	Toplam Suça Sürüklenen Çocuk Sayısı	Toplam Sanık Sayısı içinde Suça Sürüklenen Çocuk Sayısının Oranı (%)	Türüne Göre Karar Oranları (%)			
				Mahkumiyet	Beraat	Hükmün Açıklanmasının Geri Bırakılması	Diğer
2011	2 305 073	141 412	6.1	23.0	17.3	27.9	31.8
2012	2 524 011	159 080	6.3	23.8	17.4	26.9	31.9
2013	2 335 897	182 308	7.8	26.7	16.7	24.9	31.6
2014	2 219 870	179 807	8.1	31.2	16.5	21.4	30.8
2015	2 140 307	173 297	8.1	33.0	16.8	19.9	30.3
2016	1 902 460	135 517	7.1	34.6	17.5	18.1	29.8
2017	2 023 902	120 786	6.0	34.8	15.5	15.1	34.6
2018	2 173 964	118 578	5.5	37.0	16.1	15.9	30.9

yılında mahkûmiyet oran en yüksek bölge Ege bölgesi (%40.1) iken en düşük olan bölge Doğu Anadolu bölgesidir (%31.4) (15). Mahkûmiyet kararları içerisinde en sık adli ve idari para cezası ve hapis cezası verilmektedir⁽¹⁵⁾.

2018 yılında işlenen suçların %40.9'u 12-15 yaş grubunda, %59.1'i 15-18 yaş grubunda işlenmiştir. 12-15 yaş grubunda erkek çocukların en çok işlediği suç malvarlığına karşı, hürriyete karşı, vücut dokunulmazlığına karşı, cinsel dokunulmazlığa karşı, kamunun sağlığına karşı ve şerefe karşı suçlar iken kız çocukların en çok işlediği suç malvarlığına karşı, vücut dokunulmazlığına karşı, hürriyete karşı ve şerefe karşı suçlardır. 15-18 yaş grubunda erkek çocukların en çok işlediği suç malvarlığına karşı, hürriyete karşı, vücut dokunulmazlığına karşı, kamunun sağlığına karşı, şerefe karşı, cinsel dokunulmazlığa karşı ve 6136 sayılı Ateşli Silahlar ve Bıçak-

lar ile Diğer Aletler Hakkında Kanuna karşı suçlar iken kız çocukların en çok işlediği suç malvarlığına karşı, hürriyete karşı, vücut dokunulmazlığına karşı ve şerefe karşı suçlardır⁽¹⁵⁾.

Yerel Düzeyde Yapılan Araştırmalar

Türkiye'de her yıl yaklaşık 150 bin çocuğun "çocuk adalet sistemine" dâhil olduğu tahmin edilmektedir⁽¹⁶⁾. Türkiye'de işlenen suçların yarısını 25 yaş altı çocuklar ve gençlerin işlediği bilinmektedir. Yine ileri yaşlarda suç işleyenlerin ise büyük çoğunluğu çocukluk ve gençlik çağında suça karışmış olduğu bilinmektedir⁽¹⁷⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuk sayısı 2014 yılında % 6.2 artmıştır. Bu çocukların %57.5'i

15-17 yaş, %24.5'i 12-14 yaş grubunda ve %17.9'u ise 11 yaş altında olup, %68.3'ü erkek, %31.7'si ise kız çocuğudur⁽¹⁸⁾. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da erkek çocukların kızlara göre daha yüksek oranda suça sürüklendiği görülmektedir^(19,20). İstanbul ve Ankara'da 2006-2007 yılları arasında işlem yapılan 1526 çocuğun katıldığı bir araştırmada; %26.6'sının öz anne ve babası ile birlikte yaşamadığı, %41.9'unun okula düzenli olarak gitmediği, annelerinin %30.1'inin okuryazar olmadığı, babalarının %33.8'inin ilkököl mezunu olduğu görülmüştür. Aynı araştırmada çocukların %30.6'sının gecekonduda yaşadığı, %38'inin ailelerinin bu şehirlere göçle geldikleri ve %24.9'unun uyuşturucu madde kullandığı belirlenmiştir⁽²¹⁾.

Denizli ilinde yapılan bir çalışmada suçlu çocukların %41.6'sının 14 yaş grubunda olduğu saptanmıştır⁽²⁰⁾. 2006-2007 yıllarında Denizli'de yapılan bu çalışmada 138 suç işleme iddiası ile ilk kez getirilen ve 47sinin ayrı ayrı suçlardan dolayı birden fazla başvurusunun olduğu görülen çocukların % 84.9'u erkek, % 15.1'i kızdır. Olguların yaş ortalaması 13.77 ± 0.9 'dur. Çocukların %64.9'unun ilköğretime devam ettiği, %13'ünün ilköğretim mezunu olduğu %83.2'sinin anne-babasının sağ olduğu ve birlikte yaşadıkları tespit edilmiştir. En çok işledikleri iddia edilen suçlar ise %67.2 mal varlığına karşı ve %20.4 vücut dokunulmazlığına karşıdır. Mala yönelik suçlar içerisinde hırsızlık ilk sırada iken, vücut dokunulmazlığına karşı suçlarda darp ilk sırada olduğu görülmüştür. Tekrarlayan suçlar ile gelen çocukların işlediği iddia edilen suçların ortalaması $3,8 \pm 2,93$ (2-15) olarak saptanan araştırmada hırsızlığın, vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların ve cinsel suçların ilk sıralarda yer aldığı tespit edilmiştir⁽²⁰⁾.

Sonuç ve Öneriler

Çocukların tekrardan suça yönlendirilmelerini engellemek ve sorunsuz bir şekilde sosyal hayata uyum sağlamalarına destek olmak, toplumdan dışlanmışlık hissetmelerini önlemek amaçlanmalıdır. Bu amaçla çocuk adalet sistemine ilişkin uluslararası kurallar sistemin içerisinde yer almaktadır. Çocukların adalet sistemi içinde en az zarar göreceği ve çocuğun yüksek yararının sağlanacağı bir sistemin kurulması önemlidir. Mağdur çocuğun yargılanma aşamasında defalarca dinlenmesinin

çocukta ortaya çıkabilecek psikolojik sonuçları değerlendirilerek çocuğun ifadesinin çocuk konusunda eğitilmiş ve iletişim konusunda tecrübeli biri tarafından bir kez alınması en temel gerekliliktir. Türkiye'de Adalet Bakanlığı ve UNICEF işbirliğiyle yürütülen 'Çocuklar İçin Adalet' Projesi ile oluşturulan 23 il ve 26 adliyede kurulan Adli Görüşme Odası sayısının artırılması süreçten oluşabilecek zararı en aza indirmede önemlidir⁽²²⁾.

Devlet çocukların suça yönelmelerini önleyici tedbirler almalıdır. Çocukların topluma uyum sağlamasını ve sorumluluk bilincini geliştirici politikalar benimsenmelidir. Sosyal ortamlar ve suç işlemeye uygun ortamların denetlenmesi ve gerekli cezaların uygulanması sosyal devletin görevidir. Çocuklar hakkında alınacak tüm önlemlerde eğitim ve sosyal gelişimini desteklemek ilkelerini esas almalıdır⁽²³⁾. Çocuğun soruşturma ve yargılama sırasında bütün haklar kullanılırken çocuğun yüksek yararına özen gösterilmelidir. Çocuk ve ailesi bilgilendirilerek yargılama ve karar sürecinde katılmaları sağlanmalıdır. Çocuklarla ilişkili karar hızlı verilmelidir. Çocuklara ilişkin davalarda resmi işlemlerin hızla yürütülmesi çocuğun gelişim sürecinde yaptığı işin yanlışlığını anlamasını artıracaktır. Çocukların suça yönelmesini önleyecek çözümlerin üretilmesi çok önemlidir ve toplumsal bir görevdir. Ancak, suça sürüklenen çocukların da topluma kazandırılması için kanunlarda yer alan mekanizmalara işlevsellik kazandırmak en az önemle kadar önemlidir.

Kaynaklar

- 1) Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, TC Resmi Gazete: 27.01.1995, Sayı: 22184.
- 2) Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim tarihi:20.06.2020
- 3) Çocuk Koruma Kanunu, No: 5395, TC Resmi Gazete Tarih: 15.07.2005, TC Resmi Gazete Sayı: 25876
- 4) Riyad İlkeleri (Çocuk Suçluluğunun Önlenmesine İlişkin Birleşmiş Milletler Yönlendirici İlkeleri), BM Onay: 14 Aralık 1990, Sayı: 45/112.
- 5) Beijing (Pekin) Kurallarınca (Birleşmiş Milletler Çocuk Ceza Adaleti Sisteminin Uygulanması Hakkında Asgari Standart Kurallar), BM Onay: 29 Kasım 1985, Sayı: 40/33.
- 6) Havana Kuralları (Özgürlüğünden Yoksun Bırakılmış Çocukların Korunmasına İlişkin Birleşmiş Milletler Kuralları), BM Onay: 14 Aralık 1990, Sayı: 45/113.
- 7) Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi'nin Çocuk Haklarına dair Sözleşme 'ye ilişkin Genel Yorumları – Genel Yorum No. 10. 2007.
- 8) Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin Ceza İnfaz Alanındaki Tavsiye Kararları. Avrupa Konseyi/ Avrupa Birliği Ortak

- Programı. 2011, Ankara https://cte.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1982019151705tavsiye_kararlari.pdf Erişim tarihi: 20.06.2020
- 9) IJAB, Uluslararası Gençlik Hizmetleri Bilgi Bankası, FEDERAL ALMANYA CUMHURİYETİ, Godesberger Allee 142-148, 53175 Bonn, 2008
- 10) 1593 sayılı UMUMİ HIFZISSIHHA KANUNU. Resmi Gazete: 6/5/1930 Sayı: 1489; Tertip: 3; Cilt: 11; Sayfa: 143.
- 11) 2828 sayılı SOSYAL HİZMETLER KANUNU. Resmi gazete: 27/5/1983 Sayı: 18059; Tertip: 5; Cilt: 22; Sayfa: 355.
- 12) 3308 sayılı MESLEKİ EĞİTİM KANUNU. Resmi gazete: 19/6/1986 Sayı: 19139; Tertip: 5; Cilt: 26.
- 13) TÜİK, Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2017 (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070)
- 14) Güvenlik Birimine Gelen Getirilen Çocuk İstatistikleri, TÜİK. (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr>)
- 15) (ADLİ İSTATİSTİKLER 2018. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü. <http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/2082019153842istatistik2018.pdf>
- 16) Artuç M. Anayasa- TCK- CMK- CGİK. Ankara: Kartal Yayınevi, 2006.
- 17) Çeber UT. Beyaz Gelecek. Uluslararası Çocuklar için Adalet Sempozyumu, 5-7 Aralık 2012: 62, Ankara
- 18) Bora Boranhoğlu. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2015; 18525 www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=18525, Erişim tarihi: 20.06.2020
- 19) Güleç G, Yenilmez Ç, Balcı YG, Seber G. Çocuk Suçluluğunda Sosyodemografik Özellikler. Klinik Adli Tıp 2001; 1: 69-80. 9.
- 20) Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Boz B, Cenger CD, Acar K. Denizli ilinde 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. Pamukkale Tıp Dergisi 2009; 2: 8-14.
- 21) Kızmaz Z. Öğrenim düzeyi ve suç: suç okul ilişkisi üzerine sosyolojik bir araştırma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004; 14: 291-319
- 22) Cezaevleri Genel Müdürlüğü, Mağdur Dairesi Başkanlığı. 2019. <http://www.magdur.adalet.gov.tr/ago-nedir-01587> Erişim tarihi: 20.06.2020
- 23) Türkiye'deki Risk Altındaki Çocuklar Raporu. TOÇEV, İstanbul, 2019. <https://www.tocev.org.tr/Uploads/Documents/TOCEV%20Rapor%5B2%5D.pdf?fp=2608929755>



Çocuk İstismarı ve İhmali: 2014-2020

37

DOÇ. DR. SEDA TOPÇU • PROF. DR. DENİZ ÇALIŞKAN

Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sosyokültürel düzeyden bağımsız olarak, çocukluk çağı boyunca tüm yaşlarda görülebilen önemli bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını “Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar çocuğa kötü muameledir.” şeklinde tanımlamaktadır.⁽¹⁾

Çocuk istismarı ve ihmalinin tüm dünyadaki yaygınlığını kesin olarak bilmek mümkün olmasa da açığa çıkmamış, adı konulmamış veya bir şekilde saklı tutulmaya çalışılmış istismar vakalarının azımsanmayacak düzeyde olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalinin boyutları ile ilgili veriler, yerel çalışmalardan ve resmi kayıtlardan elde edilen rakamlardan oluşmaktadır. Ancak kişilerin kendi bildirimlerine dayanan bu veriler olayın sosyal ve duygusal boyutu nedeniyle gizlenerek, gerçek rakamları yansıtmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir uzun dönem izlem çalışmasında, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan ailelerin ilk çocukları ergenlik dönemine kadar izlenmiş olup izlem sırasında %20,6’ında istismar ya da ihmal saptanmıştır. Ancak ergenlik dönemine ulaştıklarında bu çocukların %7,1’i daha önce istismar ya da ihmale uğradıklarını belirtmiştir. Bu önemli veri bizlere istismarın boyutunun görünenden fazla olabileceğini kanıtlamaktadır. İçinde bulunulan duygusal durum, öykünün alındığı yer ve zaman, istismardan sonra yaşanan dene-

yimlerin verilen yanıtı değiştirebileceği araştırma- da belirtilmiştir.⁽²⁾ Bunu açıklayabilecek bir diğer mekanizma ise; istismarın unutulmak istenmesi veya yok sayılmaya çalışılması belki de mağdurun istismarla kendi kendine başa çıkma yöntemi olarak değerlendirilebilir.

Çocuk istismarının Türkiye’deki sıklığını bildiren kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Türkiye’den Ulukol ve ark’nın dahil edildiği çok merkezli araştırmanın raporunda, üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimleri değerlendirilmiştir.⁽³⁾ Bu raporda ülkemizin beş farklı bölgesinden çalışmaya katılan toplam 2257 üniversite öğrencisinin yaklaşık yarısının çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi olduğu ve en sık olarak da fiziksel istismara maruz kaldığı ifade edilmiştir.⁽³⁾ Aynı yıllarda ülkemizde BECAN çalışması (Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect- Balkanlarda Çocuk İstismarı ve İhmalinin Epidemiyolojisi Çalışması) da yapılmış olup bu araştırmada fiziksel istismar sıklığı %46 bulunmuştur.⁽⁴⁾ Ülkemizin adalet istatistiklerine göre 2015 yılı içinde 12 689 çocuk cinsel suç mağduru olmuştur.⁽⁵⁾ İsnat edilen suç türü ve yaş grubuna göre 2017 yılında güvenlik birimine gelen veya getirilen çocukların sayısı ise 3811 olarak rapor edilmiştir.⁽⁵⁾

Ülkemizde 4-12 yaş arası 16100 çocuğu kapsayan kapsamlı bir çalışmada, kızların %34,6’sının ve erkeklerin %32,5’inin fiziksel olarak istismara uğradığı bildirilmiştir.⁽⁶⁾ Türkiye’den okul ortamında çocuk cinsel istismarı olaylarıyla ilişkili bireysel ve ailesel özellikleri belirten bir çalışmada okul ortamında ya da okul ilişkili cinsel istismar olayları

2238 vakanın %5,6'sını oluşturduğu belirtilmiştir.⁽⁷⁾ Bu araştırma istismarın gerçekleştiği ortamlar arasında okul ortamının göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

UNICEF'in Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010 Raporunda; 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu bildirilmiştir. 7-18 yaş grubu okul çocuklarının %25'nin ihmale maruz kaldığı belirtilmektedir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı ise %45'tir. 7-18 yaş arası çocukların maruz kaldıkları ihmal türleri arasında en çok yaşanan ihmal türünün yalnız bırakılmak olduğu, en yaygın duygusal istismar yöntemi ise dersler nedeniyle baskı görme şeklinde rapor edilmiştir. Saç çekme, kulak çekme, cisim fırlatma, elle vurma tokat atma en sık görülen fiziksel istismar biçimleri olarak belirtilmiştir. Çocukların % 1'inin, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istemediği halde, cinsel içerikli bir film izletildiği; bir dergi ya da bilgisayardaki cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığı belirtilmiştir. Çocukların %0,5'inin ise, herhangi birinin, kendisine istemediği halde dokunmak, kendine dokundurtmak gibi cinsel içerikli başka bir davranışa maruz kaldığı belirtilmiştir.⁽⁸⁾

Kesitsel veriler olmasına rağmen istismarın sıklığı dünyada ve ülkemizde istismarın tanınmasında ve bildirilmesindeki güçlükler nedeniyle tam olarak belirlenmemektedir.

Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılabilir.

Fiziksel İstismar

Anne-baba, bir başka erişkin (bakıcı, öğretmen vb.) ya da çocuktan daha büyük biri tarafından çocuğun vücuduna uygulanan, fiziksel travma, yaralanma ve/veya ağrı oluşturan veya çocukta zarara yol açma riski taşıyan kasıtlı güç kullanımınıdır. Fiziksel istismar genellikle çocuğa ebeveyni ya da bakım vereni tarafından uygulanmaktadır.⁽⁵⁾ Bu istismar şekli "Sarsılmış bebek sendromu" gibi ölümcül seyredabilen boyutlara ulaşabilmektedir. Fiziksel istismara uğrayan çocuk sağlık kuruluşuna ebeveyni ya da bakım vereni tarafından, olaya genellikle kaza süsü verilerek getirilmektedir. Çocuğun vücudundaki lezyonların kaza sonucu mu yoksa kasıtlı mı yapıldığını ayırt etmek büyük önem taşımaktadır. Öncelikle öyküde sağlık kuruluşuna

başvurunun açıklanamayan nedenlerle gecikmesi, çocuğa bakım verenlerin olayı çelişkili şekilde anlatması, fiziksel bulgularla olayın oluş şeklinin uyumsuz olması, çocuğa bakım verenlerin ilgisiz veya aşırı ilgili görünmesi, çocuğun aynı nedenle farklı birçok sağlık kuruluşuna götürülmesi, tekrarlayan travma öyküsü varlığında fiziksel istismardan şüphelenilmelidir.⁽⁹⁾ Fizik muayenede çocuğun gelişimsel fonksiyonlarıyla uyumsuz travma yaşaması istismardan şüphelendirmelidir. Ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalı, inspeksiyonla saç saçlı deriden başlanarak, ağız içi tüm yapılar, gövde, ekstremiteler, ayak tabanları, avuç içleri, parmaklar, genitelya ayrıntılı incelenmeli, tüm kesi, sıyrık ve ekimozların boyutu kaydedilmelidir. Lezyonların sistemik hastalıklardan (dermatolojik, hematolojik, endokrin vs) ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^(10,11)

Cinsel İstismar

Psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyarı için kullanılmasıdır.⁽¹²⁾ Çocuğa yönelik, onun tam anlayamadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, bilerek onaylamadığı ve/veya toplum kurallarına ve yasalara uygun düşmeyen cinsel davranışlar cinsel istismar olarak adlandırılır.^(12,13) Cinsel istismarın yalnızca temas yoluyla ya da penetrasyonla olması gerekmez, çocuğun bir cinsel eylemi ya da herhangi bir pornografik materyali izlemeye zorlanması, cinsel içerikli sözler söylenmesi, çocuğu cinsel aktiviteye katılmaya teşvik etme ve çocuğun müstehcen bir şekilde fotoğraflarını yayınlama gibi durumlar da cinsel istismar olarak kabul edilir.⁽¹²⁾ Çocuk zorla, rızası alınarak ikna yoluyla ya da alıştırarak bu eyleme dahil edilebilmektedir. Bu eylem çocuğun günlük hayatta yaşadığı ev, okul, park gibi her ortamda olabilir ve özellikle küçük yaş gruplarında çocuğun tanıdığı ve güvenini kazandığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir.⁽¹⁴⁾ Bu tip istismarda öncelikle alıştırma yoluyla çocuğun karşı gelmesi engellenmektedir. Çocuğun cinsel istismarının genellikle dışarıdan fark edilen belirti ve bulguları yoktur İstismara uğrayan çocuklar farklı duygusal ve davranışsal tepkiler gösterebilirler.⁽¹⁴⁾ Gece kâbusları, uyku bozuklukları (uykuya dalmada güçlük, sık aralıklarla uyanma, aşırı uyku hali vb), içe kapanma, kaygılı duygu durum, öfke kontrol bozuklukları, yaşına uygun olmayan cinsel içerikli kelimeler kullanma ya da davranışlarda bulunma sık görülen

bulgulardır.⁽¹⁵⁾ Her ne kadar cinsel istismara uğramış çocukların birçoğu duygusal ve davranışsal değişiklikler gösterse de bazı durumlarda çocuklar hiçbir bulgu vermeyebilirler. Çocuğun anlattığı olaya inanılmaması korkusu, utanma veya suçluluk duygusu, çocuğun kendisine ya da ailesine zarar verilebileceği korkusu, çocuğun istismarı anlatmama nedeni olabilir. Ayrıca çocuklar çoğunlukla cinsel istismara maruz kalmalarının kendi hataları olduğuna inanırlar, dolayısıyla bu açığa çıktığında başlarının derde girmesinden korkarlar.⁽¹⁶⁾

Duygusal İstismar

Tanımı çocuğa kendisinin değersiz, kusurlu, sevilmeyen, istenmeyen, tehlikede veya sadece başkasının ihtiyaçlarını karşıladığı zaman değeri olduğu mesajını veren, tekrarlayıcı ebeveyn veya bakım veren kişi davranışları veya uç olaylar” olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁷⁾ Çocuğun aşağılanması, hor görülmesi, hareket yeteneğinin kısıtlanması, zorbalığa uğratılması duygusal istismardır. Belirli ve gözle görülen bir bulgusu olmadığından çoğu zaman fark edilmeyen bir durumdur. Ancak uzun vadeli bir istismar şekli olduğundan çocuğa ağır zararlar vermektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde duygusal istismar çocukta ciddi bilişsel ve davranışsal sorunlara yol açabilmektedir.⁽¹⁸⁾

İhmal

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre çocukların temel fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerinin bakım veren tarafından karşılanmaması durumudur.⁽¹⁹⁾ Belirli belirti ve bulguları olmadığı için ihmal tanısı sık atlanmaktadır ancak sıklığının istismardan daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Çocuğun temel haklarından olan temiz ve hava şartlarına uygun giydirilmemesi, uygun şartlarda barınmaması, çocuğun sosyal yaşama dahil edilmemesi, eğitiminin engellenmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımının engellenmesi veya geciktirilmesi, bağımlılık maddelerine maruz bırakılması, çocuğun terk edilmesi ihmale örnek olarak verilebilir.⁽¹⁹⁾ Çocuk ihmalinin sıklığını değerlendiren çalışmalar ülkemizde de literatürde de genellikle fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki alt başlıkta gruplanmıştır. Fiziksel ihmal sıklığı çocuğun temiz, mevsimsel duruma uygun giysiye, yeterli beslenmeye, hastalandığında sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi, yalnız kalmaması gereken yerlerde yanında

güvenebileceği birinin olması yani korunması gibi durumların değerlendirilmesiyle ortaya konulur. Duygusal ihmal ise çocuğun sevgi, ilgi, önemsenme, özbenliğine ve mahremiyetine saygı duyulması gibi durumlara göre değerlendirilir.

İhmal istismar gibi aktif bir durum olmadığından yani yapılması gerekenler yapılmadığı için ortaya çıkan pasif bir durum olduğundan, etkileri daha uzun vadede görülmektedir. Ancak ihmal durumu, istismardan daha ağır gelişimsel ve psiko-sosyal sorunlara yol açabilmektedir.⁽²⁰⁾

Çocuk İstismarında Koruma

Fiziksel ve bilişsel gelişimin en hızlı olduğu çocukluk çağı, erişkin dönemde sağlıklı nesiller yetişmesi için kritik bir öneme sahiptir. Çocuğa uygulanan kötü muamele ve stres etmenleri uzun vadede ve erişkinlik döneminde sağlıklı bir yaşam sürülmesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁽²¹⁾ Bu bağlamda istismara uğradığından şüphelenilen bir çocuğun tedavisinde en önemli adım istismarı bildirmek ve tekrarlayan maruz kalımı önlemektir.⁽²²⁾ Öncelikle çocuğu süregelen istismar ve ihmal ortamından uzaklaştırarak çocuğu koruyarak tedaviden beklenen sonuca ulaşılması sağlanır.

Bir çocuğun istismara uğradığından kuşkulanıyorsa öncelikle çocuk istismarcısından uzak, güvenli bir ortamda bulundurulmalıdır. Çocuk sağlık kurumuna getirildi ve faili ebeveynlerinden biri ise yasal süreç sonuçlanıp çocuk koruma altına alınana kadar sağlık kurumunda izlenmelidir.⁽²²⁾ Sağlık personeli çocuğa güven ilişkisi içerisinde onun yanında olduğunu ifade etmesi, çocuğun yaşadığı olaydan ötürü duygularını mümkün olduğunca az yüz ifadesine yansıtarak durumu sakince kabul edilmesi, onu telkin edici vaatlerde bulunmaması önemlidir. Çocukla fiziksel temas kurmadan ona inandığını ifade etmeli, olayın ayrıntılarını sorgulamamalıdır.⁽²³⁾ Çocuğun ifadelerinin doğruluğunu araştırmamalı, çocuğu istismarcısı ile karşı karşıya getirmemelidir. Yaşanan olay hakkında yasal işlem yapılması gerekliliği çocuğa anlatılmalı, süreç ile ilgili bilgilendirmede bulunulmalıdır. Çocuğa yardımcı olabilecek uzman kişilere yönlendirileceğinden söz edilmelidir.⁽²⁴⁾

Çocukla görüşmeden sonra çocuk istismarı kuşkusu edinildiyse adli yetkililere bildirimde bulunulur. Bildirimler direk olarak bağlı bulunulan kolluğa ya da Cumhuriyet Savcılığına yapılabilir.

Adli makamlar dışında bildirim bağlı bulunan illerdeki Çocuk Koruma Birimleri/Merkezleri ya da Çocuk İzlem Merkezlerine (ÇİM) yapılabilir. Çocuk koruma birimleri/merkezleri; çocuk istismarı ya da ihmali olması muhtemel olguları değerlendirmek, muayene, tedavi, rehabilitasyon ve izleme için gerekli birimler ile ortaklaşa çalışmak; çocuk istismarı ve ihmali olgularına ait kayıtların standart şekilde ve tek merkezli tutulmasına yönelik çalışmalar yaparak veri tabanı oluşturmak; çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak olguların izlenmesi ve önlenmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirmek; konu ile ilgili olarak toplumsal duyarlılığı arttırmaya yönelik çalışmalar yapmak amacıyla birçok üniversitede kurulmuştur.⁽²⁵⁾

Cinsel istismar mağduru çocukların adli süreç girerken korunması ve örselenmesini en aza indirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı), Milli Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve İl Cumhuriyet Başsavcılıklarının paydaşları olduğu “Çocuk İzlem Merkezleri” kurulmuştur. ÇİM’ler, cinsel istismar mağduru çocuğun ifadesinin alındığı, muayenesinin, tedavi

ve rehabilitasyonunun yapıldığı ve raporunun hazırlanması için gereken tüm personel ve ekipmanın bulunduğu, işlemlerin her aşamasında çocuğun yüksek yararı gözetilerek ikincil örselenmesinin önlenmeye çalışıldığı merkezlerdir.⁽²⁵⁾

İstismara müdahalede hekimlerin en büyük görevi, olayın ortaya çıkmasını sağlamak ve bildirimde bulunmaktır. Bu durum Türk Ceza Kanununda, belirli suçlar bakımından toplumdaki herkese (TCK 278. Madde) veya bazı görevlerde bulunan kişilere (TCK 279, 280. Madde) suçu ihbar etme yükümlülüğü getirmekte ve bu yükümlülüğün ihlali ceza yaptırımına bağlanmaktadır.⁽²⁷⁾ TCK’da kanunu bilmemenin mazeret sayılmadığı ve tüm sağlık çalışanlarının suçu ihbar etme sorumluluğunun bilinmesiyle ihmali ve istismarın tanınması ve müdahalesi kolaylaşacaktır.

Bildirim sistemleri olay gerçekleşikten sonra atılacak adımlar konusunda bir düzen oluşturmaktadır ancak çocuğun istismarı tüm dünyada doğası gereği kabul edilemez bir durumdur. Çocuk istismarı gerçekleşmeden önlenmesi gereken, koruyucu önleyici hizmetlerin ön planda olması gereken bir durumdur. Çocukların maruz kaldığı istismarın zararlı etkileri ve BM Çocuk Haklarına dair Sözleşme kararları göz önüne alındığında, çocukları korumak ve “iyileştirmek” amacıyla, geniş anlamda toplumda hassasiyet yaratacak eğitim kampanyalarının başlatılması, çocukla ilgili kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler gibi toplumun eğitiminden sorumlu kurumların eş güdüm içerisinde çalışması gerekmektedir.

Çocuk İstismarında Önleme/ Korunma ⁽²⁸⁾

Çocuk istismarı ve ihmali önlemeye yönelik programların daha çok ikincil/üçüncül korunmaya çocuğun korunmasına (*Protection*) odaklandığı görülmektedir. Ancak bu yaklaşım bireysel düzeyde çocuklar ve ailelerine olumlu katkı sağlamakla beraber istismar ve ihmalin toplumda görülme sıklığını (insidansını) azaltma yönünde önemli bir katkı sağlamamaktadır.

Temel korunma süreci, yoksullukla mücadele, sosyo-ekonomik refahın geliştirilmesi yönünde kararlı-süreklili politik desteğin sağlanması, tüm topluma yönelik eğitim, farkındalık, savunuculuk, sivil toplumun harekete geçirilmesi gibi temel müdahaleleri içermektedir.



Şekil 37.1 Çocuk İzlem Merkezi İşleyiş Süreci⁽²⁶⁾.

Birincil korunma sürecinde, tüm çocukların gelişimlerinin iyi bir biçimde sürdürülebileceği ortam sağlanmalıdır. Bu ortam ancak sosyal reform, eğitim ve değişen tutumlar ile oluşturulabilmektedir. Tüm çocukların ve ailelerinin içinde buldukları koşulların iyileştirilebilmesinin yolu sosyal reformlardır. Bir toplumun çoğunluğunun yaşam kalitesini yükseltici müdahalelerin, aileler ve çocuklar üzerinde de olumlu etkileri olacaktır. Topluluklar çocuklarına daha çok değer vermeye ve onların gereksinimlerine öncelik vermeye yönlendirilmelidir.

İkincil korunma süreci; yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bireylerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak/artıracak stratejiler ve ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulması, erken uyarı sistemleri, erken tanı, bildirim ve uygun tedavi müdahaleleri olarak özetlenebilir.

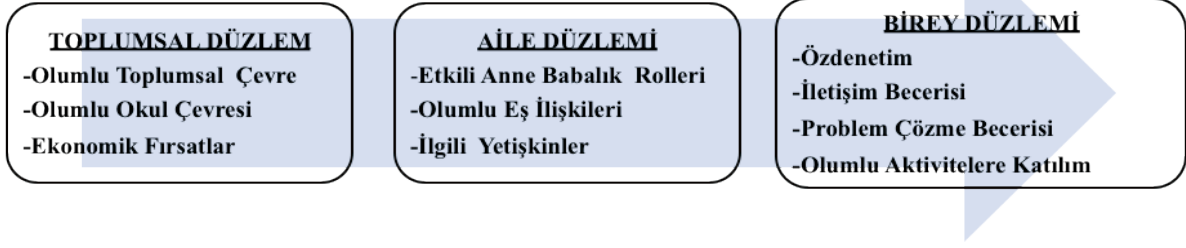
Üçüncül korunma süreci; istismara uğramış olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin ve

ölüm gibi kötü sonuçların önlenmesi, yitirilen sosyal, tıbbi yetilerinin esenlendirilmesi/rehabilitasyonudur.

Etkili önleme stratejilerinde ilk öneri korunma (*prevention*) ve koruma (*protection*) önlemlerinin yarışma halinde değil birbirine paralel olarak ele alındığı bir özel gündem oluşturulmasıdır. Bu dengeyi sağlayacak çocuk istismarı ve ihmalini önleme ajansı/yapılanması/organı oluşturulması öncelikli müdahale olarak tanımlanmaktadır. Bu yapılanma için lider bir kuruluş belirlenmesi, sektörler arası işbirliği sağlayacak şekilde konu ile ilgili profesyoneller ve sivil toplum kuruluşlarının da bu yapının bir parçası olması istenmektedir. Bu grupların başında üreme sağlığı ve aile planlaması hizmeti sunan birimler, çocuk sağlığı ve bakımı yapan birimler, toplum temelli bakım ve sağlık hizmeti sunan birimler, aile-mahalle-kent konseyleri/insiyatifleri, HIV önleme programı, alkol ve ilaç kullanımını

Tablo 37.1 Gelişim Evreleri ve Müdahale Düzeyine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Stratejileri (WHO, ISPCAN, 2006)

Müdahale Düzeyi	Gelişim Evresi			
	Bebeklik (3 yaş altı)	Çocukluk (3-11 yaş)	Ergenlik (12-17 yaş)	Yetişkinlik (18 yaş ve üzeri)
Sosyal ve Toplumsal Müdahaleler	Yasal düzenlemeler *Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin iç hukuka geçirilmesi, *Yargı ve kolluk kuvvetlerinin kapsamının genişletilmesi, *Sosyal, ekonomik ve kültürel hakların geliştirilmesi/iyileştirilmesi Sosyo ekonomik yararlı politikalar *Erken çocukluk eğitimi ve bakımının sağlanması, *Zorunlu temel eğitim, *İşsizliğin azaltılması ve olumsuz sonuçlarının hafifletilmesi için tedbirlerin alınması, *Sosyal koruma sistemlerine yatırım yapılması, Kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi • Çocuklara ve yetişkinlere karşı şiddeti destekleyen kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi, Ekonomik eşitsizliklerin azaltılması • Yoksullukla mücadele, • Gelir ve cinsiyet eşitsizliğinin azaltılması, Çevresel risk faktörünün azaltılması • Alkol kullanımının azaltılması, • Kurşun düzeyinin izlenmesi ve çevresel toksinleri ortadan kaldırılması.			Şiddete maruz kalan kadınlar ve çocuklar için barınaklar Kötü muameleye uğrayan çocuk ve yetişkinlere danışmanlık veren sağlık profesyonellerinin eğitimi
İlişkiler ve İletişim Müdahaleleri	Ev izlem programları Anne Babalık Eğitimi	Anne Babalık Eğitimi		
Bireysel Müdahaleler	İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi Doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık hizmetlerine erişimin artırılması	Çocuğun olası istismar durumlarını tanınması ve kendini korumasına yönelik eğitimler		



Şekil 37.2 Sosyal Ekolojik Modelde Koruyucu Etmenler.

düzenleyen otoriteler, çevre kirliliğinin önlenmesi ile ilgili kurum/kuruluşlar, kadına, çocuğa, gençlere yönelik şiddetin önlenmesi programları, dini kurum/kuruluşlar, medya yer almaktadır. Bu program, kurum ve kuruluşlar yürüttükleri faaliyetler ve programlar ile çocuk istismarı ve ihmalinin risk etmenlerini etkilemektedir. Çok sektörlü bu yaklaşım ile risk etmenlerine yönelik etkili müdahaleler daha net bir şekilde belirlenebilir.

Tablo 37.1'de çocuk istismarı ve ihmali önleme stratejileri, müdahale düzeyine ve yaşam döngüsüne göre verilmektedir. Yaşam döngüsünde; bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde, toplumsal-sosyal, ilişkiler-iletişim ve bireysel düzeyde müdahaleler ele alınmıştır.

Çocuğa yönelik kötü muamele kolayca çözülebilecek basit bir sorun değildir. Çocuğa yönelik kötü muamelenin önlenmesi için sosyal-ekolojik modelin her düzeyinde (toplum-aile-birey) müdahaleleri içeren kapsamlı bir strateji geliştirilmelidir.

Müdahaleler, çocukların kötü muamele görmesine yol açan risk faktörlerinin yanı sıra **Şekil 37.2**'de belirtilen bireysel, aile ve toplumsal düzlemde koruyucu faktörlere de odaklanmalıdır. Ev izlemleri ve anne-baba eğitim programları ile ailelere verilen destekler, etkililiği en fazla kanıtlanan önleme stratejileridir.

Sonuç olarak çocuk istismarı ve ihmali önemli, öncelikli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. İkincil, üçüncül düzeyde yapılan müdahalelerin toplumsal düzeyde sıklığı azaltma yönünde etkisi sınırlıdır. Asıl etkili olan temel ve birincil düzeyde önleyici uygulamalardır. Etkililiği artırmak için çocuğu yüksek yararı ışığında mevcut bilimsel güçlü kanıtlar doğrultusunda ilgili tüm tarafların birlikte iş birliği içinde ve sürekli olarak çalışması en önemli noktadır.⁽²⁸⁾

Kaynaklar

- 1) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R et al. World Report on Violence and Health, WHO, Geneva, 1999.
- 2) Shaffer A, Huston L, Egeland B. Identification of child maltreatment using prospective and self report methodologies: a comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. Child Abuse Negl 2008;32:682-692.
- 3) Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M, Povilaitis R, Pudule I, Qirjako G, Ulukol B, Raleva M, Terzic N. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. Bull World Health Organ. 2014 Sep 1;92(9):641-55.
- 4) European Union Institute of Child Health. BECAN Balkan epidemiological study on child abuse and neglect. March 2013. www.becan.eu (Erişim Tarihi: 26.06.2020)
- 5) TÜİK İstatistikler tablolar ve dinamik sorgulama. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr> (Erişim Tarihi 26.06.2020)
- 6) Gurhan, N. (2015) Her yönüyle Çocuk İstismarı ve İhmali (Sağlık- Yasa- Eğitim ve Aile Boyutu). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, ss. 16-80.
- 7) Koçtürk N, Yüksel F. The Characteristics of child sexual abuse in the school environment in Turkey. J Child Sex Abus. 2018;27(7):852-869.
- 8) UNICEF, Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile içi Şiddet Araştırması, 2010. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> (erişim tarihi 06.07.2020)
- 9) Hornor G. Physical abuse: recognition and reporting. J Pediatr Health Care 2005;19(1):4-11.
- 10) Legano L, Mchugh MT, Palusci VJ. Child abuse and neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009;39(2):31.e1-26.
- 11) Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 2007;119(6):1232-41.
- 12) Young TL, Riggs M, Robinson JL. Childhood sexual abuse severity reconsidered: a factor structure of CSA characteristics. J Child Sex Abus. 2011;20(4):373-95.
- 13) Schonbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Disclosure of child sexual abuse by adolescents: a qualitative in-depth study. J Interpers Violence. 2012;27(17):3486-513.
- 14) Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. 2000;24(10):1257-73.
- 15) Espeleta HC, Brett EI, Ridings LE, Leavens ELS, Mullins LL. Childhood adversity and adult health-risk behaviors: Examining the roles of emotion dysregulation and urgency. Child Abuse Negl. 2018 Jun 4;82:92-101

- 16) Oral R, Can D, Kaplan S, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl* 2001;25(2):279-90
- 17) APSAC. Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice guidelines. American Professional Society on the Abuse of Children. 1995
- 18) Glaser, D, Prior, V. Is the term child protection applicable to emotional abuse? *Child Abuse Rev* 1997; 6: 315-329.
- 19) Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Apr;23(2):309-19, ix.
- 20) Violence Prevention Committee. Child abuse. *Ann Emerg Med* 2000; 36:180.
- 21) Young JC, Widom CS. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse Negl*. 2014 Aug;38(8):1369-81.
- 22) Oates RK. Role of the medical community in detecting and managing child abuse. *Med J Aust*. 2014 Jan 20;200(1):7-8.
- 23) Hershkowitz I, Orbach Y, Lamb ME, Sternberg KJ, Horowitz D. A comparison of mental and physical context reinstatement in forensic interviews with alleged victims of sexual abuse. *Appl Cognit Psychol* 2002; 16: 429-441.
- 24) Kafadar, H. Child Protection Centers and Forensic Medicine Approach. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. (2014). 5. 10.4328/JCAM.2841.
- 25) Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) hakkındaki 20.10.2012 tarih ve 28431 sayılı Genelge, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42930/cocuk-izlem-merkezleri-hakkinda-genelge.html> (Erişim Tarihi: 10.06.2020)
- 26) Çocuk Bilgi Güvenliği Derneği, ECPAT, ÇTCS, ICC, Çocuk İzleme Merkezi İşleyiş Broşürü
- 27) Türk Ceza Kanunu, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm>, (Erişim Tarihi: 10.06.2020)
- 28) Çalışkan D. Çocuk İstismarı ve İhmali Önleme Programları, içinde Editör Ulukol B. Çocuk İstismarı ve İhmali. Punto Yayınları, Cilt 2, İstanbul, ss:901-918, ISBN 978-605-69649-3-0



PROF. DR. BURCU TOKUÇ • PROF. DR. A. FERDANE OĞUZÖNCÜL

Uluslararası olarak yaygınlığı artan, tüm dünyayı tehdit eden ve son zamanların en önemli problemlerinden biri olan “çocuk işçiliği” kavramını tanımlamak ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, tarihi ve sosyal yapılarının farklılıklarına, yasal düzenlemelere ve yapılan işlere göre değişiklik göstermektedir. Dolayısı ile bu konu ile ilgilenen uluslararası kurumların resmi belgelerinde çocuk işçiliği tanımı farklı şekillerde olmuştur. ⁽¹⁾

Çocuk çalıştırılması, çocuk emeğinin yaygın biçimde farklı alan ve işbirliğinde kullanılması evrensel ve ulusal bir sorundur. *Çalışan çocuk veya çocuk işçiliği* kavramı, 15 yaşından küçük olup, fiziksel ve ruhsal olarak gelişimini tamamlamamış, eğitim görmesi ve oynaması gerekirken ailesine ekonomik olarak katkıda bulunmak için çalıştırılan ya da para kazanması zorunlu olan çocuklar için kullanılmaktadır. Bu grup içerisinde sokakta çalışanlardan, zorla fuhuş yaptırılanlara, dilenenlere kadar pek çok çocuk bulunmaktadır. ⁽²⁾

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) çocuk işçiliğini, “Çocukları çocukluklarını yaşamaktan alıkoyan, potansiyellerini ve saygınlıklarını eksiltен, fiziksel ve zihinsel gelişimlerine zarar veren işlerde çalışma” şeklinde tanımlamıştır ⁽¹⁾. Buna göre çocuk işçiliği aşağıdaki ifadeleri kapsamaktadır:

Okula düzenli gitmelerini engelleyen, okullarından erken ayrılmalarına yol açan işler,

Çocuklar için zihinsel, fiziksel ya da ahlaki açılardan tehlikeli ve zararlı işler,

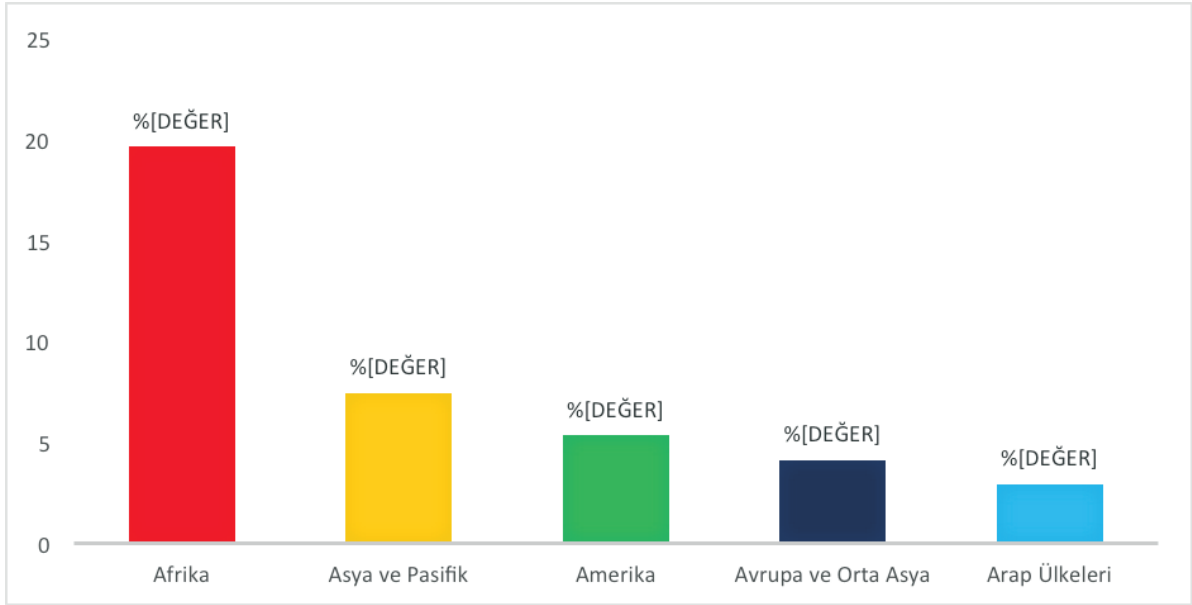
Çocukları okulları ile beraber aşırı uzun süren ve ağır işleri beraber yürütmek zorunda bırakan işler. ⁽¹⁾

Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) çocuk işçiliğini, “Çocuğun yaşına ve işin türüne bağlı olarak, minimum çalışma saatini aşan ve çocuğa zararlı olan iş” şeklinde ifade etmiştir. ⁽³⁾ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu ise çocuk işçileri, “Çocuk işçi, sosyo-ekonomik konumları gereği esnaf ve sanatkarlar yanında, sanayi işkolunda, tarım sektöründe, marjinal çalışma alanlarında maddi kazanç elde etmek ya da meslek edinmek amacıyla üretime katılan ve 18 ve daha küçük yaştaki kimselerdir” şeklinde tanımlamıştır. ⁽⁴⁾

Türkiye ILO’ya göre Avrupa ve Orta Asya bölgesinde bulunmaktadır ⁵. ILO’ya göre dünyada en fazla çocuk işçiliğinin olduğu bölge Afrika (%19,6) iken en az olduğu bölge ise Arap Ülkeleri (%2,9) gelmektedir. Türkiye’nin de içinde bulunduğu Avrupa ve Orta Asya bölgesinde çocuk işçiliği oranı %4,1 olarak görülmüştür (**Şekil 38.1**). Yine riskli işlerde çalışma oranı da %4,0 olarak belirlenmiştir. ⁽⁶⁾

Türkiye’de Çocuk İşçiliğinin Durumu

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından, Türkiye’de çocuk işçiliğinin durumunun öğrenilebilmesi, hangi sektörde çalıştıkları, sosyal, ekonomik ve demografik durumlarının tespit edilebilmesi için 1994, 1999, 2006, 2012 ve 2019 yıllarında Çocuk İşgücü Anketi yapılmıştır. ⁽⁷⁾ 2019 yılı Çocuk İşgücü Anketi ILO’nun çocuk işgücü araştırmalarında temel aldığı 5-17 yaş grubunu kapsamaması nedeniyle önceki yıllardan farklılaşmıştır. ⁽⁸⁾



Şekil 38.1 Bölgelere Göre 5-17 Yaş Grubunda Çalışan Çocuk Oranları, 2016⁽⁶⁾.

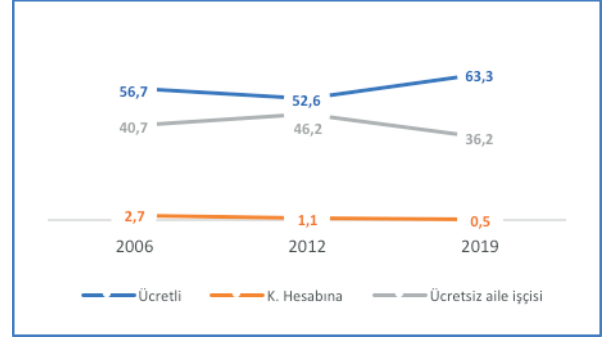
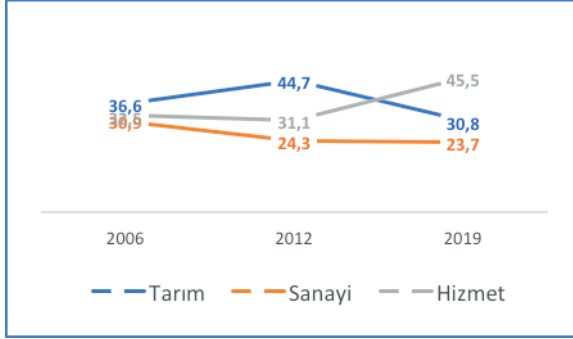
2019 Çocuk İşgücü Anketi sonuçlarına göre 5 - 17 yaş grubundaki çocukların %4.4'ü bir ekonomik faaliyette çalışmaktadır. Çalışan çocukların %79.7'sini 15 - 17 yaş grubundaki çocuklar, %70.6'sını erkek çocuklar oluşturmaktadır. Bu çocukların %65.7'si çalışırken aynı zamanda eğitimine devam etmektedir. Çalışan çocuklardan; 5-14 yaş grubunda olanların %72'si, 15-17 yaş grubunda olanların %64.1'i, erkeklerin %65.6'sı, kızların

%66.1'i aynı zamanda eğitimine devam etmektedir (**Tablo 38.1**)⁽⁸⁾

2019 yılında, çalışan çocukların %30.8'i tarım sektöründe, %23.7'si sanayi sektöründe, %45.5'i hizmet sektöründe çalışmaktadır. 2006 yılından bu yana tarım ve sanayi sektöründe çalışan çocuk sayısı azalırken hizmet sektöründe artmıştır (**Şekil 38.2**)^(7,8).

Tablo 38.1 TÜİK 2019 Çocuk İşgücü Anket Sonuçları⁽⁶⁾

Göstergeler	Toplam		Erkek		Kadın	
	Bin kişi	Yüzde	Bin kişi	Yüzde	Bin kişi	Yüzde
6 - 17 yaş grubu nüfus	16 457	-	8 449	-	8 008	-
İstihdam (6-17 yaş)	720	100	508	100	212	100
Yaş Grubu						
5 - 11	32	4.4	24	4.7	8	3.8
12 - 14	114	15.9	77	15.2	37	17.4
15 - 17	574	79.7	407	80.0	167	78.8
Eğitime Devam Durumu						
Devam eden	473	65.7	333	65.6	140	66.1
Devam etmeyen	247	34.3	175	34.4	72	33.9
Sektör						
Tarım	221	30.8	143	28.2	78	36.8
Sanayi	171	23.7	141	27.8	29	13.7
Hizmet	328	45.5	223	43.9	105	49.4
İşteki Durumu						
Ücretli - Yevmiyeli	455	63.3	319	62.9	135	64.2
Kendi hesabına	4	0.5	3	0.5	1	0.5
Ücretsiz aile işçisi	261	36.2	186	36.5	75	35.3



Şekil 38.2 Türkiye'de çalışan çocukların sektörlere ve işteki durumuna göre dağılımı, 2006 -2019^(7,8).

Çalışan çocukların çoğunluğu (%63.3) ücretli ya da yevmiyeli olarak çalışmaktadır. 2012'den bu yana ücretsiz aile işçisi olarak çalışan çocuk sayısı azalırken, ücretli olarak çalışma yaygınlaşmıştır (Şekil 1)^{7,8}. Çalışan çocukların %66'sı düzenli bir işyerinde, %30.4'ü tarla-bahçe işlerinde, %3'ü seyyar sabit olmayan işyeri ve pazar yerinde ve %0.5'i ise evde çalışmaktadır.⁽⁷⁾ Çalışan çocukların çalışma nedenlerinde ilk sırayı %35.9 ile "hanehalkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak", alırken bunu, %34.4 ile "iş öğrenmek, meslek sahibi olmak" %23.2 ile "hanehalkı gelirine katkıda bulunmak" izlemektedir. Çocukların %6.4'ü ise "kendi ihtiyaçlarını karşılamak" amacıyla çalıştığını beyan etmiştir.⁽⁸⁾

TÜİK 2019 Çocuk İşgücü Anketinde, hane için alışveriş, temizlik, yemek, ütü vb. ev işleri ile hane de kendinden küçük çocuklara veya yaşlı/engelli/hasta bir yakına bakma konularında ailesine destek olan çocuklar, ev işlerinde ailesine yardımcı olan çocuklar olarak kabul edilmiş ve çalışan çocuk kapsamına alınmamıştır. Bu çerçevede, 5-17 yaş grubunda, ev işlerinde ailesine yardımcı olan çocukların oranı %45,5 olarak belirlenmiştir. Bu oran, erkek çocuklarında %40,0; kız çocuklarında %51,3'tür.⁽⁸⁾

Çocuklar, sokaklarda çalıştıkları halde istihdamın parçası olarak görülmediğinden dolayı resmi kayıtlarda tahmini sayılarla yer bulabilmektedirler.

Türkiye'de en az 42.000 çocuğun sokaklarda yaşadığı ya da çalıştığı tahmin edilmektedir; ancak gayri resmi rakamlar 80.000'e kadar çıkmaktadır. Bu çocukların büyük çoğunluğu, daha iyi yaşam standartları arayışı içinde şehirlere akın eden ve sosyal olarak sınırlılıkları olan göç etmiş ailelerden gelmektedir.⁽⁹⁾

Sokakta çalıştırılan çocuklar olgusu üzerine yapılan çalışmalar, sorunun düzensiz kentleşme, kır-

dan kente yönelen göç ve yetersiz sosyal hizmetler ile ilgili olduğunu ortaya koymaktadır.⁽¹⁰⁾

Suriyeli Çalışan Çocuklar

Türkiye'deki çalışan çocuklar sorununa, Suriye'de patlak veren savaştan sonra göçmen çocuk işçiler sorunu eklenmiştir. Suriye'den gelen göç Türkiye'ye cumhuriyet dönemi süresince gelen en büyük göç dalgalarından biri olmuştur. 2011-2017 arası toplam gelen ve sadece kayıtlı olan göçmen sayısı 3 milyonu aşmıştır. Bu veri içinde kayıt yaptıramayan göçmenler dâhil değildir. Gelen göçmenlerin %45'i 18 yaşından küçüktür.⁽¹¹⁾ Bu gençlerin bir bölümü okula devam edebilirken, küçük bir bölümü okul ve iş hayatını birlikte sürdürmekte, bir bölümü ise okulla ilgisi olmayıp sadece çalışmaktadır.⁽¹²⁾ 2016 yılında yapılan bir saha çalışması Suriyeli göçmen çocukların %70'ten fazlasının haftada 6 ya da 7 gün çalıştığını, iş yerinde yaygın bir şekilde sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirlemiştir.⁽¹³⁾

Çocuk İşçiliğinin Sonuçları

1. Çocuk İşçiliği ve Suç

Çocuk işçiliğini değerlendirirken gözden kaçırılmaması gereken bir konu sokağa yönelen çocuk kavramıdır. Sokağa yönelen çocukları iki şekilde değerlendirmek mümkündür. Bunlardan birincisi, "sokakta çalışan çocuklar" ikincisi ise "sokakta yaşayan" veya "sokak çocukları" olarak adlandırılan çocuklardır. "Sokakta çalışan çocuklar"; ailelerinin geçimine yardımcı olmak veya kendi harcamalarını karşılamak gibi ekonomik nedenlerden dolayı sokakta ücret sağlamak için çalışan, bundan dolayı zamanlarının büyük bir kısmını sokaklarda geçiren, daha sonra evlerine geri dönen çocukları

tanımlamaktadır. “Sokak çocukları” veya “sokakta yaşayan çocuklar” kavramı ise, kısmen veya hiçbir şekilde aile desteği imkanı olmayan ve dolayısıyla aile ile ilişkileri nispeten kesilmiş olan -bazen veya hiç eve dönmeyen- yaşam mekânları olarak da sokakları kullanan sahipsiz çocuk grubunu tanımlamaktadır. ⁽¹⁴⁾ Bu iki grupta bulunan çocuklar birbirinden farklı oranlarda olsa bile suça meyil göstermektedirler. Bu çocuklarda aile yapısında bozukluk, madde kullanımı ve suç işleme potansiyeli bulunabilmektedir. ⁽¹⁵⁾ Bu konuda yapılan bir çalışmada Diyarbakır’da suç işlemiş olan ve bundan dolayı alıkonulmuş 30 çocuk üzerinde yapılan incelemede, sokakta çalışan çocukların en çok hırsızlık suçlarını işledikleri, sokaklarda bağımlılık yapıcı madde kullanma alışkanlıklarını edindikleri, aile yapılarının sorunlu olduğu ve suçlu akran grubuna sahip oldukları yönünde bazı bulgular elde edilmiştir. Çalışılan sokak ortamlarının niteliği, çocukların suçlu motivasyona sahip olabileme risklerini arttırmaktadır. ⁽¹⁶⁾

2. Çocuk İşçiliği ve Psikososyal Durum

Çocukların herhangi bir işte çalışmaları onların psikososyal durumlarını da etkileyebilmektedir. Aysev ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada çalışan ve okuyan çocukların depresif bozukluk şiddetleri vaka kontrol yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak sokakta çalışan çocukların daha fazla depresif belirti gösterdiği bulunmuştur. Aynı zamanda sokakta çalışan çocukların %48’i okula da devam etmektedir. Çalışan çocuklar grubu içinde okula devam edenlerin daha az depresif belirti gösterdiği bulunmuştur. ⁽¹⁷⁾ Erken yaşlarda çalışmaya başlayan çocuklar, aile geçimine katkıda bulunarak ağır bir yükün altına girmektedirler. Bu durum, çocuğun biyo-psişik gelişimi açısından önemli bir stres kaynağı haline gelmektedir. ⁽¹⁸⁾

Çocukların çalışmaları, eğitimden uzaklaşmalarına sebep olabildiği gibi, fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin olumsuz etkilenmelerine ve çeşitli istismarlar ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Çocuk emeğinin istismar edildiği bir yapı, çalışan çocuklar konusunun tüm yönleri ile ele alınmasını, çalışan çocukların sorunlarının çözümü için yöntemler bulunmasını, çocuk işçiliğine karşı mücadelede yer alan kişi, kurum ve kuruluşların çabalarını yoğunlaştırmalarını gerektirmektedir. ⁽¹⁹⁾

3. Bedensel Geri Kalma

Çocuk işçiliği ile ilgili yapılan araştırmalarda, veriler çalışan çocukların bedensel gelişimlerinin çalışmayan yaşlılarının gerisinde kaldığını göstermektedir. Bedensel geri kalma daha çok vücudun dikey gelişiminde gözlenmektedir. Aşırı yüklenmelerin derecesine bağlı olarak, çalışan çocukların bedenlerinde deformasyonlar da meydana gelmektedir. ⁽¹⁸⁾

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Çalışan çocukların çalışma hayatında karşılaştıkları önemli bir sorun da işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilidir. Çocukların çalışma ortamlarının, genellikle işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarına uygun olmadığı görülmektedir. Çalışan çocukların koşullarının iyileştirilmesi kısa vadede bir çözüm gibi görünse de uzun vadede çocuk işçiliğinin önüne geçmek gerekir.

Çocukların çalışma ortamında fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen faktörler incelendiğinde; çalışan çocukların %12.9’unun aşırı sıcak/soğuk ya da aşırı nemli/nemsiz bir ortamda çalıştığı, %10.8’inin kimyasal madde, toz duman veya zararlı gazlara maruz kaldığı görülmüştür. Çalışan çocukların %10.1’inin zor duruş şekli veya harekete maruz kaldığı veya ağır yük taşıdığı, %10’unun ise gürültü veya şiddetli sarsıntıya maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışan çocukların %6.4’ünün çalıştığı ortamda kaza riski ile karşı karşıya kaldığı, %4.6’sının ise çalıştığı işyerinde göz yorgunluğu veya görsel odaklanma konusunda risk altında olduğu belirlenmiştir (**Şekil 38.3**). ⁽⁸⁾

Çalışan çocukların %1,3’ünün çalıştığı yerde bir yaralanma veya sakatlanmaya maruz kaldığı, %4,4’ünün çalıştığı yerde yaralanma veya sakatlanma durumuna tanık olduğu, işyerinin çalışma koşullarından kaynaklı hastalananların oranı %0,6 iken, bu duruma tanık olanların oranının %2,2 olduğu tespit edilmiştir. Çalışan çocukların %0,1’inin çalıştığı yerde fiziksel, sözlü şiddet veya kötü muameleyle maruz kaldığı, %1,5’nun işyerinde bu duruma tanık olduğu belirlenmiştir ⁽⁸⁾.

Özellikle çocukların yaptıkları işlere bağlı olarak ağır yük kaldırma, tarım ilaçları ile temas etme, böcek, yılan akrep sokmaları, uzun iş saatleri, yetersiz beslenme ve uyku alamama gibi birçok farklı etkene bağlı olarak sağlık koşulları olumsuz olarak etkilenmektedir ⁽²⁰⁾.



Şekil 36.3 Çocukların çalışma ortamında sağlıklı olumsuz etkileyen faktörler⁽⁸⁾.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve UNICEF'in yayınladığı "COVID-19 ve çocuk işçiliği: Kriz zamanı harekete geçme zamanıdır" başlıklı rapora göre, son 20 yılda kaydedilen ilerlemenin ardından COVID-19 krizi nedeniyle milyonlarca çocuk, çocuk işçiliğine itilebilir ve çocuk işçiliğinde ilk kez artış görülebilir. COVID-19 krizi yoksulluğun artmasına yol açabileceği için, haneler hayatta kalmak amacıyla her türlü yõteme başvurabilir ve bu da çocuk işçiliğinde bir artışı beraberinde getirebilir. Bazı çalışmalar, belirli ülkelerdeki yoksulluk oranlarında yüzde 1'lik artışın, çocuk işçiliğinde en az yüzde 0,7'lik bir artışa yol açtığını göstermektedir.⁽²¹⁾

Genel olarak değerlendirildiğinde çocuk işçiliği; çocukların gelişimsel, sosyal, eğitsel her türlü hakkını elinden alan bir çalışma şeklidir. Çocuk işçiliğinin önemli ve tehlikeli sonuçları tam anlamıyla uzun vadede ortaya çıkmakta olup; en aşağı ve en yukarı düzeyde, gelecekte oluşabilecek birçok farklı sorunun potansiyel kaynağını oluşturmaktadır.

Sorunun çözümüne ilişkin olarak çeşitli önerilerde bulunulabilir. Ailelerin gelir düzeylerini yükseltecek, bölgeler arası gelişmişlik farklarını kapatmak ve buna bağlı olarak devam eden göç sorununu iyileştirecek, gelir dağılımındaki adaletsizlikleri ortadan kaldıracak sosyo-ekonomik önlemler alınmalıdır.

Ulusal ve uluslararası mevzuat hükümleri etkin bir şekilde uygulanmalı ve denetiminin yetkililerce sürekli olarak yapılması sağlanmalı, mevzuata aykırı her türlü durumun tespiti halinde caydırıcı ce-

zai yaptırımlar hayata geçirilmelidir. Çocuk işçiliğinin en kötü biçimleriyle mücadelede kamuoyunun duyarlılığı artırılmalı ve böylece desteği sağlanmalıdır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün de önerdiği şekilde öncelikle kısa dönemde, kabul edilemez istihdam biçimlerinde çalışan çocuklara (fahişelik, uyuşturucu ticareti vs.), ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlara (maden taş ocaklar vs.) ve en korumasız gruplara (12 yaşın altındakiler ve kız çocukları) ulaşılmalıdır. Temel eğitimin yanında mesleki eğitim merkezleri yapısal olarak sosyal etkinlikler için daha uygun hale getirilerek öğrencilerin kullanımına açılmalıdır.

Çocuk işçiliği konusunda hükümet ile işveren kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve diğer kamu kurumları birlikte hareket etmelidir. Konu ile ilgili gerçekleştirilecek tüm çalışmaların sosyal devlet olmanın gereği olarak hak temelli yürütülmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) ILO. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: <https://www.ilo.org/ipec/facts/lang--en/index.htm>.
- 2) Ashagrie K. Statistics on child labor and hazardous child labor in brief. . 1998 [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/simpoc/stats/child/stats.htm>.
- 3) UNICEF. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: https://www.unicef.org/protection/57929_child_labour.html.
- 4) TİSK. Türkiye'de Çocuk İşgücü, Ajans-Türk Matbaacılık Sanayi. A.Ş, Ankara, s.7. 1994.
- 5) ILO. Global Estimates of Child Labour, 012-2016. 2012-2016 [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipec/documents/publication/wcms_586125.pdf.

- 6) ILO. Regional brief for Europe and Central Asia. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_597874.pdf.
- 7) Çalışma, T. C., & Müdürlüğü, S. G. B. Ç. G. (2017). Çocuk işçiliği ile mücadele ulusal programı. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı–Çalışma Genel Müdürlüğü.
- 8) TÜİK. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019 [Erişim Tarihi 12.08.2020]; Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaber-Bultenleri.do?id=33807>
- 9) TÜİK. Çocuk İstatistikleri. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=202&locale=tr>.
- 10) UNICEF. Türkiye Raporu. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: <https://www.unicef.org/turkey/>.
- 11) Acar, Hakan (2010). Sokakta Yaşayan ve/veya Çalıştırılan Çocuklara Yönelik Hizmet Modelinin ve İl Eylem Planlarının Değerlendirilmesi Raporu. Ankara: Unicef Türkiye.
- 12) Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. [Erişim Tarihi 12.06.2020]; Available from: <https://www.goc.gov.tr/>.
- 13) Lordoğlu K, Aslan M. Görünmeyen Göçmen Çocukların İşçiliği: Türkiye'deki Suriye'li Çocuklar. Çalışma ve Toplum. 2018; 57.
- 14) Yalçın S. Hatay ve Urfa'da yaşayan Suriyeli çocukların eğitim ve çalışma durumları. Türkiye'de çocuk işçiliği sorunu: Suriye'den gelen mülteciler sonrası mevcut durum ve çözüm önerileri konferans raporu. 2016:31-4.
- 15) Ennew J. Sokak Çocukları ve Çalışan Çocuklar: Planlanma İçin Bir Rehber, Gelişim El Kitabı 4. Çeviren Çiçek Öztekin, UNICEF Türkiye Temsilciliği Yayınları. 2003.
- 16) Çayköylü A, Kuloğlu M, Aksu H. "Çocuklar, Suç ve Şiddet", Okullarda Şiddet ve Çocuk Suçluluğu: Çocuk ve Suç içinde. In: Erçetin Ş, editor. Ankara: Hegem Yay.; 2006. p. 61-74.
- 17) Kızmaz Z, Bilgin R. Sokakta çalışan/yaşayan çocuklar ve suç: Diyarbakir örneği. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 9:269-311.
- 18) Aysev A, Ulukol B, Ceyhan G. Çalışan ve Okuyan Çocukların "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği" ile Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2000; 53:27-30.
- 19) Duyar İ. Çalış (tırıl) an çocuklarda bedensel yıpranmalar. İnsanbilim Dergisi. 2013; 2:1-14.
- 20) Tor H. Türkiye'de çocuk işçiliğinin boyutları. Zeitschrift für die Welt der Türken/Journal of World of Turks. 2010; 2:25-42.
- 21) ILO & UNICEF. COVID-19 ve çocuk işçiliği: Kriz zamanı harekete geçme zamanıdır. [Erişim Tarihi 12.08.2020]; Available from: <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BClenleri/ilo-ve-unicef-covid-19-milyonlarca-%C3%A7ocu%C4%9Fu-%C3%A7ocuk-i%C5%9F%C3%A7ili%C4%9Fitebilir>

> **ÇEVRE VE SAĞLIK**

BÖLÜM

4

> Sunuş

DOÇ. DR. GAMZE VAROL

Bölüm Editörü

Çevre en geniş haliyle organizmanın dışındaki ve onu etkileyen her şey olarak tanımlanır. Canlı ve cansız bileşenleri, fizikojeokimyasal, biyolojik ve sosyal öğeleri ile çok geniş bir içeriği kapsar ve sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkiler. Sağlıklı olmak en temel insanlık hakkı olduğu gibi, sağlıklı bir çevre de sağlıklı olmanın/sağlıklı kalmanın temel koşullarındandır. Olumlu çevre koşulları sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine olanak tanırken, olumsuz çevre koşulları da sağlığı ve sağlıklı olmayı engeller, sağlık sorun ve olaylarına, hastalıklara yol açar. Çevre ve sağlık ilişkisi uzun yıllardır üzerinde çalışılan ancak çevre ve öğelerini sınırsız bir kaynak gibi kabul eden, giderek daha çok sömüren ve geri dönüşsüz tahrip eden kapitalist üretim ilişkileri nedeniyle çevresel tahribatın olumsuz sağlık etkilerinin son yıllarda daha yakıcı ve derinden hissedilmeye başlanmasıyla giderek daha çok gündem olan bir çalışma alanıdır.

Günümüzde dünya genelinde sivil toplum, sağlık ve çevre örgütleri çevre ve gelecek nesillerin yaşam ve sağlık hakkını önceleyen ses getiren eylem ve etkinlikleri örgütlemeye başlamış; çevre ve sağlık ilişkisi kamuoyunun daha çok ilgi çeken bir çalışma alanı olurken ve politik iradeye baskı ve etki gücü görece artmıştır. Ülkemiz özelinde ise, Birleşmiş Milletler Çevre Programı'nın bir ülkenin kalkınmasının üç ayağının -çevresel, ekonomik ve sos-

yal- sürdürülebilirliklerini ölçmek için geliştirdiği Çevresel Kırılabilirlik Endeksine göre, Türkiye'nin çok savunmasız, çevresel kırılabilirliğin en yüksek olduğu ülkeler arasında yer alması nedeniyle de, çevre savunuculuğu ülkemizde de öncelikli bir çalışma alanı haline gelmiştir.

Bu saptamalar ışığında Türkiye Sağlık Raporu-2020'nin (TSR) Çevre ve Sağlık bölümünün içeriği ülkemiz için çevre sağlığının yaşamsal önemini yansıtabilmek adına olabildiğince geniş tutulmaya çalışılmış, raporun diğer bölümlerindeki başlık ve içerik ile çakışmaması için için de çevre ve sağlık genel çerçevesi üzerine oturtulması hedeflenmiştir. TSR-2020, Çevre ve Sağlık Bölümü'nde 14 konu başlığı bulunmaktadır. Bu başlıklar TSR 2020'de ilk kez ele alınıyor ise içerik daha geniş tutulurken (kavramsal açıklamalar, tanımlar, tarihçe vb.), TSR-2014'te işlenmiş bir konu ise son 6 yıldaki gelişmelere (mevzuat ve ulusal yayınlar vb.) yer verilerek içerik daha kısıtlı tutulmuştur.

Böylesi geniş bir başlıkta, büyük bir emekle, güncel ve bilimsel açıdan doyurucu, okuyucunun olumlu tutum geliştirmesini hedeflediğimiz bilgi, bulgu ve belgeleri sizlere aktarmaya çalıştık. Raporun ülkemizdeki çevre mücadelesine ışık tutan ve yararlı bir kaynak olabilmesi dileğiyle, Rapora katkı sunan tüm yazarlara teşekkür ederim.

Çevre ve Sağlık

› Boyutuyla İklim Krizi

39

DOÇ. DR. CAVİT IŞIK YAVUZ

İklim krizi günümüzün halk sağlığı ve gezegenin geleceği açısından en büyük tehdidi olarak çevreden politikaya, ekonomiden kalkınmaya kadar birçok gündemin ilk sıralarında yer almaktadır. Dünya ekonomik politikalarına yön veren Dünya Ekonomik Forumu her yıl hazırladığı Küresel Riskler Raporu'nda iklim değişikliğinin beklenenden daha sert ve daha hızlı bir şekilde etkiler ortaya koyduğunu belirtmekte ve “gezegensel bir acil durum” oluştuğuna vurgu yapmaktadır. Rapor, etki bakımından ilk beş riskin üçünün çevre ile ilgili olduğunun altını çizmiştir⁽¹⁾. En bilinen etkisiyle son beş yılda sıcaklık rekorlarının kırıldığı, Hükümetlerarası İklim Paneli verilerine göre 21.yy sonunda 1990 yılına göre yüzey sıcaklıklarında 1.4-5.8 santigrat derece arasında artış olabileceği öngörülen ve artışın 1.5 °C'de sınırlanmaya çabaladığı bir zeminde dünya, çıkış yolu aramaktadır⁽²⁾. Bu kapsamda küresel bir ölçekte yürütülen çabalarla ülkeler kendi stratejilerini belirlemeye çalışmaktadırlar. Bu yazıda iklim değişikliğinin ve iklim krizinin genel etkilerinden çok Türkiye'ye ilişkin durum konusunda saptamalar yapılmaya çalışacaktır.

İklimin karmaşık yapısı, başta fosil yakıtlar olmak üzere insan etkinlikleriyle ortaya çıkan değişikliklerin iklim üzerindeki etkilerini de karmaşıklaştırmaktadır. Sera etkisi, iklimin sıcak, kurak ve değişken olmasına neden olmakta, aşırı hava ve iklim olaylarının sıklığı, şiddeti, dağılımı, uzunluğu ve zamanlaması değişmektedir⁽³⁾. İklimbilimcilerin yaptığı çalışmalar Türkiye'de mevsimlere ve coğrafi bölgelere göre değişmekle birlikte özellikle “kentleşmenin hızlı ve yaygın, buna bağlı kentsel ısı ada-

sı etkilerinin kuvvetli olduğu” bölgelerde (İstanbul, Ege ve Akdeniz kıyı bölgeleri, Güneydoğu Anadolu Bölgesi) ısınma eğiliminin dikkat çektiğini göstermektedir. Türkeş'in aktardığına göre bu eğilim ülke genelinde kentleşme dinamiklerinden bağımsız olarak 1980'li yıllarla hızlanmış ve son yirmi yılda daha belirgin hâle gelmiştir⁽³⁾. Bu değişim kendini sıcaklık değerlerinde de göstermektedir. Ülkemizde sıcaklık değerlerini değişimi incelendiğinde, yüksek sıcaklık değerlerine ilişkin maksimum değerlerin %50'sinin 2000 yılından sonra kaydedildiği en düşük sıcaklık en yüksek değerlerinin ise aynı dönemde %10 düzeyinde kaldığı izlenmektedir. Bu durum, iklimbilimciler tarafından özellikle son 25 yılda Türkiye'de “sıcaklık rejimi belirgin olarak daha ılıman ve sıcak koşullara doğru” değiştiği ve “sıcak hava dalgalarının sıklığında ve şiddetinde önemli” değişimler gerçekleştiği biçiminde ifade edilmektedir⁽³⁾. Ülkemizde Meteoroloji Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan projeksiyonlara göre, sıcaklıkların 2016-2099 yılları arasında bir senaryoya göre 1,0-4,4°C (ortalama 2,5°C), bir başka senaryoya göre 0,9-7,1°C (ortalama 3,6°C) artması beklenmektedir. Bu projeksiyonlarda sıcaklık artışına karşı en hassas bölgeler Doğu Akdeniz ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri olarak belirtilmektedir. Yağışla ilgili değerlendirmelerde Türkiye'de 2035 yılı sonrasında ortalama yağış miktarlarında azalışlar beklenmektedir⁽⁴⁾. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından IPCC Değerlendirme Raporu'na dayandırılan bilgilere göre ise Türkiye'de yıllık ortalama sıcaklıklarda 2,5°-4°C arasında artış beklendiği, Ege ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde bu artışın

4°C'yi, iç bölgelerde ise 5°C'yi bulabileceği ve "Türkiye'nin yakın gelecekte daha sıcak, daha kurak ve yağışlar açısından daha belirsiz bir iklim yapısına sahip olacağı" öngörülmektedir⁽⁵⁾. Yaşanacak bu iklimsel değişimle ilişkili olarak Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından "İklim Değişikliği Eylem Planı 2011 - 2023" ve "Türkiye'nin İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı 2011-2023" başlıklı planlar hazırlanmıştır. Bu planlarda ülkemizin "iklim değişikliğinden etkilenebilirlik alanları" beş başlıkta sıralanmaktadır: "Su Kaynakları Yönetimi, Tarım ve Gıda Güvencesi, Ekosistem Hizmetleri, Biyolojik Çeşitlilik ve Ormancılık, Doğal Afet Risk Yönetimi, İnsan Sağlığı". Bu planlarda başlıkların her birisi için hedefler ve stratejiler belirlenmiştir. Bu dokümanlarda insan sağlığı açısından "hava koşulları ile bağlantılı ölümler ve hastalıklar", "bulaşıcı hastalıklar" başlıklarına değinilmekte, "iklim değişikliğinin insan sağlığı üzerinde mevcut ve gelecekteki etkilerinin ve risklerin belirlenmesi, ulusal sağlık sisteminde iklim değişikliği kaynaklı riskler ile mücadele kapasitesinin geliştirilmesi" amacıyla hedefler olarak "aşırı hava olaylarının insan sağlığı üzerine etkilerinin araştırılması, iklim değişikliği, bulaşıcı hastalıklar ve sağlık riskleri arasındaki bağın araştırılması, izlenmesi ve olası önlemlerin belirlenmesi, riskli bölgelerde acil müdahale eylem planlarının oluşturulması ve gerekli altyapının temini, iklim değişikliğine bağlı sağlık risklerine karşı sağlık sektörü kuruluşlarının kapasitelerinin güçlendirilmesi" hedefleri belirtilmektedir^(5,6).

Bu genel çerçeveye ek olarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2015 tarihli İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı dokümanında hedef ve stratejileri içeren yedi başlık dikkati çekmektedir. Bu başlıklar özetle, aşırı hava olaylarının sağlık etkileri, iklim değişikliği ile ilişkili hastalıkların izlenmesi, su ve gıda güvenliği, hassas grupların korunması, sağlık kuruluşlarının iklim değişikliğine olan olumsuz katkılarının azaltılması, halkın bilinçlendirilmesi, izleme ve değerlendirme çalışmaları biçimindedir⁽⁷⁾. 24 Mayıs 2004'te Türkiye'nin taraf olduğu Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi (BMİDÇS) gereğince dört yılda bir İklim Değişikliği Ulusal Bildirimi'nde bulunmaktadır. Yedinci Ulusal Bildirim ve 3.İki Yıllık Rapor hazırlık süreci için Çevre ve Şehircilik Bakanlığı 2017'den itibaren bir proje sürdürerek Üçüncü İki Yıllık Raporu Ocak 2018'de, Yedinci

Ulusal Bildirimi Aralık 2018'de, Dördüncü İki Yıllık Rapor da Aralık 2019'da tamamlanmıştır⁽⁸⁾. Yedinci Ulusal Bildirim dokümanının sağlık bölümünde "aşırı iklim olaylarının etkisi ve vektörler ve kemirgenlerle bulaşan hastalıklar" başlıkları yer almakta ve Sağlık Bakanlığı'nın Eylem Planı'na atıf yapılmaktadır. Bulaşıcı hastalık olarak bu dokümanda "ülkemizde halk sağlığı sorunu oluşturmaya aday hastalıklar" tularemi, sıtma ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) olarak belirtilmiştir. Dokümanda 1995 yılından itibaren Türkiye'nin ortalama sıcaklık eğrisinin düzenli bir artış gösterdiği ve buna paralel olarak tularemi vakalarının dikkat çekici bir biçimde "sıcaklık artış trendi gözlenen Marmara Bölgesi'nin güneydoğusu ve İç Anadolu Bölgesi'nin kuzey kesimlerinde" ortaya çıktığı, KKKA nedenli 2008-2017 yılları arasında 8742 vaka ve 409 ölüm gerçekleştiği, vakaların %80'inin Orta ve Kuzey Anadolu'da olduğu aktarılmaktadır⁽⁸⁾. Bu eylem planlarına ve bildirimlere karşılık iklim krizinin sağlık etkilerinin Türkiye'de konunun önemi, olası etkileri, korunma stratejileri açısından konuyla ilgili tüm tarafları içeren yeterli bir düzeyde ele alınmadığı, özellikle vektör kaynaklı ve iklim değişikliğinin etkisiyle görülme sıklık ve yerleri değişim gösteren enfeksiyonlar (Tularemi, Sıtma ve KKKA yanında Hantavirüs enfeksiyonları, Leişmaniasis, Lyme Hastalığı, Deng, ve Batı Nil Virüsü gibi) ile ilgili eylem planlarında hastalık izlemleri ve altyapının güçlendirilmesi hedeflendiği halde bu konuda gelişim sağlandığına dair bir işaret olmadığı belirtilmektedir⁽⁹⁾. Türkiye'de fosil yakıtların toplam birincil enerji arzı içindeki payı 2016 yılında %87,3, elektrik üretiminde ise toplamda % 66,2 olmuştur (kömür %33,7, doğal gaz %32,5). Yedinci Bildirim'e göre Türkiye'nin toplam sera gazı emisyonları 1990 yılına göre 2016'da %135,4 oranında artış göstermiştir ve bu emisyonlar içerisinde en büyük pay %72,8 ile enerji sektöründür. Kişi başı CO₂ eşdeğeri emisyon miktarı, 1990'da 3,8 iken 2016 yılında 6,3 ton'a yükselmiştir⁽¹⁰⁾. 2018 yılında sera gazı emisyonları 520,9 Mt CO₂ eşdeğeri olarak hesaplanmış, enerji kaynaklı emisyonlar %71,6, endüstriyel işlemler ve ürün kullanımı %12,5 ve atıklar %3,4 ile sera gazı üretiminde pay sahibi olmuşlardır⁽¹¹⁾. İklim değişikliği sağlık etkileri ilişkisi ile ilgili olarak özellikle çalışan sağlığına dair çalışmaların azalığı hatta yokluğu dikkat çekicidir. 24-26°C'nin üstündeki sıcaklıklar çalışanın üretkenliğini etkilemeye başlamakta ve 33-34°C'de çalışan çalışma kapasite-

tesinin %50'sini kaybetmektedir, tüm sektörlerde etkiler söz konusudur ancak özellikle dış ortamlarda, açık alanlarda çalışanlar ve iş sırasında fiziksel gücü daha fazla kullananlarda risk daha fazladır. Bu anlamda tarım, çevre hizmetleri (belediye çalışanları, atık toplama, park bahçe hizmetleri vb), inşaat, tamirat bakım vb işler, ulaşım, turizm, spor, bazı sanayi sektörleri riskli grupların yer aldığı çalışma alanlarıdır⁽¹²⁾. Ülkemizde TÜİK verilerine göre 2019 yılında tarım ve inşaat sektörlerinde 7 milyona yakın kişi çalışmaktadır ve bu anlamda risk grubunda yer almaktadır ve bu rakam toplam istihdamın %25'ini oluşturmaktadır⁽¹³⁾. İklim değişikliğinin çalışan sağlığına etkilerinin izlenmesi ve koruyucu eylem planları konusunda çalışmalara gereksinim vardır. Türkiye'de iklim değişikliği sağlık etkilerini ortaya koyabilecek sistemik bir izleme ve değerlendirme sistemi olduğunu söylemek zordur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın eylem planlarında belirlediği hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı bilinmemektedir. Ayrıca sağlık sisteminin örgütlenme yapısı içerisinde iklim değişikliğinin sağlık etkilerine dair kapsamlı bir örgütlenmenin varlığı izlenmemektedir. Başta enerji ve çevre politikaları olmak üzere Türkiye'nin iklim krizinden etkilenme düzeyini en aza indirecek düzenlemeler yapılması kaçınılmaz görünmektedir. Buna karşılık özellikle kömürlü termik santral yapımını sürdürmeyi tercih ederek, kentleşmeden endüstrileşmeye birçok alanda çevresel etkileri göz ardı ederek gelinecek nokta halk sağlığı açısından endişe vericidir. Sağlık etkileri bağlamında aşırı hava olayları ve vektörlerle bulaşan hastalıkları kendisi açısından risk gören Türkiye için iklim değişikliği ve sağlık etkileri konusunda daha geniş, daha etkili ve koruma öncelikli, Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED) ve toplum katılımını önceleyen bir perspektifte gereksinim vardır. İklim değişikliği sağlık ilişkisi bağlamında özellikle enerji ve kentleşme politikaları, çalışan sağlığı, seller ve su taşkınları, hava kalitesi, gıda ve su güvenliği, göç ve yerinden edilme ve yoksulluk başlıklarında çalışmalar yapılması iyi bir başlangıç noktası olabilir.

Kaynaklar

- 1) World Economic Forum. The Global Risks Report 2020 Erişim Tarihi 15 Haziran 2020. <http://reports.weforum.org/global-risks-report-2020/>
- 2) Earth Policy Institute. Eco-Economy Indicators, Carbon Emissions. Erişim Tarihi 15 Haziran 2020 http://www.earth-policy.org/indicators/C52/carbon_emissions_2004
- 3) Türkeş M. İklim Değişikliğinin Fiziksel Bilim Temeli –II Dünyada ve Türkiye'de Gözlenen ve Öngörülen İklim Değişiklikleri ve Değişkenliği Toplum ve Hekim, 2020;35(1):3-31
- 4) Yeni Senaryolar İle Türkiye İklim Projeksiyonları Ve İklim Değişikliği. Erişim Tarihi 19 Haziran 2020 <https://www.mgm.gov.tr/FILES/iklim/iklim-degisikligi-projeksiyon2015.pdf>.
- 5) Türkiye'nin İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı 2011–2023. Erişim Tarihi 19 Haziran 2020 https://webdosya.csb.gov.tr/db/iklim/editordosya/uyum_stratejisi_eylem_plani_TR.pdf
- 6) İklim Değişikliği Eylem Planı 2011 – 2023. Erişim Tarihi 23 Haziran 2020 https://webdosya.csb.gov.tr/db/iklim/editordosya/file/eylem%20planlari/Iklim%20Degisikligi%20Eylem%20Plani_TR.pdf
- 7) İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/2-ced/iklim-degisikligi/Iklim_Degisikligi_Eylem_Plani.pdf
- 8) Ulusal Bildirimler Türkiye'nin 7. Ulusal Bildirimi ve 3. İki Yıllık Raporunun Hazırlanması Projesi <https://iklim.csb.gov.tr/ulusal-bildirimler-i-307>
- 9) Pala, K. İklim Krizi Ve Sağlık Etkileri. Toplum ve Hekim, 2019;34(6):409-417
- 10) Türkiye'nin Yedinci Ulusal Bildirimi. Erişim Tarihi 27 Haziran 2020 <https://webdosya.csb.gov.tr/db/cygm/icerikler/yed-nc--ulusal-b-ld-r-m-20190909092640.pdf>.
- 11) TÜİK. İstatistiklerle Çevre, 2018. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33675>.
- 12) ILO Working on a WARMER planet The impact of heat stress on labour productivity and decent work Erişim Tarihi 29 Haziran 2020 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_711919.pdf
- 13) TÜİK İşgücü İstatistikleri, Haziran 2019. Erişim Tarihi 29 Haziran 2020
- 14) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30686>.



İklim Krizi ve Hava Kirliliği Konusunda

› Sivil Toplumun Rolü

40

BUKET ATLI

Sivil Toplum Nedir?

Sivil kelimesi kentli yaşamın sonucu ortaya çıkan bir kavramdır.⁽¹⁾ Batı ülkelerinde sivil toplum kuruluşlarının önem kazanması son 50 yılda yaşanan gelişmelerin sonucudur. Kısaca; sivil toplumu devlet ve piyasanın dışında kalan alan olarak tanımlamak mümkündür. STK'lar alanı da siyasi otoritenin yönlendirmesinden uzak, devlet karşısında özerk olarak, yaptıkları faaliyetlerle piyasanın alanına girmeyen, kamusal alanda etkisi olabilen bir kolektif girişimler alanı olarak tanımlanır.⁽²⁾

Sivil toplum kuruluşları, kamusal alandaki etkinliklerle hem demokrasinin güçlenmesine, içselleştirilmesine, hem de hükümet ve özel sektörün içinde bulunduğu sistemin çalışmasını sağlamakta hem de, kamu yönetiminin demokratik biçimde etkin ve verimli çalışmasına katkıda bulunmaktadır.

Sivil toplum kuruluşları toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için bazen devlet tarafından temin edilmeyen hizmetleri sağlayan hizmet temelli, bazen de hak temelli çalışmalar yaparak haklara erişimin artırılması için savunuculuk yapan hak temelli çalışmalar yürütürler. Bütün bunların hepsinde amaç devlete tamamlayıcı olmak ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda faaliyet göstermektir.

Türkiye ve dünyada özellikle doğa koruma ve ekoloji alanı sivil toplumun hem doğa haklarını korumak, hem de sağlıklı bir çevrede yaşama hakkını savunmak için yoğun olarak çalıştığı başlıklardan birisini oluşturmaktadır. Türkiye'de çevreci düşüncenin çevreci hareketlere dönüşmesi 80'lerden itibaren hız kazanmış ve çevreci hareketler, hükümet

organizasyonları, hükümet dışı organizasyonlar, kâr amacı gütmeyen örgütler ve uluslararası örgütler içinde nüfuz bulmaya başlamıştır.⁽³⁾ Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye, çevreci hareketlerin örgütlenme tarihine karşın Avrupa ve Amerika ile kıyaslandığında henüz çevre bilincinin yeteri oranda gelişmemesi ve hareketlerin etkili, dinamik yapıya kavuşturulamadığı düşünülmektedir.⁽⁴⁾ Avrupa ve Amerika'da büyük ölçüde sivil inisiyatiflerle ve kamuoyunun sorunlara karşı geliştirdiği tepkilerle biçimlenip olgunlaşan çevre düşüncesi, Türkiye'de sivil toplum kültürünün önündeki engeller de sebebiyle öncelikle doğa ve çevre korumacı yaklaşıma sahip adresler baskın olmuştur. Bu dalga içindeki hareketlerin en önemli etkinliği "bilinçlendirme" olarak gerçekleşmiş; söylemlerine ağırlıklı olarak çevre, doğa, koruma, sürdürülebilirlik, duyarlılık, eğitim gibi kavramlar yansımıştır. Yeşil politik akımlar ve onun içinde yer alan ekolojist yaklaşımın nüfuz bulduğu hareketler, Türkiye'de gelişme fırsatını ancak 1980'lerden sonra yakalayabilmiştir.⁽⁵⁾ 21. yüzyıl itibarıyla; yaklaşmakta olan iklim krizi de toplumun ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çalışan pek çok yerel, ulusal ve küresel sivil toplum kuruluşunun temel çalışma konularının başında gelmektedir.

İklim Krizi ve Hava Kirliliği

Hükümetler arası İklim Değişikliği Paneli (IPCC), insan faaliyetlerinin atmosferde yarattığı etkinin sonucunda küresel ortalama sıcaklıklarda artış yaşandığını ortaya koymuştur. **Başta kömür ol-**

mak üzere fosil yakıtların yakılması, atmosferdeki karbondioksit oranının artmasındaki ana sorumludur. IPCC'ye göre 2004 yılındaki insan kaynaklı sera gazı emisyonlarının %56'sı fosil yakıt kullanımında ortaya çıkan karbondioksite aittir. Ormansızlaşma da %17'lik bir paya sahiptir. Atmosferdeki sera gazlarının oranı, 1750'li yıllarda başlayan sanayi devrimi sonrasında artmaya başlamış, karbondioksit oranı %40'luk bir artış göstererek 280 ppm'den 394 ppm'e ulaşmıştır. Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli'ne (IPCC) göre karbondioksit oranındaki artış öncelikle fosil yakıt kullanımından kaynaklanmaktadır. Kayda değer ikinci etken ise, başta ormansızlaşma olmak üzere arazi kullanımındaki değişimdir.⁽⁶⁾

Dünya ülkelerinin küresel iklim değişikliğine karşı izleyecekleri yolda ve alacakları kararlarda yol gösterici bir rol oynayacak Hükümetler arası İklim Değişikliği Paneli'nin (IPCC) "Küresel Isınmada 1,5°C Raporu", olası iklimsel etkiler açısından 1.5°C'lik bir ısınmanın 2°C'ye göre nispeten daha

güvenli olacağını vurguluyor. Rapora göre, küresel sıcaklıkların endüstriyel dönem öncesine göre 2°C üzerine çıkması, yalnız doğal yaşam alanları ve türlerin kaybıyla sonuçlanmayacak, buzulların erimesi ve deniz seviyesinin yükselmesi sonucu sağlığı, refahı, güvenliği ve ekonomisiyle insan hayatını doğrudan etkileyecek yıkıcı sonuçlara da yol açacaktır.⁽⁷⁾ İklim değişikliğinin etkisi sıcaklıklardaki artıştan ibaret değil. Kuraklık, seller, şiddetli kasırgalar gibi aşırı hava olaylarının sıklığı ve etkisinde artış, okyanus ve deniz suyu seviyelerinde yükselme, okyanusların asit oranlarında artış, buzulların erimesi gibi etkenler sonucunda bitkiler, hayvanlar ve ekosistemlerin yanı sıra insan toplulukları da ciddi risk altındadır.

Bilim dünyası, iklim değişikliğinin yıkıcı etkilerini en aza indirmek için ortalama sıcaklıklardaki artışın azami 2°C ile sınırlanması gerektiğini belirtmekte; bu hedefin tutturulması için atmosferdeki CO₂ oranının 450 ppm seviyesini aşmaması gerektiğini ifade etmektedir. Tam da bu noktada birçok



Şekil 40.1 Küresel Isınma Derecelerine Göre İklim Riskleri.

Kaynak: WWF – Türkiye⁽⁷⁾

kurum ve kişinin bireysel ve özellikle kurumsal olarak çalışması önem kazanmakta; sivil toplumun rolü, önemi ve sorumluluğu daha belirginleşmektedir.

REC Türkiye, Orta ve Doğu Avrupa için Bölgesel Çevre Merkezi'nin (REC) Türkiye'deki temsilcisi olarak 10 yılı aşkın süredir Türkiye'nin çevre konusundaki hukuksal, kurumsal, teknik ve yatırım kapasitesini güçlendirmeyi; böylelikle AB Çevre Müktesebatının etkin ve hızlı bir şekilde uygulanmasını sağlamayı hedefleyen çalışmalar yapmaktadır.⁽⁸⁾ 2005 yılında kurulan EMBARQ Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Hindistan, Brezilya, ve daha fazla ülkedeki ofisleriyle 50'den fazla ülkeyi kapsayan küresel araştırma kuruluşu olan WRI'nin Türkiye çalışmalarını yürütmektedir. **WRI Türkiye** Sürdürülebilir Şehirler kirliliği azaltmak, halk sağlığını iyileştirmek, karbon gazı salımını azaltmak ve güvenli ve erişilebilir kamusal alanlar yaratmak için çalışmaktadır.⁽⁹⁾ 2004 yılından beri doğa koruma alanında faaliyet gösteren **Doğa Koruma Merkezi** de bilimsel yaklaşımları temel alarak, biyolojik çeşitliliğin etkin şekilde korunmasını ve doğal kaynakların sürdürülebilir şekilde yönetilmesi için iklim konusunda çalışmalar yürütmektedir.⁽¹⁰⁾

İklim değişikliği konusunda Türkiye'de sivil toplum tarafından yapılan çalışmalar özellikle son 20 yıl içinde giderek yoğunlaşmıştır. 2012 yılı itibarıyla, Türkiye'de iklim değişikliği konusunda ortak kaygılarını ve çözüm önerilerini birlikte dile getirmek üzere aralarında TEMA Vakfı, WWF Türkiye ve Buğday Derneği'nin bulunduğu 11 STK bir araya gelerek **İklim Ağı**'nı kurmuştur.⁽¹¹⁾

2019 yılından bu yana Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), UNDP Türkiye iyi niyet elçisi Mert Fırat ile birlikte İklimce Sohbetler adı altında iklim krizi ile ilgili farkındalık yaratmaktadır.⁽¹²⁾ İklim krizi ile ilgili Türkiye ve dünyada çıkan haberleri ise sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde **İklim Haber, EkoIQ, Sivil Sayfalar ve Yeşil Gazete** duyurmaktadır.

STKlar dışında iklim değişikliği alanında Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından yürütülen projelerin yanı sıra; **İstanbul Politikalar Merkezi (IPM)** ve **Boğaziçi Üniversitesi İklim Değişikliği ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (İklim-BU)** başta olmak üzere akademi bünyesinde yürütülen çalışmalar da bulunmaktadır.

2019 yılında; Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çevre Prog-

ramı (UNEP) ve İklim ve Temiz Hava Koalisyonu (CCAC), **Temiz Hava Girişimi**'ni kamuoyuyla paylaşmış ve **iklim ve hava kirliliği krizlerinin aynı sebeplerden kaynaklandığını ve birlikte ele alınması çağrısı yapılmıştır**. Girişim, ulusal ve yerel yönetimlere; **2030 yılına kadar vatandaşların güvenli seviyede hava kalitesine ulaştırmaları ve iklim değişikliği ile hava kirliliği politikalarını uyumlaştırmalarını talep etmiştir**. Paris Anlaşması'nın iklim değişikliği hedefleri, hava kirliliğini azaltma yoluyla 2050 yılına kadar yılda **bir milyondan fazla hayat kurtarmaya** olanak sağlamaktadır. Bu hedefler aynı zamanda yaklaşık 54.1 trilyon dolar değerinde sağlık maliyetinin de ortadan kalkması anlamına gelmektedir.⁽¹³⁾

Hem hava kirliliği hem de iklim krizinden sorumlu fosil yakıtlar arasında "**kömür**" ilk olarak karşımıza çıkmaktadır. Küresel ölçekte birincil enerji talebinin %27'si kömürden sağlanırken, enerji kaynaklı sera gazı emisyonlarının %43'ü kömür kaynaklıdır. Kömürü %36 ile petrol, %20 ile doğalgaz takip etmektedir.⁽¹⁴⁾

Hava Kirliliğinin Sağlık Etkileri Alanındaki Sivil Toplum Faaliyetleri

İklim krizi konusunda çalışan yerel, ulusal ve uluslararası kurumların sayısı oldukça fazladır. Bu nedenle bu yazıda sadece Türkiye'de ilk defa **sağlık ve çevre alanını birleştiren** bir çatı kuruluş olarak çalışmalar yapan Temiz Hava Hakkı Platformu'nun hem hava kirliliği hem de iklim krizi alanında faaliyet gösteren üyelerinin çalışmalarından bahsedilecektir.

Temiz Hava Hakkı Platformu (THHP), doğa koruma ve sağlık alanında çalışan 16 Sivil Toplum Kuruluşu'nun bir araya gelmesiyle 2015 yılında kurulmuştur. Hava kirliliği ve çevre sorunlarına bağlı olarak halk sağlığını, temiz hava ve çevre hakkını savunmak amacıyla çalışmalarını sürdürmektedir. Platform'un bileşenleri arasında Çevre için Hekimler Derneği, Greenpeace Akdeniz, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği (İMUD), Pratisyen Hekimler Derneği, Türk Nöroloji Derneği, TEMA Vakfı, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD), Sağlık ve Çevre Birliği (HEAL), Türk Tabipleri Birliği (TTB), Yeşil Barış Hukuk Derneği, Yeşil Dü-

şünce Derneği, Yuva Derneği, 350.org, Avrupa İklim Ağı (CAN Europe) ve WWF-Türkiye bulunuyor.

Temiz Hava Hakkı Platformu, 2015 yılından beri düzenli olarak yayınladığı Kara Rapor çalışması ile genel olarak Türkiye'deki hava kalitesi ve sağlık etkileri ile ilgili bilimsel veri üretmekte ve kamuoyu ile paylaşmaktadır. Platform tarafından ilk defa Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi'nin hazırladığı AirQ+ Programı kullanarak yapılan hesaplara göre, 2017 yılından beri Türkiye'de hava kirliliği nedeniyle trafik kazalarının en az 6 katı kadar önlenemez ölüm yaşanmıştır.⁽¹⁵⁾ Ayrıca, Çanakkale, Trakya, Eskişehir, Afşin Elbistan gibi pek çok ilde yapılması planlanan kömürlü termik santrallerin sağlık etkileri ile ilgili yapılan modelleme çalışmaları ve hazırlanan uzman görüşleri projelerin çevre izin süreçlerinde yetkililerle paylaşılmaktadır.⁽¹⁶⁾

Bu alanda çalışmalar yürüten uluslararası kuruluşlardan birisi olan **Doğal Hayatı Koruma Vakfı (WWF - Türkiye)**, iklim değişikliği konusunun yanı sıra doğa koruma ve ekolojik ayak izinin azaltılması başlıklarında 40 yılı aşkın süredir Türkiye'de doğa koruma alanında çalışmalar yürütüyor.⁽¹⁷⁾ WWF-Türkiye, yeryüzünün doğal çevresinin bozulmasının durdurulması ve insanların doğayla uyum içinde yaşadığı bir gelecek kurulması için çalışır. Bunun için WWF-Türkiye; biyolojik çeşitliliği korur, yenilenebilir doğal kaynakların sürdürülebilir kullanımını destekler, kirliliğin ve aşırı tüketimin azaltılmasını sağlamaya çalışmaktadır.⁽¹⁸⁾

Greenpeace de küresel çevre suçları ile küresel bir mücadele verilmesi gerektiği düşüncesi ile 1971 yılında Kuzey Kutbu'na yakın Amchitka Adası'nda yapılmak istenen bir nükleer denemeyi durdurmak için eski bir tekne ile yola çıkarak şiddetsiz direniş ilkesi ile çalışmalarına başlamıştır. Türkiye'de de faaliyet gösteren Greenpeace Akdeniz; iklim değişikliği, nükleer, kömür, güneş gibi enerji alanındaki kampanyalarının yanı sıra, plastik ve tarım başlıklarında da çalışmalar yürütmektedir.⁽¹⁹⁾

2008 yılında kurulan ve 188 ülkeyi kapsayan bir ağı olan **350.org**, WWF ve Greenpeace gibi küresel olarak iklim krizi ile ilgili çalışan ama görece olarak daha genç olan kuruluşlardan birisidir. 350.org, Amerika Birleşik Devletleri'nde bir grup üniversite arkadaşı ve genel halk için küresel ısınma üzerine ilk kitaplardan birini yazan yazar Bill McKibben tarafından kurulmuştur. 350.org isminin nedeni 350 rakamının yaşanabilir bir gezegen için önemli bir eşiği temsil etmesidir. Çünkü, bilim insanları ve iklim uzmanlarının hemfikir olduğu atmosferdeki karbondioksit miktarının güvenli üst sınır değeri 350 ppm'dir. Şu anda ise 410 ppm seviyesinde olduğumuz bildirilmektedir.⁽²⁰⁾ 350.org; iklim için güvenli üst sınıra bir an önce geri dönmek amacıyla küresel ve yerel ölçekte bir yandan fosil yakıtlara karşı mücadele ederken diğer yandan yaşanabilir bir gezegen için özellikle yerel inisiyatiflerin öncülük ettiği yenilenebilir enerji kaynaklarına adil geçişi destekliyor. Örneğin 350



Şekil 40.2 Temiz Hava Hakkı Platformu Temsilcilerinden Bazıları.

Kaynak: www.temizhavahakki.com⁽¹³⁾

Türkiye kentlerin, iklim krizine karşı atılacak adımlarda önemli bir çözüm ortağı olabileceğine inanıyor. Bu sebeple yerel yönetimler ve vatandaşlarla birlikte **'İklim için Kentler'** başlığı altında çeşitli çalışmalarda bulunuyor.⁽²¹⁾

İklim Eylem Ağı (CAN) Avrupa, iklim değişikliğiyle mücadele eden Avrupa'nın önde gelen STK koalisyonudur. Otuz sekiz Avrupa ülkesinde faaliyet gösteren, 1.500'den fazla STK'yı ve 47 milyondan fazla vatandaşı temsil eden 170'in üzerinde üye kuruluşla CAN Europe, Avrupa'da sürdürülebilir iklim, enerji ve kalkınma politikalarını teşvik ediyor. Türkiye'den de TEMA Vakfı gibi STK'ların üyesi olduğu şemsiye örgütün ülkemizde de iklim değişikliği ile ilgili çalışmalarını yürüttüğü temsilcileri var.

Sağlık ve Çevre Birliği (HEAL), çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkilerini Avrupa ülkeleri kapsamında ele alan, Avrupa'nın önde gelen kâr amacı gütmeyen kuruluşlarından biridir. HEAL 75 üye kurumun desteğiyle, karar alma süreçlerine sağlık alanındaki bağımsız deneyim ve görüşleri katmayı hedeflemektedir. Üyeleri arasında uluslararası alanda ve Avrupa'da faaliyet genelinde kuruluşların yanı sıra, ulusal ve yerel gruplar da bulunmaktadır. HEAL Brüksel, Belçika'da bulunan sekreteryası, Almanya, Polonya ve Türkiye'deki ofisleri, idari komitesi ve üyeleriyle faaliyet göstermektedir.⁽²²⁾ Ülkemizde Halk sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'in de üyesi olduğu HEAL, 2020 yılından beri HASUDER ile ortak **Çevre, İklim ve Sağlık için İşbirliği Projesi'ni** yürütmektedir.⁽²³⁾

TEMA Vakfı, Toprak Dede Hayrettin Karaca ve Yaprak Dede A. Nihat Gökyiğit tarafından 1992 yılında Anadolu'da yaşanmakta olan erozyon ve çölleşme tehlikesine kamuoyunun dikkatini çekmek amacıyla kurulmuştur. TEMA Vakfı'nın ana faaliyet alanı Toprak'tır.⁽²⁴⁾ Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesine (UNFCCC), Türkiye'den gözlemci olarak akredite olan ilk sivil toplum kuruluşu olarak, uluslararası süreçleri yakından takip etmektedir. Bu süreçleri etkileme konusunda diğer sivil toplum kuruluşları ile birlikte çalışmakta, ortak politikalar üreten ve iklim değişikliği konusunda çalışan **EEB (European Environmental Bureau)** ve **CAN-E (Climate Action Network Europe)** gibi sivil toplum ağlarında etkin rol almaktadır. Bu ağlar sayesinde, uluslararası politika yapma süreçlerini etkileyerek, bir yandan iklim değişikliği konusundaki küresel sorumlu-

luğunu yerine getirirken, öte yansın Türkiye'nin mutlak sera gazı azaltım hedefi belirlemesi ve iklim değişikliği ile mücadele ve uyum konularında doğru stratejilerin katılımcı yöntemle belirlenmesi için mücadele vermektedir.⁽²⁵⁾

Yeşil Düşünce Derneği, 2009 yılında yeşil düşüncenin ve yeşil politikaların yaygınlaştırılması amacıyla kurulmuştur. Ulusal ve uluslararası ölçekte proje ve kampanyalarla ekoloji ve sürdürülebilirlik, demokrasi ve medya, iklim değişikliği ve enerji, ekonomi başlıklarında çalışmalar yapmaktadır. İklim değişikliğine sebep olan politika ve uygulamaların açığa çıkarılması ve sürdürülebilir alternatiflerinin yaygınlaştırılması için enerji kooperatifleri konusunda hazırladıkları el kitabı ve yenilenebilir enerjide genç istihdamı ile ilgili çalışmaları bulunmaktadır.⁽²⁶⁾

Yuva Derneği, ulusal ve küresel düzeyde yapılan savunuculuk çalışmaları ancak yerel bilinç düzeyi yükseldiğinde yeterli ve sürekli desteği bulabileceği; sürdürülebilir, eşit ve adil bir yaşamı tabandan gelen güçlü bir çevre ve insan hakları hareketinin kurabileceği; insanların harekete geçebilmesi için asgari bir geçim düzeyine erişmesi ve yoksulluktan kurtulması gerektiği ve dünya vatandaşlarının sayısı kritik kitleye ulaştığında, insanlar arasındaki ve doğa ve insan arasındaki barış da gerçekleşeceği düşüncesi ile 2010 yılında kurulmuştur. Ekoloji, insan hakları ve yoksulluğun ortadan kaldırılmasını beraberce ele alan bir bütüncül öğrenme ve savunuculuk merkezi olarak ekoloji ve mülteciler alanındaki çalışmalarını yürütmektedir.⁽²⁷⁾

Başarılı Kampanya Örneği: Temiz Hava Haktır

Türkiye 2019 yılında Anayasa'nın 56. Maddesi'nde belirtilen **'sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı'**nın pek çok kişi tarafından, gerçekten temiz hava sağlamak talebi ile tüm ülkede yüksek sesle dile getirildiğine şahit oldu. 2019 yılı, Zonguldak, Çanakkale, Kütahya, Kahramanmaraş, Sivas, Manisa, Muğla gibi illerde yaşayanlar başta olmak üzere binlerce vatandaşın karar vericilere telefon, e-posta ve sosyal medya yoluyla ulaşarak **'Temiz Hava Haktır'** dediği bir yıl oldu. Tam da bu sebeple, özelleştirilen ve 6 yıl boyunca çevre mevzuatından muaf tutulmuş kömürlü termik santrallere gerekli yatırımları yapmaları için süre uzatımı öneren yasa teklifindeki ilgili maddeler (**Madde 45 ve Madde 50**) yasala-

şamadı. Kasım 2019'da TBMM'ye gelen Madde 50 kabul edilmesine rağmen, Cumhurbaşkanı tarafından Anayasa'nın 56. maddesinde belirtilen 'sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı'na aykırı olduğu gerekçesi ile veto edilerek meclise geri gönderildi ve Çevre Mevzuatında belirtilen baca gazı kükürt giderim tesisi, filtre sistemleri veya kül barajı gibi yatırımları tamamlamamış olan 5 santral tamamen ve 1 santral kısmen santraller kapatıldı.⁽²⁸⁾

Ülkemizde enerji politikası açısından tartışıldığında kutuplaşmaya sebep olan kömürlü termik santrallerin, konunun bir halk sağlığı meselesi olarak ele alınması ve medya ve karar vericiler açısından görünür olmasını sağlaması açısından 'Temiz Hava Haktır' kampanyası büyük bir başarıya ulaşmıştır. Bu başarının altında yatan maddeleri kısaca özetlenirse; açık ve basit talep, karar vericiler ile kamuoyunu buluşturmak ve sağlık ve çevre aktörleri işbirliği şeklinde belirtilebilir.

11 Haziran 2020 itibariyle **Kahramanmaraş Afşin, Zonguldak Çatalağzı, Kütahya Seyitömer ve Tunçbilek ve Manisa Soma**'da bulunan santrallerin bazı üniteleri, santrallerin çevre ve halk sağlığı için yapmaları gereken yatırımlar henüz tamamlanmamasına rağmen tekrar çalışmaya başladı. Yapılan hesaplamalara göre 2018-2043 yılları arasında, Muğla'daki bu 3 kömürlü santralden her biri 50 yaşını dolduruncaya kadar çalışmaya devam ederse; **çevre yatırımları mevzuata göre yapılırsa bile,**

santrallerden kaynaklı hava kirliliğinin **5.300 erken ölüme daha** yol açacağı öngörülüyor. Söz konusu santrallerin emisyonlarının Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından online olarak izlendiği belirtilse de; yapılan çevre yatırımlarının ve bacadan çıkan emisyonlar şeffaf bir şekilde kamuoyuyla paylaşılmamaktadır. Çevre yatırımını tamamlamayan santrallerin geçici faaliyet belgesi ile çalışmasına izin verilmemesi için Temiz Hava Hakkı Platformu ve üyeleri çalışmalar yürütmeye devam etmektedir.

İklim için eylemler

Yıllardan beri yerel, ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları tarafından yapılan çalışmaların yanı sıra; 2019 yılının belki de en anlamlı olan sivil iklim aktivizmi hareketi **çocukların küresel iklim grevleri** olabilir. Greta Thunberg'in 2018'in ağustos ayında tek başına başlattığı iklim grevi eylemi dünyanın binlerce kentinde milyonlarca çocuk tarafından takip edildi ve büyütüldü. **Gelecek İçin Cumalar** hareketinin öncülüğünde organize edilen 20-27 Eylül 2019'da küresel iklim grevlerinde 7 milyon çocuk, genç ve yetişkin greve katıldı ve sokağa çıktı. Türkiye'de de azimle iklim krizine dikkat çekmeye çalışan çocuk ve genç iklim eylemcilerimiz var: **Atlas Sarrafoğlu, Ege Edman, Deniz Çevikus, Selin Gören, Güney Deniz Teke, Duru Kireççi** ve sayıları giderek artan onlarca genç iklim aktivisti hepimize örnek oluyor. En son Madrid'de



Şekil 40.3 Çevre Yatırımını Yapmadan Çalışan Santraller (Seyitömer Termik Santrali/Kütahya)..

Kaynak: Buket Atlı - Şubat 2019

yapılan **COP25** iklim konferansı sırasında yapılan mitinge de daha önce sadece hayal edebileceğimiz bir sayı olan 500 bin kişi katılmıştır.⁽²⁹⁾

2019 yılında ayrıca, Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından **Dünya Tabipler Birliği**'ne iklim krizi terminolojisinin kabul edilmesi, iklim değişikliği konusundaki var olan çalışmaların hızlandırılması, fosil yakıt kullanımının sağlık hakkı ihlali olduğu ve kullanımının sonlandırılması, başta sağlık meslek örgütleri olmak üzere eğitim ve sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşların bu alanda karar vericileri etkileyen önemli aktörler haline gelmesi için yaşamsal saptama ve öneriler içeren '**Gelecek Kuşakların Sağlıklı bir Çevrede Yaşama Haklarının Korunmasıyla İlgili Karar**' önerisi sunulmuş ve Dünya Tabipleri Birliği'nin Tiflis'teki Genel Kurulu'nda beğenilerek üye ülke Tabip Odalarının onayına sunuldu ve Kasım 2020'de kabul edildi.⁽³⁰⁾

Özetle iklim krizi, hem cinsiyet, hem gelir seviyesi hem de nesil farkı açısından pek çok kişiyi farklı seviyelerde etkilemekte ve **iklim adaleti** kavramını hem çevre hem de sağlık alanında çalışan sivil toplum kuruluşları olarak önümüzdeki senelerde çok daha fazla üzerinde durulması gereken bir mesele olarak karşımıza çıkarmaktadır. Bu açıdan, iklim krizinin etkilerinin arttığı ve giderek artacağı düşünülürse, iklim krizi ve hava kirliliği başlıkları altında çevre ve sağlık alanında çalışan STK'ların önemi ve politika belirleyiciler üzerindeki etkisi giderek artmaktadır. Bu gerekçe ile STK'ların deneyim ve bilgi paylaşımını arttırarak iklim, sağlık ve çevre alanında kamuoyu ile birlikte sağlıklı politika üretmek konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Argüden Yönetişim Akademisi (2016), Katılımcı Demokrasi: STK'ları Güçlendirme Önerileri, Argüden Akademi Yayınları No: 7. <https://argudenacademy.org/docs/content/Katilimci-Demokrasi-STK-lari-Guclendirme-Onerileri.pdf> erişim: 06.08.2020
- 2) https://stk.bilgi.edu.tr/media/cd/01/doc/okuma_02-3.pdf erişim: 04.08.2020
- 3) Aygün, B., Şakacı, B., Türkiye'de çevreye doğrudan odaklı çevreci hareketler ve çevresel yaklaşımları üzerine bir deneme. <https://www.ayk.gov.tr/wp-content/uploads/2015/01/AYG%3%9cN-Banu-%5%9eAKACI-Bilge-Ka%4%9fan-T%3%9cRK%4%b0YE%2%80%99DE-%c3%87EVREYE-DO%4%9eRUDAN-ODAKLI-%c3%87EVREC-%c4%b0-HAREKETLER-VE-%c3%87EVRESEL-YAKLA-%c5%9eIMLARI-%c3%9cZER%4%b0NE-B%4%b0R-DE-NEME.pdf> erişim: 06.08.2020
- 4) Neyeşi T. Türkiye'de Çevre Hareketi. Yeni Türkiye Dergisi Çevre Özel Sayısı. 1995;1 (5):626.
- 5) https://www.wwf.org.tr/ne_yapiyoruz/iklim_degisikligi_ve_enerji/iklim_degisikligi/ erişim: 06.08.2020
- 6) <https://www.birbucukderece.com/> erişim: 06.08.2020
- 7) https://www.wwf.org.tr/basin_bultenleri/basin_bultenleri/?8100/yeni-ippcc-raporu-kuresel-ismmayi-birbucuk-derecede-tutmak-icin-acilen-harekete-gecilmeli# erişim: 06.08.2020
- 8) <https://rec.org.tr/hakkimizda/rec-turkiye/> erişim: 06.08.2020
- 9) <https://wrisehirler.org/kurumumuz> erişim: 06.08.2020
- 10) <https://www.dkm.org.tr/> erişim: 06.08.2020
- 11) <http://iklimagi.org/hakkimizda/> erişim: 06.08.2020
- 12) <https://iklimce.undp.org.tr/> erişim: 06.08.2020
- 13) <https://www.temizhavahakki.com/> erişim: 06.08.2020
- 14) https://www.wwf.org.tr/ne_yapiyoruz/iklim_degisikligi_ve_enerji/iklim_degisikligi/ erişim: 06.08.2020
- 15) <https://www.temizhavahakki.com/kararapor2020/> erişim: 06.08.2020
- 16) <https://www.temizhavahakki.com/raporlar/> erişim: 06.08.2020
- 17) https://www.wwf.org.tr/hikayemiz/40_yilda_40_baar/ erişim: 06.08.2020
- 18) https://www.wwf.org.tr/ne_yapiyoruz/ erişim: 06.08.2020
- 19) <https://www.greenpeace.org/turkey/harekete-gec/> erişim: 06.08.2020
- 20) <https://350turkiye.org/hakkimizda/> erişim: 06.08.2020
- 21) https://iklimicin kentler.org/?_ga=2.201142510.1750056396.1597605762-11730582.1597605762 erişim: 06.08.2020
- 22) <https://www.env-health.org/about-heals-work-in-turkey/#1528198360386-07c79b25-00092421-4239> erişim: 06.08.2020
- 23) <https://hasuder.org.tr/webinar-sicak-dalgaları-ve-turkiyede-halk-sagligi/> erişim: 06.08.2020
- 24) http://www.tema.org.tr/web_14966-2_1/neuralnetwork.aspx?type=6 erişim: 06.08.2020
- 25) http://www.tema.org.tr/web_14966-2_1/neuralnetwork.aspx?type=7 erişim: 06.08.2020
- 26) <http://yesildusunce.org/hakkimizda/calisma-alanlarimiz/> erişim: 06.08.2020
- 27) <https://www.yuva.org.tr/biz-kimiz/> erişim: 06.08.2020
- 28) <https://www.temizhavahakki.com/kararapor2020/> erişim: 06.08.2020
- 29) <https://yesilgazete.org/blog/2019/12/31/2019da-cevre-ve-iklim-mucadelesinin-enleri/>
- 30) https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b1095eb8-2689-11eb-a1e1-3f428dfd4b81&utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter



PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN

“Buradayız çünkü hava kirliliğinin küresel sağlığa en büyük tehditlerden biri olduğunu biliyoruz ve bu konuda - ve acilen-bir şey yapmamız gerekiyor”. Bu sözler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus tarafından 2018 yılında Cenevre’de düzenlenen Birinci Küresel Hava Kirliliği ve Sağlık Konferansı’nın açılışında söylendi⁽¹⁾. DSÖ verilerine göre tüm dünyada 10 kişiden dokuzu kirli hava soluyor ve her yıl yaklaşık 8 milyon insan hava kirliliği nedeniyle yaşamını kaybediyor. Üstelik hava kirliliği önceki yıllara göre özellikle düşük gelirli ülkelerde artış göstermektedir. DSÖ, 2008-2015 yılları için 103 ülkede yaklaşık 3000 insan yerleşimini kapsayan dış ortam hava kalitesi veri tabanındaki verilere göre küresel olarak, değerlendirilen popülasyonun sadece %16’sı DSÖ hava kalitesi limit değerlerine uygun PM₁₀ veya PM_{2.5} yıllık ortalama seviyelerine maruz kalmaktadır. Küresel olarak 2008-2013 yıllarını kapsayan dönemde PM_{2.5} yıllık ortalama konsantrasyonlarında %8 artış yaşanmıştır. Bununla birlikte Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerindeki yüksek gelirli ülkelerde hava kirliliği azalırken, Doğu Akdeniz, Batı Pasifik, Güney Doğu Asya bölgelerinde hava kirliliği düzeyleri artmıştır⁽²⁾.

DSÖ’ye göre dış ortam hava kirliliği 2016 yılında 4.2 milyon erken ölümden sorumlu olup bunlardan 300.000’i 5 yaş altı çocuklarda meydana gelmiştir. Özellikle çocuklukta yaşanan maruz kalma, çocuğun gelecekteki hastalık riskini artırmakta ve yaşam boyu sürecek sonuçlara yol açmaktadır. Hava kirliliği küresel bir sorun olsa da, havadaki partikül maddeye (PM) atfedilen hastalık yükü,

özellikle DSÖ Afrika, Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik bölgelerinde düşük ve orta gelirli ülkelerde en ağır boyutlardadır⁽³⁾.

Bu yazıda son veriler ışığında Türkiye’de hava kirliliğinin durumu ve ilişkili sorunlar ile sağlık etkilerine yönelik yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Türkiye’de Hava Kirliliği ile İlişkili Sorunlar

Hava Kalitesi Ölçümü

Türkiye’de hava kalitesi ölçümleri T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’na ait istasyonlar tarafından yapılmakta olup sonuçlar Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı web sayfasından paylaşılmaktadır⁽⁵⁾. Ölçümü yapılan veriler Çevresel Etki Değerlendirmesi, İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü web sayfasından yıllık ve aylık olarak hava kalitesi bülteni olarak yayınlanmaktadır⁽⁶⁾. Aynı zamanda Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı web sayfasından ölçüm sonuçları indirilerek araştırmacılar ve sivil toplum örgütleri tarafından hazırlanan araştırma ve kurumsal raporlarda hava kirliliği düzeylerine ilişkin değerlendirmeler elde edilebilmektedir.

Ülkemizde hava kalitesinin sağlanması amacıyla Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi (HKDY) Yönetmeliği 06.06.2008 tarih 26898 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. HKDY’de ölçülmesi/analiz edilmesi gereken parametreler; kükürtdioksit, azot oksitler, ozon, karbonmonoksit, Partikül madde (PM₁₀ ve PM_{2.5}), Benzen, Kurşun, Arsenik, Nikel, Kadmiyum, Benzo(a)Piren, Ozon öncül maddeler ve gaz halindeki toplam Cıva

olarak belirtilmiştir. Ancak bu parametrelerin ölçümü ile ilgili süreç bir takvime bağlanmış olup yönetmelikte belirtilen bölgesel merkezlerin yapılması ile birlikte bu parametrelerin izlenmesi gerçekleştirilecektir. Türkiye’de 2019 yılı hava kalitesi düzeylerinin yayınlandığı bültene göre ülkemizde 350 adet ölçüm istasyonu bulunmaktadır. Ölçülen parametre sayısının artırıldığından bahsedilse de bültende paylaşımı yapılan parametreler PM₁₀, SO₂, NO₂, CO ve O₃ olup bu parametrelere ait sonuçlar da tüm istasyonlarda bulunmamaktadır⁽⁶⁾. Çevre Mühendisleri Odası (ÇMO) tarafından yayınlanan 2019 yılı Türkiye Hava Kirliliği Raporu’na göre sadece 248 istasyonda PM₁₀ ölçümü yapılmış olup 31 istasyonda ölçüm yapılmamış ve 92 istasyonda güvenli veri alımı sağlanmamıştır. Kurulu istasyonların sadece yarısında (125 tane istasyonda) minimum veri alımı sağlanmıştır. Rapor’a göre Türkiye’de ölçümü yapılan hava kirliliği parametrelerinin istasyon sayıları **Tablo 41.1**’de gösterilmiştir⁽⁷⁾.

Türkiye’de hava kirliliği ile ilişkili sorunların başında hava kalitesinin ölçümü ve bu ölçümlerin sürekliliği ve yeterliliğinin sağlanması gelmektedir. **Tablo 41.1**’de görüldüğü gibi ölçüm yapan istasyon sayıları sayıca artmış olsa da bu istasyonların tümünde tüm parametreler ölçülememekte ve ölçüm yapılan verilerin validasyonu çok düşük düzeylerde gerçekleşmektedir. Hava kirliliğinin önlenmesinde hava kalitesinin monitorizasyonu yani ölçümlerin sürekli ve güvenli bir şekilde yapılması önemli bir yer tutmaktadır.

Hava Kalitesi Limit Değerleri

HKDY 2008 yılında çıkarıldığında mevcut hava kalitesi limit değerlerinin 01/10/2014 tarihine kadar kademeli olarak azaltılması ve o tarihten sonra AB

hava kalitesi limit değerleri artı tolerans değerlerine başlanarak kademeli bir geçiş ile AB limit değerlerine uyum sağlaması hedeflenmişti. Buna göre insan sağlığı ve ekosistemin korunması için 2019 yılı itibari ile PM₁₀, SO₂ ve Pb için, 2020 itibari ile Ar, Cd ve Benzapiren için AB limit değerlerine geçilmiştir. Benzen için 2021, Ozon için 2022, Azotdioksit için ise 2024 yılını beklememiz gerekecektir. Bir başka deyişle AB limit değerlerine geçene kadarki sürede sağlık için zararlı düzeylerde kirleticilere maruz kalmaya devam edilecektir. Üstelik sorun bununla da sınırlı değildir. Çünkü uyum göstermeyi hedeflediğimiz AB limit değerleri de sağlık için DSÖ’nün önerdiği düzeylerin üzerinde kirliliğe izin vermektedir. DSÖ Hava Kalitesi Rehberinde PM₁₀ yıllık ortalama değeri 20 µg/m³, 24 saatlik ortalama değeri ise 50 µg/m³ belirlenirken PM_{2.5} için bu değerler yıllık 10 µg/m³, 24 saatlik ortalama değeri ise 25 µg/m³’dir⁽⁸⁾. 2014 yılında Türkiye Sağlık Raporunun Hava Kirliliği bölümünde de bu konuya dikkat çekmiş ve ülkemizdeki hava kalitesi limit değerlerinin DSÖ rehberine göre düzenlenmesinin yaşamsal önemi olduğunu belirtmişim⁽⁹⁾. O tarihten bu yana birçok kere ve özellikle Temiz Hava Hakkı Platformu (THHP) raporlarında bu sorun dile getirilmiş olmasına karşın sorun devam etmektedir.

Bu noktada hava kalitesi limit değerleri ile ilgili bir başka sorun ise ülkemizde PM_{2.5} için herhangi bir limit değerinin belirlenmemiş olmasıdır. THHP’nin 2019 yılı politika notunda belirttiği gibi PM₁₀ doğal kaynaklardan gelen tozu da barındırırken, PM_{2.5} çoğunlukla yakma kaynaklı tozu içermektedir ve insan kaynaklı kirliliği anlamak için temel göstergedir. Ayrıca PM_{2.5} sağlık açısından PM₁₀’a göre daha tehlikeli olup alveollerden kapiller dolaşıma geçerek sistemik etkilere neden olmaktadır. PM_{2.5} hava kirliliği kaynaklı hastalık yükü

Tablo 41.1 Türkiye’de ölçümü yapılan parametrelerin istasyon sayıları ve ölçüm verileri

Parametre	Ölçüm yapılan istasyon sayısı	2019’da ölçüm yapmayan istasyon sayısı	Valide edilmiş veri alınmayan istasyon sayısı	Valide edilmiş veri alımı (%)
PM ₁₀	248	31	92	50
PM _{2.5}	138	41	90	35
SO ₂	229	26	99	57
NO ₂	208	31	128	38
CO	152	54	45	35
O ₃	163	32	42	55

ve ölüm sayısı hesaplanması için kullanılan en temel göstergedir. DSÖ'nün 2005 yılında duyurduğu hava kalitesi rehberinden sonra $PM_{2.5}$ tüm dünyada yaygın olarak ölçülmeye başlanmıştır. Avustralya DSÖ'nün limit değerlerini benimserken, Kanada, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri, Meksika başta olmak üzere pek çok Latin Amerika ülkesi bu öneriye yakın sınır değerler benimsemişlerdir⁽¹⁰⁾.

Limit değerler ile ilgili bilinmesi gereken bir başka durum ise DSÖ hava kalitesi rehberinde de belirtildiği gibi Ozon ve PM 'nin herhangi bir olumsuz sağlık etkisinin olmadığı güvenli bir eşik değerinin olmayışıdır. Rehberde özellikle PM düzeylerinde düşük dozlarda bile olumsuz sağlık etkilerinin görülebileceği belirtilmektedir. Nitekim PM_{10} 'un her $10 \mu g/m^3$ 'lük artışı, kalp ve damar sisteminden kaynaklı sorunlarda %0.7 ve solunum yolu kaynaklı sağlık sorunlarında %1.4'lük bir artışa neden olabilmektedir⁽⁸⁾. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda ise olumsuz sağlık etkilerinin görüldüğü konsantrasyon aralığı $PM_{2.5}$ için 3-5 $\mu g/m^3$ olarak tahmin edilmektedir⁽¹⁰⁾. **Bu nedenlerle hava kirliliği düzeylerinin mümkün olan en düşük konsantrasyonlarda olması gerektiği ve ülkeler içinde belirlenen hava kalitesi limit değerlerinin en azından DSÖ hava kalitesi rehberindeki limit değerleri dikkate alınarak düzenlenmesi gerektiğini bir kez daha vurgulamakta yarar vardır.**

Türkiye'de Hava Kirliliğinin Durumu

PM Kirliliği

HKDY'e göre PM_{10} için günlük limit değer $50 \mu g/m^3$ ve yıllık limit değer $40 \mu g/m^3$ 'tür. Ayrıca, PM_{10} için günlük limit değer, bir yılda 35 defadan fazla aşılması gerekmektedir. DSÖ limit değeri ise yıllık ortalama değeri $20 \mu g/m^3$, 24 saatlik ortalama değeri ise $50 \mu g/m^3$ 'tür. Hava Kalitesi Bülteni (HKB) 2019 raporuna göre Türkiye genelinde 8 bölgede Temiz Hava Merkezi bulunmakta olup tüm merkezlerde hem PM_{10} , hem SO_2 düzeyleri 2018 yılına göre azalmış olarak belirtilmiştir. Bültende günlük ortalama değerlere ve yılda 35 defadan fazla aşım olan istasyon sayıları gibi yönetmelikte belirlenen ölçütlere uygun veriler ise belirtilmemiştir. ÇMO raporuna göre ise durum bu kadar parlak görünmemektedir. PM_{10} için 24 saatlik ölçümlere bakıldı-

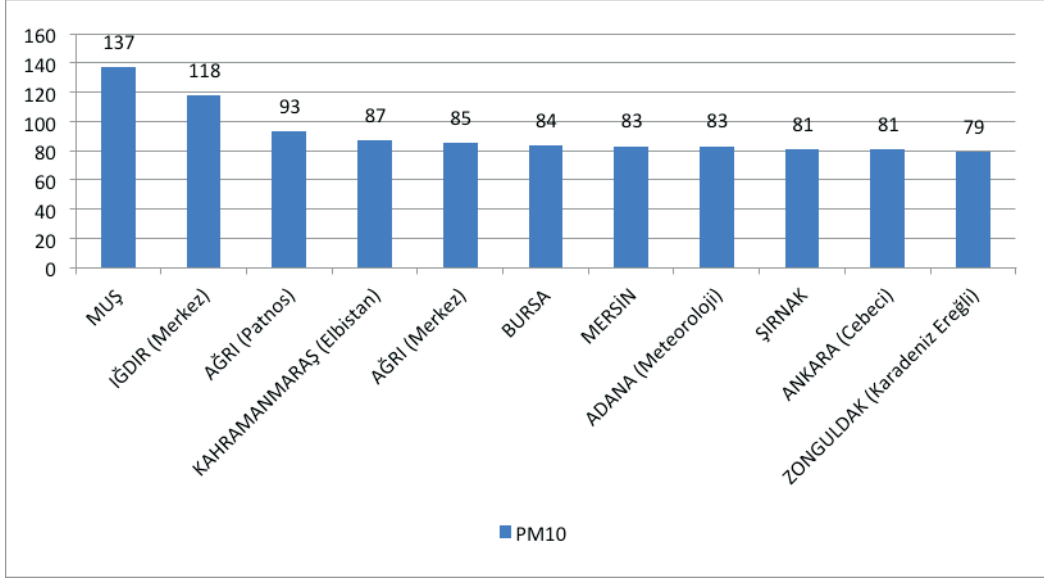
ğında, güvenli veri alınımının olduğu 125 istasyonun 102 tanesinde DSÖ, AB ve Ulusal limit değeri 35 defadan fazla aşılmıştır. Limit değerini aşıldığı istasyonlardan en çok aşım yapan ilk 10 istasyon; Iğdır, İstanbul - Sultangazi 3, Bursa, Çorum - Mimar Sinan, İstanbul - Mecidiyeköy-MTHM, Seyyar - 3 (06 DV 9980) - Balıkesir Gönen, Manisa, Amasya - Şehzade, İstanbul - Alibeyköy ve İstanbul - Sultangazi-MTHM'dir. Sadece 23 istasyonda DSÖ, AB ve Ulusal limit değeri 35 defadan fazla aşılmamıştır⁽⁷⁾.

PM_{10} için yıllık ölçüm değerlerine bakıldığında ise, güvenli veri alınımının olduğu 125 istasyonun yıllık ortalamaları, DSÖ, AB ve Ulusal Limit Değerlere göre karşılaştırılmıştır. DSÖ Limit Değerine göre, güvenli veri alınımının olduğu 125 istasyonun 120 tanesinde aşım olmuştur. AB ve Ulusal Limit Değere göre, güvenli veri alınımının olduğu 125 istasyonun 75 tanesinde aşım olmuştur. Hem DSÖ hem de AB ve Ulusal Limit Değerlerinin en çok aşıldığı istasyonlardan bazıları; Iğdır, Ankara Siteler, Sıhhiye, İzmir Bayraklı ve Bornova, Şırnak, Adana, Zonguldak, Kütahya, Kahramanmaraş, Bursa, Çorum-Mimar Sinan, Muğla, Kocaeli, İstanbul-Sultangazi, Mecidiyeköy, Alibeyköy ve Kağıthane'dir⁽⁷⁾.

HKB 2019'da bulunan PM_{10} ölçümlerinin yıllık ortalamalarına göre bakıldığında ortalaması en yüksek olan istasyon $137 \mu g/m^3$ ile Muş olup bunu $117.8 \mu g/m^3$ ile Iğdır (Merkez) ve $98 \mu g/m^3$ ile Ağrı (Patnos) izlemektedir. DSÖ limit değerleri dikkate alındığında sadece 4 istasyon (HATAY-İskenderun, HATAY -Antakya, ADANA-Doğankent ve HAKKARİ) $20 \mu g/m^3$ 'ün altında kalmış iki istasyon (ADANA-Çatalan ve ARTVİN) da $20 \mu g/m^3$ olarak saptanmıştır⁽⁶⁾ (Şekil 41.1).

$PM_{2.5}$ ölçümleri açısından değerlendirildiğinde 138 istasyonda $PM_{2.5}$ ölçüm verisi bulunurken 138 istasyonun 41 tanesinde ölçüm yapılmamış ve sadece 49 istasyonda valide edilmiş veri saptanmıştır. Bu istasyonlardaki yıllık $PM_{2.5}$ ortalamalarının hepsi DSÖ limit değerlerinin üzerindedir. En yüksek $PM_{2.5}$ ölçümü yapılan istasyon $53.57 \mu g/m^3$ ile Erzurum-Taşhan'dır⁽⁷⁾.

ÇMO raporunda bulunan PM kirliliğine ait bir başka veri ise uydu verilerinden modelleme yoluyla saptanan atmosferik aerosollere ait ölçümlerdir. Buna göre hem Avrupa hem de Türkiye atmosferinde yaz aylarında, kış aylarına göre daha yüksek partikül madde bulunmaktadır. Bu durum özellikle ilkbahar ve yaz döneminde, Orta Doğu ve Kuzey Afrika kaynaklı çöl tozlarının Türkiye'ye taşınma-



Şekil 36.1 Türkiye'de Yıllık PM10 ortalaması en yüksek 10 istasyon.

sından kaynaklanmaktadır. Modelleme verilerine göre Türkiye atmosferindeki partikül maddeler (aerosoller), son 17 yılda Avrupa'ya göre hep yüksek seviyelerde ölçülmüştür. Başka bir deyişle, Türkiye atmosferi partikül maddeler açısından Avrupa'ya göre daha kirlidir. Bu kirlilik 2019 yılında, Avrupa'ya göre %31.0 oranında daha fazla oranında saptanmıştır⁽⁷⁾

SO₂ Kirliliği

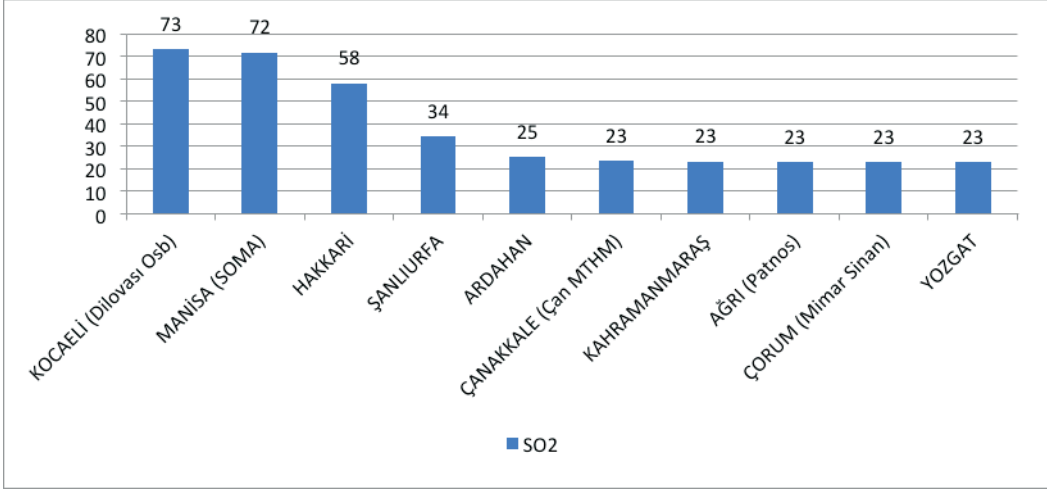
HKDY'e göre SO₂ saatlik limit değeri 350µg/m³ ve yılda 24 defadan fazla aşılmaması, SO₂ günlük limit değeri 125 µg/m³ ve yılda 3 defadan fazla aşılmaması gerekmektedir. SO₂ yıllık ortalama limit değeri ise 20 µg/m³'tür. HKB 2019'da saatlik, günlük SO₂ değerleri verilmediği gibi aşılmaması gerek değerler de verilmemiştir. ÇMO raporuna baktığımızda 2019 yılında 229 tane istasyonda SO₂ ölçüm verisi bulunmaktadır. Bu istasyonların 41 tanesinde “-“ eksi değer ölçülmüştür. Saatlik yapılan ölçümlere göre 130 istasyonda minimum veri alımı sağlanmıştır. Fakat minimum veri alınımının sağlandığı istasyonların 31 tanesinde “-“ eksi değer ölçülmüştür. Geri kalan istasyonların 6 tanesinde AB ve Ulusal Limit Değer 24 defadan fazla aşılmıştır. Bu istasyonlar Bitlis, Çankırı, Karabük - Kardemir 1, Karabük - Kardemir 2, Karabük - Tören Alanı ve Manisa - Soma'dır⁽⁷⁾. ÇMO raporuna göre günlük ölçümlerde, hem güvenli veri alınımının sağlandığı hem de “-“ eksi değerlerin ölçülmediği istasyonla-

rın sayısı 94'tür. Bu 94 istasyonun 6 tanesinde AB ve Ulusal Limit Değer 3 defadan fazla aşılmıştır ve bu istasyonlar; Bitlis, Çankırı, Karabük - Kardemir 1, Karabük - Kardemir 2, Manisa - Soma ve Yozgat'tır. DSÖ Limit Değerini yılda 3 defadan fazla aşan istasyon sayısı ise 68'dir. Yıllık ortalamalara bakıldığında ise 11 istasyonda AB ve Ulusal Yıllık Limit Değer aşılmıştır. Bu istasyonlar ise Bitlis, Çanakkaile - Can-MTHM, Çankırı, Giresun - Gemilercekeği, Kahramanmaraş, Karabük - Kardemir 1, Karabük - Kardemir 2, Karabük - Tören Alanı, Manisa, Manisa - Soma ve Yozgat'tır⁷. Öte yandan yıllık ortalama SO₂ değeri en yüksek olan istasyonlara baktığımızda 73 ile KOCAELİ-Dilovası OSB ilk sırada yer almaktadır. HKB 2019'a göre yıllık SO₂ ortalaması en yüksek olan 10 ile ait veriler **Şekil 41.2'**de gösterilmiştir⁽⁶⁾.

SO₂ kirliliğinin kaynağı kömür oranı yüksek yağların, kömür ve linyitin yakılmasıdır. Karabük - Kardemir 1, Karabük - Kardemir 2, Karabük - Tören Alanı ve Manisa - Soma istasyonlarındaki aşımalar, bu bölgelerde bulunan termik santrallerin oluşturduğu kirliliği göstermesi bakımından da dikkat çekicidir⁽⁷⁾.

NO₂ Kirliliği

İnsan sağlığını en çok etkileyen azot oksit türü olması itibarı ile NO₂ kentsel bölgelerdeki en önemli hava kirleticilerinden biridir. NO₂ parametresi sırası ile trafik, ısınma ve sanayi bölgeleri ile oluşan



Şekil 41.2 Türkiye'de Yıllık SO₂ ortalaması en yüksek 10 istasyon.

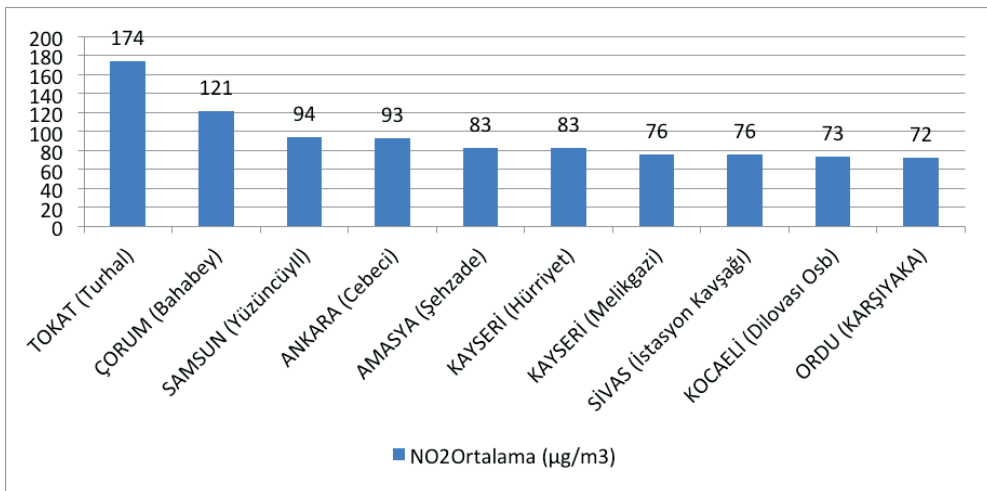
bir kirlenendir. HKDY'e göre NO₂ saatlik ölçüm limit değeri 250 µg/m³ olup AB limit değeri ise 200 µg/m³'dür. Türkiye bu düzeye 2024'te ulaşacaktır. Ayrıca AB limit değerlerinde saatlik aşım sayısı yılda 18 olarak belirtilmesine karşın halen ülkemizde böyle bir sınırlama bulunmamaktadır. HKB 2019'da sadece yıllık ortalamalar verilmiş olup buna göre 37 istasyonda yıllık 40 µg/m³ değerinin üzerine çıkmıştır. **Şekil 41.3**'te yıllık NO₂ ortalaması en yüksek olan 10 istasyon gösterilmiştir⁽⁶⁾. ÇMO raporunda ise saatlik ölçümlerde, güvenli veri alımı sağlanan istasyonlarda Ulusal Limit Değerimizi 18 defadan fazla aşan 3 istasyon bulunduğu ve bu istasyonların Ankara-Sıhhiye, Kırıkkale ve Konya-Karatay olduğu saptanmıştır⁽⁷⁾.

Hava Kirliliğinin Sağlık Etkileri

Hava kirliliğini sağlık etkileri ile ilgili kanıtlar son yıllarda giderek artmış olup mortaliteden, morbiditeye, DALY'den, sağlık maliyetlerine kadar çok geniş bir yelpazede etkileri görülmektedir⁽¹¹⁾.

Mortaliteye Etkileri

Dış ortam hava kirliliği tüm dünyada 2016 yılında 4.2 milyon erken ölüme neden olmuştur. Bu ölümlerin 300 bini beş yaş altı çocuklarda meydana gelmiştir⁽³⁾. DSÖ tahminlerine göre 2016 yılında dış ortam hava kirliliğine bağlı erken ölümlerin yaklaşık %58'inin iskemik kalp hastalığı ve felçten, %18'inin kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akut



Şekil 41.3 Türkiye'de Yıllık NO₂ ortalaması en yüksek 10 istasyon.

alt solunum yolu enfeksiyonlarından %6'sının akciğer kanserinden kaynaklandığı saptanmıştır⁽¹²⁾.

Hava kirliliğinin ülkemizde mortalite üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda son yıllarda artan bir ilgi bulunmaktadır. Yerel düzeyde yapılan araştırmaların yanı sıra ilk kez 2019 yılında THHP tarafından hazırlanan Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri: Kara Rapor'da hava kirliliğine atfedilen ölümlere yer verilmiştir. Raporda AirQ+ programı ile Türkiye'de 2017 yılında meydana gelmiş (30 yaş üstü kişilerde kazalar haricindeki) ölümlerde hava kirliliğine atfedilen ölüm sayıları, ölümler içindeki hava kirliliğinin payı ve her yüz bin kişide hava kirliliği nedeniyle ölüm sayıları illere göre hesaplanmıştır. Buna göre Türkiye'de 2017 yılında meydana gelmiş olan 30 yaş üstü (kazalar/dışsal yaralanmalar haricindeki) toplam 399.025 ölüm içerisinde hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısı, ortalama 51 574 ve hava kirliliğine atfedilen ölüm %13 olarak saptanmıştır⁽¹³⁾. Güncel olarak hesaplanan son verilere göre 2019 yılında Türkiye'de 30 yaş üstü (kazalar/dışsal yaralanmalar haricindeki) toplam 396 670 ölüm içerisinde hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısı ortalama 31 476, hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi ise %7.9 olarak saptanmıştır⁽¹⁴⁾. 2019 yılında hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi en yüksek olan ilk 10 il **Tablo 41.2'**de gösterilmiştir.

Tablo 41.2'de görüldüğü üzere 2019 yılında meydana gelen 30 yaş üstü (kazalar/dışsal yaralanmalar haricindeki) ölümlerde hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi en yüksek olan ilimiz %33.57 ile İğ-

dır olmuştur. İğdir'da bu yüzde 2017 yılında %25.5, 2018 yılında ise %28.17 olarak gerçekleşmiş olup PM_{2,5} kirliliğinin artmasına bağlı olarak yıllar içerisinde giderek artmıştır^(13,14). Hava kirliliğinin İğdir'da en yüksek düzeylerde saptanmasının nedeni topografik yapısıyla ilgilidir. İğdir'ın bulunduğu bölge dağlarla çevrili olduğu için bir kâse şekli andırır ve bu durum bölgedeki hava hareketini ve rüzgâr oluşumunu sınırlar. Özellikle kış aylarında kirli havanın şehir dışına çıkmasını önleyerek sis, duman ve partikül maddelerin şehir üzerinde yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte evsel ısınmada kullanılan fosil yakıtlar kış aylarında hava kirliliğinin artmasına katkıda bulunmaktadır⁽¹⁵⁾.

Hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesinin yüksekliği bu illerdeki PM_{2,5} yıllık ortalamalarının yüksekliği ile ilişkilidir. Diğer bir deyişle PM_{2,5} yıllık ortalaması en yüksek olan illerde bununla doğru orantılı olarak hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi de artmaktadır. Bunun nedeni AirQ+ hesaplama aracının DSÖ Hava Kalitesi Rehberinde bulunan limit değerleri dikkate alarak hesaplama yapmasıdır. AirQ+ programı, dış ortam havasındaki PM_{2,5} değerlerinin 10 µg/m³'ün üzerine çıkması durumunda, uzun erimli hava kirliliği ile ilişkili olan 30 yaş üzeri dışsal nedenlerle olmayan ölüm riskini RR: 1.062 (%95 GAı: 1.041-1.084) olarak kabul etmektedir. Elde edilen sonuçlar hesaplama yapılan illerde PM_{2,5} değerlerinin 10 µg/m³'ün düzeyinin artışı ne kadar fazlaysa atfedilen değerlerin

Tablo 41.2 Türkiye'de 2019 yılında meydana gelen 30 yaş üstü (kazalar/dışsal yaralanmalar haricindeki) ölümlerde hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi en yüksek olan ilk 10 il

İLLER	PM _{2,5}	Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm Sayısı			Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm Yüzdesi			Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm hızı (Yüz Binde)		
	ORT.	ORT.	MİN.	MAX.	ORT.	MİN.	MAX.	ORT.	MİN.	MAX.
İğdir	78	226	158	282	33.57	23.41	4185	214.29	149.42	267.15
Erzurum	54	867	591	1104	23.25	15.85	2959	204.87	139.64	260.69
Çorum	52	881	599	1122	22.33	15.19	2846	247.75	168.54	315.8
Düzce	45	418	283	536	18.9	12.83	2435	170.51	115.2	218.7
Manisa	44	1680	1134	2156	18.5	12.48	2375	177.68	119.92	228.1
Kahramanmaraş	42	791	533	1017	17.51	11.79	22,52	118.24	79.65	152.08
Sinop	41	331	223	426	17.01	11.45	21.9	218.69	147.17	281.52
Elazığ	39	477	320	615	16.01	10.75	20.64	131.97	88.63	170.19
Kayseri	39	1004	674	1295	16.01	10.75	20.64	116.63	78.33	150.42
Osmaniye	39	357	240	460	16.01	10.75	20.64	110.17	73.99	142.07

o kadar yüksek çıktığını göstermektedir. Çorum ise yüzbinde nüfusta hava kirliliğine atfedilen ölüm hızının en yüksek olduğu il olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun sebebi ise Çorum'da hem PM_{2,5} kirliliğinin hem de 30 yaş üstü nüfusta ölüm hızının fazla olmasıdır. Öte yandan hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısının en fazla olduğu iller ise **Tablo 41.3**'te gösterilmiştir. Görüldüğü gibi hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısı bakımından en yüksek olan ilimiz İstanbul olup 2019 yılında 3761 ölüm hesaplanmış olup eğer PM_{2,5} düzeyleri DSÖ limit değerleri düzeyine düşürülebilseydi önlenebilecekti anlamına gelmektedir.

AirQ+ programının halk sağlıkçılar arasında kullanımının artması yerel düzeyde yapılabilecek değerlendirmelerde de önem kazanmaktadır. Nitekim Marmara bölgesi NO₂ değerlerinin mortalite üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada AirQ+ programından yararlanılmıştır. Araştırmaya göre NO₂'den kaynaklı hava kirliliğine atfedilen ölüm yüzdesi ise İstanbul için %8.94, Kocaeli %5,57, Sakarya %3,98 (GA %95, RR:2,65-8,47) ve Bilecik için ise %2,61 olarak saptanmıştır. İstanbul'da NO₂'den kaynaklanan hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısı 5851, Kocaeli'de 445 ve Bursa'da 267 olarak hesaplanmıştır. Hava kirliliğine atfedilen mortalite hızı İstanbul'da yüz binde 34.57, Kocaeli'de yüz binde 23.36, Sakarya'da yüz binde 21.87 ve Bilecik'te ise yüz binde 17.36 olarak saptanmıştır⁽¹⁶⁾.

Hava kirliliğinin mortaliteye etkisinin incelendiği bir başka çalışmada uzmanlık tezi olarak 2015-2017 yılları arasında Trakya'da partiküler madde kirliliği ve mortalite ilişkisi değerlendirilmiştir. AirQ + ile il geneli için yapılan hesaplamalarda; Edirne ilinde 2015 yılında 655 (%19.45), 2016 yılında 518 (%16.06) ve 2017 yılında 544 (%16,15), Kırklareli ilinde hava kirliliğine atfedilebilecek ölüm sayıları 2015'te 333 (%11.79), 2016'da 392 (%14.83) ve 2017'de 363 (%12.98) Tekirdağ'da 2015 yılında 870 (%18.38), 2016 yılında 995 (% 20.37) ve 2017 yılında da 831 kişi (%16.75) olarak saptanmıştır⁽¹⁷⁾.

Morbidity Etkileri

Hava kirliliği sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Hava kirliliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri, dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarla iyi bir şekilde belgelenmiştir. Hava kirliliğine ve ilgili sağlık risklerine maruz kalmada önemli bir eşitsizlik vardır: hava kirliliği, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerinde sosyal ve fiziksel çevrenin diğer yönleriyle birleşerek orantısız bir hastalık yükü oluşturmaktadır. PM'den kaynaklanan kirlilik, Avrupa'da ortalama yaşam süresini yaklaşık 9 ay azaltan önemli bir hastalık yükü yaratmaktadır. 2005 yılından bu yana, ince partikül hava kirliliğine uzun süre maruz kalmanın kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları dışındaki hastalıklar üzerindeki etkilerine dair daha fazla kanıt ortaya çıkmıştır. Kanıtlar diyabet, çocuklarda nörolojik geli-

Tablo 41.3 Türkiye'de 2019 yılında meydana gelen 30 yaş üstü (kazalar/dışsal yaralanmalar haricindeki) ölümlerde hava kirliliğine atfedilen ölüm sayısı en yüksek olan 10 il

İLLER	Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm Sayısı			Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm Yüzdesi			Hava Kirliliğine Atfedilen Ölüm hızı (Yüz Binde)		
	ORT.	MİN.	MAX.	ORT.	MİN.	MAX.	ORT.	MİN.	MAX.
İSTANBUL	3761	2480	4932	6.4	4.22	8.4	38.92	25.66	51.04
İZMİR	2075	1373	2714	8.08	5.34	10.56	70.82	46.85	92.62
MANİSA	1680	1134	2156	18.5	12.48	23.75	177.68	119.92	228.1
BURSA	1584	1052	2064	10.26	6.82	13.37	80.36	53.38	104.7
ANKARA	1552	1024	2036	6.4	4.22	8.4	43.38	28.61	56.89
KONYA	1271	847	1652	11.87	7.91	15.42	94.62	63.04	122.92
KAYSERİ	1004	674	1295	16.01	10.75	20.64	116.63	78.33	150.42
ANTALYA	932	618	1216	9.18	6.08	11.98	57.42	38.06	74.95
ÇORUM	881	599	1122	22.33	15.19	28.46	247.75	168.54	315.8
ERZURUM	867	591	1104	23.25	15.85	29.59	204.87	139.64	260.69

şim ve yetişkinlerde nörolojik bozukluklar üzerine etkilerini göstermektedir⁽¹¹⁾.

Çok sayıda çalışma, dış ortam hava kirliliğine maruz kalma (özellikle PM, SO₂, NO_x, O₃ ve CO'ya maruz kalma) ile olumsuz doğum sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. PM'ye maruz kalmanın düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Maternal maruziyetin, özellikle ince PM'ye erken doğum riskini artırdığına dair kanıtlar artmaktadır. Hava kirliliğine maruz kalma ile ölü doğum ve gebelik yaşı için küçük doğan bebekler gibi diğer sonuçlar arasında ilişki olduğuna dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Artan bir araştırma grubu, hem doğum öncesi hem de doğum sonrası hava kirliliğine maruz kalmanın nörogelişimini olumsuz etkileyebileceğini, bilişsel test sonuçlarının düşmesine ve otizm spektrum bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi davranış bozukluklarının gelişimini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Dış ortam hava kirliliğine maruz kalmanın çocukların zihinsel ve motor gelişimini olumsuz etkileyebileceğine dair güçlü kanıtlar vardır. Sınırlı sayıda çalışma, dış ortam hava kirliliğine maruz kalma ile çocuklarda bazı olumsuz metabolik sonuçlar arasında potansiyel bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Bulgular arasında in utero hava kirliliğine maruz kalma ile doğum sonrası kilo alımı veya erişilen vücut kitle indeksi arasında pozitif ilişki olduğu ve çocuklarda trafikle ilişkili hava kirliliği ile insülin direnci arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Hava kirliliğine maruz kalmanın çocukların daha düşük maruziyet seviyelerinde bile akciğer fonksiyonlarına zarar verdiğine ve akciğer fonksiyonlarının gelişmesini engellediğine dair sağlam kanıtlar vardır. Çalışmalar, hava kirliliğine doğum öncesi maruz kalmanın çocukluk çağında akciğer gelişimi ve akciğer fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olduğuna dair çarpıcı kanıtlar bulmuştur. Çok sayıda çalışma, çevre ve evsel hava kirliliğine maruz kalmanın çocuklarda ASYE riskini artırdığına dair kanıtlar sunmaktadır. PM_{2.5}, NO₂ ve O₃ gibi hava kirleticilerine maruz kalmanın küçük çocuklarda pnömoni ve diğer solunum yolu enfeksiyonları ile ilişkili olduğuna, astım gelişme riskini artırdığına ve solunum kirleticilerinin çocukluk astımını da şiddetlendirdiğine dair önemli kanıtlar vardır. Trafikle ilgili hava kirliliğine maruz kalmanın artmış çocukluk çağı lösemi riski ile ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar vardır. Birçok çalışma, çevre hava kirliliğine prenatal maruziyet

ile çocuklarda retinoblastoma ve lösemi için daha yüksek riskler arasında ilişki olduğunu bulmuştur. Hava kirliliğine doğum öncesi ve erken yaşlarda maruz kalan çocukların, olgunlaştıkça ve yetişkinlik döneminde olumsuz sağlık sonuçları yaşaması daha olasıdır⁽³⁾.

Ülkemizde yapılan çalışmalar arasında acil servis başvuruları ile PM arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada KVH ve solunum sistemi hastalıkları ile acil başvuruların ve hastaneye yatışın PM artışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca SO₂ düzeylerinin ise KVH ve/veya SSH nedenleriyle gerçekleşen hastaneye yatışını artırdığı saptanmıştır⁽¹⁸⁾.

İğdır il merkezinin hava kalitesi ve astım-KOAH ile ilişkisinin değerlendirildiği diğer bir ekolojik çalışmada PM₁₀ ile astım ve KOAH arasında orta, SO₂ ile acil astım ve KOAH arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır⁽¹⁹⁾. Marmara Bölgesinde yer alan illerde Air Q+ kullanılarak, PM10 düzeylerinin kronik bronşit insidansı üzerine etkisini saptamayı amaçlayan bir başka çalışmada PM değerleri ile uyumlu olarak iller arasında en düşük kronik bronşit insidansı Yalova'da %11.62 (GA %95, RR:4.28-17.57) ve en yüksek kronik bronşit insidansı Bursa'da %43.71 (GA %95, RR:18.43-59.31) olarak hesaplanmıştır. Bursa'da hava kirliliğine atfedilen kronik bronşitli kişi sayısı 813 (en düşük kişi sayısı 343- en yüksek kişi sayısı 1103) ve İstanbul'da ise 2349 (en düşük kişi sayısı 912- en yüksek kişi sayısı 3404) olarak hesaplanmıştır⁽²⁰⁾.

Kaynaklar

- 1) WHO | First WHO Global Conference on Air Pollution and Health, 30 October – 1 November 2018. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <https://www.who.int/airpollution/events/conference/en/>
- 2) WHO | Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. WHO. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <http://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/>
- 3) WHO | Air pollution and child health: prescribing clean air. WHO. Erişim Tarihi: 7 Haziran,, 2020. <http://www.who.int/ceh/publications/air-pollution-child-health/en/>
- 4) Working with partners. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020.
- 5) SİM (Sürekli İzleme Merkezi) | T.C ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <https://www.havazleme.gov.tr/>
- 6) Hava Kalitesi Bülteni (2019). Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/bulten-2019-yil-lik-20200403132705.pdf>
- 7) ÇMO. Hava Kirliliği Raporu 2019. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. http://www.cmo.org.tr/resimler/ekler/7666bf4c3e1e4bb_ek.pdf?tipi=78&turu=H&sube=0
- 8) WHO Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide : global update 2005 : sum-

- mary of risk assessment. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69477>
- 9) Türkiye Sağlık Raporu 2014. Erişim Tarihi: 7 Haziran, 2020. <https://hasuder.org.tr/hsg/?p=3289>
 - 10) THHP. *PM2,5 Politika Notu.*; 2019. Erişim Tarihi: 10 Haziran, 2020. <https://www.temizhavahakki.com>
 - 11) WHO/Europe | Air quality - Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP project: final technical report. Erişim Tarihi: 10 Haziran, 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2013/review-of-evidence-on-health-aspects-of-air-pollution-revihaap-project-final-technical-report>
 - 12) Ambient (outdoor) air pollution. Erişim Tarihi: 10 Haziran, 2020. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
 - 13) THHP. Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri: Kara Rapor 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://www.temizhavahakki.com>
 - 14) THHP. Kara Rapor 2020: Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri. Erişim Tarihi: 17 Temmuz, <https://www.temizhavahakki.com>
 - 15) Argun YA, Tırınk S, Bayram T. Effect of Urban Factors on Air Pollution of Iğdır. *Black Sea J Eng Sci.* 2019;2(4):123-130. doi:10.34248/bsengineering.561588
 - 16) Önal AE, Palanbek S, Pacci SN, Çağlayan Ç. MARMARA BÖLGESİ NO2 DEĞERLERİNİN MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ. In: *3. International 21. National Public Health Congress.*; 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/46>
 - 17) Altunok A. 2015-2017 Yılları Arasında Trakya'da Partiküler Madde Kirliliği ve Mortalite İlişkisinin Değerlendirilmesi. Published online 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
 - 18) Saygın H, Mercan Y. HAVA KİRLİLİĞİNİN ACİL SERVİS BAŞVURULARI VE HASTANE YATIŞLARINA ETKİLERİNİN ZAMAN SERİSİ ANALİZİ. In: *3. International 21. National Public Health Congress.*; 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/236>
 - 19) Uzun SU. Iğdır İl Merkezinin Hava Kalitesi ve Astım-KOAH ile İlişkisi: Ekolojik Bir Çalışma. In: *3. International 21. National Public Health Congress.*; 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/74>
 - 20) Yavaş SP, Önal AE, Çağlayan Ç. MARMARA BÖLGESİ PM10 DÜZEYLERİNİN KRONİK BRONŞİT İNSİDANSINA ETKİSİ. In: *3. International 21. National Public Health Congress.*; 2019. Erişim Tarihi: 2 Haziran, 2020. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/43>



DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ

Çevre ve Toprak Genel Tanımlar

Çevre, bir organizmanın varlığını etkileyen dış güçlerin bütünüdür. Bu nedenle hastalık oluşumuna yol açan çevresel fiziksel şartlarla birlikte, bireyin beden ve ruhsal sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik biyolojik nitelikleri de içine alır.⁽¹⁾ Toprak, belirli bir zaman dilimi içerisinde canlıların, iklimin ve topografyanın etkisi ile oluşan içinde hava ve su ve canlıları barındıran doğal bir kitledir.⁽²⁾ Bu kitle aynı zamanda; dünya kabuğunun hava ile temas eden ve bitkileri taşınan katı olmayan örtüsü, yeryüzünün parçalanıp, ufalanmış; kaya, taş ve çakıllarının oluşturduğu üst kabuğudur. Bina yapı malzemesi, toprak oluşumunda; ana kaya, topografik yapı, iklim, zaman ve biyolojik faktörler etkili olmaktadır. Başlangıçta ana kayanın, ilerleyen süreçte iklim ve vejetasyonun etkileri daha belirgin olmaktadır.^(3,4) Toprak Kirliliğine yol açan olguları; 1.Gübreler ve tarımda gelişmeyi düzenleyici maddelerin tarımda kullanılması, 2. Madencilik uygulamaları sırasında kömür ve madenlerin çıkarılması ya da eritme fırınlarından oluşan atıkların toprağa yığılması, bunların içinde bulunan toksik maddelerin eriyerek toprağa süzülmesi, 3.Ev çöpü, lağım suları, endüstriyel atıkların toprağa boşaltılması olarak özetlenebilir.⁽⁵⁾

Toprak Kirliliği

Pestisitler

İnsan doğrudan ya da dolaylı yoldan toprağı etkilemektedir. İnsan kaynaklı unsurlar toprağın; fiziksel,

kimyasal, biyolojik ve jeolojik yapısında değişim ve bozulmaya neden olabilmektedir. Erozyon, taşlı olması, çoraklık ve yaş alanlar, tarım alanların tarım dışı kullanımı, gübreleme, evsel ve endüstriyel atıklar, pestisit kullanımı, açık maden işletmeciliği, nükleer kirlenmeyi sıralayabiliriz. Gelişmiş ülkelerde en önemli kirlenme nedenlerini; kimyasal maddeler, ağır metaller ve petrol ürünleri oluşturmaktadır.⁽⁶⁾

Toprakta bulunan maddeler; bitkiler ve besin aracılığı ile insan vücuduna girebilir, yüksek dozda zehirleyici etki yapabilir, bazıları düşük dozda alınmalar bile biyolojik birikim nedeniyle zararlı etkilere yol açabilirler. Çeşitli tarımsal zararlıları ya da toprakta yaşayan başka zararlıları yok etmek için kullanılan pestisitler (böcek öldürücüler) yağmur ve rüzgâr ile toprağa ulaşır. Bu maddelerle kirlenmiş topraklarda yetişen tarım ürünlerinde pestisit kalıntısı oluşturabilir. Yüksek oranda alındığında zehirli etki yapan bu maddeler, düşük dozda birikici etkiye sahiptir. İlaçlama bölgelerinde hayvan otlatılması hayvansal ürünlerde kalıntılar bırakabilir. Topraktaki kimyasal kirleticilerin yer altı suları ve yüzeysel akıntılara karışması toprağı kirletirken, zararlı ot mücadelesindeki kimyasalların aşın kullanılması sonucu toprak erozyona uğrayabilir. Toprağa gömülen bazı nükleer atıklar, yeraltı denemeleri, reaktör kazaları büyük oranda radyoaktif kirlenme nedenidir. Çöp, gübre ve kimyasal atıkların sağlıksız koşullarda yok edilmesi halinde, toprak da, su da kirlenmektedir.⁽⁷⁾

Pestisitler, tarım ürünlerine zarar veren organizmaları yok etmek amacıyla kullanılan kimyasal maddeler veya ilaçlardır. Karboksil, amino vb.

grupları içeren toprağın organik maddesi, özellikle pestisitlerle reaksiyona girme ve absorbe etme eğilimindedir. Büyük tarımsal alanlara geniş ölçüde uygulanan pestisitler toprakta depolanmaktadır.⁽⁸⁾

Toprağın pestisitler ile kirlenmesi, kullanılan pestisitlerin ortam koşullarına dirençlilik düzeylerine bağlı olmaktadır. Ayrışmaya dirençli maddeler toprakta birikmekte, zararlı dozlara ulaşmakta, zaman içinde diğer ortamlara taşınabilmektedir. Pestisit kullanımının topraktaki zararlı etkileri için şöyle sıralanabilir;

Pestisit kalıntıları solucan gibi toprak verimliliğinin artırmada önemli rol oynayan fauna öğelerine zarar verebilir.

Pestisit kalıntılarının toprakta yetiştirilen ürünlerde birikmesi sonucunda hem insanlar hem de hayvanlar zarar görebilir, doğal besin zincirini olumsuz etkilenebilir.

Pestisitler toprağa sızma yoluyla yeraltı sularına karışabilir, buharlaşma ile atmosfere dağılabilir, uygulama alanları dışındaki ortamlara zarar verebilir.

Pestisit kalıntıları canlı bir varlık olan toprağın verimliliğinin etkilemektedir. Örneğin; herbisit kalıntıları ekinlere zararlı olabilir. Klorlu hidrokarbonla kirlenmiş sulardaki balıklarla beslenen kuş türlerinde üreme bozukluğu gösteren bazı araştırmalarda vardır.⁽⁹⁾

Erozyon

Toprak üzerinde en yıkıcı etkiyi erozyon yapmaktadır. Toprak taneciklerinin rüzgar ya da su ile alınarak sürüklenmesi olayına erozyon denir. Topraktaki bitki örtüsü önemli koruyucu etki yapar. Ormanların kesilmesi, meraların yok edilmesi, üreme döneminde erozyona açık alan bırakması, tarımsal alanların aşırı genişlemesi erozyona ve toprağın yoksullaşmasına neden olur.^(10,11)

Atıklar

Bazı nükleer atıkların toprağa gömülmesi, yer altı denemeleri, reaktör kazaları, nükleer atık sızıntıları toprağı kirletir. Kimyasal atıkların toprak yüzeyine yayılması ve geçirense sızması toprak kirliliğine yol açar. Dışkı ve pis sular, toprak ve dolaylı yoldan su kirliliğinde

Türkiye' de Toprak Kirliliğinin Boyutu

Akademik çalışmalarda ülkemizde toprak kirliliği durumu şöyledir;

Harran ovasında 204 örnekleme bölgesinde, toprak örnekleri eser element olarak bilinen; Al, As(arsenik), Pb, Cr, Cu, Zn, Ni(nikel), Co, Mn ve Fe yönünden incelenmiş ve olası kaynaklar çevresel, ekolojik ve sağlık riskleri yönünden değerlendirilmiştir. Sadece As ve Ni üst kıtasal kabuk konsantrasyonlarını aştığı tespit edilmiş ama tehlike katsayısı 1'i geçmediği için çocuklarda kanserojen olmadığı belirtilmiştir.⁽¹²⁾

Sinop ili çevresinde tarım toprağında 88 örnekte, "Cr, Fe, Ni, Cu, Zn, As ve Pb" gibi ağır metal konsantrasyonları, ağır metallerin topraktaki kirlilik durumları incelenmiş; "Cr, Ni, As ve Pb" nin ortalama konsantrasyonları dünya kabuk ortalamasını üstünde tespit edilmiştir. Çalışmada hem çocuklar hem de yetişkinler için toplam potansiyel kanserojen sağlık riskleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.⁽¹³⁾

İZAYDAŞ atık yakma tesisi (WIP) çevresindeki çevre ve gıda örneklerinde PCDD / F ve dioksin benzeri PCB seviyelerinin değerlendirilmesi yapılmış, çıkan sonuçlar tesisin çevresinde önemli bir PCDD / F kirliliği olmadığını göstermiştir.⁽¹⁴⁾

Kastamonu'da yapılan çalışma, yoğun trafik, düşük yoğunluklu trafik ve yağmursuz alanlarda yetişen kiraz, erik, dut ve elma ağaçlarının yapraklarında, dallarında, kabuklarında ve meyvelerindeki trafik yoğunluğuna bağlı olarak "Ni, Co ve Mn" konsantrasyonlarındaki değişiklikleri belirlemeyi amaçlamıştır. Sonuçlar; "Ni ve Co" elementlerinin konsantrasyonlarının trafik yoğunluğuna bağlı olarak birçok organelde arttığını ve meyvelerdeki ağır metal konsantrasyonlarının çok yüksek olabileceğini göstermiştir. Bu durum, ağır metal kirliliğinin yüksek olabileceği sanayi bölgelerinde ve şehir merkezlerinde yetiştirilen meyve ve sebzelerin, mahsul olarak tüketilmesi halinde halk sağlığına zararlı olabileceğini göstermektedir.⁽¹⁵⁾

Kütahya, kentsel, tarım, orman alanı (n: 53), suluk alan (n: 11) ve jeojenik olarak anomalili Emet havzasının karakterize edilmesini amaçlamış(n: 19), hem su ve hem tarımsal alanda "As" seviyeleri çok yüksek bulunmuştur. Bu durum hem çocuk hem erişkin için riskli olarak değerlendirilmiştir.⁽¹⁶⁾

Antalya şehrinde, yoğun tarımsal faaliyet gösteren ve yaklaşık 75 km²lik bir yüzey alanını kapsayan Altınova bölgesindeki 25 adet yer altı kuyusu, 1 yıl boyunca dört kez mevsimsel olarak izlenmiş, pestisitler dahil olmak üzere birçok fiziksel, bakteriyolojik ve kimyasal parametre için iki seans su kalitesi analizi yapılmış, toprak örnekleri analiz edilmiş ve diğer ilgili bilgiler toplanmıştır. Pilot çalışma bölgesinde yeraltı suyunun kirlenmesinin yüksek hassasiyete sahip olduğu belirlenmiştir ve izleme sonuçlarıyla doğrulanmıştır.⁽¹⁷⁾

Adana-İskenderun Karayolu yakınındaki trafik kaynaklı kirliliğe maruz kalan Biberiye sapsarı ve yapraklarında ağır metal birikimi yönünden incelenmiştir, biberiyenin hem yapraklarında hem de saptta "Al, Cd, Cr, Cu, Fe, Mn, Pb ve Zn" biriktirmek için iyi bir kapasiteye sahip olabileceği sonucuna varılmıştır.⁽¹⁸⁾

Adana ili, Karataş ilçesinde 420 mevsimlik tarım işçisinde sürdürülen çalışmada, çiftçilerin pestisitlerin güvenli kullanımına ilişkin bilgi seviyelerinin çok yetersiz olduğu, bu bilgi eksikliklerinin işçilerin yaşam kalitesini, iş sağlığı ve güvenliğini olumsuz etkileyeceği belirtilmiştir.⁽¹⁹⁾

Antalya Korkuteli ilçe merkezinde tarımsal faaliyetlerle kirlenmiş su kaynaklarının hidro-jeo-kimyası, su kalitesi ve sağlık risk değerlendirmesi yapılmış, sonuç olarak, çalışma alanı sağlık riski açısından yüksek riskli bulunmuştur.⁽²⁰⁾

Türk Mezotelyoma Çalışma Grubu, Türk Halk Sağlığı Enstitüsü, Türkiye Ulusal Mezotelyoma Sürveyansı ve Çevresel Asbest Maruziyet Kontrol Programını (TUNMES-EAECF) tarafından tasarlanan çalışmada; 2008-2012 yılları arasında Maling Mezotelyoma (MM) tanısı alan hastalar incelenmiş, ülkemizdeki insidansının sanayileşmiş ülkeler kadar yüksek olduğu ve kırsal alanlarda ciddi bir sorun olmaya devam ettiği belirtilmiştir.⁽²¹⁾

Toprak Kirliliğinde Mevzuat Hükümleri

T.C Tarım ve Orman Bakanlığı Mevzuatı;

3083 sayılı Sulama Alanlarında Arazi Düzenlenmesine Dair Reform

5488 sayılı T 5403 sayılı Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanunu

Kaynaklar

- 1) Dirican R, Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri, Hatipoğlu Yayınevi, ISBN 975-7527-22- X, Ankara, 1990)
- 2) Toprak -Teşekkülü ve Sınıflandırılması Terim ve Tarifler. TS 5468/Şubat 1988)
- 3) Tosun O, Eser D. Tarımsal Ekoloji, Ders Notu, A.Ü. Ziraat Fakültesi Teksir No:106, Ankara, 1983.
- 4) Güler Ç, Çobanoğlu Z. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 40, syf 16, S ağılık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 1997.
- 5) Güler Ç. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı 1.Cilt, syf 531, Yazıt Yayıncılık 2012.
- 6) Güler Ç, Çobanoğlu Z. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 40, syf 19, S ağılık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 1997.
- 7) Güler Ç, Çobanoğlu Z. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 40, syf 22, S ağılık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 1997.
- 8) Açı S. Pestisit Toprak İlişkileri. I. Tarım Savaş ilaçlarından Zehirlenmelerin Önlenmesinde Son Görüşler Toplantısı Bildirileri (Alanya, 28-30 Mayıs 1975), SSBY Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1976.
- 9) Açı S. Pestisit Toprak İlişkileri, I. Tarım Savaş ilaçlarından Zehirlenmelerin Önlenmesinde Son Görüşler Toplantısı Bildirileri (Alanya, 28-30 Mayıs 1975), SSBY Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1976.
- 10) Güler Ç, Çobanoğlu Z. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No 40, Sağlık Bakanlığı Bakanlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, ISBN 975-8088-42-4, Ankara, 1997.
- 11) Güler Ç. Toprak Kirliliği. Çevre Sağlığı 1.Cilt, syf 533, Yazıt Yayıncılık 2012.
- 12) Varol M, Sünbül MR, Aytop H, Yılmaz CH. Environmental, ecological and health risks of trace elements, and their sources in soils of Harran Plain, Turkey. Chemosphere. 2020;245:125592. doi: 10.1016/j.chemosphere.2019.125592. Epub 2019 Dec 12.
- 13) Baltas H, Sirin M, Gökbayrak E, Özcelik AE. A case study on pollution and a human health risk assessment of heavy metals in agricultural soils around Sinop province, Turkey. Chemosphere. 2020;241:125015. doi: 10.1016/j.chemosphere.2019.125015. Epub 2019 Sep 30.
- 14) Güzel B, Canlı O, Dede Ş, Karademir A. Assessment of PCD-D/F and dioxin-like PCB levels in environmental and food samples in the vicinity of İZAYDAS waste incinerator plant (WIP): from past to present. Environ Sci Pollut Res Int. 2020;8. doi: 10.1007/s11356-020-07995-y. [Epub ahead of print]
- 15) Sevik H, Cetin M, Ozel HB, Ozel S, Zeren Cetin I. Changes in heavy metal accumulation in some edible landscape plants depending on traffic density. Environ Monit Assess. 2020;192(2):78. doi: 10.1007/s10661-019-8041-8.
- 16) Guney M, Karatas T, Ozkul C, Akyol NH, Acar RU. Contamination by As, Hg, and Sb in a region with geogenic As anomaly and subsequent human health risk characterization. Environ Monit Assess. 2019;192(1):50. doi: 10.1007/s10661-019-8024-9)
- 17) Muhammetoglu A, Keyikoglu R, Cil A, Muhammetoglu H. Integrated management of pesticides in an intensive agricultural area: a case study in Altınova, Turkey. Environ Monit Assess. 2019;191(9):599. doi: 10.1007/s10661-019-7748-x.
- 18) Bozdoğan Sert E, Turkmén M, Cetin M. Heavy metal accumulation in rosemary leaves and stems exposed to traffic-related pollution near Adana-İskenderun Highway. Environ Monit Assess. 2019;191(9):553. doi: 10.1007/s10661-019-7714-7.

- 19) Öztaş D, Kurt B, Koç A, Akbaba M, İlder H. Knowledge Level, Attitude, and Behaviors of Farmers in Çukurova Region regarding the Use of Pesticides. *Hindawi BioMed Research International* Volume 2018, Article ID 6146509, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2018/6146509>
- 20) Varol S, Şekerci M. Hydrogeochemistry, water quality and health risk assessment of water resources contaminated by agricultural activities in Korkuteli (Antalya, Turkey) district center. *Water Health*. 2018;16(4):574-599. doi: 10.2166/wh.2018.003.)
- 21) Metintaş S, Batirel HF, Bayram H, Yılmaz Ü, Karadağ M, Ak G, Metintaş M. Turkey National Mesothelioma Surveillance and Environmental Asbestos Exposure Control Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11). pii: E1293. doi: 10.3390/ijerph14111293.

Gıda Güvenliği ve > Beslenme

43

DR. AHMET SOYSAL

Giriş

Dünyada beslenmeye ilişkin iki temel sorun bulunmaktadır. Bu sorunlardan birincisi gıda güvenicesizliğidir. Gıda güvencesi tüm insanların sağlıklı ve aktif yaşamlarını sürdürebilmeleri için, her zaman yeterli, güvenli, besin değeri yüksek gıdalara ulaşabilmeleri olarak tanımlanmakta ve “*gıdanın elde edilmesi*”, “*gıdaya ulaşma*” ve “*gıdanın kullanımı*” kavramlarını içermektedir ⁽¹⁾. Dünyada yeterli gıdaya ulaşamayan 900 milyona yakın kişinin 780 milyonu aşkını az gelişmiş ülkelerde bulunmaktadır ve her yıl beş yaş altı 6 milyon çocuğu da içeren milyonlarca kişi açlığa bağlı olarak yaşamını yitirmektedir.

Gıdaya ilişkin ikinci temel sorun gıda güvenliğinin sağlanamamasıdır. Gıdaya ilişkin riskler gelişen teknolojiye bağlı çevre kirliliği, küreselleşme sürecinde değişen tüketim alışkanlıkları, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğu, taşeronlaşma, gıda üretim birimlerinde gerekli fiziki yatırımların yapılamaması, yetersiz mevzuat, denetim uygulamalarının eksikliği ve nüfus artışı gibi nedenlerle artmaktadır. Gıda güvenliği sağlıklı gıda üretimini sağlamak amacıyla gıdaların üretim, işleme, saklama, taşıma ve dağıtım aşamalarında gerekli kurallara uyulması ve önlemlerin alınması olarak tanımlanmakta ve sağlıklı, sağlığa yararlı ve sağlıklı durumu korunmuş gıda kavramlarını içermektedir. Gıdalardan kaynaklanan riskler gıdanın üretimden tüketim aşamasına kadar geçirdiği işleme, taşıma, depolama, satın alma, saklama, hazırlama, pişirme aşamalarında ayrı ayrı değerlendirilmekte ve fizik-

sel, kimyasal ve biyolojik riskler olarak gruplandırılmaktadır ⁽¹⁾.

Gıdalara karışan cam kırıkları, plastik, taş, toprak, tahta, metal parçaları, saç, tırnak, sigara külü, sinek, böcek, radyoaktivite gıdaya ilişkin fiziksel riskleri oluşturmaktadır. Kimyasal riskler gıda kaynaklı hastalıkların önemli nedenlerindedir. Gıdalardaki kimyasal riskler mikotoksinler gibi doğal toksinleri; civa, kurşun, dioksin, kadmiyum gibi çevresel metalleri, patatesteki bulunan glikoalkaloid gibi bitkilerdeki doğal kimyasalları, pestisid ve veterinerlik ilaçları kalıntılarını ve gıda katkı maddelerini içermektedir. Kimyasal risklerden biri olan arsenik kolon, akciğer, karaciğer, mesane kanserine yol açmaktadır. Metil civa etkilenimine bağlı olarak görülen Minimata Hastalığı ve kronik kadmiyum zehirlenmesi sonucu ortaya çıkan Itai Itai hastalığı kimyasal etkilenime bağlı ortaya çıkan başlıca hastalıklardır.

Önemli kimyasal kirleticilerden olan pestisidler dünyada yılda tonlarca kullanılmakta ve vücudun tüm sistemlerini etkileyerek akut, kronik zehirlenme, karsinojenik, teratojenik etkilere yol açmaktadır. Mikrobiyolojik kirlenme bakteri, virüs, parazitlerin neden olduğu kirlenmedir. Geçen birkaç on yılda gıdalardaki mikroorganizmaların neden olduğu hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Mikroorganizmalar gıdalara doğrudan solunum sistemi, öksürme, hapşırma, açık enfekte yaralarla ya da dışkı-el ile bulaşabileceği gibi, dolaylı olarak hasta hayvan etleri, çöpler, kirli sular, kirli araç-gereçler, haşere, kemirgen, evcil hayvanlar ya da toprakla bulaşabilmektedir. Biyolojik etmenler hastalık oluşabilmesi için; gıdanın mikroorganizmanın ge-

lişmesine elverişli olması; mikroorganizmanın sayısının yeterli olması; ısı, zaman, nem, pH, oksijen basıncı gibi uygun çevre koşullarının sağlanması; gıda maddesine mikroorganizma ya da toksinleri yok edecek asepsi, filtrasyon, ısı, radyasyon gibi işlemlerin uygulanmamış olması ve gıdanın konakçı tarafından yenmesi gerekmektedir.

Bazı biyolojik risk etmenleri bazı gıdalarda daha fazla etki göstermektedir.

Süt ve ürünleri: Staphylococcus, Streptococcus, Salmonella, M. Tuberculosis, Brucella, Poliovirus, Hepatitis A, E. coli, Listeria, Toxoplazma

Et ve ürünleri: Salmonella, Staphylococcus, B. anthracis, C. perfringens ve botulinum, E. coli, Toxoplasma, Taneia, Trichinella, Hepatitis A

Yumurta: Salmonella, Shigella, Staphylococcus, Streptococcus

Sebze/Meyve: Salmonella, E. coli, V. cholerae, Entamoeba, Ascaris, Hepatitis A, ve E

Bahçe otları: Ekinokok

Hamur işleri: Salmonella, Staphylococcus, Hepatitis A ve E

Pilav: B. Cereus

Kabuklu deniz hayvanları-balık: Salmonella, Hepatitis A ve E, V. Cholerae

Kümes hayvanları: Salmonella, C. Perfringens

Türkiye’de ve Dünya’da Gıda Güvenliği

Gıda güvenliğine ilişkin olarak temelde rekabet ve rekabetin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla “kalite kontrol ve yönetim sistemleri” oluşturulmuştur. Bu sistemlerin başlıcaları Uluslararası Standardizasyon Örgütü tarafından oluşturulan “ISO 9000 Kalite Standartları” ve 1960 yılında kurulan ve doğrudan Başbakanlık’a bağlı olan Türk Standartları Enstitüsü’nün (TSE) oluşturduğu “Türk Standardı”dır. TSE tarafından gıda güvenliğine ilişkin olarak oluşturulan TS 13001 Standardı, uluslararası kabul görmüş “*Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizi (HACCP)*” prensiplerine dayalıdır. HACCP ilk olarak 1971 yılında Amerika Birleşik Devletleri Tarım ve Gıda Dairesi tarafından astronotların tüketeceği gıdanın güvenliğine ilişkin olarak oluşturulmuş, hammaddeden son ürüne kadar bilimsel kontrollerinin yapılması ile gıda risklerinin önlenmesine dayalı bir gıda güvenliği sistemidir^(2,3).

HACCP’in basamakları; risk değerlendirmesi, kritik kontrol noktalarının, her bir kritik noktaya

özgü önlemlerin, önlemlerin uygulama yöntemlerinin saptanması, belirlenen sınırlardan sapmaların kontrolü, doğrulama yöntemlerinin belirlenmesi, belgeleme ve kayıt tutmanın kurulmasıdır.

Türkiye’de Gıda Mevzuatı

Gıda mevzuatı temel olarak tüketiciyi korumak için çıkarılan ve genel anlamda gıda maddelerinin üretildiği, depolandığı ve satıldığı yerlerin niteliklerini belirleyen kanun, tüzük ve yönetmeliklerin bütününe verilen addır. Türkiye’de gıda güvenliğine ilişkin ilk yasa 1930 yılında çıkarılan 1580 Sayılı Belediye Yasası’dır. Bu yasanın 15. maddesi gıda üretim, depolama ve satış yerlerinin denetimini belediye sınırları içinde, belediye görevleri arasında saymıştır. Bu maddenin 2, 3, 28, 58. ve 61. fıkraları bu görevin kapsamını oldukça geniş olarak belirlemiştir. Aynı yasanın 99, 104, 105. maddelerinde ise bu görevin belediye tarafından nasıl yerine getirileceği ve belediye zabıtasının yapısı tanımlanmıştır.

Bu alanda ilk kapsamlı yasa ise Belediye Yasası’ndan kısa bir süre sonra, 1930 yılında çıkarılmış olan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası’dır. Bu yasanın 181-199. maddeleri gıdaya ilişkin değerlendirme, denetim ve yasakları içermektedir. Bu yasada gıdaya ilişkin sorumluluk belediye sınırları dışında Sağlık Bakanlığı’na, belediye sınırları içinde belediyelere bırakılmıştır. Yasanın 184. maddesi ile tüketenin sağlığını az ya da çok bozacak gıda maddelerinin üretimi, depolanması ve satışı yasaklanmıştır. Yasanın 188. maddesi ise gıda katkı maddeleri ve gıda boyalarının kullanımını Sağlık Bakanlığının iznine bırakmıştır. Diğer maddeler ise denetim ve cezalarla ilgilidir⁽⁵⁾. Umumi Hıfzıssıhha Yasası’na dayanılarak önce 1942 yılında Gıda Nizamnamesi, daha sonra önemli bir adım atılarak 1952 yılında Gıda Maddeleri Tüzüğü (GMT) çıkarılmıştır. 716 maddeden oluşan GMT’de bütün gıda maddelerinin ve toplum sağlığını ilgilendiren eşyaların hangi özellikte olması gerektiği, hangi durumlarda bozulmuş, taklit edilmiş ya da taşış edilmiş sayılacağı ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

1961 yılında yürürlüğe giren 224 Sayılı Yasa’da 15 üyesi bulunan, ülke çapında danışma organı olarak oluşturulan “*gıda konseyinin*” oluşturulması gerekliliği ve sağlık ocağının gıda hijyenine yönelik görevleri bulunmaktadır. Bu yasaya göre sağlık ocağının gıda hijyenine ilişkin görevi gayrisıhhi müesseselerin (GSM) açılmasına izin verme ve işyeri

denetimdir. Gıda hijyenine yönelik olarak ayrıca 1980 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı Gıda Kontrol Hizmetlerini Yürütme Talimatı ve 1995 yılında çıkarılan GSM Yönetmeliği bulunmaktadır.

1995 yılında çıkarılan 560 Sayılı Kanun hükmünde kararname (KHK) gıda hizmetlerine dönük temel ve yapısal değişiklikler getirmiştir. Bu kararname ile gıda hizmetlerindeki kargaşa önlenmiş, gıda üretimi yapan GSM'lerin ruhsatlandırma yetkisi ve tüm gıda denetim hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bırakılmıştır. Çerçeve niteliğindeki bu kararnameye dayanılarak Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği; Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Yönetmelik; İçilebilir Nitelikli Suların Üretimi, Ambalajlanması, Tüketimi ve Denetlenmesi Hakkında Yönetmelik gibi yönetmelikler çıkarılarak yürürlüğe konmuş ve her sağlık ocağı bölgesinde düzenli denetimlere başlamıştır. Bu denetimler sırasında belediyelerle de gereksinim duyulan alanlarda işbirliği yapılmıştır. Ancak 05.06.2004 Tarih ve 25483 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5179 Sayılı Yasa ile gıda alanındaki tüm denetim yetkisi Sağlık Bakanlığı'ndan alınarak, Tarım ve Köyşleri Bakanlığı'na aktarılmıştır. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediye Yasası ile de gıda maddeleri üretimi yapan GSM'lerin ruhsatlandırma yetkisi belediyelere bırakılmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı bu alandan dışlanmıştır. Daha sonra ülkemizde AB'ye uyum kapsamında 2010'da 5996 sayılı *Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu'nu* kabul etmiştir (13 Haziran 2010). Kanunun amacı, gıda ve yem güvenilirliğini, halk sağlığı, bitki ve hayvan sağlığı ile hayvan ıslahı ve refahını, tüketici menfaatleri ile çevrenin korunması da dikkate alınarak korumak ve sağlamaktır.

5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu Madde 21 gıda güvenliğinin şartları; insan sağlığına uygun gıdalar üretilmesi ve tüketime sunulması, güvenilir olmayan gıdaların ve gıdayla temas eden maddelerin piyasaya sunul-

maması, gıdaların güvenilirliğinin belirlenmesinde üretim, işleme ve dağıtım aşamaları, etiket bilgileri ve sağlıkla ilgili uyarı niteliğindeki bilgiler ile insanlar tarafından günlük normal kullanım koşulları dikkate alınması, gıdaların insan sağlığına olumsuz etkilerinin yalnızca kısa değil uzun vadede de oluşabilecek tesirlerin araştırılması, gıdaların çürümeye, bozulma, kokuşma durumlarının göz önüne alınması, aynı seri, parti veya sevkiyattaki gıdaların bir kısmının güvenilir olmadığının tespit edilmesi durumunda geri kalanların kapsamlı incelemeye alınması, güvenilirliği kanıtlanamaması halinde o parti, seri ve sevkiyattaki tüm gıda maddelerinin güvenilir olmadığının kabul edilmesi, bakanlığın belirlediği tüm güvenlik şartlarına uysa dahi güvenilirliğinden şüphe duyulan gıda maddelerinin arzının kısıtlanması veya arz edilen ürünlerin piyasadan toplanmasıyla ilgilidir. Yetkiyi yasa yine Tarım ve Orman Bakanlığına bırakılmıştır. Kanun kapsamında, gıda güvenliği ve güvencesinin sağlanması amacıyla 28145 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Gıda Hijyeni Yönetmeliği, Gıda İşletmelerinin Kayıt ve Onay İşlemlerine Dair Yönetmelik, Gıda ve Yemin Resmi Kontrollerine Dair Yönetmelik ile 28488 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Türk Gıda Kodeksi Et ve Et Ürünleri Tebliği çıkarılmıştır⁽³⁾.

Sonuç olarak Türkiye'de gıdaya ilişkin risklerin oluşmasında başlıca nedenler yönetsel kararlılığın olmaması, yasal düzenlemelerin, uygulamaların ve denetimlerin yetersizliği, gıda güvenliğine ilişkin uygun standartların konmaması ya da uygulanmaması, risk değerlendirmesi yapılmaması, kişisel hijyen kurallarının uygulanmasına ilişkin eğitimlerin verilmemesidir.

Türkiye'de sık sık yasal düzenlemeler yapılmasına karşın yıllık denetim sayıları çok yetersizdir. Denetim yetkileri ile donatılmış olan Tarım ve Orman Bakanlığının açıkladığı denetim sayıları ve uygulan yaptırımlar gıda güvenliğinin sağlanabilmesi açısından çok yetersizdir (Tablo 43.1). Bu denetimlerin sonucunda yapılan yasal işlemler ise

Tablo 43.1 Gıda İşletmeleri Yurtiçi Denetim Sonuçları*

Yıl	Gıda üretim yeri			Gıda Satış Yeri			Toplu Tüketim Yeri			Toplam		
	DS	İPC	SSD	DS	İPC	SSD	DS	İPC	SSD	DS	İPC	SSD
2018	180027	6277	102	469280	6537	51	475611	5350	33	1124918	18164	186
2019	193430	5726	100	498743	6004	44	523823	4698	30	1215996	16428	174

DS: Denetim sayısı, İPC: İdari para cezaları, SSD: Savcılığa Suç Duyurusu

*Kaynak: https://www.tarimorman.gov.tr/Konu/1984/Gıda_Isletmeleri_Yurtici_Denetim_SonucLari

ülkemiz için çok azdır. Bir örnek vermek gerekirse 2019 yılında toplu tüketim yerleri denetimleri sonucu tüm ülke çapında sadece 4698 işletmeye idari para cezası uygulanmış, 30 işletme için cumhuriyet savcılığına suç duyurusu yapılmıştır. Bu sayılar ülkemizdeki toplu tüketim yerlerinin Avrupa Birliği standartlarında iyi olduğunu anlamına gelmektedir ve gerçekten uzaktır ⁽⁴⁾.

Yeni Yasal Düzenleme Girişimleri

AKP tarafından TBMM'ne sunulan yasa teklifi Tarım, Orman ve Köyişleri Komisyonu'ndan değişikliğe uğramadan geçti. '*Gıda, Tarım ve Orman Alanında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun*' adıyla TBMM'ne sunulan bu son torba yasa teklifi ile daha önce büyük bölümü yine bu iktidarın çeşitli hükümetlerince çıkarılan çok sayıda yasada değişiklikler yapılmasını öngörülüyor. Komisyondan geçen ve 11 farklı kanunda değişiklik ön gören 34 maddelik torba yasa gıda ve şeker piyasası denetimlerinden, tarım alanlarının korunmasına, ormancılığa kadar çok sayıda yasada değişiklikler getiren maddeler barındırıyor. Torba yasanın belki de en dikkat çekici maddeleri gıda güvenliği alanında bulunuyor. Bu alanda getirilen ilginç maddeler var. Yasa ile gıdada taklit ve tağşişin; yani kısaca sahteciliğin önüne geçmek için hapis ve para cezalarının ağırlaştırılması önemli bir yer tutuyor. Ancak şu anda yetersiz görülen cezaların bile gerçek yaşamda tam olarak uygulanmadığı biliniyor (**Tablo 43.1**). Teklif ile getirilen en ilginç madde ise bir **bilim kurulu** önerisi oldu. Öneri ile gıda ve beslenme

alanında yanıltıcı bilginin önüne geçilmeye çalışılacağı iddia ediliyor. Fakat bu noktada bazı sorular ortaya çıkıyor. Bilim kurulu kimlerden oluşturulacak, kararları kim tarafından denetlenecek ve yetkilerinin sınırı nerelere kadar uzayacak? Bu noktada **RTÜK** yasasına da bir ekleme yapılacağı ve bu bilim kurulunun kararına göre ekranların karartılabileceği gerçeği de ortaya çıkıyor. Bu durum da açıkça sansür şüphelerinin uyanmasına yol açıyor. Teklife göre, akademisyenlerin normal televizyon kanallarında gıda güvenliği ve güvencesi ile ilgili yapacağı bilimsel açıklamalar bu kurulun hoşuna gitmediği anda 50.000 TL'ye kadar para cezası ve televizyonlar için idari işlemlerle cezalandırılabilir. Bugüne kadar olduğu gibi gıda ve beslenme alanında hazırlanan bu torba yasa teklifinde de başta HASUDER olmak üzere ilgili hiçbir meslek örgütüne ve üniversitelere ise danışılmadır ⁽⁵⁾.

Kaynaklar

- 1) Tarım ve Orman Bakanlığı; https://www.tarimorman.gov.tr/Konu/1984/Gida_Isletmeleri_Yurtici_Denetim_Sonuclari (Erişim tarihi.08.08.2020)
- 2) Giray H, Soysal A. Türkiye'de Gıda Güvenliği Mevzuatı. TSK Koruyu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 485-490.
- 3) FAO. Dünyada Gıda Güvenliği ve Beslenme Durumu - 2019 (The State of Food Security and Nutrition in the World 2019).
- 4) Kıymaz T, Şahinöz A. Dünyada ve Türkiye'de Gıda Güvencesi Durumu. Ekonomik Yaklaşım 21(76);1-30:2010.
- 5) Ünker P. AKP'den yasa teklifi: Tarım, gıda ve ormanlar nasıl etkilenecek? <https://www.dw.com/tr/akpden-yasa-teklifi-tar%C4%B1m-g%C4%B1da-ve-ormanlar-nas%C4%B1-etkilenecek/a-54129586> (Erişim tarihi.08.08.2020)

> Su Kirliliği

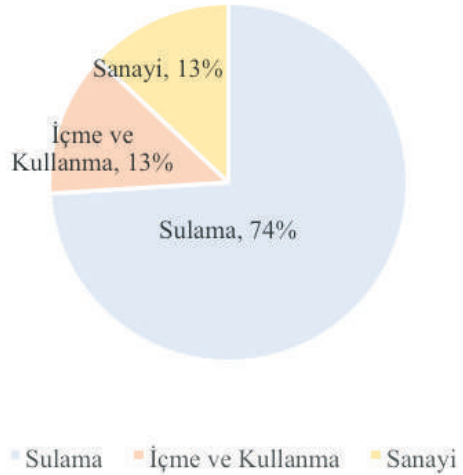
44

PROF. DR. BURCU TOKUÇ

Türkiye, su zengini bir ülke değildir. Artan nüfusu, gelişen ekonomisi ve büyüyen kentleriyle Türkiye, “su fakiri” olma yolunda ilerlemektedir. Ülkemizde kişi başına düşen kullanılabilir yıllık su miktarı 2000 yılında 1 652 m³, 2009 yılında 1 544 m³, 2020 yılında ise 1 346 m³ olmuştur⁽¹⁾. Kişi başına düşen yıllık su miktarına göre, ülkemiz su azlığı yaşayan bir ülke konumundadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2030 yılı için nüfusumuzun 100 milyon civarında olacağını öngörmektedir, bu durumda 2030 yılı için kişi başına düşen kullanılabilir su miktarının yıllık 1.120 m³ civarında olacağı söylenebilir. Bu durum, Türkiye'nin gelecekte su sıkıntısı çeken ve su stresi olan bir ülke olabileceğini göstermektedir⁽²⁾.

Günümüz teknik ve ekonomik şartları çerçevesinde, çeşitli maksatlara yönelik olarak tüketilebilecek yerüstü suyu potansiyeli yılda ortalama toplam 94 milyar m³'tür, 18 milyar m³ olarak belirlenen yeraltı suyu potansiyeli ile birlikte ülkemizin tüketilebilir yerüstü ve yeraltı su potansiyeli yılda ortalama toplam 112 milyar m³ olup, 57 milyar m³'ü kullanılmaktadır. Bu suyun 43 milyar m³'ü (%74) sulama, 7 milyar m³'ü (%13) içme-kullanma, 7 milyar m³'ü (%13) sanayi suyu ihtiyaçlarının karşılanmasında kullanılmaktadır. 2018 yılı için, tüketilen suyun 39 milyar m³'ü (%72.2) yerüstü sularından ve 15 milyar m³'ü (%27.8) yeraltı sularından sağlanmaktadır (Şekil 44.1)⁽¹⁾.

TÜİK verilerine göre; Türkiye'de nüfusun %99'u içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen belediye sınırları içinde yaşamaktadır. 1399 belediyeden, 1397'sinde içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilmektedir. Türkiye'de toplam içme



Şekil 44.1 Türkiye'de suyun kullanım alanları-2018.

ve kullanma suyu arıtma tesisi sayısı 629, içme suyu arıtma tesisi ile hizmet verilen belediye sayısı 443'tür. Nüfusun %60'ı içme suyu arıtma tesisi ile hizmet verilen belediye sınırları içinde yaşamaktadır. Arıtma yapılan suyun %0.1'ine fiziksel arıtma, %92.1'ine konvansiyonel arıtma, %7.8'ine gelişmiş arıtma uygulanmaktadır⁽³⁾. Türkiye'deki İçme Suyu Kaynakları ve Arıtma Tesislerinin Değerlendirmesi için Teknik Destek Projesi Nihai Raporundan alınan verilere göre Türkiye'de 2017 yılı verilerine göre toplam yüzey su kaynağı sayısı 508'dir. Ayrıca, toplam içme suyu arıtma tesisi sayısı 489'dur. Bu tesislerin 397'si aktif ve 92'si planlama, yapım aşaması veya hizmet dışı olmasından dolayı aktif değildir. Yani, içme suyu arıtma tesislerinin yaklaşık %20'si aktif değildir. Türkiye'de içme suyu olarak musluklanan sular yerine damacana ve ambalajlı sular

tercih edilmektedir. İçme suyu arıtma tesislerinin yeterli düzeyde arıtım yapamaması, tesise gelen suda Türkiye’de standart olarak belirlenmeyen parametrelerin arıtımını yapılması, tesise gelen suyun debisinin çok üstünde veya çok altında debiye göre tasarlanan tesislerin yeterli düzeyde suyu arıtamamasından ve su dağıtımı için gerekli olan altyapının sorunlu olmasından kaynaklı içme suyu sorunu yaşanmaktadır⁽⁴⁾.

2018 yılında içme ve kullanma suyu için çekilen toplam su miktarı 6 193 158 bin m³/yıl’dır. Bu suyun % 39.8’i barajlardan, % 28.1’i kuyulardan, %18.4’ü kaynak suyu, % 9.05’i akarsulardan, %4.6’sı göl-göllet ve denizlerden çekilmektedir⁽⁵⁾.

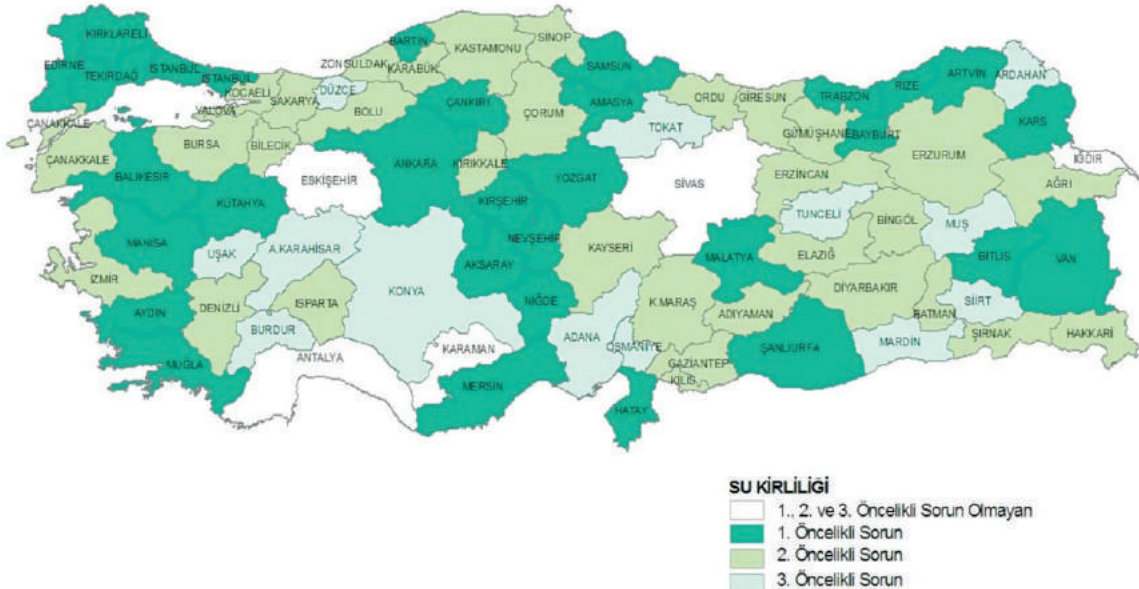
Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’nın 2018 yılında İl Çevre Durum raporlarına dayanarak hazırladığı Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu’nda 30 il (%37) su kirliliğinin çevre açısından birinci öncelikli sorun olduğunu, 33 il (%41) ikinci öncelikli sorun olduğunu, 13 il (%16) üçüncü öncelikli sorun olduğunu belirtmiştir. İllerin su kirliliği öncelik haritası **Şekil 44.2**’de verilmiştir⁽⁶⁾.

Türkiye’nin 25 hidrolojik havzaya bölünmüş olduğu göz önüne alınırsa, **Şekil 44.2**’de su kirliliğinin birinci öncelikli sorun olduğu illerin Meriç-Ergene, Susurluk, Gediz, Büyük Menderes, Batı Akdeniz, Doğu Akdeniz, Kızılırmak, Doğu Karadeniz, Aras, Van Gölü ve Ası Havzalarında yoğunlaştığı söylenebilir⁽⁶⁾.

Otuz bir ilin İl Çevre Durum Raporlarında, illerin kendi sınırları içindeki, toplam 158 adet yüzey suyu veya izleme noktası analizlerinde “Yerüstü Su Kalitesi Yönetimi Yönetmeliği” ne göre 42 adedinin (%27) birinci sınıf (yüksek kaliteli su), 31 adedinin (%20) ikinci sınıf (az kirlenmiş su), 33 adedinin (%21) üçüncü sınıf (kirlenmiş su), 52 adedinin (%33) dördüncü sınıf (çok kirlenmiş su) su olduğu belirlenmiştir⁽⁶⁾. Elli yedi İl Çevre ve Şehircilik Müdürlüğü’nce İl Çevre Durum raporlarında kendi sınırları içindeki, toplam 384 adet yüzey suyu veya izleme noktası için olası kirlenme nedenleri; 300’ünde (%78) evsel atıksular, 286’sında (%74) zirai ilaç ve gübre kullanımı, 227’sinde (%59) evsel katı atıklar, 179’unda (%47) hayvan yetiştiriciliği, 147’sinde ise (%38) sanayi kaynaklı atıksular olarak belirtilmiştir (**Şekil 44.3**)⁽⁶⁾.

Onbeş ilin İl Çevre Durum raporlarında toplam 67 adet yeraltı suyu veya izleme noktası için kalite sınıfları belirlenmiştir. Bunların 46’sının (%69) iyi kalitede, 21’inin (%31) zayıf kalitede olduğu belirtilmiştir. Yeraltı sularının olası kirlenme nedeni olarak en çok zirai ilaç-gübre kullanımı belirtilmiş olup, bunu ile hayvan yetiştiriciliği ve evsel atıklar izlemektedir⁽⁶⁾.

İl Çevre Durum Raporlarından elde edilen bilgilere göre, yerleşim yerlerinde evsel nitelikli atıkların arıtılmamasının atıksulardan kaynaklanan kirliliğin en önemli nedeni olduğu (il merkezlerinde %43.5, ilçelerde %83.5 ile), bunu kanalizasyon

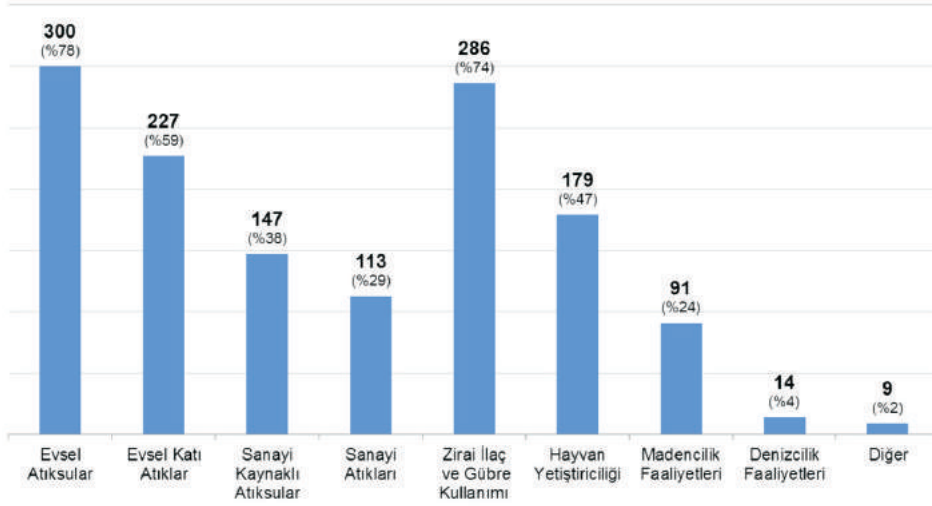


Şekil 44.2 İllerin Su Kirliliği Haritası.

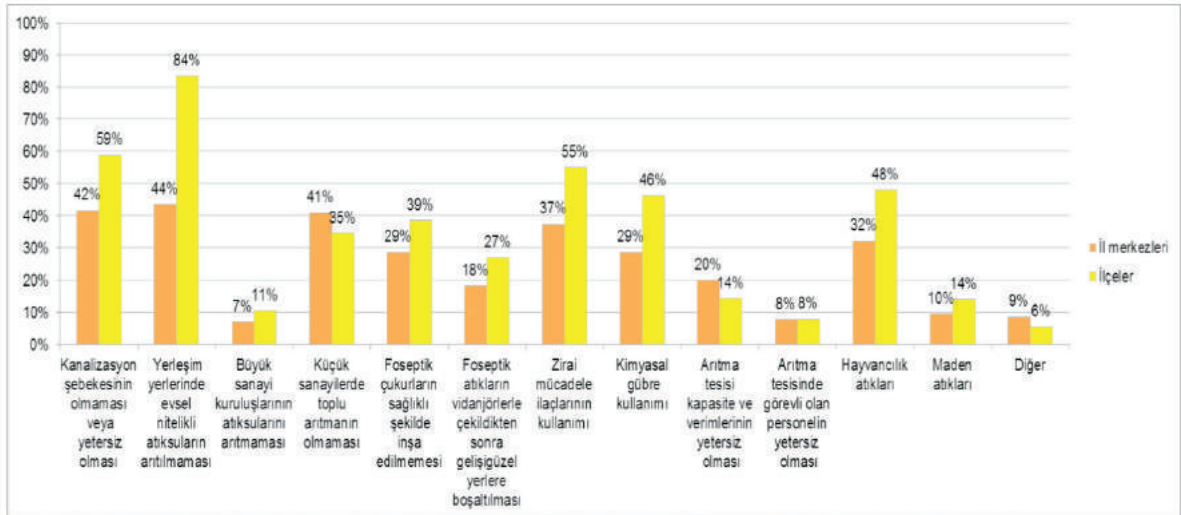
şebekesinin olmaması veya yetersiz olmasının takip ettiği (il merkezlerinde %41.7, ilçelerde %58.9 ile) görülmektedir. Atıksulardan kaynaklanan kirliliğin nedeni olarak en çok belirtilen üçüncü neden il merkezlerinde %40.9 ile küçük sanayilerde toplu arıtmanın olmamasıyken, ilçelerde %55 ile zirai mücadele ilacı kullanımı olmuştur (Şekil 44.4) (6).

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Selçuk Üniversitesi tarafından yapılan TÜR AAT projesine göre, 2015 yılında işletmede ve inşa halinde olmak üzere 1127 evsel/kentsel atıksu arıtma tesisi (AAT) tespit edilmiştir. Bu tesislerden 320'sinin verimli işletilebilmesi için düşük maliyetli (<250 bin TL) bir bakım ve onarım yapılması gerekirken 120 AAT'de daha

büyük maliyetli revizyon yapılması gerekmektedir. 112 AAT ise atıl durumda olduğundan yeniden inşa edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Atıksu arıtma tesislerini inşa etmek atıksuyun arıtıldığı anlamına gelmemektedir. Görüleceği üzere ülkemizin derelerine, göllerine, denizlerine arıtılmış suyu dışarıya arıtma tesislerinden 552'si sağlıklı çalışmamakta, arıtma yapamamakta ve derelerimizi, denizlerimizi kirlletmektedir. Arıtılmış evsel/kentsel atıksuların yeniden kullanım oranının ise %1'in altında olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle yeniden kullanılma potansiyeli olan arıtılmış suların %99'u yeniden kullanılamamakta ve bu nedenle mevcut temiz su kaynaklarımız tüketilmeye devam



Şekil 44.3 Yüzey sularının olası kirlenme nedenleri.



(*) İl merkezi olarak toplam 115 adet yerleşim birimi için, İlçe olarak toplam 644 adet yerleşim birimi için atıksuların yol açtığı kirlenmenin nedenleri işaretlenmiştir.

Şekil 44.4 İl ve ilçe merkezlerinde atıksuların yol açtığı kirlenmenin nedenlerinin dağılımı.

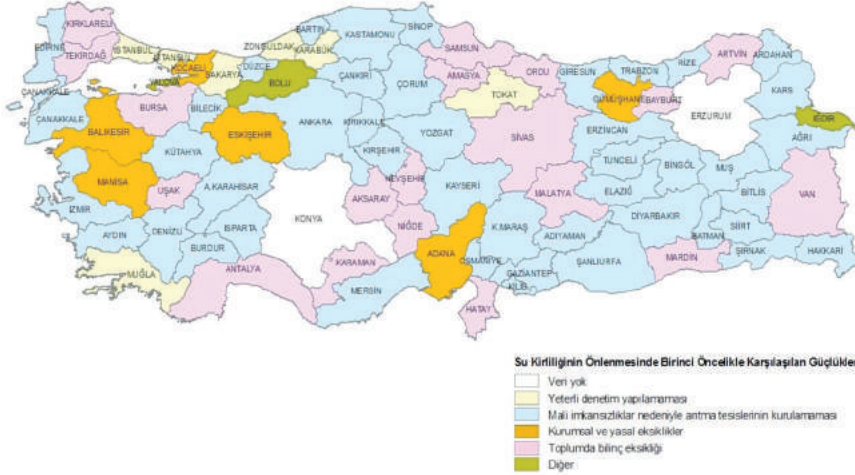
etmektedir. Atıksuların fiziksel arıtımının yapılması ya da yapay sulak alanlarda arıtımının yapılması deşarj standartlarına ulaşılabilmesi için yeterli değildir. Derin deniz deşarjı yapılarak denizlerimiz, foseptik çukurlarının iyi tasarlanmaması nedeniyle toprak kirliliği ve yeraltı suyu kirlenmektedir⁽⁷⁾.

Sanayi kuruluşlarında oluşan endüstriyel atıksuların arıtılmadan doğaya deşarj edilmesi veya atıksu arıtma tesisi bulunsa bile alıcı ortam deşarj standardına uygun arıtım yapılmamasından dolayı çevre kirliliği yaşanmaktadır. Türkiye’de 309 tane Organize Sanayi Bölgesi (OSB) vardır. Faal olan 186 OSB’nin merkezi atıksu arıtma tesisi bulunmayan OSB’lerin sayısı 105’tir. Bu OSB’lerin 95 tanesinde çevre yönetim birimi bulunmamaktadır. Hem

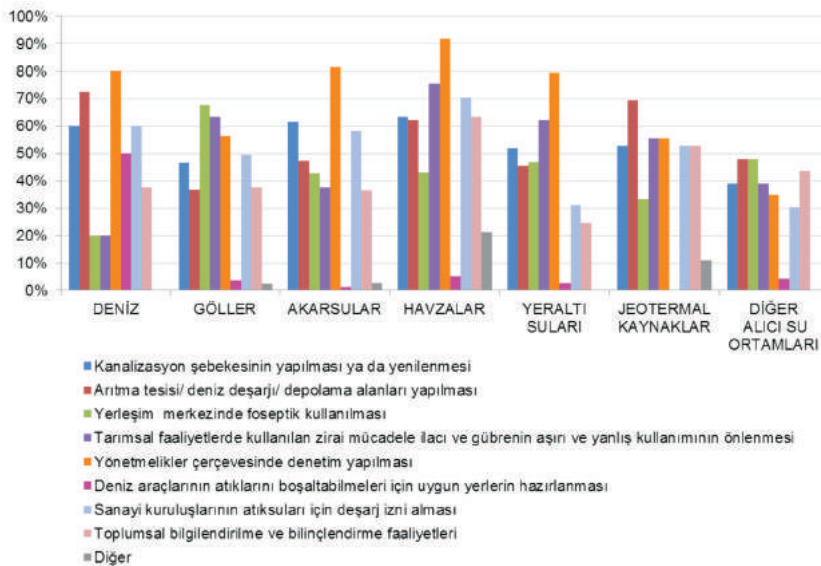
merkezi atıksu arıtma tesisi hem de çevre yönetim birimi bulunmayan OSB’lerin sayısı ise 68’dir. Bu durum, “organize” sanayi bölgelerinin çevre sorunlarına karşı yeterince organize olmadıklarını ve çevre sorunlarına bütüncül çözüm üretmediklerini göstermektedir⁽⁷⁾.

İl Çevre ve Şehircilik Müdürlüklerine göre; Su kirliliğinin giderilmesinde karşılaşılan en önemli güçlük, 45 (%55.5) ilde mali imkansızlıklar nedeniyle arıtma tesislerinin kurulamaması, 19 (%23.4) ilde toplumda bilinç eksikliği olarak belirtilmiştir. İllere göre su kirliliğinin önlenmesinde karşılaşılan en önemli güçlükler **Şekil 44.5**’te gösterilmiştir⁽⁶⁾.

Su kirliliğinin önlenmesi amacıyla alıcı ortamlarda alınan tedbirlerin oransal dağılımına bakıldı-



Şekil 44.5 Su kirliliğinin giderilmesinde/önlenmesinde karşılaşılan en önemli güçlükler.



Şekil 44.6 Su kirliliğinin önlenmesi amacıyla alıcı ortamlarda alınan tedbirlerin dağılımı.

ğında, yönetmelikler çerçevesinde denetim yapılmasının başlıca alınan tedbir olduğu, bunu arıtma tesisi/deniz deşarjı/depolama alanları yapılmasının izlediği görölmektedir (**Şekil 44.6**)⁽⁶⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan içme ve kullanma sularının kontrol ve denetimi için yapılan izlemelerin sonuçlarına ulaşılamamıştır.

Kaynaklar

- 1) DSİ Toprak ve Su kaynakları. <http://www.dsi.gov.tr/toprak-ve-su-kaynaklari>
- 2) TÜİK Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>
- 3) TÜİK. Su İstatistikleri. Belediye Su Göstergeleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1019
- 4) MWH. (2017). Türkiye'deki İçme Suyu Kaynakları ve Arıtma Tesislerinin Değerlendirmesi için Teknik Destek- Nihai Rapor.
- 5) TÜİK. Su İstatistikleri. Belediyelerde İçme Suyu Şebekesi için Çekilen Toplam Su. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1019
- 6) T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu. Ankara-2018
- 7) TMMOB Çevre Mühendisleri Odası. Dünya Çevre Günü Türkiye Raporu-Haziran 2018. http://www.cmo.org.tr/resimler/ekler/0d4a5b926c005a6_ek.pdf



Sağlık Etki Değerlendirmesi: Türkiye İçin Gereksinimler ve > Olanaklar

45

PROF. DR. NİLAY ETİLER

Giriş

İnsan, tarih boyunca doğaya hükmetmiş, doğal kaynakları kendi çıkarları için harcamış ve tüketmiş olsa da dünyada çevre kirliliğinin tarihi kapitalist üretimin tarihine paralel seyrederek. Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında yaşanan yoğun sanayileşmenin ardından kendini göstermeye başlayan çevre sorunları, 20. yüzyıla gelindiğinde daha da yoğunlaşmıştır. Bunun karşısında çevreci düşünce ve hareketlerin yükselmeye başladığı, çevre kirliliği konusunun toplumların gündeminde yer bulduğu ve küresel politikaların belirlenmesinde etkili olmaya başladığı görülmektedir.⁽¹⁾

Uygulanacak projelerin çevre üzerine olası etkilerinin öngörülmesini amaçlayan Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED)'nin ilk ortaya çıkışı, 'çevre hakkı' düşüncesinin ortaya çıktığı bu döneme rastlamaktadır. ÇED, ilk kez ABD'de 1969 yılında kabul edilen Ulusal Çevre Politikası Yasası'na dayanarak uygulanmaya başlanmış, 1985 yılında Avrupa Birliği yasal çerçevesine girmiştir.⁽²⁾

İlerleyen zamanlarda ÇED'ten başka sosyal etki değerlendirme, sağlık etki değerlendirme ve stratejik çevresel değerlendirme adlarıyla farklı etki değerlendirme türleri ortaya çıkmıştır. Etki değerlendirme (*impact assessment*), ileri dönük bir işlemdir ve temel düşüncesi toplumsal düzeydeki insan faaliyetlerine sistematik bir öngörü uygulamasıdır.⁽³⁾

Bu yazıda, toplum sağlığı açısından önemli araçlardan bir olan sağlık etki değerlendirme ele alınacak ve Türkiye'deki çevre mevzuatında toplum

sağlığı bakımının ne kadar yer aldığına iki boyutuyla 1. Sağlık etki değerlendirme tanımı ve 2. Sağlık etki değerlendirmesinin ortaya çıkışı: tarihsel süreci boyutuyla değinilecektir.

Sağlık etki değerlendirme

Sağlık etki değerlendirme (SED) öncelikle ÇED'in tamamlayıcı bir parçası olarak ortaya çıkmıştır, ancak ÇED'te sağlığın yeterince kapsanmaması üzerine ayrı bir çalışma olması gündeme gelmiştir. SED'i diğer etki değerlendirmelerinden ayıran özellik odağında 'toplum sağlığı'nın olmasıdır. İlk SED çalışmalarının, ABD ve Kanada gibi ülkelerde büyük alt yapı projelerinin ÇED alt başlığı olarak sağlık konusunun yer alması şeklinde ortaya çıktığı görülmektedir. Başlangıç böyle olsa da SED düşüncesi zaman içinde evrilmiş ve özgün bir halk sağlığı uygulama alanına dönüşmüştür.

Sağlık etki değerlendirmesinin ortaya çıkışı: tarihsel süreç

Günümüzdeki SED anlayışının şekillenmesinde ve diğer etki değerlendirmelerinden farklılaşmasında etkili olan belirleyicilerden ilki, sağlığın geliştirilmesi açısından bir dönemeç olan Ottawa Bildirgesidir. Bildirgede sağlığın temel koşulları sekiz başlık altında tanımlanmıştır, bunlar; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar ve son olarak sosyal adalet ve eşitlik. Bu amaçlara ulaşılması için belirlenen beş eylem alanından biri sağlığı destekleyici çevre üzerine olup, bu anlamda doğal kaynakların koruma

altına alınması, doğal ve yapılı çevrenin korunması ve insanların çalışma ve yaşama koşullarına vurgu yapılmaktadır. Metinde, hızla değişen bir çevrenin -özellikle de teknoloji, enerji üretimi ve kentleşme konularında- sağlık etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesinin gerekli olduğunu ve halkın sağlığı üzerine olumlu etkilerinden emin olmak için izlenmesinin mutlaka yapılması gerektiği belirtilmektedir. (4)

İlerleyen yıllarda SED düşüncesi sağlığın fiziksel ve sosyal belirleyicilerine uygulanarak devam etmiştir. İngiltere’de 1980 yılında yayınlanan Black Raporu* ve 1980’li yıllarda başlayan Whitehall Çalışması, sosyal tabakalar arasında sağlıkta eşitsizlikleri görünür kılmış, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunun gündemleştirmiş, 1990’lar sağlıkta eşitsizliklerin yoğun biçimde tartışıldığı yıllar olmuştur.

İngiliz akademisyen Alex Scott-Samuel’in 1996 yılında “zamanı gelen bir düşünce” başlığı ile kaleme aldığı makalede yazar(5), özel olsun kamu olsun uygulanacak politikaların halk sağlığı üzerine etkilerinin önemini vurgulayarak, Avrupa Birliği Komisyonu’nun “politika ve uygulama önerilerinin sağlığa olumsuz etkileri olup olmadığını veya sağlığın geliştirilmesini zayıflatan koşulları yaratıp yaratmadığını kontrol etmesi” konusunda görevi olduğunu hatırlatmaktadır. SED düşüncesi ile birlikte uygulamaların da başladığı bu dönemde, 1999 yılında DSÖ Avrupa Ofisi, Göteborg Konsensusu adıyla bir metin yayınlayarak SED’i tanımlamıştır. Göteborg Konsesusu SED’i, “bir politika, program ya da proje hakkında, bunların bir topluluğun sağlığı üzerinde yaratacakları potansiyel etkileri ve bu etkilerin toplum içerisine yaygınlığı bakımından karar verilebilmesini sağlayan prosedür, yöntem ve araçların kombinasyonu” olarak tanımlamıştır. (6)

SED’in sürecine dair diğer bir önemli belge, DSÖ’nün 2013 yılında gerçekleştirilen Sekizinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı’nda kabul edilen Tüm Politikalarda Sağlık (*Health in All Policies* (HiAP)) adlı belgedir. Tüm Politikalarda Sağlık, toplumun sağlığını ve sağlıkta eşitliği geliştirmek için, kararların sistematik olarak sağlık sonuçlarını dikkate alan, etkileşimlerine bakan ve zararlı sağlık etkilerinden kaçınan bir kamu politikaları yaklaşımıdır. (7) Söz konusu belgede anahtar etkinliklerden biri olan ‘politikaların sağlık etkilerinin değerlendirilmesi’nin, sağlık etki değerlendirmesi, sağlık ve eşitlik merceği analizi, çevre etki değerlendirmesi,

politika denetimi ve bütçe gözden geçirmesi gibi araçların kullanımı önerilmektedir. (7)

Sonuç olarak SED, ÇED’in tamamlayıcı bir parçası olarak ortaya çıkmış, ancak süreç içinde halk sağlığının diğer çalışma alanları olan sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlığın geliştirilmesi ile buluşarak günümüze gelmiştir.

Türkiye’de çevre mevzuatında toplum sağlığının yeri var mı?

Çevre projeleri özelinde konuşursak, dünyada toplum sağlığı üzerine sonuçlarının öngörülmesi için uygulanan SED’in özellikle Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa’da yerleştiğini söyleyebiliriz. Çeşitli ülke örneklerinde SED süreçleri çevre bakanlığı, sağlık bakanlığı, ulusal sağlık enstitüleri ya da bağımsız olarak yürütülmektedir. Yine aynı şekilde, SED’in ÇED’in bir bileşeni olarak (Kanada, İtalya, İsveç gibi) ya da eşitsizliklere odaklanan (İngiltere gibi) ve yahut da sağlık ve sosyal etkileri bir arada ele alan (Finlandiya gibi) uygulamaları mevcuttur.

Ülkemizde yürürlükte olan mevzuat Çevresel Etki Değerlendirmesi ve Stratejik Çevresel Değerlendirme yapılmasını düzenlemiştir. Sağlık etki değerlendirmesi ise mevzuat kapsamında değildir. Çevre Kanunu’nda, tesislerin kurulması aşaması öncesinde insan sağlığı açısından değerlendirmesi yer almamakta ancak faaliyette olan bir tesisin “insan sağlığı yönünden tehlike yaratan faaliyetlerin durdurulması” yönünde bir hüküm yer almaktadır (Çevre Kanunu, Md 15).

Oysa ülkemizde çevre, kentleşme ve enerji konuları başta olmak üzere pek çok büyük proje yapılmaktadır. Söz konusu projelerin çevresel etki değerlendirmelerinin ne kadar gerçekçi olduğu(8) tartışmasını şimdilik bir kenara koyarsak, bunların toplum sağlığı açısından hiçbir değerlendirmeye tabi tutulmadığı tartışmasız bir gerçektir.

Sağlık Bakanlığı’nın çevre projelerinde rolü nedir?

1930 yılında çıkartılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK), toplum sağlığının korunmasına dair pek çok konuyu kapsayan geniş bir yasal düzenlemedir. Bu yasanın 12. Bap’ı (Md.268-275) Gayrisıhhi Müessese (GSM)’lere ayrılmıştır. UHK’nun söz konusu maddelerine dayanarak 1995 yılında çıkartılan GSM Yönetmeliği, 2005 tarihinde

yürürlükten kaldırılmış, bunun yerine İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik uygulanmaya başlanmıştır. Bu yönetmelik, UHK dahil toplamda altı kanuna** dayanılarak hazırlanmıştır. Mevzuattaki bu değişiklik ile, gayrisihhi müesseselerle ilgili yetkili idare Sağlık Bakanlığı'ndan il özel idareleri ve belediyelere geçmiştir. Belediyenin sorumluluğundaki alanların dışında il özel idaresi, büyükşehir belediyesi sorumluluğu kapsamındaki ise büyükşehir belediyesinin yetkisindedir (Yönetmelik Md.4).

Bu yönetmeliği göre GSM, "Faaliyeti sırasında çevresinde bulunanlara biyolojik, kimyasal, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden az veya çok zarar veren veya vermesi muhtemel olan ve doğal kaynakların kirlenmesine neden olabilecek müesseseler" olarak tanımlanmış ve 3 gruba ayrılmıştır. Bu tanımlama ve gruplandırma, mülga olan bir önceki yasal düzenlemedeki ile büyük oranda aynıdır. Ancak en önemli değişiklik, Sağlık Bakanlığı'nın sürecekteki rolünün ortadan kaldırılması olmuştur.

Mevzuattaki bu düzenlemeye bakıldığında, GSM konusunun salt kamu yönetimi açısından idari bir konu olarak ele alındığı, toplum sağlığı bakımının geri planda olduğu görülmektedir.

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na dayalı olarak düzenlenen GSM açma ve açılmış olanların denetimi yıllarca sağlık teşkilatı tarafından yürütülmüş bir faaliyettir. Bu faaliyetler, bugün anladığımız anlamdaki SED uygulama yöntemi ile aynı olmasa da, faaliyete geçecek bir tesisin toplum sağlığı açısından olası etkilerinin gözden geçirildiği, temel düşüncesinin 'ileriye yönelik bir sağlık değerlendirmesi' olduğu bir süreç söz konusu idi. Bugünün SED'inin öncülü olarak düşünilebilecek olan bu 'sağlık bakışı', günümüzde sistematik bir sağlık değerlendirmesine dönüştürülmek yerine ortadan kaldırılmıştır. Bu nedenle 2005 yılında yapılan mevzuat düzenlemesi, toplum sağlığı adına önemli bir kayıptır.

Günümüzde Sağlık Bakanlığı'nın çevre sağlığı başlığı altında yürüttüğü hizmetler biyosidal ürünlerin denetimi ve su güvenliği ile sınırlıdır. Halk Sağlığı Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkındaki Yönerge'ye göre, Çevre Sağlığı Dairesinin görevleri arasında "çevre sağlığını tehdit eden unsurları belirlemek, izlemek, denetlemek, çevre sağlığı etki değerlendirme çalışmalarına katılmak" vardır. Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı'nın Çevresel Etkileri İzleme ve Değerlendirme (ÇED) Birimi'nin yürüttüğü çalışmalar bakıldığında ise; Sıfır Atık

Projesi, Beyaz Bayrak Projesi, iklim değişikliği, karbonmonoksit zehirlenmeleri, sağlık koruma bandı ve okul sağlığı üzerine çalışmalar olduğu görülmektedir.*** Bu çalışmalar arasında "sağlık koruma bandı" çalışmaları, GSM'ler ile ilgilidir ve tanımlanan görev "GSM yer seçimi aşamasında müdürlük yetkilisinin yetkili idare tarafından oluşturulan inceleme kurulunda görevlendirilmesi halinde yetkili idareye" sağlık koruma bandı mesafesinin önerilmesinden ibarettir.**** Üstelik bu görev yönergeye göre "görevlendirilmesi halinde" söz konusudur.

Diğer bir deyişle, Sağlık Bakanlığı'nın toplum sağlığı üzerinde sonuçları olacak büyük çevre projelerinde hiçbir yetkisi ve sorumluluğu yoktur. Sadece eğer yetkili idare tarafından görevlendirme olursa, kurulacak bir GSM için sağlık koruma bandı mesafesini önerebilmektedir.

Ne yapmalı?

Çevre mevzusu, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hep sisteminin vazgeçilmez olan 'kalkınma'nın ikincil konusu olmuş, kalkınmanın esas alındığı bir çerçevede ele alınmıştır.

Oysa gelinen noktada küresel iklim krizi dünyanın geleceğini tehdit etmektedir. Bu durumda artık bakış açımızı köklü bir biçimde değiştirmeye, toplum sağlığının ancak dengeli bir ekosistem içinde mümkün olduğunu kavramaya ve hareket geçmeye ihtiyacımız var. Gerek çevre gerekse sağlık açısından anlamını yitirmiş haldeki ÇED uygulamasını görmek, ÇED'in neden işlevsiz olduğunu tespit ederek bundan ders almak ve bu süreçlere toplum sağlığını dahil etmek acil bir gereksinimdir.

SED, kalkınma adına yapılan projelerin çevre ve insan sağlığına sonuçlarını bilimsel, tarafsız, ekolojist ve toplumcu bir bakışla değerlendirebilmenin olanağına sahiptir. Sağlık etki değerlendirmesi sihirli formül olmasa da bizler için çevreyi ve halk sağlığını savunmanın araçlarından biridir. Türkiye'de SED uygulamalarını yaygınlaştırmak, ulusal mevzuata hak ettiği biçimiyle girmesi için çaba harcamak gelecek kuşaklara borcumuzdur.

Kaynaklar

- 1) Uğurlu Ö. *Çevresel Güvenlik ve Türkiye'de Enerji Politikaları*. 1. Örgün Yayınevi; 2009.
- 2) Saygılı A. Çevre hukuku açısından çevresel etki değerlendirmesi. Published online 2007.

- 3) Fehr R, Viliani F, Nowacki J, Martuzzi M. Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed. *Copenhagen WHO Reg Off Eur*. Published online 2014.
 - 4) Ottawa Bildirgesi. Published 1986. Accessed July 7, 2020. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
 - 5) Scott-Samuel A. Editorial: Health impact assessment. *BMJ*. 1996;313:183-184. <https://www.bmj.com/content/313/7051/183>
 - 6) World Health Organization. *Health Impact Assessment Toolkit for Cities. Document 1. Background Documents: Concept, Processes, Methods*. Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2005.
 - 7) WHO Expert Group. *Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action.*; 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=C42B01498739E58136DE7278D89737BE?sequence=1
 - 8) Çağlayan Ç. Çevresel etki değerlendirmesi: neyi, nasıl değerlendir(em)iyor? In: Hamzaoğlu O, ed. *Kocaeli'nde Sanayi Doğa ve İnsan*. Kocaeli Tabip Odası; 2016:335-362.
- * Rapor, Sir Douglas Black başkanlığında Sağlıkta Eşitsizlikler Üzerine Çalışma Grubu tarafından hazırlanmıştır.
- **1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 2559 sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu, 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun, 4562 sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ve 5393 sayılı Belediye Kanunu
- ***<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-birimler/%C3%A7ed-birimi.html>
- **** Çevre ve Toplum Sağlığını Olumsuz Etkileyebilecek Gayriresmi Müesseselerin Etrafında Bırakılacak Sağlık Koruma Bandı Mesafesi Belirlenmesi Hakkında Yönerge. 17.02.2011 tarihli ve 6359 sayılı Resmi Gazete.

Kronik Hastalıklar > ve Çevre

46

PROF. DR. AYŞE EMEL ÖNAL

Giriş

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, etyolojisinde uzun süreli çevresel maruziyetlerin geniş yer tuttuğu, genellikle genetik özelliklerin de belirleyici olduğu, bazılarının etyolojisinde enfeksiyöz ajanların da yer aldığı, yavaş ilerleyici özelliği olan, yaşla prevalansları artan, erken tanı konular ve tedavi edilirse komplikasyonların ve sakatlıkların önüne geçilebilen, genellikle yaşam boyu ilaç kullanmayı gerektiren, tam bir iyileşme sağlanamayan ama tedavi edilmezse ağır komplikasyonlar, sakatlık ve ölümle sonuçlanan hastalıklardır. Aynı zamanda, uzun süre izlem ve tedavi gerektirdiği için kronik hastalıklar maliyeti yüksek hastalıklardır. Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmak üzere ve Türkiye’de kronik hastalıkların sıklığı son yıllarda artmıştır. Türkiye’deki ölüm nedenleri arasında Dünyada olduğu gibi ilk sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları yer almaktadır; ardından ikinci sırada inme, üçüncü sırada kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gelmektedir^(1,2). Ölüm nedenlerinin bu şekilde sıralanması bilinen bulaşıcı hastalıklara karşı aşıların ve antibiyotiklerin geliştirilmiş olmasından, çevresel hijyen önlemlerinin sürekliliğinden ve kişisel hijyenin yaygın olarak sağlanmasının özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomik imkanları ile mümkün olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak 2019 sonunda başlayıp 2020’de içinde bulunduğumuz bu günlere kadar devam eden yeni bir coronavirus hastalığı olan COVID-19 Pandemisinde, Dünyada 9 milyona yakın vaka, toplamda 500 bine ya-

kın ölüm bildirilmiştir. Türkiye’de ise 24 Haziran’da 190 binin üzerinde vaka ve 5000 in üzerinde ölüm bildirilmiştir. Henüz COVID-19 aşısı ya da hastalığa özgü koruyucu tedavisi ve spesifik tedavisi bulunmadığı için, bu yıl pandeminin ölüm nedenleri sıralamasını değiştireceği söylenebilir. Bu pandemi deneyimi de tüm Dünyaya bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarda olduğu gibi bulaşıcı hastalıklarda da çevrenin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir. Tüberküloz ve sıtma gibi sık sık Dünyada ilk on ölüm nedeni arasına giren bulaşıcı kronik hastalıklar da vardır ancak bu yazının konusu Türkiye’de bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve çevre ilişkisidir.

Çevre canlı ve cansız varlıklar üzerinde hemen ya da uzunca bir süre içinde dolaylı ya da dolaysız bir etkiye bulunan fiziksel, kimyasal, biyolojik ve toplumsal etkenlerin belirli bir zamandaki etkilerinin toplamıdır. İnsan sağlığı, çevre ile kişi arasındaki etkileşimin sonucudur. Çevre ile insan sağlığı arasındaki ilişkiler her geçen gün daha çok ilgi çekmekte ve araştırılmaktadır. Tüm dünyada hastalıkların dörtte birinin çevresel faktörlerden kaynaklandığı saptanmaktadır. Ancak bu hastalıklara yakalanma riski çeşitli gruplar ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir⁽³⁾.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre her yıl 15 milyona yakın insan çevresel nedenlerle ortaya çıkan hastalık ve yaralanmalarla yaşamını yitirmektedir. Bulaşıcı hastalıkların azalması ile doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, sanayileşme, çevre kirliliği, bir yandan stresli yaşam tarzı artarken, diğer yandan bir grupta da sedanter yaşam bi-

çiminin artması, bir grupta beslenme alışkanlıklarının çok gelişmesi ve değişmesi, bir grupta ise gıda güvencesinin olmaması, tütün, alkol gibi bağımlılık yapıcı madde tüketiminin artması bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artmasından sorumlu tutulmaktadır. Günümüzde ormanların yok edilmesi, gittikçe kıtlaşan su kaynaklarının sürekli kirletiliyor olması, yanlış enerji politikaları nedeni ile fosil yakıt tüketiminin her geçen gün artması ülkemizde ve dünyada hava ve su kirliliğini artırmakta, atıklar yeterince kontrol altına alınamamakta, toprak kirliliği ve erozyon da bunlara eklenince gıda güvencesi de tehdit altında kalmaktadır. Küresel iklim değişikliğinin de etkisiyle ortaya çıkan olumsuz sonuçlar akut ve kronik sağlık sorunlarının artmasına zemin hazırlamakta, ya da doğrudan etkili olmaktadır.

Bu nedenlerle kronik hastalıklardan korunma topluma ve çevreye yönelik koruyucu programların geliştirilmesi ve uygulanması ile mümkün olmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de yürütülen projelerin sonuçlarına göre koroner kalp hastalığının, hipertansiyonun, inmelerin, kronik solunum sistemi hastalıklarının, kanserlerin, diyabetin, kas-iskelet sistemi hastalıklarının ve kronik böbrek hastalıklarının sık olduğunu ve bu hastalıkların ortak risk faktörlerinin olduğunu belirlemiştir. Türkiye’de kronik hastalıkların kontrolü T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Çevre ve Şehircilik Bakanlığına göre Türkiye’de en önemli çevre sorunları, illerin %33 ünde birinci öncelikli sorun olan su kirliliği, % 32 sinde birinci öncelikli sorun olan hava kirliliği, %30 unda birinci öncelikli sorun olan atıklar, % 4 ünde birinci öncelikli sorun olan gürültü, % 1 inde birinci öncelikli sorun olan erozyon olarak saptanmıştır ve bu sorunlara yönelik önlemler planlanmıştır⁽⁴⁾.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi’nden elde edilen bilgilere göre Türkiye nüfusu 31 Aralık 2019 tarihi itibarıyla 83 milyon 154 bin 997’dir. Erkek nüfus 41 milyon 721 bin 136 iken, kadın nüfus 41 milyon 433 bin 861’dir. Buna göre toplam nüfusun %50,2’sini erkekler, %49,8’ini ise kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’nin yıllık nüfus artış hızı 2018 yılında binde 14,7 iken, 2019 yılında binde 13,9 olmuştur. Ülkemizde 2018 yılında 32 olan ortalama yaş, 2019 yılında önceki yıla göre artış göstererek 32,4 olmuştur. Ortalama yaş erkeklerde 31,7 iken, kadınlarda 33,1 dir. Ortalama yaşın en yüksek olduğu

iller sırasıyla; 40,8 yaş ile Sinop, 40,2 yaş ile Balıkesir ve 39,9 yaş ile Giresun iken, ortalama yaşın en düşük olduğu iller ise sırasıyla; 20,1 yaş ile Şanlıurfa, 20,9 yaş ile Şırnak ve 21,8 yaş ile Ağrı’dır (5). 2019 yılında çalışan nüfus olarak adlandırılan 15-64 yaş grubunda bulunan nüfusun oranı %67,8; çocuk yaş grubu olarak tanımlanan 0-14 yaş grubundaki nüfusun oranı %23,1; 65 ve daha yukarı yaştaki yaşlı nüfusun oranı ise %9,1 dir⁽⁵⁾.

Kalp ve Damar Hastalıkları

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kalp ve damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. Kalp ve damar hastalıkları bilindiği gibi, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiopatileri içermektedir. Başlıca risk faktörleri kan basıncı yüksekliği, obezite, sağlıksız beslenme, kolesterol ve trigliseridlerin yüksekliği, tütün ve alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve diyabetir. Bu risk faktörlerinden beslenme, tütün kullanımı, alkol kullanımı ve hareket gibi değiştirilebilir olanların kontrolü ve diyabet, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi, hipertansiyonun erken tanısının konulup erken tedaviye alınması kalp ve damar hastalıklarından bireyi ve toplumu korur. Sebze, ekmek, tahıl, makarna, baklagiller gibi kompleks karbonhidratların yüksek oranda tüketimi düşük kardiyovasküler ölüm oranları ile birliktedir. Aksine rafine şekerlerle ölüm oranları arasında pozitif ilişki vardır. Meyve ve sebzelerde var olan lifler barsaklarda yağ ve kolesterol emilimini azaltmaktadır. Sigara bırakılmalıdır çünkü sigara, aterosklerotik lezyonları kronik arter endotel hasarına yol açarak tetiklemektedir, akut olarak sempatik sinir sistemini tetikler, pıhtılaşmayı artırır, “nikotin ve karbonmonoksit” in trombosit adezyonu, akut koroner spazm ve taşikardi oluşturuca farmakolojik etkileri vardır. Akut miyokart enfarktüsü, ani ölüm, inme ve periferik vasküler hastalık ile ilişkilidir. Fiziksel inaktivite, ilk ve tekrarlayan “akut miyokart enfarktüsü ve ani ölüm” ve bilinen diğer risk faktörleri olan hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve obezite ile ilişkilidir. Fiziksel aktivite artırılmalıdır. Günde en az 30 dakika, düzenli yürüyüş tavsiye edilmektedir. Alkol kullanımı, kan basıncını yükseltir ve inme riskini artırır, HDL kolesterolü az miktarda artırır ve trigliserit

düzeylerini artırır. Fibrinojen, platelet agregasyonu ve fibrinoliz üzerine etkilidir. Konjestif kardiyomyopati, kardiyak aritmiler ve ani ölüm ile ilişkilidir. Az miktarda alınan alkolün iyi kolesterol düzeyini az miktarda yükselttiği çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Ancak Türk Kardiyoloji Derneği, Koroner Kalp Hastalığı Çalışma Grubu bu şekilde yükseltilelen iyi kolesterolün kalp damar hastalığından koruyucu etkisi bilinmediğinden ve alkolün bilinen diğer zararlı etkilerinden dolayı kalp hastalığından korunmada alkol kullanımını önermemektedir. Davranışsal risk faktörleri yani; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün kullanımı ve alkol kullanımı koroner kalp hastalığının %80'inden sorumludur⁽⁶⁾. Son yıllarda dış ortam hava kirliliğinin de kalp damar hastalıklarından meydana gelen ölümlerin önde gelen nedenlerinden olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle çapı 2.5 mikrondan küçük partiküler maddeler kardiyovasküler hastalık nedeni olarak sorumlu tutulmaktadır⁽³⁾. İnmeler Dünyada en fazla fonksiyon kaybına neden olan, yaşam kalitesini en fazla etkileyen ve ölüm nedeni olarak da ikinci sırada yer alan hastalık grubudur. DSÖ'nün tanımıyla inme, damarsal neden dışında görünürde başka bir neden olmadan, ani gelişen, bölgesel veya tüm beyni ilgilendiren işlev bozukluğudur. Vücut fonksiyonlarında kalıcı hasarlara neden olabildiği gibi, ölümlü de sonuçlanabilir. 2015-2018 yılları arasında açıklanan TÜİK raporlarına göre Türkiye'de beyin damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin sayısı 35 bin- 40 bin arasında değişmekte ve yıllar içinde artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırmaları 2019 verilerine göre 15 yaş üzerindeki hipertansiyon sıklığı toplumda %15,8, erkeklerde %11,1, kadınlarda %20,5'tir. Koroner kalp hastalığı sıklığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) toplumda %6.5, erkeklerde %5.9, kadınlarda %7.1; miyokardiyal enfarktüs sıklığı toplumda %2.1, erkeklerde %2.0, kadınlarda %2.1'dir^(1,6)

Kanserler

Kanserler Türkiye'de 1981 yılından itibaren bildiri mi zorunlu hastalıklar arasında yer almıştır. Ayrıca, 1982'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi kurulmuştur. Türkiye'de Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) kurulması ile, meme, serviks ve kolorektal kanserlerin taramalarının başlatılmasının erken

teşhiste rolü büyük olmuştur. Kanserlerin çevresel ve içsel nedenlerle meydana geldiği bilinmektedir. Kimyasal maddeler, radyasyon, viruslar gibi çevresel nedenler kanserlerin oluşumundan %70-90 oranında sorumlu tutulmaktadır. Buna karşılık hormonal, bağışıklık bozuklukları, kalıtsal mutasyonlar ve diğer genetik nedenler gibi içsel nedenler daha düşük oranda sorumlu tutulmaktadır. Kanser oluşumu için genellikle 30-40 yıl gibi uzun yıllar kanserojen maddelere maruziyet gerekmektedir. Kansere yol açan en önemli çevresel nedenler bugün için sigara ve beslenme bozukluklarıdır. İnsanlarda kanserlerin üçte birinin sigaradan, üçte birinin beslenme hatalarından geliştiği üzerinde durulmaktadır. Beslenme hataları fazla yağlı beslenme, kızartmalar, katkı maddeli gıdalar ve obezitedir. Kanser oluşumunda üçüncü önemli etken mesleki etkenlerdir ki, kadmiyum, nikel, arsenik, krom gibi ağır metallere maruziyet bunların başında gelmektedir. Ultraviyole ışınlarına uzun süre maruz kalmak ve iyonizan radyasyon da önemli kanserojenler arasındadır^(7,8). Biyolojik etmenler de kanserlerden sorumlu tutulmaktadır. Human Papilloma Virusun servikal kanserlere, Hepatit B ve C virüslerinin hepatoselüler karsinomaya, Helicobacter pylorinin gastrik karsinomaya yol açtığı bilinmektedir. Tüm kanserler büyük oranda yukarıda sayılan primer koruma stratejileri ile önlenemez, sekonder koruma dediğimiz erken tanı ve yeterli tedavi ile de büyük oranda iyileştirilebilir.

Dünyada erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleridir. Kadınlarda en sık görülen meme, kolorektal, serviks ve tiroid kanserleridir⁽⁹⁾. Türkiye'de erkeklerde en çok görülen kanserler akciğer, prostat, kolorektal, mesane, mide kanserleridir; Kadınlarda en çok görülen kanserler meme, tiroid, kolorektal, akciğer, uterus korpusu kanserleridir⁽¹⁰⁾. Türkiye'de kanserden ölüm en çok akciğer kanserinden, ardından, kolorektal, mide ve pankreas kanserlerinden olmaktadır. Erkeklerde en sık görülen kanserlerin akciğer ve prostat kanserleri olması nedeniyle tütüne bağlı kanserlerin erkeklerde önemini korumaya devam ettiği görülmektedir. Kadınlarda en sık görülen meme kanseri daha çok az doğurganlık, hiç emzirmeme, erken menopoz yaşı ve yağdan zengin beslenme ile ilişkilendirilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde ise radyasyonla ilişkili olduğu saptanmış olan lösemi en sık görülen kanser türüdür⁽¹⁰⁾. Türkiye'de kanserden korunmak

için tütün kontrol çalışmaları, ulusal alkol kontrol programı ve eylem planı, obezite ile mücadele ve kontrol programı, asbest kontrolü stratejik planı, ulusal radon haritalaması, solaryum merkezleri düzenlemeleri, elektromagnetik alanların sağlık etkilerinin izlem ve değerlendirmesine yönelik çalışmalar, hava kalitesinin izlenmesi çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca KETEM tarafından meme, serviks ve kolorektal kanserlerin tarandığı Ulusal Kanser Tarama Programları yürütülmektedir⁽¹¹⁾.

Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

Sık görülen kronik solunum yolu hastalıkları Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), kronik bronşit, amfizem ve astumdur. Kronik bronşit, bronşitin iki yıl üst üste, her yıl üç ay ve daha uzun sürecek şekilde olmasıdır. En önemli şikâyet nefes darlığıdır. Bronşitin etiolojisinde bakteriler, virüsler, çevresel kirlenmeler ve fiziksel çevre önemli yer tutar. Kronik bronşitte hava kirliliği önemli bir nedendir ve iç ortam havasında en önemli kirlenme etkeni sigaradır. Dış ortam havasında ise solunum sistemi hastalıklarından en fazla sorumlu tutulan kirlenmeler ise kükürt dioksit (SO₂) ve çapı 10 mikrona kadar olan solunabilir partikül maddelerdir (PM_{2.5} ve PM₁₀). Soğuk hava ve yüksek nem de bronşit nedenleridir⁽¹²⁾. Kronik bronşitten korunmada sigarayı bırakmak önemlidir. Çevresel ve mesleki hava kirliliğinden uzaklaşmak önerilir^(7,8). İnfluenza, H. Influenzae, pnömokok aşılarını olmak etkili korunma yollarıdır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı akciğerde küçük hava yollarında kronik enflamasyon ile meydana gelen daralma, parankim doku ve alveollerde yıkım, müküs hipersekresyonu ile karakterize bir hastalıktır. Tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlaması, nefes darlığı vardır. Amfizem akciğer alveollerinin hastalığıdır. Kronik bronşit ve amfizem de kronik obstrüktif akciğer hastalığına yol açar. Avrupa ülkelerinde KOA prevalansının 40 yaş üstü yetişkinlerde %4-6 olduğu tahmin edilmektedir. BOLD grubunun Çin ve Türkiye’de Adana ilinde yaptığı çalışmalar, Türkiye’de 40 yaş üstü yetişkinlerde KOA prevalansının %10’ların üstünde olduğunu göstermektedir⁽¹⁾.

Astım tekrarlayan nefes darlığı ve hırıltı atakları ile karakterizedir ve etiolojisinde immünolojik mekanizmalar, beslenme gibi kişiye ait faktörler ve

hava kirliliği gibi çevresel faktörler yer tutar. Çok uluslu iki büyük çalışma (European Community Respiratory Health Survey, ECRHS ve International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC) ile dünyada astım prevalans haritası çıkarılmıştır. Ülkeler arasında farklılıklar gösterse de son 40 yıl içinde tüm ülkelerde astım ve alerji prevalansı artmıştır. Türkiye’de astım prevalansı %5.1-7.5’tir⁽¹⁾.

Türkiye’nin de üyesi olduğu GARD, Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases) ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip “herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya” vizyonu çerçevesinde çalıştığı, DSÖ bünyesinde kurulmuş bir birliktir. GARD’ın hedefi, kronik solunum yolu hastalıklarının küresel yükünü azaltmaktır. GARD’ın kronik hava yolu hastalıkları ile savaşmak için geniş kapsamlı bir yaklaşım başlatılması amacıyla; Tarafların (Kronik Hava Yolu Hastalıkları: KHH) hakkındaki farkındalıklarını ve bilgi paylaşımlarını arttırmak (İletişim), KHH önleme ile ilgili küresel toplumsal taraftar kazanma ve kaynakların harekete geçirilmesi (Toplumsal Hareket), KHH’nın saptanması, önlenmesi ve kontrolü için çalışan mevcut sağlık hizmetlerinin ve programlarının güçlendirilmesi (Hizmetin Genişletilmesi), KHH’nın saptanması, önlenmesi ve kontrolü için yeni araç ve yöntemler geliştirilmesi ve uygulamaya sokulması (Teknik Gelişme) stratejileri belirlenmiştir⁽¹⁾.

Diyabet

Diyabet, vücutta yeterli miktarda insülin üretilmemesi ya da insülinin etkili şekilde kullanılmamasından kaynaklanır. Diyabette alınan besinlerden kana geçen glikoz hücrelere geçemez ve kanda birikerek kan şekerini yükseltir. Diyabetli hastaların %60’ında kardiyovasküler hastalık (KVHST) gelişir; KVHST sonrasında prognoz diyabeti olmayanlara göre daha kötü gidişlidir. Diyabet başlıca Tip I insüline bağımlı olan diyabet (IDDM) ve Tip II insüline bağımlı olmayan diyabet (NIDDM) ya da Erişkin Tip Diyabet olarak sınıflanmaktadır⁽¹³⁾. Diyabetlerin %85’i erişkin tip diyabettir ve prevalansı ilerleyen yaşla artar. Diyabette genetiğin rolü vardır. Dışsal nedenlerden Tip II Diyabette etyolojide şişmanlık, fiziksel aktivite azlığı, karbonhidratlı besinlerin aşırı tüketilmesi, geleneksel yaşam tarzından modern yaşam tarzına geçiş, özellikle erken çocukluk

döneminde fazla miktarda inek sütü içilmiş olması, sigara içme sorumlu tutulmaktadır. Tip I diyabette ise dışsal nedenlerden bazı viral ajanlar (Rubella Sendromu, enteroviruslar, Epstein-Barr virüsü, koksakivirus, kabakulak virüsü, sitomegalovirus), D vitamini eksikliği, Omega 3 eksikliği, nitratların fazla alınması, içsel nedenlerden immünolojik mekanizmalar ve otoantikolar sorumlu tutulmaktadır. Diyabette korunmada beslenme tarzı, sigaranın içilmemesi, viral enfeksiyonlardan korunma, düzenli fiziksel aktivite, temiz hava, sağlıklı su tüketimi önemli korunma yolları arasında sayılabilir. Türkiye’de diyabet erkeklerin %12.2’sinde, kadınların %14.2’sinde görülmektedir⁽¹⁾.

Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları

Bel ağrısı, oldukça sık görülen, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra tanı ve tedavi giderleri olarak doğrudan ve iş gücü kaybına yol açtığı için dolaylı ekonomik kayıplar nedeni ile topluma maliyeti yüksek önemli bir sağlık sorunudur. Ağrının kronikleşmesi ile ortaya çıkan sakatlık özellikle gelişmiş ülkelerde iş gücü kaybı ve üretim azalmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri haline gelmiştir. Bel ağrısı ağır kaldırma gibi bir aktivite ya da düşme, çarpma gibi bir travma sonrası başlayabileceği gibi belirgin bir neden olmadan da ortaya çıkabilir. Dünyada yapılan araştırmalar bireylerin %80’ inin hayatları boyunca en az bir kez bel ağrısı yaşadıklarını ortaya koymuştur^(1,14).

Osteoartrit (OA) esas olarak eklem kırırdağı, bunun yanı sıra ligamanları (bağları) ve altındaki kemiği de etkileyen dejeneratif bir eklem hastalığıdır. Bu yapılardaki bozulma zamanla ağrı ve eklem hareketlerinde kısıtlanmaya neden olmaktadır. Osteoartrit önceden yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülürken, son dönemde eklem yapısı, genetik, mekanik güçler ve diğer diz içi bağ hasarları gibi birçok faktörün etkileşimi ile oluştuğu düşünülmektedir. Osteoartrit en sık görülen eklem hastalığıdır. Gelişmekte olan ülkelerde engelliliğe en sık neden olan on hastalıktan biridir. Yaşlanma ile ilişkilidir ve 40 yaşından sonra başlar. Özellikle diz ve eller olmak üzere, eklemlerde meydana gelen osteoartrit kadınlarda daha yaygın ve şiddetlidir. Kadınlar özellikle menopozdan sonra daha fazla risk taşırlar. Hormonların kırırdağ doku üzerine olumlu etki yaptığına dair çalışmalar vardır. Ağrılı

eklemler genellikle hava koşullarına karşı hassastır. Yağmurdan önce olduğu gibi, ısı azalmaları ve atmosfer basıncının düşmesi kişinin ağrı eşiğini azalttığı için hastaların ağrılarının şiddetinin artmasına neden olabilir. Bu da, osteoartritli kişilerin yağmuru nasıl tahmin ettiğini ve eklem ağrılarının neden nem ile bağlantılı olduğunu açıklamaktadır^(1,14).

Kronik Böbrek Hastalıkları

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Böbrek hastalığı erken saptanırsa sıklıkla önlenabilir veya ilerlemesi geciktirilebilir. Ancak hastalığın farkındalığının düşük olması, erken dönemde tespit edilmesine olanak vermemektedir. Bireylerin hastalığının farkında olmaması nedeni ile son dönem böbrek yetmezliği gelişmekte ve yaşam kalitesi bozulmaktadır. Türk Nefroloji Derneği’nin ülkemizde yaptığı bir tarama çalışmasında Türkiye’de her 6-7 erişkinden birinde çeşitli evrelerde kronik böbrek hastalığının olduğu saptanmıştır. Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar, hastalığın farkındalığının %10’un altında olduğunu göstermiştir. Düşük farkındalık nedeniyle hastalık son dönem böbrek yetmezliği evresine ilerlemekte, kötü yaşam kalitesi ile hastanın sağlığını tehdit etmekte, engellilik ve ölüm oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu hastalık zamanında fark edildiğinde önlenilen veya en azından geciktirilebilen bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığından korunmak için; düzenli egzersiz yapılmalı, sağlıklı beslenip vücut ağırlığı korunmalı, diyetle tuz azaltılmalı, yeterli sıvı almalı, sigara içmemeli, ağrı kesici ilaçlar çok gerekmedikçe içilmemeli, kan basıncı ve kan şekeri düzenli olarak kontrol ettirilmeli, böbrek fonksiyon testleri yaptırılmalıdır^(1,15,16,17).

Çevresel Önlemler ve Kontrol

Konuyla ilgili önlemler ve kontrol başlığında, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne ilişkin Eylem Planı 2013-2020’de belirlenen “Gönüllü Küresel Hedefler”e ulaşmaya çalışılması önemlidir⁽¹⁸⁾.

Bu hedefler aşağıda sıralanmıştır⁽¹⁸⁾:

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet veya kronik kalp hastalığından kaynaklanan erken ölümlerde %25 görece azalma sağlanmalıdır.

Ulusal bağlama bağlı olarak, zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 görelî azalma sağlanmalıdır.

Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 görelî azalma sağlanmalıdır.

Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma sağlanmalıdır.

15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 görelî azalma sağlanmalıdır.

Ulusal bağlama bağlı olarak, yüksek kan basıncı prevalansında %25 görelî azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının kontrol altına alınması sağlanmalıdır.

Diyabet ve obezite artışının durdurulması sağlanmalıdır.

Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50'sinin tedavî alabilmesi sağlanmalıdır.

Önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli makul fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler dahil temel ilaçların kamu kurumlarında ve özel kurumlarda ulaşılabilirliğinin %80 oranına çıkarılması sağlanmalıdır.

Bu hedeflere ek olarak hava kirliliğinin azaltılması için kömürlü termik santrallerin yenileri açılmamalı, nükleer santrallerin çevreye verdiği zararlar göz önüne alınmalı, atık plastik ithalatının çevreye ve ilerleyen sürede insan sağlığına vereceği zararlar hesaplanmalı, tarımda pestisid ve suni gübre kullanımı kontrol altına alınmalı, su kaynaklarımızın korunmasına özen gösterilmeli, gürültü kirliliği ve toprak erozyonu azaltılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) T. C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 11.06.2020
- 2) WHO. The top 10 causes of death. <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 11.06.2020
- 3) Çevre ve İnsan Sağlığı. Avrupa EEA Raporu No 5/2013. Rapor EUR 25933 EN. EEA - JRC ortak raporu. Lüksemburg. Avrupa Birliği Basım Ofisi, 2013.
- 4) Çevresel Etki Değerlendirmesi. İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü Çevre Envanteri ve Bilgi Yönetimi Dairesi Başkanlığı. Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri, Değerlendirme Raporu (2017 yılı verileriyle). Yayın No:43. Ankara 2019.
- 5) T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. 2020. Ocak. <https://ailevecalisma.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 6) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020) <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 7) WHO. Cancer. <https://www.who.int/health-topics/cancer> Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 8) <https://gco.iarc.fr/causes/obesity/tools-map>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 9) Cancer country profile. https://www.who.int/cancer/country-profiles/TUR_2020.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 10) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı <https://www.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 11) Ulusal Kanser Programı (2013-2018) https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 12) Önal AE, Abbasoglu A. Bronchitis and Environment, in Bronchitis. Ed: Ignacio Martin-Loeches. IntechOpen. DOI: 10.5772/16626. Available from: <https://www.intechopen.com/books/bronchitis/bronchitis-and-environment>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 13) WHO Türkiye Diyabet Programı (2015-2020) <https://extranet.who.int/>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020). Yayın No: 1013. Ankara, 2015. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/546>, Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 15) Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turkiye-bobrek-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2018-2023.html>. Erişim Tarihi: 11.06.2020
- 16) Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/bobrek_hastaliklari/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf. Erişim Tarihi: 11.06.2020
- 17) Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021). <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8857,turkiye-asi-ri-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021.pdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 11.06.2020.
- 18) WHO Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020.

Enerji Politikaları > ve Çevre

47

DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET ALP AKER

Enerji modern insanın günlük yaşamını sürdürmesi için damarlarda dolaşan kan gibi. Kesilirse, ışıklar söner, bilgisayarlar, cep telefonları ve internet durur; otomobiller, trenler, gemiler, uçaklar oldukları yere çakılı kalır. Traktörler ve biçerdöverler çalışmadığından geniş tarım arazileri ekilip biçilemez, biçilse de ekin uzaklara taşınamayacağından şehirler aç kalır. Hastanelerde ameliyatlar yapılamaz, fabrikalarda üretim durur, temel tüketim maddeleri dahil hiçbir şey bulunamaz. Hayat durur. Bildiğimiz anlamıyla sosyal yaşam sona erer. Dünyanın nüfusu on milyarlarca doğru giderken ve dünyanın bizi taşıma kapasitesi giderek azalır, doğa tükenirken, ne yazık ki insanın enerjiye olan bağımlılığı giderek artmakta. Bir kısır döngü bu. Bilinen veya önümüze sürülen yöntemlerle insan yaşamının sürdürülmesi ve gelişme daha çok enerji tüketilen bir yaşam tarzının benimsenmesine bağlı, bu ise giderek dünyayı biz ve diğer canlılar için daha yaşanmaz bir yuva haline getirmekte. Çözüm ne peki? Enerjinin hayatımızda oynadığı rol ve enerji kaynakları, bunlara erişim, dönüştürülmesi, tüketimi, çevreye etkileri göz önüne getirildiğinde sorunun devasa boyutları olduğu ve çözümün ancak insanlığın ortak aklı ve sağduyusuyla mümkün olabileceği anlaşılabilir.

Daha yalnızca 200 yüzyıl önce yakıt olarak sadece odun vardı hayatımızda. Kömür ise İngiltere ve diğer bazı Batı Avrupa ülkelerinde ve yer yer Çin'de, yeterince odun olmamasından dolayı ısınma amaçlı kullanılmaya başlanmıştı. Rüzgâr ve su değirmenleri mevcut sanayinin çarklarını döndürmekteydi. Petrol sadece Rum ateşi elde etmek için,

askeri amaçlı kullanılan bir maddeydi. Dünya nüfusu o yıllarda bir milyardan altındaydı. Ve sonra kömür ile su bir araya getirildi, buhar gücü ortaya çıktı ve sanayileşme başladı. Üretimin artışıyla birlikte tüketiciye erişmek gerekti ve ulaşım önem kazandı. Sonrası bilindik hikâyeye.

Fosil yakıtlar bu hızlı değişim ve gelişmede başından beri vardı ve günlük yaşamın genetiğine işlemiş olduklarından bunların alternatifleri ve bunlara dayalı olmayan bir hayatın olabilirliği geç tartışılmaya başlandı. Değişim ve gelişim o kadar baş döndürücüydü ki olumsuz yönleri başta yöneticiler olmak üzere kamuoyunun dikkatini başlangıçta pek çekmiyordu. Kapitalizmin sonsuz büyümeye dayanan, üretim ve tüketim artışına bağımlı mantığı mutlu azınlıklar kadar, sıranın bir gün kendilerine de geleceğine inandırılan ve nimetlerden gözleri kamaşmış milyonlar, milyarlarca da benimseniyordu. Ödenen bedel ise giderek artan hızla büyüyordu. Küreselleşme, tüketimin amaçlaşması, gelir dağılımındaki adaletsizliklerin akıl almaz boyutlara erişmesi, Batı usulü kalkınmanın ve gelişmenin Batının tekelinden çıkıp başta Asya ülkeleri olmak üzere yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte yolun sonuna hızla gelindi.

Halen yaşadığımız dünya dedelerimizin, babalarımızın yaşadığı dünya değil, hatta çocukluğumuzunkü bile değil. Bunu sadece şehirlerde yaşayanlar değil, en uzak, en el değmemiş köşelerde yaşayanlar dahi hissediyor. Kaynakların aşırı sömürülmesi, artan çevre kirliliği, nüfus artışı gibi sorunlara eklenen ve bunların hepsinin sonucu olan ekolojik bozulma ve küresel iklim değişiklikleri alıştığımız

yaşam tarzını sürdürmeyeceğimizi uzun zamandır kulaklarımıza fısıldıyor. Bildiğimiz yolun sonu artık geldi.

Enerji politikaları neyin nasıl ve ne kadar üretileceği ve tüketileceği, bunun dünya üzerindeki yaşama bedelinin ne olacağı üzerinde asli bir etkiye sahip olduğundan yakın ilgiyi hak ediyor. Türkiye gelişmekte olan iddialı ülkeler arasında yer almaktadır. Son dönemde, başta kömürlü termik santraller ve nükleer santraller olmak üzere büyük ve soru işaretleri taşıyan enerji yatırımları, yenilenebilir enerjiye geçişteki tereddütler, büyüyen otomobil pazarı ve artan havayolu trafiği, büyüyen sanayinin ve şehirlerin enerji ihtiyacı, ithal fosil yakıtlara bağımlılığın artışı, emisyonlara bağlı çevre kirliliği ve insan sağlığının olumsuz etkilenmesine karşın önleyici tedbirlerin alınmasındaki gecikmeler, ÇED ve SED süreçlerindeki eksiklikler ve aksaklıklar nedeniyle yaşanan ve kimi durumlarda telafisi mümkün olmayacak çevresel kayıpların artması, konuyla ilgili tarafların ve bu arada öncelikle bu yatırımlardan ilk etkilenen yöre halklarını, giderek sivil toplum örgütleri, halk sağlığı uzmanları, çevre bilimciler ve diğer tüm ilgili bilim dallarından uzmanları ve nihayetinde yurtsever, dünyasever ve canlısever herkesi harekete geçme zorunluluğunda bırakıyor. Yaşanan kayıp ve etkilenimlerin boyutu o kadar büyük ve derin ki acil durum hali, bilginin akış ve paylaşımındaki hızlanmanın da katkısıyla süreklilik kazanıyor.

Gün geçmiyor ki enerji ve çevreyle ilgili bir habere (çoğunlukla da olumsuz) uyanmayalım. Günlük gazetelerin sayfalarında birkaç gün içinde yer alan haberlerden birkaç örnek:

19.6.2020, *Cumhuriyet*: *Çevre mevzuatına uymadıkları için kapatılan termik santrallere tartışmalı filtre*: Bir kısmı çevre mevzuatlarına uymadığı için geçici süreyle kapatılan 6 santralın toplam 14 ünitesine 142 milyon liraya filtre takıldığı açıklandı ancak Sayıştay'ın Elektrik Üretim Anonim Şirketi (EÜAŞ) denetim raporuna göre 18 Mart Çan Termik Santral'nın yalnızca 2 ünitesine 289 milyon liraya filtre takıldığı ortaya çıktı. Bu durum, "Termik santrallere standartlara uygun olmayan filtreler mi takıldı" sorusunu gündeme getirdi.⁽¹⁾

18.6.2020, *Birgün*: *Amasra'da termik santral yapımına olanak sağlayan plan değişikliği durduruldu*: Termik santrale karşı yıllardır mücadele eden Bartın Platformu bir davayı daha kazandı. Amasra'ya Hattat Holding tarafından yapılmak istenen

termik santralin önünü açmak için değiştirilen 1/100 bin ölçekli Çevre Düzeni Planı'na ilişkin Bartın Platformu tarafından davada Danıştay 6. Dairesi yürütmeyi durdurma kararı verdi.⁽²⁾

17.6.2020, *HaberTürk*: *Yenilenebilir enerjiye mayısta 5,2 milyar liralık destek*: Yenilenebilir Enerji Kaynakları Destekleme Mekanizması (YEKDEM) kapsamındaki teşviklerden bu yıl toplam kurulu gücü 21 bin 49 megavatı bulan 817 santral yararlanıyor. Mekanizma kapsamında elektriğin kilovat-saatine rüzgar ve hidroelektrik için 7,3 dolar/sent, jeotermal için 10,5 dolar/sent, biyokütle ve güneş için de 13,3 dolar/sent teşvik veriliyor. Teşvikler, yerli ekipman kullanımına göre değişiklik gösterebiliyor.⁽³⁾

16.6.2020, *Birgün*: *Ege'de tarım unutuldu, her yer JES oldu*: Denizli Tavas'ta yapılmak istenen JES için ÇED gerekli değildir kararı verildi. Tamamı tarım arazisi üzerine kurulacak JES için, 200 bin metrekare bitkisel toprak sıyırma işlemi yapılacak. Yerleşim yerlerine 250 metre uzaklıkta bulunan proje alanının yanında ayrıca su yatakları bulunuyor.⁽⁴⁾

16.6.2020, *Birgün*: *En yaşlı denizcilere kömür tehdidi*: WWF-Türkiye, 16 Haziran Dünya Deniz Kaplumbağaları Günü nedeniyle çağrı yaptı: Koruma altındaki deniz kaplumbağası yuvalama kumsalına termik santral yapılamaz.⁽⁵⁾

15.6.2020, *Birgün*: *Küçük Menderes Havzası'nın katı atıkları elektrige dönüşecek*: İzmir Büyükşehir Belediyesi, Ödemiş, Tire, Bayındır, Kiraz ve Beydağ ilçelerinin katı atıklarından elektrik ve gübre üretecek. Yapımı devam eden Ödemiş Entegre Katı Atık Yönetim Tesisi'ni ziyaret eden Başkan Tunç Soyer, "Bu tesis hem çevre hem de bölgede yaratacağı istihdam açısından büyük önem taşıyor" dedi.⁽⁶⁾

Sorun sadece bizde değil, dünyanın her yerinde tabii. Özellikle de eşitsizliklerin olduğu yerlerde. Kömür madenciliğinin yarattığı etkilere, benzerlerine başka yerlerde de sık rastlanan bir durum olarak ABD'den bir örnek verilebilir. Madenlerin su kaynaklarını kuruttuğu Navajo bölgesindeki bir yerli, galonu 1 sente satılan suyu bidona doldururken bakın ne demekte: "Aynı suyu dökmeden önce en az 5-6 kez kullanıyorum. Çok kirli, ama aksi halde 1 haftadan kısa sürede susuz kalırım. O zaman da hayatımı sürdürmem."⁽⁷⁾

Sorun ülke genelinde bu kadar yaygınken, enerji üretim ve tüketimin insan sağlığına ve çevreye etkilerine dair ulaşılabilecek resmi veriler o kadar kısıtlı. Neyse ki uluslararası sözleşmelere uyum

kapsamında paylaşılan kimi veriler ve yine OECD ve Uluslararası Enerji Ajansı gibi uluslararası kuruluşların yayımladığı bilgiler bu açığı kısmen kapatmakta. Enerji, çevre ve sağlık etkilerinin önem ve aciliyetinin artışına paralel olarak bu alanda araştırma ve veri paylaşımlarının artması gereklidir.

Türkiye'nin Enerji Politikalarında Hedefleri

18 Mayıs 2009 tarihli ve 2009/11 sayılı Yüksek Planlama Kurulu Kararı eki olan, Elektrik Enerjisi Piyasası ve Arz Güvenliği Strateji Belgesinde elektrik enerjisi üretiminde yerli kaynakların artırılması öncelikli hedef olarak belirlenerek enerji kaynaklarına ilişkin 2023 yılı için somut hedefler konmuştur. Söz konusu hedefler şunlardır:⁽⁸⁾

Bilinen linyit ve taşkömürü kaynaklarının elektrik enerjisi üretimi için değerlendirilmesi,

Elektrik üretiminde nükleer santrallerin kullanılması konusunda başlatılan çalışmalara devam edilmesi, bu santrallerin elektrik enerjisi üretimi içerisindeki payının 2020 yılına kadar en az %5 seviyesine ulaşması,

Yenilenebilir kaynakların elektrik enerjisi üretimi içerisindeki payının %30 olması,

Hidroelektrik potansiyelinin tamamının elektrik enerjisi üretiminde kullanılması,

Rüzgâr enerjisine dayalı kurulu gücün 20.000 MW'a ulaşması,

Belirlenmiş olan 600 MW'lık jeotermal potansiyelin tamamının işletmeye girmesi,

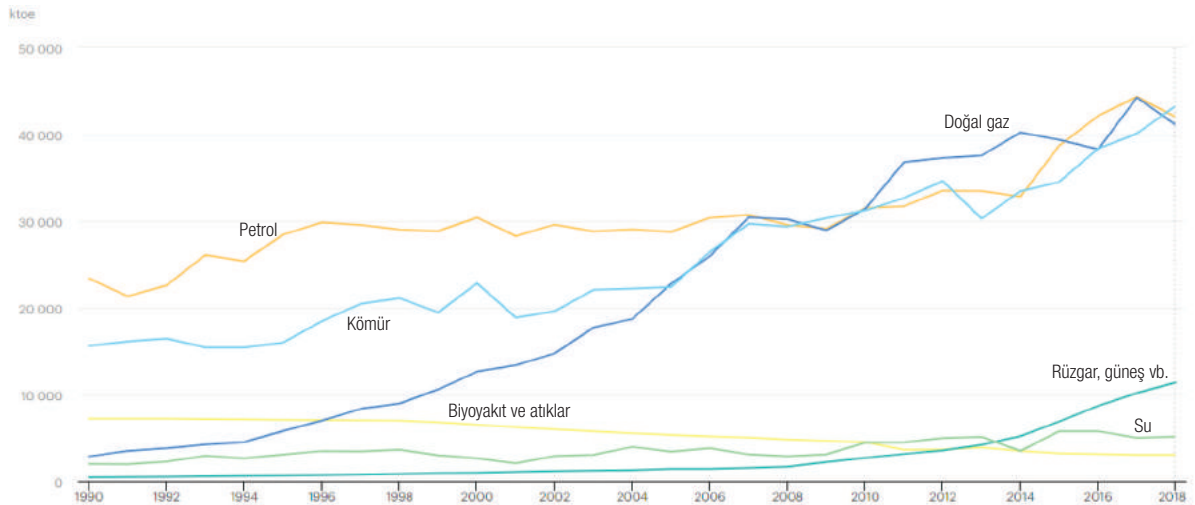
Güneş ve diğer yenilenebilir kaynakların kullanımı için gereken düzenlemelerin yapılması,

Yerli ve yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımı için alınacak tedbirler sonucunda, elektrik üretiminde doğalgazın payının %30'un altına düşürülmesi.

Ancak, yerli enerji kaynaklarına ağırlık verme isteği, Türkiye linyitlerinin verimliliğinin düşük olması nedeniyle pratikte ithal kömürle çalışan termik santrallerin sayısının hızla artmasına yol açmıştır. Öte yandan, Mersin Akkuyu'da yapımı devam eden nükleer santralde üretimin ise planlandığı gibi 2020'de değil, 2023 yılında ve bir üniteye başlayacağı ifade edilmektedir.⁽⁹⁾

Türkiye'nin enerji üretimindeki artış

Türkiye'de 2005-2017 döneminde fosil yakıtlardan elde edilen enerji arzı %75 oranında artmış ve toplam birincil enerji arzının (TBEA) %88'i olmuştur. Aynı dönemde OECD bölgesinde ise %4 azalma görülmüştür. Yenilenebilir enerji, bu dönemde hızlı bir büyüme göstermiş olsa da niceliksel olarak kömür ve doğalgazın gerisinde kalmıştır. Yenilenebilirin TBEA'daki payı ancak %12'dir.⁽¹⁰⁾ Bu durum, enerji talebindeki artışın geleneksel enerji kaynakları ve ithalat ile karşılanmasından ve yenilenebilir kaynakların, ulaşım ve ısıtma sektörlerinin gelişiminde önemli bir rol oynamamasından kaynaklanmaktadır (Şekil 47.1).⁽¹¹⁾



Şekil 47.1 Türkiye'nin kaynaklara göre toplam birincil enerji arzının dağılımı, 1990-2018.⁽¹¹⁾

Türkiye'nin Enerji Tüketimindeki Artış

2017 yılı sonu itibarıyla toplam birincil enerji tüketimi 145.3 Milyon Ton Eşdeğer Petrol (MTEP) olmuştur.⁽¹²⁾ Birincil enerji talebinin 2023 yılında 218 milyon ton MTEP'e ulaşması beklenmektedir (2016'daki toplam tüketimin iki katından fazla).⁽¹⁰⁾

Türkiye OECD ülkeleri arasında enerji ihtiyacı en çok artış gösteren ülke konumundadır. Toplam nihai enerji tüketimi (TNET), 2005-16 döneminde %50 oranında artış gösterirken aynı dönemde OECD bölgesinde ise %2.3 azalma görülmüştür. Sanayi (özellikle metal dışı madenler) ve ulaşım, konut sektörünü geçerek en büyük tüketici konumuna gelmiştir (2016'da ikisi de %27). Ulaşım, 2005-16 döneminde ticaret ve kamu hizmetlerinden sonra tüketimin en fazla arttığı sektör olmuştur (Şekil 47.2).⁽¹⁰⁾

Ulaşım, başta yoğun nüfuslu şehirlerde olmak üzere enerji tüketimi ve hava kirliliğinin başlıca kaynağıdır. Bunun nedeni de karayolu taşımacılığının ve eskiyen araç filosunun egemen olmasıdır. Yük (2016'da, %3.7) veya yolcu taşımacılığı (2016'da, %1.4) için demiryolları çok az kullanılmaktadır.⁽¹⁰⁾ Oysa karayolu taşıt aracı sayısı, yaşanan ekonomik sıkıntılara rağmen hızla artmaya devam etmektedir. Sadece Ocak-Mayıs 2020 döneminde trafikteki toplam taşıt sayısındaki artış 293.296 olmuştur. Böylece trafiğe kayıtlı toplam taşıt sayısı 23.448.381'e ulaşmıştır.⁽¹³⁾

Türkiye'nin elektrik üretimi ve tüketimindeki artış

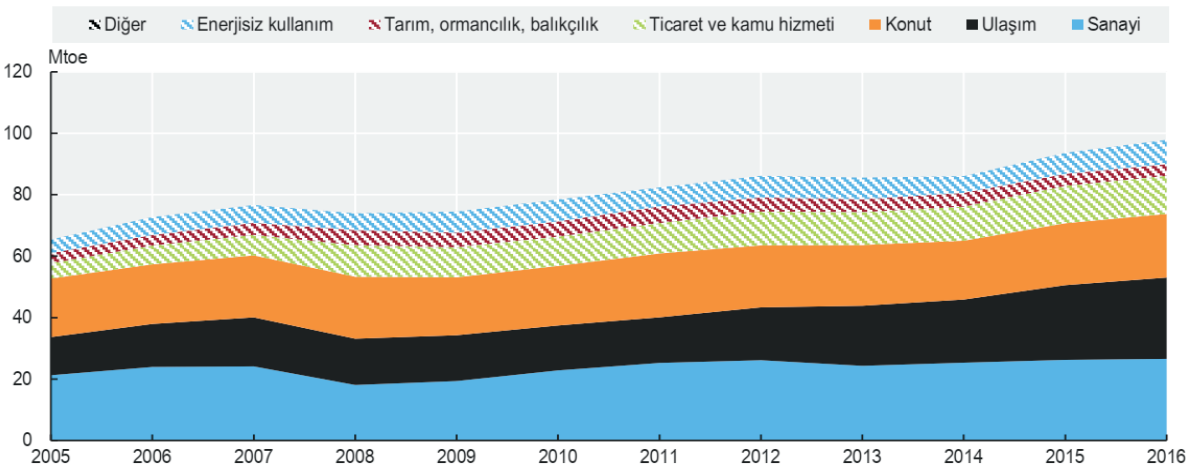
Elektrik tüketimi, 2005-17 döneminde %91 artmıştır. Elektriğin yaklaşık %70'i, kömür ve doğalgazdan üretilirken geri kalan kısmı ise yenilenebilir kaynaklarla sağlanmaktadır (Şekil 47.3).⁽¹⁰⁾

Türkiye, uluslararası taş kömürü fiyatlarının düşmesi ve yerli linyitin kalitesinin ve ısı değerinin düşük olması nedeniyle elektrik üretiminde kullandığı kömürün çoğunu halen ithal etmektedir. Yerli kömüre ağırlık vererek ithalata bağımlılığı azaltma hava emisyonlarını kısma hedefleriyle çatışmaktadır.⁽¹⁰⁾

Türkiye'de Aralık 2019 itibarıyla elektrik üretimi için toplam kurulu güç 91267 MW değerine ulaşmıştır ve bu değer bir önceki yıla göre %3.07'lik bir artışa işaret etmektedir (Tablo 47.1).⁽¹⁴⁾ Kaynaklara göre elektrik üretiminin dağılımı Şekil 47.4'te görülmektedir.⁽¹⁵⁾

Tablo 47.1 Türkiye'de elektrik üretim tesislerinin toplam kurulu güçlerinin dağılımı, 2019.⁽¹⁴⁾

Kaynak	Kurulu Gücü (MW)
Termik	46499,57
HES	28503,01
RES	7591,16
GES	5995,16
Biyokütle, Atık Isı, Jeotermal	2678,10
Toplam	91267

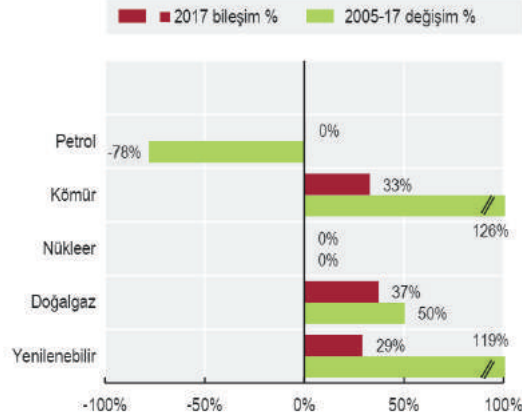


Şekil 47.2 Türkiye'de en büyük enerji tüketicisi sektörlerin dağılımı.⁽¹⁰⁾

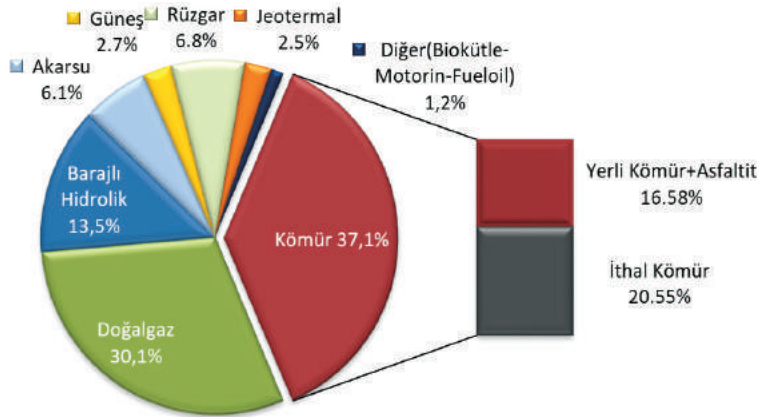
2019 yılındaki enerji yatırımlarının dağılımı da halen fosil yakıtlara öncelik verildiğini ve bu tesislerin işletme ömürlerinin 30 yıldan fazla oldukları göz önüne getirildiğinde, gelecekte de emisyonlarını sürdüreceklerini göstermektedir (Şekil 47.5).⁽¹⁴⁾

Son yıllarda elektrik üretim ve dağıtımında özelleştirme hız kazanmıştır. Grafikte görüleceği

üzere 2010 yılından itibaren özel sektörün elindeki kurulu güç giderek artarken kamunun elindeki pay azalmaktadır (Şekil 47.6). Elektrik dağıtımında da özelleştirme 2009 yılında başlamış ve 4 yıl içinde tamamlanmıştır.⁽¹⁶⁾

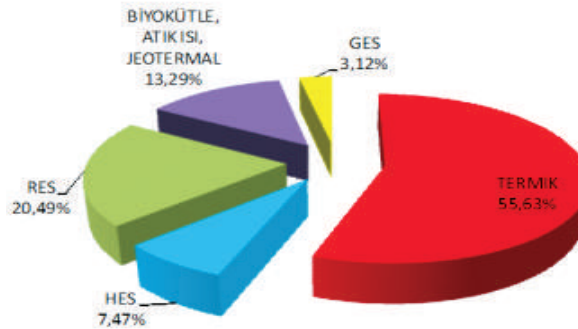


Şekil 47.3 Kaynaklara göre elektrik üretimi ve üretimdeki artış ve değişim değerleri.⁽¹⁰⁾

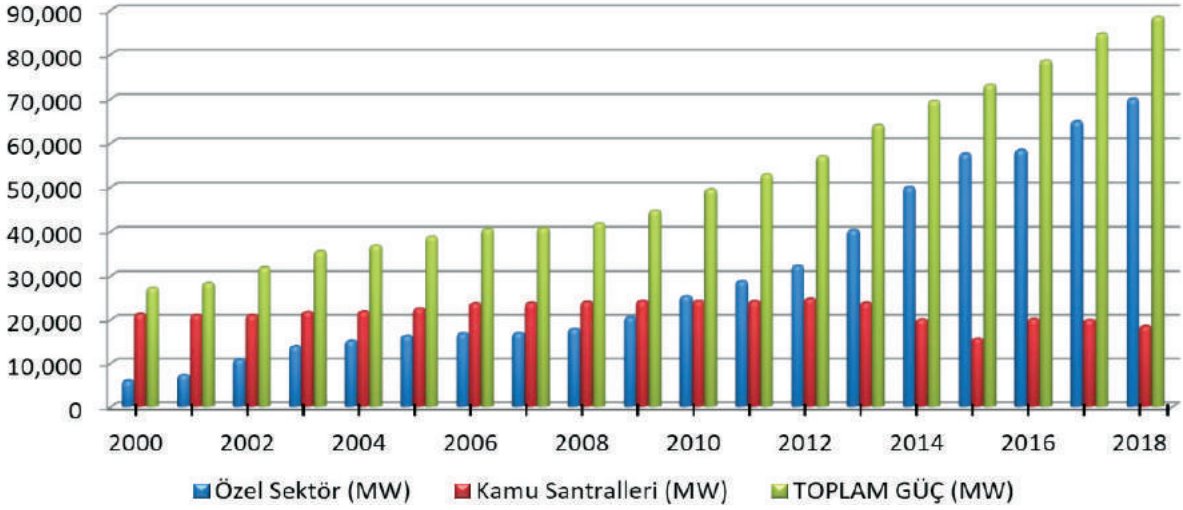


Şekil 47.4 Türkiye'de kaynaklara göre elektrik üretiminin dağılımı, 2018.⁽¹⁵⁾

2019 YILI 12 AYLIK ENERJİ YATIRIMLARI



Şekil 47.5 Türkiye'de enerji yatırımları, 2019.⁽¹⁴⁾



Şekil 47.6 Türkiye elektrik kurulu gücünün sektörlere göre dağılımı, 2000-2018.⁽¹⁵⁾

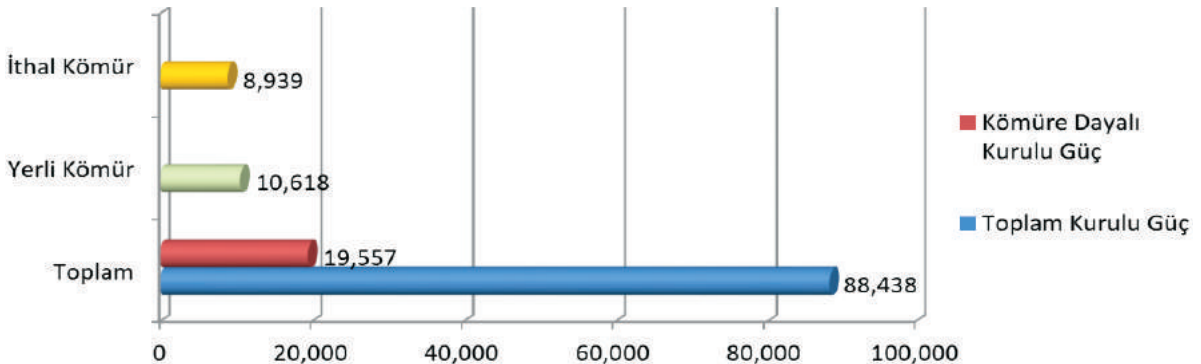
Türkiye'de Kömüre Dayalı Santral Kurulu Gücü

Kömüre dayalı santral kurulu gücü 2017 yılından 2018 yılında yaklaşık %2 oranında artarak 19.224 MW'tan 19.557 MW'a yükselmiştir, bu kapasite ülkenin toplam kurulu gücünün %22.1'ine karşılık gelmektedir (Şekil 47.7).⁽¹⁵⁾

Ülkemizde işletmede olan 11 adet ithal kömür santrali bulunmaktadır. Bu santrallerin 3 adedi Çanakkale Biga'da, diğerleri Adana-Yumurtalık, Kahramanmaraş, Niğde, Kocaeli- Gebze, İzmir-İzmir, Hatay-İskenderun ve Zonguldak-Çatalağzı'nda kuruludur. Santraller için ithal edilen 39 milyon ton kömürün faturası 2017 yılında 4.13 milyar Amerikan Dolarıdır.⁽¹⁷⁾

Türkiye'de Elektrik Üretiminde Kömürün Payı

2018 yılı sonu verilerine göre Türkiye'de toplam elektrik üretimi bir önceki yıla göre %3.8 oranında artarak 303.9 milyar kWh (kilovat-saat) olarak gerçekleşmiştir. Bu üretimin 295.4 milyar kWh'i lisanslı 8.5 milyar kWh'i lisanssız enerji santrallerinde gerçekleştirilmiştir. 2018 yılı elektrik üretim miktarında 112.8 milyar kWh ve %37.1'lik pay ile kömüre dayalı termik santraller ilk sırada yer alırken, doğalgaza dayalı termik santrallerin üretimdeki payı bir önceki yıla göre %7 oranında gerilemiştir. Doğalgaz santralleri 91.4 milyar kWh üretim ve %30'luk pay ile ikinci sırada yer almaktadır. Yenilenebilir enerji kaynaklarının (hidrolik, rüzgar, güneş, jeotermal vs.) üretimdeki payı ise yaklaşık %31.6 seviyelerinde gerçekleşmiştir.⁽¹⁵⁾



Şekil 47.7 Türkiye'de kömüre dayalı kurulu güç (MW), 2018.⁽¹⁵⁾

Türkiye’de Kömür Üretimi

2018 yılında Türkiye’de toplam yerli kömür üretimi 2017 yılına göre %15.6 oranında artarak 87.8 milyon tondan 101.5 milyon ton seviyesine çıkmıştır. Ülkemizdeki toplam linyit/alt bitümlü kömür rezervinin yaklaşık %68’i düşük kalorili olup %23.5’i 2000-3000 kcal/kg arasında, %5.1’i 3000-4000 kcal/kg arasında, %3.4’ü 4000 kcal/kg üzerinde ısıl değerdedir.⁽¹⁵⁾ Taşkömürü üretimi ise 2018 yılında 1.1 milyon tondur.⁽¹⁷⁾ Kömürün %53’ü kamu, %47’si ise özel sektör tarafından çıkarılmaktadır.⁽¹⁵⁾

Kömür Madencilik Sahaları ve Dekapaj Büyüklüğü

Linyit kömürü sektöründe üretim kadar, üretim yapabilmek amacıyla kömürün üzerinden kaldırılan örtü miktarı (dekapaj) da önemlidir. Linyit genellikle düşük kalitede ve yüzeye yakındır. Bu nedenle de açık maden işletmesi tercih edilmek-

tedir. Yer yüzeyinin 5-100 m altında bulunan kömürü çıkarmak için üstündeki örtünün kaldırılıp atılması gerekmektedir. 2017 yılında 88 milyon m³ olan dekapaj miktarı; 2018 yılında 65 milyon m³ olarak gerçekleşmiştir.⁽¹⁷⁾ Bu miktar üretilen kömür miktarına yakındır. Kaldırılan ve işe yaramayan bu örtüyle birlikte üzerindeki doğal bitki örtüsü de yok olmakta, bu atıklar yığıldıkları noktalarda da doğal yapıyı bozmakta, akarsuların akışını önlemektedir.

Sektörde kömür, açık işletmecilik ve yeraltı işletmeciliği olmak üzere iki temel yöntemle üretilmektedir. Yüzeye yakın kömür oluşumları ekonomik nedenlerle açık işletmecilik yöntemi ile üretilmekte, derin kömür damarları ise yeraltı işletmeciliği yöntemi ile çıkartılmaktadır (**Şekil 47.8** ve **47.9**).

2018 yılı itibariyle Türkiye’de linyit, taşkömürü ve asfaltit için 426 adet işletme ruhsatı bulunmaktaydı. Otuz dokuz adedi kamu ve 387 adedi ise özel sektörün elinde bulunan bu ruhsatlardan 164 adedi normal faaliyetine devam etmekteydi. Söz konusu ruhsatların yaklaşık yarısı sadece toplam



Garp Linyitleri İşletmesi

Şekil 47.8 Garp linyitleri açık işletmesi.⁽¹⁵⁾



Şekil 47.9 Afşin-Elbistan linyit sahası (yüzölçümü 34.282,86 hektar).⁽²⁰⁾

7 ilde bulunmaktadır: Edirne (50 ruhsat), Tekirdağ (45 ruhsat), İstanbul (32 ruhsat), Kütahya (33 ruhsat), Manisa (23 ruhsat), Denizli (18 ruhsat) ve Şırnak (20 ruhsat). Ayrıca; Balıkesir’de 17, Muğla’da 14, Çanakkale’de 12, Çankırı’da 12 ve Çorum’da 13 kömürlü saha ruhsatı mevcuttur.⁽¹⁷⁾ Türkiye’deki madenlerin önemli bir kısmı kömür madenleridir. 2018 yılında madencilik sektörüne ait toplam dekapaj malzemesi ve pasa miktarı yaklaşık 800 milyon ton olmuştur.⁽¹⁸⁾

Muğla ilindeki 3 termik santrale (Yatağan, Yeniköy, Kemerköy) kömür sağlamak üzere 2014 yılında özel sektöre 13 maden işletme lisansı verilmiştir. Bunlardan Yatağan’daki linyit madenleri alanı 21.000 hektar ve Milas’taki 23.000 hektardır. Bu alanların %47.3’ü orman alanıdır. 1979’dan beri açık işletme linyit madenciliği yapılan alan 5000 hektardır. Kömür madenlerinin gelecek 30 yılda işletilmeye devam edilmesi halinde, ek olarak, Yatağan’da 7250 ve Milas’ta 11200 hektar orman alanı yok olacaktır. Yine Muğla’daki termik santrallerin atıklarının toplandığı kül barajları 300 hektar orman alanını kaplamaktadır.⁽¹⁹⁾

Kapanan Kömür Maden Sahalarında Çevre Düzenleme

TKİ tarafından 2018 yılı sonu itibarıyla, toplam 5328 hektarlık alana, değişik türde yaklaşık 8.8 milyon adet ağaç dikimi gerçekleştirilmiştir.⁽¹⁵⁾

Türkiye’nin Kömür Rezervleri

Türkiye kömürden görece zengin bir ülkedir. Rezervlerin büyüklüğü, kömüre ağırlık veren bir enerji politikasının yöresel ve ülke geneli ve küresel olarak çevresel maliyetlerinin ağır olacağı konusunda bizleri uyarılmaktadır.

Türkiye, büyük linyit ve taş kömürü rezervlerine sahip bir ülkedir ancak ülkenin petrol ve doğalgaz kaynakları çok azdır.⁽¹⁰⁾ Toplam dünya linyit rezervlerinin %8.7’si, linyit ve alt bitümlü kömür rezervinin yaklaşık %3.6’sı ve antrasit dahil toplam dünya kömür rezervinin yaklaşık %2.1’i ülkemizde bulunmaktadır. 2018 yıl sonu itibarı ile 10381 milyar ton yeni linyit rezervi tespit edilmiştir. Bu kömürlerin kalorileri 1200-3000 kcal/kg’dır. Son linyit kaynağı artışları ile birlikte ülkemiz linyit kaynağının yaklaşık %29.5’i Afşin-Elbistan havzasında yer alırken %10.5’i Konya-Karapınar, %8.3’ü Eskişehir-Al-

pu, %5.4’ü Afyon-Dinar, %4.9’u Manisa-Soma ve %4.3’ü Muğla-Milas’ta yer almaktadır.⁽¹⁵⁾

Türkiye’nin Kömür Tüketimi

Ülkemizde 2018 yılında tüketilen kömürün miktarı 1.10 milyon tonu yerli taşkömürü, 39.14 milyon tonu ithal kömür, 82.48 milyon tonu linyit ve asfaltit olmak üzere toplamda 122.82 milyon ton olmuştur. Bir önceki yıla göre 2018 yılında toplam kömür tüketimindeki artış %8.9’dur. 2018 yılında toplam linyit arzının %73.5’i elektrik üretimi ve ısı üretiminde tüketilmiştir. Sanayi sektöründe kullanımın payı %4.8 ve konut-işyerlerinin payı ise %4.2 olmuştur.⁽¹⁷⁾

Termik Santrallerde Yakılan Kömür Miktarları

Termik santrallerin çevreye verebileceği zararı anlayabilmek için bu santrallerde yakılacak kömürün miktarı hakkında bilgi sahibi olmak önem taşıyor. Örneğin yapılması planlanan santraller arasında yer alan Afşin C termik santrali her biri 600 MW kurulu güce sahip 3 üniteden oluşuyor. 1.800 MW’lık santralde kullanılacak kömür miktarı yaklaşık 3325.4 ton/saat (23.104.879 ton/yıl). Santralin yatırım bedeli yaklaşık 17 milyar 300 milyon TL. Santralin çalışma süresi 6948 saat/yıl, santralin ekonomik ömrü ise 35 yıl olarak öngörülmüştür.⁽²¹⁾

Avrupa Birliği ile Görüşmelerde Enerji

AB ile yürütülen görüşmelerin 15. faslı enerji üzerinedir. Enerji faslı kapsamındaki mevzuat enerji iç piyasası (elektrik ve doğal gaz piyasaları), enerji verimliliği, yenilenebilir enerji kaynakları, nükleer güvenlik ve radyasyondan korunma ile arz güvenliği alanlarında yoğunlaşmaktadır. Fasıl müzakere sürecindedir.

Avrupa Konseyi’nin onayıyla, 2020’ye kadar gerçekleştirilmesi öngörülen enerji alanına ilişkin üç önemli hedef belirlenmiştir:⁽²²⁾

Enerji verimliliğinin %20 artırılması,

Enerji arzında yenilenebilir enerji kaynaklarının payının %20’ye, ulaşım sektöründe kullanılan biyoyakıtın oranının en az %10’a çıkarılması,

Sera gazı emisyonlarının %20 düşürülmesi.

Hava Kalitesini İyileştirmek İçin Benimsenen Politikalar ve Önlemler

Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği (HKDYY), AB Temiz Hava Direktifi (2008/50/EC) ile uyumlu hale getirilmek üzere gözden geçirilmektedir. AB müktesebatı ile kısmen uyumlaştırılma sağlanmış olmasına rağmen tam olarak iç hukuka aktarılmasına yönelik zaman çizelgesi belirsizliğini korumaktadır.

HKDYY, il düzeyinde Temiz Hava Eylem Planları (THEP) aracılığıyla uygulanmaktadır. Bu çalışma, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı il müdürlükleri tarafından koordine edilmektedir. İller ve kentler, "kirlilik potansiyeli" yüksek veya düşük olarak kategorilere ayrılmıştır. THEP kapsamında alınan başlıca önlemler sanayi, konut ısıtma ve karayolu taşımacılığı ile ilgilidir.

THEP'lerin hazırlanma ve uygulanma sürecine il düzeyinde pek çok kurum katılmakla birlikte esas sorumluluk belediyelere aittir. Ancak THEP'lerin uygulaması, çeşitli faktörler nedeniyle yavaş ilerlemektedir. Belediyelerde personelin sık değişmesi, görev ve sorumlulukları belirleyen yönetmeliklerde sık değişiklik yapılması, başta daha az gelişmiş bölgelerde olmak üzere il ve belediye düzeyinde teknik ve beşeri kaynak kapasitesinin sınırlı olması bu faktörler arasında yer almaktadır.⁽¹⁰⁾

Türkiye'de Hava Kirliliğinin Başlıca Nedenleri

Enerji üretimi ve özellikle de kömürlü termik santraller hava kirliliğinin en büyük nedenidir. Hem Türkiye'de hem de dünyada elektrik üretimi hacimsel olarak en fazla kükürt oksit (SO_x) ve azot oksit (NO_x) emisyonuna neden olmaktadır. 2017 verilerine göre enerji sektörü (elektrik üretimi, elektrik dağıtımı ve ısı üretimi), toplam SO₂ emisyonlarının %66'sından sorumludur ve 1990'dan bu yana emisyon miktarı 2 kattan daha fazla artmıştır.⁽²³⁾ NO_x emisyonlarının yarısından fazlası, elektrik santrallerinden (%43) ve karayolu taşımacılığından (%16) kaynaklanmaktadır. Elektrik santrallerinde PM₁₀ (-%11) ve karbonmonoksit (-%62) emisyonları bakımından son yıllarda düşüş görülmüştür ancak kirliletiçi diğer tüm maddelerde artış söz konusudur.⁽¹⁰⁾

Hava kalitesi, başta büyük şehirler ve sanayi bölgelerinde olmak üzere önemli bir endişe kaynağıdır. Nüfusun ince partiküler maddelere maruziyet düzeyi, AB ve OECD ortalamaları ile Dünya Sağlık Örgütü'nün kılavuz değerlerinden yüksektir. Diğer OECD ülkelerinin aksine, açık alanda PM_{2.5} ve ozona maruziyetin neden olduğu ölümler ve erken ölümlerin refah maliyeti, 2005 yılından bu yana artış göstermektedir.⁽¹⁰⁾

Türkiye'de İşletmedeki Kömürlü Termik Santrallerin Hava Kirliliğine Etkilerine Dair Bazı Örnekler

Kahramanmaraş ili Afşin-Elbistan ilçesinde, 2795 MW gücünde linyit yakıtlı iki kömürlü termik santral işletmededir. Santrallerin işletmede olduğu bölgedeki hava kalitesini ölçen Elbistan istasyonu sonuçlarına göre, hava kirliliği giderek artmakta ve yıllık PM₁₀ ortalaması ulusal limit değerinin 3 katı, DSÖ limit değerinin 6 katına ulaşmaktadır. Buna rağmen bölgede 6 yeni kömürlü termik santralin kurulması planlanmaktadır.

Manisa ilinin Soma ilçesinde, işletmede olan 3 termik santral bulunmaktadır. Manisa'daki 2 hava kalitesi izleme istasyonundan bu santrallere yakın olanının 2017 yılında neredeyse hiç çalışmadığı, 2018 yılı ölçümlerine göre ise; yıllık SO₂ düzeyinin ulusal sınırın 4 katından fazla olduğu görülmüştür.

Zonguldak'ta 3.090 MW kurulu gücünde taş kömürü kullanan dört adet santral işletmededir. Çevre Mühendisleri Odası'nın 2018 yılında yaptığı saha çalışmasında, bölgedeki hava kirliliği yükünün Türkiye, AB mevzuatı ve DSÖ öneri değerlerinin üzerinde olduğu, mevcut termik santrallerin tam kapasite ile çalışmaması durumunda bile mevzuatlarla belirlenen tüm sınır değerlerin aşıldığı belirlenmiştir.⁽²³⁾

Türkiye'de işletmede olan kömürlü termik santrallerden kaynaklanan hava kirliliği nedeniyle her sene 2876 erken ölüm ve 637.643 işgünü kaybı meydana gelmekte olduğu hesaplanmaktadır.⁽²⁴⁾

Termik Santraller ve Su Kirliliği

2018 yılında çekilen toplam 17.5 milyar m³ suyun (%56.2'si denizden) %44.9'u termik santraller tarafından temin edilmiştir (kalan %35.3'ü belediyeler, %15.3'ü imalat sanayi iş yerleri, %2.2'si köyler,

%1.4'ü maden işletmeleri ve %0.9'u OSB'ler). Öte yandan, 2018 yılında doğrudan alıcı ortamlara 14.8 milyar m³ atıksu deşarj edildi. Alıcı ortamlara deşarj edilen atıksuyun %77.4'ü denize, %18.7'si akarsuya, %3.8'i diğer alıcı ortamlara deşarj edildi. Toplam atıksuyun %51'i termik santraller tarafından deşarj edildi (kalan %30.8'i belediyeler, %14.7'si imalat sanayi işyerleri, %1.6'sı OSB'ler, %1.1'i maden işletmeleri ve %0.8'i köyler) (Şekil 47.10).⁽¹⁸⁾ Bilindiği gibi termik santrallerden deşarj edilen ve soğutmada kullanılan sular işlem sırasında ısınmakta olup alıcı ortama yeterince soğutulmadan verilmekte ve canlı yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Çevre Mevzuatına Uyum Yatırımlarını Yapmadıkları İçin Kapatılan Termik Santraller

Kömürlü termik santrallerin bir kısmı 2013 yılından bu yana, baca gazı arıtma, emisyon ölçüm sistemi veya kül barajı gibi çevre ve halk sağlığının korunması için gerekli yatırımları yapmamıştır. 2019 sonunda Meclise sunulan dijital hizmet vergisi, konaklama vergisi, değerli konut vergisi gibi düzenlemeleri de içeren torba yasa teklifi içerisinde yer alan 50'nci madde ile kömürlü termik santrallerin çevre mevzuatına uyum süresinin 30 Haziran 2022'ye kadar uzatılması öngörülmüştü. Termik santrallere filtre takılmasını erteleyen yasa Cumhurbaşkanı tarafından onaylanmayınca çevre yatırımları için verilen süre 31 Aralık 2019'da dolmuş oldu.⁽²⁵⁾

Cumhurbaşkanlığı vetosunun gerekçesi, çevre mi yoksa enerji, sanayi ve kârlılık mı öncelikli sorusuna bundan sonra nasıl yaklaşılması gerek-

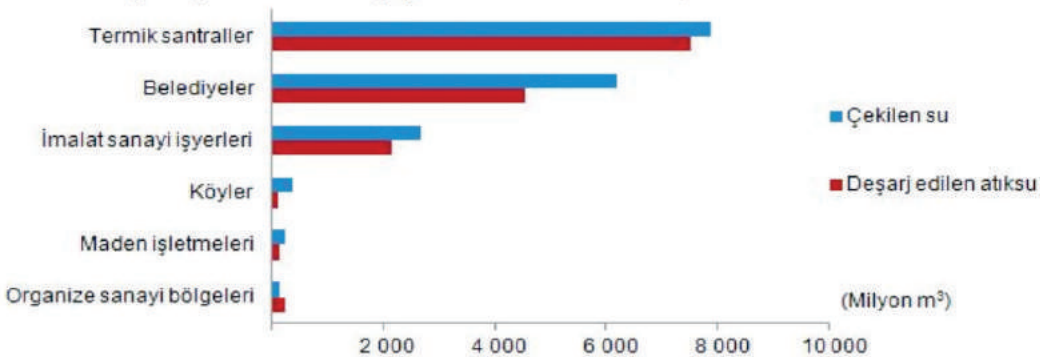
tiğine dair önemli bir gelişmedir. Gerekçeye göre, "Ülkemizin enerji ihtiyacının karşılanması zarureti, insan sağlığı ve çevrenin korunması amacının önüne geçmemelidir. Günümüz şartlarında çevre kirliliğine yol açmadan, özellikle hava, su ve toprak kalitesini bozmadan da enerji üretiminin gerçekleştirilmesi mümkündür. Hal böyle iken, evvelce elektrik üretim şirketlerine tanınan ve esasen yeni mevzuata uyum sağlama ihtiyacından kaynaklanan yaklaşık 7 yıllık geçiş süresi uyum için yeterli olmasına rağmen, incelenen Kanunla bu sürenin nihayetinde 2,5 yıl kadar daha uzatılması Devletin insan sağlığı ve çevreyi koruma ödevi ile bağdaşmayacaktır."⁽²⁶⁾

Veto üzerine beş termik santralin tamamen, bir termik santralin ise kısmi olarak kapatılmasına karar verildi. Diğer yedi santralden dördüne geçici faaliyet belgesi verildi, üç santral ise gerekli çevre izinlerini aldılar. Kahramanmaraş Afşin A, Kütahya Seyitömer, Kütahya Tunçbilek, Sivas Kangal ve Zonguldak Çatalağzı termik santralleri tamamen, Manisa Soma Termik Santrali ise kısmi olarak kapatıldı. Soma Termik Santrali'nde iki ünite kapatma işlemi gerçekleştirilmiş olup, diğer dört ünite ise faaliyetlerine geçici olarak devam etmektedir.⁽²⁵⁾

Kurulu ve Yapılması Planlanan Kömürlü Termik Santralleri

Türkiye'de ithal bir kaynak olan doğalgazın elektrik üretiminde kullanılması yerine, rezervleri belirlenen ve termik santral kurulabilecek özellikte olan linyit sahalarının hızla devreye sokulması ve mevcut santrallere yeni ünitelerin ilavesine çalışılmaktadır.⁽¹²⁾

Sektörlere göre çekilen su ve deşarj edilen atıksu miktarları, 2018



Şekil 47.10 Türkiye'de Sektörlere göre çekilen su ve deşarj edilen su miktarları, 2018.⁽¹⁸⁾

Bu doğrultuda, kömürlü termik santrallerin sayısı her geçen yıl artış göstermektedir. Türkiye'de 2018 Eylül itibarıyla işletmede toplam 19.9 GW kurulu gücünde 27 kömürlü termik santral bulunmaktaydı ve buna ek olarak, 33.4 GW yeni kömürlü termik santralin yapımı planlanmaktadır. Türkiye, hem sayı hem de kapasite bakımından Avrupa bölgesi ülkeleri (AB33) arasında en fazla yeni kömürlü termik santral planlayan ülkedir; eğer planlanan bu santraller inşa edilirse Türkiye'nin kömürden elde edilen kurulu gücü yaklaşık 2,5 katına çıkacaktır.⁽²³⁾ Türkiye planlanan kömürlü termik santral kapasitesi bakımından dünyada da 2018 yılında Çin ve Hindistan'ın arkasından üçüncü gelmektedir.⁽²⁷⁾ Ancak ne paradokstur ki yerli kömür kullanmak amacıyla başlanan termik santrallerde ithal kömür kullanımı artınca, bir ithal kaynak bir başka ithal kaynakla ikame edildiğinden döviz kaybı devam etmekte, kömürün yakılmasına bağlı hava kirliliği ise artmaktadır.

Nükleer Enerji

Mersin Akkuyu'da yapımına başlanan nükleer güç santralının kurulu güç kapasitesi 4800 MWe'tir. İlk ünitenin 2023 yılında işletmeye alınması planlanmaktadır. Yaklaşık 20 milyar ABD dolarlık Rus sermayesi ile kurulacak santralde üretilen yıllık 40 milyar kWh elektriğin %50'sinin 15 yıl boyunca TETAŞ tarafından satın alınması hükmü yer almaktadır.⁽⁹⁾

Türkiye'de Yenilenebilir Enerji

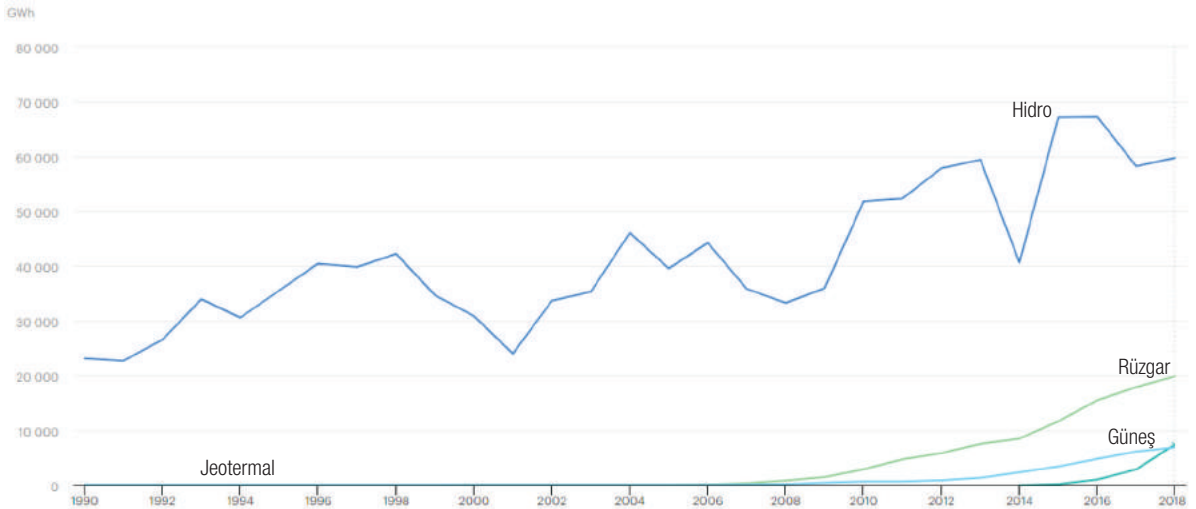
Türkiye'nin yenilenebilir enerji potansiyeli yüksektir. Yıllar içinde yenilenebilir enerji kaynaklarından üretilen elektrik miktarı artmıştır (**Şekil 47.11**).⁽¹¹⁾ Ancak özellikle güneş ve rüzgar için elektrik şebekesine bağlanma kuralları, şebeke güncellemeleri/bağlantıları yeterli değildir. Türkiye'nin 2023 enerji hedefi elektrik üretiminde yenilenebilir enerjinin payını %30'a çıkarmaktır.⁽²⁸⁾

Rüzgâr Enerjisi Santralleri (RES)

Türkiye'nin rüzgâr enerjisi potansiyeli 48000 MW olarak belirlenmiştir ve halen mevcut olan kurulu gücün yarısından fazlasına karşılık gelmektedir. Bu potansiyele karşılık gelen toplam alan Türkiye yüzölçümünün %1.30'una denk gelmektedir. 2019'da faaliyet halinde olan 198 RES işletmesinin kurulu gücü 8056 MW olmuştur. Son bir yılda işletmeye alınan güç 687 MW'tır. İşletmedeki rüzgar enerjisi santrallerinin kurulu güç bakımından %38.5'i Ege, %34.7'si Marmara, %12.3'ü ise Akdeniz bölgelerinde bulunuyor.⁽²⁹⁾

Güneş Enerjisi Santralleri (GES)

Türkiye, coğrafi konumu nedeniyle yüksek güneş enerjisi potansiyeline sahiptir. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nca hazırlanan Türkiye Güneş Enerjisi Potansiyeli Atlasına (GEPA) göre, yıllık toplam güneşlenme süresi 2741 saat (günlük ortalama 7.5 saat), yıllık toplam gelen güneş enerjisi



Şekil 47.11 Yenilenebilir kaynaklardan elektrik üretimi (yanma içermeyen), 1990-2018.⁽¹¹⁾

1527 kWh/m².yıl'dır (günlük ortalama 4,18 kWh/m².gün). En yüksek enerji potansiyeline sahip bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesidir. Akdeniz Bölgesi 2. sırada gelmektedir.⁽³⁰⁾Türkiye'nin 2017 yılında kurulu GES'lerin kapasitesi 1500 MW'a ulaşmıştır. Güneş enerjisi için, 2023 yılı sonuna kadar yaklaşık 5000 MW'lık bir kurulu güç kapasitesi hedeflenmektedir.⁽³¹⁾ Konya Karapınar'da ise 1000 MW'lık güneş enerjisi santrali inşaatına 2020'de başlanacaktır.

Jeotermal Enerji Santralleri (JES)

Türkiye jeotermal enerji potansiyeli büyük bir ülkedir ve dünyada 7. sıradadır. Bugüne kadar hesaplanmış potansiyel 31500 MW'tır. Ülkemizde potansiyel oluşturan alanlar, Batı Anadolu'da (%77.9) yoğunlaşmıştır.⁽³²⁾ 2017 yılı sonu itibarıyla, Türkiye'de faaliyet göstermekte olan 40 adet jeotermal enerji santrali bulunmaktaydı. Bu santrallerin toplam kurulu gücü 1.1 GW'tı. Elektrik üretimi bakımından jeotermal enerji kaynaklarına bakıldığında elde edilen elektrik 5970 GWh'dir. Jeotermal enerji elektriğin üretiminin yanında konut ve sera ısıtmada da kullanılmaktadır.⁽³³⁾

Enerji Verimliliği

Uluslararası Enerji Ajansı'na göre (2016) enerji verimliliğini artırmak çevreyi korumaya yardımcı olduğu gibi enerji güvenliğini de maliyet etkin bir biçimde artırır. Üretim aşamasından tüketim aşamasına dek verimliliği artırmada birçok önemli fırsatlar mevcuttur.

Türkiye'de kişi başı enerji tüketimi gelişmiş ülkelere göre daha düşük olmakla birlikte, enerji yoğunluğu halen yüksektir. Enerji verimliliği çalışmalarını ile Türkiye'nin enerji yoğunluğunun (milli gelir başına tüketilen enerji) 2023 yılına kadar, 2011 yılına göre en az %20 azaltılması hedeflenmektedir. 2018 yılında yürürlüğe giren Ulusal Enerji Verimliliği Eylem Planına göre 6 farklı sektörde 55 adet eylemin hayata geçirilmesi ile 2023 yılına kadar, 10.9 milyar ABD Doları yatırım ile, kümülatif olarak 23.9 milyon ton eşdeğer petrol (MTEP) enerji tasarrufu sağlanması beklenmektedir (2016'daki toplam tüketimin %24'ü). Bu da 2023 yılında Türkiye'nin birincil enerji tüketiminde %14 oranında bir azalmaya denk gelecektir. (T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı - Enerji Verimliliği Teknik Yatırım) 2017 ve 2018 yıllarında enerji verimliliğine 1.35 milyar ABD

doları yatırım yapıldığı ve bunun sonucunda yaklaşık 900 bin TEP enerji tasarrufu sağlandığı hesaplanmıştır.⁽³⁴⁾

Nihai enerji yoğunluğu indeksinde 2000-2015 yılları arasında %21.0 azalma sağlanarak yıllık bazda ortalama %1.5 oranında iyileşme gerçekleşmiştir. Ya da bir başka deyişle, 2005-2014 döneminde Türkiye'nin GSYİH'si bir birim artarken enerji tüketimi 0.7 birimlik artış göstermiştir. Bununla birlikte, aynı dönemde 1 birim GSYİH artışına karşılık, Fransa enerji tüketimini 1.1, Almanya 0.7, Japonya 3.3 ve İngiltere 2.0 birim azaltmıştır. 2015 yılı Türkiye'nin birincil enerji yoğunluğu 2010 yılı dolar fiyatlarıyla 1000 Dolar başına 0.12 TEP'dir. Bu rakam dünya ortalaması olan 0.18 değerinden düşük olmakla beraber Almanya'nınki 0.08, İtalya'nınki 0.07, Avrupa Birliği 28 üye ülke ortalaması 0.09'dur.⁽³⁵⁾ Bir başka deyişle, Türkiye eğer Almanya seviyesinde enerji verimliliğine sahip olsaydı, aynı milli gelire %33 daha az enerji harcayarak ulaşabilecekti. Enerji verimliliğine yönelik yatırımlarla sağlanabilecek tasarruf miktarları, günümüzde halen devam etmekte olan ya da planlanan birçok enerji yatırımını sorgulanır hale getirmektedir.

Verimliliği artırmada kayıp-kaçakların azaltılması da önemlidir. Daha önce %15 seviyelerinde olan kayıp-kaçak oranları 2018 yılında %3.2'lik bir azalmayla %11.8'e düşürülmüştür. Kamu santrallerinde 5 yılda toplam %5 verimlilik artışı olması hedeflenmektedir.⁽³⁶⁾ İletim sistemi kayıpları 2017 yılında 5503 GWh ile %2.1 oranında olmuştur. Dağıtım sistemi kayıpları ise bölgelere göre değişim göstermektedir ve özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesindeki yüksek oranlar dikkat çekmektedir (Tablo 47.2).⁽³⁶⁾

Binaların toplam enerji tüketimindeki payı yüksektir. Binaların nihai enerji tüketimindeki payı 2015 yılında %32.8'e (32.4 MTEP) ulaşarak sanayi sektörünün önüne geçmiştir. Bina ve hizmetler sektörünün nihai elektrik tüketimindeki payı ise %49.9 olmuştur ve artış 2000 yılına göre %135'tir.⁽³⁵⁾

Binaların enerji performansı, standart kullanımına (ısıtma, soğutma, sıcak su ve havalandırma sistemleri, aydınlatma vb.) bağlı olarak tüketilen ya da tüketileceği varsayılan enerji miktarını ifade etmektedir. Yeni binaların, en az "C sınıfı" enerji kimlik belgesi alması zorunludur. Enerji performansı kimlik belgelerinin 2020 yılına kadar tüm binalar için zorunlu olması gerekirken de 2019 yılında binaların sadece %8'si bu belgeye sahipti.⁽¹⁰⁾

Tablo 47.2 Elektrik dağıtım şirketleri ve dağıtım sistemi kayıpları, 2008-2016.⁽³⁶⁾

Şirket	Dağıtım Esas Kayıp ve Kaçak Gerçekleşme (%)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015
Akdeniz	9,4	9,3	8,3	8,5	9,8	11,3	8,5	7,0	6,3
Akedaş	7,8	8,4	8,2	8,3	7,2	6,7	6,8	5,0	7,2
Aras	27,2	27,7	25,5	34,0	33,8	38,2	26,5	25,8	25,7
ADM	11,9	10,3	8,7	8,4	8,0	7,6	7,9	5,3	5,7
Ayedaş	8,7	7,5	6,9	6,9	6,9	7,6	7,2	7,0	6,8
Başkent	8,5	8,9	8,6	9,2	8,7	7,9	7,7	7,0	7,0
Boğaziçi	10,8	9,6	9,8	10,8	10,2	9,9	9,2	9,4	9,6
Çamlıbel	9,2	8,1	7,3	9,2	8,3	7,6	7,7	7,1	6,0
Çoruh	10,6	11,4	11,6	11,2	10,2	9,4	9,0	9,3	9,2
Dicle	64,5	73,4	65,5	76,2	71,5	75,4	75,1	73,3	67,8
Fırat	10,4	13,6	12,2	11,1	10,9	9,5	9,5	10,4	10,6
GDZ	7,5	8,9	8,8	8,8	7,8	9,7	8,4	7,4	7,3
Kayseri	10,3	10,7	8,7	7,1	6,9	6,9	7,0	5,4	5,9
Meram	8,8	9,0	9,6	8,9	9,0	7,1	7,3	7,3	6,7
Osmangazi	5,6	6,8	9,1	7,1	7,2	7,9	7,6	7,6	5,7
Sedaş	7,6	8,0	6,4	7,0	7,1	6,6	6,8	6,7	6,6
Toroslar	9,9	9,8	8,9	13,8	13,2	15,2	13,2	12,5	12,1
Trakya	7,2	7,1	6,8	8,3	6,5	6,1	6,3	7,4	5,5
Uludağ	7,2	7,1	6,8	8,3	6,5	6,1	6,3	7,4	5,5
Vangözü	55,9	55,6	57,2	59,1	59,1	65,8	61,0	59,7	56,4
Yeşilirmak	9,2	10,9	12,9	8,4	7,7	11,5	8,3	8,0	8,2

Enerji Teşviklerinin Düzeyi

Fosil yakıtlara verilen desteklerin genel olarak negatif ekonomik etkileri vardır. Bu teşvikler genellikle yüksek maliyetlidir, bütçeden diğer alanlara ayrılacak miktarların azalmasına neden olurlar, israfı artırurlar ve örneğin yenilenebilir enerji karşısında haksız rekabeti artırurlar. Enerji sektörüyle ilgili kararlarda sosyal ve çevresel etkilerin gerçek maliyetleri hesaba dahil edilmelidir.⁽³⁷⁾

Türkiye’de çevreye zararlı teşvikler devam etmektedir. OECD’ye göre fosil yakıt desteği 2008 yılına göre 2018 yılında 9 kattan fazla artmıştır. Son on yılda en önemli fosil yakıt desteği, yakıt vergi muafiyetleri ile verilmiştir. Petrol ürünlerine yönelik akaryakıt vergi muafiyetleri, kömür üretimi ve fosil yakıt arama çalışmalarına verilen sübvansiyonlar, kömür endüstrisine yapılan doğrudan transferler, santrallerin rehabilitasyonu için sübvansiyonlar, yoksul ailelerin kömür kullanımının sübvansiyonu bu artışın nedenleri arasındadır. Doğrudan büt-

çe aktarımları bakımından yoksul ailelere yönelik ısınma amaçlı kömür yardımı önemli bir destek kalemidir.⁽¹⁰⁾ Türkiye Kömür İşletmeleri (TKİ) tarafından sosyal yardım kapsamında, 15 yıllık dönemde, her yıl yaklaşık 2 milyon ihtiyaç sahibi aileye yılda ortalama 2 milyon ton ve 2018 yılında 2.5 milyon tondan fazla olmak üzere 28.3 milyon ton kömür teslimatı yapılmıştır.⁽¹⁷⁾ Yoksul ailelere kömür yardımı, kömürün hanelerde ısınma amaçlı kullanılmasını teşvik edip özellikle şehirlerde sağlık sorunlarına, yerel düzeyde hava kirliliğine ve sera gazı emisyonlarına neden olmaktadır.⁽¹⁰⁾

Taşıt vergilendirme sistemi tüketicileri daha yüksek salım yapması olası daha eski ve ikinci el araçlara itmektedir. 2015 yılında enerji kullanımından kaynaklı karbon emisyonlarının %51’i ücrete tabi tutulmamıştır. Mazot, biraz daha düşük oranlarda vergilendirilirken bu durum, karayolu taşımacılığında kaynaklanan hava kirliliğini azaltma çalışmalarıyla çelişmektedir.⁽¹⁰⁾

Türkiye’de petrol, doğal gaz ve kömüre her yıl 1.9 milyar ABD doları teşvik sağlanmaktadır. Türkiye’de fosil yakıtlara bağlı olduğu hesaplanan yıllık sağlık (19.4 milyar dolar) ve iklim değişikliği (13.2 milyar dolar) maliyetleri, fosil yakıtlara verilen ölçülebilen teşvik miktarının (1.9 milyar dolar) 10 katından daha fazladır. ⁽³⁸⁾

Enerji Teşviklerine Bağlı Ölüm ve Yaşam Yılı Kayıplarının Düzeyi

Türkiye’de her yıl hava kirliliğine bağlı 28.881 ölüm gerçekleştiği bildirilmektedir. Fosil yakıt teşvikleri kaldırılırsa, bu ölümlerin %73.8’i önlenilecektir. Türkiye’de her yıl PM2.5 maruziyeti nedeniyle 846.068 yaşam yılı kaybının gerçekleştiği tahmin ediliyor. Teşviklerin kaldırılmasıyla önüne geçilecek hava kirliliğine bağlı ortaya çıkan hastalıkların tedavisinden doğan sağlık maliyetleri azalacak, hasta geçirilen gün sayısında düşüş yaşanacak, üretimde verimlilik artacaktır. ⁽³⁸⁾

Sera Gazı Emisyonları ve Hedefler

Türkiye OECD ülkeleri arasında son 10 yılda sera gazı emisyonları en çok artan ülke konumundadır. 2008 yılında toplam sera gazı emisyonu 387.6 milyon ton (Mt) CO₂ eşdeğeri iken 2018 yılında 520.9 MtCO₂ eşdeğeri olmuştur. Sera gazı emisyonunda

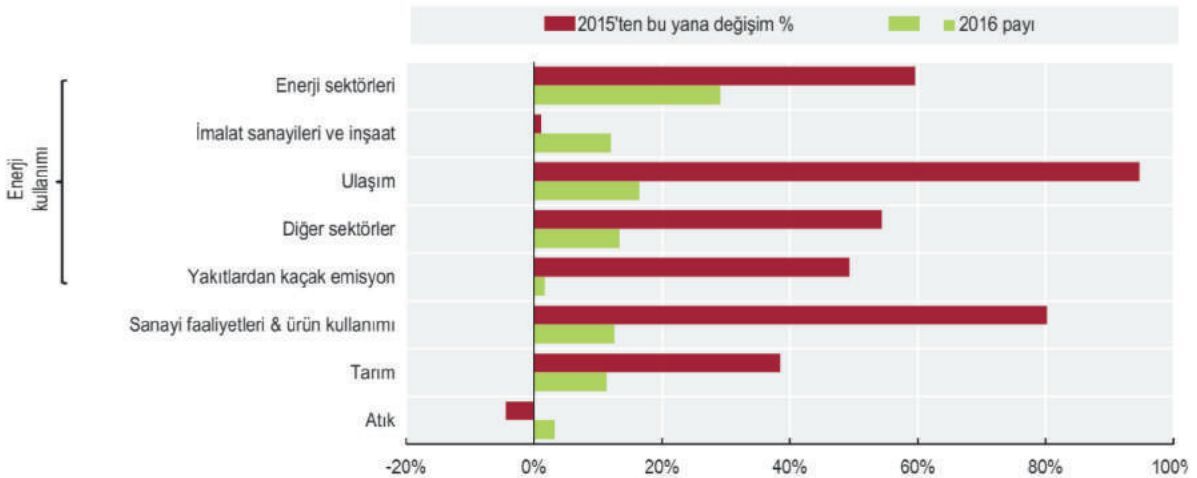
en büyük payı %71.6 ile enerji kaynaklı işlemler (enerji üretimi+ulaşım) almıştır. ⁽¹⁸⁾

Ulaşım kaynaklı emisyonlar Türkiye’nin 2016 yılındaki toplam sera gazı emisyonunun %16’sıdır ve 2005 yılından bu tarihe %95 artış göstermiştir. Ulaşım kaynaklı emisyonlarının neredeyse tamamı (%91), karayolu taşımacılığında kaynaklanmaktadır (**Şekil 47.12**). ⁽¹⁰⁾ Sera gazı emisyonlarının %12.5’i endüstriyel işlemler ve ürün kullanımı, %12.5’i tarımsal faaliyetler ve %3.4’ü atıklardan kaynaklanmaktadır. Kişi başı toplam sera gazı emisyonu ise 6.4 ton CO₂ eşdeğeridir. ⁽¹⁸⁾

Türkiye Kyoto protokolünü 2009 yılında onaylamış, Paris anlaşmasını ise imzalamış ancak henüz onaylamamıştır. Türkiye, 2020 yılına yönelik olarak iklim değişikliğinin etkilerini azaltma taahhüdünde bulunmayan tek OECD ülkesidir. ⁽¹⁰⁾

Sonuç

Enerji üretim ve tüketiminin çevre ve insan sağlığına etki ve maliyetleri giderek artmaktadır. Nüfus artışı, ekonomik büyümeyi ve tüketimi sürekli artırmaya odaklı ekonomik yaklaşımlar, sosyoekonomik eşitsizlikleri büyüten politikalar çevrenin tahribini, doğal yaşamın gördüğü zararı ve sonuçta insanlığın bugüne kadar elde ettiği tüm kazanımları, sağlık başta olmak üzere tehdit etmektedir. Türkiye gelişmesini sürdüren, küresel planda doğal ve insan kaynaklarıyla, üretim gücüyle, tüketim hacmiyle



Not: SG'ye arazi kullanımı, arazi kullanım değişikliği ve ormancılıktan kaynaklanan emisyonlar/giderimler dahil değildir (AKAKDO).

Kaynak: OECD (2018), "Hava ve İklim: Kaynağına göre sera gazı emisyonları", OECD Çevre İstatistikleri (veritabanı).

Şekil 47.12 Türkiye’de en büyük sera gazı üreticisi sektörler, 2005’ten 2016’ya kadarki değişim ve 2016’daki paylarının yüzdelik değerlendirmesi. ⁽¹⁰⁾

önemli bir ülkedir. Bu topraklar üzerinde yaşayan herkesin ve her canlının refahı için sürdürülebilir enerji politikalarının benimsenmesi, gelişmenin nimetlerinin adil paylaşımı önem taşımaktadır. Nihayetinde, iyi yaşamak ve çocuklarımıza yaşanabilir bir gezegen bırakmak istiyorsak aklın ve sağduyunun sesini dinlemeye günümüzde daha fazla ihtiyacımız var. Uzayda yalnız başına dolanan küçük kırılğan mavi bir noktadan ibaret olan Dünya halen tek evimiz. Sahip değil, Ona ait, onun bir parçası olduğumuzun bilinciyle davranmazsak küresel iklim değişikliği, ozon tabakasının delinmesi, canlı türlerinin yok oluşu, pandemiler, açlık, savaş ve göçler gibi sayıları giderek artan felaketlerin bildiğimiz anlamda yaşamı, sadece başkaları için değil, hepimiz için imkansız hale getireceğini, bunun da belki bizim neslimizin veya çocuklarımızın görebileceği kadar yakın bir zamanda olabileceğini hep hatırmızda tutmamız ve bunları önlemek için gereken tedbirleri çok geç olmadan almamız gerekiyor.

Kaynaklar

- 1) Cumhuriyet. Çevre mevzuatına uymadıkları için kapatılan termik santrallara tartışmalı filtre. 19 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/cevre-mevzuatina-uyamadiklari-icin-kapatilan-termik-santrallara-tartismali-filtre-1746024>
- 2) BirGün. Amasra'da termik santral yapımına olanak sağlayan plan değişikliği durduruldu. birgun.net [Internet]. 18 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.birgun.net/haber/amasra-da-termik-santral-yapimina-olanak-saglayan-plan-degisikligi-durduruldu-305136>
- 3) HaberTürk. Yenilenebilir enerjiye mayısta 5,2 milyar liralık destek. hthayat.haberturk.com [Internet]. 17 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.haberturk.com/mayis-ayinda-52-milyarlik-destek-saglandi-2715450-ekonomi>
- 4) BirGün. Ege'de tarım unutuldu, her yer JES oldu. birgun.net [Internet]. 16 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.birgun.net/haber/ege-de-tarim-unutuldu-her-yer-jes-oldu-304767>
- 5) BirGün. En yaşlı denizcilere kömür tehdidi. 16 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.birgun.net/haber/en-yasli-denizcilere-komur-tehdidi-304774>
- 6) BirGün. Küçük Menderes Havzası'nın katı atıkları elektriğe dönüşecek. 15 Haziran 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]; Erişim adresi: <https://www.birgun.net/haber/kucuk-menderes-havzasinin-kati-atiklari-elektrige-donusecek-304647>
- 7) Navajo, Battling Covid, Say Coal Mines Sapped Drinking Water [Internet]. Bloomberg Law. 2020 [a.yer 25 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://news.bloomberglaw.com/environment-and-energy/virus-ravaged-navajo-say-coal-mines-sapped-their-drinking-water>
- 8) Devlet Planlama Teşkilatı. Elektrik Enerji Piyasası ve Arz Güvenliği Stratejisi Belgesi, Yüksek Planlama Kurulu'nun 18.5.2009 tarih ve 6036 sayılı kararı, 21.5.2009 [Internet]. [a.yer 23 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT%2F1%2FDocuments%2FBelge%2FArz_Guvenligi_Strateji_Belgesi.pdf
- 9) Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Nükleer Santraller ve Ülkemizde Kurulacak Nükleer Santrale İlişkin Bilgiler [Internet]. [a.yer 02 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT%2F1%2FDocuments%2FSayfalar%2F1%2Fbckleer+Santraller+ve+%c3%9c%2F1%2Fbckleer+Santrale+%c4%B1k%20Ay1%20C4%B1k%20C3%96zet%20Raporu.pdf>
- 10) OECD. OECD Çevresel Performans İncelemeleri: Türkiye 2019 [Internet]. OECD iLibrary. 2019 [a.yer 18 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ab/icerikler/oecd-epr-tr-20190228120557.pdf>
- 11) IEA. Turkey - Countries & Regions [Internet]. IEA. [a.yer 28 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.iea.org/countries/turkey>
- 12) T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı - Kömür [Internet]. enerji.gov.tr. [a.yer 24 Haziran 2020]. Erişim adresi: <http://www.enerji.gov.tr/tr-TR/Sayfalar/Komur>
- 13) Türkiye İstatistik Kurumu, Motorlu Kara Taşıtları, Mayıs 2020 [Internet]. TÜİK Haber Bülteni, sayı:33653. 2020 [a.yer 29 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/tuik-haber-bulteni>
- 14) Enerji İşleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Elektrik Yatırımları 2019 Yılı Aralık Ayı Özet Raporu [Internet]. [a.yer 23 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT/1/Documents/E%20C4%B0GM%20Periyodik%20Rapor/Elektrik%20Yat%20C4%B1r%20C4%B1mlar%20C4%B1%202019%20Aral%20C4%B1k%20Ay1%20C4%B1k%20C3%96zet%20Raporu.pdf>
- 15) Türkiye Kömür İşletmeleri Kurumu APK Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kömür İşletmeleri Kurumu 2018 Faaliyet Raporu [Internet]. 2019 Nis s. 108. Erişim adresi: <http://www.tki.gov.tr/depo/file/faaliyet%20raporu/2018faaliyetraporu.pdf>
- 16) Elektrik dağıtım özel sektöre devredildi [Internet]. TRT Haber. 2013 [a.yer 03 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.trt-haber.com/haber/ekonomi/elektrik-dagitimi-ozel-sektore-devredildi-102978.html>
- 17) Türkiye Kömür İşletmeleri Kurumu APK Dairesi Başkanlığı. 2018 Kömür (Linyit) Sektör Raporu [Internet]. Ankara; 2019 s. 109. Erişim adresi: <http://www.tki.gov.tr/depo/TK%20C4%B0%20-%202018%20K%20C3%96M%20C3%96R%20SEKT%20C3%96R%20RAPORU.pdf>
- 18) Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çevre, 2018 [Internet]. TÜİK Haber Bülteni, sayı:33675. 2020 [a.yer 19 Haziran 2020]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33675>
- 19) Climate Action Network (CAN). The Real Costs of Coal. Muğla, 2019 [Internet]. [a.yer 30 Haziran 2020]. Erişim adresi: <http://www.caneurope.org/docman/coal-phase-out/3552-the-real-costs-of-coal-mugla/file>
- 20) EÜAŞ. Afşin-Elbistan Linyit Sahası [Internet]. Santraller. [a.yer 02 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.euas.gov.tr/tr-TR/santraller/afsin-elbistan-linyit-sahasi>
- 21) Ekoloji Birliği. Afşin'e 3. santralin kurulması için bakanlıktan onay! [Internet]. Ekoloji Birliği. 2020 [a.yer 02 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://ekolojibirligi.org/afsin-3-santralin-kurulmasi-icin-bakanliktan-onay/>
- 22) T.C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı. Fasıllı Enerji [Internet]. 2020 [a.yer 23 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.ab.gov.tr/fasil-15-enerji_80.html
- 23) Temiz Hava Hakkı Platformu. Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri: Kara Rapor, 2019 [Internet]. [a.yer 24 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/Hava-Kirliligim%20CC%86i-ve-Sag%20CC%86i%20C4%B1k-Etkileri-Kara-Rapor-2019.pdf>

- 24) Temiz Hava Hakkı Platformu. Eskişehir’de Kara Bulutlar: Alpu Termik Santrali Hava Kirliliği ve Olası Sağlık Etkileri, Eylül 2018. 2018 Eyl s. 28.
- 25) Filtre taktırmayan termik santraller kapatıldı | DW | 02.01.2020 [Internet]. DW Gündem. 2020 [a.yer 25 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.dw.com/tr/filtre-takt%C4%B1rmayan-termik-santraller-kapat%C4%B1ld%C4%B1/a-51856647>
- 26) Erdoğan termik santrallere filtre takılmasını erteleyen yasayı veto etti | DW | 02.12.2019 [Internet]. DW Gündem. 2020 [a.yer 25 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.dw.com/tr/erdo%C4%9Fan-termik-santrallere-filtre-tak%C4%B1lmas%C4%B1n%C4%B1-erteleyen-yasay%C4%B1-veto-et-ti/a-51503581>
- 27) Mapped: The world’s coal power plants in 2020 [Internet]. Carbon Brief. 2020 [a.yer 28 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.carbonbrief.org/mapped-worlds-coal-power-plants>
- 28) International Energy Agency. Energy Policies of IEA Countries - Turkey, 2016 [Internet]. 2016 s. 223. Erişim adresi: <https://webstore.iea.org/energy-policies-of-iea-countries-turkey-2016-review>
- 29) Türkiye’nin rüzgar enerjisinde kurulu gücü 8 bin megavata aştı [Internet]. Anadolu Ajansı. 2020 [a.yer 02 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiyenin-ruzgar-enerjisinde-kurulu-gucu-8-bin-megavati-asti/1779956>
- 30) T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı - Güneş [Internet]. enerji.gov.tr. [a.yer 02 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <http://www.enerji.gov.tr/tr-TR/Sayfalar/Gunes>
- 31) TÜBA Enerji Çalışma Grubu. TÜBA Güneş Enerjisi Teknolojileri Raporu [Internet]. Ankara; 2018 ubat. Report No.: 26. Erişim adresi: <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/G%C3%BCne%C5%9F%20Enerjisi%20Teknolojileri%20Raporuweb.pdf>
- 32) T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Türkiye Çevre Durum Raporu, 2016 [Internet]. [a.yer 25 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editordosya/tcdr_tr_2015.pdf
- 33) Zaim A, Çavşi, Hande. Türkiye’deki Jeotermal Enerji Santrallerinin Durumu. Mühendis ve Makina, MMO. Haziran 2018;59(691):14.
- 34) T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Ulusal Enerji Verimliliği Eylem Planı 2017-2018 Gelişimi Özet Raporu, Mayıs 2019 [Internet]. [a.yer 29 Haziran 2020]. Erişim adresi: [https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT%2f1%2fDocuments%2fSayfalar%2fUlusal+Enerji+Verimlili%C4%9fi+Eylem+Plan%2fc4%b1\(2017-2018\)+Geli%C5%9fimi+%e3%96zet+Raporu.pdf](https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT%2f1%2fDocuments%2fSayfalar%2fUlusal+Enerji+Verimlili%C4%9fi+Eylem+Plan%2fc4%b1(2017-2018)+Geli%C5%9fimi+%e3%96zet+Raporu.pdf)
- 35) T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. Ulusal Enerji Verimliliği Eylem Planı 2017-2023 [Internet]. [a.yer 29 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.enerji.gov.tr/File/?path=ROOT%2f1%2fDocuments%2fSayfalar%2fUlusal+Enerji+Verimlili%C4%9fi+Eylem+Plan%2fc4%b1.pdf>
- 36) TEİAŞ Genel Müdürlüğü Planlama ve Yatırım Yönetimi Dairesi Başkanlığı. Türkiye Elektrik Enerjisi 5 Yıllık Üretim Kapasite Projeksiyonu (2018-2022) [Internet]. Türkiye Elektrik İletim A.Ş; 2018. Erişim adresi: <https://www.epdk.gov.tr/Detay/Iceirik/3-0-66-3/elektrikuretim-kapasite-projeksiyonlari#>
- 37) Acar S, Kitson L, Bridle R. Subsidies to Coal and Renewable Energy in Turkey. International Institute for Sustainable Development. Mart 2015;36.
- 38) HEAL. Gizli Maliyet. Fosil yakıt teşviklerini sonlandırmanın sağlık faydaları, 2017 [Internet]. [a.yer 22 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.env-health.org/IMG/pdf/heal_fosil_yakit_tesvikleri_ve_saglik_web.pdf

Olağın Dışı Durumlar

> (Afetler) ve Çevre

48

DOÇ. HÜR HASOY • DR. KEVSER DURGUN

Toplum düzenini ve yaşamını çok kısa sürede altüst eden, önemli can kayıplarına, yaralanmalara ve ekonomik kayıplara yol açan, çoğu kez kaçınılmaz şekilde etkisi altında kalınabilen doğal veya insan eliyle meydana gelen her olay afet olarak adlandırılmaktadır⁽¹⁾. Başka bir tarif ise “İnsan ve diğer canlılar için; normal yaşamı ve toplumsal faaliyetleri kesintiye uğratan, toplumda fiziksel, sosyal, kültürel ve ekonomik kayıplara neden olan ve etkilenen topluluğun üstesinden gelemediği doğa veya insan kaynaklı bir olgudur” şeklindedir⁽²⁾.

Olağandışı durumlar (ODD) 3 büyük başlıkta incelenmektedir. 1. Doğal olaylar sonucu ortaya çıkan olağandışı durumlar, 2. İnsan eliyle ortaya çıkan olağandışı durumlar, 3. Karmaşık insani aciller. Doğal olaylar sonucu ortaya çıkan olağandışı durumlar; deprem, tsunami, sel baskını, toprak kayması, çığ düşmesi gibi akut başlangıçlı ya da kuraklık, açlık, toksik maddelere kronik maruziyet gibi kronik başlangıçlı olabilmektedir. İnsan eliyle ortaya çıkan olağandışı durumlara örnek olarak endüstriyel kazalar, çevre kirliliği, ormanların tahrip edilmesi sayılabilir. Karmaşık insani aciller ise çeşitli savaşlar ve sonuçlarını içerir⁽³⁾.

Bu yazıda afetlerde çevre sağlığı hizmetlerinin neler olduğu tanımlanarak, afet durumlarında alınması gereken önlemlerin açıklanması amaçlanmıştır. Türkiye’de son dönemde görülen afetlere değinilerek bu afetlerdeki çevre sağlığını ilgilendiren noktalarda kısıtlı veri olanakları çerçevesinde saptamalar yapılmaya çalışılmıştır.

Türkiye’de Görülen Afetler ve Çevre Sağlığı

Türkiye’de afetler nedeniyle meydana gelen can kayıplarının kabaca yüzde 60’ı depremler nedeniyle meydana gelmektedir. Bulunduğu coğrafya itibarıyla Türkiye, en etkin deprem kuşaklarından biri olan Akdeniz-Alp-Himalaya kuşağı üzerinde yer almaktadır. Bu kuşak, dünyadaki depremlerin yaklaşık yüzde yirmisinin meydana geldiği ve Türkiye’de ortalama olarak beş yılda bir, yıkıcı bir depreme neden olan aktif bir kuşaktır. 1900’den günümüze en az 5.0 büyüklüğünde 1796 deprem kaydedilmiştir⁽⁴⁾. 2019 yılı içerisinde Türkiye ve çevresinde 4.0-4.9 arasında 164, 5.0-5.9 arasında 18 ve 6.0’dan büyük 2 deprem kaydedilmiştir. 23 Ekim 2011 Van depremi Türkiye’de meydana gelen depremler arasında büyüklük açısından son 110 yılın en büyük on depremi arasındadır⁽⁵⁾.

Türkiye’de 2019 yılı içerisinde toplamda 245 heyelan/kaya düşmesi olayı meydana gelmiştir. Trabzon 102 heyelanla ilk sırada yer almıştır. Trabzon’u 33 olayla Zonguldak, 11 olayla Çorum, 9 olayla Mersin ve 8’er olayla İzmir ve Kocaeli illeri izlemektedir. 2019 yılı içerisinde toplamda 499 sel/su baskını olayı meydana gelmiştir. Samsun 81 olayla ilk sırada yer almıştır. Samsun’u 37 olayla Trabzon, 33 olayla Afyonkarahisar, 25 olayla Zonguldak ve 22 olayla Aksaray takip etmektedir. 2019 yılı içerisinde toplamda 10 çığ olayı meydana gelmiştir. Kahramanmaraş 4, Tunceli 2, Artvin, Erzurum, Van ve Hakkâri ise birer çığ olayı yaşamıştır⁴. İnsan eliyle

yaşanan afetlerden Soma Faciası, 13 Mayıs 2014'te Manisa ilinin Soma ilçesindeki kömür madeninde 301 madencinin ölümüyle sonuçlanmıştır. Acil ve afetlerden kaynaklanan çevre sağlığı sorunları, barınma, su, sanitasyon, hastalık vektörleri, kirlilik gibi insan sağlığı için tehdit oluşturan fiziksel, biyolojik ve sosyal çevre üzerindeki etkilerle ilişkilidir⁽⁶⁾.

Afetlerde Çevre Sağlığı Hizmetleri

Barınma

Olağandışı durumlarda mağdurların barınma ihtiyacının süratle karşılanması ve özellikle iklimsel faktörlerin etkisinin azaltılması gerekmektedir. Afetlerde barınma ihtiyacı için geçici barınma alanlarının kullanılması bölgenin tahliye edilmesinden daha pratik bir çözüm olarak ortaya çıkmaktadır. Çadır kentler ya da sağlam kamu binaları bu amaçla kullanılmaktadır⁷. Barınma alanları için bazı standartlar sağlanmalıdır. Yatak veya mat üzerinde uyuyan kişiler minimum 3,5 m² taban alanına veya 10m³ hava hacmine sahip olmalıdır. Yataklar veya şilteler en az 0,75 metre mesafe ile ayrılmalıdır. Barınma alanlarında konaklayanların rekreasyonu için kişi başına 30 m² bir alan olmalıdır. Ortak pişirme, yeme, uyuma amaçlı kullanılan birimlerde 18 yaşından büyük kişiler için kişi başına en az 10 m², sadece uyuma amaçlı kullanılan birimlerde ise 3,5 metrekaare alan bulunmalıdır. Çocuklar ve engelliler için özel yaşam alanları oluşturulmuş olmalıdır. Çadır zemini tahta, asfalt ya da çimento olmalıdır. İki çadır arasında en az iki metre mesafe bulunmalıdır. Yangınların önlenmesi için her 300 metrede 50-75 metre aralık bırakılmalıdır. Geçici barınma olanaklarından yararlananlar için temel koruyucu sağlık hizmetleri sağlanmalıdır. Özellikle ana çocuk sağlığı, ruh sağlığı ve kronik hastalıklara yönelik gerekli tıbbi yardım ve lojistik barınma alanları içindeki sağlık biriminde bulunmalıdır⁽⁶⁻⁸⁾. Van depremi sonrası yapılan değerlendirmelerde Van İli merkezinde kurulan geçici barınma yerlerinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartlarına göre; bazı geçici barınma yerlerinde zeminin kötü olduğu, çadır veya prefabrik konut aralıklarının yetersiz olduğu, banyo, tuvalet, lavabo sayılarının yetersiz ve yaşam alanlarıyla olan mesafelerinin olması gerekenden

daha az olduğu, çadır veya prefabrik oda başına düşen kişi sayısının genelde fazla olduğu, bazı geçici barınma yerlerinde soba kullanılması nedeniyle gaz zehirlenmesi ve yangın riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir⁽⁹⁾.

Yeterli ve Temiz Su Sağlanması

Olağandışı durumlarda yeterli ve temiz su sağlanması yaşamsal önem taşır. İçme için kişi başına günde 3-4 litre su ihtiyacı olmaktadır. Gıda hazırlama, temizlik ve diğer ihtiyaçlar için toplamda kişi başına günde 15-20 litre su ihtiyacı olmaktadır. ODD'nin ilk gerçekleştiği zaman sağlıklı ve yeterli suyun sağlanmasında güçlük yaşanmaktadır. Afetin ilk anları güvenli suyun sağlanması ile ilgili en fazla sıkıntının yaşandığı dönemlerdir. Özellikle su kaynaklarının kontamine olması ve şebekenin zarar görmesi nedeniyle sağlıklı su temininde zorluklar yaşanabilmektedir. Bu nedenle bu ilk dönemde ambalajlı, şişelenmiş suların kullanımı tavsiye edilmektedir. Afetlerden sonra mümkün olan en kısa sürede, hasar gören su ve kanalizasyon sistemlerinin tamir edilmesi gerekmektedir. Geçici yerleşim alanlarında şebeke sağlanana kadar, su genellikle su tankerleri ile sağlanmaktadır. Bu nedenle afet durumunda kullanılacak olan suyun mutlaka dezenfeksiyonunun sağlanması önerilir. Dezenfeksiyon için 40 litre su için 160 mg'lık klor tabletler kullanılır. Acil durumlarda suyun dezenfeksiyonu için %4-6 arasında klor içeren Sodyum Hipoklorit Solüsyonu yani çamaşır suyu da kullanılabilir. 1 litre suyun dezenfeksiyonu için temiz sularda 2 damla, bulanık sularda da 4 damla kullanılabilir. ODD'larda suyun bakteriyolojik kalitesini normal dönemlerde de kullandığımız fekal koliform tayiniyle gerçekleştirebiliriz. Olağan koşullarda içme ve kullanma amaçlı kullanılacak suda hiç fekal koliform bakteri bulunmaması gerekir^(6-8,10). Van depremi sonrası yapılan değerlendirmelerde; kullanma suyu ile ilgili bazı sorunlar olduğu, çadır kentlerde gerek suyun donması gerekse bazı iletim sebepleri ile su kesintilerinin olduğu bildirilmiştir⁽⁹⁾. Birinci yıl değerlendirme raporunda ise; kentte su kesintisinin çok yaşanmadığı belirtilmektedir. Yaz aylarında bulaşıcı hastalık salgınlarının görülmemesinin nedenlerinin temiz su sağlamada aksaklık yaşanmaması ve kentte seçilmiş bulaşıcı hastalıklarla ilgili iyi bir sürveyans çalışmasının sürdürülmesi olduğu kayda geçirilmiştir⁽¹¹⁾.

Atık Yönetimi

İnsan dışkı, virüsler, bakteriler ve parazitlerin larvaları ve yumurtaları dahil olmak üzere bir dizi hastalığa neden olan organizma içerebilir. İnsan dışkısında bulunan mikroorganizmalar vücuda kirlenmiş yiyecek, su, yemek ve pişirme kapları ve kontamine nesnelere temas yoluyla girebilir. Afet ve acil durumlarda görülen hastalık ve ölümün başlıca nedenleri kontaminasyon sonucu görülen kolera, tifo ve dizanteri gibi ishalleri hastalıklardır⁽⁶⁾. Olağandışı durum sonrası zarar gören kanalizasyon hatları tamir edilmelidir. Geçici yerleşim alanlarında seyyar tuvaletler kullanılabilir. Ancak afetin boyutu, etkilenen insan sayısının fazlalığı ve ikamet edilen sürenin uzaması nedeniyle kalıcı tuvaletlere ihtiyaç bulunmaktadır. Kalıcı tuvaletler inşa edilene kadar hela çukurlarıyla ihtiyaç giderilebilir. Bu çukurlar 1.5 m derinliğinde, en fazla 30 cm genişliğinde ve 3 m uzunluğunda olmalıdır. Kalıcı tuvaletler inşa edildikten sonra toprak ile kapatılmalıdır. Tuvaletler, yerleşim yerleri ve su kaynaklarından uzak, sinek gibi vektörlerin erişilmeyeceği şekilde yapılmalıdır. İlk etapta geçici yerleşim alanlarında 50-100 kişi için bir tuvalet ya da çukur kurulmalı, daha sonra 20 kişiye bir kabin olacak biçimde geliştirilmelidir. İdeali her aile için bir kabindir. Her kabin için tuvalet sonrası hijyen için temiz su ve dezenfektan bulundurulmalıdır^(7,8,12).

Sıçanlar, köpekler, kediler ve diğer hayvanlar atılmış yiyeceklerle, giysilere, tıbbi malzemelere ve diğer katı atık bileşenlerine çekilir. Katı atıklardaki küçük yağmur suyu koleksiyonları vektörlerin üremesi için uygun alanları meydana getirir. Ölülerin sıkı ve derin mezarlarda gömülmesi ve tıbbi atıkların yakılması gerekmektedir. Afet bölgesinde çöpler düzenli olarak toplanmalıdır, uygun lokalizasyonlarda çöp toplama alanları yaratılmalıdır. Toplama alanları su kaynakları ve besin madde üretim alanlarına uzak yerlerde oluşturulmalıdır. Çöpler ağzı kapaklı bidonlarda saklanmalıdır. Afette ölen hayvanların leşleri de uygun şekilde bertaraf edilmelidir. Çöp yığınlarından sıra sızması önlenmelidir. Çöp etrafında vektörlerin üremesine izin verilmemelidir. Çöp depolama alanı yoksa toprağa gömme ve yakma yolu tercih edilmelidir^(6,12). Van depremi sonrası yapılan birinci yıl değerlendirmelerinde; Van kent merkezinde, depremin ardından ilk aylarda çöp toplama ile ilgili yaşanan sorunların

çözülmüş olduğu saptanmış. Erciş'te ise çöplerin toplanmasında sorunun devam ettiği gözlemlenmiştir⁽¹¹⁾.

Enfeksiyon Hastalıkları ve Vektör Kontrolü

Afetlerden sonra bulaşıcı hastalık salgınlarının hem görülme riski hem de yayılım hızı artar. Kalabalık ortamda uzun süre yaşamak zorunda kalınması enfeksiyon hastalıklarının yayılma riskini artırır. Salgınların oluşmasında kalabalık faktörü ile birlikte vektörlerin uygun kontrol edilmemesi de bu olasılığı artırır. Geçici yerleşim alanlarında enfeksiyonların ve salgınların önlenmesinde vektör kontrolü büyük önem taşır. Sıtma, ishalleri hastalıklar, alt solunum yolu hastalıkları ve özellikle de kızamık geçici yerleşim alanlarında en sık görülen hastalıklardır. Gıda güvenliğinin ve su hijyeninin sağlanması vektör kontrolünün yanında tesis edilmelidir. Vektör kontrolünde en önemli nokta hastalık taşıma potansiyeli olan vektörlerin üreme alanlarının yok edilmesidir. Çöp şırası, su birikintileri ve atık toplama alanları kontrol altına alınmalıdır. Bu amaçla fiziksel, biyolojik ve kimyasal mücadele yöntemleri kullanılmalıdır. Afet sonrası sokak hayvanlarının kontrolü de önemlidir. Barınma koşullarının kırılabilirliği, geçici yerleşim yerlerinde yaşayanları akrep, yılan ve benzeri yaban hayvanlarına karşı da savunmasız kılar^(7,10,13).

Gıda Hijyeni

Afet sonrası altyapıda meydana gelen yetersizliklerden biri olan elektrik kesintileri gıda saklama koşullarını etkiler. Afetlere hazırlık aşamasında jeneratör tedarik edilmesi atlanmamalıdır. Afet sonrası ilk dönemde seyyar mutfakların devreye sokulması gıda güvenliğini artırarak hastalıkları önleyebilmektedir. Geçici barınma yerleşiminde merkezi bir mutfak oluşturulmalıdır. Gıdaların tür ve miktarı kadar gıda organizasyonunun nasıl yapıldığı önemlidir. Afetlerde yaş gıdalar yerine kuru gıdaların kullanılması tercih edilmektedir. Bu tercihin nedeni; taze gıdaların bozulma ve kirlenmeye karşı dezavantajlı olması ve su olanaklarının kısıtlılığıdır. Gıda maddelerinin küçük paketler halinde tedarik edilmesi dağıtım kolaylığı sağlamanın yanında kontaminasyon olasılığını da azaltır. Dağıtılacak gıdaların afetzedede toplumun gıda kültürüne uygun olmasına da dikkat edilmelidir^(10,13). Van depremi

sonrası yapılan değerlendirmelerde; yiyeceklerin hazırlama şeklinin denetlenmediği, kronik hastalara yönelik diyet sağlanmadığı rapor edilmiştir⁽⁹⁾.

Diğer Kirlilik Kaynaklarının Kontrolü

Deprem gibi afetlerin sonrasında, olağan koşullarda sorunsuz çalışan, iyi izole edilmiş maddeler ya da tesisler risk oluşturmaktadır. Toksik kimyasalların, petrol ve ürünlerinin, radyoaktif maddeler ve atıklarının, yanıcı parlayıcı maddelerin depoları ya da tesisleri değerlendirilmesi gereken yerlerdir. Bu tesislerde meydana gelen kazalar da tek başına bir olağandışı durum meydana getirebilmektedir. İlgili mevzuatta bu tesisler gayrisihhi müesseseler olarak adlandırılmaktadır. Bu tür depolar ve tesisler afet öncesi afet hazırlık planları içinde mutlaka göz önüne alınmalı, kapsamlı risk değerlendirilmesi yapılmalı ve kuruluşlara özgü afet planları hazırlanmalıdır. Bu planlar periyodik olarak gözden geçirilmeli ve personel eğitilmelidir. Siyanür gibi ağır metallerin kullanıldığı madenlerin atık depolama barajları da bu kapsamda değerlendirilmelidir. Deprem gibi afetler sonrasında atık barajının altındaki jeomembranın yarılmaması ya da atık barajının yıkılması durumunda toksik atık çevreye yayılabilecektir. Ayrıca çevreye yayılan toksik maddelerin etkileri uzun yıllar devam edebilmektedir. Afet öncesi hazırlık olası zararı hafifletebilmenin en iyi yoludur. Bhopal, Çernobil, Three Mile ve Fukushima, İzmit Depremi sonrası TÜPRAŞ Yangını ve Yalova'da AKSA tesislerinden akrilonitril yayılımı gibi örneklerden ders çıkartılmalıdır^(7,10,13,14).

Sonuç

Afet nedeniyle meydana gelen fiziksel ve sosyal yıkımdan dolayı kamu düzeni bozulmakta, çevre ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kesintiler meydana gelmektedir. Bu nedenle temelde olağan koşullarda sunulan çevre sağlığı hizmetlerini tesis etmek güçleşmektedir. Bu durum da ikincil hastalıkların oluşmasına, endemik görülen hastalıkların epidemiler yapmasına ve ölümlerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca afetin türüne göre radyoaktif ya da kimyasal türde özel kirlenmeler de meydana gelebilmektedir. Tüm bu nedenlerle olağandışı durumlarda çevre sağlığı hizmetleri özel itina gerektiren ve profesyonelce yönetilmesi gereken bir alandır⁽¹³⁾. Çevre sağlığı ile ilgili önlemler basit, ucuz ancak çok etkili olmasına rağmen çevre sağ-

lığı ile ilgili çalışmaların doğru kavranamaması ve arama kurtarma ve tedavi edici hizmetlerin gölgesinde kalması aşılması gereken sorun alanlarıdır⁽¹⁵⁾. Uluslararası literatür incelendiğinde ODD ile ilgili yapılan çalışmaların özellikle geçici yerleşim alanlarında yaşayanların çevre sağlığı koşullarını ortaya koymakta yetersiz olduğu da görülmektedir⁽¹⁶⁾. Ulusal literatürde de çevre sağlığı özelinde veri bulmak oldukça güçtür. Afet yönetiminde görev alan paydaşların rollerinin ve sorumluluklarının net bir biçimde tanımlanması ve iş birliğinin sağlanması önem taşımaktadır. Farklı kurum ve sivil toplum kuruluşlarının eşgüdümü önemlidir⁽¹⁷⁾. Afetlere hazırlıklı olmak açısından eğitim büyük önem taşımaktadır. Türkiye'nin ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde gerçekleştirilen afet eğitim müfredatının oldukça yetersiz olduğu, olağandışı durum kavramını tüm yönleriyle ele almadığı saptanmıştır⁽¹⁸⁾. 2015 yılında Hopa'da yaşanan sel afetinde de görüldüğü üzere ülkemizde ekosistemi göz ardı eden ve ranta dayalı enerji ve turizm politikaları ile çarpık kentleşme nedeniyle de olağandışı durumların hasar verme kapasiteleri artmaktadır. Doğayı, insan ve tüm canlıların yaşam haklarını gözetken, bilimin ışığında şekillenen mevzuat ve politikalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Ç. Güler, Z. Çobanoğlu Z. Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1997-Ankara.
- 2) Gündoğdu O, Özçep F. Yaşanan önemli depremlerin ışığında afet yönetimi problemi ve değerlendirilmesi, Türkiye. Türkiye 15. Jeofizik Kurultayı ve Sergisi; Bildiri Özetleri Kitabı, Sayfa: 111, 20-24 Ekim 2003, İzmir.
- 3) TTB, (2002). Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı, Güncellenmiş 2. Baskı ISBN 975-6984-43-0, TTB.
- 4) AFAD, (2019). Yılı Doğa Kaynaklı Olay İstatistikleri <https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri>
- 5) AFAD, (2020). Yılı Afet İstatistikleri <https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri>
- 6) WHO, (2002). Environmental Health in Emergencies and Disasters. a practical guide. Edited by B. Wisner, J. Adams WHO Geneva.
- 7) Ekşi A. (2016). Afetlerden Sonra Ortaya Çıkabilecek Çevresel Risklerin Yönetimi, Hastane Öncesi Dergisi Ekim 2016, cilt1-Sayı 2 Sayfa No: 15-25
- 8) Güler Ç. (2012). Çevre Sağlığı-Çevre ve Ekoloji Bağlantıları-yla, Yazıt Yayıncılık, Ankara
- 9) TTB, (2011). Van Depremi İkinci Ay Değerlendirme Raporu, Aralık 2011.
- 10) Karababa AO, (2002) Olağandışı Durumlarda Çevre Sağlığı Hizmetleri. Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı Syf 139-164. Güncellenmiş 2. Baskı ISBN 975-6984-43-0 TTB

- 11) TTB, (2012). Depremin birinci yılında Van Erciş Raporu. TTB yayınları Ankara.
- 12) Dedeoğlu N. 2020 TTB https://ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=672ada86-e0d9-11e7-ae04-02a-94b7a8425&1534-D83A_1933715A=dd1d4e5ae7b5a-c6ad0727288d765b70ea1b28f4b
- 13) Akdur R, İkincil Hastalık ve Ölümünün Önlenmesi Afetlerde Çevre Sağlığı Hizmetleri Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Notları Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. 2001-Ankara.
- 14) Wang Y, Kanter RK. Disaster-Related Environmental Health Hazards: Former Lead Smelting Plants in the United States. Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2014; 8(1):44-50.
- 15) Eldridge D, Tentake DT. The role of environmental health in disaster management : an overview and review of barriers and facilitators for action. Reviews on Environmental Health. 2006; 21(4): 281-294. Doi: 10.1515/reveh.2006.21.4.281.
- 16) Shackelford BB, Cronk R, Behnke N, Cooper B, Tu R, D'Souza M. Et all. Environmental health in forced displacement: A systematic scoping review of the emergency phase Science of the Total Environment. 2020;714, 136553. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.136553>
- 17) UNHCR, (2000). Refugee Operations and Environmental Management Key Principles for Decision making. <https://www.unhcr.org/3b03b24d4.pdf>. erişim tarihi: 17.07.2020.
- 18) İnal E, Kaya E, Altıntaş KH. Türkiye'de örgün eğitimin afet eğitimi yeterliliği açısından incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı. 2018; 37.



UZM. DR. SEHER PALANBEK

Gürültünün Tanımı, Sağlık Etkileri ve Dünya'daki Durum

Ses, kulağın duyabileceği basit titreşimlerdir ve bir kaynaktan çıkarak dalgalar şeklinde etrafa yayılır. İnsanlar için doğanın sesleri ve müzik hoş giden sesler olarak değerlendirilebilir. Gürültü istenmeyen, hoş gitmeyen ve rahatsız edici sesler olarak tanımlanır. Çevresel gürültü ise; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “endüstriyel işyerlerinde oluşan gürültü hariç (iş yerlerinde mesleki gürültüye maruz kalma) diğer her türlü kaynaktan yayılan gürültü” olarak tanımlanır ⁽¹⁾. Farklı ulaşım araçlarıyla yayılan trafik gürültüsü (kara yolu trafiği, demir yolu trafiği, hava yolu trafiği, deniz yolu trafiği), açık alanda kullanılan teçhizat, makine, şantiye, inşaat alanları, atölye, imalathane, rüzgâr tribünleri, askeri faaliyetler, rekreasyon ve eğlence yerlerinden çevreye yayılan sesler çevresel gürültüyü oluşturur. DSÖ'nün bazı bulgularına göre, hava

kirliliğinin (partikül madde) etkisinden sonra gürültü insanlarda sağlık sorunlarına yol açan ikinci en büyük çevresel nedendir. Gürültünün işitme kaybı üzerine yaptığı geçici eşik kayması, kalıcı eşik kayması, akustik travma ve işitme kaybının yanı sıra psikolojik ve fizyolojik etkileri de bulunmaktadır ^(2,3) (Tablo 49.1).

Avrupa Çevre Ajansının (EEA) yayınladığı raporda Avrupa nüfusunun %20'sinin trafikten kaynaklı gürültünün insan sağlığına zararlı olduğu seviyede yaşadığını, 113 milyon kişinin uzun dönem gündüz-gece trafik gürültüsüne (en az 55 dB), 22 milyon kişinin demiryolu trafik gürültüsüne, 4 milyon kişinin yüksek seviyede uçak gürültüsüne ve 1 milyona yakın kişinin ise endüstriden kaynaklı gürültüye maruz kaldığını bildirmektedir. Yine aynı raporda çevresel gürültüye uzun süreli maruz kalmanın her yıl 12 000 kişinin ölümüne ve 48 000 kişide ise iskemik kalp rahatsızlığının ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca 22 milyon insa-

Tablo 49.1 Gürültünün işitsel olmayan başlıca sağlık etkileri

Sıkıntı (Annoyance)	Gürültüye karşı verilen en yaygın yanıtlardan biridir. Aslında memnuniyetsizlik, rahatsızlık hissi, kızgınlık, endişe gibi birçok olumsuz duyguyu kapsayan stres reaksiyonu olarak tanımlanır.
Uyku Bozukluğu	Gürültü uykunun sürekliliğini ve toplam uykuda geçen süreyi azaltır. Uyku bozukluğunun; yaşam kalitesi ve iş performansı üzerine etkisinin yanı sıra glikoz metabolizmasında, iştah regülasyonunda bozulmaya neden olur.
Kardiyovasküler ve Metabolik Etkiler	Gürültüye maruz kalma sonucu vücuttaki stres reaksiyonları aktive olur; kan basıncı artar, kalp atım hızı değişir, stres hormonları salınır. Bu değişiklikler kronik hastalıklara ve erken ölümlere yol açabilir.
Çocuklarda bilişsel gelişim	Çocuklarda gürültü maruziyeti; motivasyon bozuklukları, dikkat eksikliği, konuşma ve dinlemede azalma, zayıflayan okuma yeteneği, hafıza problemleri ve düşük akademik performansa yol açabilir.

nın yüksek düzeyde kronik sıkıntı (annoyance) ve 6.5 milyon insanın ise kronik uyku bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir. Uçak gürültüsüne bağlı olarak ise okullarda 12 500 öğrencinin öğrenme bozukluğu çektiği saptanmıştır. Çevresel gürültünün sağlık etkilerine bağlı olarak her yıl toplamda 1 milyon sağlıklı yaşam süresi kaybedilmektedir⁽⁴⁾. DSÖ 2018 yılında yayınladığı raporda karayolu, demir yolu, hava yolu ve rüzgâr türbini için olması gereken gürültü düzeylerini önermiştir. Gürültünün bu seviyelerin altına düşürülmesi güçlü bir şekilde tavsiye edilir⁽⁵⁾ (Tablo 49.2).

Çevresel gürültüye maruz kalma yükü tüm insanlar için eşit olmayabilir. Çocuk, yaşlı, hamile ve önceden var olan sağlık problemleri olan duyarlı kişiler haricinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı kişilerde gürültüye maruz kalmanın fazla olduğu ve buna bağlı sağlık etkileniminin de yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır. Sosyal eşitsizlik çevresel gürültü maruziyetinin de belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır.⁽⁶⁾ Gürültünün insan sağlığına etkilerinin yanı sıra dünyada yaşanan diğer türleri de olumsuz etkilediği bilinmektedir. İster kara ister deniz yaşamında birçok tür yiyecek bulmak ya da eş bulmak gibi hayati işlevler için akustik iletişimi kullanırlar. Antropojenik gürültünün yüksek olması hayvanlarda fizyolojik ve davranışsal tepkiye neden olur; üremenin ve nüfus yoğunluğunun azalmasına, mortalite riskinin ve göçün artmasına neden olur⁽⁴⁾.

Türkiye’de Durum

Türkiye’de çevresel gürültünün kontrolüne yönelik ilk hukuki düzenleme 1983 yılında 2872 sayılı Çevre Kanunu ile yapılmıştır. Bu Kanuna istinaden ilk teknik düzenlemeler ise 1986 tarihli “Gürültü Kontrol Yönetmeliği” ile yapılmıştır. Bu Yönetmelik, 2002/49/EC sayılı Çevresel Gürültü Yönetimi hakkında Avrupa Birliği Direktifi ile uyumlu hale

getirilerek 4 Haziran 2010 tarihinde “Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği” adı altında yayınlanmıştır⁽⁷⁾. Yönetmeliğe göre ambulans helikopterleri hariç, helikopter iniş pistlerinden, büyük hava alanlarından, endüstri tesislerinden, mevcut kara yollarından, raylı ulaşım sistemlerinden, suyollarında kullanılan ulaşım araçlarından çevreye yayılan gürültü seviyesi; $L_{gün-düz}$ 65 dBA, $L_{akşam}$ 60 dBA ve L_{gece} 55 dBA sınır değerlerini aşamaz. (Gürültüye hassas kullanımlardan eğitim, kültür ve sağlık alanları ile yazlık ve kamp yerlerinin ağırlıklı olduğu alanlarda)⁽⁸⁾. Ayrıca bu yönetmelik gereği; Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’nın yaptığı açıklamada, nüfusu 100 bini geçen ve nüfus yoğunluğunun kilometrekare başına bin kişiden fazla olduğu şehirleşmiş alanlar için (66 il) gürültü haritalarının hazırlandığı belirtilmiştir. Gürültü haritalarının sonuçlarında büyük şehirlerde gürültünün ana olarak ulaşım ve sanayi tesislerinde kaynaklandığı; diğer bölgeler de de yine trafiğin yoğun olduğu ana arterlere yakın yaşayan insanların daha fazla gürültüye maruz kaldığı saptanmıştır. Ayrıca yerleşim yerleri içerisinde kalan havalimanları ve turizmin yoğun olduğu kıyı bölgelerinde eğlence yerleri de öncelikli gürültü alanları olarak bulunmuştur⁽⁹⁾. 2019 yılında yayınlanan Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu’na (2017 yılı verileri ile) göre ise 11 ilde gürültü kirliliği yaşandığı belirlenmiştir⁽¹⁰⁾ (Şekil 49.1).

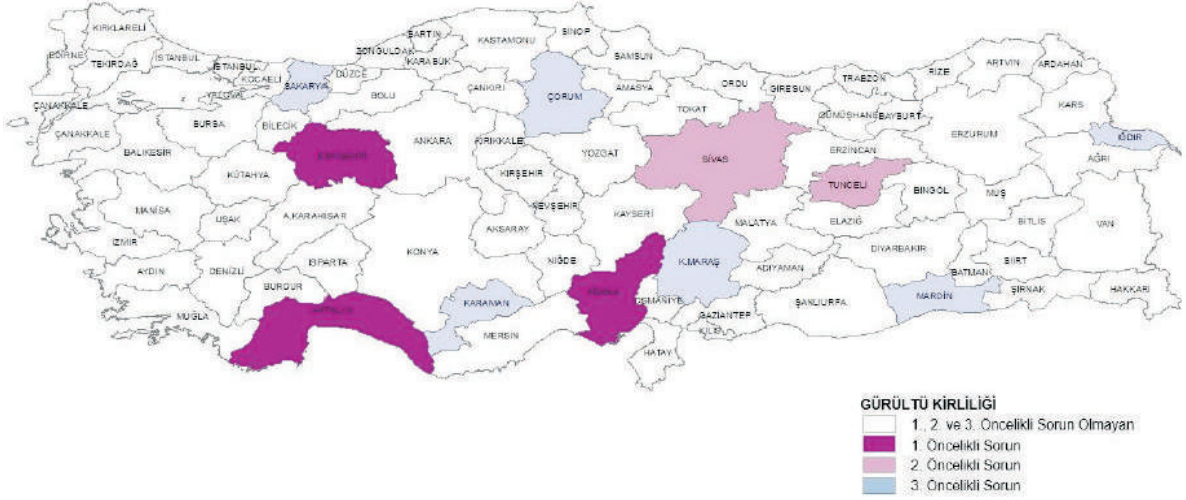
Gürültü kirliliğinin 1. öncelikli sorun olduğu Adana, Antalya ve Eskişehir’de yerleşim yerleri içindeki eğlence yerlerinden kaynaklanan müzik gürültüsünün yaşandığı; gürültü kirliliğinin 2. öncelikli sorun olduğu Sivas’ta gürültü düzeyi yüksek makinelerinin kullanıldığı işyerlerinin apartmanların alt katlarında veya yakınlarında faaliyet göstermesi ve müzik yayını yapılan eğlence yerleri nedeniyle sorun yaşandığı belirtilmiştir. Tunceli’de ise özellikle yaz aylarında açık alanda yapılan canlı müzik yayınlarından kaynaklı gürültü kirliliği oldu-

Tablo 49.2 DSÖ’nün önerdiği çevresel gürültü düzeyleri

Gürültü Göstergesi	Karayolu Trafik Gürültüsü	Demiryolu Trafik Gürültüsü	Havayolu Trafik Gürültüsü	Rüzgâr Türbini Gürültüsü*
L_{den} (gündüz-akşam-gece)	53 dB	54 dB	45 dB	45 dB
L_{night} (gece)	45 dB	44 dB	40 dB	-

Kaynak: WHO Environmental Noise Guidelines For The European Region

*Şartlara bağlı olarak (conditional) düşürülmesi önerilir.



Şekil 49.1 Türkiye Gürültü Kirliliği Öncelikleri Haritası

Kaynak: Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu

ğu saptanmıştır⁽¹⁰⁾. Yıllara göre gürültü kirliliğinin sorun olduğu iller **Tablo 49.3**'te gösterilmiştir⁽¹¹⁻¹⁶⁾.

Bir ilin su kirliliği, hava kirliliği, toprak kirliliği, atık, erozyon ve gürültü kirliliğinden hangilerinin önceliklendirileceği İl Çevre ve Şehircilik Müdürlüklerince belirlenmiştir. Adana ilinin Çevre Durum Raporu incelendiğinde gürültü konusunda yapılan şikâyetlerin dağılımını; %40 eğlence kaynaklı gürültü, %35 işyeri kaynaklı gürültü ve %11 ise sanayi kaynaklı gürültü oluşturmuştur⁽¹⁷⁾. Antalya ilinin Çevre Durum Raporunda da benzer şekilde gürültü nedeniyle yapılan şikâyetlerin dağılımını en fazla eğlence sektörü, daha sonra işyeri kaynaklı gürültü ve diğer gürültüler oluşturmuştur⁽¹⁸⁾. Eskişehir ilinin Çevre Durum raporunda ise eğlence kaynaklı, işyeri kaynaklı ve şantiye gürültüsü en

fazla şikâyet edilen ve denetim yapılan nedenler olmuştur⁽¹⁹⁾. Nüfus yoğunluğu ve sanayileşmenin fazla olduğu İstanbul ili gürültü haritası verileri incelendiğinde; coğrafi bilgi sistemi tarafından belirlenen gürültü yönetim alanlarında gürültü aşımına maruz kalan kişilerin sayısı; karayolları için 53 388; raylı sistemler için 1740; endüstri tesis alanları için 320 ve havalimanı için 58 869 olarak saptanmıştır. Ayrıca hanelerdeki nüfusun gündüz gürültüye maruz kalma değerleri de **Tablo 49.4**'te gösterilmiştir⁽²⁰⁾.

Antalya'da gürültü haritasından yararlanarak yapılan bir çalışmada; 65-69 dB karayolu gürültüsüne 32 300 kişi, eğlence kaynaklı gürültüye 1500 kişi; 70-74 dB arası karayolu gürültüsüne 23 600 kişi ve eğlence kaynaklı gürültüye ise 800 kişi maruz kaldığı bulunmuştur⁽²¹⁾. Çanakkale'de yapılan

Tablo 49.3 Yıllara Göre Gürültü Kirliliği Önceliği Olan İller

Yıl	Gürültü Kirliliğinin 1. Öncelikli Sorun Olduğu İller	Gürültü Kirliliğinin 2. Öncelikli Sorun Olduğu İller	Gürültü Kirliliğinin 3. Öncelikli Sorun Olduğu İller
2016	Adana, Antalya, Eskişehir	Sivas, Tunceli	Çorum, Iğdır, Kahramanmaraş, Karaman, Sakarya
2015	Adana, Antalya, Eskişehir	Sivas	Ankara, Çorum, Iğdır, Kahramanmaraş, Sakarya, Tunceli
2014	Adana, Eskişehir	Antalya, Sivas	Ankara, Çorum, Iğdır, İzmir, Kahramanmaraş, Karaman, Sakarya, Şanlıurfa, Tunceli
2012	Adana, Eskişehir	Antalya, Sivas	Ankara, Bingöl, Karaman, Sakarya, Sinop, Tunceli
2009-2010	Eskişehir	Adana, Diyarbakır	Aksaray, Antalya, Denizli
2005-2006	Antalya	Aydın, Sinop	Eskişehir, Hatay, Kilis, Tunceli

Kaynak: Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu

Tablo 49.4 Gürültü haritalarına göre konutlarda yaşayan insan sayısı ($L_{gündüz}$)

$L_{gündüz}$ gürültü seviyesi (dBA)	<55	55-59	60-64	65-69	70-74	>75
Konutlarda yaşayan insan sayısı- Yerleşme alanı içinde						
Endüstriyel Gürültü	13291500	100	0	0	0	0
Demiryolu Trafik Gürültüsü	13290500	1400	300	0	0	0
Ana Demiryolu Trafik Gürültüsü	13289900	1400	300	0	0	0
Karayolu Trafik Gürültüsü	10158500	1281700	869000	617600	337300	28200
Ana Karayolu Trafik Gürültüsü	11701100	709700	426300	259400	173200	21900
Birleştirilmiş Gürültü	9472600	151880	1161200	739100	371200	29300
Konutlarda yaşayan insan sayısı- Yerleşme alanı dışında						
Ana Demiryolu Trafik Gürültüsü	287900	0	0	0	0	0
Ana Karayolu Trafik Gürültüsü	244900	22200	11800	6200	2500	400

Kaynak: İstanbul Gürültü Seviyesi Azaltımı Eylem Raporu

çalışmada 16 sokak, cadde ile kavşakta gürültü kirliliği düzeyi olarak 63-76 dB olduğu saptanmıştır⁽²²⁾. Erzurum kent merkezindeki Aziziye Parkı'nda yapılan çalışmada gürültü kirliliğinin yaklaşık 67-69 dB arasında olduğu belirlenmiştir⁽²³⁾. Isparta'da yapılan çalışmada kamyon, kamyonet, motorsiklet, otobüs ve tırların geçtiği alanlarda gürültü seviyesinin 80 dB'si aştığı tespit edilmiştir⁽²⁴⁾. Konya'da yapılan bir çalışmada L_{gag} (gündüz-akşam-gece) 63 dB olarak hesaplanmış ve nüfusun %25-30'unun gündüz vakti trafikten olumsuz etkilendiği bulunmuştur⁽²⁵⁾. Sakarya'da yapılan çalışmada E70 karayolu üzerinde gürültü ölçümlerinin ortalaması 75-77 dB olarak belirlenmiştir⁽²⁶⁾. Sivas şehir merkezinin 20 değişik noktasında yapılan çalışmada ölçülen gürültü düzeylerinin tamamının gürültü limit değer olan 65 dB'in üzerinde olduğu saptanmıştır⁽²⁷⁾. Afyon'da yapılan çalışmada il merkezinde gürültü düzeylerinin %58.5'i 80 dB ve %6.85'ide 90 dB'in üzerinde bulunmuştur⁽²⁸⁾.

Sonuç ve Öneriler

Kentleşmeyle birlikte teknolojik gelişmeler ve sanayileşme gürültünün giderek daha fazla insan hayatında yer almasına neden olmuştur. Raporlarda ve çalışmalarda belirtildiği gibi ülkemizde gürültü seviyeleri mevzuatta belirtilen limit değerleri aşmaktadır. Hali hazırda var olan limit değerlerimiz zaten DSÖ'nün önerdiği değerlerden yüksektir. Bu da bize gürültü kirliliğinin ülkemizde yeterince önemsenip, gereken tedbirlerin alınmasında gecikme yaşandığını düşündürülebilir. Çünkü yüksek gü-

rültü seviyelerine maruz kalma Türkiye'de yaşayan insanlar için sağlık etkileri yükünü artırmaktadır. Ayrıca Türkiye Çevre Raporları'nda yer alan gürültü seviyesi sorunu olan illerin yıllar içerisinde çok az değişmesi, alınan önlemlerin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. İllerin gürültü haritalaması ve eylem planlarının faaliyete geçmesi olumludur ancak sürekli gürültü izlem istasyonları kurulup verilerinin paylaşılması hala bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Avrupa Çevre Ajansı'nın yayınladığı gürültü raporlarında Türkiye verisi bulunmamaktadır ve bu da bütün içerisindeki yerimizi görmeye engel olabilir. Çevresel gürültünün kentsel planlama sürecinde Belediyelerce önceliklendirilmesi ve değerlendirmeye alınması, Avrupa ülke örneklerinde olduğu gibi kent içinde sessiz alanların oluşturulması gerekmektedir. Bu yaklaşım hem sosyokültürel olarak hem de akustik konfor olarak kentlere faydalı olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. New Who Guidelines for Community. Noise. Noise & Vibration Worldwide. 2000;31(4):24-29. doi:10.1260/0957456001497535
- 2) Peris E, Agency EE. Noise pollution is a major problem, both for human health and the environment. 2020:1-5. <https://www.eea.europa.eu/downloads/5353629aeef143a8a01281e-e14f11c95/1591641488/noise-pollution-is-a-major.pdf>. erişim tarihi: 17.07.2020.
- 3) Organization WH. Burden of Disease from Environmental Noise. 2011:128.
- 4) Peris E. Environmental noise in Europe, 2020. doi:10.2800/686249.
- 5) Clark C, Paunovic K. WHO environmental noise guidelines for the european region: A systematic review on environmental noise and cognition. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018;15(2). doi:10.3390/ijerph15020285.

- 6) Dreger S, Schüle SA, Hilz LK, Bolte G. Social inequalities in environmental noise exposure: A review of evidence in the WHO european region. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019;16(6). doi:10.3390/ijerph16061011.
- 7) Türkiye Çevre Durum Raporu 2016. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/tcdr_tr_2015.pdf. Erişim Tarihi: 22.06. 2020.
- 8) Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği Resmî Gazete Tarihi 04.06.2010 Resmî Gazete Sayısı 27601.
- 9) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Haberler.Erişim Adresi: <https://www.csb.gov.tr/cevre-ve-sehircilik-bakanligi-25-ilin-gurultu-haritasini-hazirladi-bakanlik-faaliyetleri-22094>. Erişim Tarihi: 22.06.2020.
- 10) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2017 verileriyle). 2019. Erişim Adresi: <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/2017-cevre-sorunlari-ve-oncelikler--20190628084520.pdf>. Erişim Tarihi: 22.06.2020.
- 11) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2016 verileriyle). Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/cevre_sorun_2018-20180702151156.pdf. Erişim Tarihi: Haziran 22.06.2020.
- 12) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2015 verileriyle). 2017. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/cevre_sorun_2017.pdf. Erişim Tarihi:22.06. 2020.
- 13) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu (2014 verileriyle). 2016. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/cevre_sorun_2016.pdf. Erişim Tarihi: 22.06. 2020.
- 14) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu. 2014. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/cevre_sorun_2014.pdf. Erişim Tarihi:22.06.2020.
- 15) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Envanteri Değerlendirme Raporu. 2012. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/cevre_sorun_2012.pdf. Erişim Tarihi:22.06. 2020.
- 16) Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Envanteri Değerlendirme Raporu. 2008. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/dosya/ced/cevre_sorun_2005_2006.pdf. Erişim Tarihi:22.06.2020
- 17) Adana İli Çevre Durum Raporu. 2017. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/adana_cevre_durum_raporu_2017_son-20181001151954.pdf. Erişim Tarihi:22.06.2020.
- 18) Antalya İli Çevre Durum Raporu. 2018. Erişim Adresi:https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/antalya_2018_cdr-20190903095804.pdf. Erişim Tarihi:22.06.2020.
- 19) Eskişehir ili 2016 yılı Çevre Durum Raporu. 2016. Erişim Adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/editedordosya/Eskisehir_icdr2016.pdf. Erişim Tarihi: 22.06. 2020.
- 20) İstanbul Gürültü Seviyesi Azaltımı Eylem Planı (isgep). 2018. Erişim Adresi: <https://cevrekoruma.ibb.istanbul/wp-content/uploads/2019/08/iSGEP-istanbul-Gurultu-Eylem-Plani-Bakanlik-Onayli-Aralik-2018.pdf> Erişim Tarihi:22.06.2020
- 21) Çoban NA, Doğan G. Çevresel Gürültü Yönetimine İlişkin Politikaların Değerlendirilmesi : Antalya İli Örneği. 12. Ulus. Akust. Kongresi ve Sergisi İzmir Yüksek Teknol. Enstitüsü.2017,Eylül.
- 22) Ilgar R. Çanakkale Şehir İçi Trafikindeki Araç Kaynaklı Gürültü Kirliliğine Yönelik Ön Çalışma. *J. World Turks* 2012;4(1).
- 23) Özer S. Erzurum Kent Parklarındaki Gürültü Kirliliğinin Belirlenmesi Aziziye Parkı Örneğinde. *Adnan Menderes Üniversitesi Ziraat Fakültesi Derg.* 2014;11(2):7–11.
- 24) Şahin K, Bağcı HR, Ögel C. Isparta Şehrinde Trafik Kaynaklı Gürültü Kirliliği, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016; 43(9): 1177-1185.
- 25) Dalkılıç E, Dursun Ş. Konya Gürültü Kirliliği ve Eylem Planlarının Yorumlanması. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknol. Derg.* 2019;7(2):38–51.
- 26) Morgul OK, Dal H. Sakarya İli Şehir Merkezinin Gürültü Kirliliği Üzerine Bir Ön Çalışma. *SAÜ Fen Bilim. Enstitüsü Derg.* 2012;16(2):83–91.
- 27) Özyonar F, Peker İ. Sivas Kent Merkezindeki Çevresel Gürültü Kirliliğinin Araştırılması. *Ekoloji* 2008;80:75–80.
- 28) Erdoğan S. ve ark. Afyonkarahisar İl Merkezi Karayolu Trafik Gürültü Haritasının Hazırlanması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Ve Mühendislik Bilim. Derg.* 2007;7(2):151–164.



DR. AHMET SOYSAL

Turizm temelde “İnsanların sürekli kaldıkları yer dışında yaptıkları ve gittikleri yerdeki geçici konaklamaları sırasında tüm gereksinimlerini karşılamaya yönelik çabaların tümü” olarak tanımlanabilir. Endüstri ve ekonominin gelişmesi, kişi başına milli gelirin artması, refah seviyesinin yükselmesi, insanların serbest olarak kullanacakları boş zamanların artması turizmi sosyal ve ekonomik bir hareket olarak ön plana çıkartmaktadır. Turizm milyonlarca insanı tüketici ve üretici olarak etkilemektedir. Turizm sürekli ve ölçülebilirlik özelliği olan bir olaydır. Bu nedenle çok sayıda sektör tarafından ortak bir planlama ve hizmet sunumu gerekir. Tek bir kesimin turizm olaylarının bütün isteklerini karşılaşabilmesi mümkün değildir. Turizm hareketinin kalkınmada itici bir faktör olarak algılanması nedeniyle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde turistik gelişmenin diğer sektörlerdeki gelişmeden çok hızlı olması sonucunu doğurmaktadır⁽¹⁾. Bu durumda sağlık ve güvenlikle ilgili olarak doğabilecek olumsuzluklar duyarlı olan gelişmiş ülkelerin alacağı önlemler nedeniyle turizm hareketinin kesikli bir hareket haline gelmesine yol açacaktır. Turizm hareketinin sürekli ve dengeli bir ekonomik öge olabilmesi için sağlıkla ilgili faktörlerin de birlikte gelişmesi gerekir. Turizm sağlığı kavramı 1989'dan itibaren kullanılmaya başlamıştır.⁽²⁾

Turizmin farklı başlıklarda incelenebilecek etkileri bulunmaktadır.

1. Ekonomik etkileri
2. Kültürel etkileri
3. Çevre üzerindeki etkileri
4. Demografik etkiler

5. Yapılaşma ve çarpık kentleşme
6. Gerek turistlerin gerekse turizm bölgelerinde yaşayanların sağlıkları üzerine etkileri^(1,2)

Turizm; Sağlık ve Çevre

1. Turistlerin birey ya da grup olarak gereksinimleri
2. Turistlerin özgül sağlık gereksinimleri
 - a. Özel tedavi gereksinimleri
 - b. Rehabilitasyon
 - c. Rekreasyon
3. Değişik halk sağlığı sorunları
 - a. Deniz suyu kalitesi
 - b. Yasal düzenlemeler
 - c. Turizm sektöründe çalışanların sağlığı
 - d. Bulaşıcı hastalıklar
 - e. Bulaşıcı olmayan hastalıklar
 - f. Gıda güvenliği
 - g. Kazalar
 - h. Yüksek risk grupları

Turistik bölgelerin sağlık sorunlarını genel sağlık sorunlarından ayrı bir olgu olarak ele alamayız. Bir ülkede aşı ile korunulabilir hastalıkların çözümlenmemiş olması, sağlık alt yapısının eksikliği, yetişmiş eleman eksikliği, turistlerle iletişim kurulabilecek sağlık birimleri ve elemanlarının olmaması diğer ülkelerle standart farklılıkları acil bakım hizmetlerinin yetersizliği, çevre sağlığı hizmetlerinin tam olarak sağlanamaması, sağlık kuruluşları ile yerel yönetimler arasındaki iletişim ve işbirliği eksikliği sorunu büyümektedir. Gıda güvenliği

ile ilgili yetersizlikler turistlerin karşılaştığı sağlık risklerinin en önemli kaynaklarından birisidir. Bölgenin yaşam biçimi ve yaşama kalitesi turizm sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörler arasındadır. Ayrıca yeterli sayı ve nitelikte denetim birim ve elemanının olmaması, laboratuvar değerlendirme yetersizlikleri de önemlidir. Haberleşme, ulaşım sorunları, sağlık ve genel eğitim düzeyinin düşük olması, çevre bilinci, çevre sağlığı ile ilgili önlemlerin alınıp alınmaması, gerekli alt yapının sağlanıp sağlanamaması, asgari hijyenik koşulların sağlanıp sağlanamaması da ülkeye yönelik genel sorunlar arasında sayılmalıdır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde bu sorunların boyutu daha büyüktür. ^(2,3,4)

Çevre Sağlığı Sorunları

Turizm faaliyetlerinin yaratacağı çevre ve çevre sağlığı sorunları şu başlıklar altında toplanabilir ^(3,4,5)

- İçme ve kullanma suyu yetersizliği ve kirliliği
- Atıkların yok edilmesiyle ilgili sorunlar
- Konaklama tesisleri ile ilgili yetersizlikler, aşırı kalabalığa bağlı olarak küçük konaklama tesislerinde çok kişinin kalması.
- Gürültü sorunu
- Vektör ve kemirici kontrolü ile ilgili sorunlar
 - Vektör ve kemiricilerin varlığı ile ilgili sorunlar
 - Vektör ve kemirici savaşının yarattığı sorunlar
 - Vektörlerde direnç gelişmesi
 - Vektör savaşının yarattığı kimyasal kirlenme
- Besin sanitasyonu ile ilgili sorunlar, besin maddelerinin kirlenmesi ve bozulmasına neden olan durumlar. Hızlı tüketimi karşılamak üzere kontrolsüz gıda temini, (Özellikle talep artımına yönelik olarak kontrolsüz hayvan kesimi, mevsimlik olarak sağlık kontrolünden geçirilmeyen hayvanların turistik bölgelerde denetleme ve muayene olmaksızın kesilmesi ve satılması)
- Kamuya açık yerlerin sanitasyonu
- Kazalar
 - Aşırı trafik yüküne bağlı kazalar.
 - Aşırı yorgunluk ve alkole bağlı kazalar
 - Alt yapı yetersizliklerine bağlı kazalar
 - Turistik ve rekreasyon etkinliklerine bağlı kazalar (dağ, mağara, yüzme vb)
- Genel çevre sorunları
 - Hızlı yapılaşma

- Plansız kentleşme
- Doğa tahribi (orman yangınları, kontrolsüz avlanma, orman kesimi vb)
- Ekolojik dengenin bozulması
- Mevsimlere bağlı olarak değişen periyodik nüfus artışının yarattığı sorunlar ve buna bağlı olarak yaşama koşullarındaki bozulma.
- Hizmet yetersizlikleri: Hizmet kuruluşlarının artan talebi karşılayamaması. Denetim olanaklarının kısıtlılığı. Eleman yetersizliği, eğitim eksikliği.
- Diğer sağlık sorunları
 - Bölgede endemik hastalıklara yakalanma riski
 - Turistlerin bölgeye yeni hastalıklar taşıması
 - Değişen çevre koşullarının hastalığın yayılımını kolaylaştırması
 - Değişen çevre koşullarının hastalıkların seyirini etkilemesi
 - Sağlık alt yapı ve eleman sayısının ve niteliğinin yetersiz kalması
 - Sağlık personeli ile turistler arasındaki iletişim eksiklikleri
- Sağlık bakım hizmetlerinin tanı ve tedavi standart farklılıklarının yarattığı sorunlar.
- Mevsim ve iklimle ilgili sorunlar (aşırı soğuk ve sıcak, güneş yanığı, kanser riskinde artma olması vb)
- Güvenlik yetersizlikleri
 - Bazı ülkeler için uluslararası sigorta şirketlerinin sağlık ve sosyal güvenceyi kaldırmaları
 - Ülkede bu güvenceyi sağlayacak kamu sisteminin ya da sigorta sisteminin bulunmaması.
 - Kültürel farklılıkların yaratabileceği güvenlik sorunları
- Ulaşım ile ilgili sorunlar (trafiğe bağlı hava kirliliği, havayolu taşımacılığının sera gazı artışlarına neden olması gibi yarattığı çevre sorunları)

Turistlerle ilgili Sağlık Sorunları

Turistlerle ilgili sağlık sorunları;

- Yolculuğun neden olduğu sorunlar,
- Hastalık taşınması,
- Gezilen bölge ile ilgili risk,
- Turistin kendisinden kaynaklanan sorunlar olmak üzere dört grupta incelenebilir ⁽²⁾.

Yolculuğun neden olduğu sağlık sorunları arasında hareket hastalığı, sirkadyen ritim bozukluğu

ve aşırı yorgunluk sonucu ortaya çıkabilecek sağlık sorunları sayılabilir.

Hastalık taşınması ise yaşadığımız pandemi günlerinin de gösterdiği gibi en ciddi tablolardandır. AIDS, amebiyazis, bruselloz, Cmpylobacteriosis, kolera, CMV (Sitomegalovirus hastalığı), difteri, dizanteri, giardiya helmintler, Lassa ateşi, Lejyoner hastalığı, layşmanyazis, leptospirozis, malarya, salmonellozis, şistozomiyazis, veneral hastalıklar, şigella, tripanozomiyazis, tüberküloz en çok turistler tarafından taşınan hastalıklarken günümüzde bu listeye COVID-19'da eklenmiştir. COVID-19 nedeniyle son yıllarda görülmedik ölçüde sınırlar kapatılmış ve seyahat yasakları getirilmiştir.

Gezilen bölgelerle ilgili risklerin başında ise bu laşıcı hastalıklar gelmektedir. Yaşadığımız günlerde COVID-19 salgınına kontrol altına alamayan ülkelere diğer ülkelerin seyahat yasakları uygulaması bu kapsam içinde düşünülmelidir⁽⁶⁾. Avrupa Birliği ülkeleri bu satırların yazıldığı Ağustos-Eylül 2020 döneminde ülkemizi bu kapsamda görüp; ülkemiz için turist göndermeme ve turist kabul etmeme kararı almışlardır (Şekil 50.1).

Turizm Sektöründe Çalışanların Sağlığı

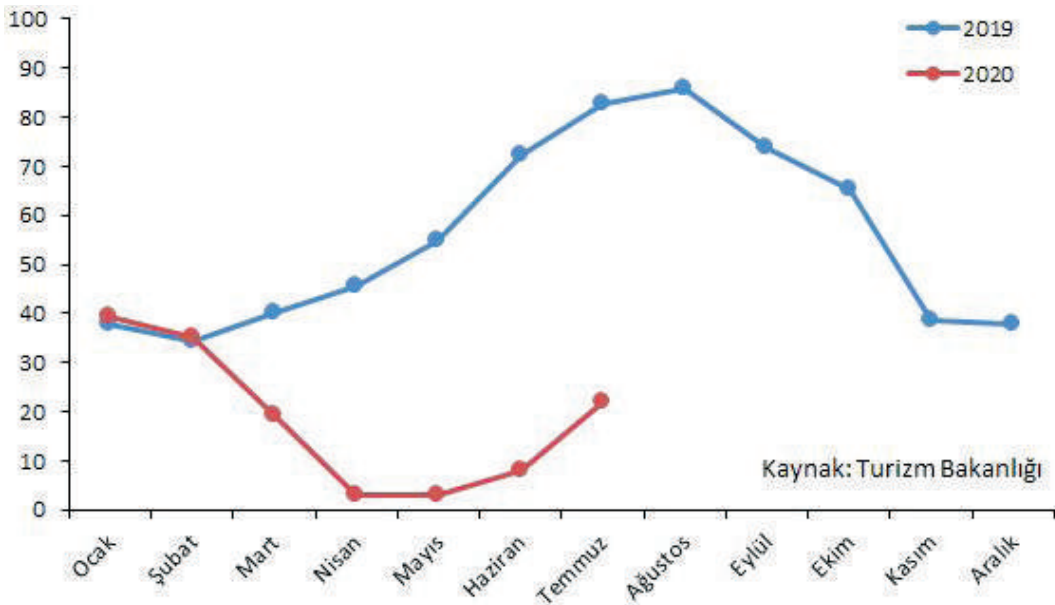
Turist sağlığının en önemli konuları arasında turizm sektöründe çalışanların sağlığı da görülmelidir. Çünkü bütün dünyada turizm sektöründe 150

milyona yakın insan çalışmaktadır. Hizmet, bakım, beslenme, seyahat acenteleri, turizm ve tanıtım, rekreasyon vb. alanlarda çalışan milyonlarca kişinin sağlığı turist sağlığı ile yakından ilişkilidir. Ülkelerde günümüzde bu alanlarda çalışanların sayısı, görev tanımı, çalışma biçimlen konusunda karşılaştırabilir rakamların sağlanabilmesi zordur. Ancak bu büyük kitlenin turist sağlığı ile yakından ilgili olduğu uluslararası turist sağlığı kuruluşlarıca da vurgulanmaktadır.

Turizm ile İlgili Çevre Sorunları

Turizm faaliyetleri sonucu ortaya çıkan çevre sorunları şu şekilde sınıflandırılabilir^(2-5,7,8).

- İçme ve kullanma suyu yetersizliği, içme ve kullanma suyu kirliliği,
- Atıkların yok edilmesiyle ilgili sorunlar,
- Konaklama tesisleri ile ilgili yetersizlikler, aşırı kalabalığa bağlı olarak küçük konaklama tesislerinde çok kişinin kalması.
- Gürültü kirlenmesi
- Vektör kontrolü ile ilgili sorunlar.
- Vektörlerin varlığıyla ilgili sorunlar
- Vektörlerle savaşın yarattığı sorunlar.
- Vektörlerle etkin olmayan savaşa bağlı direnç gelişmesi.
- Vektörlerle savaş sırasında meydana gelen kimyasal kirlenme



Şekil 50.1 Pandemi nedeniyle 2020 yılı içinde turizm işletme belgeli konaklama tesislerinde doluluk oranındaki düşüş.

- Besin sanitasyonu ile ilgili sorunlar, besin maddelerinin kirlenmesi ve bozulmasına neden olan durumlar. Hızlı tüketimi karşılamak üzere kontrolsüz kesim riski.
- Sağlık riski oluşturan kamuya açık yerler.
- Kazalar
- Aşırı trafik yüküne bağlı kazalar
- Aşırı yorgunluk nedenli kazalar
- Alt yapı yetersizliğine bağlı kazalar.
- Turistik etkinliklere bağlı kazalar (dağ, mağara, yüzme vb.)
- Diğer çevre kirliliği sorunları.

Türkiye’de Alınması Gereken Önlemler

Ülke çapında alınması gereken önlemler ⁽²⁾:

- Giriş kapılarında gerekli sağlık denetlemeleri zamanında yapılmalıdır. Özellikle uluslararası salgınlar sırasında bu önlemler sıklaştırılmalıdır. Hac, umre ziyaretleri gibi kısa süreli kitlesel hareketlerde, göç hareketlerinde sorun son yaşadığımız pandemi sırasında da görüldüğü gibi daha da büyüebilir.
- Yerel yönetimlere özellikle turistik bölgelerde yeterli teknik, ekonomik ve uzman desteği yapılmalı, altyapı konularının çözüme kavuşturulması sağlanmalıdır. Günümüzde turistik bölgelerimizde yaşadığımız sağlık ve çevre krizinin en önemli sebeplerinden biri budur.
- Gelen turistlerin sağlık özgeçmişleri ve bağışıklama durumu da dahil olmak üzere sağlık anketleri toplanmalıdır. Bu iyi bir örnekleme ile grupları temsil edecek şekilde olabilir. Yaşadığımız pandemi günlerinde test çalışmaları bu açıdan çok önemlidir.
- Turistlerin sağlık sorunlarının belirlenmesine yönelik düzenleme, örgütlenme ve kayıt sistemi geliştirilmelidir. Turistlerin geldikleri ülkelerdeki sağlık güvencelerinin ülkede de sürdürülmesi ve yapılan sağlık harcamalarının karşılığının alınabilmesi için gerekli uluslararası bağlantılar kurulmalıdır.
- Turistlere ülkenin sağlık sistemini, başvurulması gereken sağlık kuruluşlarını, ilaç temin edilmesi, muayene ve tedavi ücretleri, özel sağlık sorunu olanların nerelere başvurması gerektiği gibi konularda aydınlatıcı bilgi veren küçük kitapçıklar dağıtılmalıdır.

- Herhangi bir sağlık sorununda kolayca başvurabilmelerini sağlayacak uluslararası dillerden birkaçı ile yanıt alabilecekleri özel telefon hizmet numaraları ayrılarak sınır kapılarında bütün turistlere duyurulmalıdır. Bu telefon kodlarının uluslararası olması daha uygun olacaktır.
- Ülkeden çıkacak yerli turistlere gittikleri ülkelerle ilgili bilgiler verilmelidir. Bu ülkelerde endemik, aşı ile korunulabilir hastalıklarla ilgili bağışıklama sağlanmalıdır.

Bölgesel Düzeyde

- Mevsimsel olarak hızlı nüfus artışının söz konusu olduğu bölgelerde kanalizasyon ve sağlıklı su sağlanması gibi alt yapı tesislerinin ihtiyaca cevap verecek hale getirilmesi şarttır.
- Söz konusu bölgelere uygun, inşaat, kanalizasyon vb. gibi tesislerle ilgili teknik bilgi sağlanmalıdır. Su sıkıntısı çekilen bölgelerde kamuya açık, hijyenik özellikle genel helaların, yıkanma yerlerinin yapılması sağlanmalıdır.
- Turistik bölgelerde gerekli çevre sağlığı ve halk sağlığı analizlerini yapabilecek etkinlikte araç, gereç ve teknik-elemanla sahip laboratuvarlar ve sağlık birimleri kurulmalıdır.
- Bölgedeki sağlık elemanları turistlerle iletişim kurulabilecek dil yeterliliğine sahip olanlar arasından seçilmelidir.
- Bu bölgede görevli sağlık personeli çeşitli ülkelerin sağlık sorunları, o ülkelerden gelebilecek sağlık tehlikeleri ve turist sağlığı konusunda eğitilmelidir.
- Turistik bölgelerde atıkların toplanması, gayrisihhi müesseselerin kontrolü etkin olarak yapılmalıdır.
- Bölgedeki turistik ve rekreasyon alanlarının yerleri ile birlikte özellikleri, sportif amaçla yapılabilecek dağa tırmanma, suya dalma gibi etkinlikler için elverişli yerler, herhangi bir tehlike halinde yapılması gerekenler, tehlikeli bölgeleri belirten açıklayıcı broşürler hazırlanmalıdır. Bu broşürlerde sağlıkla ilgili kısıtlılıklar ve yetersizlikler de belirtilmelidir.
- Yerel sağlık personeli yerel yönetim sorumluları genel halk sağlığı ile ilgili olarak eğitilmeli, bilgileri tazelenmeli, doğabilecek sorunlarla ilgili danışmanlık olanakları sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Aslan Z. (Ed.) Genel Turizm. Grafiker Yayınları. 1. Baskı, 2015, Ankara.
2. Güler Ç., Çobanoğlu Z. Turist Sağlığı. Sağlık Bakanlığı, Temel Çevre Sağlığı Dizisi, No:25, Ankara, 1994.
3. Sunlu U. Environmental impacts of tourism. In : Camarda D. (ed.), Grassini L. (ed.). Local resources and global trades: Environments and agriculture in the Mediterranean region. Bari : CIHEAM, 2003. p. 263-270 (Options Méditerranéennes : Série A. Séminaires Méditerranéens; n. 57) (<https://om.ciheam.org/om/pdf/a57/04001977.pdf> erişim tarihi:27.08.2020)
4. Environmental impacts; impacts of tourism on the natural environment. (<https://anintroductiontotourism.weebly.com/environmental-impacts.html> erişim tarihi: 27.08.2020)
5. Kondo, M.C.; Oyekanmi, K.O.; Gibson, A.; South, E.C.; Bocarro, J.; Hipp, J.A. Nature Prescriptions for Health: A Review of Evidence and Research Opportunities. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, *17*, 4213.
6. Bashir M., Benjiang MA, Shahzad L. A brief review of socio-economic and environmental impact of Covid-19. *Air Quality, Atmosphere & Health* <https://doi.org/10.1007/s11869-020-00894-8>
7. Perkumienė, D.; Pranskūnienė, R.; Vienažindienė, M.; Grigienė, J. The Right to A Clean Environment: Considering Green Logistics and Sustainable Tourism. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, *17*, 3254.
8. Korzeniewski K. Post-travel screening of symptomatic and asymptomatic travelers. *Int Marit Health* 2020; *71*, 2: 129–139.



UZM. DR. SEVAL ÇOKER

Giriş

Atık terimi; Çevre Kanunu'na göre ⁽¹⁾ "herhangi bir faaliyet sonucunda oluşan, çevreye atılan veya bırakılan her türlü maddeyi", Atık Yönetimi Yönetmeliği'nde de ⁽²⁾ "üreticisi veya fiilen elinde bulunduran gerçek veya tüzel kişi tarafından çevreye atılan veya bırakılan ya da atılması zorunlu olan herhangi bir madde veya materyali" tanımlamaktadır.

"İlkesel olarak öncelikle önlenmeleri, önlenemiyorsa yeniden kullanım veya geri dönüşüm olanaklarının araştırılması, bunların da mümkün olmadığı durumlarda çevre ve insan sağlığını riske atmayacak şekilde bertaraf edilmesi gereken maddeler" olarak atıkları tanımlamak daha açıklayıcı olacaktır ⁽³⁾.

Oluştukları ortama ve kaynağına göre, bileşenleri, fiziksel ve kimyasal özellikleri, etkileri gibi birçok kriter kullanılarak atıkları sınıflandırabiliriz. Fiziksel yapısına göre katı, sıvı ve gaz atıklar olarak ayrılırken; oluştuğu yere göre de evsel atıklar, sanayi atıkları, tıbbi atıklar, radyoaktif atıklar, tehlikeli atıklar, madencilik ve tarımsal işlemler sonucu ortaya çıkan özel atıklar olarak sınıflanabilmektedir ⁽³⁻⁵⁾. Atıkları çevreyle etkileşimi yönünden ele aldığımızda ise, etkileri bakımından tehlikeli ve tehlikesiz atıklar olarak gruplandırabiliriz. Atıklar değerlendirilirken, Atık Yönetimi Yönetmeliği'nin EK-1'inde belirtilen hiyerarşiye göre atık kodu tespit edilir ve atığın tehlikeli olup olmadığı belirlenir ⁽²⁾. Atık Yönetimi Yönetmeliği'nin EK-4'üne göre atıklar 20 ana bölüm halinde listelenmiştir ⁽²⁾. Faali-

yet kolları üzerinden sınıflandırılan atıklar için ayrı ayrı atık kodları bulunmaktadır.

Atık Yönetimi

Teknolojik gelişmeler ile sanayileşmeye paralel olarak gerçekleşen hızlı kentleşme ve nüfus artışı, üretim ve tüketim alışkanlıklarında yaşanan çeşitlilik, sürecin bir parçasını oluşturan atıklar konusunu, değerlendirilmesi gereken önemli bir konu olarak ön plana çıkarmaktadır ⁽⁶⁾. Toplum sağlığının korunması açısından atıkların, sağlık kurallarına uygun olarak toplanması, zararsız hale getirilmesi ve yok edilmesi gereklidir. Bu süreç atık yönetimi olarak adlandırılmaktadır ^(2, 7, 8).

Atık yönetiminde, mevzuatımızdaki hiyerarşiye göre öncelikle atıkların oluşmaması yönünde önlemler alınmalıdır. Oluşumu önlemenin mümkün olmadığı durumlarda atıkların kaynağında azaltılması ikinci aşamayı oluşturmaktadır. Üçüncü aşamada, oluşan atıkların tekrar kullanarak yeni ürün kullanımının önüne geçilmelidir. Dördüncü aşamada atıkların geri dönüştürülecek olanlarının uygun geri kazanım yöntemleriyle ekonomiye katkısının sağlanması gerekmektedir. Geri kazanılamayacak atıklar ise enerji geri kazanım amacıyla enerji girdisi olarak kullanılmalıdır. Son olarak altıncı aşamada, belirtilen önleme ve geri kazanım metodlarını uygulanamadığı atıkların nihai bertarafının sağlanması ve bunun çevre ve insan sağlığına etkisinin en aza indirilerek yapılması gerekmektedir ⁽⁸⁾.

Türkiye'de Atık Yönetimi İle İlgili Mevzuat

Ülkemizde atık yönetimine yönelik tüm politika ve mevzuat Avrupa Birliği uyum süreci göz önüne alınarak oluşturulmuştur. 2872 sayılı Çevre Kanunu ile oluşturulmaya başlanan atık yönetim politikaları ve mevzuatı, uluslararası ölçekte ülke şartlarına uyumlaştırılarak geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Ülkemizde atık yönetimi; üretici sorumluluğu çerçevesinde gerçekleştirilmektedir⁽⁹⁾.

Dünya üzerinde tüketimde kaçınılmaz şekilde yaşanan artış, doğal varlıklarımız üzerindeki baskıyı artırarak dünyanın dengesini bozmaktadır. Sınırlı kaynaklarımız gelecekte artan ihtiyaçlara cevap vermekte zorlanacaktır. Böylece, doğal kaynakların verimli kullanılmasının önemi daha da ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle son yıllarda tüm dünyada sıfır atık uygulama çalışmaları hem bireysel hem kurumsal hem de belediye genelinde yaygınlaşmaktadır. Çevre ve Şehircilik Bakanlığınca yürütülen Sıfır Atık Projesi kapsamında Sıfır Atık Yönetim Sistemi'nin kurulmasına ilişkin genel ilkelerin ve uygulama esaslarının belirlenmesini sağlayan Sıfır Atık Yönetmeliği 12 Temmuz 2019 tarihli ve 30829 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir⁽¹⁰⁾.

Ülkemizde atık yönetim sisteminin gerektirdiği çevresel ve teknik ihtiyaçlara yönelik aşağıdaki mevzuat düzenlenmiştir.

Kanunlar

- 2872 Sayılı Çevre Kanunu (11.08.1983 Tarih, 18132 Sayılı)
- 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu
- 5393 Sayılı Belediye Kanunu

Yönetmelikler

- Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 27.12.2017 Sayısı: 30283)
- Atık Elektrikli ve Elektronik Eşyaların Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 22.05.2012 Sayısı: 28300)
- Atık Pil ve Akümülatörlerin Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 31.08.2004 Sayısı: 25569)
- Atık Yağların Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 21.12.2019 Sayısı:30985)
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 26.03.2010 Sayısı:27533)
- Atıkların Yakılmasına İlişkin Yönetmelik (RG Tarihi: 06.10.2010 Sayısı:27721)
- Bitkisel Atık Yağların Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 06.06.2015 Sayısı:29378)

- Hafriyat Toprağı, İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 18.03.2004 Sayısı: 25406)
- Geri Kazanım Katılım Payına İlişkin Yönetmelik (RG Tarihi: 31.12.2019 Sayısı: 30995)
- Madencilik Faaliyetleri İle Bozulan Arazilerin Doğaya Yeniden Kazandırılması Yönetmeliği (RG Tarihi: 23.01.2010 Sayısı:27471)
- Ömrünü Tamamlamış Araçların Kontrolü Hakkında Yönetmelik (RG Tarihi: 30.12.2009 Sayısı: 27448)
- Ömrünü Tamamlamış Lastiklerin Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 25.11.2006 Sayısı: 26357)
- Poliklorlu Bifenil ve Poliklorlu Terfenillerin Kontrolü Hakkındaki Yönetmelik (RG Tarihi: 27.12.2007 Sayısı: 26739)
- Atık Yönetimi Yönetmeliği (RG Tarihi: 02.04.2015 Sayısı: 29314)
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 25.01.2017 Sayısı: 29959)
- Maden Atıkları Yönetmeliği (RG Tarihi: 15.07.2015 Sayısı: 29417)
- Sıfır Atık Yönetmeliği (RG Tarihi: 12.07.2019 Sayısı: 30829)
- Gemilerden Atık Alınması ve Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 26.12.2004 Sayısı: 25682)
- Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 25.09.2019 Sayısı: 30899)
- Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği (RG Tarihi: 06.06.2008 Sayısı: 26898)
- Sanayi Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 03.07.2009 Sayısı:27277)
- Egzoz Gazı Emisyonu Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi:11.03.2017 Sayısı: 30004)
- Kentsel Atıksu Arıtımı Yönetmeliği (RG Tarihi: 08.01.2006 Sayısı: 26047)
- Su Kirliliği Kontrolü Yönetmeliği (RG Tarihi: 31.12.2004 Sayısı: 25687)
- Tehlikeli Maddelerin Su ve Çevresinde Neden Olduğu Kirliliğin Kontrolü Yönetmeliği (76/464/AB) (RG Tarihi: 26.11.2005 Sayısı: 26005)
- Toprak Kirliliğinin Kontrolü ve Noktasal Kaynaklı Kirlenmiş Sahalara Dair Yönetmelik (RG Tarihi: 08.06.2010 Sayısı: 27605)

Tebliğler

- Atık Ara Depolama Tesisleri Tebliği (RG Tarihi: 26.04.2011 Sayısı: 27916)
- Atık Getirme Merkezi Tebliği (RG Tarihi: 31.12.2014 Sayısı: 29222)

- Atıkların Karayolunda Taşınmasına İlişkin Tebliği (RG Tarihi: 20.03.2015 Sayısı: 29301)
- Bazı Tehlikesiz Atıkların Geri Kazanımı Tebliği (RG Tarihi: 17.06.2011 Sayısı: 27967)
- Ömrünü Tamamlamış Araçların Depolaması, Arındırılması, Sökümü ve İşlenmesine İlişkin Teknik Usuller Tebliği (RG Tarihi: 06.07.2011 Sayısı: 27986)
- Tanker Temizleme Tesisleri Tebliği (RG Tarihi: 29.01.2009 Sayısı:27125)
- Kompost Tebliği (RG Tarihi:05.03.2015 Sayısı: 29286)
- Mekanik Ayırma, Biyokurutma, Biyometanizasyon Tesisleri ile Fermente Ürün Yönetimi Tebliği (RG Tarihi: 10.10.2015 Sayısı: 29498)
- Atıktan Türetilmiş Yakıt, Ek Yakıt ve Alternatif Hammadde Tebliği (RG Tarihi: 20.06.2014 Sayısı: 29036)
- Atık Alma Gemileri İçin Uygulanacak İdari ve Teknik Düzenleme Hakkında Tebliğ (2007/4) (RG: Tarihi: 24.07.2007 Sayısı: 26592)
- Atıksu Arıtma Tesislerinde Çalışan Teknik Personele İlişkin Tebliğ (RG Tarihi: 23.05.2019 Sayısı: 30782)
- Atıksu Arıtma Tesisleri Teknik Usuller Tebliği (RG Tarihi: 20.03.2010 Sayısı: 27527)
- Kentsel Atıksu Arıtımı Yönetmeliği Hassas Ve Az Hassas Su Alanları Tebliği (RG Tarihi: 27.06.2009 Sayısı: 27271)
- Tekstil Sektöründe Entegre Kirlilik Önleme ve Kontrol Tebliği (RG Tarihi: 14.12.2011 Sayısı: 28142)
- Katı Atık Karakterizasyonu ve Katı Atık Bertaraf Tesisleri Bilgi Güncellemesi (2007/10)
- Orman Sayılan Alanlarda Katı Atık Bertaraf ve Düzenli Depolama Tesislerine Verilecek İzinlere İlişkin Genelge (2011/20)
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Eğitim Programları Genelgesi (2018/8)
- Ambalaj Atıkları Yönetimi Usul ve Esasları Genelgesi (22.10.2012 tarih ve B.09.0.Ç-YG.0.10.04-145.07-12444 sayılı Olur)
- Atıksu Arıtma / Derin Deniz Deşarjı Tesisi Proje Onayı Genelgesi (2018/14)
- Denizcilik Atıkları Uygulaması Hakkında Genelge (2020/20)
- Deniz Çöpleri İl Eylem Planlarının Hazırlanması ve Uygulanması Genelgesi (2019/9)
- Normalleşme Sürecinde Gemi Atıklarının Yönetimine İlişkin Genelge (2020/19)
- Hava Kirliliğinin Kontrolü ve Önlenmesi Genelgesi (2010/14)
- Atıksu Bilgi Sistemi Genelgesi (2020/17)
- COVID-19 Salgını ve Atıksu Yönetimine İlişkin Önlemler Genelgesi (2020/13)
- Atıksu Arıtma / Derin Deniz Deşarjı Tesisi Proje Onayı Genelgesi (2018/14)
- Zeytinyağı Tesislerinde Oluşan Atıksuların Yönetiminde Uyulması Gereken Teknik Esaslar (2015/10)
- Atık İthalatı Konulu Genelge (2019/18)

Genelgeler

- Tek Kullanımlık Maske, Eldiven Gibi Kişisel Hijyen Malzeme Atıklarının Yönetiminde Covid-19 Tedbirlerine İlişkin 2020/12 Genelgesi
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmeliğe İlişkin 2010/16 Genelgesi
- Düzenli Depolama Tesisi Uygulama Projeleri Hazırlanmasına İlişkin 2018/15 Genelgesi
- Entegre Atık Yönetim Planı Genelgesi (2020/09)
- Hafriyat Toprağı, İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Genelgesi (2004/05)
- Katı Atık Genelgesi (2004/7) (2003/8)
- Maden Atıklarının Düzenli Depolanması ve Diğer Düzenli Depolama Tesislerinin Teknik Düzenlemesine İlişkin Genelge (2011/12)

Türkiye'de mevcut durum

Ülkemizde üretilen atıkların büyük kısmını belediye atıkları oluşturmaktadır. Belediye atıkları, Atık Yönetimi Yönetmeliği'nin Ek-4'ünün yirminci bölümünde tehlikesiz olarak sınıflandırılan ve evlerden kaynaklanan ya da içerik veya yapısal olarak benzer olan atıklar olarak tanımlanmaktadır. 2872 Sayılı Çevre Kanunu, 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi ve 5393 Sayılı Belediye Kanunu'na göre; yerel yönetimler, ilgili mevzuat doğrultusunda oluşan atığın planlaması, yönetimi ve izlemesinden sorumludur.

TÜİK tarafından yayınlanan belediye atık istatistiklerine (Tablo 51.1) göz atıldığında; toplanan atık miktarının yıllar içinde giderek arttığı gözlemlenmektedir. Ülkemizde belediye atıklarının nihai bertarafı büyük bir oranda düzenli depolama yöntemi ile yapılmaktadır.

Tablo 51.1 Yıllar itibariyle belediye atıklarına ait bazı veriler (11-14)

Özellikler	2012	2014	2016	2018
Toplam belediye sayısı	2.950	1.396	1.397	1.399
Atık hizmeti veren belediye sayısı	2.894	1.391	1.390	1.395
Toplanan atık miktarı (ton)	25.844.572	28.010.721	31.583.553	32.209.222
Kişi başı toplanan ortalama atık miktarı (kg/kişi-gün)	1.12	1.08	1.17	1.16
Bertaraf ve geri kazanım yöntemleri (ton)				
Belediye çöplüğüne gönderilen	9.770.966	9.935.600	9.094.906	6.520.657
Düzenli depolama tesislerine gönderilen	15.484.196	17.807.424	19.337.907	21.643.796
Geri kazanım tesislerine gönderilen*	154.652 (kompost)	126.485 (kompost)	3.092.308	3.970.889
Diğer bertaraf yöntemleri**	434.758	141.213	58.432	73.880

*Belediyeler tarafından ayrı toplanarak geri kazanım tesislerine gönderilen cam, metal, kâğıt, plastik vb. atıklar ile biyogaz ve kompost tesislerine gönderilen diğer atıkları kapsamaktadır.

**Açıkta yakarak, gömerek, dereye ve araziye dökerek, dolgu yaparak vb. yapılan bertarafı kapsamaktadır.

Ambalaj atıklarının yönetimi, 27/12/2017 Tarihli ve 30283 Sayılı "Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği" kapsamında yapılmaktadır⁽¹⁵⁾. Yönetmeliğe göre ambalaj atıklarının kaynağında ayrı toplanmasının yönetiminden belediyeler sorumludur. Ayrıca belediyelerin yansıra, ambalajı üreten, ürünlerini ambalajlı olarak piyasaya süren ve ambalaj atığının oluşumuna neden olan tüm paydaşlara ilgili yönetmelik ile ayrı ayrı sorumluluk ve yükümlülükler verilmiştir. Bertarafı, Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği'ne göre yapılan

ambalaj atıklarına ait bazı veriler **Tablo 51.2**'de yer almaktadır. Yıllar içerisinde geri kazanılan miktarda ve gerçekleşen geri dönüşüm yüzdesinde artış görülmektedir. Geri dönüşüm oranıtısı en yüksek olan grup kâğıt- karton ambalajlarıdır.

Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği'ne göre göre ambalaj atığı toplama-ayırma tesisleri (TAT) ve geri dönüşüm tesisleri (GDT) Çevre ve Şehircilik Bakanlığından lisans almak zorundadırlar. Lisans uygulamasına ilk defa 2003 yılında başlanılmıştır ve yıllar itibariyle lisans alan tesis sayıları **Tablo 51.3**'te yer almaktadır.

Tablo 51.2 Yıllar itibariyle bertarafı ambalaj atıklarının kontrolü yönetmeliği çerçevesinde gerçekleştirilen ambalaj atıklarına ait bazı veriler. ⁽¹⁶⁻²⁰⁾

		2014	2015	2016	2017	2018
Toplam	Piyasaya sürülen (ton)	3.948.307	1.244.065	3.850.712	915.301	3.893.396
	Geri kazanılan (ton)	2.422.521	501.455	2.226.273	497.089	2.375.518
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	61	40	58	54	61
Plastik	Piyasaya sürülen (ton)	1.144.285	1.244.065	911.705	915.301	943.567
	Geri kazanılan (ton)	506.717	501.455	498.887	497.089	590.923
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	44	40	55	54	63
Metal	Piyasaya sürülen (ton)	160.975	148.112	145.201	142.482	130.981
	Geri kazanılan (ton)	80.747	73.507	120.412	81.146	89.488
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	50	50	83	57	68
Kompo- zit	Piyasaya sürülen (ton)	107.721	90.668	104.658	96.385	96.773
	Geri kazanılan (ton)	76.216	74.095	49.386	55.410	62.110
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	70	82	47	57	64
Kâğıt- karton	Piyasaya sürülen (ton)	1.335.603	1.530.578	1.444.047	1.604.823	1.314.154
	Geri kazanılan (ton)	1.523.253	1.568.855	1.199.606	1.258.128	1.227.249
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	114	103	83	78	93
Cam	Piyasaya sürülen (ton)	637.045	696.176	758.991	845.615	860.239
	Geri kazanılan (ton)	154.841	212.701	231.306	193.563	234.699
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	24	31	30	23	27
Añşap	Piyasaya sürülen (ton)	562.678	473.710	486.110	523.261	547.681
	Geri kazanılan (ton)	80.747	100.051	126.676	113.509	171.048
	Gerçekleşen geri kazanım oranı (%)	14	21	26	22	31

Tehlikesiz atıklar 2015 yılından itibaren atık beyan sistemi üzerinden kayıt altına alınmaya başlanmıştır. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından hazırlanan istatistiklere göre yıllar itibariyle ülkemizde kayıt altına alınan atık verileri **Tablo 51.4**'te yer almaktadır. Atık işleme yapan tesis sayısı ve işlenen atık miktarının yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir.

2018 yılında beyan edilen tehlikesiz atığın %64.7'sinin, 2017 yılında %77'sinin, 2016 yılında %77'sinin geri kazanılmak üzere atık işleme tesislerine gönderildiği istatistiklerde görülmektedir. İlgili bakanlık tarafından; en yüksek atık oluşumunun 3 yılda da imalat sektörü bölümünde yer alan tesislere ait olduğu bildirilmiştir⁽²²⁻²⁴⁾.

Atık Yönetimi Yönetmeliği kapsamında, yıllık tehlikeli atık beyanları atık üreticileri tarafından, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın Atık Yönetim Uygulaması/Atık Beyan Sistemi kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Yapılan beyanlar doğrultusunda Tehlikeli Atık İstatistikleri Bültenleri hazırlanmaktadır. Yıllar itibariyle tehlikeli atıklara ait veriler bültenlere göre hazırlanan **Tablo 51.5**'te yer almaktadır. Yine aynı istatistiklerde en yüksek atık oluşumunun 2015, 2016, 2017 ve 2018 yıllarında imalat sektörü/ana metal sanayine ait olduğu belirtilmiştir⁽³³⁻⁴⁰⁾.

Atık beyanında bulunulan tehlikeli atıkların; 2016 yılında %79,94'ü, 2017 yılında %83.61'i, 2018 yılında ise %84.99'u geri kazanılmak üzere atık iş-

Tablo 51.3 Yıllara göre lisanslı toplama-ayırma tesisleri ve geri dönüşüm tesisi sayıları.⁽¹⁶⁻²¹⁾

Özellikler	2003	2005	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
TAT	15	31	210	340	465	527	566	527	731
GDT	13	19	170	366	572	627	751	665	1128

TAT: toplama-ayırma tesisleri, GDT: geri dönüşüm tesisleri

Tablo 51.4 Yıllara göre tehlikesiz atık verileri.⁽²²⁻²⁴⁾

Özellikler	2016	2017	2018	
Tesis Sayısı (Adet)	12.034	14.352	16.326	
Atık Miktarı (Ton)	17.877.448	15.124.951	15.068.633	
Atık İşleme Yöntemi	Geri Kazanım	13.843.431	9.595.038	9.749.190
	Bertaraf	1.630.881	2.965.927	3.211.222
	Stok	2.253.878	2.463.138	1.899.421
	İhracat	149.259	100.848	208.800

Tablo 51.5 Yıllara göre tehlikeli atıklara ait bazı veriler^{*(25-30)}

Özellikler	2010	2014	2015	2016	2017	2018	
Atık beyanında bulunan tesis sayısı (adet)	18.685	39.134	44.922	60.233	63.741	66.478	
Toplam miktar (ton)	786.418	1.413.220	1.357.340	1.363.227	1.425.045	1.513.624	
Tehlikeli özel atık türü ve miktarı (ton)	Atık yağ	-	61.335	60.906	68.895	66.442	70.130
	Bitkisel atık yağ	-	7.234	12.958	17.070	16.043	13.170
	Pil-akü	-	11.982	17.282	16.908	23.684	29.598
	Atık elektrikli ve elektronik eşyalar (AEEE)	-	6.817	11.596	23.027	19.224	23.365
	Tıbbi atık	-	83.190	113.857	98.376	98.729	107.400
Durum	Geri kazanım	610.770	1.033.598	1.129.088	1.089.809	1.190.764	1.286.363
	Bertaraf	30.315	314.826	167.222	222.263	209.930	200.767
	Stok	22.971	58.225	53.251	40.933	13.673	17.434
	İhracat	632	6.571	7.779	10.222	10.678	9.060
	Tesis içi	127.730	-	-	-	-	-

*Bu bülten içerisinde yer alan istatistik ve bilgilere maden sektöründen kaynaklanan atıklar dahil edilmemiştir.

leme tesislerine gönderilmiştir. Yıllar içinde geri kazanım sağlanan atık miktarının arttığı görülmektedir⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Ülkemizde tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili esaslar 25.01.2017 tarihli ve 29959 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Yönetmelik, tıbbi atık üreticilerine, atıkların kaynağında ayrı toplanması ve geçici depolanması sorumluluğunu verirken, belediyelere tıbbi atıkların geçici atık depolarından alınarak toplanması, taşınması, sterilizasyon ve bertaraf işlemlerine tabi tutulması sorumluluğunu vermiştir. Aynı zamanda tıbbi atık üreticileri, atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı için gerekli harcamaları atık bertarafçısına ödemekle yükümlüdür. Tıbbi atık bertaraf bedelleri de her ilin Mahalli Çevre Kurulu tarafından belirlenmektedir⁽³¹⁾.

Tablo 51.6’da da görüldüğü üzere, TÜİK verilerine göre tıbbi atık miktarı her geçen gün hızla artmaktadır⁽³²⁻³⁶⁾. Sağlık sektörü, teknolojik gelişmelerle birlikte önemli ilerlemeler gösteren sektörlerdendir ve süreç içerisinde nüfus artışı, hizmetlere

erişimin artması, sağlık kuruluşu sayısının artışı gibi nedenlere bağlı olarak sağlık kuruluşlarında hem atık çeşitliliğinde hem de atık miktarında önemli değişiklikler olmuştur. Ayrıca son yıllarda bulaşıcı hastalıkların yeniden gündeme gelmesi, yaşamımızın her alanında olduğu gibi tek kullanımlık malzemelerin tıpta kullanımının artması, doğrudan tıbbi atık üretim miktarına yansımıştır^(37,38).

Maden atıkları, 15.07.2015 tarihli ve 29417 sayılı Maden Atıkları Yönetmeliği çerçevesinde yönetilmektedir⁽³⁹⁾. Maden işletmelerinde yapılan anket sonuçlarına göre, TÜİK tarafından maden işletmelerindeki atık istatistikleri oluşturulmaktadır. **Tablo 51.7**’de son 2 yıla ait istatistik verisi yer almaktadır⁽⁴⁰⁾.

Atıkların, geri dönüşüm ve geri kazanım süreci içerisinde değerlendirilerek bertarafı, hem madesel, hem de enerji olarak ciddi kaynak tasarrufu sağlamaktadır. **Tablo 51.8**’de TÜİK verilerine göre atık bertaraf ve geri kazanım tesisi istatistikleri yıl bazında yer almaktadır⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾. Verilere göre 2018 yılında 166 atık bertaraf tesisi ve 2.057 geri kazanım tesisi olmak

Tablo 51.6 Yıllara göre tıbbi atık istatistikleri.⁽³²⁻³⁶⁾

Özellikler	2010	2014	2016	2017	2018	
Sağlık kuruluşu sayısı	1.408	1.498	1.527	1.525	1.550	
Tıbbi atık miktarı (kg)	59.966.481	74.495.046	81.024.269	85.986.804	89.454.403	
Bertaraf yöntemi	Sterilize edilip depolama alanlarında bertaraf edilen (kg)	Düzenli depolama tesisi	12.472.058	40.161.380	54.439.516	75.349.572
		Belediye çöplüğü	3.965.628	16.312.639	14.012.978	
	Sterilize edilmeden depolama alanlarında bertaraf edilen (kg)	Düzenli depolama tesisi	25.656.140	10.494.440	-	-
		Belediye çöplüğü	12.163.331	10.716	5.549	
Yakma tesisinde bertaraf edilen (kg)	5.497.726	7.514.759	12.566.226	10.637.232	6.894.970	
Diğer (Kazan dairesinde yakarak, açıkta yakılan, gömülen vb.)	211.598	1.112	-	-	-	

Tablo 51.7 Maden işletmeleri atık istatistikleri, 2018-2018.⁽⁴⁰⁾

Özellikler		2016	2018
Maden işletmesi (faal ocak sayısı)		3.810	3.865
Toplam tehlikeli atık miktarı (bin ton)	Toplam tehlikeli atık (bin ton)	GV	11.177
	Tehlikeli mineral atık (bin ton)	GV	11.164
	Toplam tehlikesiz atık (bin ton)	GV	800.922
Toplam tehlikesiz atık (bin ton)	Tehlikesiz mineral atık (bin ton)	805.845	800.374
	Dekapaj malz./pasa (bin ton)	801.864	794.711
Toplam atık miktarı (bin ton)		811.056	812.098

Tablo 51.8 Atık bertaraf ve geri kazanım tesisleri istatistikleri.⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾

Özellikler	2005		2012		2014		2016		2018		
	Tesis sayısı	İşlem gören atık miktarı (ton)	Tesis sayısı	İşlem gören atık miktarı (ton)	Tesis sayısı	İşlem gören atık miktarı (ton)	Tesis sayısı	İşlem gören atık miktarı (ton)	Tesis sayısı	İşlem gören atık miktarı (ton)	
Atık bertaraf tesisi	Düzenli depolama	18	7.136.062	80	24.174.502	113	41.281.755	134	43.815.135	159	55.878.883
	Yakma	3	30.911	3	50.133	4	42.882	6	310.127	7	493.885
	Toplam	-	-	83	24.224.635	117	41.324.637	140	44.125.262	166	56.372.769
Atık geri kazanım	Kompost	4	165.351	6	158.922	4	94.019	7	140.467	8	138.054
	Beraber yakma	-	-	32	538.916	39	532.343	35	738.908	40	1.069.360
	Diğer	-	-	551	9.531.295	825	19.097.879	1.516	35.769.611	2.009	46.872.420
	Toplam	-	-	589	10.229.133	868	19.724.241	1.558	36.648.986	2.057	48.079.834
Toplam	-	-	-	-	985	61.048.878	1.698	80.774.248	2.223	104.452.603	

üzere toplam 2.223 tesis ülkemizde faaliyet göstermiştir. Yedi yakma tesisinde 494 bin ton atık bertaraf edilmiş; lisanslı diğer 2.009 atık geri kazanım tesisinde ise toplam 47 milyon ton metal, plastik, kâğıt, mineral vb. atık geri kazanılmıştır⁽⁴¹⁾.

Sonuç

Sanayileşme ve kentleşme süreçleriyle birlikte hızla artan nüfus ve değişen yaşam standartları, gerek atık hacmini gerekse de atık kompozisyonunu çeşitlendirerek her geçen gün atık kontrol ve yönetimini zorlaştırmaktadır. Doğal kaynaklarımızın sınırsızlığı dikkate alınır, yakın gelecekte bazı ihtiyaçları karşılanmakta zorlanacağımız aşikârdır.

Hem atıkların çevreye zararının asgari düzeye indirilmesi hem de atıkların geri kazanımının sağlanması tüm dünyada öncelikli hedef olmalıdır. Atık yönetiminde bertaraftan önceki basamakların da göz ardı edilmemesi önemlidir. Atıkların içindeki çoğu bileşen güvenli ve ekonomik olarak geri dönüşebilir ve yeniden kullanılabilir. Bunların ayrıştırılması, atık miktarlarını doğrudan azaltacaktır. Atık miktarını en az düzeyde tutmanın en temel basamak olduğu; ardından yeniden kullanım, geri dönüşüm ve geri kazanımın değerlendirilmesi; bu basamaklarda başarılı olduğu takdirde bertaraf gereksiniminin oldukça azalacağı dikkate alınmalıdır⁽⁷⁾.

Ülkemiz, atıklar konusunda hızla ilerleme kaydetmekle birlikte, çalışmalar iyileştirilirken daha az atık çıkarmanın yol ve yöntemleri geliştirilmelidir. Atıkların kaynağında düzenli ve doğru bir şekilde,

zamanında toplanması, özellikle kaynağında ayrıştırılması konularında hem vatandaşın hem de yerel yönetimlerin sorumluluğu vardır. Yerel yönetimler, halk ve özel kuruluşlar arasındaki iş birliğinin artırılması başarıyı artıracaktır. Daha az atık üretmek için başta halk olmak üzere tüm kurum kuruluş ve üreticilerin atık konusundaki farkındalığının artırılması, her yaş grubundan kişi ve her sektörden kurum ve kuruluşlar için eğitim ve farkındalık programlarının uygulanması, bu eğitimlerin davranışa dönüştürülmesi, geri dönüşüm ve az atık çıkartmanın mekanizmalarının kurulması ve teşviki, bilinci artırma ve uygulamayı gerçekleştirmede önemlidir.

Kaynaklar

- 1) Resmi Gazete. Çevre Kanunu. Kanun No: 2872. Tarihi:11/08/1983. Sayı:18132
- 2) Resmi Gazete. Atık Yönetimi Yönetmeliği. Sayı:29314. Tarihi:02/04/2015
- 3) Tenikler G. (2004).Türkiye’de Tehlikeli Atık Yönetimi ve Avrupa Birliği Ülkeleri İle Karşılaştırmalı Bir Analiz. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Danışman: Prof. Dr. Zerrin Toprak Karaman). Doktora Tezi. İzmir.
- 4) Erdoğan İ, Ejder N. Bilimde Tanımlama ve Tanımla Gelen Sınırlamalar: Atık Yaklaşımı ve ÇED Örneği. Karadeniz Teknik Üniversitesi Peyzaj Bölümü. <http://www.Baskent.Edu.Tr/Nerdogan/Tanımlama.Htm> Erişim Tarihi: 13.07.2020.
- 5) Yılmaz A., Bozkurt Y. (2010). Türkiye’de Kentsel Katı Atık Yönetimi, Uygulamaları ve Kütahya Katı Atık Birliği (KÜ-KAB) Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 15(1), 11-28.
- 6) Çoker S (2015). Tıbbi Atıklar ve Tıbbi Atıkların Yakılmasının Tehlikeleri. Toplum ve Hekim Dergisi; 30(5): 362-379.
- 7) Çağlayan Ç., Çoker S., Mutlu G.A., Peynirci İ. (2016). Atık Yakma Tesisleri ve Kocaeli’nde Durum. Kocaeli Tabip Odası Yayınları.

- 8) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Atık Yönetimi Eylem Planı 2016-2023.
- 9) Öktem B. (2016) Atık Yönetiminde Entegre Uygulama. Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi; Cilt 6 Sayı 2/1 (2016)
- 10) Resmi Gazete. Sıfır Atık Yönetmeliği. Tarihi: 12/07/2019 Sayı: 30829
- 11) TÜİK Haber Bülteni Belediye Atık İstatistikleri, 2018 Sayı: 30666 01 Ekim 2019
- 12) TÜİK Haber Bülteni Belediye Atık İstatistikleri, 2016 Sayı: 24876 29 Kasım 2017
- 13) TÜİK Haber Bülteni Belediye Atık İstatistikleri, 2014 Sayı: 18777 28 Aralık 2015
- 14) TÜİK Haber Bülteni Belediye Atık İstatistikleri, 2012 Sayı: 16170 20 Şubat 2014
- 15) Resmi Gazete. Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği. Tarihi: 27/12/2017 Sayı: 30283
- 16) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2018) Bülten No:15 Tarihi:27.02.2020
- 17) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2017) Bülten No:14 Tarihi:28.02.2019
- 18) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2016) Bülten No:13 Tarihi:28.02.2018
- 19) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2015) Bülten No:12 Tarihi:28.02.2018
- 20) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2014) Bülten No:11 Tarihi:28.02.2017
- 21) Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Ambalaj Bülteni Ambalaj Ve Ambalaj Atıkları İstatistikleri (2012) Bülten No:9 Tarihi:28.02.2015
- 22) T.C. Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikesiz Atık İstatistikleri Bülteni (2018) Sayı:3 Tarih: 18.03.2020
- 23) T.C. Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikesiz Atık İstatistikleri Bülteni (2017) Sayı:2 Tarih: 28.06.2019
- 24) T.C. Çevre Ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikesiz Atık İstatistikleri Bülteni (2016) Sayı:1 Tarih: 02.01.2018
- 25) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2010 Sayı:2 Tarih: 16.04.2012
- 26) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2014 Sayı: 5 Tarih: 15.02.2016
- 27) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2015 Sayı: 6 Tarih: 06.01.2017
- 28) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2016 Sayı: 7 Tarih: 02.01.2018
- 29) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2017 Sayı: 8 Tarih: 08.03.2019
- 30) TC Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Tehlikeli Atık Bülteni Tehlikeli Atık İstatistikleri 2018 Sayı: 9 Tarih: 23.03.2020
- 31) Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. RG Tarihi: 25/01/2017 Sayı: 29959
- 32) TÜİK Haber Bülteni Sağlık Kuruluşları Atık İstatistikleri, 2010 Sayı: 10973 21 Aralık 2011
- 33) TÜİK Haber Bülteni Sağlık Kuruluşları Atık İstatistikleri, 2014 Sayı: 18781 18 Kasım 2015
- 34) TÜİK Haber Bülteni Tıbbi Atık İstatistikleri 2016 Sayı: 24871 02 Kasım 2017
- 35) TÜİK Haber Bülteni Tıbbi Atık İstatistikleri 2017 Sayı: 27686 25 Aralık 2018
- 36) TÜİK Haber Bülteni Tıbbi Atık İstatistikleri 2018 Sayı: 30672 25 Aralık 2019
- 37) Ege H. Adana İli Tıbbi Atık Yönetimi; Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Çevre Mühendisliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana. 2009.
- 38) Çoker S. Kocaeli İlindeki Kamu Hastanelerinde Tıbbi Atık Yönetimi. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı AD. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli. 2017.
- 39) Resmî Gazete. Maden Atıkları Yönetmeliği. Tarihi: 15/07/2015 Sayı: 29417
- 40) TÜİK Haber Bülteni Maden İşletmeleri Su, Atıksu ve Atık İstatistikleri, 2016 Sayı: 24879 28 Aralık 2017
- 41) TÜİK Haber Bülteni Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri İstatistikleri, 2018 Sayı: 30665 02 Aralık 2019
- 42) TÜİK Haber Bülteni Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri İstatistikleri, 2016 Sayı: 24877 21 Aralık 2017
- 43) TÜİK Haber Bülteni Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri İstatistikleri, 2014 Sayı: 18776 29 Aralık 2015
- 44) TÜİK Haber Bülteni Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri İstatistikleri, 2012 Sayı: 16177 21 Şubat 2014
- 45) TÜİK Haber Bülteni Atık Bertaraf ve Geri Kazanım Tesisleri İstatistikleri, 2005 Sayı:118 19 Temmuz 2006
- 46) <https://webdosya.csb.gov.tr/db/bolu/icerikler/atiklar-20180222082452.pdf> Erişim tarihi: 14.07.2020

Kentleşme ve Çevre Sağlığı

52

DOÇ. DR. ALPASLAN TÜRKKAN

Yaşam, canlıyı destekleyen ve onunla uyumlu çevrenin varlığına bağlıdır. İnsanlar olumlu çevre koşullarında toplu halde yaşama eğilimindedir. Toplu yaşam da kentlerde yoğunlaşarak sürmektedir. İnsanlık tarihinde ilk kez nüfusun çoğunluğu kentsel alanda yaşar hale gelmiştir. Günümüzde kentte yaşam oranı Kuzey Amerika ve Avrupa'da en yüksek düzeydedir. Kentli nüfus oranı dünyanın en gelişmiş bölgelerinde %78.7 ve en az gelişmiş bölgelerde %33,6'dır.⁽¹⁾ 2050 yılında her on kişiden yedisinin kentsel alanda yaşayacağı hesaplanmıştır.⁽²⁾ Kentler; eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler konusunda eşsiz olanak ve hizmetlerin sunulduğu yaşam alanlarıdır. Daha fazla iş olanağı, daha yüksek gelir, çeşitli, canlı sosyal yaşam ve gelişmiş kamu hizmeti olanakları ile güçlü çekim alanı oluşturur. Kent yaşamı bireyin yetenek ve kapasitesini tam olarak kullanmasına olanak sağlayarak onun sağlık ve refahını geliştirebilir. Buna karşın kent, olumsuzlukları ile tehlikelerin ve risklerinin yoğunlaştığı alanlar olarak yaşayanların sağlığını tehdit de edebilir.

Kent nüfusunun artışı olarak kentleşme, tarıma dayalı ekonomiden endüstri ve hizmete doğru değişimi ve buna koşul olarak günlük yaşamda fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutların değişimine neden olur. Kentleşme bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar ile kentli sağlığını tehdit eder.⁽²⁾ Karmaşık ilişkileri ile kentli sağlığını etkileyen çevresel etmenler; birey, mekân ve süreç boyutlarında değerlendirilmeye ihtiyaç duyar. Birey boyutunda bireysel özellikler ve yaşam biçimi, mekân boyutunda inşa edilmiş ve doğal çevre, coğrafya ve iklim, ulaşım, hava kirliliği, yol

güvenliği, konutlar, yeşil ve gri kentsel alanlar, suç değerlendirilebilir. Süreç ise etkileşimin sonuca gidişi olarak ele alınmalıdır.

Hızlı kentleşme ile artan kent nüfusunun, başta altyapı olmak üzere gereksinim duyduğu hizmetler, kent yönetimlerinin yetenek ve/veya kapasitesini aştığında kent çeperinde gecekondulaşma artmaktadır.⁽³⁾ Günümüzde kalabalık yaşamın belirgin olduğu gecekondualarda bir milyar kişinin yaşadığı ve bu sayının 2030 yılında çoğu Asya ve Afrika'da olmak üzere iki milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Hızlı ve plansız kentleşme, kalabalık ve kötü koşullardaki gecekondualarda barınma, temiz suya, sağlık hizmetine erişim sorunları ile başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere birçok sağlık sorunu için risk oluşturur. Londra nüfusu 1 milyardan 8 milyara 130 yılda ulaşırken benzer artış Bangok'da 45, Dhaka'da 37 ve Seoul'de 25 yılda gerçekleşti.⁽⁴⁾ Kentleşme hızının kent için tehdit oluşturacak düzeye ulaşma potansiyeli göz ardı edilmemelidir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına⁽⁵⁾ göre kentlerde yıllık nüfus artış hızındaki büyük farklılıklar dikkat çekmektedir. Nüfus artış hızı (2018-2019) Artvin ve Bilecik %18.2, Hakkari %19.3, Ordu %23.2 ve Tunceli %40.9 azalırken, İstanbul %29.5, Bayburt %30.7, Yalova %32.8 ve Antalya %34.6 artmıştır. Kentleşme süreci iyi yönetilerek birey ve mekân boyutlarında olumsuz çevresel koşulların oluşması engellenmelidir. Hızlı ve kontrol dışı kentleşme, hava kirliliği, güvenli suya ulaşamama, gıda güvenliğinin sağlanamaması, kent yoksulluğu, suç artışı, ulaşım sorunlarına neden olur.

Sağlık eşitsizlikleri kent ve kır arasındaki farka odaklandığından kent içinde farklı bölge ve gruplardaki eşitsizlikleri yeterince değerlendirmemiştir. (2) Hızlı kentleşme, sağlığın belirleyicilerinin gözden kaçmasına ve başta dezavantajlı gruplarda olmak üzere sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine neden olmaktadır.

Şehirlerde toprağa sınırlı erişim ve gıda, su, elektrik, ulaşım, barınma, eğitim ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti kentsel yoksulluğa katkıda bulunur. Türkiye’de en yüksek gelir düzeyine erişmiş olan İstanbul aynı zamanda en zengin yüzde 20’lik grubun gelirinin en yoksul yüzde 20 grubun gelirinden 8,6 kat fazla olması ile gelir eşitsizliğinin en fazla olduğu il olarak dikkat çeker. (6)

Kentlerin doğal ve yapılı çevresi kent coğrafyasını, iklimini, kuraklık, vektörlerle bulaşan hastalıklar ile ısıya bağlı hastalıklarını, olağan dışı durumlara maruz kalma olasılığını, konut koşulları, su ve sanitasyon özellikleri, ulaşım olanakları ve hava kalitesini de belirler. (2)

Kentlerde tuvaleti, mutfuğu, banyosu ve şebeke suyu konut dışında olanların yanı sıra hiç olmayanlar da vardır. Oranlar arasında da belirgin farklılıklar gösterilmiştir. (7) Türkiye’de hane halkının %7.3’ünün tuvaleti konut dışındadır. Iğdır’da bu oran %47.6, Karabük’de %0.02’dir. Konut dışındaki tuvalet önenebilir çevresel sağlık riski oluşturarak toplum sağlığını doğrudan etkiler. (7) Konut dışındaki mutfak sıklığı Türkiye genelinde %2.1, Ağrı’da %18.1, Karabük’de %0.04’tür. Bu konudaki bilgi eksikliği vurgulanmış, konunun ayrıntılı değerlendirmeye gereksinimi gözler önüne sergilenmiştir. (7) Konut dışında banyo sıklığı Türkiye’de %1.7’dir. Bu oran Iğdır’da %16.9, Kocaeli’de %0.03’tür. Bireysel hijyeni ve enfeksiyon hastalıkları sıklığını etkileme potansiyeli ile öncelikli olan konu dikkatle değerlendirilmeye ihtiyaç duyar. (7) Konutta şebeke suyu bulunmayan hane halkı oranı Türkiye’de %0,9’dur. Iğdır ve Ağrı’da bu oran %9.8 iken Sakarya’da %0.03’dür. Sağlık için olmazsa olmaz temiz suya erişimin bir göstergesi olarak kalkınmışlık düzeyi ve insani haklar açısından da değerlendirmeyi hak eder. Temiz suya erişim vazgeçilemez Temel Sağlık Hizmetidir. (7)

Türkiye İstatistik Kurumu’nun ilk defa 2016 yılında yayımladığı illerde yaşam endeksi bültenine göre (8) barınma ve yaşam alanı özelliklerine göre en yüksek değeri Sakarya ili almış, Sinop onu izlemiştir. En düşük değer Ardahan’da olup Ağrı ve Mardin

onu izlemiştir. Türkiye’de hane halkı büyüklüğü ortalaması 2018 yılında 3.41’dir. Ancak kimi illerde kalabalık yaşam dikkat çekmektedir. Ortalama hane halkı büyüklüğü Hakkari’de 5.54, Batman’da 5.46 ve Ağrı’da 5.03’dür. (9) Hane halkı büyüklüğü kalabalık yaşamın tüm dezavantajlarını barındırması nedeniyle önemlidir.

Kent içi ulaşımında yürüyerek ya da bisikletin tercih edilmesi teşvik edilmektedir. Buna karşın yolu paylaşan taraflar içinde yayalar ve bisikletliler büyük risk altındaki gruplardır. Hızlı kentleşme ulaşımına bağlı ölümlerin nedenlerindedir. Dünyada yaya ölümleri trafik ölümlerinin %23’ünü oluşturur. Bu oran Afrika’da %40, Avrupa’da %27 ve Güneydoğu Asyada %14’dür. (10) Yaya ölümlerinin büyük bölümü kentsel alanlarda gerçekleşmektedir. (3) Türkiye’de trafik kazalarının %74.5’i, ölümlerin %37.2’si ve yaralanmaların 66.7’si yerleşim alanlarında olmaktadır. (11) Türkiye’de de trafik nedeniyle ölenlerin %23.2’si ve yaralananların %11.8’i yaya’dır. (12) Kent içinde ulaşım kaynaklı olumsuzluklara en fazla dezavantajlı gruplar maruz kalmaktadır. (13) Türkiye’de kentler arasında trafik kazaları ve sonucundaki ölüm-yaralanmalar arasında büyük fark dikkat çekicidir. Bir milyon araç başına ölüm sayısı İstanbul’da 77 iken Hakkari’de 1595’dir. Bir milyon araç başına yaralanan kişi sayısı İstanbul’da 7306 kişi ve Bingöl’de 72.997 kişidir. Benzer biçimde bir milyon nüfus başına ölüm ve yaralanma sayılarında da büyük farklılık vardır. (7)

Mortalite ve morbidite ile yakın ilişkisi bilinen yetersiz fizik aktivite Türkiye’de dikkat çekici düzeydedir. 12-18 yaş grubunun yarıya yakını, 19-30 yaş grubunun %70’e yakını ve 75 yaş üstünün yaklaşık %90’ı egzersiz yapmamaktadır. (14) Kent boyutunda fizik aktivite ile ilgili yeterli ve güvenilir veri sıkıntısı yaşanmaktadır. Ancak kent yönetimlerinin aktif yaşamı destekleme konusunda çok sayıda başarılı uygulama örneği bilinmektedir. Sağlıklı kent planlama ile olumlu çevresel koşullar oluşturularak kentte aktif yaşam desteklenebilir. (15)

Belediyeler 2018 yılında nüfuslarının büyük çoğunluğuna atık hizmeti sunar duruma erişmiştir. Buna karşın nüfusunun %88’ine bu hizmeti ulaştırılan Erzurum ve %84’üne ulaştırılan Samsun dikkat çekmektedir. Atık hizmeti sunulmaması başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere toplum sağlığını tehdit eden önemli tehlikedir. (9) Çevre kirliliği bakımından önemli bir gösterge olan atıksu arıtma tesisi ile hizmet sunumu kentler arasında farklılık

göstermektedir. Türkiye’de atıksu arıtma tesisi ile hizmet verilen belediye nüfusunun toplam belediye nüfusuna oranı %79’dur. İstanbul ve Kocaeli’nde %100 iken Şanlıurfa’da %6, Ardahan’da %7, Çankırı ve Kars’ta %12 dikkat çekicidir.⁽⁹⁾

Türkiye’de içme ve kullanma suyu arıtma tesisi ile hizmet verilen belediye nüfusun toplam belediye nüfusuna oranı %60’dır. Bu oran İstanbul için %100’e ulaşmışken Bitlis, Elazığ, Erzincan, Hatay, Tokat ve Batman için %1 düzeyindedir.⁽⁹⁾

Türkiye’de içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen belediye nüfusun toplam belediye nüfusuna oranı %99’dur. Kentlerin çoğu tüm nüfusuna şebeke sistemi ile su ulaştırmaktadır. Ancak bu oran Ordu’da %90 ve Mardin’de %86’da kalmıştır.⁽⁹⁾

Türkiye’de kanalizasyon şebekesi ile hizmet verilen belediye nüfusunun toplam belediye nüfusuna oranı %91’dir. Ancak temel sağlık hizmeti olan ve toplumların sağlık düzeyini önemli ölçüde etkileme potansiyeli olan bu oran Hakkâri’de %31, Şanlıurfa’da %50, Ordu ve Hatay’da %70’dir.⁽⁹⁾

Sonuç

Kentleşme, dünyada olduğu gibi, Türkiye’nin de gerçeği olup sağlığın önemli gündem maddeleri içinde yer almaktadır. Kentler, yaşayanlarına sunduğu olanaklar ile sağlıklarını iyileştirip geliştirebildiği gibi tam tersi biçimde sağlıklarını da bozabilmektedir. Hızlı ve planlanmamış kentleşme olumsuz yaşam ve çevre koşullarına neden olarak tüm kent yaşayanları için risk oluşturabilmektedir. Kentlerde sağlıklı çevre koşullarını sağlamanın biricik yolu temel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve kentlerin planlanması, planlı büyümenin sağlanmasıdır.

Kaynaklar

- 1) United Nations. World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. New York: United Nations; 2019. doi:10.4054/demres.2005.12.9
- 2) World Health Organization, The WHO Centre for Health Development, Kobe and UNHSP. Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings. Switzerland; 2010. doi:10.1373/clinchem.2011.163634
- 3) Vojnovic I, Pearson A, Asiki G, DeVerteuil G, Allen A. Handbook of Global Urban Health. New York: Routledge; 2019. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- 4) Galea S, Vlahov D, eds. Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and Practice. New York: Springer Science; 2005. http://www.ghbook.ir/index.php?name=گنجرف و ناسرر و ناسرر و ناسرر &option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chkhask=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component.
- 5) TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları , 2019. Ankara; 2020. www.tuik.gov.tr.
- 6) TÜİK. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Bölgesel Sonuçları , 2018. Vol 10. Ankara; 2019. www.tuik.gov.tr.
- 7) Sağlık Kentler Birliği. City Health Indicators 2013 [Kent Sağlık Göstergeleri 2013].Pdf. Sağlık Kentler Birliği; 2013.
- 8) İllerde Yaşam Endeksi , 2015. Ankara; 2016. www.tuik.gov.tr.
- 9) TÜİK. Gösterge Uygulaması. <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>. Published 2020. Accessed June 25, 2020.
- 10) World Health Organization (WHO). GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018. Geneva: WHO; 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><https://doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006><https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.04.024><https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.127252><http://dx.doi.org>.
- 11) EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, KURUMU Tİ. TRAFİK KAZA İSTATİSTİKLERİ 2013. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2014. www.tuik.gov.tr.
- 12) TÜİK. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2019. Tük. 2020:47-50. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33628>.
- 13) WHO ERO for. Addressing the Social Determinants of Health: The Urban Dimension and the Role of Local Government. (Grady M, Goldblatt P, eds.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe to; 2012.
- 14) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. TÜRKİYE FİZİKSEL AKTİVİTE REHBERİ. Sağlık Bakanlığı; 2014.
- 15) Edwards P, Tsouros A. Kentsel Çevrede Fiziksel Aktivite ve Aktif Yaşamın Desteklenmesi. Sağlık Kentler Birliği; 2006.

> İŞ SAĞLIĞI

BÖLÜM

5

> Sunuş

DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN • UZM. DR. ELİF ALTUNDAŞ HATMAN
Bölüm Editörleri

Türkiye Sağlık Raporu 2020 İş Sağlığı Bölümünü, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği İş Sağlığı Çalışma grubuna üye 11 yazar tarafından toplam 11 alt başlıkta hazırlanmıştır. Yazarlar ülkemizde çalışma yaşamını önemli ölçüde belirleyen gündemleri ele almışlar ve bu bölümde ayrıntılı bir biçimde irdemişlerdir.

Bölüm, Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği alanında var olan yasal düzenlemeleri, ülkemizde yasal düzenlemelerle belirlenen risk değerlendirmesini, iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin ülkemize ait güncel verileri, iş sağlığı ve güvenliği alanından seçilmiş epidemiyolojik göstergeleri, çalışma yaşamında özellikli gruplar olarak tanımladığımız kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar ile çocuk işçilerin durumunu, Türkiye’de tarımsal üretimde iş sağlığı

ve güvenliğini, iş sağlığında karşılaşılan etik sorunları, ülkemizde eğreti istihdam ve bu istihdam biçimlerinin sağlığa etkilerini, sağlık çalışanlarının sağlığını ve sağlık çalışanlarına dönük şiddet sorununu ele almaktadır.

İş sağlığı söz konusu olduğunda, yukarıda sıralanan başlıklara eklenebilecek farklı konular ve tartışma başlıkları elbette olacaktır. Diğer yandan bu bölümde ele alınan yazılar, gönüllü yazarlarımızın çok değerli birikimlerini ve görüşlerini yansıtmaktadır ve içerikleri de yine yazarlarımızca oluşturulmuştur. Katkıları için Çalışma Grubumuzun değerli üyelerine ve HASUDER Yönetim Kuruluna teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Temel İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri Kapsamında Yasal Durum ve Uygulamadaki Süreçler

53

DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN

Yasal Düzenlemelerin İş Sağlığı Alanında Önemi

İş sağlığının gelişimi toplumsal ve teknolojik değişimle beraber olmuştur. 18.yüzyılın sonlarına doğru buhar gücünün bulunmasıyla üretim hızlanmış ve sanayi dönemi başlamıştır. Bu dönemde üretim ve rekabet artışı ile birlikte kârlılığı artırmak için emek sermaye ilişkileri içinde çalışanların haklarının korunması ve iş sağlığı konusu önemli hale gelmiştir. Üretimin verimli ve kaliteli yapılabilmesi, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelerin izlenebilmesi, toplum barışı ve sosyal adaletin sağlanması, çalışanların emeğinin ve sağlığının korunması bu alandaki en önemli kaygılardır.¹ 1789 Virginia İnsan Hakları Bildirgesi'nde belirtilen iş sağlığı ilkelerine göre:

- İş sağlığı, her işte çalışanların sağlığı ile ilgilidir.
- İşçinin sağlığı ile ailesinin sağlığı arasında doğrudan bağlantılar vardır.
- İş ile sağlık etkileri arasında doğrudan bağlantılar vardır.¹

Özellikle Avrupa'da 1800'lü yıllarda çalışanların hakları, sağlık ve güvenliklerini korumak ve geliştirmek için birçok düzenleme yapılmıştır. Birinci Dünya Savaşı sonrasında imzalanan Versay Antlaşması'nda emeğin meta ya da mal olarak kabul edilmemesi gerektiği vurgulanmış ve çalışanların haklarına yönelik bazı kurallar belirlenmiştir. 1919 yılında Versay Antlaşması'na dayanarak işveren temsilcileri, işçi temsilcileri ve hükümet temsilcilerinin eşit söz hakkına sahip olduğu UÇÖ (Ulus-

lararası Çalışma Örgütü) kurulmuştur. UÇÖ Anayasasında en başta "işçilerin genel veya mesleki hastalıklarla işten kaynaklanan kazalara karşı korunması" gereği vurgulanmaktadır. Toplum düzeninin sağlanması ve ekonominin sürdürülebilir olması için çalışma yaşamındaki tarafların (işçi/işveren/devlet) görevleri ve sınırlarının belirlenmiş olması gereklidir. Bu süreçte işveren küreselleşme, rekabet veya kâr amacı ile en az maliyetle en verimli üretimi sağlamaya çalışırken, işçi ise hayatını sağlık ve refah içinde sürdürebilmek için çalışıp hak ettiğini kazanmak durumundadır. Devlet bu üçlü yapı içinde düzenleyici ve denetleyici roledir. Bu süreçte hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yasal düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır.²

UÇÖ, 187 üye devlete rehberlik etmesi amacıyla çalışma standartları ve politikalar geliştirerek insana yakışır işi teşvik eden programlar tasarlamayı amaçlar. İş sağlığı ve güvenliği alanında temel sözleşmeler olan 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme ve 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme Türkiye tarafından da kabul edilmiştir. 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme'ye göre 'Her üye, ulusal koşullar ve uygulamaya göre ve en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak iş güvenliği, iş sağlığı ve çalışma ortamına ilişkin tutarlı bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden geçirecektir. Bu politikanın amacı, işle bağlantılı olan veya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan kaza ve yaralanmaları, çalışma ortamında bulunan tehlike nedenlerini mümkün olduğu ölçü-

de asgariye indirerek önlemek olacaktır.' 164 sayılı Tavsiye Kararı'nda ise, daha teknik konularda ulusal ve iş yeri düzeyinde gerçekleştirilecek çalışmalar ayrıntılı bir biçimde düzenlenmektedir³. 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme'ye göre ise 'Her üye, bütün ekonomik faaliyet dallarında ve tüm işletmelerde, kamu sektörü ve üretim kooperatifleri üyelerini de kapsayan, bütün işçiler için, iş sağlığı hizmetlerini sürekli bir şekilde geliştirmeyi üstlenir. Sağlanan hizmet, işletmelerin kendine has risklerini karşılamaya yeterli ve uygun olmalıdır. Eğer, tüm işletmeler için iş sağlığı hizmetleri hemen oluşturulamıyorsa, ilgili her üye, bulunmaları durumunda, en fazla temsil yetkisine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak bu hizmetlerin oluşturulması için planlar hazırlayacaktır.'⁴

187 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi'ne göre 'Her üye, ulusal bir politika belirleyerek, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı geliştirecektir. Her üye, işçilerin güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı hakkını, ilgili her seviyede geliştirecek ve ilerletecektir. Her üye, ulusal politikasını belirlerken, ulusal şartların ve uygulamanın ışığında ve en fazla temsil kabiliyetine sahip işveren ve işçi kuruluşlarına danışarak, iş risklerini ya da tehlikelerini değerlendirmek; iş riskleri ya da tehlikeleri ile kaynağında mücadele etmek; bilgilendirme, danışma ve eğitimi içeren ulusal önleyici güvenlik ve sağlık kültürünü oluşturmak gibi temel ilkeleri geliştirecektir.'⁵

Türkiye'de 2005 yılında 155 ve 161 No'lu sözleşmeleri, 2014'te ise 187 No'lu sözleşme yürürlüğe girmiştir. Üye ülkelerin yasama organlarıyla bu sözleşmeleri onaylamaları, öngörülen koşulların uygulanması konusunda ülkeler için bağlayıcıdır. Bu sözleşmelere ek olarak da tavsiye kararları, politika geliştirme ve yasama uygulama sürecinde rehberlik etmek içindir. Ülkeler onayladıkları Sözleşme ve Tavsiye Kararlarına göre mevzuat oluşturmak ve bunu uygulamakla yükümlüdür.⁶

Avrupa Birliği (AB) ülkelerindeki iş sağlığı ve güvenliğindeki gelişmelerin özendirilmesi için tüm mesleki risk etmenlerinin dikkate alındığı 12.06.1989 tarihli ve 89/391 sayılı AB İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Çerçeve Yönergesi bulunmaktadır. Buna rağmen farklı ülkelerde risk etmenleri arasında önceliklendirmelerin farklı olduğu bilinmektedir.⁷ 89/391 sayılı AB İSG Çerçeve Yönergesi'nde çalışanların sağlık ve güvenliğinin sağlanması için uyulması gereken temel kurallar belirtilmiştir. Bö-

lece bu yönerge AB üyesi devletlerin daha sıkı önlemleri sürdürmesine izin verilirken, Avrupa genelinde asgari güvenlik ve sağlık gereksinimlerini garanti eder.⁸ Dikkat çekilmesi gereken bir diğer konu da, 89/391 sayılı AB İSG Çerçeve Yönergesi madde 16.1'e göre her alanda AB Üye Devletlerin düzeyini geliştirmek ve yakınlaştırmak, düzey farklılıklarının neden olduğu rekabet eşitsizliğini önleyerek tek pazar kurulmasının hedeflenmesidir.⁹ AB'nde iş sağlığı mevzuatı ve gelişimi, temel olarak aşağıdaki Çerçeve Yönergeleriyle ele alınmaktadır.¹⁰ İSG Çerçeve Yönergesi dışındaki diğer Yönergeler **Tablo 53.1**'de sunulmuştur.

Tablo 53.1 İSG Çerçeve Yönergesi dışındaki diğer Yönergeler¹⁰

Yönerge Numarası	Yönerge adı
89/654/ECC	İş yeri gereksinimleri
2009/104/EC	İş ekipmanı
89/656/EEC	Kişisel Koruyucu Ekipman
92/58/EEC	İş yerinde güvenlik ve/veya sağlık işaretleri
90/269/EEC	Elle ağır kaldırma
90/270/EEC	Ekranlı çalışma ekipman
98/24/EC	İş yerinde kimyasal ajanlarla ilgili riskler
2004/37/EC	İş yerinde karsinojen veya mutajenlere maruz kalım
2009/148/EC	İş yerinde asbeste maruz kalım
2000/54/EC	İş yerinde biyolojik ajanlara maruz kalım
2010/32/EU	Hastane ve sağlık sektöründe kesici alet yaralanmalarından korunma
1999/92/EC	Patlayıcı ortamlardan kaynaklanan riskler
2002/44/EC	Titreşimden kaynaklanan riskler
2003/10/EC	Gürültüden kaynaklanan riskler
2006/25/EC	Yapay optik radyasyondan kaynaklanan riskler
2013/35/EU	Elektromanyetik alanlardan kaynaklanan riskler
92/57/EEC	Geçici veya mobil inşaat alanları
92/29/EEC	Gemilerde tıbbi tedavi
93/103/EC	Balıkçı gemilerinde çalışmak
92/104/EEC	Maden çıkarma endüstrileri
92/91/EEC	Sondaj yoluyla maden çıkarma endüstrileri
91/383/EEC	Sabit süreli veya geçici istihdam ilişkisi
92/85/EEC	Hamile ve emziren çalışanlar
94/33/EEC	İş yerinde gençler

Türkiye'nin AB'ne tam üyeliği için müzakereler devam etmektedir. Bu süreçte birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Ancak, bu yasal düzenlemeler arasında iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi açısından kabul edilenler beklentiye karşılamamaktadır. Ayrıca, yasal düzenlemelerin etkin şekilde uygulanması ve uyumun denetlenmesi

gerekmektedir. Dış ticaretin gümrük birliğiyle serbestleşmesi Türkiye'nin endüstrileşme yolunda taşeron olmasına yol açmış; esnek çalışma ve dış kaynak kullanımı yaygınlaşmış ve işgücünün önemli bir kısmı güvencesiz çalışma düzenine geçmiştir. Bu durum iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi için önemli bir engeldir.⁹

Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Süreç ve Mevzuatın Gelişimi

Cumhuriyet öncesi dönemde bu konuda yeterli mevzuat olmasa da öncelikli gereksinimler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Tanzimat döneminde çıkarılan Mecelle Kanununda belli süreli ve süresiz sözleşmelere değinilmiştir. Bazı özel kanunlarla tüm çalışanların olmasa da bazı sektörlerde çalışanların hakları belirtilmiş, bazı sektörlerde de en küçük çalışma yaşı belirlenmiştir. O dönemde özellikle tarım sektörü gelişmiş olduğundan sanayi sektörüne geçiş aşamasında madencilik ön plana çıkmıştır. Bu nedenle ilk düzenlemeler madencilik alanındadır. 1867'de Ereğli Madeni Hümayün Teamülnamesi, 1869'da Maaddin Nizamnamesi maden sektöründe çalışanların çalışma saatleri, izin hakları, iş güvenceleri, hekime ulaşabilmeleri, iş sağlığı ve güvenliği alanında önlem alınması gerekliliğine dair bazı hükümler içermektedir. 1870 ve 1877 yıllarında yayınlanan Mecelle-i Ahkam-ı Adliye çalışanların çalışma saatleri ve ücretleri ile ilgili konularda maddeler içermektedir ve 1926'da Borçlar Kanunu ve Medeni Kanun yayınlanana kadar hükümleri uygulanmıştır. 1909 yılında Tatil-i Eşgal ve Cemiyetler Yasaları toplu sözleşmeler ve grev hakkı konusunda kısıtlamalar getirmek üzere yayınlanmışlardır.¹

Bunun yanında Cumhuriyetin ilanından hemen önce 1921 yılında Kömür Tozlarını İşçi Yararına Satma Yasası ve Ereğli Kömür Havzası İşçilerinin Hukuku Yasası kabul edilmiştir. Kömür Tozlarını İşçi Yararına Satma Yasası'na göre kömür üretiminde ortaya çıkan kömür tozlarının açık artırmayla satılması ve gelirinin amele idare heyeti adına yatırılması kararlaştırılmıştır. Ereğli Kömür Havzası İşçilerinin Hukuku Yasası ise zorunlu çalışma ve angaryayı, 18 yaşından küçüklerin madende çalışmasını, günlük 8 saat üzeri çalışmayı yasaklamıştır. Ayrıca işçilerin ücretlerinin denetlenmesini, ma-

den yakınında sağlık hizmeti sunumu sağlanması, taban gelir belirlenmesini ve işçilerin parasız tedavi edilmelerini sağlayan hükümler içermektedir.¹

29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyetin İlanı ile birlikte ülkede birçok alanda yenilikler ve düzenlemeler yapılmıştır. Sanayi, ekonomi ve eğitim alanında birçok değişim yaşanmıştır. İlk olarak 1924'te Anayasa yayınlanmış ve ileriki yıllarda revize edilerek Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının demokratik, sosyal ve hukuk devleti kapsamında çalışma konusu da dahil olmak üzere haklarını tanımlamıştır. Bunu takiben 1924'te Hafta Tatili Yasası, 1925'te Takrir-i Sükun Yasası, 1926'da Medeni Kanun, Borçlar Kanunu ve Ceza Kanunu yayınlanmıştır. Medeni Kanun toplum düzenini sağlayan temel yasaları kapsamı bakımından çalışanlar açısından önemlidir. Borçlar Kanunu ise özellikle İş Kanunu kabul edilene kadar işçi ve işverenin hizmet alışverişi kapsamında ilişkilerini düzenlemesi bakımından önemlidir. Bu kanuna göre işveren işçinin yaşamını ve sağlığını korumakla yükümlüdür. İşçinin hastalık ve sakatlık durumlarında belli koşullarda tazminat haklarını vurgular. Ceza Kanunu ise işçi ve işverenin çalışma özgürlüğünü, işverenin sanayi ve ticaret özgürlüğünü koruyan hükümler içermektedir. Ayrıca 1924 Anayasası ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve çalışanların sosyal hakları ilgili kanunlar yayınlanmıştır.¹

İş sağlığı hizmetlerinin başlaması ile ilgili öncülüğü bakımından önemli olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise 1930'da kabul edilmiştir. Buna göre tüm çalışanların sağlığını ve yaşamını korumak devletin görevi olarak vurgulanmıştır. Özellikle çocuk ve kadın çalışanların korunması ve çalışabilecekleri yerlerin ve zamanların düzenlenmesi, kadınların doğum ve emzirme izinlerinin düzenlenmesi bakımından değerlidir. Elli ve üzeri işçi çalıştıran iş yerlerinde hekim bulundurulma zorunluluğu iş yeri hekimliğinin ilk uygulamalarının başlamasına neden olmuştur. Bunun yanında çalışma ortamlarına yönelik tüzük oluşturulmasına önderlik etmiştir.¹¹

Öncesinde teklif önerileri olsa da 1936'da ilk olarak 3008 sayılı İş Kanunu kabul edilmiş, 1937'de yürürlüğe girmiştir. Daha sonra 1967'de 931 sayılı, 1941'de 1475 sayılı ve 2003'te ise 4857 sayılı İş Kanunu yayınlanmıştır. Bu kanunlar içeriğinde iş sağlığı hizmet sunumu şartında 50 işçi şartı korunmuştur.¹ 2012 yılında 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun kabul edilmesiyle birlikte 4857 Sayılı İş Kanunu'nun 5.Bölümünde yer alan 'İş Sağlığı ve

Güvenliği' başlığı altındaki hükümleri yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak 4857 Sayılı İş Kanunu'nun diğer hükümleri halen yürürlüktedir. 6331 sayılı kanun Türkiye'deki ilk iş sağlığı ve güvenliği kanunu olması bakımından çok önemlidir. Özellikle iş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik koruma ve önlemeyi öncelikleyen bir kanundur. Bu kanunla işçi ve işverenlerin görev, hak ve yükümlülükleri belirlenmiş ve iş sağlığı hizmeti alınması için iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirilmesine yönelik yükümlülükler ortaya konmuştur. Bu kanunun en önemli özelliklerinden biri '*kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil tüm çalışanların faaliyet konusuna bakılmaksızın*' uygulanmasıdır. Ancak 28 Temmuz 2020 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 7252 sayılı Kanununun 10 uncu maddesiyle 6331 sayılı Kanununun 38 inci maddesinde yapılan değişiklikle geriye dönük olarak 1 Temmuz 2020 tarihinden geçerli olmak üzere, kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerleri için iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme/çalıştırma yükümlülüğü 31 Aralık 2023 tarihine kadar ertelenmiştir.¹²

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun getirdiği en önemli yenilikler çalışan katılımının sağlanmasına yönelik hükümler içermesi, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim ve bilgilendirilmelerinin sağlanması, özellikle korunmadan ziyade tehlike ve riskleri önlemeye yönelik bir anlayışı benimsemesi, tüm iş yerleri için iş güvenliği uzmanı ve iş yeri hekiminden hizmet alma zorunluluğu ya da çalıştırma zorunluluğudur.¹³

Kamuda İSG alanındaki çalışmalara gereksinim devam etmektedir ancak mevzuat ile uygulamaların eşzamanlı gelişmemesi nedeniyle önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kamu dahil tüm iş yerleri 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun gerektirdiği ertelenmeyen maddelerden sorumlu iken kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerleri için iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme/çalıştırma ile ilgili maddelerin ertelenmiş olması kamuda bu alanda bütçe, kaynak ve insangücü sağlanamamasına, küçük işletmelerde ise vurdumduymazlığa neden olmaktadır. Bu konuda dikkat çekilmesi gereken konu işveren ve işveren vekillerinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda çalışanlarını korumakla

halen yükümlü olduklarıdır. İlgili maddelerin ertelenmesi sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Özellikle küçük işletmeler açısından İSG hizmetlerinin yük olarak görülmesi esnaf odalarının baskısı ve kamuda İSG maliyetinin ve insangücünün sağlanamaması bu konudaki en önemli zorluklardır. Bu nedenle özellikle bu iş yerlerinde İSG alanında yeterli hizmet sağlanamamakta, özellikle kamuda işveren vekili konumundaki yöneticileri sorumluluk altında bırakmaktadır.¹⁴

Türkiye'de işverenlerin çalışanlara olan yükümlülükleri konusunda yasal durum

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, etkinliklerine bakılmaksızın, faaliyetlerinden bağımsız olarak, kamu ve özel sektörün tüm iş ve iş yerleri, bu iş yerlerinin çıraklar/stajyerler dâhil olmak üzere tüm çalışanları için geçerlidir. İSG Kanununa göre, işverenler çalışanların iş sağlığı ve güvenliğini sağlamalı ve gerekli önleme tedbirlerini almalıdır. Her türlü iş yeri için yapılan risk değerlendirmesi iş yerlerinde çalışma için ön koşul olarak getirilmiştir. Ancak kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerleri için iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı görevlendirme/çalıştırma yükümlülüğü 31 Aralık 2023 tarihine kadar ertelenmiştir.^{12, 15, 16} Dolayısıyla İSG Kanunu'nun özellikle İSG profesyonelleri ilgili böylesi önemli maddelerinin ertelenmesi nedeniyle Türkiye'deki pek çok çalışanın iş sağlığı hizmetlerine ulaşımı kısıtlıdır.

İşveren, mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi, organizasyon, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik önlemlerinin değişen koşullara uyarlanması ve mevcut durumun iyileştirilmesi dâhil her türlü tedbiri almakla yükümlüdür. İşverenin, aynı zamanda iş yerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyumunu izlemek ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlama görevi de bulunmaktadır. Sadece iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini almak sorunu çözemez ve işverenlerin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Önlemlerin yanı sıra, iş yerinde işverenler tarafından geniş bir kontrol sistemi oluşturulmalıdır. Çalışanın deneyimsiz olması da işverenin yükümlülüklerini ortadan kaldırmaz.¹⁵

İSG Kanununa göre, işverenin uyması gereken temel ilkeler; risklerden kaçınmak, önlenemeyen riskleri analiz etmek ve riskleri kaynağında ele almaktır. İşverenler, işi çalışanlara uygun hale getirmek için iş yerlerinin tasarımına ve iş ekipmanı, çalışma ve üretim yöntemlerinin seçimine dikkat etmelidir. İşverenler, monoton çalışmanın ve yüksek iş temposunun sağlık ve güvenlik üzerindeki olumsuz etkilerinden kaçınmayı sağlamalıdır. İşverenler teknik gelişmelere uyum sağlamalı, tehlikeli olanı tehlikesiz ya da daha az tehlikeli olanlarla değiştirmeli, teknoloji, iş organizasyonu, çalışma koşulları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamıyla ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmelidir. Ayrıca kişisel koruma önlemlerinden ziyade toplu koruma önlemlerine öncelik vermeli ve çalışanlara buna uygun talimatlar vermelidirler. Belirli risklerden etkilenecek çalışanların durumu, kullanılacak iş ekipmanı, kimyasalların ve müstahzarların seçimi, iş yerinin düzeni, engelli, hamile veya emziren işçiler gibi savunmasız grupların durumu dikkate alınmalıdır.¹⁵

İşveren ayrıca, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından çalışma ortamında maruz kaldıkları riskleri belirlemek için gerekli kontrol ölçümlerinin, soruşturmalarının ve araştırmalarının yapılmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışanlar arasında belirlenen niteliklere sahip personelin bulunması durumunda, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını başka bir iş sağlığı ve güvenliği biriminden hizmet olarak karşılayabilir. Ancak, işveren gerekli niteliklere ve gerekli belgelere sahipse, tehlike sınıfını ve çalışan sayısını dikkate alarak bu hizmeti kendisi de üstlenebilir. İSG profesyonellerinin sorunların çözümü için yapılması gerekenlerle ilgili önerileri mevzuata uygun olarak işveren tarafından ele alınmalı ve uygulanmalıdır. İşveren, kullanılan malzemeleri, ekipmanı, çevresel koşulları ve çalışma ortamındaki olası acil durumları dikkate almalı ve önlem almalıdır.¹⁵

İşverenlerin acil durumlarla ilgili aşağıdaki gibi görevleri vardır:

- İşyerinin büyüklüğünü, yapılan işin niteliğini, çalışan sayısını ve diğer koşulları dikkate alarak iş yerinde önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda yeterli donanıma sahip yeterli sayıda insan istihdam etmek
- Bu acil durumlar için araç ve gereç sağlamak
- Eğitim ve tatbikatların tüm acil durumlara hazır hale getirilmesini sağlamak.

İşyerinde ciddi, yakın ve öngörülemez tehlikeler olması durumunda; çalışanlar güvenli bir yere gitmek için hemen işten ayrılmalı, önceden gerekli düzenlemeler yapılmalı ve işverenler çalışanlara bu konuda gerekli talimatları vermelidir.¹⁵

İş kazaları ve meslek hastalıklarının kaydı ve bildirim işverene verilen diğer bir görevdir. İşveren, iş yerinde meydana gelen tüm iş kazalarının ve meslek hastalıklarının kayıtlarını tutmak ve bunlar hakkında raporlar hazırlamakla görevlendirilmiştir. İşveren, bu kayıt ve rapor yükümlülüğü çerçevesinde sağlık hizmeti sunucuları veya iş yeri hekimi tarafından bildirilen meslek hastalıklarını öğrendikten sonraki üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'nu bilgilendirmekle yükümlüdür.¹⁵

6331 sayılı Kanun, işverene çalışanların iş yerinde maruz kalacağı sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimi yapılmasını sağlama yükümlülüğü verir. Tehlikeli ve çok tehlikeli işlerde çalışanlar, çalışmalarına uygun olduklarını belirten bir sağlık raporu olmadan çalışmaya başlayamazlar. Sağlık denetiminden kaynaklanan ek maliyetler işveren tarafından karşılanır ve çalışanlara yansıtılmaz. Eğitimlerde harcanan zaman, çalışma zamanı gibi sayılır.^{15,16}

Türkiye'deki İSG mevzuatına göre çalışanların hakları ve yükümlülükleri

Ciddi ve yakın bir tehlike ile karşı karşıya olan çalışanlar, durumun belirlenmesini ve yönetim kurulu veya işverenle iletişime geçerek gerekli önlemleri almasını isteyebilir. Yöneticiler acil bir toplantı yapar, işveren kararı derhal verir. Karar, çalışan ve çalışan temsilcisine yazılı olarak bildirilir. Çalışanlar, tehlikeli durum önlenene kadar çalışmama hakkına sahiptir. İşten kaçınma süresi boyunca çalışanların hakları ile kanun ve iş sözleşmesinden doğan diğer hakları saklıdır.¹⁷

Çalışanlar ciddi ve yakın tehlikenin kaçınılmaz olduğu yukarıda belirtilen prosedüre uymak zorunda kalmadan iş yerini veya tehlikeli alanı terk edebilirler. İş sözleşmesi olan çalışanlar, taleplerine rağmen gerekli önlemler alınmadığı takdirde iş sözleşmelerini feshedebilirler¹². İşverenler, teklif hakkının tanınması, bu konulardaki müzakerelere katılım, yeni teknolojilerin kullanılması, iş ekipma-

ni, çalışma ortamı ve çalışanların koşulları gibi iş sağlığı ve güvenliği konularında çalışanların görüşlerini almalıdır.¹⁷ Özellikle risk değerlendirme sürecinde çalışanların görüşlerini almak, öngörülen riskleri rapor etmek ve eksiklikleri gidermek işverenin önemli bir yükümlülüğüdür.¹⁶

Çalışan temsilcisi, çalışanlar arasında seçim veya görevlendirme ile (seçim yapılamazsa) belirlenir. Çalışan temsilcisi sayısı firma büyüklüğüne bağlı olarak değişir. Sendika veya çalışan temsilcileri tehlikenin kaynağını ortadan kaldırmak veya tehlikeden kaynaklanan riski azaltmak için işverene başvurma ve işverenden gerekli önlemlerin alınması konusunda talepte bulunma hakkına sahiptir.¹⁶ Türkiye’de sendikalaşma oranı çok düşüktür ve çalışanların haklarını arayabilecekleri mekanizmalar çok zayıftır. Özellikle son yıllarda işçi örgütleri gerilemekte ve güçlerini kaybetmektedirler. İSG temsilcileri arasındakilerin ne kadarının sendikalı olduğu hakkında net bir veri yoktur. Sendikalar genellikle iş sağlığı ve güvenliği konuları yerine maaşlara odaklanmaktadır. Birçok çalışan, sendikalara güvenmemektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre; *işçiler sendikaların bağımsız olması ve işverenle karşılıklı çıkar çatışmalarının olmaması gerektiğini belirtmektedirler. Bazı işçiler ise sendikaların işveren taraflı olduğuna inanmaktadır. Sendikaların temel sorunları yetersiz bilgi sahibi olmaları ve İSG konusunda eğitim eksiklikleri olarak görülmektedir.*¹⁸

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereğince çalışanların yükümlülükleri Madde 19’da aşağıdaki gibi belirtilmiştir.¹⁷ Buna göre:

- (1) *Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmekle yükümlüdür.*
- (2) *Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlülükleri şunlardır: a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemek.*
b) *Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve korumak.*
c) *İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve*

binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek.

- c) *Teftişe yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve mevzuata aykırılıkların giderilmesi konusunda, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.*
- d) *Kendi görev alanında, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.*

Ancak unutulmaması gereken en önemli konu çalışanların İSG alanındaki yükümlülüklerinin işverenin sorumluluklarını etkilemediğidir. Ayrıca işveren, İSG önlemlerinin maliyetini hiçbir şekilde çalışanlara yansıtamaz.¹⁷

İSG yönetimine ilişkin yaklaşımlar ve Türkiye’de yasaların uygulanmasındaki sorunlar

Türkiye’de İSG yönetimi ve bunun gerekleri temel olarak 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği’ne göre düzenlenmektedir.^{15, 19} İSG yasalarının sahada uygulanması ile ilgili temel bazı sorunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Toplumda iş sağlığı ve güvenliği kültürünün istenen düzeyde olmaması
- İş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim ve bilgi eksikliği
- Kurum ve kuruluşlar arasında iş sağlığı ve güvenliği konusunda koordinasyon eksikliği
- İlgili mevzuatın ertelenmesi nedeniyle tam olarak uygulanmaması
- İşveren ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği gerekliliği konusunun önemine inanmaması
- İş sağlığı ve güvenliği açısından yeterli ve doğru veri eksikliği
- İSG profesyonellerinin iş güvencelerinin düşük olması
- Mevzuat uyarınca oluşturulacak iş sağlığı güvenliği komitelerinin etkin çalışmaması
- İSG hizmet sunumunda sektörel ayırım olmaması
- İş sağlığı ve güvenliği konusunda yatırım maliyetlerinin yüksek bulunması

- Çalışanların mesleki eğitim eksikliği
- İş yerlerinde İSG yönetim sistemlerinin yeterince kullanılmaması
- İş sağlığı ve güvenliği konusunda sektörel rehberliğin eksikliği
- Üreticilerin standartlara uygun iş ekipmanlarının temin etme konusunda yetersizliği

İş sağlığı ve güvenliği mevzuatı belli ölçüde de olsa yeterlidir, ancak uygulamada önemli eksiklikler vardır ve mevzuatın nasıl uygulanacağını göstermek için rehberlik gerekmektedir. Sorumlulukların algılanması tarafların yorumlarına bırakılmamalıdır. İş sağlığı ve güvenliği düzenlemelerinde yoruma açık olan tanımların netleşmesi gerekmektedir. Çalışanlar, hakları hakkında bilgilendirilmelidir. İşveren, çalışanların hakları konusunda önlem almadığı için ciddi yaptırımlara maruz kalacağını farkında olmalıdır. Yönetmelikler ve yasalar çalışma hayatına uyarlanmalı ve sonuçlar sıkı denetim ve yaptırım ile değerlendirilmelidir. İş sağlığı ve güvenliği mevzuat ve düzenlemelerinin hazırlanmasında sivil toplum kuruluşlarının görüşleri alınmalıdır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun uygulanması için ilgili kurumlar alt yasama işini üstlenmelidir. Mevzuat, uygulamadaki eksiklikleri tamamlayacak ve iş sağlığı ve güvenliği kültürünü oluşturacak şekilde olmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasa ve yönetmeliklerin uygulanması sürecinde, sendikalarla işbirliği oluşturulmalı ve diyalog geliştirilmelidir. Çalışan sağlığını tehdit eden durumlarda, yasalar daha koruyucu olmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına kamu desteği verilmelidir. İş güvenliği uzmanları ile iş yeri hekimleri arasındaki rol belirsizliği ortadan kaldırılmalıdır. Ortak sağlık güvenlik birimlerine ciddi denetimler yapılmalıdır. Anaokulundan başlayarak müfredat iş sağlığı ve güvenliğine uyarlanmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği eğitimi, ilkokuldan meslek liselerine ve üniversitelere şube ayrımı yapılmaksızın uygulamada verilmelidir.

İş sağlığı ve güvenliği için en açık beklenti, meslek hastalıklarının ve kazaların gerçek anlamda azaltılması olmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerindeki profesyonellere (iş sağlığı ve güvenliği uzmanları, vb.) yeterli ücret ve iş güvencesi sağlanmalıdır. Özellikle iş sağlığı ve güvenliği hizmetinde istihdam kolaylaştırılmalıdır.

Çocuk işçi kavramı ortadan kaldırılmalıdır. Tüm beklentiler önleme ve korumaya odaklanmalıdır. Devletin iş sağlığı ve güvenliği üzerindeki koruyucu ve düzenleyici etkisi daha güçlü olmalı ve iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki piyasa anlayışı terk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Bilir, N., Yıldız, A.N. (1998). Cumhuriyetimizin 75.Yılında Türkiye'de İş Sağlığı Konusuna Tarihsel Bakış. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
2. About the ILO. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--en/index.htm>
3. 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377299/lang--tr/index.htm
4. 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377304/lang--tr/index.htm
5. 187 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377312/lang--tr/index.htm
6. ILO Sözleşmeleri ve Tavsiye Kararları. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, https://www.ilo.org/ankara/about-us/WCMS_372879/lang--tr/index.htm
7. Hämäläinen, R-M. The Europeanisation of occupational health services: a study of the impact of EU policies. People and Work Research Reports 82 Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2008.
8. Council of the European Union. (1989). Council Directive 89/391/EEC. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A31989L0391>
9. Özcüre, G., Demirkaya, H., Eryiğit, N. (2014). Avrupa Birliği'ne Uyum Çerçevesinde Türkiye'de Çalışma Hayatında Kurullar Aracılığıyla Yönetime Katılma: İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Kocaeli Örneği. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi.*, 4:58-69.
10. Health and safety at work. Erişim tarihi: 25 Ağustos 2020, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=148>.
11. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. (1930). T.C.Resmi Gazete, 1489, 6 Mayıs 1930.
12. Dijital Mecralar Komisyonu Kurulması İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. (2020). T.C. Resmi Gazete, 7252, 23 Temmuz 2020.
13. Korkut, G., Tetik, A. (2013). 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18:455-474.
14. Demir, B. (2017). 6331 Sayılı Kanunun 6. Maddesi Yürürlük Ertelenmesinin Kamuda İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı Çalıştırılması Açısından Değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 2:23-36.
15. MoLSS. (2012). Republic of Turkey, Ministry of Labour and Social Security. Towards A Safe and Healthy Growth Law on Occupational Health And Safety No. 6331. Erişim tarihi: 23 Eylül 2020, <https://www.ailevecalisma.gov.tr/medias/4579/kitap08.pdf>
16. Erol, S. (2015). The Role of Employer, Employee and State About Occupational Health and Safety. *ASSAM International Refereed Journal*, 4:115-138.

17. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C.Resmi Gazete, 28339, 30 Haziran 2012.
18. Demiral, Y., Sahan, C. (2014). E-IMPRO Project. Drivers And Barriers For Participative Prevention Processes On Psychosocial Risks To Achieve Changes In Working Conditions. Turkish Cases Report. Erişim tarihi: 24 Eylül 2020, <http://istas.net/descargas/E-IMPRO%20Turkey.pdf>
19. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012). T.C. Resmi Gazete, 28512, 29 Aralık 2012.

Yeni Yasal Düzenlemelerle Ülkemizde Risk Değerlendirmesi, Etkinliği ve > İş Kazalarına Bakış

54

PROF. DR. HALİM İŞSEVER

Türkiye’de 2012 yılında yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile tüm kamu ve özel sektöre ait kurumlar yasanın kapsamı içine alınmıştır ⁽¹⁾. İşverene getirilen yükümlülükler, 50’den fazla çalışanı olan işletmelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunun kurulması, Kurul eğitimleri, Çalışan Eğitimleri, Risk Değerlendirmesi, Acil Durum Planları, Çalışma Ortamı Gözetimi ve Çalışan Sağlığı ve gözetimidir. Bu kanunun maddelerine atıf yapılarak yayımlanmış İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Değerlendirme Yönetmeliği, (29 Aralık 2012, RG 28512 İSGRDY) tüm işyerlerinin Risk Değerlendirme Dokümanı hazırlamalarını yasal zorunluluk haline getirmiştir ⁽²⁾. Son yıllarda çalışma hayatında yaşanan iş kazalarının önüne geçilebilmesi için, işyerlerinde kaza olmadan önce birtakım önlemler alınması gerekliliği ortaya çıkmış ve çözüm noktasında proaktif bir yaklaşım sergilenmesi gündeme gelmiştir. Kimin içi risk sorusunun cevabına bakıldığında, çalışan sağlığı güvenliği, işletme ve çevre için ortak bir riskin olduğu görülmektedir. Bu bölümde risk değerlendirmesinde temel adımlar ve yaklaşımlar özetlenmiştir. Yasanın yürürlüğe girmesinden sonra İSG politikalarının ve zorunlu olan risk değerlendirmesinin günümüze kadar geçen sürede iş kazası göstergelerini nasıl etkilediği açıklanmaya çalışılmıştır.

Risk Değerlendirmesinde Temel Kavramlar

Risk ve risk değerlendirmeleri kavramının uzun bir geçmişi olduğu, bilimsel bir alan olarak risk değer-

lendirmesi ve risk yönetimi günümüzden 30-40 yıl öncesine dayanmaktadır. Bu dönemden itibaren, riskin uygun bir şekilde nasıl değerlendirileceği ve yönetileceği ile ilgili temel fikir ve ilkeleri kapsayan ilk bilimsel yayınları görüyoruz. Büyük ölçüde, bu fikirler ve ilkeler bugün halen alanın temelini oluşturmaktadır. Bu ilkeler 1970’lerden günümüze kadar gördüğümüz risk değerlendirmesi ve yönetim pratiğinin yapı taşlarını oluşturmuştur. Alan, o zamandan beri günümüzde dek önemli ölçüde gelişmiştir. Yeni ve daha karmaşık analiz yöntemleri ve teknikleri geliştirilmiş, risk analiz yaklaşımları ve yöntemleri çoğu sektörde kullanılmaktadır. Uzmanlık gruplarının göz önünde bulundurduğu Doz Yanıt ilişkisi, Ekolojik Risk Değerlendirmesi, Gelişen Nano Ölçekli Malzemeler, Mühendislik ve Maruziyet Değerlendirmesi, Mikrobiyal Risk Analizi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Risk Politikası, Güvenlik ve Savunma alanları olmak üzere son yıllarda saha için temel konularda da ilerlemeler kaydedilmiştir. Jenerik oldukları ve geniş bir uygulama grubunu etkileme potansiyeline sahip oldukları için özel ilgi çekmektedirler ^(3,4).

Tanımlar

Tehlike

Olumsuz sağlık, güvenlik etkisine neden olma potansiyeli olan biyolojik, kimyasal, fizikseli ergonomik, psikososyal bir ajan. Zarar potansiyeli olan herşey tehlike olarak tanımlanmıştır ^(2,5).

Risk

Belirli bir tehlikenin meydana gelme olasılığı ve sonuçlarının büyüklüğüdür⁽²⁾. Ortaya çıkan riskler insanı, ekonomik, çevresel ve sosyal sermayeyi önemli ölçüde azaltma potansiyeline sahiptir⁽⁶⁾.

Risk Değerlendirmesi

Belirli bir standart prosedüre göre yönetilen ve aşağıdakileri içeren potansiyel bir tehlike arz eden konuları ele almak için gerçekleştirilen bir süreçtir. Tehlike tanımlaması, tehlikenin yarattığı riskin değerlendirilmesi, risk yönetimi, risk iletişimi aşamalarından oluşmaktadır. Bir tehlikeden kaynaklanan riski değerlendirme süreci olarak ifade edilmektedir. Risk değerlendirme, potansiyel riskleri ve olumsuzlukları, bunların gerçekleşme olasılığını ve olası sonuçlarını ve bu tür olaylara toleransları belirlemenize yardımcı olur. Bir risk değerlendirme yapmak, riskle ilgili endişelerin tanımlanmasına, değerlendirilmesine ve raporlanmasına yardımcı olan süreçleri ve teknolojileri içerir. Risk değerlendirme, risk yönetimi sürecinin “kilit bir bileşendir” ve öncelikle risk yönetiminin tanımlanması ve analiz aşamalarına odaklanır^(2,7,8).

Risk Yönetimi

Risk değerlendirme sonuçlarına ve ‘risk yöneticilerinin’ yargısına dayanarak kararlar alınır ve politikalar formüle edilir. Risk değerlendirme ve diğer faktörler göz önünde bulundurularak tüm ilgili taraflarla iş birliği halinde politika alternatiflerinin ağırlıklandırılması sürecidir. Risk yönetimi yeni bir teknik veya süreç değildir. Hatta bugün dikkate değer bir ilgi görse de risk yönetimi uygulaması, insanların yıllar boyunca değişmeyen çok özel bir özelliğidir. Değişen kısım ise bu süreçte uyguladığımız veriler ve yöntemlerdir⁽⁸⁾.

Risk İletişimi

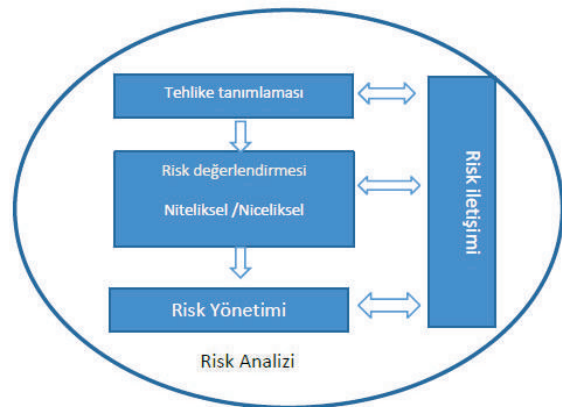
Risk değerlendiricileri, risk yöneticileri ve hem risk hem de nihai politika kararlarından önce alınan kararlardan etkilenen kişiler arasında bilgi alışverişi⁽⁹⁾.

Risk Analizi

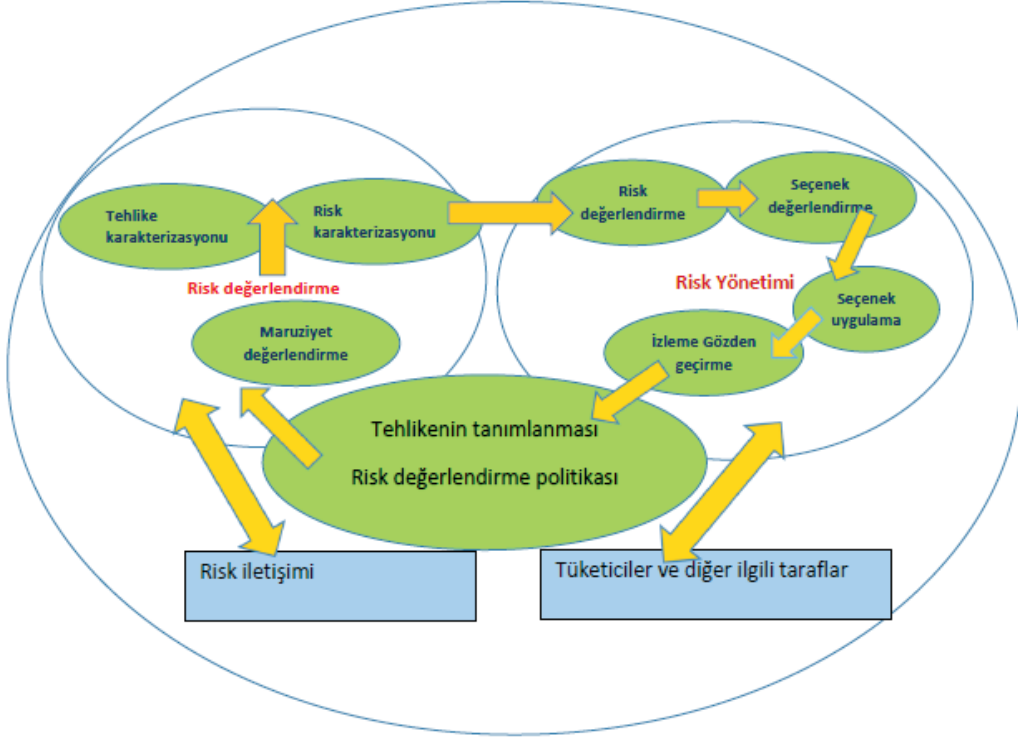
Risk analizi, mevcut bilginin tehlikelerin tanımlanması ve bireylere, topluma, mallara veya çevreye

karşı risklerin tahmin edilmesi amacıyla sistematik biçimde kullanılmasıdır. İstenmeyen olaylarla ilgili bilgi sağlamak için analitik süreç; belirlenmiş riskler için olasılıkları ve beklenen sonuçları tahmin etme süreci. İstenmeyen sonucun doğasını anlamak için yapılan risk değerlendirmesi, risk yönetimi alternatiflerini içeren ayrıntılı incelemedir. Risk değerlendirmesi, tüm risk analizi sürecinin sadece bir parçasıdır. Risk analizi, riske yönelik bir anlayış geliştirmeye yöneliktir. Risk değerlendirme süreci, risklere müdahale edilip edilmemesi ve en uygun müdahale strateji ve yöntemlerine bağlı kararlar hakkında çeşitli veriler sunmaktadır. Risk analizi ise mevcut kontrollerin varlığı ve etkililiğini göz önüne alarak, tanımlanmış risk olaylarına ilişkin olasılığı ve sonuçlarının belirlenmesini içermektedir⁽⁷⁾.

Risk analizi, değerlendirmeden sonra atılması gereken bir sonraki adımdır. Riskleri belirledikten sonra, bunların ortaya çıkma olasılığını ve sonuçlarını belirlemek gerekir. Tehditlerin sonuçlarının büyüklüğünü ve bunların nasıl azaltılacağını belirlemek için nitel ve nicel analiz yöntemlerinden birini kullanmak gereklidir. Risk analizi, risklerin nedeni ve kaynağı, sonuçları ve aynı sonuçların tekrarlanma olasılığı üzerinde durur. Sonuç ve olasılıkları etkileyen faktörlerin saptanması gerekmektedir. Herhangi bir vaka birden fazla sonuç doğurabilmekte ve birden çok hedefi etkileyebilmektedir. Bir tehlikenin sadece bir değil, birden fazla riski mevcuttur. Mevcut risk kontrolleri ve bunların verimliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Söz konusu analizlere yönelik birçok yöntem bulunmak-



Şekil 54.1 Risk değerlendirme ve Risk analizi (Solenne Costard dan uyarlama)⁽⁹⁾.



Şekil 54.2 Risk analizinin yapısı (Codex Alimentarius)⁽⁷⁾.

tadır. Karmaşık uygulamalarda birden fazla tekniğe yer vermek gerekebilir. Normal şartlarda risk analizi; risk düzeyinin ölçülebilmesi için herhangi bir vaka, durum ya da koşuldan doğabilecek olası sonuçların ve bunlarla ilişkili olasılıkların tahmin edilmesini içermektedir^(7,9).

Risk analizi, daha geniş risk değerlendirme sürecinde önemli değerlendirme bileşenidir. Risk analizi, risk değerlendirme sürecinde keşfedilen herhangi bir tanımlanmış risk faktörünün önemini belirler ve bir denetçinin belirli risklere dayanarak kayıp olasılığını ve büyüklüğünü hesaplaması gibi bir risk ölçümü sağlar. Bir risk analizi tipik olarak, olası herhangi bir olumsuz olayı standart bir olasılık metriğine göre ölçmeden önce yanlış gidebilecek her şeyi belirleyerek başlar. Bu adımlar birlikte böyle bir olayın gerçekleşme olasılığını ölçmeye yardımcı olur. İlave olarak ve en önemlisi, risk analizi, belirli bir olay meydana geldiğinde oluşabilecek etkinin kapsamını tahmin etmeye çalışır^(9,10).

Risk analizinde kullanılan teknikler üç sınıfta ele alınabilir. Genel olarak bakıldığında İki temel risk analizi yöntemi mevcuttur. Bunlar, Niceliksel ve niteliksel yöntemlerdir. Niceliksel risk analizi,

riski hesaplarırken sayısal yöntemlere başvurur. Niceliksel risk analizinde tehditin olma ihtimali, tehditin etkisi gibi değerlere sayısal değerler verilir ve bu değerler matematiksel ve mantıksal metotlar ile proses edilip risk değeri bulunur. *Risk = "Tehlikenin meydana gelme olasılığı X Tehlikenin yarattığı şiddet"* niceliksel risk değerlendirmesinin temel formülüdür. Bazı yöntemler ise iki yöntemin birlikte kullanıldığı karma yöntemler olarak literatürde yer almıştır⁽⁸⁾.

Diğer temel risk analizi yöntemi ise niteliksel risk analizidir. Niteliksel risk analizi riski hesaplarırken ve ifade ederken numerik değerler yerine yüksek, çok yüksek gibi tanımlayıcı değerler kullanır. Risk analizi metodolojileri, risk analizi sürecinin matematiksel işlemler ve yorumlarının yapıldığı çekirdek kısmıdır. Aşağıdaki belli başlı risk metodolojileri verilmiştir. Bazı durumlarda hem niteliksel ve hem de niceliksel risk değerlendirmesi birlikte kullanılmaktadır. Literatürde karma yöntemler olarak ifade edilmektedir. Sistemlerin karmaşıklığı arttıkça değişik amaca hizmet eden farklı risk değerlendirme metodolojilerinin kullanım gereksinimi artmıştır. Tüm risk değerlendirme metodolojile-

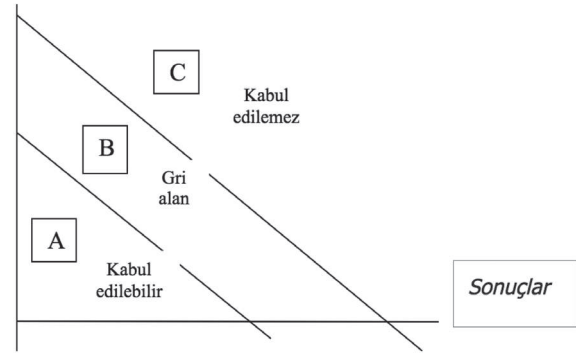
rine ve standartlara baktığımızda ise 150'den fazla yöntem bulunduğu görülmektedir. En çok kullanılan niteliksel niceliksel ve karma yöntemlerden bazıları Niteliksel/ Niceliksel/ Karma yöntemler olarak sınıflanmış şekilde aşağıda verilmiştir; ⁽¹¹⁻¹⁹⁾.

- Ön Tehlike Analizi (PHA), *Niteliksel*
- İş Güvenlik Analizi (JSA), *Niteliksel*
- Olursa Ne Olur? (What İf..?), *Niteliksel*
- Çeklist Kullanılarak Birincil Risk Analizi -(Preliminary Risk Analysis) , *Niteliksel*
- Birincil Risk Analizi -(PRA), *Niteliksel*
- Tehlike ve İşletilebilme Çalışması (HAZOP), *Niteliksel*
- LTipi Matris , *Niceliksel*
- Çok Değişkenli X Tipi Matris Diyagramı- *Niceliksel*
- Tehlike Derecelendirme İndeksi (DOW index, MOND index, Niteliksel NFPA index- Karma),
- Hata Ağacı Analizi (FTA), *Karma*
- Olay Ağacı Analizi (ETA), *Karma*
- Hata Modu ve Etki Analizi (FMEA) - *Karma*
- Hata Modu ve Etkisinin Kritiklik Analizi (FMECA), *Karma*
- Neden - Sonuc Analizi (Cause and Consequence Analysis), *Karma*
- Çok Kriterli Karar Analizi (Multi Criteria Decision Analysis -MCDA), *Karma*
- Critical Control Points - HACCP)- *Niteliksel*
- Enerji Analizi (Energy Analysis), *Karma*
- Güvenlik Bariyer Diyagramları (Barrier Diagram), *Karma*
- Koruma Katmanları Analizi (Layers of Protection Analysis - LOPA)-*Karma*
- Bow-Tie Metodolojisi, *Karma*
- Kök Neden Analizi (Root Cause Analysis), *Niceliksel*
- Senaryo Analizi (Scenario Analysis), *Karma*
- Markov Analizi (Markov Analysis), *Karma*
- Monte Carlo Analizi (Monte-Carlo Analysis), *Karma*
- Bayesian Analizi (Bayesian Analysis), *Karma*
- F-N Eğrileri (F-N Curves). *Karma*

Niceliksel Değerlendirmeler

Risk değerlendirmesinde nicel yaklaşım, bir kazanın olma olasılığı ve sonuçlarının büyüklüğü hesaplanır veya tahmin edilir. Riskin nicel ölçümü ise, daha sonra, tehlikenin kabul edilebilirliği belirlenirken kullanılır. Risk değerlendirmesi risk ile

ilgili bütünsel bir değerlendirme yapılması, örneğin, kabul edilebilirliği ve nasıl algılandığı hakkında bilgi sahibi olmamızı ve önlem alınmasını sağlar. Risk değerlendirmesi bazı ölçüt türleri ve kabul edilebilirlik sınırları (belirli bir risk için) öngörür. **Şekil 54.3'**de olma sıklığı, sonuçların boyutları ve kabul edilebilirlik sınırları arasındaki ilişki gösterilmiştir ⁽²⁰⁾.



Şekil 54.3 Risk değerlendirmesi için sıklık ve sonuç çizelgesi.

Örneğin, tehlike A'nın hem sıklığı (olma olasılığı) düşüktür, hem de kaza oluşur ise, sonuçları önemsizdir. Bu, kabul edilebilirlik sınırlarının altında kalan, kabul edilebilir bir risktir. İş sağlığı ve güvenliği açısından kabul edilebilir risk, çalışmada meslek hastalığı oluşturmayacak ve iş kazası sonucu yaralanmanın ve ölümlü sonuçlanmasını engelleyen bir süreç olarak ifade edilebilir.

Tehlike C, sıklığı çok ve sonuçları ağır olduğu için, kabul edilemez sınırlara girer. Böyle çalışılması mümkün olmayıp, mutlaka düzeltici ve önleyici faaliyeti tanımlamak gerekir. Analizi yapılan sistem onaylanacak ise, olasılığı ve/veya sonuçları azaltmak için önlem alınmalıdır. Tehlike B sınırlar arasında kalan gri bölgededir. Bunun kabul edilebilir olup olmadığını belirlemek sıklıkla ve özellikle büyük ve karmaşık sistemlerde, çok zordur. Burada, sıklıkla iki genel ilke geçerlidir ⁽²⁰⁾.

ALARA: Mantıken gerçekleştirilebilir olanın en azı -As Low As Reasonably Achievable

ALARP: Mantıken uygulanabilir olanın en azı -ALARP As Low As Reasonably Practicable

ALARP ilkesinin uygulanması var olan koşullarda yapılabileceğin en iyisini yapmayı öngörür. Uygulanabilir bir risk azaltma önlemi tanımlanmış ise,

yükümlüler, uygulanamaz olduğu mantıklı bir biçimde kanıtlanmadıkça, bu önlemi uygulamak zordur. ALARA da benzer bir ilkedir, ama sıklıkla daha esnek yorumlanır. Riskin olası en alt düzeye değil, mantıklı olan en alt düzeye indirilmesini öngörür. Bu tekniğinin bir yorumu, güvenlik teçhizatı maliyetinin, artan güvenlik düzeyi “değeri” ile dengelenmesidir. Bu iki terim sıklıkla birbirleriyle karıştırılır ve bazen farklı biçimlerde yorumlanır. Riskler ağır sonuçlara, kazalar da birçok kişinin ölümüne yol açıyorsa, nicel değerlendirme de risk skoru belirtilmesi açısından özel önem kazanır ^(12,20).

Nicel Risk Tahminleri

Nicel risk tahminleri çeşitli bölümlerden oluşur ve bir dizi yöntemle yapılır. Aşağıdaki üç genel yaklaşım ayrı ayrı veya birlikte kullanılabilir.

- İlgili tarihsel verilerin kullanılması,
- Analitik teknikler uygulanması; örneğin, hata ağacı veya olay ağacı gibi.
- Uzman görüşlerinin kullanılması,

Nicel risk değerlendirmesi sonucunda nicel risk tahminleri her sektöre uygun olmayabilir. Sektöre uygun olanların seçilmesi ve uygulaması önerilir. Güncel olarak en sık kullanılan yöntemler L tipi matris yöntemi ve Fine Kinney yöntemleridir. Genel olarak niceliksel yöntemlerde olasılık şiddet değerlendirmesinden elde edilen risk puanı hesaplanması yapılırken, bazı yöntemlerde, frekans ve fark edilebilirlik gibi değişkenlerin de çarpan etkisi ile risk puanına ilave edilmektedir. Hem nitel hemde nicel karma yöntemler olarak ifade edilen yöntemlerin uygulama açısından zor olması ve uzmanlık gerektirmesi neden ile endüstride uygulamasında birtakım sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Tüm işyerlerine uyacak bir risk analiz metodu mevcut değildir. İş güvenliği uzmanı mevcut işyerinin özelliklerine göre hangi metodu uygulayacağına karar verip o metodu uygulamalıdır. Risk değerlendirme yöntemleri başlangıçta nükleer, kimyasal ve petrokimya sektörlerindeki potansiyel olarak tehlikeli tesislerin ve süreçlerin güvenliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Örneğin, kimya sanayiinde, gaz yayılmalarını veya yangın ve patlamalarla ilgili olayları hesaplamak için birçok yöntem vardır. *Risk hesaplamaları* riski uygun terimler ile açıklamaya yardımcı olmalıdır ^(13, 20,21). Sık kullanılan bazı ölçümler aşağıda verilmiştir:

- Kişilerin öngörülen ölüm / yaralanma sıklıkları (kişisel risk).
- Toplumsal risk için oluşturulmuş sıklık/sonuç grafiği. F-N eğrisi olarak da bilinen bu grafikte, F sıklığı, N istenmeyen çıktılarının (örneğin ölen insan) toplam sayısını tanımlar.
- Yaralanma, ekonomik bedel veya çevre hasarı anlamında kayıp hızının istatistiksel tahmini ⁽²²⁾.

Risk Sınıflandırması

Risk skorları, sıklık ve sonuçlar için hesaplanmış değerlere dayanır. Böylesi değerler uygulamada nadiren elde edilebilir. Sayısal tahmin yapmak zordur ve çok çaba sarfetmek gerektirir. Genel yaklaşım, belirlenen tehlikeleri ilgili olayların sonuçlarına ve olma sıklıklarına göre sınıflandırmaktır. Kesin sonuçlar yerine tahminler ortaya koyar ve sınıflandırmayı yapan kişinin yargılarına dayanır. Bazen “nitel” olarak tanımlansa da, bu yaklaşım mantıksal olarak “nicel” başlıklı bölüme daha uygundur ⁽²²⁾. Risk değerlendirmesinde tahmini değerlerden yararlanmak, belirlenmiş farklı tehlikeleri karşılaştırma olanağı sağlar. Bu, öncelikle, tehlikeleri doğru ve sistematik bir biçimde tartışma üstünlüğü sağlar. Fakat bu yaklaşımın bazı sakıncaları da vardır. En önemlisi, olasılık tahminleriyle ilgilidir. Özellikle, nadir oluşan olaylarda olasılık tahmini yapmak zordur. Sonucun ağırlığı bir diğer sorundur. Örneğin, iki metre yüksekten düşmek, bir yaralanmaya yol açmayabilir, ama en kötü durumda ölümcül de olabilir. Sonuçlar sınıflandırılırken, durumun en kötüyü mü, yoksa ortalamayı mı yansıttığına karar vermek, önemlidir ⁽²¹⁾.

Niteliksel Değerlendirmeler

Nitel değerlendirme yaklaşımı, tehlike sınıfı düşük işyerlerinde daha yaygındır, ama güvenlik ile ilgili kılavuzlarda daha az yer alır. Temel sorun işyerinin bu yöntemle uygun bulunup bulunmayacağıdır. Bunun için bazı karşılaştırma ölçütleri gereklidir. Genel düzeyde, yasa, yönetmelik ve standartlarda uyulması gereken bir dizi ölçüt yer alır. Bu karmaşık bir konu olup uygulamada tümüyle yerine getirmek oldukça zordur. Bununla birlikte, genel bir risk değerlendirme stratejisi, uyulması zorunlu olan aşamaları gösterebilir ⁽²²⁾.

İş Yerinde Tehlikelerin Belirlenmesi ve Risk Değerlendirme

Risk değerlendirmesi, iş yerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gereken çalışmaların bütünüdür. Tüm iş yerleri için tasarım veya kuruluş aşamasından başlamak üzere tehlikeleri tanımlama, riskleri belirleme ve analiz etme, risk kontrol tedbirlerinin kararlaştırma, dokümantasyon, yapılan çalışmalarını güncelleme ve gerektiğinde yenileme aşamaları izlenerek gerçekleştirilir. (İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, 2012). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çerçevesinde işverenler; çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. *Risk değerlendirmesinin işyerlerinde ne şekilde yapılacağına ilişkin esaslar ise 29 Aralık 2012 tarih ve 28512 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği'nde verilmiştir. Bu Yönetmeliğin amacı, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden yapılacak risk değerlendirmesinin usul ve esaslarını düzenlemektir. Yönetmelik 30/12/2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki tüm işyerlerini kapsamaktadır. (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu-6331,2012). Yapılmış olan risk değerlendirmesi; tehlike sınıfına göre çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırasıyla en*

geç iki, dört ve altı yılda bir yenilenir. Normal süreç içerisinde ortaya çıkabilecek yeni riskler (binalarda değişiklik, kullanılan madde ve ekipman değişikliği, üretim yönteminde değişiklik, iş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olay meydana gelmesi, çalışma ortamına ilişkin ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği, çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi, işyeri dışından kaynaklanan ve işyerini etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması), işyerinin tamamını veya bir bölümünü etkiliyor olması göz önünde bulundurularak risk değerlendirmesi tamamen veya kısmen yenilenir^(1,2).

Türkiye'de İş Kazalarının Değerlendirilmesi

Yasanın yürürlüğe girmeden öncesi ve sonrası her bir işletmenin tehlike sınıfları ve kullandığı risk değerlendirme yöntemi ve izlem ile ilgili mikro data elimizde bulunmadığından, çalışan sağlığı açısından iş kazası riski, Ülkemizde 2009-2018 yılları iş kazaları, 6331 sayılı yasa yürürlüğe girmeden 2013 öncesi ve 2013 sonrası olmak üzere değerlendirmiş ve yorumlanmaya çalışılmıştır.

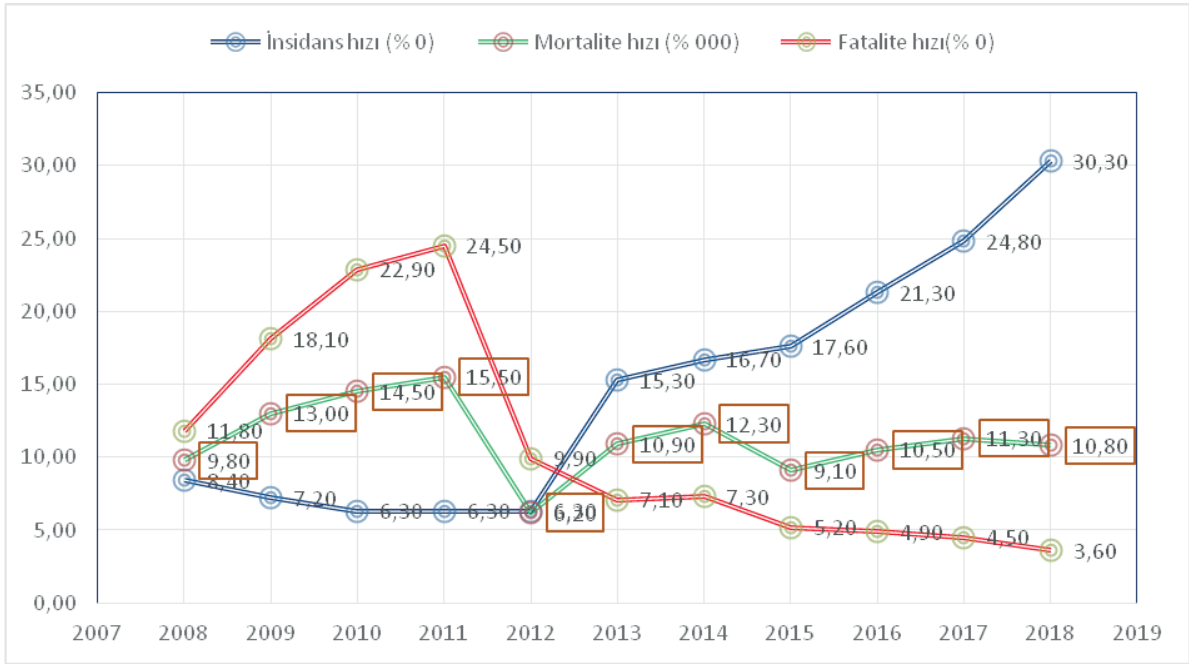
Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında meydana gelen ve SGK'ya bildirilen iş kazası sayıları, iş kazası nedeniyle ölümler, insidans, mortalite ve fatalite hızları **Tablo 54.1** ve **Şekil 54.4'**de verilmiştir. İş kazası insidans hızı 2013 yılından sonra dikkate değer bir şekilde artmıştır. Bu artışın, 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun kabulü ve kademeli olarak yürürlüğe girmesiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Tüm işletme ve çalışanların kapsama alınması, iş kaza-

Tablo 54.1 Türkiye'de iş kazası sayıları, insidans, mortalite ve fatalite hızları (2008-2018)⁽²³⁾

Yıl	İşyeri Sayısı	Zorunlu sigortalı sayısı	İş kazası sayısı	Ölüm sayısı	İnsidans hızı (binde)	Mortalite hızı (Yüz binde)	Fatalite hızı (Binde)
2008	1.170.248	8.802.989	73.502	866	8,40	9,84	11,8
2009	1.216.308	9,030,202	64,745	1171	7,20	13,0	18,1
2010	1.325.749	10,030,810	63,436	1454	6,30	14,5	22,9
2011	1.435.879	11,030,939	69,924	1710	6,30	15,5	24,5
2012	1.538.006	11,939,620	74,871	744	6,30	6,20	9,9
2013	1.611.292	12,484,113	191,389	1360	15,30	10,9	7,1
6331 sayılı yasa sonrası göstergeler							
2014	1.679.990	13,240,122	221,366	1626	16,70	12,30	7,3
2015	1.740.187	13,713,717	241,547	1252	17,60	9,10	5,2
2016	1.749.240	13,415,843	286,068	1405	21,30	10,50	4,9
2017	1.874.682	14,477,817	359,653	1633	24,80	11,30	4,5
2018	1.879.771	14,229,170	430,985	1541	30,30	10,80	3,6

Tablo 54.2 Türkiye'de iş kazası insidans, mortalite ve fatalite hızları (2008-2018)

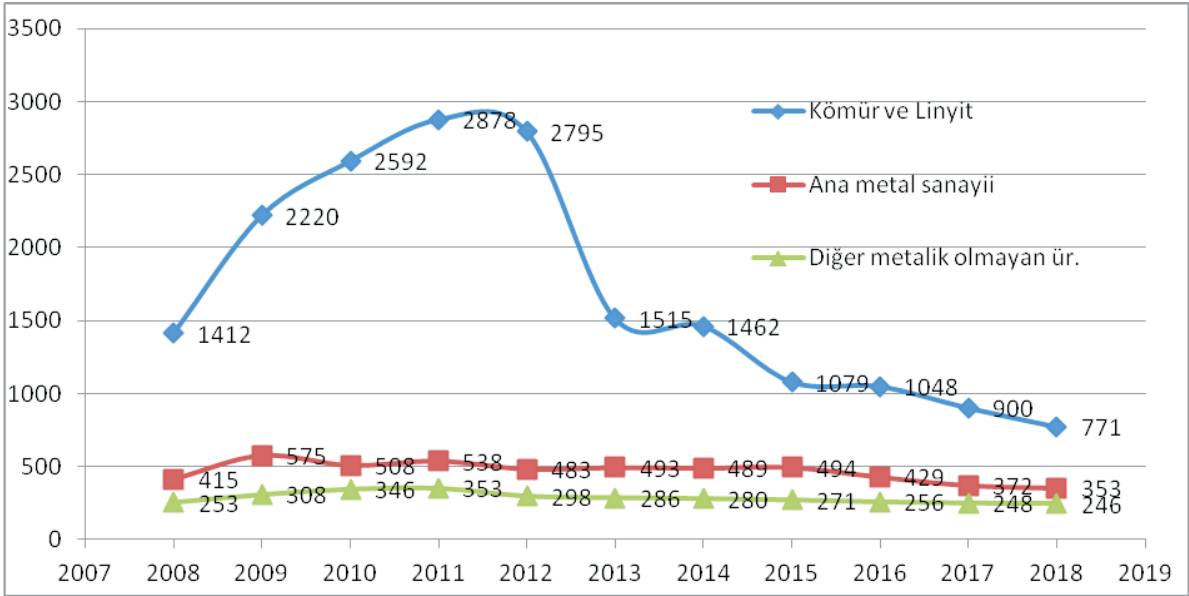
Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
İnsidans hızı (Binde)	8,40	7,20	6,30	6,30	6,30	15,30	16,70	17,60	21,30	24,80	30,30
Mortalite hızı (Yüz binde)	9,84	13,00	14,50	15,50	6,20	10,90	12,30	9,10	10,50	11,30	10,80
Fatalite hızı (Binde)	11,80	18,10	22,90	24,50	9,90	7,10	7,30	5,20	4,90	4,50	3,60

**Şekil 54.4** Türkiye'de iş kazası insidans, mortalite ve fatalite hızlarının değişimi (2008-2018).

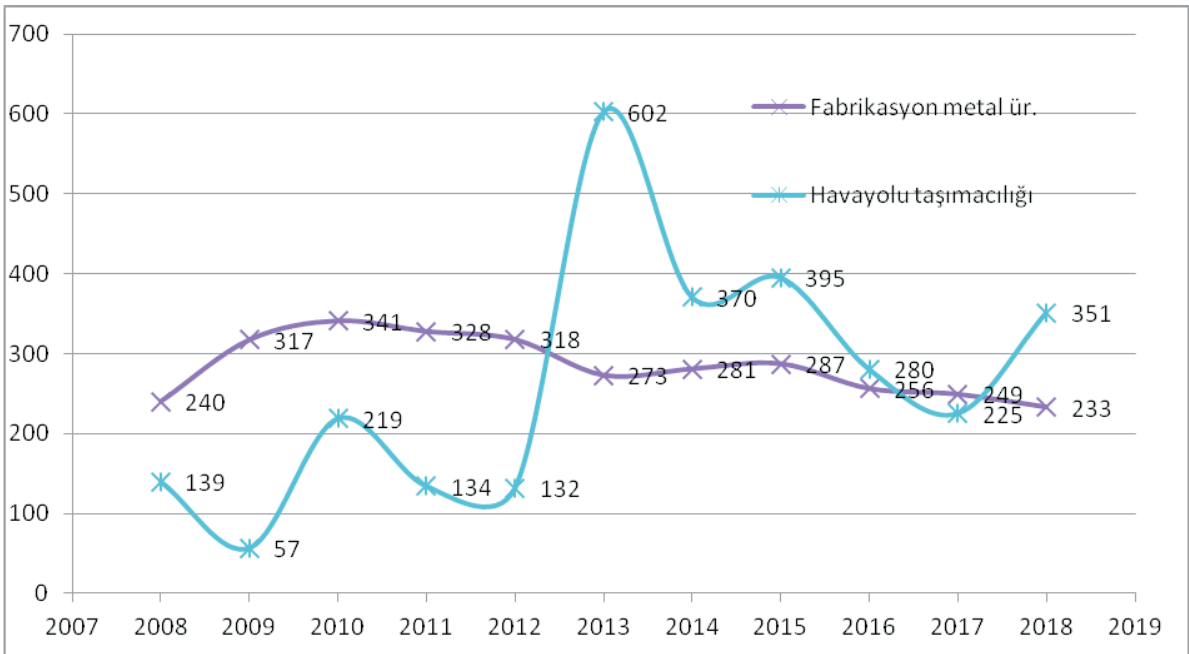
ları bildirimini arttırmıştır. **Tablo 54.1** ve **Şekil 54.4**'de izlendiği gibi 2008-2011 yılları arasındaki kaza fatalite hızındaki artış, 2012 yılından sonra düşme eğilimi göstermiştir. **Şekil 54.1**, fatalite hızlarındaki azalmayı daha net göstermektedir. Özellikle 2009-2011 yılları arasındaki fatalitedeki artış 2012 yılından sonra azalma eğilimine girmiştir. Bu değişimde bildirim sisteminde değişikliklerle, online bildirim olanağının da gündeme gelmesinin, böylece bildirilen kaza sayılarında artışın da etkisi olmuştur. 2008-2018 yılları arasında mortalitede değişiklik söz konusu olmayıp, yüz binde 6 ile 15 arasında sabit seyirle devam etmiştir.

İş Kazası Hızlarının Standardizasyonu

2008-2018 SGK verileri sigortalı işçi ve iş kollarına göre standardize edilmiştir. İş kazası sayısı ve iş kazası ölüm sayısı 2008-2018 SGK istatistik yıllığından alınmış ve 4-1/ a zorunlu sigortalı işçi sayısına göre standartlaştırılmış olarak aşağıda verilmiştir⁽²³⁾. Standardizasyon indirekt yöntemle Standardize İş Kazası Oranı = (Gözlenen iş kazası / Beklenen iş kazası) x 100 ve Beklenen İş kazası Sayısı = İncelenen iş kolunda nüfus (İşçi Sayısı) x Türkiye Genel İş Kazası Hızı formülleri kullanılarak yapılmıştır⁽²⁴⁻²⁶⁾.



Şekil 54.5 Kömür ve linyit madenciliği, Ana metal sanayii, Diğer metalik olmayan ürün imalatı iş koluna göre SMBO değerleri.



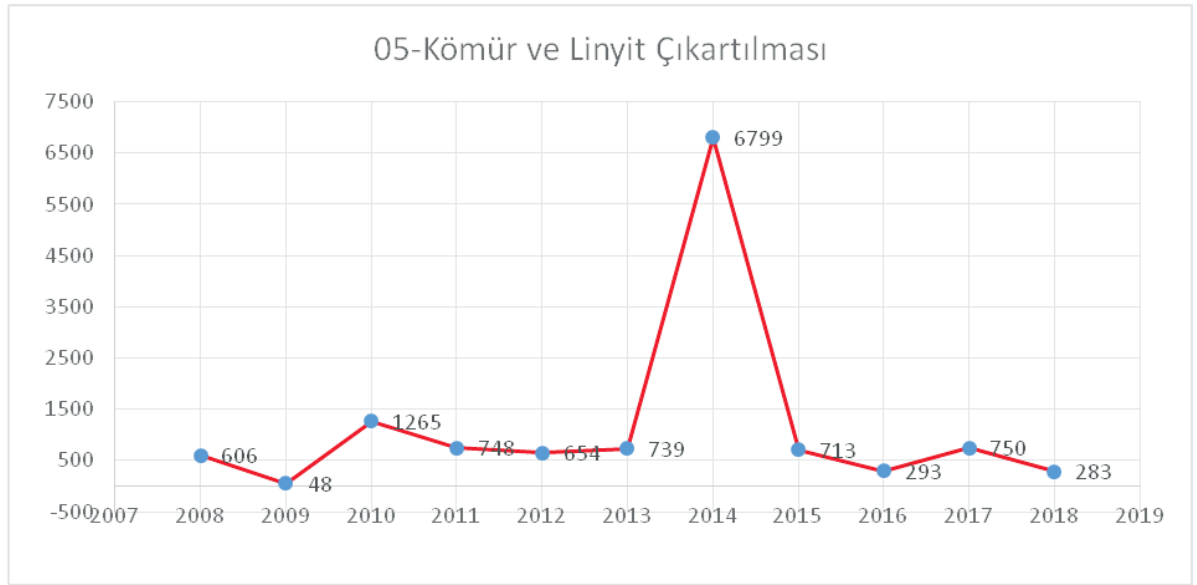
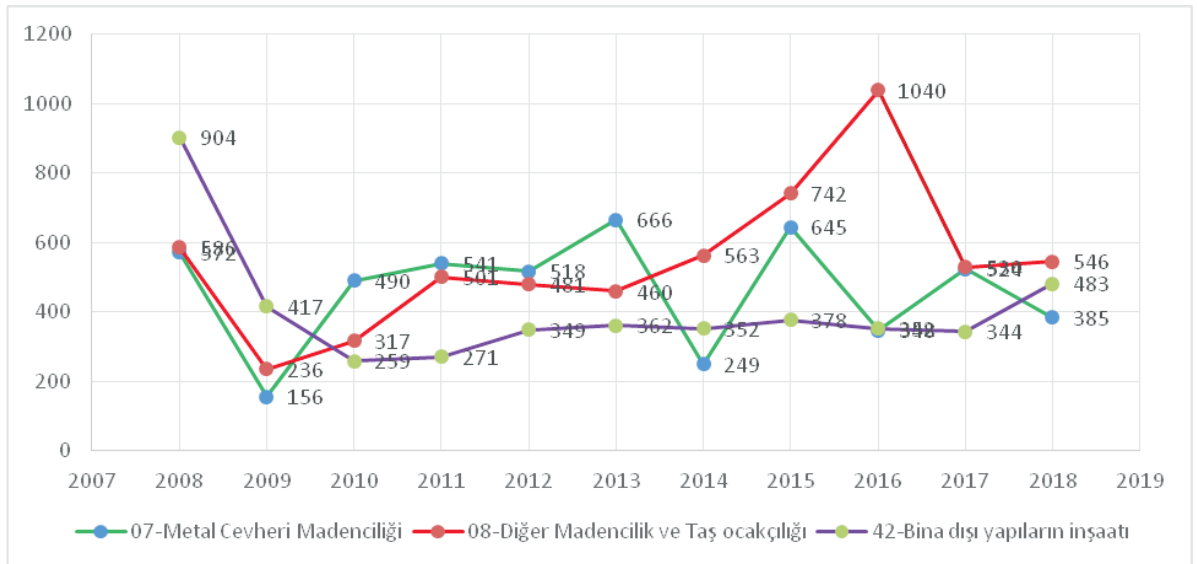
Şekil 54.6 Kömür ve linyit madenciliği, fabrikasyon metal ürünler ve havayolu taşımacılığı göre SMBO değerleri.

Tablo 54.3 Yıllar itibarı ile ilk 5 sırada yer alan iş kollarının Standardize Morbidite Oranları (SMBO)

İş kolu	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Kömür ve Linyit	771	900	1048	1079	1462	1515	2795	2878	2592	2220	1412
Ana metal sanayii	353	372	429	494	489	493	483	538	508	575	415
Diğer metalik olmayan ürün imalatı	246	248	256	271	280	286	298	353	346	308	253
Fabrikasyon metal ür.	233	249	256	287	281	273	318	328	341	317	240
Havayolu taşımacılığı	351	225	280	395	370	602	132	134	219	57	139

Tablo 54.4 Yıllar itibarı ile ilk 5 sırada yer alan iş kollarının Standardize Mortalite Oranları (SMO)

İş kolu	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
05-Kömür ve Linyit Çıkartılması	283	750	293	713	6799	739	654	748	1265	48	606
07-Metal Cevheri Madenciliği	385	524	348	645	249	666	518	541	490	156	572
08-Diğer Madencilik ve Taş ocakçılığı	546	530	1040	742	563	460	481	501	317	236	586
42-Bina dışı yapıların inşaatı	483	344	352	378	352	362	349	271	259	417	904

**Şekil 54.7** Kömür ve linyit madenciliği iş kolu SMO değerleri.**Şekil 54.8** Metal cevheri madenciliği, diğer madencilik ve taş ocakçılığı, bina dışı yapıların inşaatı işkolu SMO değerleri.

Sonuç ve Değerlendirme

İşletmelerde risk değerlendirme süreçlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi için, Türkiye’de iş kazaları hem morbidite, mortalite hem de fatalite hızları 2013 yılı öncesi ve sonrası olarak iki bölümde değerlendirilmiştir. 2013 yılı sonrasında bildirimlerin artmasıyla iş kazası insidans hızı artmaya başlamıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun (6331 sayılı) kabulünden sonra fatalite hızında azalma eğilimi gözlemiş mortalite hızında önemli bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Halen 1200 ile 1500 arasında iş kazası nedeni ile ölüm, 1800 ile 2000 arasında sürekli iş göremezlik sayıları ile karşı karşıya kalmaktayız. İSG konusunda risk değerlendirme süreçlerinin iş kazaları üzerinde tam etkili olduğunu söylemek oldukça zordur. Bildirim sisteminde SGK portalından iş kazası bildirim sürecine geçilmiş olması çok olumlu gelişmeler olarak gözlenmekte, zamanında ve hafif yaralanmalı kazaların de sisteme girilmesine olanak tanındığından gerçek rakamlara ulaşılması konusunda destek sağlamaktadır.

Ülkemizde risk değerlendirme yönetmeliğinde adımlara bakıldığı zaman, tehlikelerin tanımlanması, tehlikenin yaratabileceği olası risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, risk kontrol adımları, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulanması ve dokümantasyon adımları olarak izlenmektedir. 2013 yılında sonra risk değerlendirmesinin tüm işletmelerde zorunlu olduğu göz önüne alınırsa, bu aşamalarına tamamlanmış ve izlenmiş olduğu düşünülmektedir.

İş kazası hızları standardize edildiğinde; 2008 -2018 yılları arasında sıralamada ilk beş içinde yer alan işkollarından Kömür ve Linyit madenciliğinde SMBO oranlarını 2014 den sonra düşüş eğiliminde olduğu gözlenmekte ise de halen toplumsal eğilimden 7 ile 10 kat fazla standardize oran dikkat çekmektedir. Bu süreç şöyle değerlendirilebilir. Risk değerlendirme sürecinde risklerin belirlenmesi ve analizi, risk kontrol adımlarına uyguladığı fakat düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulanması aşamasında birtakım eksikliklerin olduğu şeklinde yorumlanabilir.

2, 3 ve 4. sıralarda yer alana Ana Metal Sanayi ve diğer metalik olmayan ürün imalatı işkoluna bakıldığında SMBO oranlarının azalma eğiliminde olduğu halen toplumsal eğilimden 2 ile 5 kat arasında değişen standardize oran dikkat çekmektedir. 2013

sonrasında dikkat çeken iş kolu da Havayolu Taşımacılığıdır. 2013 de tepe noktasına ulaşan standardize edilmiş orandan sonra dalgalanmalar dikkat çekmektedir.

SMO değerlendirildiğinde ise; 2008 -2018 yılları arasında ilk beş sıra içinde yer alan işkolları Kömür ve Linyit Madenciliği Metal Cevheri Madenciliği, Diğer Madencilik ve Taş Ocakçılığı, Bina Dışı Yapıların İnşaatı İşkolu olduğu görülmektedir. Kömür ve Linyit Madenciliği işkolunda Soma faciasının ardından düşme eğilimi gözlenmektedir. Fakat SMO da 283 ile 713 arasında dalgalanan oranlar dikkat çekmektedir. Metal Cevheri Madenciliğinde 2013 sonrası 249 ile 645 arasında, Diğer madencilik ve taş ocakçılığında, 530 ile 1040 arasında, bina dışı yapıların inşaatında is 344 ile 483 arasında değişen oranlar oldukça yüksektir. Yıllar itibari ile azalma gösterse bile, ölüm hızlarında azalma konusunda eğilim olduğunu söylemek zordur. Ölüm hızları yıllar itibari ile sabit bir şekilde ilerlemeye devam etmektedir.

Mevzuatta eksiklikler olmamasına rağmen uygulamada birtakım sıkıntıların olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Risk değerlendirmesinde yapılması önerilen düzeltici ve önleyici faaliyetler sürekli olarak izlenmesi gereken bir süreçtir. İş kazası göstergelerinde düzelmenin olabilmesi için, iş sağlığı uygulama ilkelerine harfiyen uyulması ile mümkündür⁽²⁷⁾. Çok tehlikeli ve tehlikeli sınıfa yer alan işletmelerde⁽²⁸⁾ risk değerlendirme süreçlerinin tekrar gözden geçirilmesi ve takibi gereklidir.

Yapılması gereken düzeltici ve önleyici faaliyetlerde termin tarihlerine dikkat edilmesi, işletmelere uygun risk değerlendirme yönetimlerinin seçilmesi ve uygulanması, risk değerlendirme önerilerinin ve termin tarihlerinin İSG kurullarında takip edilmesi ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından denetimlerin yapılması dikkat edilmesi gereken noktalar olarak özetlenebilir.

Kaynaklar

- 1) 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). TC Resmî Gazete, 28339, 20 Haziran 2012
- 2) İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012). T. C. Resmî Gazete, 28512, 29 Aralık 2012.
- 3) Aven T . Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation University of Stavanger, Ullandhaug, European Journal of Operational Research 253 (2016) 1–13
- 4) About the Society for Risk Analysis. <https://www.sra.org/about-society-risk-analysis> . Erişim 03.07.2020

- 5) Risk assessment A brief guide to controlling risks in the workplace :HSE . <https://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf> . Erişim 03.07.2020
- 6) Habegger B . The International Handbook on Risk Analysis and Management . Series Editors Wenger A, Mauer V, Cavelti MD ,Center for Security Studies at ETH Zurich (Swiss Federal Institute of Technology) .www.crn.ethz.ch.
- 7) Ross. A. The Difference Between Risk Assessment & Risk Analysis. <https://www.Centrinity.Com/The-Difference-Between-Risk-Assessment-Risk-Analysis/>
- 8) Jones, RB. Risk Management Principles and Techniques. 2015 Annual reliability and maintainability Symposium. 2015 AR&MS Tutorial Notes
- 9) Costard S . Introduction to Risk Analysis and Risk Assessment ILRI, Nairobi, 2nd and 3rd October 2008 Royal Veterinary College .University of London . https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08bd1ed915d3cfd000f68/WKS081002_Annex5.pdf . Erişim 10.06.2020
- 10) Dunkelberger D. Risk Management, Risk Assessment or Risk Analysis: What Do You Need to Keep Risk in Check?.<https://www.ispartnersllc.com/blog/risk-management-risk-assessment-or-risk-analysis/>
- 11) Coleman ME , Marks HM Qualitative and quantitative risk assessment Food Control 10 (1999) 289- 297.
- 12) Özkılıç Ö. (2014). Risk Değerlendirmesi-Atex Direktifleri-Patlama Ortamları- Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması-Kantitatif Risk Değerlendirme. Ankara: Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Yayınları
- 13) Borghesi A, Gaudenzi B, Risk Management, Perspectives in Business Culture, DOI: 10.1007/978-88-470-2531-8_5, Springer-Verlag Italia 2013
- 14) Gajewski R,,Pieniżek P. Building energy modelling and simulations: qualitative and quantitative analysis . MATEC Web of Conferences 117, 00051 (2017)
- 15) Kletz TA Hazop past and future.. Reliability Engineering and System Safety 55 (1997) 263-266
- 16) About Codex Alimentarius : [http:// www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/about-codex/en/](http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/about-codex/en/)
- 17) Chrzęszcz J. Quantitative Approach To Cause-Effect Chains Analysis. Proceedings of the MATRIZ TRIZ fest 2017 International Conference. September 14-16, 2017, Krakow, Poland TRIZfest 2017 September 14-16, 2017. Krakow, Poland
- 18) Gajewski,R, Pieniżek P.Building energy modelling and simulations: qualitative and quantitative analysis . MATEC Web of Conferences 117, 00051 (2017)
- 19) Mardani M, Mofidi AA, Ghasemi A: A Credit Approach to Measure Inherent Hazards Using the Fire, Explosion and Toxicity Index in the Chemical Process Industry: Case Study of an Isomax Unit in an Iran Oil Refinery . Caspian Journal of Health Research 2015; 1(1): 1-17
- 20) Seber V. İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Analizleri Nasıl Yapılır? Elektrik Mühendisliği . 2012 Ekim .Sayı-445. http://www.emo.org.tr/ekler/8778f10a9ac28c2_ek.pdf . Erişim . 01.07.2020.
- 21) Ringdahl LR .Safety Analysis.(2001) .Principles and practice in occupational safety. Taylor & Francis.
- 22) Caliendo C, Guglielmo MLD. . Quantitative Risk Analysis on the Transport of Dangerous Goods Through a Bi-Directional Road Tunnel. Risk Analysis, 2017. Vol. 37, No. 1,
- 23) SGK İstatistik Yıllıkları (2009- 2018). [http:// Sgk.gov.tr](http://Sgk.gov.tr).
- 24) Naing N.N. Easy Way to Learn Standardization : Direct And Indirect Methods . Malaysian Journal of Medical Sciences, Vol. 7, No. 1, January 2000 (10-15) .
- 25) Liddell F.D.K. Simple exact analysis of the standardised mortality ratio (1984) . Journal of Epidemiology and Community Health, 38, 85-88 .
- 26) Standardization: A Classic Epidemiological Method for the Comparison of Rates. (2002). Epidemiological Bulletin / PAHO, Vol. 23, No. 3.
- 27) Bilir N. (2018).İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri.
- 28) İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği. (2012). T.C. Resmî Gazete, 28509, 26 Aralık 2012.



Ülkemizde, 31.05.2006 tarihinde kabul edilerek 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 13. Maddesi’nde “sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle, bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, bu kanunun 4. maddesinin 1. fıkrasında (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen engelli hale getiren olaylar” şeklinde tanımlanan iş kazası, 20.06.2012 tarihinde kabul edilerek 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun 3. Maddesi’nde “işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay” olarak tanımlanmaktadır.

İş kazaları, çalışma-sağlık etkileşiminde çalışanın sağlık durumunu olumsuz etkileyen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu bölümde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayınlanan ve en son 2018 yılına yönelik olarak yayınlanmış SGK İstatistik Yıllıkları temel veri kaynağı olarak kullanılmış ve daha önce Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık

Raporu 2012 ve Türkiye Sağlık Raporu 2014 çalışmalarında değerlendirilen veriler dikkate alınarak ülkemizde 2013-2018 yılları arasında gözlenen iş kazaları değerlendirilmiştir. SGK yıllıklarında aktif çalışanlar 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 4. Maddesi kapsamında hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılanlardan oluşan “4/a”, aynı kanunun 4. Maddesine göre köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan oluşan “4/b” ve kamu idarelerinde çalışanlardan oluşan “4/c” olarak 3 ana grup halinde yer almaktadır. Buna karşılık, iş kazalarına yönelik verilerin değerlendirilmesindeki temel sorun alanlarından birisi, SGK yıllıklarında yer alan iş kazası verilerininin 2017 ve 2018 yılları dışında kendi hesabına çalışanlar (4/b) grubunda yaşanan iş kazalarını kapsamıyor olmasıdır. 2017 ve 2018 yıllarında 4/a grubunda iş kazası geçiren kişi sayısı sırasıyla 359 bin 653 ve 430 bin 985’tir. Aynı yıllar için 4/b grubunda iş kazası geçiren kişi sayısı, sırasıyla 213 ve 291; 4/b grubunda iş kazası geçirenlerin oranı 2017’de %0.06, 2018’de %0.07’dir. İş kazalarının çalışan gruplarına dağılımında 2016 ve öncesindeki yıllarda veriye ulaşılamaması nedeniyle bu bölümün ilerleyen kısımlarında sadece 4/a grubunda çalışanlara yönelik iş kazası verileri değerlendirilecektir.

Türkiye’de 2013-2018 yılları arasında 4/a çalışma grubunda bulunan aktif ve zorunlu sigortalı sayıları, prim tahakkuk eden gün sayısı, iş kazası ve iş kazasına bağlı ölüm sayısı, sürekli iş göremezlik geliri bağlanan kişi sayısı, geçici iş göremezlik gün

sayısı ile iş kazası sıklık ve ağırlık hızları değerleri **Tablo 55.1**'de paylaşılmıştır. Türkiye'de 2018 yılında 4/a grubunda bulunan zorunlu sigortalı sayısı 14 milyon 229 bin 170'dir, 430 bin 985 kişi iş kazası geçirmiştir ve iş kazasına bağlı 1541 can kaybı yaşanmıştır. İstatistik yıllıklarında iş kazası sıklık hızı (İKSH) iki farklı biçimde sunulmaktadır. Bunlardan biri, tabloda İKSH-1 olarak gösterilen değerdir ve bir takvim yılı içerisinde 1 milyon çalışma saatine karşılık kaç kişinin iş kazası geçirdiğini gösterirken, diğeri tabloda İKSH-2 olarak gösterilen değerdir ve tam gün çalışan her 100 işçiden kaçının iş kazası geçirdiğini göstermektedir. Benzer bir durum iş kazası ağırlık hızı (İKAH) içinde geçerlidir ve bir takvim yılındaki 1 milyon çalışma saatine karşılık iş kazasına bağlı kaybedilen gün sayısı (İKAH-1) ile her 100 çalışma saatine karşılık iş kazasına bağlı kaybedilen çalışma saati (İKAH-2) olarak iki farklı biçimde sunulmaktadır. İstatistik yıllıklarında bu değerlerin hesaplanmasında kullanılan formüller aşağıda paylaşılmıştır. Formüllerde yer alan iş kazasına bağlı toplam gün kaybı "geçici iş göremezlik süreleri + (sürekli iş göremezlik dereceleri toplamı x 75) + (iş kazasına bağlı ölüm sayısı x 7500)" şeklinde hesaplanmaktadır.

$$\text{İKSH-1} = (\text{iş kazası sayısı} \times 10^6) / (\text{Prim tahakkuk eden toplam gün} \times 8)$$

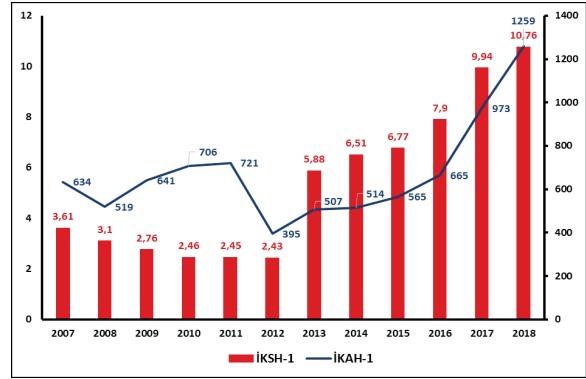
$$\text{İKSH-2} = (\text{iş kazası sayısı} \times 225000) / (\text{prim tahakkuk eden toplam gün} \times 8)$$

$$\text{İKAH-1} = (\text{iş kazasına bağlı gün kaybı} \times 10^6) / (\text{Prim tahakkuk eden toplam gün} \times 8)$$

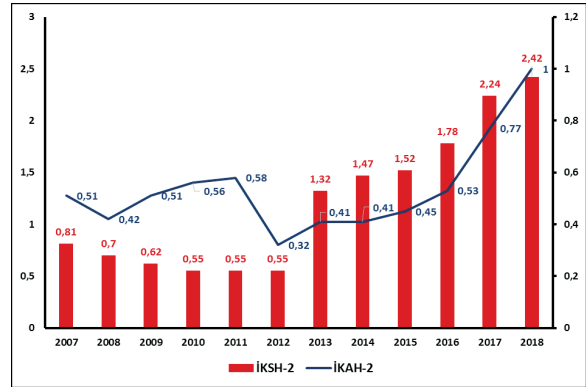
$$\text{İKAH-2} = (\text{iş kazasına bağlı gün kaybı} \times 8 \times 100) / (\text{Prim tahakkuk eden toplam gün} \times 8)$$

2013-2018 yılları arasında gerek iş kazası sıklık hızları, gerekse de iş kazası ağırlık hızları düzenli bir biçimde artış göstermektedir. Bu kapsamda, 1 milyon çalışma saatine karşılık gelen iş kazası sayısı %83'lük artışla 5.88'den 10.76'ya, tam gün çalışan 100 işçiye düşen iş kaza sayısı %83.3'lük artışla 1.32'den 2.42'ye, 1 milyon çalışma saatine karşılık kaybedilen çalışma günü sayısı %148.3 artışla 507'den 1259'a, çalışılan her 100 saate karşılık kaybedilen çalışma saati de %143.9 ile 0.41'den 1'e yükselmiştir. İş kazası sıklık hızları, bir önceki 6 yıllık dönemde, 2007-2012 yılları arasında, azalma eğiliminde iken, 2013-2018 yılları arasındaki 6 yıllık dönemde artış eğilimi göstermiştir (**Şekil 55.1** ve **Şekil 55.2**).

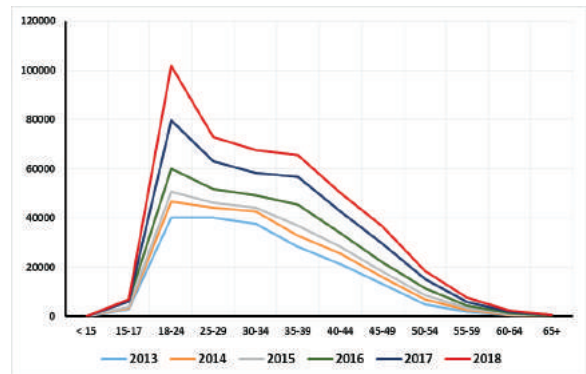
2013-2018 yılları arasında iş kazası geçiren işçilerin yaş gruplarına göre dağılımı **Tablo 55.2** ve **Şekil 55.3**'de paylaşılmıştır. İş kazası geçiren işçilerin en sık bulunduğu yaş grubu 2013'de %21 ile 25-29 yaş grubu, 2014'de %21.1, 2015 ve 2016'da %21, 2017'de %22.1, 2018'de %23.6 ile 18-24 yaş grubu



Şekil 55.1 2007-2018 Yılları Arasında Bir Milyon Çalışma Saatine Karşılık Gelen İş Kazası (İKSH-1) ve İş Günü Kaybı (İKAH-1) Sayısı.



Şekil 55.2 2007-2018 Yılları Arasında Tam Gün Çalışan 100 İşçiye Karşılık Gelen İş Kazası Sayısı (İKSH-2) ve 100 Çalışma Saatine Karşılık Gelen Kayıp Çalışma Saati (İKAH-2).



Şekil 55.3 2013-2018 Yılları Arasında İş kazası Geçirenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

Tablo 55.1 2013-2018 Yılları Arasında 4/a Aktif ve Zorunlu Sigortalı, Prim Tahakkuk Eden Gün, İş Kazası, İş Kazasına Bağlı Ölüm, Sürekli İş Göremezlik Geliri Bağlanan Kişi, Geçici İş Göremezlik Gün Sayıları ile İş Kazası Sıklık ve Ağırlık Hızları.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4/a aktif sigortalı	13136339	13967837	14802222	15355158	16369073	16054759
4/a zorunlu sigortalı	12484113	13240122	13713717	13415843	14477817	14229170
PTEG ^a (x10 ³)	4069832	4248428	4462091	4524502	4524384	5006245
İş kazası	191389	221366	241547	286068	359653	430985
İş kazasına bağlı ölüm	1360	1626	1252	1405	1633	1541
SİG ^b geliri bağlanan kişi	1660	1421	3433	4447	3987	3773
Toplam GİG ^c günü	2357505	2065962	2992070	3453702	3996873	2488001
GİG ^c günü (ayaktan)	2292848	1992762	2879958	3335407	3864334	2398036
GİG ^c günü (yatarak)	64657	73200	112112	118295	132539	89965
İKSH-1 ^d	5.88	6.51	6.77	7.90	9.94	10.76
İKSH-2 ^e	1.32	1.47	1.52	1.78	2.24	2.42
İKAH-1 ^f	507	514	565	665	973	1259
İKAH-2 ^g	0.41	0.41	0.45	0.53	0.77	1.00

a: Prim tahakkuk eden gün. b: Sürekli iş göremezlik. c: Geçici iş göremezlik. d: İş kazası sıklık hızı-1 (bir takvim yılında 10⁶ iş saati için gerçekleşen iş kazası sayısı). e: İş kazası sıklık hızı-2 (tam gün çalışan her 100 kişi için iş kazası sayısı). f: İş kazası ağırlık hızı-1 (bir takvim yılında 10⁶ iş saati için iş kazası sonucu kaybedilen işgünü sayısı). g: İş kazası ağırlık hızı-2 (Çalışılan her 100 saat için iş kazasına bağlı kaybedilen çalışma saati).

Tablo 55.2 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazası Geçirenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	2013	2014	2015	2016	2017	2018
< 15	-	-	71	74	113	144
15-17	2844	3394	3987	6090	6235	6950
18-24	40199	46671	50645	60012	79599	101778
25-29	40215	44092	46222	51751	62968	72801
30-34	37660	42627	44296	49146	58357	67557
35-39	28367	32834	36774	45428	56639	65516
40-44	21294	25618	28213	33793	42627	50131
45-49	13219	15887	18245	22071	29565	36725
50-54	4984	6815	8581	11547	15115	18600
55-59	1953	2556	3330	4321	6016	7771
60-64	528	707	913	1474	1913	2363
65+	126	165	270	361	506	649
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

olmuştur; 2013 yılında her iki yaş grubu arasındaki fark 16 kişidir. Dönemi kapsadığı 6 yıl boyunca iş kazalarının daha çok genç işçilerde yoğunlaştığı ve yıllar itibarı ile yaş gruplarına dağılımın benzer özellikte olduğu izlenmektedir.

Türkiye’de iş kazası geçiren işçilerin meslek gruplarına dağılımı incelendiğinde 2013’de %53, 2014’de %52.8, 2015’de %52.4, 2016’da %53.2, 2017’de %53.5, 2018’de %54.7 ile en çok iş kazası nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlarda gözlenmiştir (Tablo 55.3). İş kazası geçiren çalışanların meslek gruplarına/işkollarına göre dağılımına yö-

nelik olarak istatistik yıllıklarında 2 farklı grupta bulunmaktadır. Bunlardan biri, ISCO (International Standard Classification of Occupants) gruplamasıdır. Bu gruplamada en çok iş kazası gözlenen “nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar” grubu, “temizlikçiler ve yardımcılar”, “tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar”, “madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektöründe nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar”, “yiyecek hazırlama yardımcıları”, “cadde/sokak ve ilgili satış ve hizmet çalışanları” ve “çöpçüler ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde

Tablo 55.3 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.

Meslek Grupları	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Silahlı kuvvetler ile ilgili meslekler	265	231	219	215	208	200
Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	2253	3001	3211	3840	4875	4545
Profesyonel meslek mensupları	1782	2402	3201	4557	6601	8745
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	5919	6858	7594	10116	12735	15139
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	3985	4778	5808	6660	8301	9886
Hizmet ve satış elemanları	12916	14947	16996	19952	26377	34224
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	425	472	553	598	741	970
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	18469	21363	22323	25901	32636	38782
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	43861	50522	55119	62034	73289	83922
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	101483	116777	126489	152081	192533	234540
Bilinmeyen	31	15	34	114	1357	32
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

çalışanlar” alt gruplarını kapsamaktadır. 2013-2018 dönemine ait veriler, Türkiye Sağlık Raporu 2014’de yer alan 2007-2012 dönemi verileriyle karşılaştırıldığında en sık iş kazası gözlenen grubun “sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar” grubundan “nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar” grubuna değiştiği izlenmektedir. Bununla birlikte, ISCO gruplamasında yer alan alt gruplarda değişiklik yapıldığına dikkat edilmelidir. 2007-2012 ve 2013-2018 dönemlerinde her iki grubun içerdiği alt gruplar bu kitabın Meslek Hastalıkları bölümünde paylaşılmıştır.

İstatistik yıllıklarında meslek grupları/işkollarına yönelik diğer gruplama Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması’na göre yapılmaktadır. Gruplama, Fransızca karşılığından kısaltılan NACE (nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté Européenne) olarak da bilinmektedir ve bu gruplamaya göre en çok iş kazası gözlenen 5 işkolu yıllar itibarı ile aşağıda paylaşılmıştır.

2013: Makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%8.2), bina inşaatı (%7.5), ana metal sanayii (%6.3), kömür ve linyit çıkartılması (%5.9) ve tekstil ürünlerinin imalatı (%5.7).

2014: Makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%8.4), bina inşaatı (%6.1), ana metal sanayii (%5.6), tekstil ürünlerinin imalatı (%5.5) ve gıda ürünleri imalatı (%5).

2015: Makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%8), bina inşaatı (%6.2), ana

metal sanayii (%5.2), tekstil ürünlerinin imalatı (%5) ve gıda ürünleri imalatı (%5).

2016: Makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%7.2), bina inşaatı (%7), özel inşaat faaliyetleri (%5.2), gıda ürünleri imalatı (%5) ve tekstil ürünlerinin imalatı (%4.7).

2017: Bina inşaatı (%9.7), makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%6.6), bina dışı yapıların inşaatı (%5.8), gıda ürünleri imalatı (%5.6) ve yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri (%4.7).

2018: Bina inşaatı (%9.7), bina dışı yapıların inşaatı (%6.4), makine ve teçhizat hariç fabrikasyon metal ürünlerin imalatı (%6), gıda ürünleri imalatı (%5.2) ve yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri (%5.2).

2013-2018 yıllarında kazaya neden olan son olaya yönelik veriler **Tablo 55.4**’de paylaşılmıştır. Bu kapsamda, iş kazalarının 2013’de %40.8’i, 2014’de %40.6’sı, 2015’de %40.4’ü, 2016’da %42’si, 2017’de %43.8’i, 2018’de %44.6’sında kazaya neden olan son olay belirsizdir. Nedenin belirlenmiş olduğu kazalar 2013’de %15.7, 2016’da %15.3, 2017’de %14.8, 2018’de %14.5 ile “kayma veya tökezleme-düşme, kişilerin düşmesi” iken, 2014 ve 2015’de %15.9 ile “bir makinenin, taşıma aracının veya işleme ekipmanının, elle kullanılan alet, nesne, hayvanın denetimden çıkması” olmuştur. Her iki grup da tüm yıllarda en çok tespit edilen iki gruptur ve tüm yıllarda %28.7-31.4’ü bu iki nedenle ortaya çıkmıştır.

Tablo 55.4 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazası Geçirenlerin Olayı Seyrinden Saptırın ve Kazaya Sebebiyet Veren Son Olaya Göre Dağılımı.

Olay	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bilgi yok	8349	1748	0	0	0	0
Elektrik sorunları, patlama, yangın nedeniyle sapma	2826	3070	3252	3330	4161	4654
Taşma, devrilme, sızma, buharlaşma, emisyon saptması-Belirtilmemiş	8176	9875	11050	13375	15430	17847
Maddi Aracın kırılma, patlama, ayrılma, kayma, düşme, çökmesi-Belirtilmemiş	17628	19931	20904	23771	29218	32906
Bir makinenin, taşıma aracının veya işleme ekipmanının, elle kullanılan alet, nesne, hayvanın denetimden çıkması (tam veya kısmi)-Belirtilmemiş	29194	35098	38445	43564	52247	61429
Kayma veya tökezeleme-düşme, kişilerin düşmesi-Belirtilmemiş	29995	33972	37424	43810	53320	62438
Fiziki baskı olmadan beden hareketi (genellikle dış bir yaralanmaya yol açan)	16,141	18571	20568	23385	28894	36390
Fiziki baskıyla veya fiziki baskı altında beden hareketi (genellikle dış bir yaralanmaya yol açan)- Belirtilmemiş	8448	9539	10464	12287	15921	19663
Şok, korku, vahşet, saldırganlık, tehdit, bulunma-Belirtilmemiş	950	1463	1777	2298	3070	3642
Bu sınıflandırmada listelenmemiş başka sapma	69682	88099	97663	120248	157392	192016
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

Bu noktada genel bir ifade ile gerçekleşen her 10 kazadan 4'ünde kazaya neden olan son olayın nedeninin bilinmediğini, 3'ünün ise bu iki nedenle ortaya çıktığı söylenebilir.

Türkiye'de 2013-2018 yılları arasında iş kazalarında tespit edilen yaralanma türleri **Tablo 55.5**'de paylaşılmıştır. İş kazalarında tüm yıllarda en sık tespit edilen yaralanma türü 2013'de %44.7, 2014'de

%45.7, 2015'de %46.5, 2016'da %46.1, 2017'de %45.9 ve 2018'de %45.5 ile yarıya yakını "yaralar ve yüzeysel yaralanmalar"dır. Bununla birlikte, iş kazalarının 2013'de %27.3, 2014'de %26.2, 2015'de %25.9, 2016'da %26.9, 2017'de %28.1, 2018'de %29.3'ünde yaralanma türü tanımlanamamış/belirsiz durumdadır. Söz konusu belirsizlik, Türkiye Sağlık Raporu 2014'de değerlendirilen 2007-2012 yıllarını kap-

Tablo 55.5 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarına Bağlı Yaralanma Türleri.

Yaralanma Türü	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Yaranın türü bilinmeyen veya belirtilmemiş	9459	10697	11232	13462	18323	23036
Yaralar ve yüzeysel yaralanmalar	85469	101158	112397	131930	164940	195924
Kemik kırıkları	16172	17202	18131	19999	21703	22838
Çıklıklar, burkulmalar ve incinmeler	27305	31571	35858	41890	53261	63602
Travma sonucu organ kaybı (bedenin bir parçasının kaybı)	561	570	532	516	566	601
Beyin sarsıntısı ve iç yaralanmalar	924	895	920	985	1053	1085
Yanıklar, kaynar su ile kavrulma ve donmalar	4794	5626	6277	6915	8502	10271
Zehirlenme ve enfeksiyonlar	1857	4075	2450	4321	4883	6304
Suda boğulma ve nefesin kesilmesi	59	41	55	56	76	69
Ses, titreşim ve basınç etkileri	98	144	182	201	451	742
Aşırı ısı, ışık ve radyasyon etkileri	113	139	137	199	385	504
Şok	460	521	577	703	835	932
Birden fazla sayıda yaralanmalar	1242	1338	1367	1476	1796	1972
Diğer başlıklar altında içerilmeyen diğer belirtilmiş yaralanmalar	42876	47389	51432	63415	82879	103105
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

sayan 6 yıllık süreçte, 2007-2011'de %6.3-10.7 arasında değişirken ve 2012'de %19.4 iken, 2013-2018 dönemini kapsayan 6 yıllık süreçte artış göstererek %25.9-29.3 arasında değişmektedir.

İş kazalarına bağlı olarak yaralanan/etkilenen vücut bölgeleri **Tablo 55.6**'da paylaşılmıştır. En çok etkilenen vücut bölgesi 2013-2018 dönemindeki tüm yıllarda üst ekstremitedir; 2013'de %38.4, 2014'de %38.7, 2015'de %38.9, 2016'da %38.3, 2017'de %37.3, 2018'de %36.6. Benzer biçimde 2007-2012 döneminde de en çok yaralanan/etkilenen vücut bölgesi %48.4-54.3 arasında değişen oranla üst ekstremitedir. 2007-2012 yılları arasında "diğer bölümler", "sınıflanmamış" ve "bilinmeyen" olarak gruplananların oranı 2007'de %8.4, 2008'de %9.2, 2009'da %8.2, 2010 ve 2011'de %4.5 iken,

2012'de %15.7'ye yükselmiştir ve 2013-2018 döneminde iş kazalarına bağlı yaralanmalarda etkilenen vücut bölgesi %22.5-24.9 arasında değişen oranlarda "diğer bölümler" ve "sınıflanmamış" olarak gruplandırılmıştır. Söz konusu artış dikkat çekici niteliktedir.

İş kazası geçiren işçilerin çalıştığı işyerlerinin çalışan sayısına göre dağılımı **Tablo 55.7**'de ve **Şekil 55.4**'de paylaşılmıştır; 2013 ve 2014'de %15.2 ve %15.9 ile 21-49 çalışanı olan işyerleri, 2015 ve 2016'da %15.5 ve %15.6 ile 100-199 çalışanı olan işyerleri, 2017 ve 2018'de ise %17 ve %18.4 ile 1000'den fazla çalışanı olan işyerleri ilk sırada bulunmaktadır. Bununla birlikte, iş kazası geçirenlerin işyerindeki çalışan sayısına göre dağılımı, dönem kapsamında bulunan yıllarda benzer ni-

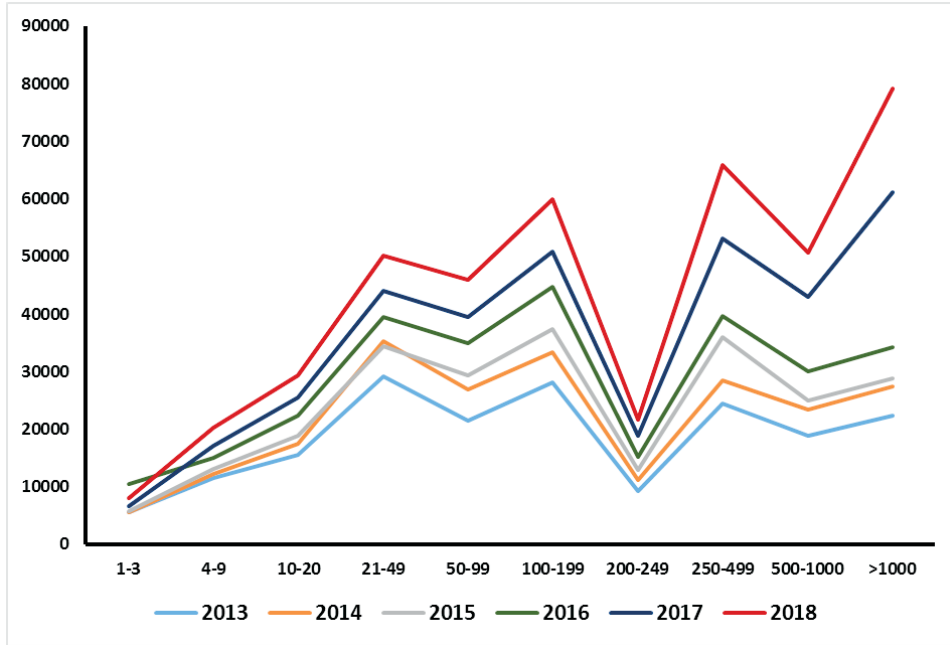
Tablo 55.6 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarında Yaralanan Vücut Bölgeleri

Yaralanan vücut bölgesi	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kafa	23049	26349	29062	35770	45375	56001
Boyun ^a	1159	1393	1490	1553	2043	2466
Sırt	4700	5615	5973	6877	8872	10651
Gövde ve iç organlar	4111	4823	5344	6143	7863	9433
Üst ekstremiter	73550	85566	94014	109495	134303	157671
Alt ekstremiter	36969	42223	46710	53914	67014	79187
Tüm vücut ve çok yönlü	3643	5086	4723	5699	7496	8253
Diğer bölümler	34387	39298	42946	52749	68432	85756
Sınıflanmamış	9821	11013	11285	13868	18255	21567
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

a: Boyun ve omur eklemlerini kapsamaktadır.

Tablo 55.7 2013-2018 Yılları Arasında İş Kaza Geçirenlerin Çalıştığı İşyerlerinin Çalışan Sayısına Göre Dağılımı.

Çalışan sayısı	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-3	5505	5513	5744	10483	6687	7956
4-9	11455	12226	13091	15079	17165	20309
10-20	15489	17491	18853	22275	25425	29382
21-49	29104	35241	34363	39481	44006	50214
50-99	21413	26947	29330	35007	39559	46011
100-199	28138	33337	37375	44691	50915	59891
200-249	9217	11235	12991	15244	18769	21561
250-499	24421	28451	35947	39593	53110	65922
500-1000	18827	23471	25044	29970	42927	50596
1001+	22294	27454	28809	34245	61095	79143
Bilinmeyen	5526	-	-	-	-	-
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985



Şekil 55.4 2013-2018 Yılları Arasında İş Kaza Geçirenlerin Çalıştığı İşyerlerinin Çalışan Sayısına Göre Dağılımı.

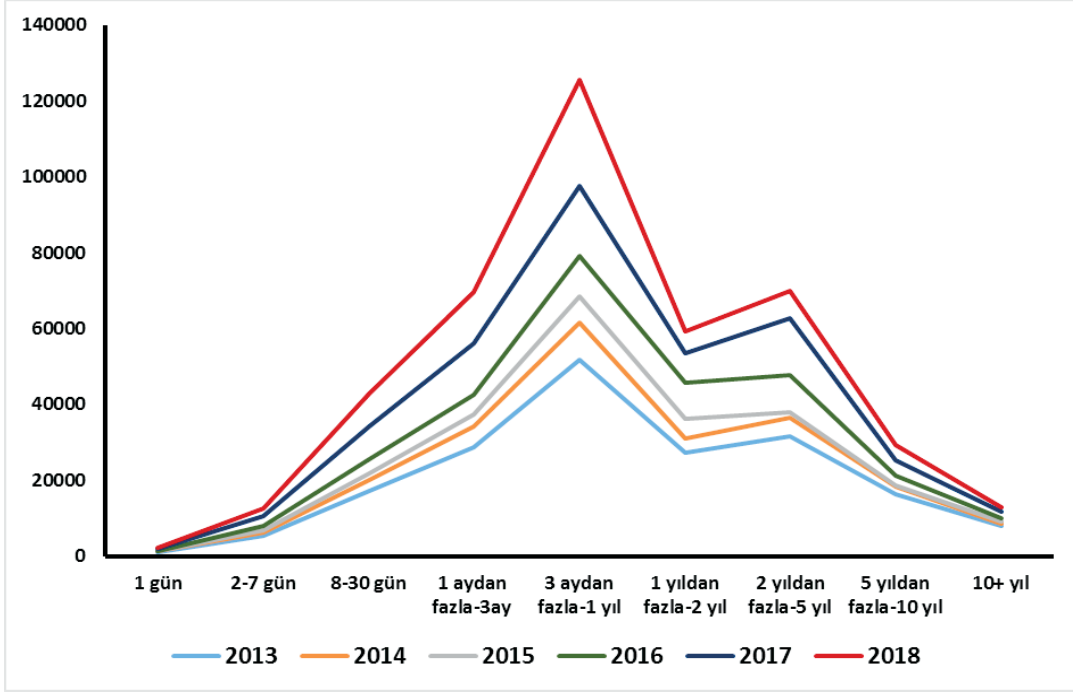
teliktedir. Söz konusu benzerliğe karşın, iş kazası geçiren işçilerin özellikle 2017 ve 2018'de 1000'den fazla çalışanın bulunduğu işyerlerinde yoğunlaşması dikkat çekicidir.

SGK istatistik yıllıklarında işyerindeki çalışanın sayısının gruplandırılması işyeri ve çalışan sayısının verildiği bölüm ile iş kazası geçirenlerin sayısının verildiği bölümlerde farklılık göstermektedir. İşyeri ve çalışan sayısının verildiği bölümde 10-19, 20-49, 500-999 ve 1000+ olarak elde edilebilen gruplar, iş kazası geçirenlere yönelik bölümde 10-20, 21-49, 500-1000 ve 1001+ olarak elde edilebilmektedir. Söz konusu bölümlerin ilkinden elde edilen çalışan sayısı verileri ile bölümlerden ikincisinden elde edilen kaza sayısı verileri kullanılarak ve oluşacak sapmalar alınarak yapılan bir değerlendirmede, 100 işçiye düşen iş kazası sayısının işyerindeki çalışan sayısı arttıkça yükseldiği izlenmektedir; 2018 yılı için bu değer, 1-3 kişi çalışan işyerlerinde 0.41, 4-9 kişi çalışan işyerlerinde 0.86, 10-20 kişi çalışan işyerlerinde 1.70, 21-49 kişi çalışan işyerlerinde 2.23, 50-99 kişi çalışan işyerlerinde 3.33, 100-199 kişi çalışan işyerlerinde 4.58, 200-249 kişi çalışan işyerlerinde 4.67, 250-499 kişi çalışan işyerlerinde 5.98, 500-1000 kişi çalışan işyerlerinde 6.26, 1000'den fazla kişi çalışan işyerlerinde 8.91'dir. Bu durum, iş sağlığı ve güvenliği uygula-

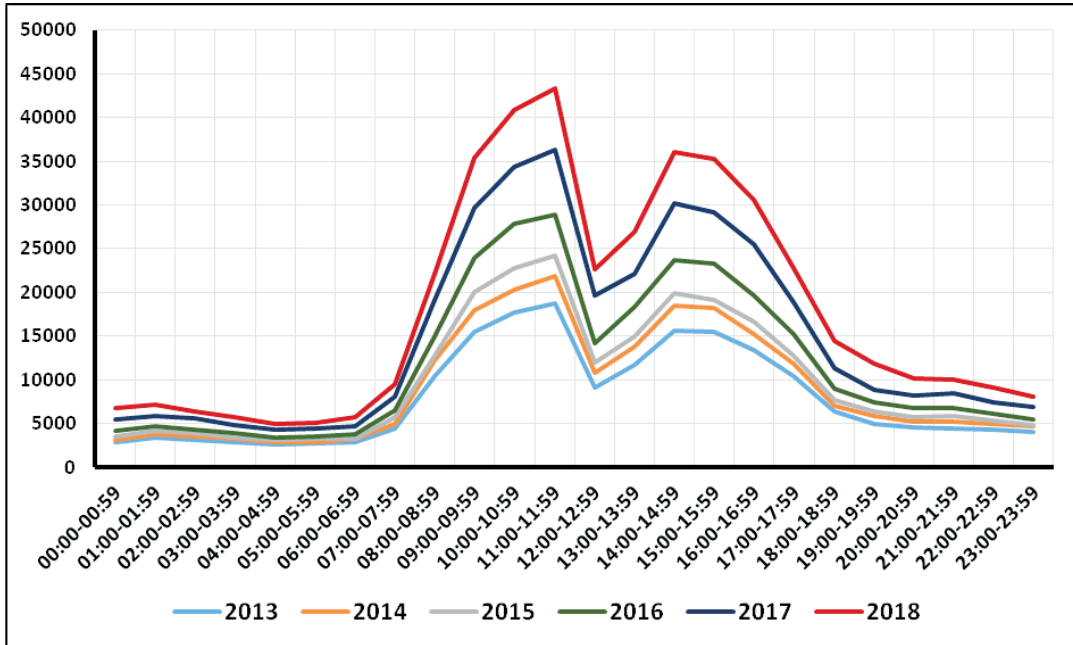
malarının görece daha iyi olması öngörülen büyük ölçekli işyerlerinde iş kazalarına yönelik kayıt ve bildirimlerin daha doğru ve güvenilir olmasından kaynaklanabilir.

İş kazalarında değerlendirilen değişkenlerden biri de çalışanın mesleki deneyimidir. 2013-2018 yılları arasında iş kazası geçirenlerin mesleki deneyimleri **Tablo 55.8** ve **Şekil 55.5**'de paylaşılmıştır. 2013-2018 yılları arasında bulunan tüm yıllarda iş kazası geçiren işçilerin en çoğu "3 aydan fazla-1 yıl" mesleki deneyime sahiptir. İş kazası geçirenlerin mesleki deneyimlerine göre dağılımı dönem boyunca benzer niteliktedir.

Türkiye'de 2013-2018 yılları arasında iş kazalarının kazanın meydana geldiği saatlere göre dağılımı **Şekil 55.6**'da ve **Tablo 55.9**'da paylaşılmıştır. Söz konusu 6 yıllık süreç içerisinde iş kazalarının kazanın gerçekleştiği saate göre dağılımı neredeyse tümüyle benzer özelliktedir. Yıllar itibarı ile artan sayılar, dağılımda farklılık göstermeksizin sürmektedir. İş kazalarının önemli kısmı 08:00-18:00 arasındaki gündüz çalışma saatlerinde yoğunlaşmaktadır. Saat 24:00-07:00 arasında görece sabit seyreden kaza sayıları, 07:00-08:00 arasında izlenen artış eğilimi ile gündüz çalışma saatlerinin ilk bölümünde yükselen bir pik oluşturmakta, 12:00-13:00 arasında görece azalmakta ve gündüz çalışma saatleri-



Şekil 55.5 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazası Geçirenlerin İşyerindeki Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı.



Şekil 55.6 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarının Meydana Geldiği Saatlere Göre Dağılımı.

Tablo 55.8 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazası Geçirenlerin İşyerindeki Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımı

Deneyim süresi	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 gün	1130	1231	1250	1415	1932	2245
2-7 gün	5388	6309	6721	7872	10579	12623
8-30 gün	17255	20005	21751	25609	34047	42828
1 aydan fazla-3ay	28753	34060	37421	42630	56093	69586
3 aydan fazla-1 yıl	51890	61466	68454	79255	97513	125607
1 yıldan fazla-2 yıl	27297	31058	36223	45818	53625	59211
2 yıldan fazla-5 yıl	31548	36425	38018	47721	62606	70000
5 yıldan fazla-10 yıl	16382	18189	18749	21215	25229	29209
10+ yıl	7812	8598	8995	10014	11812	12947
Bilinmeyen	3934	4025	3965	4519	6217	6729
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

Tablo 55.9 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarının Meydana Geldiği Saatlere Göre Dağılımı

Saat	2013	2014	2015	2016	2017	2018
00:00-00:59	2837	3161	3567	4160	5407	6787
01:00-01:59	3386	3794	4204	4706	5913	7120
02:00-02:59	3137	3564	3914	4353	5587	6442
03:00-03:59	2847	3221	3449	3952	4876	5739
04:00-04:59	2567	2900	3062	3421	4294	4972
05:00-05:59	2709	2930	3245	3529	4383	5040
06:00-06:59	2869	3210	3298	3776	4751	5783
07:00-07:59	4432	4941	5707	6514	8073	9449
08:00-08:59	10409	12287	12782	14930	19131	22117
09:00-09:59	15512	17983	20024	23967	29655	35346
10:00-10:59	17691	20299	22822	27847	34341	40817
11:00-11:59	18762	21817	24180	28960	36348	43370
12:00-12:59	9067	10761	11916	14241	19655	22714
13:00-13:59	11668	13803	15012	18324	22167	26907
14:00-14:59	15661	18545	19898	23685	30185	36032
15:00-15:59	15440	18172	19155	23336	29218	35311
16:00-16:59	13371	15188	16693	19701	25535	30555
17:00-17:59	10421	11802	12767	15201	18896	22780
18:00-18:59	6328	7063	7660	8957	11299	14465
19:00-19:59	5009	5804	6367	7404	8913	11864
20:00-20:59	4559	5228	5721	6733	8233	10162
21:00-21:59	4396	5236	5850	6731	8408	10018
22:00-22:59	4329	5001	5374	6131	7473	9078
23:00-23:59	3982	4656	4880	5509	6912	8117
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

nin ikinci bölümünde yeniden ancak daha düşük bir pik yapmakta ve 18:00-24:00 arasında azalarak devam etmektedir. İstatistik yıllıklarında 2013 yılından önce ulaşılabilen iş kazalarının vardiyanın hangi saatinde oluştuğuna yönelik veriler 2013 yılı ve sonrasında yer almadığı için iş kazalarının var-

diya için dağılımları 2013-2018 döneminde daha detaylı incelememektedir.

2013-2018 yılları arasında iş kazası sonucu oluşan geçici iş göremezlik sürelerinin dağılımı **Tablo 55.10'**da paylaşılmıştır. İş kazası geçirenlerin 2013'de %47.7'si, 2014'de %53.3'ü, 2015'de %44.4'ü,

Tablo 55.10 2013-2018 Yılları Arasında İş Kazalarının Geçici İş Göremezlik Sürelerine Göre Dağılımı

Geçici İş Göremezlik Süresi	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kaza günü (çalışır)	91347	117892	107178	146120	187986	347574
Kaza günü (iş göremez)	4107	5233	6811	6386	9285	4783
2 gün	6947	8639	11620	11838	16496	8322
3 gün	10046	11855	15943	16703	21854	10682
4 gün	3203	3446	4379	4502	5622	2649
5+ gün	75739	74301	95616	100519	118410	56975
Toplam	191389	221366	241547	286068	359653	430985

2016'da %51.1'i, 2017'de %52.3'ü, 2018'de %80.6'sı "kaza günü çalışır" konumunda iken, 5 gün ve üzerinde geçici iş göremezlik olanların oranı 2013'de %39.6, 2014'de %33.6, 2015'de %39.6, 2016'da %35.1, 2017'de %32.9, 2018'de %13.2'dir. dikkat çekiçi bir durum olarak, kaza günü çalışır durumda olanların oranı 2013-2017 döneminde %44.4-53.3 arasında değişirken, 2018 yılında %80.6'ya yükselmiştir. Türkiye Sağlık Raporu 2014'de değerlendirilen süreç ile bu bölümde değerlendirilen sürece yönelik veriler ilgili istatistik yıllıklarında geçici iş göremezlik günleri farklı gösterime sahiptir. 2007-2012 dönemi yıllıklarında geçici iş göremezlik süresi "0 gün" olarak verilenlerin oranı 2007'de %0.8, 2008'de %1.3, 2009'da %1.5, 2010'da %3.1, 2011'de %2.2, 2012'de %5.4 iken, 2013 ve sonrasında bu gruba karşılık gelebilecek "kaza günü çalışır" olanların oranı 2013'de keskin bir yükselme ile %47.7'ye çıkmaktadır. 2007-2012 döneminde kullanılan grupta 0 gün, 1-3 gün ve 4-6 gün grupları dışında bırakıldığında oranlar %64.3-75.1 arasında değişirken 2013-2018 döneminde 5 gün ve üzerinde geçici iş göremezliği olanların oranı 2013-2017'de %32.9-39.6, 2018'de %13.2'dir. 2007-2012 ve 2013-2018 dönemlerinde yaşanan değişim beklendik bir durum olarak tanımlanmamalıdır.

Bu bölümde değerlendirilen veriler, iş kazalarının çalışma yaşamını ve çalışanları olumsuz etkileyen önemli ve öncelikli sorun alanlarından biri olmaya devam ettiğini destekler niteliktedir. Tanımlanmış verilerin iyileştirilmesi ve zamansal değişimlerin izlenmesi ile iş kazalarının önlenmesine yönelik gerçekleştirilecek planlar ve uygulamalar çalışanların sağlığının korunmasına olumlu katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Ayoğlu F, Tanır F, Deveci S, Pıçakçıefe M, Açıkgöz B. İş Kazaları. (In) Türkiye Sağlık Raporu 2014. (Eds) Ertem M, Çan G. Halk Sağlığı Uzmanları Demeği Yayın No 2014-8, Trakya Üniversitesi Matbaası, 2015: :434-447.
- 2) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2013. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 3) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2014. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 4) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2015. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 5) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2016. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 6) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2017. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 7) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2018. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).

Çalışma ortamı, günümüz insanının yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilmek için neredeyse zorunlu olarak içinde yer aldığı, gerçekleştirilen işin niteliğiyle bağlantılı özelliklere sahip, çok sayıda etkenin tek tek ya da karmaşık bir etkileşim ile bireyin sağlık ve sağlıksızlık durumunda belirleyici rol oynadığı özellikli bir çevresel öge niteliğindedir. Çalışma ve sağlık ilişkisi tarihsel sürecin erken dönemlerinden itibaren bilinmekte ve sağlık bilimleri alanının önemli çalışma konularından birini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, çalışma yaşamından kaynaklanan sağlık sorunları içinde önemli bir yere sahip olan meslek hastalıkları da Halk Sağlığı disiplininin öncelikli ve özellikli ilgi alanlarından birisi konumundadır.

31.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete’de yayınlan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 14. Maddesi’nde yer alan tanımlamaya göre meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir. Tanımdan da görülebileceği gibi meslek hastalıklarında iş ile sağlık sorunu arasında doğrudan nedensellik bağı bulunmaktadır ve meslek hastalıkları “tümüyle korunulabilir” hastalıklar olarak kabul edilir. Bu bölümde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayınlanan ve en son 2018 yılına yönelik olarak yayınlanmış SGK İstatistik Yıllıkları temel veri kaynağı olarak kullanılarak ülkemizde 2007-2018 yılları arasında gözlenen meslek hastalıkları değerlendirilmiştir.

SGK yıllıklarında aktif çalışanlar 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 4. Maddesi kapsamında hizmet akdi ile bir veya daha fazla işveren tarafından çalıştırılanlardan oluşan “4/a,” aynı kanunun 4. Maddesine göre köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan oluşan “4/b” ve kamu idarelerinde çalışanlardan oluşan “4/c” olarak 3 ana grup halinde yer almaktadır. Buna karşılık, meslek hastalıklarına yönelik verilerin değerlendirilmesindeki temel sorun alanlarından birisi, SGK yıllıklarında yer alan meslek hastalıkları verilerinin kendi hesabına çalışanlar (4/b) grubunda 2017 yılında tespit edilen 2, 2018 yılında tespit edilen 3 meslek hastalığı dışında sadece 4/a grubundaki çalışanları kapsamasıdır. 2017 yılında 4/b grubunda tespit edilen iki meslek hastalığından birisi “hukuki ve muhasebe faaliyetleri” işkolunda tespit edilmiş, hastalık tanısı “listede olmayan bir başka hastalık” olarak tanımlanmıştır. Diğer olgu “sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan” grupta yer alıyor; hastalık tanısı ve işkolu belirsiz. 2018 yılında 4/b’lilerde tespit edilen üç olgudan biri de bu grupta; tanısı ve işkolu belirsiz. Diğer iki olgu biri “mobilya imalatı” diğeri “diğer metalik olmayan mineral ürünlerin imalatı” işkolundan; olgudan biri “bronşit ve pnömonit; kimyasal madde, gaz, duman ve buharlara bağlı (J.68.0) tanısına sahip, diğerinin tanısı da “listede olmayan başka bir hastalık” şeklinde.

Türkiye’de 2007-2018 yılları arasında aktif çalışan/sigortalı sayıları **Tablo 56.1**’de paylaşılmıştır. 2018 yılı itibarı ile aktif çalışan sayısı 22 milyon

Tablo 56.1 2007-2018 Yılları Arasında Aktif Sigortalı Sayısı.

Yıl	4/a	4/b	4/c	Toplam
2007	9198577	3376300	2444680	15019557
2008	9574873	3260719	2464206	15299798
2009	9618438	3236872	2241418	15096728
2010	10575935	3337858	2282511	16196304
2011	11547134	3273297	2554200	17374631
2012	12527337	3162914	2662608	18352859
2013	13136339	2927250	2823400	18886989
2014	13967837	2943837	2910148	19821822
2015	14802222	2938034	3032971	20773227
2016	15355158	2794132	2982548	21131838
2017	16369073	2923994	2987396	22280463
2018	16054759	2984780	3033301	22072840

72 bin 840 olup, %72.7'si 4/a, %13.5'i 4/b, %13.8'i 4/c grubundadır. Toplam çalışan sayısı 2007-2018 yıllarını kapsayan 12 yıllık süreçte %47 artmıştır; değişim, işçi (4/a) grubunda %74.5, kamu çalışanı (4/c) grubunda %24.1 artış şeklindeyken, kendi hesabına çalışanlar (4/b) grubunda %11.6 azalma şeklindedir.

Daha önce de değinildiği gibi, meslek hastalıklarına yönelik verilerin 2017 ve 2018 yıllarında kendi hesabına çalışanlarda tespit edilen 5 olgu dışında sadece 4/a grubundaki işçileri kapsaması nedeniyle ilerleyen bölümlerde değerlendirilecek veriler de sadece bu gruba ait olacaktır ve söz konusu 5 olgu ilgili tablolarda yer almayacaktır. Verilerin kapsamı ile ilgili bir diğer sorun alanı da istatistik yıllığına yansıyan ve çeşitli özellikleri izlenebilen meslek hastalıklarının %10 ve üzerinde maluliyet

almış olgularla sınırlı olmasıdır. Bununla birlikte, verilerin değinilen kapsama sınırlılığı sadece teknik bir sorun olarak değerlendirilmemelidir. Meslek hastalıklarının hangi işkollarında ortaya çıktığı ve/veya yoğunlaştığı, hastalık gruplarının nasıl dağıldığı gibi bilgiler, bu hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınmasına yönelik çalışmalar için yaşamsal niteliktedir.

Çalışanlarda ortaya çıkacak meslek hastalıkları sıklığının %4-12 arasında değişmesi öngörülmektedir. Ülke genelinde 2007-2018 yılları arasında beklenen meslek hastalığı sayıları **Tablo 56.2'**de paylaşılmıştır. Bu tablo tespit edilen meslek hastalığı sayıları ile birlikte değerlendirildiğinde irdelenmesi ve çözümlenmesi gereken ciddi bir sorunun varlığını görünür kalmaktadır. Şöyle ki, 2018 yılında beklenen meslek hastalığı sayısı 4/a grubunda 64 bin 219 ile

Tablo 56.2 2007-2018 Yılları Arasında Aktif Sigortalı Gruplarında %4 (BMH1) ve %12 (BMH2) Sıklık Değerleri İçin Beklenen Meslek Hastalığı Sayısı.

Yıl	4-1/a		4-1/b		4-1/c		Toplam	
	BMH1	BMH2	BMH1	BMH2	BMH1	BMH2	BMH1	BMH2
2007	36794	110383	13505	40516	9779	29336	60078	180235
2008	38299	114898	13043	39129	9857	29570	61199	183598
2009	38474	115421	12947	38842	8966	26897	60387	181161
2010	42304	126911	13351	40054	9130	27390	64785	194356
2011	46189	138566	13093	39280	10217	30650	69499	208496
2012	50109	150328	12652	37955	10650	31951	73411	220234
2013	52545	157636	11709	35127	11294	33881	75548	226644
2014	55871	167614	11775	35326	11641	34922	79287	237862
2015	59209	177627	11752	35256	13132	36396	83093	249279
2016	61421	184262	11177	33530	11930	35791	84527	253582
2017	65476	196429	11696	35088	11950	35846	89122	267366
2018	64219	192657	11939	35817	13133	36400	88291	264874

192 bin 657, 4/b grubunda 11 bin 939 ile 35 bin 817, 4/c grubunda 13 bin 133 ile 36 bin 400, toplamda ise 88 bin 291 ile 264 bin 874 arasındadır; iyimser olasılıkla, ‰4 sıklık için, beklenen olgu sayısı 88 bin 291'dir. Buna karşılık, 2018 yılında tespit edilen olgu sayısı 4/a grubunda 1044, 4/b grubunda 3 olmak üzere toplam 1047 olmuştur. Başka bir ifade ile, 2018 yılında Türkiye'de tespit edilen olgular beklenen meslek hastalığı olgularının sadece %1.2'sine karşılık gelmektedir; oran 4/a grubunda %1.6, 4/b grubunda %0.03, iken 4/c'de tespitli olgu yoktur.

Beklenen olgu sayısı ‰4 üzerinden öngörüldüğünde tespit edilen olguların 2018 yılı için %1.2 olarak ifade ettiğimiz oranı, 2017 yılı için 4/b grubundaki iki olgu da dahil %0.8, 2016 için %0.7, 2015 için %0.6, 2014 için %0.6, 2013 için %0.5, 2012 için %0.5, 2011 için %1, 2010 için %0.8, 2009 için %0.7, 2008 için %0.9 ve 2007 için %2'dir. 2007-2018 yıllarını kapsayan 12 yıllık dönemde tespit edilen toplam olgu sayısı, 4/b grubundaki 5 olgu da dahil 7493'tür ve bu değer yılların herhangi birinde, herhangi bir grup için beklenen en düşük değere bile ulaşmamaktadır. Benzer bir değerlendirme, verilerde yer alan değerlerin sadece 4/a grubunu kapsadığı düşünülerek bu grup için yapıldığında tespit oranının %0.7-3.3 arasında değiştiği izlenmektedir

ve 12 yıl içerisinde tespit edilen toplam 7488 olgu, yine benzer bir biçimde herhangi bir yıl için öngörülen en düşük değeri bile karşılamaktan uzaktır (Tablo 56.3). Daha çarpıcı ve akılda kalıcı olacak bir ifade ile, 2007-2018 yılları arasındaki 12 yıllık dönemde, varlığı öngörülen 610 bin 910 meslek hastalığından 603 bin 422'si tespit edilememiştir ya da bu olgularla ilgili bilgi yoktur.

Türkiye'de 2007-2018 yılları arasında 4/a grubunda yer alan çalışanlarda meslek hastalığı görülme sıklığı ‰ 0.03-0.13 arasında değişmektedir (Tablo 56.4). Tespit edilen meslek hastalıklarının beklenen meslek hastalığı sayısından, meslek hastalığı sıklığının beklenen meslek hastalığı sıklığından düşüklüğü ülkemizde meslek hastalığı görülme sıklığının "gerçekte" de az olduğu şeklinde "yorumlanabilir" olmakla birlikte, mevcut çalışma koşulları, meslek hastalığı tanı ve tedavi süreçlerine yönelik sorunlar gibi, ilgili taraflarca sıklıkla dile getirilen sorun alanları dikkate alındığında inandırıcılıktan uzaktır. Söz konusu tablo ülkemizde meslek hastalıklarının tespitine yönelik çözüm bekleyen önemli sorunların varlığını yansıtan bir tablo olarak değerlendirilmelidir.

Ülkemizde resmi nitelikteki istatistiklerin kapsayıcılıkla ilgili sorunlarına ve tespit edilen meslek

Tablo 56.3 2007-2018 Yılları Arasında 4/a Grubunda Çalışan Sayısı, ‰4 Sıklık İçin Beklenen ve Tespit Edilen Meslek Hastalığı Sayıları ile Tespit Oranı.

Yıl	Çalışan Sayısı	Beklenen Meslek Hastalığı	Tespit Edilen Meslek Hastalığı	Tespit Oranı (%)
2007	9198577	36794	1208	3.3
2008	9574873	38299	539	1.4
2009	9618438	38474	429	1.1
2010	10575935	42304	533	1.3
2011	11547134	46189	697	1.5
2012	12527337	50109	395	0.8
2013	13136339	52545	351	0.7
2014	13967837	55871	494	0.9
2015	14802222	59209	510	0.9
2016	15355158	61421	597	1.0
2017	16369073	65476	691	1.1
2018	16054759	64219	1044	1.6

Tablo 56.4 Türkiye'de 2007-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Meslek Hastalığı Sıklığı (‰).

Yıl	Sıklık	Yıl	Sıklık	Yıl	Sıklık
2007	0.13	2011	0.06	2015	0.03
2008	0.06	2012	0.03	2016	0.04
2009	0.04	2013	0.03	2017	0.04
2010	0.05	2014	0.04	2018	0.07

hastalıklarının beklenenin çok altında olmasına değindikten sonra, değerlendirmelerimize Türkiye'de 4/a grubunda yer alan çalışanlar, diğer bir ifade ile işçilerde saptanan meslek hastalıklarının tanımlayıcı özellikleri ile devam ediyoruz.

Bu bağlamda değinilecek ilk öge meslek hastalıklarının tanı gruplarına göre dağılımıdır (Tablo 56.5 ve Tablo 56.6). Meslek hastalıkları tanı grupları SGK İstatistik Yıllıklarında 2007-2012 ve 2013-2018 dönemleri için iki farklı biçimde sunulmaktadır. 2007-2012 yılları arasında en sık hastalık bulunan tanı grupları 2007, 2008, 2009 ve 2012 yıllarında sırasıyla %84.2, %67.3, %53.6, %68.6 ağırlık ile pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıkları, 2010 ve 2011 yıllarında ise %58.9 ve %53.5 ağırlıkla zehirlenmeler olmuştur. 2013-2018 yıllarında ise en sık meslek hastalığı bulunan grup %21.4-39.8

arasında değişen ağırlıklarla solunum sistemi hastalıklarıdır.

Tablo 56.5 ve Tablo 56.6'da yer alan tanı gruplarının her biri kendi içerisinde alt başlıklar içermektedir. Söz konusu alt başlıklar dikkate alınarak yıllar itibarı ile en çok tespit edilen beş meslek hastalığı Tablo 56.7'de paylaşılmıştır. Bu kapsamda, 2007-2009 ve 2012'de "silikoz ve sliktüberküloz", 2010'da "nitroz gazlar", 2011'de "arsenik ve bileşikler", 2013'de "kömür işçisi pnömokonyozu, 2014-2018'de ise "pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı" en çok tespit edilen meslek hastalıkları olmuştur.

Meslek hastalıklarının tanı gruplarına dağılımına yönelik değerlendirmelerde dikkati çeken unsurlardan biri 2012 yılında tespit edilen 1 olgunun "nedeni bilinmeyen hastalıklar" grubunda yer

Tablo 56.5 2007-2012 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Tespit Edilen Meslek Hastalıkları ve Tanı Grupları.

Tanı Grubu	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A: Zehirlenmeler	168	151	163	314	373	77
B: Deri ve derialtı dokunun hastalıkları	7	1	4	0	17	1
C: Pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıkları	1017	363	230	142	212	271
D: Bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	1	2	4	39	9	7
E: Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	15	22	28	38	86	38
Nedeni bilinmeyen hastalıklar	0	0	0	0	0	1
Toplam	1208	539	429	533	697	395

Tablo 56.6 2013-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Tespit Edilen Meslek Hastalıkları ve Tanı Grupları.

Tanı Grubu	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AB: Bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	2	0	2	1	0	4
C: Malign ve neoplazmalar	0	1	0	2	1	1
D: Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları	0	2	3	5	0	0
F: Mental ve davranışsal bozukluklar	0	0	0	0	1	0
G: Sinir sistemi hastalıkları	1	7	18	22	24	33
H1: Göz ve adnekslerin hastalıkları	0	1	1	1	1	1
H2: Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları	7	24	14	6	32	47
I: Dolaşım sistemi hastalıkları	0	0	0	0	0	0
J: Solunum sistemi hastalıkları	75	115	203	216	236	388
K: Sindirim sistemi hastalıkları	0	0	0	0	0	0
L: Deri ve derialtı dokunun hastalıkları	3	6	10	5	12	14
M: Kas iskelet sistemi ve bağ doku hastalıkları	8	23	23	21	47	49
N: Genitoüriner sistem hastalıkları	0	0	1	1	0	0
Z: Listede olmayan bir başka hastalık	40	85	99	141	164	209
Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.	215	230	136	175	173	298
Toplam	351	494	510	597	691	1044

Tablo 56.7 2007-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda En Çok Tespit Edilen 5 Meslek Hastalığı.

2007 C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (1000) A-8B: Nitroz gazlar (63) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (54) A-9B: Fosfor ve anorganik fosfor bileşikleri (15) C-5: Mesleki bronşiyal astma (7)	2013 J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (37) J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (26) H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri (7) M77.1: Lateral epikondilit (3) J63.8: Etkeni tanımlanmamış, diğer (3)
2008 C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (354) A-1B: Arsenikli hidrojen veya arsin (64) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (23) A-21A: Benzol (Benzen) ve homologları, trombositopeni (23) A-2: Berilyum (Glüsyum) ve bileşikleri (9)	2014 J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (82) H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri (24) J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (16) M77.1: Lateral epikondilit (10) M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti (9)
2009 C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (196) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (99) C-5: Mesleki bronşiyal astma (20) A-1A: Arsenik ve bileşikleri (15) A-21A: Benzol (Benzen) ve homologları, trombositopeni (11)	2015 J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (100) J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (78) H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri (14) M77.1: Lateral epikondilit (10) G56.0: Karpal tünel sendromu (10)
2010 A-8B: Nitroz gazlar (107) C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (99) D-4: Enfeksiyon hastalıkları (pulmoner tüberküloz) (39) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (36) A-1B: Arsenikli hidrojen veya arsin (35)	2016 J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (118) J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (71) G56.0: Karpal tünel sendromu (14) M77.1: Lateral epikondilit (10) M70.0: El ve bileğinin kronik krepitan sinoviti (9)
2011 A-1A: Arsenik ve bileşikleri (280) C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (170) E-6D: Fazla zorlanma sonucu vertebra prosesuslarının yırtılması (42) A-21A: Benzol (Benzen) ve homologları, trombositopeni (31) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (30)	2017 J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (167) H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri (32) M77.1: Lateral epikondilit (19) J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (18) G56.0: Karpal tünel sendromu (17)
2012 C-1A: Silikoz ve sliktüberküloz (246) A-11A: Kurşun ve kurşun tozları (26) A-9: Nikel ve bileşikleri (14) E-6F: Kas krampları (13) C-5: Mesleki bronşiyal astma (10)	2018 J62.8: Pnömokonyoz, diğer silis içeren tozlara bağlı (272) J60: Kömür işçisi pnömokonyozu (71) H83.3: İç kulakta gürültünün etkileri (47) M77.1: Lateral epikondilit (24) G56.0: Karpal tünel sendromu (19)

almasıdır. Tespit edilen meslek hastalığının tıbbi tanısına yönelik belirsizlik, istatistik yıllıklarında 2013 yılından itibaren kullanılan tanı grupları sisteminde belirgin bir sorun haline dönüşmüştür. Gruplama sisteminde yer alan “listede olmayan bir başka hastalık” ve “sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı” gruplarında bulunan olguların tıbbi tanıları bilinmemektedir. Bu uygulama, ülkemizde beklenen sayıların çok altında tespit edilen, sunulan verilerin %10 ve üzerinde maluliyeti olanları kapsadığı ve sadece 4/a grubundaki işçilere yönelik olarak sınırlı değerlendirme yapılmasına olanak tanıyan meslek hastalıklarının önemli bir bölümünde de tıbbi tanıların bilinmemesine yol açmaktadır. Tespit edilen meslek hastalıklarından 2013’de %75.5’inin, 2014’de %63.8’inin, 2015’de %46.1’inin, 2016’da

%52.9’unun, 2017’de %48.8’inin, 2018’de %48.6’sının tıbbi tanısı bilinmemektedir. Bu durum, özellikle de “sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı” grubuna yönelik belirsizlik, ilerleyen bölümlerde yapılacak değerlendirmelerde de sürekli olarak karşımıza çıkacaktır. Bu noktada şunu söylemek olasıdır ki, 2013-2018 yılları arasındaki 6 yıllık süreçte resmi istatistiklere beklenen meslek hastalığı sayılarının %0.7-1.6’sı ile yansıyan 3687 olgunun 1965’inin, %53.3’ünün tıbbi tanısı görülememektedir; meslek hastalığı tanısı alanların yarısından fazlası.

2007-2018 yıllarında tespit edilen meslek hastalıklarının %92.2-99.1’i erkek çalışanlarda, %0.9-7.8’i ise kadın çalışanlarda görülmüştür (Tablo 56.8).

Meslek hastalıklarına yönelik olarak değerlendirilebilecek öğelerden biri de bu hastalıkların

Tablo 56.8 2007-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Meslek Hastalıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı.

Yıl	Erkek		Kadın		Top.	Yıl	Erkek		Kadın		Top.
	N	%	n	%			N	%	n	%	
2007	1197	99.1	11	0.9	1208	2013	343	97.7	8	2.3	351
2008	525	97.4	14	2.6	539	2014	470	95.1	24	4.9	494
2009	421	98.1	8	1.9	429	2015	470	92.2	40	7.8	510
2010	514	96.4	19	3.6	533	2016	568	95.1	29	4.9	597
2011	687	98.6	10	1.4	697	2017	638	92.3	53	7.7	691
2012	386	97.7	9	2.3	395	2018	966	92.5	78	7.5	1044

hangi işyerlerinde ve hangi işkollarında görüldüğüdür. İşyerinde çalışan işçi sayısı ile belirlenen işyeri büyüklüğüne göre yapılacak bir değerlendirmede, 2007-2012 yılları arasında, 2010 yılı hariç tüm yıllarda en çok meslek hastalığı 100-199 işçi çalıştıran işyerlerinde görülürken, 2010 yılında en çok meslek hastalığı 1-3 işçi çalıştıran işyerlerinde görülmüştür (Tablo 56.9). 2013-2018 arasında ise, neden olduğu sınırlılık ile daha önce de değindiğimiz “sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalılar” grubu dışarıda bırakılarak yapılan değerlendirmede, en çok meslek hastalığı 1000 ve üzerinde işçinin çalıştığı işyerlerinde gözlenmektedir (Tablo 56.9).

Bölümün başlangıcında da değinildiği gibi meslek hastalıklarının ortaya çıkışı maruz kalınan etkenin özellikleri, çalışanın bireysel özellikleri, çalışma ortamı ve çalışma koşullarından kaynaklanan çok sayıda değişkenin karmaşık etkileşimine bağlıdır. Herhangi bir işyerinde meslek hastalığı görülmesi, çalışma ortamı koşullarına ve işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yeterliliğine bağlı olduğu kadar, o işyerinde işçilerin ne

kadar süreyle çalışmaya devam ettiği ya da işe giriş-çıkış hareketliliğinin ne boyutta olduğu gibi değişkenlere de bağlıdır. Bu bağlamda, işe giriş-çıkış hareketliliğinin yüksek olduğu küçük bir işyerinde, işçiler hastalık tablosunun ortaya çıkması için gereken süreye yetecek kadar iş devamlılığı sağlayamadığı için meslek hastalıkları oluşmayabilir ya da küçük işyerlerinde görece daha sık karşılaşılan yetersiz iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları nedeniyle meslek hastalıkları tespit edilemeyebilir. Buna karşılık, işe giriş-çıkış hareketliliğinin görece az, işçinin iş devamlılığının görece yüksek olması beklenen daha çok işçinin çalıştığı işyerlerinde işçinin meslek hastalığı tablosu oluşumu için gerekli süreyi/maruziyeti yaşama olasılığı artarken, görece daha yeterli olması beklenen iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önleyici etkisiyle bu işyerlerinde meslek hastalığı görülme olasılığı azalabilir ya da iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının iyi ve yeterli olmasına bağlı olarak meslek hastalığı tespiti artabilir. Bu nedenle, işyeri büyüklüğü üzerinden yapılacak değerlendirmeler dikkatle yorumlanmalı ve gerekli durumlarda işyerine özel değerlendirmeler

Tablo 56.9 2007-2012 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Tespit Edilen Meslek Hastalıklarının İşyeri Büyüklüğüne Göre Dağılımı.

İşçi Sayısı	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-3	84	131	50	185	34	62	7	9	10	18	21	28
4-9	8	4	7	14	7	13	9	11	5	19	23	24
10-20	65	11	53	33	28	29	11	16	19	30	25	36
21-49	18	8	35	33	27	97	17	27	38	43	30	56
50-99	230	80	62	73	103	61	13	23	33	37	38	61
100-199	346	161	80	74	354	79	5	33	35	33	69	78
200-249	134	27	21	18	16	9	1	7	8	11	27	24
250-499	308	94	66	63	76	30	8	38	45	43	84	93
500-999	9	7	22	14	41	5	4	30	39	86	64	129
1000+	6	16	33	26	11	10	61	70	142	102	137	217
SSES*							215	230	136	175	173	298
Toplam	1208	539	429	533	697	395	351	494	510	597	691	1044

*Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

yapılmalıdır. Dikkate alınması gereken bir diğer unsur da, işyerlerine ve/veya işkollarına özel olarak rutin ya da akademik amaçla planlanan meslek hastalığı tespit ve değerlendirme çalışmalarının, yapıldığı dönem için göreceli artışa yol açabilmesidir. Örneğin, **Tablo 56.9**'da paylaşılan verilerde 2010 yılında izlenen 1-3 çalışanı bulunan işyerlerine özgü yükseklik, diğer yıllarda benzer olgunun görülmemesi nedeniyle de, bu kapsamda değerlendirme yapılmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda, yasal düzenlemelerde yapılan değişimler de verilerin dağılımında farklılıklara yol açabilir ve ayrıntılı çalışmalarla izlenmesi gerekir.

Daha önce de değinildiği gibi çalışanın işyerinde geçirdiği toplam süre maruziyet yükünü belirleyen önemli bir belirleyicidir. SGK istatistik yıllarında yıllıklarında çalışma süresi ve meslek hastalıkları ilişkisine yönelik veriler çalışanın son çalıştığı işyerindeki süre üzerinden sunulmaktadır. 2007-2018 yılları arasında kalan 12 seneye yönelik bu kapsamdaki veriler **Tablo 56.10**'da paylaşılmıştır. Söz konusu 12 yıllık sürede, 2013-2018 yıllarına ait verilerde yer alan sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan çalışanlar dışarıda bırakılarak yapılan değerlendirmede, 2015 ve 2018 yılları dışında kalan tüm yıllarda 10 yıl ve üzeri çalışmış olanlar, 2015 ve 2018 yılında ise 5 yıldan fazla-10 yıl çalışmış olanlar en çok meslek hastalığı görülen gruplar olmuştur. Ancak, ilgili verinin sadece son işyerinde çalışılan süreyi içerdiği unutulmamalıdır. Bununla birlikte, bu veriler tartışılması gereken başka bir unsuru görünür kılmakta-

dır. Şöyle ki, **Tablo 56.10**'da yer alan verilere göre, 12 yıllık sürede tespit edilen meslek hastalıklarından 345'inde işçinin son işyerindeki çalışma süresi 3 ay ve altındadır; 50'sinde ise sadece bir gündür. Bu durum meslek hastalıkları için beklendik değildir ve işçinin çalışma yaşamı boyunca gerçekleşmesi beklenen periyodik sağlık kontrolünün yeterli olmadığı ya da iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarından yoksun koşullarda kayıt dışı çalışma gibi olasılıkların düşünülmesini gerektirir.

Meslek hastalıklarının olguların ortaya çıktığı işkolları ile ilgili yapılacak değerlendirmede SGK istatistik yıllarında iki temel veri grubu bulunmaktadır. Bunlardan biri, işkollarının ISCO'ya (International Standart Classification of Occupations) göre, diğeri Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistiksel Sınıflandırılması'na göre gruplandırılmasıdır. ISCO'ya göre yapılan gruplandırma kapsamında 2007-2018 yıllarına ait veriler **Tablo 56.11** ve **Tablo 56.12**'de paylaşılmıştır. Bu noktada yeniden karşımıza çıkan sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhis edilenlerden oluşan grup dışarıda bırakılarak yapılan değerlendirmede, en çok meslek hastalığı tespit edilen gruplar 2007-2010 ve 2012'de "sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar" grubu iken, 2011 ve 2013-2018'de "nitelik gerektirmeyen meslekler" olmuştur. Ancak, buradaki değişim yorumlanırken, alt gruplardaki tanımlama değişimleri dikkatle değerlendirilmelidir.

Değindiğimiz ana gruplar istatistik yıllıklarında 2007-2012 ve 2013-2018 dönemlerinde farklı alt gruplar içermektedir; söz konusu gruplarda

Tablo 56.10 2007-2018 Yılları Arasında 4/a Grubunda Çalışanlarda Son İşveren Nezinde Çalışma Süresine Göre Meslek Hastalığı Sayıları.

Çalışma Süresi	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 gün	18	15	2	5	8	0	0	0	0	0	2	0
2-7 gün	3	0	1	0	0	0	1	2	2	2	2	3
8-30 gün	0	3	2	2	4	3	4	9	8	14	7	14
1 aydan fazla-3 ay	7	14	4	9	34	22	8	10	21	28	22	32
3 aydan fazla-1 yıl	36	74	25	19	111	37	19	28	69	51	45	78
1 yıldan fazla-2 yıl	40	9	26	30	57	19	10	18	31	41	39	54
2 yıldan fazla-5 yıl	59	20	50	122	116	40	12	46	63	65	93	141
5 yıldan fazla-10 yıl	35	25	43	112	73	58	31	39	85	89	101	159
10+ yıl	1010	379	276	234	294	216	41	80	74	107	104	144
Bilinmeyen							10	32	21	25	103	121
SSS*							215	230	136	175	173	298
Toplam	1208	539	429	533	697	395	351	494	510	597	691	1044

*Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

Tablo 56.11 2007-2012 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Meslek Gruplarına Göre Meslek Hastalığı Sayısı.

Meslek Grubu	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	1	1	3	2	10	2
Profesyonel meslek mensupları	1	0	1	3	1	6
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	0	0	7	8	2	12
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	0	1	5	2	0	2
Hizmet ve satış elemanları	1	1	0	6	1	0
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	1	0	0	0	1	3
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	1047	405	310	266	307	302
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	42	30	82	77	38	17
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	115	101	21	169	337	51
Silahlı (Askeri) kuvvetler (özellikle belirtilmeyen)	0	0	0	0	0	0
Toplam	1208	539	429	533	697	395

bulunan alt gruplar **Tablo 56.13**'de paylaşılmıştır. Alt gruplar üzerinde yapılacak bir değerlendirmede, 2007-2012 döneminde en çok meslek hastalığı 2007'de 1011, 2008'de 361, 2009'da 215, 2010'da 166, 2011'de 221, 2012'de 238 ile "71: Maden çıkarımı ve inşaatla ilgili işlerde çalışan sanatkarlar", 2013-2018 döneminde ise 2013'de 59, 2014'de 78, 2015'de 173, 2016'da 225, 2017'de 189 ve 2018'de 316 ile "93: Madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar" alt grubudur.

SGK İstatistik Yıllıklarında ISCO'ya göre yapılan gruplandırmaya yönelik verilerde meslek grupla-

rı ISCO kodlama sisteminin iki haneli aşamasını içerecek biçimde sunulmaktadır. Bununla birlikte, ISCO'ya göre yapılan kodlamada yer alan meslek grupları, alt başlıklar halinde kırılımlarla oluşturulan bir koda sahiptir. Örnek olarak; maden ocağında domuz damcı olarak çalışan bir işçinin kodlanması şu şekilde oluşmaktadır:

9 Nitelik gerektirmeyen meslekler

93 Madencilik, inşaat ve ulaşım sektöründe çalışanlar

931 Madencilik ve inşaat sektörü çalışanları

9311 Madencilik ve taşocağı çalışanları

9311.10 Domuz damcı

Tablo 56.12 2013-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Meslek Gruplarına Göre Meslek Hastalığı Sayısı.

Meslek Grubu	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Yöneticiler	0	1	4	3	4	4
Profesyonel meslek mensupları	4	2	1	6	2	4
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	3	20	10	16	15	20
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	2	3	9	14	14	16
Hizmet ve satış elemanları	5	13	11	9	12	21
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	1	0	0	0	1	0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	28	40	51	41	54	75
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	17	59	61	60	111	156
Nitelik gerektirmeyen meslekler	73	117	221	273	301	446
Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler	3	9	6	0	4	4
SSES*	215	230	136	175	173	298
Toplam	351	494	510	597	691	1044

*Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

Tablo 56.13 2007-2012 ve 2013-2018 Dönemlerinde Sanatkarlar ve İlgili İşlerde Çalışanlar ile Nitelik Gerektirmeyen Meslekler Gruplarında Yer Alan Alt Gruplar.

2007-2012 Dönemi	2013-2018 Dönemi
7: Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar 71: Maden çıkarımı ve inşaatla ilgili işlerde çalışan sanatkarlar 72: Metal işleme ve makine ile ilgili işlerde çalışan sanatkarlar 73: Hassas işlerde, el sanatları ve basımla ilgili işlerde çalışanlar 74: Diğer sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	7: Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar 71: İnşaat ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar (elektrikçiler hariç) 72: Metal işleme, makine ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar 73: El sanatları ve basım ile ilgili işlerde çalışanlar 74: Elektrik ve elektronik işlerde çalışanlar 75: Gıda işleme, ağaç işleri, giyim eşyası ve diğer sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar”
9: Nitelik gerektirmeyen meslekler 91: Satış ve hizmetler ile ilgili nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 92: Tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri sektörlerindeki nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 93: Madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerindeki nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 99: Başka yerde belirtilmeyen veya bilinmeyen	9: Nitelik gerektirmeyen meslekler 91: Temizlikçiler ve yardımcıları 92: Tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 93: Madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 94: Yiyecek hazırlama yardımcıları 95: Cadde/sokak ve ilgili satış ve hizmet çalışanları 96: Çöpçüler ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

Tablo 56.14 2008-2012 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Ekonomik Faaliyet Sınıflarına Göre Meslek Hastalığı Sayısı.

İşkolu	2008	2009	2010	2011	2012
Kömür ve linyit çıkartılması	328	201	92	170	231
Metal cevheri madenciliği	0	1	0	257	4
Diğer madencilik ve taşocakçılığı	0	8	2	3	1
Gıda ürünlerinin imalatı	2	1	5	3	3
İçecek imalatı	0	0	1	0	0
Tekstil ürünleri imalatı	0	6	4	2	1
Giyim eşyaları imalatı	1	3	7	15	3
Deri ve ilgili ürünler imalatı	2	1	5	0	0
Ağaç, ağaç ürünleri ve mantar ürünleri imalatı, saz, saman ve benzeri malzemelerden örülerek eşyaların imalatı	5	2	4	3	3
Kağıt ve kağıt ürünleri imalatı	1	0	3	1	1
Kayıtlı medyanın basılması ve çoğaltılması	2	1	10	3	0
Kok kömürü ve rafine edilmiş petrol ürünleri imalatı	0	0	1	0	0
Kimyasal ürünleri imalatı	2	3	7	8	1
Eczacılık ve eczacılığa ilişkin malzemelerin imalatı	0	0	0	0	1
Kauçuk ve plastik ürünler imalatı	1	2	6	2	2
Metalik olmayan ürünler imalatı	1	4	15	16	8
Ana metal sanayii	8	25	26	18	6
Fabrikasyon metal ürünler imalatı (Makine ve teçhizat hariç)	19	33	69	36	26
Bilgisayarların, elektronik ve optik ürünlerin imalatı	2	1	4	3	0
Elektrikli teçhizat imalatı	13	33	27	4	3
Makine ve ekipman imalatı	26	7	42	5	4
Motorlu kara taşıtı ve römork imalatı	2	4	9	5	0
Diğer ulaşım araçları imalatı	0	35	30	7	1
Mobilya imalatı	3	2	4	3	0
Diğer imalatlar	0	8	5	2	7
Makine ve ekipmanların kurulumu ve onarımı	3	21	52	86	8
Elektrik, gaz, buhar ve havalandırma sistemi üretim ve dağıtımı	0	0	3	1	0
Suyun toplanması arıtılması ve dağıtılması	0	0	2	0	0
Atık maddelerin değerlendirilmesi	0	0	1	1	4
Bina inşaatı	0	9	16	4	5

Tablo 56.14 (DEVAMI)

İşkolu	2008	2009	2010	2011	2012
Bina dışı yapıların inşaatı	5	0	7	2	10
Özel inşaat faaliyetleri	1	0	8	10	15
Toptan ve perakende ticaret ve motorlu kara taşıtlarının ve motosikletlerin onarımı	0	1	1	0	0
Toptan ticaret (motorlu kara taşıtları ve motosikletler hariç)	2	2	2	1	4
Perakende ticaret (motorlu kara taşıtları ve motosikletler hariç)	4	2	8	1	4
Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	4	3	10	3	11
Su yolu taşımacılığı	0	0	1	3	0
Taşımacılık için depolama ve destekleyici faaliyetler	4	0	7	7	5
Konaklama	0	0	2	1	0
Yayıncılık faaliyetleri	2	0	0	0	0
Finansal hizmet faaliyetleri (Sigorta ve emeklilik fonları hariç)	0	0	0	0	2
Hukuki ve muhasebe faaliyetleri	0	0	0	0	1
İdari danışmanlık faaliyetleri	0	3	6	3	1
Mimarlık ve mühendislik faaliyetleri	1	0	5	0	0
Bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri	0	0	0	1	0
Kiralama ve leasing faaliyetleri	1	0	0	0	0
Güvenlik ve soruşturma faaliyetleri	0	1	1	1	0
Bina ve çevre düzenleme faaliyetleri	0	0	1	0	1
Büro yönetimi, büro desteği faaliyetleri	0	1	1	1	2
Eğitim	0	0	0	0	1
İnsan sağlığı hizmetleri	0	2	0	1	5
Yaratıcı sanatlar, eğlence faaliyetleri	0	0	0	1	0
Kumar ve müşterek bahis faaliyetleri	0	0	0	1	1
Üye olunan kuruluşların faaliyetleri	0	0	4	0	0
Bilgisayar ve kişisel ev eşyalarının onarımı	5	2	3	0	0
Diğer hizmet faaliyetleri	1	1	13	3	3
Hanehalkları tarafından kendi ihtiyacına yönelik olarak üretim faaliyetleri	0	0	0	0	1
Bilinmeyen	88	0	1	0	5
Toplam	539	429	533	697	395

Benzer bir örnek olarak, ILO tarafından yapılan kodlamada Halk Sağlığı Uzmanlarının kodlaması da şu şekilde oluşmaktadır:

- 2 Profesyonel meslekler
- 22 Sağlık ile ilgili profesyonel meslekler
- 221 Tıp doktorları
- 2212 Uzman tıp doktorları
- 2212.07 Halk Sağlığı Uzmanı

Meslek hastalığı olgularının görüldüğü işkollarına yönelik gruplamalardan diğeri Avrupa Topluluğu Ekonomik Aktivitelerin İstatistik Sınıflandırılması'na göre yapılan gruplamadır. Gruplama Fransızca karşılığından kısaltılan NACE (nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté Européenne) olarak bilinmektedir ve bu kapsamda 2007-2018 yıllarına ait veriler **Tablo 56.14** ve **Tablo 56.15**'de paylaşılmıştır. Bu kap-

samda, yine sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhis edilenlerden oluşan grup dışında bırakılarak yapılan değerlendirmede, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013 ve 2015 yıllarında “kömür ve linyit çıkartılması” işkolu, 2011’de “metal cevheri madenciliği” işkolu, 2014, 2016, 2017 ve 2018 yıllarında “diğer metalik olmayan ürünlerin imalatı” işkolu en çok meslek hastalığı görülen işkollarıdır.

Meslek hastalıklarına yönelik olarak 2007-2018 yılları arasında yapılan değerlendirmede, tespit edilen ve istatistik yıllarına yansıyan meslek hastalığı sayılarının beklenen meslek hastalığı sayılarının çok altında olması belirgin bir sorun alanı olarak gözlenirken, özellikle 2013 yılı ve sonrasında, sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı tanısı koyulan çalışanlara yönelik tanı ve işkolu gibi bilgilere ulaşamaması da bu sorunu derinleştirmektedir.

Tablo 56.15 2013-2018 Yılları Arasında 4/a Grubu Çalışanlarda Ekonomik Faaliyet Sınıflarına Göre Meslek Hastalığı Sayısı.

İşkolu	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bitkisel ve hayvansal üretim ile avcılık ve ilgili hizmet faaliyetleri	0	0	0	1	1	5
Kömür ve linyit çıkartılması	42	19	84	74	36	95
Metal cevheri madenciliği	1	0	1	0	14	6
Diğer madencilik ve taşocakçılığı	0	2	2	3	4	7
Madenciliği destekleyici hizmet faaliyetleri	1	0	0	2	1	0
Gıda ürünlerinin imalatı	0	2	2	2	8	6
İçeceklerin imalatı	0	0	0	0	0	0
Tekstil ürünlerinin imalatı	1	4	7	6	8	19
Giyim eşyalarının imalatı	4	6	5	2	7	11
Deri ve ilgili ürünlerin imalatı	0	1	3	3	3	3
Ağaç, ağaç ürünleri ve mantar ürünleri imalatı, saz, saman ve benzeri malzemelerden örülerek eşyaların imalatı	0	2	5	4	1	1
Kağıt ve kağıt ürünlerinin imalatı	0	0	0	0	3	4
Kayıtlı medyanın basılması ve çoğaltılması	0	0	0	3	0	5
Kok kömürü ve rafine edilmiş petrol ürünlerinin imalatı	0	0	1	0	1	1
Kimyasalların ve kimyasal ürünlerin imalatı	2	3	4	10	8	8
Temel eczacılık ürünlerinin ve eczacılığa ilişkin malzemelerin imalatı	0	1	0	0	3	0
Kauçuk ve plastik ürünlerin imalatı	7	11	5	8	13	24
Diğer metalik olmayan ürünlerin imalatı	9	62	49	84	115	178
Ana metal sanayii	11	6	29	16	49	64
Makine ve teçhizat hariç, fabrikasyon metal ürünleri imalatı	4	20	26	17	28	34
Bilgisayarların, elektronik ve optik ürünlerin imalatı	0	4	0	2	2	2
Elektrikli teçhizat imalatı	3	13	13	41	24	28
Başka yerde sınıflandırılmamış makine ve ekipman imalatı	2	2	8	15	12	16
Motorlu kara taşıtı, treyler (römork) ve yarı treyler (yarı römork) imalatı	1	22	32	18	33	47
Diğer ulaşım araçlarının imalatı	11	13	9	9	22	30
Mobilya imalatı	2	1	2	3	6	6
Diğer imalatlar	0	6	9	2	10	6
Makine ve ekipmanların kurulumu ve onarımı	4	12	12	9	9	15
Elektrik, gaz, buhar ve havalandırma sistemi üretim ve dağıtımı	2	1	0	0	0	0
Suyun toplanması artırılması ve dağıtılması	1	0	0	2	0	0
Atığın toplanması, ıslahı ve bertarafı faaliyetleri, maddelerin geri kazanımı	1	1	0	4	1	0
Bina inşaatı	5	5	4	16	11	16
Bina dışı yapıların inşaatı	1	2	4	7	3	8
Özel inşaat faaliyetleri	3	6	6	7	2	6
Toptan ve perakende ticaret ve motorlu kara taşıtlarının ve motosikletlerin onarımı	1	5	5	3	10	5
Toptan ticaret, motorlu kara taşıtları ve motosikletler hariç	0	10	3	5	6	8
Perakende ticaret (motorlu kara taşıtları ve motosikletler hariç)	2	1	2	5	7	5
Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	2	5	6	2	10	8
Su yolu taşımacılığı	0	0	2	0	0	0
Havayolu taşımacılığı	0	0	3	1	1	3
Taşımacılık için depolama ve destekleyici faaliyetler	0	2	8	6	10	15
Konaklama	0	0	1	3	3	13
Yiyecek ve içecek hizmeti faaliyetleri	1	1	1	6	6	3
Bilgi hizmet faaliyetleri	0	0	1	0	0	1
Sigorta ve emeklilik fonları hariç finansal hizmet faaliyetleri	0	0	0	1	1	2
Finansal hizmetler ile sigorta faaliyetleri için yardımcı faaliyetler	0	0	0	1	0	0
Gayrimenkul faaliyetleri	1	0	1	1	3	0
İdare merkezi faaliyetleri, idari danışmanlık faaliyetleri	2	2	2	0	0	1
Mimarlık ve mühendislik faaliyeti, teknik muayene ve analiz	1	0	0	0	0	2

Tablo 56.15 (DEVAMI)

İşkolu	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri	0	1	0	0	0	0
Kiralama ve leasing faaliyetleri	0	0	0	0	0	2
İstihdam faaliyetleri	0	0	3	4	1	0
Seyahat acentesi, tur operatörü ve diğer rezervasyon hizmetleri ile ilgili faaliyetler	0	1	0	0	0	0
Güvenlik ve soruşturma faaliyetleri	1	1	1	0	3	0
Binalar ve çevre düzenlemesi faaliyetleri	1	0	4	5	3	13
Büro yönetimi, büro desteği ve iş destek faaliyetleri	0	4	0	2	9	3
Kamu yön.ve savunma; zorunlu sosyal güvenlik	0	0	0	0	2	0
Eğitim	2	0	3	1	1	2
İnsan sağlığı hizmetleri	1	1	2	3	2	5
Yatılı bakım faaliyetleri	0	1	0	0	0	0
Barınacak yer sağlamaksızın verilen sosyal hizmetler	0	0	1	1	0	0
Kumar ve müşterek bahis faaliyetleri	0	0	0	0	1	0
Spor faaliyetleri, eğlence ve dinlenme faaliyetleri	1	0	0	0	0	0
Üye olunan kuruluşların faaliyetleri	0	0	0	1	0	0
Bilgisayarların ve kişisel ev eşyalarının onarımı	0	0	2	1	0	1
Diğer hizmet faaliyetleri	2	1	1	0	1	4
Hanehalkları tarafında kendi kullarımlarına yönelik olarak üretilen ayırım yapılmamış mal ve hizmetler	0	1	0	0	0	1
SSES*	215	230	136	175	173	298
Toplam	351	494	510	597	691	1044

* Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.

Kaynaklar

- 1) 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. www.mevzuat.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 2) International Labour Office. International Standart Classification of Occupations, Volume 1 Structure, Group Definitions and Correspondence Tables. International Labour Office, Geneva, Switzerland, 2012.
- 3) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2007. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 4) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2008. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 5) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2009. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 6) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2010. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 7) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2011. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 8) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2012. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 9) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2013. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 10) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2014. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 11) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2015. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 12) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2016. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 13) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2017. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).
- 14) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2018. www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 16.06.2020).

İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Temel Epidemiyolojik Göstergeler

57

PROF. DR. METİN PIÇAKÇIEFE

Bu bölümde Ülkemizdeki iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili seçilmiş kimi göstergeler tablo ve şekiller halinde sunulmuştur.

Sağlık ve Sosyal Hizmetler iş kolunda sendikalaşma oranı 2017 yılının Ocak ayına göre (%10.17) 2018 yılının Ocak ayında artış göstererek %12.16'ya yükselmiştir. Ayrıca tüm işkollarında toplam sendikalaşma oranı ise 2017 yılının Ocak ayına göre (%12.18) 2018 yılının Ocak ayında artış göstererek %12.38'e yükselmiştir (Tablo 57.1).

Aynı işkolunda kamu alanındaki sendikalaşma oranları Tablo 57.2'de gösterilmiştir. Sağlık ve Sosyal Hizmetler hizmet kolunda sendikalaşma oranı 2017 yılına göre (%70.63) 2018 yılında azalış göstererek %68.05 olarak bildirilmiştir. Ayrıca tüm hiz-

met kollarında toplam sendikalaşma oranı ise 2017 yılına göre (%69.28) 2018 yılında da azalış göstererek %67.65 olmuştur.

Şekil 57.1'de görüldüğü üzere, 2016 yılından itibaren toplam sendikalaşma oranı azalmaya başlamıştır.

İş sağlığı ve güvenliği teftişleri Şekil 57.2'de özetlenmiştir. Yapılan iş teftişlerin çoğunluğunun programlı yapıldığı, %26.52'sinin ise program dışı yapıldığı görülmektedir. Yapılan bu teftişlerin %0.92'si iş kazası, %0.10'u ise meslek hastalığı incelemelerine aittir.

Şekil 57.3'de cinsiyete göre incelenen iş kazaları görülmektedir. Yapılan iş teftişleri sonucunda incelenen iş kazalarının çoğunluğu (%87.23) erkek çalışanlara aittir.

Tablo 57.1 Sağlık ve Sosyal Hizmetler İşkolunda Sendikalaşma Göstergeleri

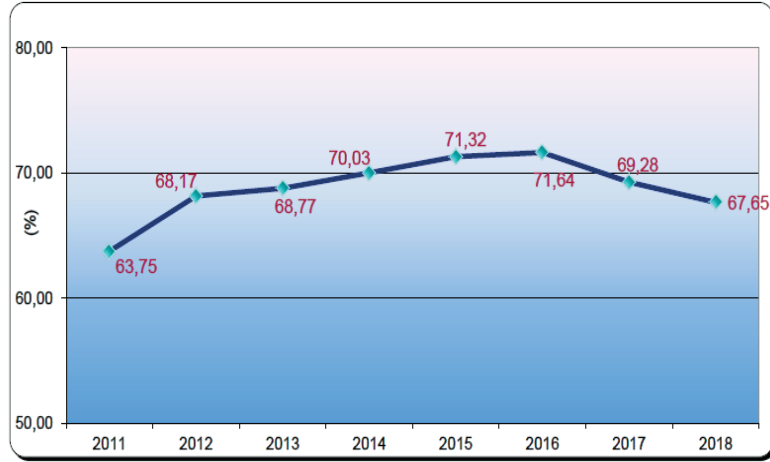
İşkolu no	İşkolu	İşçi sayısı	Sendikalı işçi sayısı	Sendikalaşma oranı (%)	Toplam işçi sayısı	Toplam Sendikalı işçi sayısı	Toplam Sendikalaşma Oranı (%)
17	Sağlık ve Sosyal Hizmetler	382.685	46.542	12.16	13.844.196	1.714.397	12.38

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.

Tablo 57.2 Kamu görevlileri sendikaları ve üye sayıları

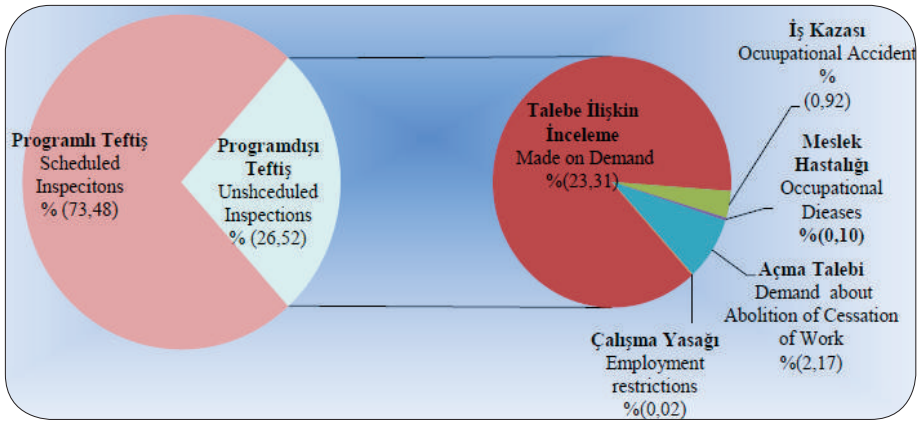
Hizmet kolu no	Hizmet kolu	Kamu görevlisi sayısı	Sendikalı kamu görevlisi sayısı	Sendikalaşma oranı(%)	Toplam kamu görevlisi sayısı	Toplam sendikalı kamu görevlisi sayısı	Toplam Sendikalaşma oranı(%)
3	Sağlık ve Sosyal Hizmetler	546.066	371.672	68.05	2.473.461	1.673.318	67.65

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.



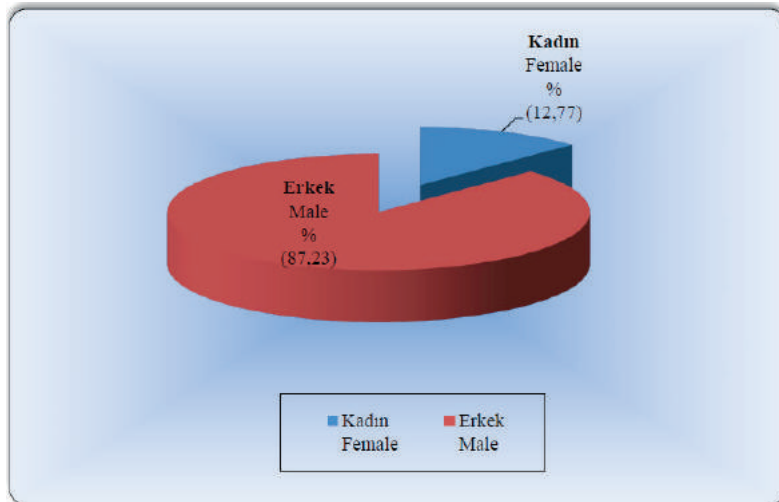
Şekil 57.1 Yıllara göre kamu görevlilerinin sendikalaşma oranları.

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.



Şekil 57.2 İş sağlığı ve güvenliği teftişleri.

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.



Şekil 57.3 Cinsiyete göre incelenen iş kazaları.

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.

İncelenen iş kazalarının sonuçları Şekil 57.4'de özetlenmiştir. Yapılan iş teftişlerine göre iş kazalarının %61.70'i yaralanma, %33.51 ölüm ve %4.79'u ise uzuv kaybıyla sonuçlanmıştır.

Tablo 57.3'de İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen yetkilendirme işlemleri gösterilmiştir. 2011 yılından itibaren 2013 yılına kadar yetkilendirilen eğitim kurumları, ortak sağlık ve güvenlik birimleri ve toplum sağlığı merkezlerinin sayılarının arttığı ancak 2014 yılından itibaren 2018 yılına kadar ise yetkilendirilen her üç kurumun da sayılarının azaldığı görülmektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen laboratuvar yetkilendirme işlemleri Tablo 57.4'de özetlenmiştir. 2011 yılından itibaren 2016 yılına kadar yetkilendirilen İş hijyeni laboratuvarı sayılarının arttığı ancak 2017 ve 2018 yıllarında ise yetkilendirilen laboratuvar sayılarının azaldığı görülmektedir.

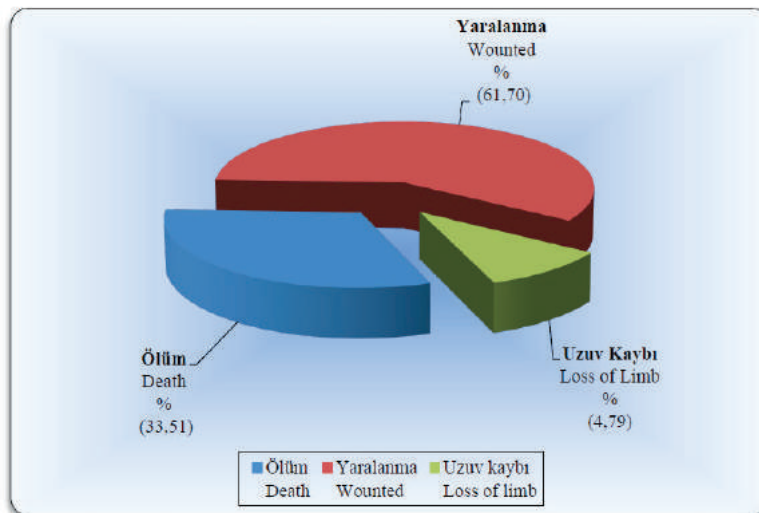
Tablo 57.5'de iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bazı epidemiyolojik göstergeler bulunmaktadır. TÜİK'in 2020 yılı Mart ayının işgücü verilerine göre, işsiz sayısı 3 milyon 971 kişidir. SGK'nın en son açıklanan 2018 yılının istatistik yıllığına göre ise, bildirilen iş kazası sayısı 430 bin 985 ve bildirilen meslek hastalığı sayısı ise 1044'dür. Erkek çalışanlar kadın çalışanlara göre çok daha fazla iş kazası ve meslek hastalığı ile karşılaşmışlardır. İş kazası sonucu 1541 çalışan yaşamını yitirirken meslek hastalığı sonucu ölen çalışan bildirilmemiştir. İş kazası sıklık hızı ve ağırlık hızları Tablo 57.5'de gösterilmiştir.

TÜİK'in verilerine göre, Ülkemiz genelinde 15 ve daha yukarı yaştakilerde işsiz sayısı 2020 yılı Mart döneminde geçen yılın aynı dönemine göre 573 bin kişi azalarak 3 milyon 971 bin kişi bildirilmiştir. İşsizlik oranı 0,9 puanlık azalış ile %13,2 seviyesinde gerçekleşmiştir. Tarım dışı işsizlik oranı ise 1,1 puanlık azalış ile %15,0 olmuştur. İstihdam

Tablo 57.3 İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen yetkilendirme işlemleri

Yıllar	Eğitim kurumları	Ortak sağlık ve güvenlik birimi	Toplum sağlığı merkezi
2011	28	81	5
2012	34	191	11
2013	195	811	38
2014	39	710	35
2015	11	406	3
2016	21	412	2
2017	10	310	0
2018	5	231	1

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.



Şekil 57.4 İncelenen iş kazalarının sonuçları.

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.

Tablo 57.4 İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen laboratuvar yetkilendirme işlemleri

Yıllar	İş hijyeni laboratuvarları
2011	0
2012	0
2013	0
2014	7
2015	54
2016	62
2017	21
2018	19

Kaynak: Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.

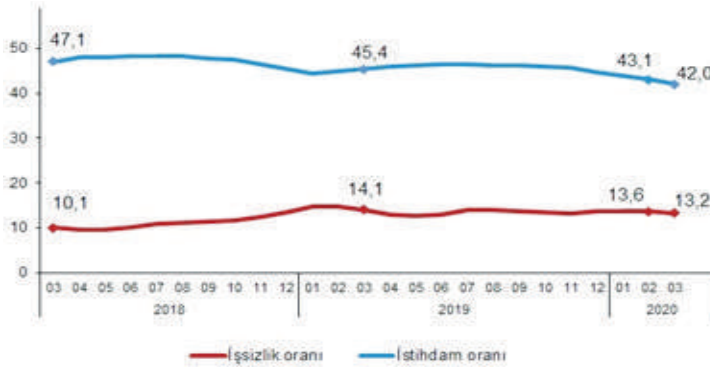
edilenlerin sayısı 2020 yılı Mart döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine göre 1 milyon 662 bin kişi azalarak 26 milyon 133 bin kişi, istihdam oranı ise 3,4 puanlık azalış ile %42,0 olarak bildirilmiştir (Şekil 57.5).

Tablo 57.5 İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bazı göstergeler

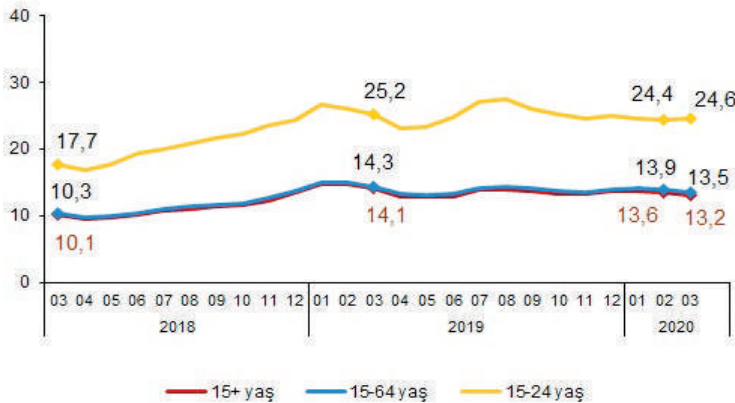
Özellikler	Sayı
İşsiz sayısı ^a	3 milyon 971 bin
İş kazası sayısı ^b	430 bin 985 (K: 76 677, E: 354 308)
Meslek hastalıkları sayısı ^b	1 044 (K:78, E: 960)
Ölüm sayısı ^b	1 541
-İş kazası	1 541 (K:46, E:1 495)
-Meslek hastalığı	0
İş kazası sıklık hızı ^b	
-1.000.000 iş saati	0.04
-100 kişide	0.01
İş kazası ağırlık hızı ^b	
-Gün	2
-Saat	0.002

a TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020. b İstatistik Yıllığı, SGK, 2018

15-24 yaş grubunu kapsayan genç nüfusta işsizlik oranı bir önceki yılın aynı dönemine göre 0,6 puan azalarak %24,6 olmuştur (Şekil 57.6).

İşsizlik ve istihdam oranı (%), Mart 2018- Mart 2020**Şekil 57.5** İşsizlik ve istihdam oranları (%).

Kaynak: TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020.

**Şekil 57.6** İşsizlik oranları(%), Mart 2018-Mart 2020.

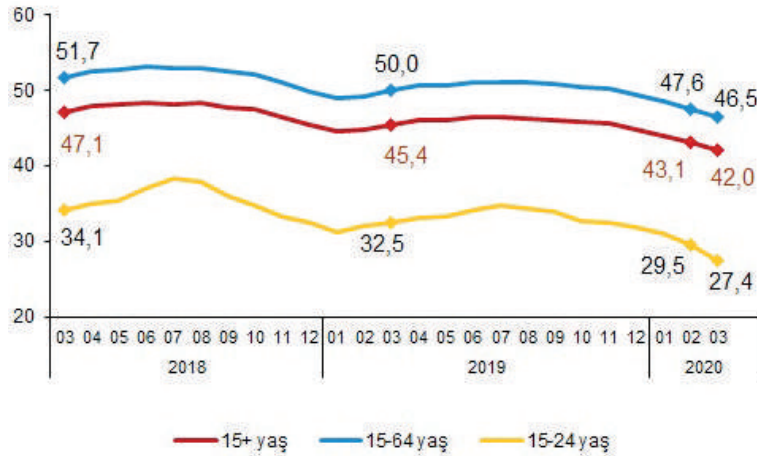
Kaynak: TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020.

15-24 yaş grubunu kapsayan genç nüfusta istihdam oranı ise bir önceki yılın aynı dönemine göre 5,1 puan azalarak %27,4 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 57.7).

Şekil 57.8'de 2000-2018 yıllarına ait işsizlik oranı verileri görülmektedir. Ülkemizde işsizlik oranlarına bakıldığında 2000'li yılların başından 2018 yılına kadar dönemsel olarak azalmalar görülsede, genel olarak bir artış eğilimi gözlemlenmektedir. 2000-2001 yılında %10'ların üzerine çıkan işsizlik oranı, daha sonra 2009 yılında %12,6 ile son yılların zirvesini yaşamıştır. 2013 yılından sonra ise işsizlik oranında sürekli bir artış eğilimi gözlenmektedir. 2018 yılı itibari ile Türkiye'de işsizlik oranı %11,14 olarak belirlenmiştir (Şekil 57.8). Günümüzde yani

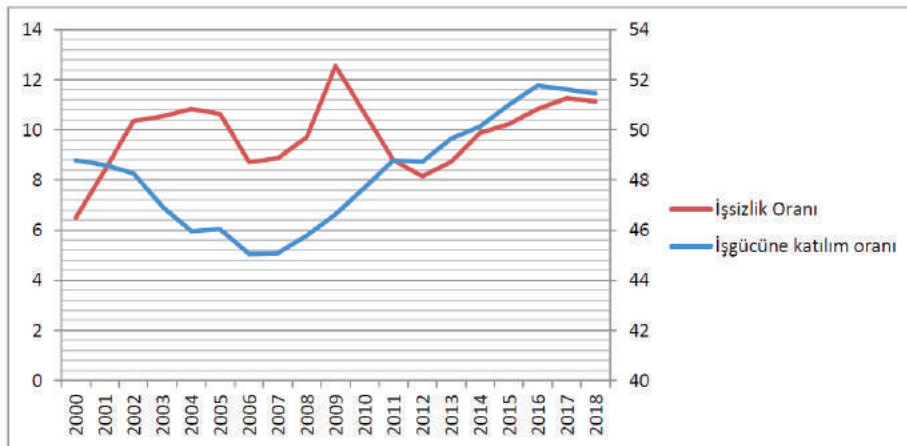
2020'de ise artış devam ederek %13,2 düzeyine gelmiştir (Şekil 57.5).

İşsizlik oranının önemli belirleyicilerinden birisi işgücüne katılma oranıdır. İşgücüne katılma oranı arttığında işsizlik oranı da buna bağlı olarak artması beklenir. İşsizlik oranı ile işgücüne katılma oranı arasındaki ilişki Şekil 57.8'de görülmektedir. İşgücüne katılma oranı 2007 yılından itibaren önemli bir artış göstermektedir. İşgücüne katılmadaki bu artış ile birlikte işsizlik oranı da zaman içerisinde artmıştır. İşgücüne katılma oranı çok büyük bir artış göstermez iken 2009 yılındaki %12,6 düzeyindeki işsizlik oranı, işsizliğin farklı dinamiklere sahip olduğunun da göstergelerinden biridir (Şekil 57.8).



Şekil 57.7 İstihdam oranları(%), Mart 2018-Mart 2020.

Kaynak: TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020.



Şekil 57.8 Yıllara göre işsizlik ve işgücüne katılma oranları.

Kaynak: Etcı, H, Karagöz V. Türkiye'de istihdam ve işsizlik. 2000-2018. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Yıl: 7, Cilt: 7, Sayı: 14, Bahar 2019, p.59-77.

TÜİK'in verilerine göre, Mart 2019 döneminde, istihdam edilenlerin sayısı tarım sektöründe 538 bin, inşaat sektöründe 248 bin, hizmet sektöründe 903 bin kişi azalırken, sanayi sektöründe ise 26 bin kişi artmıştır. İstihdam edilenlerin %16,4'ü tarım, %21,1'i sanayi, %4,9'u inşaat, %57,6'sı ise hizmet sektöründe yer almıştır. İşgücü 2020 yılı Mart döneminde bir önceki yılın aynı dönemine göre 2 milyon 235 bin kişi azalarak 30 milyon 104 bin kişi, işgücüne katılma oranı ise 4,5 puanlık azalış ile %48,4 olarak bildirilmiştir (Tablo 57.6).

Ülkemizde meslek hastalıklarının sayısı beklentilerin çok altında olagelmıştır. Meslek hastalıklarına dair dünyadaki oranlara bakıldığında (bin işçide 4-12) meslek hastalıklarında yıllık rakam 50-140 bin arasında olabilir. Ancak bildirilen

meslek hastalığı sayısı beklenin çok daha altındadır. Ayrıca, bildirilen meslek hastalıklarının sıklığı geçen yıllarda düşüş göstermiştir (Şekil 57.9). 2008 yılından önce bildirilen meslek hastalığı sıklığı 100 000 işçide 15-22 arasındayken daha sonra 100 000 işçide 5'in de altına düşmüştür (Şekil 57.9).

Ülkemizde iş kazası oranları son 40 yıl içinde ciddi oranda düşüş göstermiştir. Fakat iş kazası oranı Ülkemizde hala yüksektir. Oranlar geçen yıllarda %1'in altına düşmüştür, ancak 2014 yılında son iş kazası sıklığı %1,6 olmuştur (Şekil 57.10).

Ülkemizde yaşanan iş kazalarından dolayı ölümlerin iş kollarına göre dağılımı Tablo 57.7'da gösterilmiştir. Ülkemizde iş kazası nedeniyle olan ölümler, sayısal olarak en fazla inşaat işkolunda görülmektedir.

Tablo 57.6 Mevsim etkisinden arındırılmamış temel işgücü göstergeleri, 15+ yaş, (Bin kişi), Mart 2019, Mart 2020

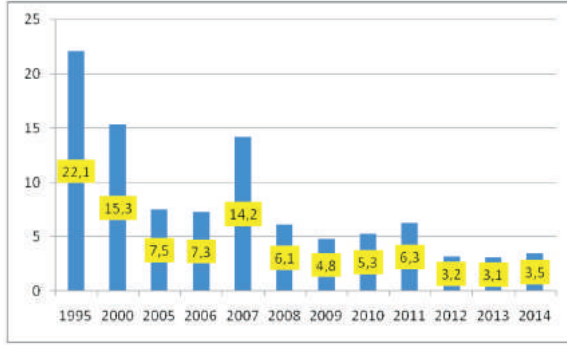
	Toplam			Erkek			Kadın		
	2019	2020	Fark	2019	2020	Fark	2019	2020	Fark
Nüfus	61 177	62 216	1 039	30 230	30 753	523	30 947	31 463	516
İşgücü	32 339	30 104	-2 235	21 690	20 632	-1 058	10 649	9 472	-1 177
İstihdam	27 795	26 133	-1 662	18 869	18 011	-858	8 926	8 122	-804
Tarım	4 818	4 280	-538	2 756	2 624	-132	2 062	1 655	-407
Sanayi	5 482	5 508	26	4 072	4 178	106	1 409	1 330	-79
İnşaat	1 538	1 290	-248	1 461	1 225	-236	77	65	-12
Hizmet	15 958	15 055	-903	10 580	9 984	-596	5 378	5 072	-306
İşsiz	4 544	3 971	-573	2 821	2 621	-200	1 723	1 350	-373
İşgücüne dahil olmayanlar	28 838	32 112	3 274	8 540	10 121	1 581	20 298	21 991	1 693
İşgücüne katılma oranı (%)	52,9	48,4	-4,5	71,7	67,1	-4,6	34,4	30,1	-4,3
İstihdam oranı (%)	45,4	42,0	-3,4	62,4	58,6	-3,8	28,8	25,8	-3,0
İşsizlik oranı (%)	14,1	13,2	-0,9	13,0	12,7	-0,3	16,2	14,3	-1,9
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	16,1	15,0	-1,1	14,5	14,1	-0,4	19,8	17,1	-2,7

Kaynak: TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020. Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Tablo 57.7 Ülkemizde iş kazalarından ölümlerin iş kollarına göre dağılımı

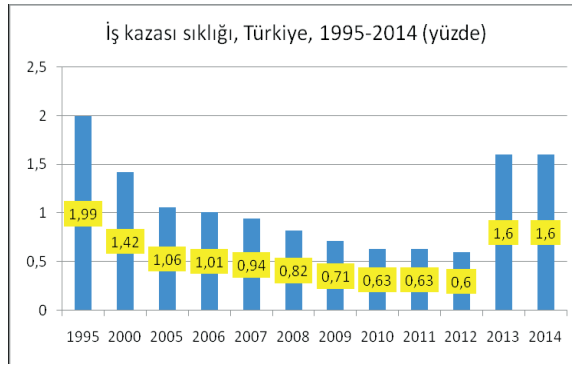
İş kolu	2013			2016		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Bina inşaatı	296	0	296	239	0	239
Kara taşımacılığı ve boru hattı taşımacılığı	183	0	183	178	1	179
Bina dışı yapıların inşaatı	120	1	121	130	0	130
Özel inşaat faaliyetleri	104	0	104	127	0	127
Diğer madencilik ve taşocağı	28	0	28	63	1	64
Diğer metalik olmayan mineral ürünlerin imalatı	48	0	48	48	0	48

Kaynak: T.C.Kalkınma Bakanlığı. Onbirinci Kalkınma Planı. (2019-2023). İş Sağlığı ve Güvenliği. Çalışma Grubu Raporu. Yayın No: KB: 3045 - ÖİK: 826. Ankara, 2018.



Şekil 57.9 Ülkemizde meslek hastalığı sıklığı, 1995-2014 (yüzbinde).

Kaynak: İş sağlığı ve güvenliği profili: Türkiye. Nazmi Bilir; Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi -Ankara: ILO, 2016.



Şekil 57.10 Ülkemizde iş kazası sıklığı, 1995-2014 (yüzbinde)

Kaynak: İş sağlığı ve güvenliği profili: Türkiye. Nazmi Bilir; Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi -Ankara: ILO, 2016.

Tablo 57.8'de Ülkemizde tespit edilen meslek hastalıklarının yıllara ve meslek gruplarına göre dağılımları görülmektedir. 2013 yılında üçte ikisi sigortalılık sona erdikten sonra ortaya çıkarken 2016 yılında bu oran %30'a yakın gerçekleşmiştir. 2013 yılında kayıtlara geçen meslek hastalıklarının %20 ye yakını nitelik gerektirmeyen mesleklerde ortaya çıkarken 2016 yılında bu oran %45 olarak gerçekleşmiştir.

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki insan kaynağı ve iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan kurumların dağılımı **Tablo 57.9'**de gösterilmiştir. İhtiyacın çok üzerinde iş güvenliği uzmanı yetiştirilirken Sağlık Bakanlığı ihtiyacı da göz önüne alındığında işyeri hekimi sayısında belirgin bir eksiklik görülmektedir. Belge sahibi olma açısından sayı yeterli görülse de kamu görevleri nedeniyle bu alanda ihtiyaç devam etmektedir. Hizmet veren kuruluşlar açısından bakıldığında ise 2485 ortak sağlık ve güvenlik birimi, 113 eğitim kurumu ve 127 iş hijyeni ölçüm, test ve analiz laboratuvarı bulunmaktadır.

Tablo 57.8 Ülkemizde tespit edilen meslek hastalıklarının yıllara ve meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek Grubu	2013			2016		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Silahlı Kuvvetlerle ilgili meslekler	3	0	0	0	0	0
Yöneticiler	0	0	0	2	1	3
Profesyonel meslek mensupları	2	2	4	4	2	6
Teknisyenler, teknikerler	3	0	3	15	1	16
Büro hizmetlileri	1	1	2	12	2	14
Hizmet ve satış elemanları	5	0	5	5	4	9
Nitelikli tarım orman su ürünleri çalışanları	1	0	1	0	0	0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	26	2	28	39	2	41
Tesis ve makine operatörleri, montajcılar	16	1	17	57	3	60
Nitelik gerektirmeyen meslekler	71	2	73	263	10	273
Sigortalılık sona erdikten sonra ortaya çıkan meslek hastalıkları	215	0	215	171	4	175
Toplam	343	8	351	568	29	597

Kaynak: T.C.Kalkınma Bakanlığı. Onbirinci Kalkınma Planı. (2019-2023). İş Sağlığı ve Güvenliği. Çalışma Grubu Raporu. Yayın No: KB: 3045 - ÖİK: 826. Ankara, 2018.

Tablo 57.9 Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki insan kaynağı ve hizmet veren kurumların dağılımı

İnsan kaynağı ve iş sağlığı ve güvenliği hizmeti alma	Sayı
İş Güvenliği Uzmanı Sayısı	108.267
İşyeri Hekimi Sayısı	33.284
Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi Sayısı	2.485
İş Güvenliği Uzmanlığı Sözleşme Sayısı	377.989
İşyeri Hekimliği Sözleşme Sayısı	358.117
Sözleşme Yapan İş Güvenliği Uzmanı Sayısı	33.184
Sözleşme Yapan İşyeri Hekimi Sayısı	13.955
Eğitim Kurumu Sayısı	113
OSGB ile İşyeri Arasındaki İş Güvenliği Uzmanlığı Sözleşme Sayısı	309.605
OSGB ile İşyeri Arasındaki İşyeri Hekimliği Sözleşme Sayısı	312.345
İşveren / İşveren Vekili E-Sertifika Sayısı	51.807
İş Hijyeni Ölçüm Test ve Analiz Laboratuvarı Sayısı	127

Kaynak: T.C.Kalkınma Bakanlığı. Onbirinci Kalkınma Planı. (2019-2023). İş Sağlığı ve Güvenliği. Çalışma Grubu Raporu. Yayın No: KB: 3045 - ÖİK: 826. Ankara, 2018.

Kaynaklar

- 1) Çalışma Hayatı İstatistikleri, Ocak 2018. Çalışma Genel Müdürlüğü. Yayın No:44. Kasım 2019.
- 2) TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Mart 2020. Haber bülteni. Sayı: 33787, 10 Haziran 2020.
- 3) İstatistik Yıllığı, SGK, 2018.
- 4) Etcı, H, Karagöz V. Türkiye’de istihdam ve işsizlik. 2000-2018. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Yıl: 7, Cilt: 7, Sayı: 14, Bahar 2019.p.59-77.
- 5) İş sağlığı ve güvenliği profili: Türkiye / Nazmi Bilir; Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi -Ankara: ILO, 2016.
- 6) T.C.Kalkınma Bakanlığı. Onbirinci Kalkınma Planı. (2019-2023). İş Sağlığı ve Güvenliği. Çalışma Grubu Raporu. Yayın No: KB: 3045 - ÖİK: 826. Ankara, 2018.

Çalışma Yaşamında Yaşlılar ve Kronik > Hastalığı Olanlar

58

PROF. DR. ALİYE MANDIRACIOĞLU

Türkiye’de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaş grubu, son beş yılda %21.9 artarak 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise %9,1’e yükseldi. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2, 2030 yılında %12.9 olacağı öngörülmektedir. Türkiye, yaşlı nüfus oranına göre sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır ⁽¹⁾.

Artan bu nüfus grubu sadece sağlık değil, sosyal açıdan da kırılgandır. Dünyada pek çok yaşlı fakir ve sosyal güvenceye sahip değildir. Bazı gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların %80’i fakirlik içinde yaşamaktadır ⁽²⁾. Yaşlı kişilerin önemli kısmı kayıt dışı olarak gündelik işlerde, tarımda vs. çalışmak zorunda kalmaktadır. Ülkemizde 2018 yılında yaşlı nüfusun yoksulluk oranı %16,4 olmuştur⁽¹⁾. COVID-19 pandemi sürecinde yaşlılar sadece sağlık açısından değil ekonomik ve sosyal açıdan da etkilenmiş ve çok hassas bir dönemden geçmişlerdir. Sosyal güvencesi olmayan, günlük işlerde çalışarak yaşamını sürdüren yaşlılar bu dönemde evde kalmak zorunluluğu nedeni ile bu gelirden mahrum olmuştur.

Azalan doğum oranları ve artan yaşam beklentisiyle birlikte yaşlı nüfusun kayıtlı sistemdeki çalışma yaşamında da payı artmaktadır. Avrupa Birliğinde 2070’e ulaşıldığında iş gücüne katılım artışının en fazla 55-64 yaş arası çalışanlarda gerçekleşeceği tahmin edilmektedir⁽³⁾. Türkiye’de yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı 2018’de %12.5 (erkeklerde %20.9, kadınlarda %5.9) olarak saptanmıştır. Çalışan yaşlı nüfusun %65.5’i tarım, 27.3’ünün hizmet-

ler, %4.7’sinin sanayi, %2.5’inin ise inşaat sektöründe yer aldığı anlaşılmıştır (Tablo 58.1) ⁽¹⁾

1990’lı yıllarda Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) çalışma yaşamı için “yaşlı işçi” tanımını, “aktif hayatın ikinci yarısına gelmiş ve 45 yaşını geçmiş çalışanlardır” şeklinde yapmıştır. Daha sonra “yaşlı işçi” tanımı 50 ve giderek 55 yaş olarak ifade edilmeye başlanmıştır⁽⁴⁾. Yaşlı çalışan tanımında sosyal güvenlik politikaları da etkili olmaktadır. Çoğu ülkelerde yasal emeklilik yaşı olan 65 yaş, yaşlı çalışan tanımının üst sınırını oluşturmaktadır. Bu durumda, “yaşlı çalışan”, normal emeklilikten önceki son yılları ifade eder. Bu şekilde kronolojik olarak yaşlı işçi tanımı yanı sıra farklı yönlerden de kavramı ele alan tanımlar vardır. Fonksiyonel ve performans dayalı yaş; bireylerin sağlık, fiziksel kapasite, bilişsel yetenekleri ve performanslarına yansır, yani çalışanın performansına dayalı yaştır. Psiko-sosyal veya sübjektif yaş, sosyal yaş algısıdır. Yaşlı çalışanlara sosyal tutumlar ve uygulamalar yoluyla çalışanın yaşlı olarak hissettirilmesi. Örgütsel yaş, iş yaşamındaki bireylerin geçirdiği süreye göre kıdem ve görevlerine atfedilmektedir. Yaşam döngüsüne göre yaş, çalışanın biyolojik ve çevresel belirleyicilerden etkilenen dönemleridir ⁽⁵⁾.

Sosyal güvenlik sistemleri açısından nüfusun yaşlanmasının anlamı, emekli aylığı alanların sayısındaki artıştır. Bu durumda sistemin finansmanı konusunda çözüm olarak yaşlı nüfusu işgücünde tutmak ve yasal emeklilik yaşını 65’ten yukarı yükseltme eğilimi tartışılmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak da yaşlı işgücüne katılım artmaktadır ⁽⁶⁾

Tablo 58.1 Kurumsal olmayan yaşlı nüfusun cinsiyete göre işgücü durumu (%)

İşgücü durumu	2016			2017			2018		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Yaşlı nüfus (65+yaş)									
İşgücüne katılma oranı	11.8	19.9	5.5	12.2	20.6	5.6	12.5	20.9	5.9
İstihdam oranı	11.5	19.3	5.4	11.9	20.0	5.5	12.1	20.2	5.8
İşsizlik oranı	2.6	3.2	0.8	2.2	2.6	1.0	2.7	3.2	1.4
İstihdamdakilerin sektörel dağılımı									
Tarım	70.2	67.5	77.8	68.7	66.3	75.6	65.5	63.1	72.1
Sanayi	5.0	5.7	3.0	5.1	5.6	3.8	4.7	5.0	4.0
İnşaat	2.0	2.8	-	2.0	2.7	-	2.5	3.4	-
Hizmetler	22.8	24.1	19.2	24.2	25.4	20.6	27.3	28.5	23.9

Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2019

Pek çok ülkede azalan genç iş gücü sonucunda daha fazla yaşlı çalışan emekliliğini ertelemeleri konusunda teşvik edilmektedir. Emeklilik sonrası gelirlerde düşme ile artan yaşam maliyetini karşılamada sıkıntı yaşamamak için yaşlı çalışanlar da emekliliklerini ertelemeyi tercih edebilmektedir. Emekli olanlar da yeniden çalışmak durumunda kalabilmektedir⁽⁷⁾. Çalışma yaşamı, yaşlılar için ücret ve diğer fonksiyonlarının yanında toplumsal katılımını sağlayabileceği bir sosyalleşme aracı olarak da belirtilmektedir. Pek çok ileri yaşta çalışan sadece finansal nedenler ile değil; aktif kalabilmek, gurur duyulmak, kendini daha iyi hissetmek vs. gibi motivasyonlar ile emekli olmamak veya emeklilik sonrası işe dönmektedir. İleri yaşta da insanlar iş yaşamındaki rekabete ayak durmaya çalışmaktadır. Kırkbeş yaş üzeri çalışanların %60'ı işi için yeni beceriler kazanmaya çabaladığı vurgulanmaktadır. Son yıllarda çalışma yaşamında otomasyonun hızla artışı ileri yaşta kişiler için daha düşük ücretli ve daha az beceri gerektiren işlerde çalışmasına neden olabilmektedir. Yaşlıların eğitim düzeyi ne kadar yüksek ise bu risk azalmaktadır⁽⁸⁾.

Yaşlı çalışanlarda örgüt bağlılığının, genel iş doyumunun daha fazla olduğu ve yaşlı insanların otonomi ile daha olumlu ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Yaşlıların artan olgunluk ve iş deneyimi ile beklentilerinin daha gerçekçi bir seviyede olması ile iş memnuniyetlerinin kolay olduğu, gençlerin beklentilerinin çok fazla olması nedeni ile iş doyumunun da zorlandıkları açıklanmaktadır. Ayrıca yaşlı yetişkinlerin olumlu duygular yaşamaya daha duyarlı ve olumsuz duygular yaşamaya daha az duyarlı olduğu belirtilmektedir. Katkılarının onaylanması ve çeşitli eğitim fırsatlarına katılımlarının artırılması, ileri yaşta çalışanların motivasyonları üzerinde son de-

rece olumlu etkiler yaratmaktadır. İnsan emeğinin sadece fiziksel değil, zihinsel ve duygusal boyutu da vardır. Olumlu ve olumsuz duyguların da emeğe etkisi vardır. Yaptığı işin gerekliliğine gönülden inanan kişiler, emeğinin değdiğinden daha emin olarak çalışmaktadırlar. Yaşlı çalışanlarda tüm bu olumlu duyguları oluşturmak çok daha kolaydır^(4,9,10). Türkiye'de işgücü istatistiklerinden ortaya çıkan sonuç da benzerdir. Tablo 58.2'de TÜİK verilerine göre 65 yaş üzeri kişilerin son 5 yılda çalışma yaşamına ilişkin sorulara verdiği yanıtlar görülmektedir. TÜİK verilerine göre 65 yaş üstü çalışan kişilerin büyük çoğunluğu işlerinden memnun olduğunu, iş yaşamında sorun ve işini kaybetme korkusu yaşamadığını bildirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen aktif yaşlanma kavramı, "insanların yaşlandıkça hayat kalitelerini iyileştirmek amacıyla bu kişilere yönelik sağlık, katılım ve güvenlik konusundaki fırsatların en üst düzeye çıkarılması sürecidir". Aktif yaşlanma, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için bu kişilere daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. 2000'li yıllarla birlikte Avrupa Birliği'nin ve OECD'nin üretken aktif yaşlanma yaklaşımı yaygınlaştırılarak, yaşam boyu öğrenmeye odaklanan ve daha fazla insanın uzun yıllar çalışması, geç emekli olması, emeklilikten sonra da aktif kalması için işyerlerinde ve politikalarda düzenlemeler yapılması sağlanmıştır. OECD, sadece yaşlı işgücünü olabildiğince çok istihdama dahil etmenin yeterli olmayacağını aynı zamanda potansiyel işgücünün üretkenliğinin de artırılması gerektiğini savunmaktadır⁽¹¹⁾.

Aktif yaşlanma söylemine eleştirel yaklaşanlar, yaşlılık üzerine egemen bir ideoloji geliştirerek

Tablo 58.2 Yaşlıların iş yaşamına ilişkin görüşleri

Yaşlıların görüşü	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
İşinden hoşnut olmayan	14.9	14.5	21.5	11.1	18.2
İşyeri ilişkilerinden hoşnut olmayan	7.6	10.1	7.1	7.0	7.0
Çalışma hayatında idari konularda sorun	0	21.4	12.4	0	3.3
Çalışma hayatında ücretler arası farklılıkta sorun	24.7	3.9	11.6	0	13.9
Çalışma koşullarında sorun	28.4	0	30.8	7.14	3.31
Son bir yılda işini kaybetme korkusu yaşayan	0.07	0.3	0.37	0.21	0.1

Kaynak: TÜİK İş gücü istatistikleri

makbul yaşlılar yaratmanın amaçlandığını savunmakta; yaşlıların sınıfsal konumlarını, toplumsal eşitsizliklerini göz ardı eden ve yaşlılığın olası zorluklarını dikkate almayan bir yaklaşım olarak nitelendirmektedir⁽¹²⁾. Kendi kendisine bakması gereken, toplumun üzerine yük olmamak için daha uzun çalışma hayatında kalan, emeklilik planlamasının sorumluluğunu üstlenen, yaşlanmanın getireceği biyolojik sorunlardan biyomedikal ve kozmetik sektörde tüketim yaparak kurtulan, sağlığına dikkat eden ve istihdam edilebilirliğini yüksek tutan yaşlılar onaylanırken, bu tanıma uymayanlar başarısız ya da marjinal yaşlılar olarak nitelendirildiği belirtilmektedir⁽¹²⁾.

Pek çok nedenler ile yaşlıların çalışma yaşamında yer almasının desteklenmesine, deneyimli ve değerli görülmesine rağmen bu alanda yaşlıların mücadele vermelerini zorlaştıran sorunlar da bir o kadar yüküldür. Bu sorunlardan en başta geleni çalışma ortamında yaş ayrımcılığıdır. Ayrımcılık uygulamalarında; daha az terfi şansı, daha az maaş, ilk önce yaşlı çalışana işten çıkarma, yaşlıların iş başvurularını ret etme başta gelmektedir. Yaş ayrımcılığı, hem gençlere, hem de yaşlılara yönelik görülmeyle birlikte, yaşlılar daha çok karşı karşıya gelmektedir. Yaş ayrımcılığı, ileri yaştaki çalışanlara negatif ön yargı ve tutumlar, bu grup çalışanları olumsuz etkilemektedir⁽¹¹⁾.

Yaşlıların yüzdesinin fazla olduğu gelişmiş ülkelerde bile, işverenler bir yandan yaşlı çalışanların işyerlerine nitelikli bir katkısının olduğunu belirtmekte, diğer yandan da işverenlerin bir kısmı da yaşlanan iş gücü yerine genç göçmen işçi tercih edebilmektedir. İskoçya'daki işverenlerin %12'sinin 50 yaşın üzerindeki birini istihdam etmede 'endişe' duyacakları konusunda hemfikir olduğu bildirilmiştir⁽¹³⁾. Dünya Değerler Çalışmasına göre, 18 yaş üzeri Türkiye katılımcılarının % 38.0'inin "70

yaşında bir insanın patronları olmasını kabul edilir bulabileceği", %71.8'i "gençleri çalıştıran şirketler, değişik yaşlardan insanları çalıştıranlara göre daha başarılı olduğunu" düşündüğünü bildirmiştir⁽¹⁴⁾.

Ülkemizde yaşlı çalışanların örnekleme alındığı çalışmalar oldukça azdır. TÜİK 2020 sağlık araştırmasında yer alan çalışanları dahil eden bir araştırmada, yaşlı işçilerin sağlık algısının daha kötü olduğu bildirilmiştir⁽¹⁵⁾. Bu araştırmada yaşlı işçilerde son bir yıl içinde işe bağlı hastalanma sıklığı (%4.8), erişkin işçilerle benzer bulunmuşken iş dışındaki nedenlerle hastalanma sıklığı yaşlılarda daha fazla saptanmıştır. Diğer taraftan yaşlı işçilerin daha az işe devamsızlık yaptıkları belirlenmiştir. Yaşlı işçilerin iş kazası geçirme sıklığının genç işçilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur⁽¹⁵⁾. Kırklareli'nde yapılan bir çalışmada, yaşlı işçi ve işverenler ile görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, işverenlerin %67'inin yaşlıların teknoloji kullanımını bilmediğini düşündükleri, %47'sinin hafif veya orta derece yoğunluk gerektiren işlerde ileri yaş grubunu istihdam ettirmek istedikleri belirlenmiştir. Bu araştırmada yaşlı işçilerin karşılaştığı sorunları ise şu şekilde bildirilmiştir: %67'sinin fiziksel rahatsızlık yaşadığı; iş yerinde yaşanan psikolojik gerilimin işçilerin %87'sine negatif yönde etki ederek çalışma kalitesini ve iş doyumunu düşürdüğü; katılımcıların %73'ünün yaşa bağlı ayrımcılığa maruz kaldığını düşündüğü ve %34'ünün kronik yorgunluk yaşadığı tespit edilmiştir⁽¹⁶⁾.

Kadınlarda beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu "yaşamın geç döneminin kadınlışması" durumu ortaya çıkmıştır. Böylece önümüzdeki on yıllarda, kadınların gün geçtikçe daha eğitilmiş olmaları, iş ve aile yaşamını uyumlaştırıcı politikalar ve kadının çalışmasına ilişkin toplumsal engellerin azalması ile daha fazla yaşlı kadının çalışma yaşamında kalmaya devam ettiği görülecektir⁽¹⁷⁾. Genel-

de 50 yaş üzeri kadınların yaşadığı doğal bir süreç olan menopoza dönemi, iş yaşamını da ilgilendiren önemli bir konudur. Kadın hayatının üçte birinden fazlasını kapsayan ve yaşam süresi uzadıkça daha uzun bir zamanına yayılacak olan menapoza süreci çalışan kadınlar için çok daha önemli hale gelmektedir. İş çevresi, koşulları ve ilişkilerinin menopoza yakınmaları üzerine de etkisi vardır. Kötü havalandırma, uzun, yoğun çalışma saatleri, statik postür, iş stresi, iş arkadaşları ve şeflerin olumsuz davranışları yakınmaları artırmaktadır. Menopoza, çalışma yaşamında sağlık ve güvenlik sorunu olarak ciddi olarak ele alınmamaktadır⁽¹⁸⁾. Kadının diğer yaşam dönemleri olan hamilelik ve annelikte verilen desteğin tam zıddına menopoza dönemi göz ardı edilmektedir. Bir üniversitede görevli menopoza giren akademisyen kadınlarda yapılan çalışmada; menopoza durumu iş arkadaşları ile paylaşabilen ve işyeri ortamında yeterli sosyal destek görebilenlerin, bu sorunların üstesinden daha kolay gelebildiği vurgulanmıştır. Katılımcılar, menopoza iş yerinde alay konusu olabildiğini, menopoza işte yeterliliğini olumsuz etkilediğini, menopoza nedeniyle iş performansını azalttığını düşündüğünü paylaşmışlardır⁽¹⁸⁾.

Kronik hastalığa sahip çalışanlar sayıları gittikçe artan bir risk grubudur. Yaşlanan işgücü ile birlikte çalışma yaşamında kronik hastalıklar daha fazla görülmeye başlamıştır. Avrupa'da 15 yaş üzeri toplumun 1/3'ünde, çalışan kişilerin %23.5'inde kronik hastalık mevcut olduğu bildirilmektedir. Diğer taraftan kronik sağlık problemleri olan kişilerin önemli bir kısmı da çalışma ortamlarında uygun koşullar olmadığından çalışmaya devam edememektedir⁽¹⁹⁾.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda da çalışanlarda kronik hastalığın yaygın olduğu görülmektedir. Isparta'da sanayi sitesi işçilerinin % 6.7'i kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. En sık görülen sorun hipertansiyon olduğu saptanmıştır⁽²⁰⁾. Ofis çalışanlarında yapılan çalışmada, %22.9'unun kronik hastalığa sahip olduğu ve metabolik sendrom sıklığı ise %18.6 olarak bulunmuştur⁽²¹⁾. Ankara'da yer alan bir işyerinde yapılan araştırmada, tanı konulmuş kronik hastalık bulunma durumu %16,1 iken, 9,5 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip çalışanlarda bu sıklığın %27.5 olduğu saptanmıştır⁽²²⁾. Bir fabrikada çalışanlarında kronik hastalık sıklığı, %11.5 olarak belirlenmiştir⁽²³⁾. İzmir'de dört işletmede yapılan araştırmada çalışanların %16.5'unun

en az bir kronik hastalığı olduğu anlaşılmıştır⁽²⁴⁾. Aydın'da küçük ve orta ölçekli işletmelerde yapılan çalışmada kronik hastalık sıklığı, %12.5 olarak belirlenmiştir⁽²⁵⁾. Türkiye İstatistik Enstitüsü'nün 2010 Sağlık Araştırması'nın ileri analizinde erişkin işçilerde kronik hastalık sıklığı %22.1 iken yaşlı işçilerde %38.4 olarak bildirilmiştir⁽¹⁵⁾.

Kronik hastalıkların ortaya çıkışında, düşük sosyoekonomik düzey, vardiya, iş doyumsuzluğu, işte psikolojik stres, kötü çalışma koşulları gibi riskler etkilidir. İşyerinde daha fazla riske maruz kalan düşük eğitimli ve vasıfsız çalışanlarda daha fazla kronik hastalık görülmektedir. Kronik hastalığı olanların önemli kısmı işyerinde yeterli destek göremeyince erken emekli veya malulen emekli olmakta, işi bırakmaktadır. Kronik hastalık varlığı, işten çıkarılma ve işe yerleşememe açısından en büyük risklerden biridir. Kronik hastalığı olan çalışanlar, işyerinde ayrımcılık ve ön yargılarla karşılaşabilmektedir⁽²⁴⁾.

Engellilik de kronik bir durumdur. Engellilik oranlarının yaşlanmakta olan bireylerde daha yüksek olması, yaralanma ve kronik hastalık nedeniyle yaşam boyu biriken sağlık risklerine işaret etmektedir. 45 yaş ve üzeri insanlarda engellilik yaygınlığı düşük gelirli ülkelerde ve kadınlarda daha yüksektir. Engellilik; yetersizlikler, aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlamaları için kullanılan ve herhangi bir sağlık durumu bulunan birey ile o bireyle ilgili çevresel ve kişisel faktörler arasındaki olumsuzluklara atıfta bulunan bir çatı terimdir. Engelliliğin ağırlık düzeyi arttıkça istihdam ve gelir göstergeleri daha da kötüleşmektedir. İstihdamda ayrımcılık, ulaşım sınırlı erişim ve kendi hesabına çalışmayı ve gelir getirici faaliyetlerde bulunmayı teşvik edici kaynakların mevcut olmaması nedeniyle engelli insanlar kalkınmadan pay alamamaktadırlar⁽²⁶⁾. Ülkemizde 4857 sayılı iş kanununun 30. maddesi kapsamında; "işverenler, 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3 engelli; kamu işyerlerinde ise %4 engelli bireyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı Kasım sonu itibarıyla engelli çalıştırmakla yükümlü olan işyerlerinde çalışan engelli çalışan sayısı kamuda 16.151, özel sektörde ise 107.756'dır⁽²⁷⁾.

İşyerlerinde yaşlı ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütülerek, çalışanların işyeri ortamında sağlıklarını olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fi-

ziksel ve sosyal etkenleri ortadan kaldırılması, çalışanları sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda eğitilmesi amaçlanır. İşyerlerinde çalışan kişilerin günün önemli bir bölümünü işte geçirmesi, aynı işyerinde çalışan kişilerin akrabaları ve iş dinamiklerinin hızlı oluşturulabilmesi, çalışanların yasal gerekçelerle de düzenli eğitimlerinin yapılması gibi özellikler, işyerlerini sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından elverişli hale getirmektedir⁽²⁸⁾. İş yerlerinde sağlığı geliştirme faaliyetleri özellikle sağlıklı olmak için uygun davranış biçimlerini geliştirme ve sürdürmeyi hedefleyen programlarda özellikle yaşlılara ve kronik hastalığı olanlara göre işyerinin organizasyonu, işyeri kültürü sağlanmasını kapsamaktadır. Yaşlı ve genç işçiler arasında kuşaklar arası ilişkinin geliştirilmesi, işyerinde yaşa ve hastalığa uygun düzenlemelerin yapılması gibi önlemler ile yaşlı dostu işyerlerinin oluşturulması önemlidir⁽²⁹⁾.

Sonuç olarak, çalışma yaşamında yaşlı ve/veya kronik hastalığa sahip kişilerin sayısının gün geçtikçe artacağı açıktır. Bu çalışanların iş gücüne katılmalarını onlar için sosyal ve ekonomik olarak avantajlı hale getirecek, ayrımcılığa uğramayacakları, sağlık sorunu yaşamayacakları işyeri ortamlarının oluşturulması için devlet, işveren ve tüm tarafların işbirliği ile düzenlemelerin yapılmasına gereksinim vardır.

Kaynaklar

- 1) TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2019 18. Published online 2020.
- 2) UNDESA. Department of Economic and Social Affairs programme on ageing The focal point on ageing in the United Nations system Income Poverty in Old Age: An Emerging Development Priority. Published online 2017. <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/PovertyIssuePaperAgeing.pdf>
- 3) European Commission. *The Ageing Report Underlying Assumptions & Projection Methodologies (Vol. 8014)*. <https://doi.org/10.2765/40638>. Vol 8014.; 2018. doi:10.2765/40638
- 4) James JB, Swanberg JE, McKechnie SP. Responsive workplaces for older workers: Job quality, flexibility and employee engagement. *An Issue Br*. 2007;11(8):1-10. https://vhst1.bc.edu/content/dam/files/research_sites/agingandwork/pdf/publications/IB11_ResponsiveWorkplace.pdf
- 5) Kooij D, de Lange A, Jansen P, Dijkers J. Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age: A conceptual review. *J Manag Psychol*. 2008;23(4):364-394. doi:10.1108/02683940810869015
- 6) Sluiter JK. High-demand jobs: Age-related diversity in work ability? *Appl Ergon*. 2006;37(4 SPEC. ISS.):429-440. doi:10.1016/j.apergo.2006.04.007
- 7) Popkin SM, Morrow SL, Di Domenico TE, Howarth HD. Age is more than just a number: Implications for an aging workforce in the US transportation sector. *Appl Ergon*. 2008;39(5):542-549. doi:10.1016/j.apergo.2008.02.003
- 8) Companies M. *The Twin Threats Of Aging And Automation*.
- 9) Walsh G, Bartikowski B. Employee emotional labour and quitting intentions: Moderating effects of gender and age. *Eur J Mark*. 2013;47(8):1213-1237. doi:10.1108/03090561311324291
- 10) Brough P, Johnson G, Drummond S, Pennisi S, Timms C. Comparisons of cognitive ability and job attitudes of older and younger workers. *Equal Divers Incl*. 2011;30(2):105-126. doi:10.1108/02610151111116508
- 11) OECD. Working Better with Age [Norway]. Published online 2014. https://www.oecd.org/els/emp/NORWAY_Assessment_and_recommendations_WEBPAGE.pdf
- 12) Ulukan U. Kriz ve Yaşlıları İşe Koşmak : Avrupa Birliği ' nin " Aktif Yaşlanma " Yaklaşımı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme. *Emek Araştırma Derg*. 2019;10(16):23-38.
- 13) Loretto W, White P. Population ageing and older workers: Employers' perceptions, attitudes and policies. *Popul Space Place*. 2006;12(5):341-352. doi:10.1002/psp.421
- 14) Mandiracıoğlu A, Lülecî NE, Özvrurmaz S. Türkiye ve Türk Cumhuriyetleri ' nde Toplumun Yaşlılara Yönelik Görüşleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Derg*. 2017;10,(2):76-86.
- 15) Çağlayan, Ç., Etiler N. Türkiye'de yaşlı işçilerin sağlığı. *Turkish J Geriatr*. 2015;18(4):285-292.
- 16) Aydın A. Yaşlı işgücünün çalışma hayatındaki sorunları: Kırklareli ili örneği. *J Hum Sci*. 2017;14(2):1632. doi:10.14687/jhs.v14i2.4603
- 17) Kopenhagen T, Guidozi F. Working women and the menopause. 2015;7137. doi:10.3109/13697137.2015.1020483
- 18) 3. Uluslararası İleri Yaş Sempozyumu, İzmir 2019. Menapoz çalışma yaşamında kadını nasıl etkiliyor. In : ; 1-93.
- 19) European Commission. Joint Statement on "Improving the employment of people with chronic diseases in Europe." *Geriatrics*. 2016;15(November):1-16. doi:10.1787/9789264265592-en
- 20) Uskun E. Kişioğullu AN, Uskun E, Doğran M, Uzun E. Isparta Sanayi Sitesinde Çalışan İşçilerin Sağlık Durumları ve Değerlendirilmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2004;20: 34-38. 2016;(January):34-38.
- 21) Yıldız E, Kara S, Çetin M, Erdoğan E. Ofis Çalışanlarında Metabolik Sendrom. Published online 2018. doi:10.5543/khd.2018.77598
- 22) Hacettepe C, Tez S. Bir işyerinde açık plan ofis çalışanların psikososyal etkenlerle karşılaşma ve genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *yüksek lisans tezi*. Published online 2019.
- 23) Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. Published online 2018:267-274. doi:10.5350/BTD-MJB.20170328092601
- 24) Mandiracıoğlu, A. , Bölükbaş O., Demirel M. GF. Çalışma yaşamında kronik hastalıklar ve absenteizm ve presentizm ile ilişkisinin belirlenmesi. *Veriml Derg*. 2016;4:75-90.
- 25) Ozvrurmaz S, Mandiracıoğlu A. Healthy lifestyle behavior of employees in small and medium-sized enterprises in Aydın, Turkey. *Pakistan J Med Sci*. 2017;33(2). doi:10.12669/pjms.332.11757
- 26) WHO. *World Report On Disability, 2011*.
- 27) Aile, Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı EVYGM. engelli ve yaşlı istatistik bülteni, Ocak, 2020. :0-116.
- 28) Yıldız, A. N., Çaman, Ö. K. EN. *İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programları*. Ankara: TÜRK-İŞ. 2012.
- 29) Knauth P, Karl D, Braedel-Kühner C. How to improve the work ability of elderly workers. The European research project RESPECT. *Int Congr Ser*. 2005;1280:11-16. doi:10.1016/j.ics.2005.02.046



PROF. DR. FERDİ TANIR

Giriş

Çocuk işçiliği, küresel düzeyde ve Türkiye’de halen önemli bir ekonomik ve sosyal bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre dünyada halen 218 milyon 5-17 yaş çocuk istihdam edilmekte, sürekli olarak 152 milyon çocuk işçi çalıştırılmaktadır. 2000 yılında 246 milyon olan çocuk işçi sayısının 2019’da 152 milyona gerilediği, ancak son yıllarda rakamların yavaş bir düşüş eğilimi sergilediği, “Bu hızla giderse 2025 yılında 121 milyon çocuk işçi olacağı” öngörülmektedir. Çocuk işçilerin neredeyse yarısı (%48) 5-11 yaşlarında, 42 milyonu (%28) 12-14 yaşında; 37 milyonu (%24) 15-17 yaşındadır. Tehlikeli sınıf işyerlerinde çalışan çocuklar en çok 19 milyonla (%51.3) 15-17 yaş grubundadır. Çocuk işçi olan 152 milyon çocuktan 88 milyonu (%57.9) erkek, 64 milyonu (%42.1) kızdır. Dünya’daki çocuk işçilerin %71’i tarım sektöründe, %17’si hizmet sektöründe ve %12’si sanayi sektöründe çalışmaktadır.¹

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)’nun 2019 Çocuk İşgücü Anketine göre, Türkiye’de bir ekonomik faaliyette çalışan 5-17 yaş grubundaki çocuk sayısı 720 bindir. Türkiye’de 5-17 yaş grubundaki çocuk sayısı 16 milyon 457 bindir. Bu yaş grubunda çalışan çocukların aynı yaş grubundaki çocuklar içindeki istihdam oranı ise % 4,4 olmuştur. Çalışan çocukların %79,7’sini 15-17 yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Çalışan çocukların %65,7’si aynı zamanda eğitime devam ettiklerini belirtmişlerdir.²

Çocuk ve Çocuk İşçiliği Kavramı

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi-ne(1959) göre 18 yaşı tamamlanana kadar her insan çocuktur(Md.1). Ülkemiz tarafından da kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989) de aynı yaş sınırı kabul etmiştir. Türkiye bu sözleşmeyi 14.09.1990’da imzalamış, 10.12.1994’de TBMM’de kabul edilmiştir. ILO’nun 138 sayılı Asgari Yaş Sözleşmesi ise asgari istihdam yaşının zorunlu eğitimin bittiği yaştan ve o nedenle her durumda 15 yaştan küçük olmamasını öngörmektedir.

Türkiye’de çocuk işçiliği için yapılan ilk düzenleme, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 173.maddesindedir ve buna göre 12 yaşından aşağı bütün çocukların fabrika ve imalathane gibi her türlü sanat müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çırak olarak istihdamı yasaktır. 222 sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanununun 59.maddesine göre, ilköğrenim çağında olup da mecburi ilköğretim kurumlarına devam etmeyenler, hiçbir resmi ve özel işyerinde çalıştırılmazlar. 4857 sayılı İş Kanununun 71.maddesine göre; 15 yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. 15-18 yaş aralığı çalıştırılan çocuklara “Genç İşçi” denilmektedir. Tehlikeli işlerde çalışma için 18 yaş üst sınırı getirilirken, hafif işlerde 13-15 yaş aralığında olanlar çalışabileceği mevzuatta belirtilmektedir. 2001 yılında Türkiye tarafından onaylanan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 182 sayılı En Kötü Biçimlerdeki

Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Eylem Sözleşmesi'dir. Sözleşme gereğince Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) tarafından ilgili tüm kurum ve kuruluşların katkılarıyla 2005-2015 yıllarını kapsayan Çocuk İşçiliğinin Önlenmesi için Zamana Bağlı Ulusal Politika ve Program Çerçevesi hazırlanmış ve uygulanmıştır. 2015 yılında tamamlanan söz konusu politika ve program çerçevesi, 2017- 2023 dönemini kapsayacak şekilde güncellenmiş ve Çocuk İşçiliği ile Mücadele Ulusal Programı (2017-2023) hazırlanmıştır. Ulusal Program'da öncelikli hedef grupları "sokakta çalışma, küçük ve orta ölçekli işletmelerde ağır ve tehlikeli işlerde çalışma, tarımda aile işleri dışında, ücret karşılığı gezici ve geçici tarım işlerinde çalışma" olarak belirlenmiştir.^{3,4,6}

Çocuk işçiliği 18 yaşının altındakilere fiziksel, mental, ahlaki açıdan zarar veren ve onları eğitimden yoksun bırakarak zedeleyen, istismar eden bir çalıştırma biçimi şeklinde ifade edilir.^{1,4,6-7} Çünkü çocuk, büyüme ve gelişme sürecinde olan insan yavrusudur. Bu süreç de 18 yaşın sonunda tamamlanmaktadır. Bu süreç, çocukların tercihen ebeveynleri ve varsa kardeşleriyle birlikte, yeterli ve dengeli beslenerek, yeterince dinlenerek-uyuyarak, akranlarıyla oynayarak, yeterli sağlık izlemi ve eğitim alarak geçirilirse en sağlıklı şekilde tamamlanmış olacaktır. Büyüme ve gelişme sürecinde yetişkinlerden beklenen çalışma yoktur. ILO'ya göre de, "6-17 yaş arasında çalışanlara yani 18 yaşından küçük yaşta çalışanlara "çalışan çocuk" ve bu yaştakilerin çalışma biçimine de "çocuk işçiliği" denilmektedir. ILO, çocuk tarafından yapılan her işi çocuk işçiliği olarak saymamaktadır. Eğer çocuğun çalıştırıldığı o iş; çocuğun ruhsal, fiziksel, sosyal gelişimini olumsuz yönde etkiliyor ise, bunu bir tür sömürü olarak nitelendirmektedir.^{1,3-5,8,9}

Çocuk İşçiliğinin Nedenleri

TÜİK verilerine ve araştırmalara göre, çalışan çocukların çalışma nedenlerinin birinci sırasını %35,9 ile "hane halkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak" oluşturmaktadır. Çocukların sadece %6,4'ü "kendi ihtiyaçlarını karşılamak" amacıyla çalıştığını belirtmektedir. Aynı verilere göre çalışan çocukların %30,8'i tarım, %23,7'si sanayi ve %45,5'i ise hizmet sektöründe bulunmaktadır.^{2,3,4}

Çocuk işçiliğinin yaygınlaşmasında en önemli faktörler yoksulluk, işsizlik, yetersiz ve niteliksiz

eğitim ve işveren tercihidir. Yoksulluk, ailelerin çocuklarının işgücüne katılmasını erteleme ve eğitimlerine yatırım yapma yeteneklerini sınırlandırmaktadır. Kısaca yoksul aileler, temel ihtiyaçlarını karşılamak için çocuklarını eğitim pahasına çalışmaya göndermek zorunda kalmaktadır. Çocuklarla ilgili bu gerçekler, ülkemizde ailelerin yaşadığı yoksulluk ve çaresizliğin çocukların çalışmaya yönlendirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum da aileler için sosyal koruma düzeyi ve sosyal koruma imkanlarının ne derece var ve kullanılabilir olduğunu tekrar değerlendirmeyi gerektirmektedir.^{2-4,9}

Türkiye'de kişi başına düşen GSMH'nin düşük ve eşitsiz dağılımı, işsizlik oranlarının yüksek olması, özellikle Doğu-Güneydoğu Anadolu'da eğitim imkânlarına ulaşmada nispeten karşılaşılan zorluklar, kırdan kente göçün süregelmesi, işverenlerin çocuk işçileri daha ucuza çalıştırması ve istediği her şeyi rahatlıkla yaptırabilmeleri, hanehalkı nüfusunun fazla olması, ailelerin eğitim düzeylerinin düşük olması, çalışma hayatında etkin ve düzenli denetimlerin yapılamaması ve çalışma yaşamındaki düzenlenmelerde karşılaşılan mevzuat eksikliklerinden dolayı çocuk işçilerin sayısı gün geçtikçe azalması gerekirken iniş-çıkışlarla artma eğilimindedir.^{3,4,9}

Çocuk İşçiliğinin Sonuçları

Çalışma, erişkin insanlardan beklenen bir faaliyet alanı olduğu için işyerlerindeki tüm yapılar, eşyalar, aletler ve malzemeler erişkinlerin ergonomisine göre uyarlanmıştır. Çocuk yapıdaki insan yavrularının bu düzenlemeye uyamaması doğaldır. Çalışma, dinlenme süreleri, ortam koşulları, beslenme, aktiviteler gibi tüm düzenlemeler erişkin yapıdaki insanlara göre ayarlandığı için çocuk yaştaki (büyüme gelişme dönemindeki) bedensel ve ruhsal organizma ortama uyum sağlayamamakta ve olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu etkilenmelerle daha kolay, kısa sürede hastalanma, kaza geçirme-yaralanma ile fiziksel ve ruhsal etkilenme meydana gelmektedir. Çalışma süresince çocuk işçiler, bulunmaları gereken eğitim, akranlarıyla oyun, dinlenme, eğlenme vb. sosyal ortamdaki uzak kalmakta ve böylece bedensel ve ruhsal yönden olduğu kadar sosyal yönden de etkilenerek sağlıklarına negatif katkı söz konusu olmakta ve hatta geçirilen iş kazalarının sonucunda yaşamlarını kaybede-

bilmektedirler. Yapılan çalışmalar çocuk işçilerin, çalışma ortamındaki etkilenmelerinin sadece o dönemde değil daha sonraki yaşam süreçlerini de etkilediği gösterilmiştir. Bu çocukların yetişkin dönemlerinde, kronik hastalıkların daha sık ve erken ortaya çıkması, sağlık hizmet sektörüne daha çok ve uzun süre başvurmaları gibi nedenlerle beklenen yaşam süre ve kalitelerinin de azaldığı gösterilmiştir.^{3,4,9,11}

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin (İSiG) çocuk işçiliği ilgili raporlarına göre 2016'da 56, 2017'de 60, 2018'de 67 ve 2019'de 67(%3,9) çocuk iş kazalarında(cinayetlerinde) yaşamını yitirmiştir. 2019 yılında iş kazası-cinayetinde ölen çocukların 29'u (%43.3) 14 yaşından küçük, 38'i (%56.7) ise 15-17 yaşları arasındadır (Şekil 59.1).¹⁰

2019 yılı iş kazası-cinayetlerinin 442'sinin (%25.5) tarım sektöründe, 112'sinin mülteci ve bunlardan 40'ının (%37) Suriyeli olması, mevsimlik tarım çalışanlarının büyük çoğunluğunun da Suriyeli ve en çok çocuk işçiliğinin tarımda olmasından hesapla çocuk işçiliğindeki iş kazası riskinin çok yüksek olduğunu söylemem mümkün olacaktır. Çocuk iş kazalarının-cinayetlerinin en fazla yaşandığı iller Şanlıurfa, İstanbul, Gaziantep, Antalya ve

Adana'dır. Bu şehirlerde çocuk nüfusu, tarım işçiliği ve özellikle Suriyeli mülteci nüfusu yüksektir. Çocuk işçiler en çok zehirlenerek/boğularak, trafik/servis kazalarında, düşerek ve ezilerek yaşamlarını yitirmiştir. Boğulma sonucu ölen çocuk işçilerin tümü, temiz su ya da serinlemek için sulama kanallarında boğulan tarım işçisi çocuklardır. Mülteci çocukların ölüm oranının tüm göçmen işçilerin ölüm oranından çok daha fazla olması hem mülteci çocuk işçiliğinin yoğunluğunu hem de mülteci çocukların çalışma koşulları bakımından çok daha tehlikeli işlerde çalışmak zorunda kaldıklarını göstermektedir.^{10,11}

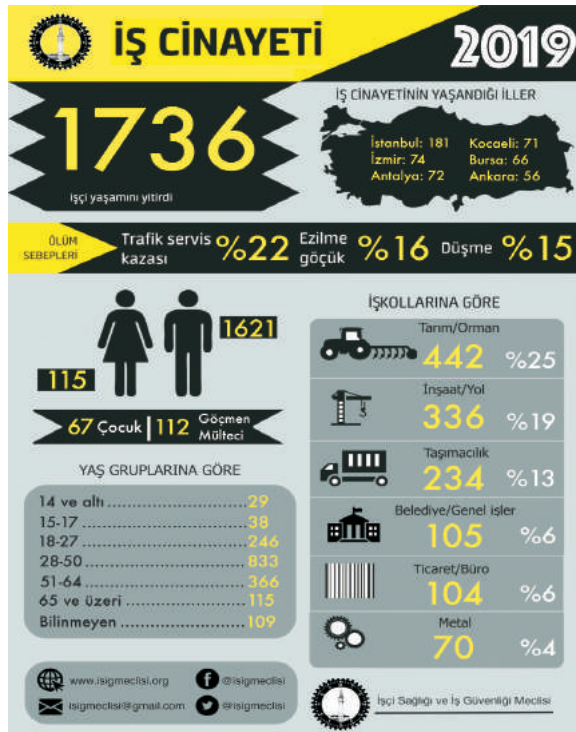
Çocuk İşçiliği ile Mücadele

1990'lardan bu yana, ILO çocuk işçiliği sorunu hakkında farkındalığı artırmak, üye devletleri uygun yasal ve politika çerçeveleri uygulamaya teşvik etmek ve daha geniş kalkınma politikalarında çocuk işçiliğine uygun dikkat gösterilmesini sağlamak için küresel bir çaba göstermiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1992 yılında Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Programı'nı (IPEC) başlatmış, 1993 yılında Türkiye de dahil olmuştur. 18 yaşın altındaki çocukların hiçbir surette çalıştırılmayacağı ön gören 182 sayılı ILO sözleşmesi En kötü biçimlerdeki Çocuk İşçiliğini önlemeye odaklanarak; "Bu Sözleşmeyi onaylayan her üye ülke acil bir sorun olarak en kötü biçimlerdeki çocuk işçiliğinin yasaklanmasını ve ortadan kaldırılmasını temin edecek ivedi ve etkin önlemleri alır" şeklindeki birinci maddesi ile taraf devletlerin yükümlülüklerini tanımlamıştır.^{1,6,7}

ILO 2002'de, çocuk emeğine ve onu ortadan kaldırmak için gerekli çabalara dikkat çekmek amacıyla 12 Haziran'ı Dünya Çocuk İşçiliği ile Mücadele Günü ilan etmiştir.¹

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, çocuk işçiliğiyle mücadele için "Çocuk İşçiliği ile Mücadele Ulusal Programı" hazırlamış ve 2018 yılını "Çocuk İşçiliğiyle Mücadele Yılı" ilan etmiştir.⁷

Çocuk işçiliği ile mücadele; sadece devletin, üniversitelerin, kurumların, sivil toplum örgütlerinin, sendikaların, meslek odalarının, işverenlerin değil herkesin birlikte çalışacağı bir alandır. Bunun için amaç ve eylem birlikteliği gereklidir. Organizasyon ve yasal düzenleme, tarafların katkısıyla devlet tarafından tamamlanmalı, uygulamalar ve denetimler ise diğer tüm kurum ve kuruluşların ortak uygulamalarıyla gerçekleştirilmelidir.^{3,4,7,9,12,13}



Şekil 59.1 5.7.1. 2019 yılı iş kazaları-cinayetleri (İSiG)¹⁰

Yeni Bir Sorun: COVID-19 ve Çocuk İşçilere Etkisi

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve UNICEF'in yayınladığı "COVID-19 ve çocuk işçiliği: Kriz zamanı harekete geçme zamanıdır" raporuna göre, son 20 yılda kaydedilen ilerlemenin ardından COVID-19 krizi nedeniyle milyonlarca çocuk, çocuk işçiliğine itilebilir ve çocuk işçiliğinde ilk kez artış görülebilir. Rapora göre, 2000 yılından bu yana çocuk işçiliğine maruz kalan çocuk sayısında 94 milyonluk bir azalma sağlanmıştı, ancak bu kazanım artık risk altında. Raporda, hâlihazırda çalışan çocukların çalışma saatlerinin uzayabileceği ya da çalışma şartlarının daha kötü bir hâl alabileceği belirtiliyor. Daha fazla sayıda çocuk, en kötü çalışma şartları altında çalışmak zorunda kalabilir ve bu da sağlık ve güvenliklerine önemli ölçüde zarar verebilir. Rapora göre, COVID-19 krizi yoksulluğun artmasına yol açabileceği için, haneler hayatta kalmak amacıyla her türlü yöntem başvurabilir ve bu da çocuk işçiliğinde bir artışı beraberinde getirebilir. Bazı çalışmalar, belirli ülkelerdeki yoksulluk oranlarında yüzde 1'lik artışın, çocuk işçiliğinde en az yüzde 0,7'lik bir artışa yol açtığını göstermektedir.

Salgın süresince okulların kapanması ile beraber çocuk işçiliğinin de artış gösterdiğine ilişkin olarak her gün daha fazla bulgu kaydedilmektedir. Okulların geçici olarak kapanması 130'u aşkın ülkede hâlihazırda 1 milyarın üzerinde öğrenciyi etkilemektedir. Dahası, okullar tekrar açıldığında, bazı ebeveynlerin maddi imkânları çocuklarını okula göndermeye yetmeyebilir. Bunun sonucunda ise, daha fazla çocuk onları ekonomik olarak sömüren tehlikeli işlere girmeye mecbur kalabilir. Rapora göre, kız çocuklarının tarım sektöründe ve ev işlerinde bilhassa sömürüye karşı daha savunmasız olması nedeniyle, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri daha da görünür bir hâl alabilir. Rapor, artan çocuk işçiliği tehdidini bertaraf etmek üzere; daha kapsamlı sosyal koruma, yoksul aileler için kredi imkânlarına daha kolay erişim, yetişkinler için insan onuruna yakışır işlerin teşvik edilmesi, okul ücretlerinin iptal edilmesi de dâhil çocukların tek-

rar okula dönmesini sağlamaya yönelik tedbirler, iş teftişleri ve kolluk kuvvetleri için daha fazla kaynak sağlanması tedbirlerini önermektedir.¹²

Hayatta kalma, beslenme ve son yıllarda eğitim, bugünün çocuklarının geleceğini belirleyecektir. İklim değişikliği, ekolojik bozulmalar, göçler, çatışmalar, yaygın eşitsizlikler ve kural tanımaz ticari uygulamalar sağlığı tehdit etmekte ve her ülkedeki çocukların geleceğini etkilemektedir. Hükümetler, sektörler arası koalisyonlarla ekolojik ve ticari baskıların üstesinden gelmek, çocukların haklarını şimdi ve gelecek yıllarda koruyarak yaşanabilir bir dünya oluşturmak zorunladır.¹³

Kaynaklar

1. International Labour Office (ILO), Child Labour. İnternet: <https://www.ilo.org/global/topics/child-labour/lang--en/index.htm>, Erişim: 28.06.2020.
2. TÜİK. Çocuk işgücü anketi sonuçları, 2019, İnternet: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33807#>, Erişim: 29.06.2020.
3. Kalkınma Atölyesi. Mevsimlik Tarımsal Üretimde Çocuk İşçiliği Mevcut Durum Raporu ve Uygulama Programı, Ankara, Haziran 2020.
4. Aykaç M, Murat G. Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Gündemi Bağlamında Çocuk İşçiliğinin Önlenmesinde Sosyal Koruma Tabanları. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, CE-İİK 2018 Özel Sayısı. 93-118.
5. 4857 sayılı İş Kanunu(Md.71). 10.06.2003 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazete.
6. Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 06.04.2004 tarih ve 25425 sayılı Resmi Gazete.
7. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Çocuk işçiliği ile mücadele ulusal programı. Çalışma Genel Müdürlüğü, Genel Yayın No: 63, Ankara, 2017.
8. Çakaloz, B. ve Sevinçok, D. Türkiye'de Çalışan Çocuklar ve Ruh Sağlığı. Karatahta/İş Yazıları Dergisi. 2017; 8: 89-100
9. Tanır F. Adana İli Tarım Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları/Çözümleri. 9. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, 07.05.2018, İstanbul.
10. İSİG Raporu. İşçi Sağlığı ve iş güvenliği Meclisi 2019 İş cinayetleri Raporu. 15.01.2020. İnternet: <http://isigmeclisi.org/is-cinayetleri-raporlari>, Erişim: 27.06.2020.
11. ATO. 12 Haziran Dünya Çocuk İşçiliği İle Mücadele Günü. İnternet: <https://ato.org.tr/news/show/593>, Erişim: 30.06.2020.
12. International Labour Organization and United Nations Children's Fund, 'COVID-19 and Child Labour: A time of crisis, a time to act', ILO and UNICEF, New York, 2020.
13. The Lancet Commissions. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. İnternet: www.thelancet.com Vol 395 February 22, 2020, Erişim: 29.06.2020.

Tarım Üretiminde

› İş Sağlığı ve Güvenliği

60

PROF. DR. FERDİ TANIR

Giriş

Tarım; bitkisel ve hayvansal ürünlerin üretilmesi, kalite ve verimlerinin yükseltilmesi, uygun koşullarda korunması, işlenip değerlendirilmesi ve pazarlanması olarak tanımlanır. Tarım, insanların beslenme, giyim gibi en temel gereksinimlerini karşıladığı için vazgeçilmez bir çalışma alanıdır.^(1,2) Dünya genelinde işgücünün üçte birinden fazlasını içeren tarım sektörü, hizmet sektöründen sonra istihdamın en fazla olduğu sektördür ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ekonomik etkinlik alanıdır. Tarım sektörü veya tarım iş kolu kavramından anlaşılması gereken sadece “tarla tarımı” değildir. Tarla tarımının (hububat yetiştiriciliği, sebzeçilik, seracılık, meyvecilik ve fidancılık, endüstriyel hammadde yetiştiriciliği) yanı sıra; hayvancılık (büyükbaş hayvancılık, küçükbaş hayvancılık, besicilik, süt hayvancılığı, kanatlı hayvan yetiştiriciliği), balıkçılık (deniz ve göl balık avcılığı, havuz ve çiftliklerde balık yetiştiriciliği) ve ormancılık-tomrukçuluk da tarım sektörü kapsamındadır. Tarım sektörü, insanlığın gıdaya olan ihtiyacının gün geçtikçe artmasına bağlı olarak tarımsal rekabetin ve sürdürülebilirliğin önem arz ettiği bir sektördür. Ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik açıdan yüklediği misyon nedeniyle toplumun omurgasını oluşturan bir yapıya sahiptir. Özellikle ekonomik ve sosyal açıdan taşıdığı önem bu sektörü politik ve stratejik açıdan kritik hale getirmekte, kırsal kalkınma ve ulusal refahın sağlanması gibi sektöre özgü uygulamalarla tarım sektörü ön plana çıkmaktadır.^(3,4)

TÜİK verilerine göre 2020 yılı Mart döneminde çalışma alanlarında istihdam edilen kişi sayısı 26 milyon 133 bindir ve bu istihdamın %16,4’ü (4.285.812) tarım sektöründe yer almaktadır. Bu işçiler genellikle kırsal alanda yaşayan, eğitim olanaklarından yeterince yararlanamamış, nitelikli mesleki eğitimi ve donanımı olmayan yoksul kişilerdir. Dünyada ve ülkemizde tarım işgücünün içerisinde kadınlar ve çocuklar önemli bir bölümü oluşturmakta ve dağılımda kadınların ağırlığı artmaya devam etmektedir. Halen bir tarım ülkesi özelliğini sürdüren Türkiye’de, ekonomik olarak çalışan kadın nüfusunun % 82,0’si tarımda çalışmaktadır.⁽⁵⁾

Tarım sektöründe kullanılan makinelerden başka halen fazla miktarda insan gücüne de gereksinim duyulmakta ve nitelik gerektirmeyen çapalama, ayıklama, hasat gibi işlemlerde mevsimlik işçilerin çalışması gerekmektedir. Mevsimlik tarım işçisi, genellikle kendisinin olmayan tarım alanında, üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici olarak mevsimlik çalışan kişi olarak tanımlanmaktadır.⁽⁶⁾

Ülkemizde tarımsal üretimin mevsimlik olarak değişkenlik göstermesi, tarım çalışanlarının emek yoğun olarak çalışması ve işgücünde kadın çalışanlar gibi özel risk gruplarının da yoğun olarak bulunması gibi nedenlere bağlı olarak sektörde ulaşım, barınma, sağlık, hijyen ile iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bir çok sorunlar ortaya çıkabilmektedir.⁽⁷⁾

Ülkemizde, mevsimlik tarım işçilerinin başlıca sorunları; barınma, beslenme ve çalışma koşulları

larının yetersiz olmasıdır. Bu sorunların yanı sıra özellikle mevsimlik tarım işçileri; ulaşım, barınma, beslenme, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, iş sağlığı ve güvenliği, çevre ve çocuk işçiliği gibi birçok farklı sorunla karşılaşmaktadır. Ayrıca güneş altında açık havada çalışma, birden fazla iş yapma, çalışma sürelerinin ve dönemin mevsim koşullarına bağlılığı, yaşam alanlarının sağlıksız olması nedeniyle mevsimlik tarım işçilerinde çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. ⁽⁸⁾

Tarımda Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Riskleri

Tarım iş kolunda, diğer çalışma alanlarında bulunan her risk etmeninin olmasının yanında sektörel olarak öne çıkan etmenlerde bulunmaktadır. Bu risk etmenlerini, gruplarına göre aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür. ⁽⁸⁾

- 1) **Fiziksel Risk Etmenleri:** Gürültü-Titreşim (Makinalı tarım), Termal Konfor (aşırı sıcak-soğuk), radyasyon (güneş-ultraviyole)
- 2) **Kimyasal Risk Etmenleri:** Biyosidaller/Pestisitler, Gazlar (NH_3 , H_2S , Metan, CO) ve Tozlar (Silis tozu, organik tozlar)
- 3) **Biyolojik Risk Etmenleri:** Zoonotikler (Şarbon, Brusella, Kuş-Domuz Gripi), Hayvan atıkları, paraziter hastalıklar, hayvan ısırması (köpek, yırtıcı kuş, yılan, akrep, örümcek, arı sokması vb.) gibi.
- 4) **Vektörel Risk Etmenleri:** Sivrisinekle Sıtma, Kene ile Kırım-Kongo Ateşi, Pire-Veba-Tifüs vb.
- 5) **Ergonomik-Mekanik Risk Etmenleri:** Ağır kaldırma-taşıma, duruş bozuklukları, tekrarlayan travmalar, tarım makineleri kazaları, ulaşım-trafik kazaları vb.
- 6) **Psikososyal Risk Etmenleri:** Uzun çalışma saatleri, ücret azlığı, stres, rol çatışması, yöresel yaklaşımlar vb.

Tarımda Sektörel İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları

- Tarım, kapalı ve açık çevre, çok değişken coğrafi ve iklimsel koşullarda çalışılan bir sektördür.
- Tarımda iş sağlığı ve güvenliği, ulusal iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı kapsamında değildir.
- Kırsal işletmeler nadiren denetlenmektedir.
- Sektörde risklerle ilgili farkındalık düzeyleri çok düşüktür.

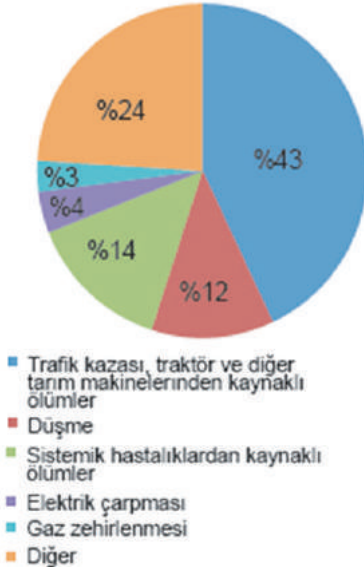
- Yasal sendikal kısıtlamalar, coğrafi yalıtılmışlık ve kültürel tutumlar vb. ile işgücü örgütsüzdür.
- Çiftçiler ve işçiler, yükümlülük, hak ve sorumluluklarının farkında değildir ve mevzuata uymazlar.
- Mevsimlik, göçmen ve geçici işgücü yaygındır, istihdam mücadelesi en alt düzeyde de sürmektedir.
- Tarımda çocuk işçiliği diğerlerine göre çok fazladır, Dünyada çocuk işçilerin yaklaşık % 70'i tarımdadır.
- İş kazası ve meslek hastalıklarını önlemeye yönelik tutumlar çok nadirdir.
- Makineler, taşıtlar, aletler ve hayvanlar ile çalışma yapılmaktadır.
- Kayma, sekme ve yüksekten düşme siktir.
- Kas-iskelet bozukluklarına yol açan ağır yük kaldırma, taşıma gibi kas gücü kullanılan işler siktir.
- Toz ve diğer organik maddelere, kimyasallara ve bulaşıcı etkenlere maruz kalma siktir.
- Yüksek sıcaklıklara, güneş ile ultraviyole ve sert iklim koşullarına maruziyet görülür.
- Vahşi hayvan saldırıları gibi, kırsal çevrede yaygın olan diğer çalışma koşulları bulunmaktadır.
- Kayıt dışı ve sosyal güvenlik kapsamı olmadan çalışmanın en yoğun olan sektördür. ^(7,8)

Tarımda Makine ve Aletlerin Etkileri

Modern tarımda başta traktör olmak üzere diğer tüm tarım makinelerinin etkin kullanımı verimliliğin artması ve emek tasarrufu sağlanması açısından önemlidir. Ancak makinelerin hızlı, büyük ve oldukça yüksek güce sahip olması, başta makineleri kullananlar olmak üzere tüm tarım çalışanları için tehlike oluşturmaktadır. SGK verilerine göre 2013-2017 yılları arasında tarım sektöründe meydana gelen ölümlü iş kazalarına bakıldığında kazaların yaklaşık % 43'ü trafik kazası, traktör ve diğer tarım makinelerinden kaynaklanmaktadır (Şekil 60.1). ⁽⁹⁾

Türkiye'de Tarım Sektörü Ölümlü Kazaları Analizinde, Kazaya Neden Olan Başlıca Etkenler

- Yapılan işe uygun olmayan makine kullanmak
- Güvenli çalışma yöntemlerini izlememek/uygulamamak



Şekil 60.1 Tarım sektöründe ölümlü iş kazalarının nedenleri (2013-2017).

- İş sağlığı ve güvenliğine uygun olmayan yöntemlerle bakım onarım yapmak
- Güvenli durdurma işlemini yapmamak
- Makine koruyucu ekipmanının olmaması veya yetersiz olması
- Operatörün eğitimsiz ve tecrübesiz olması
- Makinenin periyodik bakımlarının yapılmaması

Tarım Makinelerinde Tehlikeli Alanlar

Birçok tarım makinesinde, önemli veya ölümcül yaralanmalara neden olabilecek potansiyel tehlikeli hareketli parçaların olduğu makineler ve bölümleri:

- Balya makineleri-hasat makineleri, ip yumak mekanizmaları ve hareketli arka balya çıkış kapakları,
- Döner silindirler, konveyörler, elevatörler,
- Gübre tankerleri-güç aktarma milleri,
- Balya ve saman kıyıcılar-doğrama parçaları,
- Traktör bağlantı mekanizmaları, güç transmisyon (aktarma mekanizmaları),
- Döner tırmıklar,

Yedirme hatları-karıştırma haznesindeki dönen parçalar (biçerdöver, yeşil yem ürün giriş hatları).⁽⁹⁾

Tarım makinelerinin kullanımlarının artması ile iş kazalarının da artması, tarım sektöründeki iş sağlığı ve güvenliğinin önemini daha da artırmak-

tadır. Bu nedenle tarım makinelerini kullanacak kişilere; çalıştıkları tarım işletmelerine ve topluma zarar verebilecek sonuçlar meydana getiren iş kazalarının önlenmesi için önemli sorumluluklar yüklenmektedir. Bu sorumluluklar;

- Çok hızlı davranıp aceleci olmamak,
- Büyük ve gereksiz risk almamak,
- Makineleri kullanırken tehlikelerin bilincinde olup daima dikkatli olmak,
- Uyarılara dikkat etmek,
- Tehlikeli ve güvenli olmayan uygulamalardan kaçınmak gerekmektedir.

Adana ili Karataş ilçesi mevsimlik tarım işçilerinde yapılan çalışmada her 2 kişiden birinin iş kazası/işle ilgili hastalık geçirdiği tespit edilmiştir. Uygunsuz yaşam alanları, sosyal ve ekonomik yönden yaşadıkları olumsuzlukların yanı sıra çalışma ortamlarında da yeterli iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmaması mevsimlik tarım işçilerini hastalıklar, kaza ve yaralanmalar açısından riskli duruma getirdiği belirtilmiştir. İş kazası-işle ilgili hastalık açısından yüksek risklerin yanında sağlık hizmetlerine ulaşmada da sorunlar yaşanması, hem bireysel hem toplumsal anlamda sağlık, ekonomi ve sosyal yönden ciddi sonuçlara yol açtığı açıklanmıştır. Mevsimlik tarım işçilerinin sadece çalışma şartlarının değil yaşam koşullarının da iyileştirilmesi adına işverenlerin, yerel yönetimlerin katılımıyla gerekli önlemlerin alınması gerekli olduğu bilgisi verilmiştir.⁽⁸⁻¹¹⁾

Günümüzde tarım uygun sulama, gübreleme, kimyasal ilaçlama ve mekanizasyon işlemlerinin optimizasyonu ile yapılmakta olup iyi tarım uygulamaları kapsamında tüm üretim kayıt altına alınmaktadır. Tarım çalışanlarının çalışma koşullarını daha güvenli hale getirmek güvenlik, sağlık ve sosyal anlamda çalışanlara belirli standartlar kazandırmak önem kazanmıştır.⁽¹¹⁾

Tarım Çalışanlarında Sıklıkla Görülebilen Yaralanma ve Kaza veya Gelişebilen Hastalıklar

A. Kazalar-Yaralanmalar

Araç, alet, traktör ve tarım makinelerinin kullanımından kaynaklanan ölüme veya sakatlanmaya neden olabilecek önemli mekanik riskler,

B.1. Genel Sağlık Sorunları

- Dermatolojik hastalıklar (Egzema, atopik ve kontakt dermatitler, solar keratoz vb.)
- Enfeksiyon ve parazit hastalıkları (Solunum ve sindirim sistemi hastalıkları, Sıtma Tatarcık humması)
- Beslenme sorunları (Tahıldan zengin, proteinden fakir beslenme, sağlıklı besin saklama ve hijyenik su yok)
- Yorgunluk (Uzun süreli aralıksız ve yoğun çalışma)
- Açık saha çalışması (ultraviyole ile sıcağa veya soğuk havaya maruziyet)

B.2. Sektörel Sağlık Sorunları

- Kas-iskelet sistemi yakınmaları (Ağır kaldırma ve taşıma, tekrarlayan hareketler, uygun olmayan pozisyon)
- Solunum sistemi etkilenmeleri (Toz, bitki, böcek, hayvan, silis ve tahıl tozu)
- Biyosidal-Pestisid kullanımı (Özellikle organik fosfor içerenlerle zehirlenmeler)
- Hayvan ısırılmaları (böcek, akrep, yılan, örümcek sokmaları, köpek, yırtıcı kuş ısırılmaları)
- Zoonotik hastalıklar (Şarbon, Brusella, Tüberküloz, Kist hidatik, Influenza, Hanta vb.)
- Kanserler (Deri, Multipl Myeloma, Non-Hodgkin Lenfoma, Prostat, Yumuşak Doku Sarkomu)

Mevsimlik Tarım İşçiliği

Mevsimlik tarımsal üretim için bir yerden bir yere göç eden sezon bitimi evlerine geri dönen çalışanlara mevsimlik tarım işçisi (MTİ) denmektedir. Dünyada 1.1 milyar tarım iş gücü bulunmakta ve bunun 450 milyonu (yaklaşık %41'i) MTİ'dir. Türkiye'de 4.3 milyon (%16.4) tarım iş gücü bulunmakta ve bunun yaklaşık 900 binin kadarının MTİ ve bunların da 400 bin kadarının sürekli gezici olduğu düşünülmektedir, çünkü özellikle MTİ kayıtları oldukça yetersizdir. Türkiye'de 48 ilde değişik ürünlerde MTİ çalışır. Mart ayından itibaren göçe başlayarak, genelde Ekim-Kasım aylarında illerine dönerler. Mevsimlik işçiler, çalışma alanı sınırlı, mevsimlik ve hızlı üretim gerektiren işlerde çalışırlar. Kapalı ve açık çevrede, çok değişken coğrafi ve iklimsel koşullarda çalışırlar. Genelde yerleşim yerlerinden uzak, dağınık, çadırda veya daha az sayıda konteynırda kalırlar. Saz, kamış ve naylondan

yapılmış çadırları su (kanal, dere, nehir vb.) kenarlarında yerleşmiştir. 8-12 metrekare çadırda 5-6 kişi kalmaktadır. Açık ocakta ateş yakarak yemeklerini yaparlar, Banyo-WC bezle çevrili açık alanda, ortak kullanılmaktadır. Taşıma-tanker, kuyu-tulumba suyu gibi sağlıklı olmayan içme-kullanma suyu kullanırlar. Genel olarak atık alanları ve elektrik altyapıları yoktur. Bölgesel yerleşim yerlerinden uzakta oldukları için çadırlarında sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü bulunmaktadır. Gezici-mobil sağlık kurumu ziyaretleri düzensiz ve yetersizdir. Çalışanlarının içinde kadın, çocuk ve mülteci oranının en fazla olduğu sektör mevsimlik tarımdır. Tüm aile bireyleri bir arada yaşar ve çalışır, iş ve yaşam alanları aynıdır. Elci-çavuşbaşı gibi yöresel olarak farklı adlandırılan araçlar ile çalışacakları yerlere ulaşır ve çalışırlar. Sosyal güvenlikleri, çalışma güvenlikleri, kayıtları yoktur. Ulaşımını toplu halde ve sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Zorunlu eğitim süreçleri eksik, yetersiz ve/veya dengesiz beslenmeleri belirgindir. Kaza riskleri ve kimyasal maruziyetleri (biyosidal, gübre vb.) yüksektir. Mevzuat ve destek programları, projeler (METİP vb.) ile oluşturulan destekler geçici ve yetersiz destek sağlamıştır. Sürdürülebilir uygulamalara ve kalıcı düzenlemelere gereksinim ihtiyaç bulunmaktadır. COVID-19 gibi kolay yayılan hastalıklar için sürekli yer değiştiren mevsimlik tarım işçileri, özgün risk grubu oluşturmaktadır. ^(5,8,12-15)

Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geliştirilmesi Amacıyla Yapılması Gerekenler

1. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunumu önündeki en büyük engel olan kayıt dışılık ile mücadele çalışmalarına öncelik verilmelidir. Tarım sektörüne özgü kayıt sistemleri geliştirilerek doğruluk ve güvenilirlikleri artırılmalıdır.
2. Sektörde çalışanların büyük bir kısmını kendi işletmesinde ve kendi hesabına ya da aile işletmesinde çalışanların oluşturması ve genç ve kadın çalışanların yoğunluğu iş sağlığı ve güvenliğinin iyileştirilmesi amacıyla diğer sektörlerden farklı yöntemlerin geliştirilmesini gerektirmektedir.
3. Çalışanlara ulaşma imkânı bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan aile sağlığı

Tablo 60.1 Tarım Çalışanlarında Karşılaşılan İSG Sorunları ve Çözüm Önerileri

Sıra No	Sorunlar	Çözüm Önerileri ve İlgili Kuruluşlar
1	Mevzuat ve kayıt eksikliği	Tarıma özgün İSG yasal düzenlemesi, mevsimlik olanlarla birlikte tüm tarım çalışanlarının özgün kayıt sistemi olmalı, aracılık sistemi eksiksiz kayıt altına alınmalı (Belediye-İŞKUR-SGK-TÜİK)
2	Ulaşım/araç kazaları	Yollar-araçlar güvenli hale getirilmeli, araçların yolcu taşıma özelliği olmalı ve kapasitesi aşılmamalı (Trafik-Belediye-Karayolları)
3	Barınma koşullarının yetersiz olması	Yaşam alanları iskan izinli olarak sabitlenmeli, hava koşullarına uygun, mahremiyeti sağlayacak, fiziksel, kimyasal, biyolojik, vektörel risklerden koruyacak, elektrik alt yapısı hazırlanmış ve iyi aydınlatılmış, içme suyuna yakın, yıkanma yerlerinin temiz ve mahremiyeti sağlayacak, uygun dinlenme gölgelikli, okul ve alışveriş yerlerine yakın olmalı, hayvan barınakları yaşam alanlarına uygun uzaklıkta olmalı (Bölge tarım işverenleri-Belediye-Çevre Şehircilik)
4	Sağlıklı içme-kullanma suyu olmaması	Barınma ve çalışma yerlerinde içme-kullanma suyu depolarının gerekli özellikleri taşınmalı ve belirli aralıklarla temizlenmeli (Tarım işverenleri-Belediye)
5	İnsan ve hayvan atıklarının kontrolsüz olması	Tuvaletler cinsiyete özel ve mahremiyeti sağlayacak yapıda, yaşam alanına yakın, uygun drenajlı olmalı, hijyen malzemeleri içermeli, ağız kapalı katı atık toplama yeri olmalı, hayvan atıkları için uygun kapasitede katı ve/veya sıvı gübrelikler, barınma yerlerine uzak, yeraltı sularına karışmayacak yerlerde yapılmalı (İşverenler-Belediye-Çevre ve Şehircilik)
6	Kimyasallara maruziyetin olması	Kimyasal ilaçlar, sertifikalı kişiler tarafından uygulanmalı ve kişisel koruyucu donanımı eksiksiz kullanılmalı, tarım ilaçları barkodla imha edilmeli, kimyasal kullanımı ve korunma için eğitimler verilmeli (İşverenler-Gıda Tarım)
7	Yetersiz ve dengesiz beslenme	Günlük alınması gereken besin miktarlarının alımı, beslenme için temiz alan, uygun yer ve ısıda saklama ortamı sağlanmalı, kişisel hijyen ve yeterli sıvı alımı sağlanmalı (İşverenler- yerel sağlık birimleri)
8	Temel eğitim alamama	Özellikle MTİ çocuklarının temel eğitimi aralıksız ve eksiksiz tamamlamaları sağlanmalı, erişkin eğitimi tamamlanmalı (Yerel okullar-Millî Eğitim)
9	Sağlık sistemine yetersiz erişim	Düzenli aralıklarla sağlık personeli ziyaretleri yapılmalı, gebe, bebek, çocuk izlemeleri ve aşıları eksiksiz olmalı, eğitimler verilmeli (Aile Sağlığı Merkezi-ASM ve Toplum Sağlığı Merkezi-TSM)
10	Çalışma koşullarının güvensiz olması	Çalışma ve dinlenme saatleri, günleri, ücretlendirme, sosyal güvenlik, izinler, sendikal örgütlenme, risk değerlendirmeleri ve korunma, iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri, teşvikleri sağlanmalı (İşverenler-iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri-bölge iş müfettişleri)

merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde görevli hekim ve sağlık personellerinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.

4. Tarımın farklı alanlarında çalışmalar yürüten araştırmacı ve akademisyenlerin de iş sağlığı ve güvenliği farkındalığının artırılarak çalışmalarında iş sağlığı ve güvenliği konusunu da değerlendirmeleri sağlanmalıdır. Tarımda iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yayınlar artırılmalıdır.
6. Tarımın alt faaliyet alanlarına yönelik örnek risk değerlendirmesi çalışmaları artırılmalı ve örnek uygulamalar yaygınlaştırılmalıdır.
7. Çalışanların güvenlik kültürü kazanmalarını sağlayacak eğitim modülleri ve yöntemleri geliştirilmelidir.
8. İş sağlığı ve güvenliği önlemlerini de kapsayacak şekilde tarım sektörüne özgü mesleki eğitim modülleri geliştirilmelidir.

9. Sahada çalışanlarla birebir iletişim içerisinde olan Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı personellerinin iş sağlığı ve güvenliği farkındalık düzeylerinin artırılması ve bunu çalışanlara yansıtmaları sağlanmalıdır.
10. Tarım sektörüne özgü teşvik ve kredi uygulamalarında iş sağlığı ve güvenliğinin de bir kriter olarak ele alınması sağlanmalıdır.
11. Tarım sektöründe koruyucu önlemler hayata geçirilmeli, kısaca iş kazası veya meslek hastalığı olmadan önce önlem alınmalıdır.
12. Tüm tarım çalışanları için gerek toprak sahipleri gerekse tarım işçileri açısından, sağlık ve güvenlik risklerine karşı koruma en üst düzeyde olmalıdır.
13. İnsana ya da çevreye zarar veren; zehirli, aşındırıcı, yanıcı, patlayıcı bulaşıcı veya başka tehlikeli özelliklere sahip maddelerden kaynaklanan “çevresel tehlikelere” yasada yer verilmelidir.

14. Tarımsal işletmelerin ihtiyaçlarına uygun yazılı bir kaza önleme programı geliştirilmelidir: Bu programda; nasıl, ne zaman, nerede, kaza, yaralanma veya hastalık oluşabileceği açıkça belirtilmelidir.
15. Tarım sektörüne ilişkin acil durum eylem planları hazırlanmalı; acil durumlarda bölgelerden çıkmanın yolları da dahil olmak üzere, uygun hareket planları hazırlanmalı; acil durumlar konusunda bir yönetmelik hazırlanarak ilk yardım için sistem kurulmalı, çağrı merkezleri açılmalı; ilk yardıma çiftçilerin nasıl ve nerede ulaşabilecekleri kendilerine öğretilmelidir. Bu amaca hizmet için tarlada genelde tek başlarına çalışan çiftçiler için telsiz haberleşme sistemi hayata geçirilmelidir.
16. Tarım sektörüne özgü kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve bakımı konusunda ilgili yönetmelikler hazırlanarak bu konuda hem eğitimde hem de uygulamada görev alacak kamu görevlileri belirlenmelidir. Tarımsal ilaçlamalar gözlemci nezaretinde yapılmalıdır. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Sonuç olarak tarım sektöründe iş sağlığı ve güvenliği, gelişime oldukça ihtiyaç duyan alanlardan biridir ve bu alanda yürütülen çalışmaların devamlılığı gerekmektedir. Konunun kamu hizmeti tarafını oluşturan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı başta olmak üzere ilgili tüm bakanlıklar ile belediyeler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, meslek odaları, sendikalar, işverenler, işçiler, etkin işbirliği içinde çalışmalarını sürdürmelidir. ^(7-9,11,13,15)

Kaynaklar

- 1) Türk Dil Kurumu. İnternet: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS. Erişim: 10.06.2020.
- 2) Çağlayan Ç. Tarım Politikalarındaki Değişimin Sağlık Üzerine Etkileri. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2010; 38, 7-17.
- 3) Bakırcı, N. Tarımda Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2011; 38, 7-13.
- 4) Bilir N. Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği. İş Sağlığı ve Güvenliği 2. Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2019, 361-370.
- 5) Türkiye İstatistik Kurumu. İnternet: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33787>, Erişim: 12.06.2020.
- 6) Government of Canada. Hire a temporary foreign agricultural worker 2020, İnternet: http://www.esdc.gc.ca/en/foreign_workers/hire/agricultural/index.page, Erişim: 12.06.2020.
- 7) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Tarım Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği. İnternet: <http://www.guvenlitaram.gov.tr>, Erişim: 14.06.2020.
- 8) Tamir F. Adana İli Tarım Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları/Çözümleri. 9. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, 07.05.2018, İstanbul.
- 9) Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Tarım Makineleri İle Güvenli Çalışma. 2018.
- 10) Gönültaş T, Aytaç N, Akbaba M. Mevsimlik Tarım İşçilerinin İş Kazası ve İşle İlgili Hastalık Geçirme Durumlarının Araştırılması. Sakarya Tıp Dergisi 2018, 8 (1):117-126
- 11) Akpınar T, Özyıldırım K. Trakya Bölgesi'nde Tarımsal Faaliyette Bulunan Çiftçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Çalışma ve Toplum, 2016/3, s.1231-1270.
- 12) Mevsimlik Tarım İşçileri Başbakanlık Genelgesi. 19.04.2017 tarih ve 30043 sayılı Resmî Gazete.
- 13) Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Ortak Danışma Kurulu Raporu, ÇSGB, Ankara, 2018.
- 14) Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilme Projesi-METIP, ÇSGB, Ankara, 2016-2017.
- 15) Kalkınma Atölyesi. Mevsimlik Tarım İşçiliği Raporu, Ankara, 2018.

İş Sağlığında Karşılaşılan Etik

› Sorunlar ve Mevcut Durum

61

PROF. DR. SEVGİ CANBAZ

Giriş

Geniş bir çalışma alanı olan iş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamalarının temel amacı; çalışanların sağlığını korumak, en üst düzeye çıkartmak, çalışma kapasiteleri ile becerilerini güçlendirmek, yeterliliklerine göre uygun işe yerleşmelerini sağlamak, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamını oluşturmak ve bunun devamlılığını sağlamaktır⁽¹⁾. İSG kavramı iş sağlığı ve iş güvenliği olmak üzere iki tanımı içinde barındırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) “İş sağlığını; her meslekteki işçilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliklerini en üst düzeyde koruma ve geliştirmeyi; çalışma koşullarından ötürü sağlıklarını kaybetmelerinin önlenmesini; işyerindeki sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklanan risklerden korunmasını; fiziksel ve psikolojik donanımına uygun işte çalışmasının sağlanmasını ve özetle işin insana uyarlanmasını ve her bir insanın işine adapte edilmesini amaçlar” olarak tanımlamaktadır^(2,3). İş güvenliği ise; bir işin yürütümü sırasında oluşabilecek işyeri kaynaklı tehlikelerin ortadan kaldırılmasını veya bu mümkün değilse, en aza indirilmesini sağlayan teknik önlemleri içermektedir⁽⁴⁾. İSG kavramının temelinde çalışanların işten ve işyeri ortamından kaynaklanabilecek risklere karşı korunması, dolayısıyla iş kazaları, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıkların azaltılması bulunmaktadır⁽¹⁾.

İSG kavramı insanoğlunun tarım devrimi sonrasında yerleşik hayata geçmesi ve çalışma yaşamına başlaması ile önem kazanan, temelleri eski Roma dönemine dek uzanan bir kavramdır. Ancak sanayi

devrimi ile üretim sürecinde yaşanan değişim sonrasında, işçi sınıfının çalışma sürelerinin uzaması, tehlikeli işlerin artması gibi birçok etkenin meydana getirdiği riskler, kavrama yeni anlamlar yüklenmiş, devletin çalışma yaşamına müdahalesi gerekli olmuştur. Bu gereklilik sonucunda İngiltere’den başlayan hareketle birçok ülkede çalışan sağlığını korumak için yasalar çıkarılmıştır. Bir yandan da 1919 yılında Birleşmiş Milletler’e bağlı olarak kurulan UÇÖ; uluslararası çalışma standartlarını belirlemiş, çalışma yaşamında çalışan haklarını gözetmiş, sosyal korumayı ve çalışma yaşamındaki meselelerle ilgili diyalogu güçlendirmiştir⁽⁵⁾.

Zamanla üretim süreci ile çalışma yaşamındaki farklılaşmalar ve teknolojik gelişim, iş ortamından kaynaklı hastalıklar ve iş kazaları yönetimini daha karmaşık hale getirmiştir. Ulusal ve uluslararası pek çok araştırma verileri irdelendiğinde, iş kazalarının %98’inin önlenabilir ve insan kaynaklı nedenlerle meydana geldiği görülmektedir. İş kazalarının büyük bir kısmının sebebi durumundaki tehlikeli davranışlar; çalışanın kişisel, fizyolojik ve psikolojik özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır⁽⁶⁾. Dürtüsellik ve iş kazası arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, iş kazası ve ramak kala olay geçiren genç işçilerde, dürtüsel davranışların daha fazla olduğu bulunmuştur⁽⁷⁾. Diğer yandan gelişen teknolojiyle birlikte, her geçen gün yeni kimyasallar kullanıma girmekte ve mesleki risk faktörlerinin sayısı giderek artmaktadır. Mesleki biyolojik risk etmenlerinin sayısı 200’ün üzerindedir. Elliden fazla fiziksel risk faktörü, 20’den fazla ergonomik sorun çalışanların sağlığı

ğını tehdit etmektedir⁽⁸⁾. Günümüzde iş kazaları ve meslek hastalıklarını doğru yönetebilmek için; çalışanların, işverenlerin ve yetkili makamların belirli sorumlulukları, görevleri ve yükümlülükleri yerine getirmesi beklenmektedir. Burada da güvenlik kültürü kavramı devreye girmektedir. Güvenlik kültürü Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA) tarafından “kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış görüntülerinin bir ürünü” olarak tanımlanmaktadır. Amacı ise, çalışanların işyerinde bulunan risklere ve tehlikelere karşı farkındalığını sağlamak, sürekli olarak bunlara dikkat etmelerini sağlayan kurallar geliştirmek ve bu **kurallara uyma ahlakını** yerleştirmektir^(9,10). Mevzuat ve hukuki düzenlemeler ile İSG alanında güvenlik kültürü oluşturulmaya, böylece çalışanların sağlığı korunmaya çalışılmaktadır. Ancak veriler incelendiğinde düzenlemelerin iş kazası ve meslek hastalıkları istatistiklerine olumlu yansımadağı görülmektedir. Bu durum yapılan düzenlemelerin yeterli olmadığını ve mesleki etik gibi bazı faktörlerin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Mesleki etik çalışma yaşamındaki davranışları etkileyen, tarafları belirli kurallar dahilinde davranmaya zorlayan, yol gösteren ve çalışma yaşamı ideallerini korumayı amaçlayan prensipleri ifade etmektedir. Meslek etiğinin en önemli özelliği dünyanın her yerinde, aynı meslekte çalışan bireylerin bu davranış kurallarına uygun davranarak çalışmasını sağlamasıdır. Ancak bazen davranışları belirleyen etik ölçütler, toplumdan topluma değişebilmekte, hatta zaman içerisinde bazı dinamiklerin etkisiyle aynı toplum içinde de farklılaşabilmektedir⁽¹¹⁾.

İş Etiğinin Gelişimi

Tarihsel süreç içerisinde ihtiyaç duyulan her türlü mal ya da hizmet üretimi, çeşitli meslek gruplarının doğmasına neden olmuştur. Bu meslek grupları kendi üyelerini belli kurullarla davranmaya zorlayan, bireysel eğilimlerini sınırlayan, mesleki rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan bazı ilkeler belirlemiştir. İş etiği kavramı da buradan doğmuştur. İş etiği kavramı toplumsal, politik, ekonomik ve yönetim alanlarındaki değişim ve gelişimlerden etkilenerek farklılaşma göstermiş, günümüze kadar kavrama yüklenen anlam büyümüştür^(11,12).

İş etiğinin tarihsel gelişimi antik çağa kadar uzanmaktadır. Yunan ve Roma döneminde filozoflar ticarete olumlu bakmamış, bu faaliyetlerin yalan ve hırsla dolu olduğunu ifade etmişlerdir. Hıristiyanlığın ilk zamanlarından 19. yüzyıla kadar, iş etiği konusunda kilisenin bakış açısı baskın olmuştur. İş etiği konusunda dinsel bakışın ötesine geçiş 19. yüzyılın sonunda başlamıştır. Endüstri devriminin de yaşandığı bu dönemde, ekonomik faydacılık ile ahlak arasındaki değişim/tokuşun sergilendiği bir piyasa oluşmuştur. Bu piyasada gelenekler ön plana çıkmış ve iş etiğinin temelleri atılmaya başlanmıştır. 1980’li yılların sonlarına doğru ivme kazanan küreselleşme süreci, bilginin üretilmesine ve kullanılmasına dayalı yeni bir ekonomik düzenin oluşumuna zemin hazırlamıştır. Bu dönemlerde ABD başta olmak üzere birçok ülkede “iş ahlakı-iş etiği” tanımı devreye girmiştir. 1990’lı yıllarda ise, işletmelerde örgüt ile dış çevre arasındaki ilişkilerin ön plana çıkarıldığı bir iş etiği kavramı oluşmuştur. Dürüstlük ve şeffaflık kavramları işletmelerin iş etiği anlayışlarında öncelikli olarak yer almış ve bu değişimden pek çok işletme etkilenmiştir. 2000’li yıllarda üretim, tüketim ve dağıtım döngüsünün bağımsızlaştığı, esnek işgücü oluşumlarının arttığı ve iş güvencesinin gittikçe azaldığı yeni gelişmeler yaşanmıştır⁽¹¹⁻¹³⁾. Son 40 yıllık süreçte küresel olarak kamunun çalışma yaşamındaki yeri azalmış, özelleştirme süreci ile serbest piyasa düzeni oluşmuştur. İşletmeler ticari birimler olmanın yanı sıra, sosyal birimler olarak ta kabul görmüş ve işletmelerin paydaşlarına yönelik sorumlulukları tartışılmaya başlanmıştır. Değişen ve gelişen sosyokültürel yapı sonucunda, toplumsal duyarlılık ve kamuoyu baskısı, müşterilerin ve çalışanların bilinci ve medyanın konuya ilgisinin artması da iş etiğinin önemsenmesine katkıda bulunmuştur. Günümüzde iş dünyasında işletmeler ve yöneticiler için etik en önemli yönetim konularından birisi olmuş, gerek ulusal gerekse uluslararası piyasalarda rekabet avantajlarını sürdürmek adına etik kodu olmayan ve kurumsal sosyal sorumluluk projeleri yürütme-yen büyük şirket kalmamıştır⁽¹³⁾.

İş Etiğinin Tanımı

Etik kelimesi Yunanca “karakter” anlamına gelen “ethos” kelimesinden türetilmiş olup, felsefenin ahlaki değerleri inceleyen bir dalıdır. Ahlaki olanın özünü ve temellerini araştıran bu bilim, insan dav-

ranışları ile ilgili sorunları incelemektedir. Etiğin evrensel doğruları olmakla birlikte; toplumların gelenekleri ve göreneklerindeki kültürel miraslarındaki farklılıklardan dolayı değişiklikler olabilmektedir^(7,9). Etik çerçevesinde oluşturulan ilke ve kurallar, hukuk kurallarından farklı olarak yasalarla değil, toplumsal tepkilerle oluşmaktadır. Günümüzde etik kavramı davranış biçimlerini irdeleyen ve düzenleyen bir disiplin olarak görülmektedir^(13,14). Temel etik ilkeleri; adalet, eşitlik, doğruluk-dürüstlük ve tarafsızlık olmak üzere 4 temel başlıkta toplanmaktadır⁽¹³⁾.

Etiğin bir alt grubu olan **iş etiği**; çalışma yaşamındaki davranışları yönlendiren, bunlara rehberlik eden etik prensipler ve standartlardır. Hukuka, düşünmeye ve felsefeye dayalı davranış ilkelerini içermektedir. İş etiği, iş hayatında daha çok kurallara ve politikalara dayalı iyi-köyü, doğru-yanlış davranışlardır. İşletmelerin ürün ve hizmet üretimi ve dağıtım aşamalarında, gerek örgüt gerekse çalışan düzeyinde davranışların etik boyutları ile ilgilenerek, bu davranışlara ilişkin yol gösteren kuralları kapsamaktadır. İlgili mesleği icra eden kişilerin, mesleklerinin gereğini yerine getirirken dikkat etmesi gereken kuralları içermektedir⁽¹³⁻¹⁵⁾. İş etiği kavramı, çalışma etiğini (*work ethics*) ve meslek etiğini (*professional ethics*) kapsamaktadır. *Çalışma etiği* bir toplumda işe ve çalışmaya ilişkin değerler ve tutumlardır. Toplumun kültür ve değerlerinden etkilenir. Bu açıdan bir toplumun işe yönelik tavır bir başka toplumdan farklılıklar gösterebileceği gibi, toplumun çeşitli katmanları arasında da farklı yaklaşımlar söz konusu olabilmektedir. *Meslek etiğinde* “profesyonel” ve “profesyonellik” söz konusudur. Bir işin meslek sayılabilmesi için belirli bir akademik eğitim süresi ve belirli bir ihtisaslaşma eğitimi gerekmektedir⁽¹³⁾.

Belirli bir meslek grubunun üyelerine yol gösteren, belli kurallarla davranmaya zorlayan, kişisel eğilimleri sınırlayan, mesleki rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini koruyan çalışma hayatındaki etik konular; toplumsal açıdan, uluslararası ve işyeri düzeyinde olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

Toplumsal açıdan irdelendiğinde en önemli etik sorun işyerlerinin gürültü, katı, sıvı, gaz atıkları sonucunda neden olduğu çevre kirlenmesidir. Günümüzde artan küreselleşme ve getirdiği rekabet ortamı nedeniyle ciddi çevre sorunlarıyla karşı karşıya kalınmaktadır. Bu açıdan literatüre geçen

en önemli çevresel sorunlara Japonya’da civa zehirlenmesi sonucu meydana gelen Minamata Hastalığı, Bophal olayı ve Çernobil Nükleer Santrali kazası örnek verilebilir. Hindistan-Bhopal’de 3 Aralık 1984 tarihinde Amerikalı Union Carbide firmasının yanlışlıkla zehirli bir gazı dışarı atması sonucu yaşanan patlamada 18.000 kişinin ölmüş, 150.000 kişi yaralanmış ve izleri hala devam eden çevresel bir felakete yol açmıştır⁽¹⁶⁾. Oluşan çevre sorunları hakkında toplumu bilgilendirmek önemli bir etik sorumluluktur. Bu tür olaylar sonucunda meydana gelen toplu ölümler ve sakatlıklar, önemli bir toplumsal sorun oluşturmaktadır. Ayrıca bu sorunlar sadece olayın meydana geldiği bölgede sınırlı kalmayıp, küresel sorunlara da neden olmaktadır.

Uluslararası açıdan irdelendiğinde; İSG standartlarının, ülkeden ülkeye değişmesi önemli etik tartışmalara neden olmaktadır. Küresel sermayenin özellikle ağır ve tehlikeli işler başta olmak üzere, verimliliği ve karlılığı az olan, güvenlik standartları düşük olan gelişmekte olan ülkelere aktardığı, endüstri atıklarının başka ülkelere transfer ettiği gözlemlenmektedir. Haiti’de 1999 yılında, bir Disney taşeronu çalışanlarının kötü koşullarda ve yoksulluk sınırında ücretler karşılığında çalıştığının ortaya çıkması üzerine Disney, sömürücü şirket olarak damgalanmıştır. Yine 2000’li yıllarda Nike’ın Pakistan ve Vietnam gibi ülkelerde, çocuk işçilerin çalıştırıldığı atölyelerde üretim yaptırdığı ortaya çıkmış, Nike gerçeği kabul etmiş ve tüketicilerinden özür dilemiştir⁽¹⁶⁾.

İşyeri düzeyinde etik konular irdelendiğinde; işe alım aşamasında, işin devamı ve ücretlendirmede, terfi ve yükselmelerde cinsiyet ayrımcılığı, İSG hizmet sunumu sırasındaki uygulamaları, işverenin çalışanlarına karşı sorumlulukları gibi çeşitli konuları kapsamaktadır. Ülkemizde İş Kanunu’nu Madde 5’te “İş ilişkisinde dil, ırk, renk, cinsiyet, engellilik, siyasal düşünce, felsefi inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayırım yapılamaz.” denilmektedir⁽¹⁷⁾.

Dünyada ve Ülkemizde İSG’nde Etik

İSG hizmetleri, çok farklı disiplinlerden gelen profesyonelleri yapısında bulunduran bir ekip hizmetidir. Bu ekip arasında karmaşık ilişkiler, yükümlülükler ve sorumluluklar bulunmaktadır. Yükümlülükler ve sorumluluklar genellikle her ülkenin

kendi yasal düzenlemeleriyle çerçevelenmektedir. Ancak iş sağlığı profesyonelleri (İSP)'nin taraflarla olan ilişkilerinin tanımlanması ve standartların netleştirilmesi bağlamında, iş etiği devreye girmektedir. İSP görevlerini yerine getirirken, bilgileri ve vicdanları doğrultusunda, çalışanların sağlığının korunması ve güvenlikleri için kararlar alıp önerilerde bulunurken; bağımsız olabilmeli, profesyonel davranabilmeli ve kendisine işveren tarafından gerekli koşullar sağlanmalıdır. Profesyonel davranış, dürüstlük, tarafsızlık, sağlık verilerinin gizliliğini ve çalışanların özel bilgilerini korumayı da içermektedir. Bu nedenle İSP'nin çalışma yaşamında tam bağımsız çalışmalarını sağlamak amacıyla Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu tarafından, **“İş Sağlığı Profesyonelleri için Uluslararası Etik Kurallar Rehberi”** hazırlanmıştır^(1,13).

İş Sağlığı Profesyonelleri için Uluslararası Etik Kurallar Rehberi⁽¹⁾

- 1- “İş sağlığının amacı, işçilerin bireysel ve toplu olarak sağlığına ve sosyal refahına yönelik hizmetlerin sunulmasıdır. İş sağlığı uygulaması en yüksek profesyonel standartlara ve etik ilkelere göre gerçekleştirilmelidir. İş sağlığı profesyonelleri, çevre ve toplum sağlığına katkıda bulunmalıdır.”
- 2- “İş sağlığı profesyonellerinin görevleri arasında, işçinin yaşamını ve sağlığını koruma, insan onuruna saygı ve iş sağlığı politikaları ile programlarında en yüksek etik ilkeleri geliştirme yer alır. Profesyonel davranış, dürüstlük, tarafsızlık, sağlık verilerinin gizliliğini ve işçilerin özel bilgilerini korumayı da içermektedir.”
- 3- “İş sağlığı profesyonelleri, görevlerini yerine getirirken tam profesyonel bağımsızlığa sahip olması gereken uzmanlardır. Görevleri için gerekli olan yeterliği edinip sürdürmeli ve işlerini doğru uygulamayla ve profesyonel etik kurallara uygun biçimde yürütmelerini sağlayacak koşulları talep etmelidirler.”

İSP'nin görev ve yükümlülükleri bu rehberde, 26 başlık altında toplanmaktadır⁽¹⁾.

1. Amaçlar ve danışmanlık rolü
2. Bilgi ve uzmanlık
3. Politika ve program geliştirilmesi
4. İyileştirici eylemlerin izlemi
5. Önleme ve hızlı hareket etmenin vurgulanması

6. Güvenlik ve sağlık bilgileri
7. Ticari sınırlar
8. Sağlık izlemi
9. İşçiyi bilgilendirme
10. İşvereni bilgilendirme
11. Üçüncü kişilere yönelik tehlike
12. Biyolojik izlem ve araştırmalar
13. Sağlığın desteklenmesi
14. Toplumun ve çevrenin korunması
15. Bilimsel bilgiye katkı
16. Yeterlilik, doğruluk ve tarafsızlık
17. Profesyonel bağımsızlık
18. Eşitlik, ayırım gözetmeme ve iletişim
19. İş sözleşmelerinde etik hüküm
20. Kayıtlar
21. Tıbbi gizlilik
22. Toplu sağlık verileri
23. Sağlık profesyonelleriyle ilişkiler
24. Suiistimalle mücadele
25. Sosyal taraflarla ilişkiler
26. Etiği destekleme ve denetim

Ülkemizdeki endüstrileşme hareketi batılı ülkelerden daha sonra geliştiği için, organize olmuş modern etik anlayışı 20.yüzyılda başlayabilmiştir. Ancak ülkemizdeki iş dünyasının etik ilkelerine evrilen ilk yaklaşımlar olan vakıf ve derneklere, çok eski çağlardan beri rastlanmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren devlet belli başlı bütün kurumları düzenleyip, ekonomide modern bir düzen oluşturmayı amaçlamıştır. Bu amaçla 1924 yılında Ticaret ve Sanayi Odaları Kanunu ile ahi birliklerini “Esnaf ve Sanatkarlar Odaları”na dönüştürmüştür. 1930'lu yıllardan sonra karma ekonomi dönemi başlamış ve sosyal devlet anlayışı hakim olmuştur. 1950'li yıllara gelindiğinde dünyada ve ülkemizde uluslararası ortaklıklar kurulmaya başlanmış ve çok sayıda holding kurulmuştur. Bu durum ekonomik faaliyetlerin yavaş yavaş özel sektöre devredilmesine neden olmuştur. 1980'li yıllardan sonra, dünyada ve ülkemizde küreselleşme etkisi gözlemlenmiş, ekonominin düzeni, kapsamı, söylemi ve aktörleri değişip genişlemiştir. 1980'li yıllar küresel anlamda, iş dünyasında bireysel hırsın yükseldiği ve bu alandaki etik olmayan davranışların ortaya çıktığı yıllardır. All my Sons, Wall Street, Network ve Silkwood gibi filmlerin popüler olması, iş etiği dünyasında önemli bir pencere açması ve etiğin kapsamı hakkında önemli mesajlar içermesinden gelmektedir⁽¹⁶⁾.

Etik Sorumluluklar

Çalışma yaşamının tarafları devlet, işveren, İSP ve çalışan olarak gruplandırılabilir. Bu grupların her birinin farklı etik sorumlulukları bulunmaktadır.

Devlet

İSG alanında mevzuat yapma, teşkilatlanma, denetim yapma ve yaptırım uygulama gibi görevler devletin sorumluluğundadır. Devlet yasa, tüzük ve yönetmeliklerle önleyici, zorlayıcı önlemler almalı, bunlara uyulup uyulmadığını mutlaka denetlemeli ve gerekli durumlarda cezalandırma yöntemine gitmelidir. İSG alanında uygulanan cezalar, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemede kısmen de olsa caydırıcı olmaktadır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucunda iş gücü kaybına uğrayan çalışanların, eski sağlıklarına kavuşmaları ve yeniden meslek sahibi olabilmeleri için devlet zorlayıcı bir unsur olmalı ve motivasyon artırıcı destekler sunmalıdır. Devlet tarafından iş kazalarının kök nedenleri araştırılmalı, ortadan kaldırılması için bilimsel çalışmalara destek vermeli, bu konuda üniversitelerin ilgili bölümleriyle ortak çalışmalar içine girmelidir^(14,15).

İşveren

İş kanununa göre “belirli bir ücret karşılığı herhangi bir işte, işçi çalıştıran gerçek veya tüzel kişiye yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlara” işveren denilmektedir⁽²⁰⁾. Gerçek ve tüzel kişi olup olmadığına bakılmaksızın, tüm işverenlerin bazı yükümlülükleri bulunmaktadır. İSG hizmetlerinin çalışana uluslararası ve ulusal standartlara uygun sunulmasından işveren sorumludur. İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla ilgili yükümlülükleri birçok kanun ve yönetmelikte tanımlanmıştır. Bunlardan en önemlileri; 6631 Sayılı Kanun, 4857 Sayılı Kanun, 5510 Sayılı Kanun ve 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun’dur⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Bu kanunlar belli başlıklarda özetlendiğinde işverenin sorumlulukları; gerekli her türlü önlemleri alma, bilgilendirme ve eğitim verme, sağlık gözetimi ve denetimi, örgütlenme, denetleme, kayıt ve bildirim yükümlülüğü başlıklarında toplanabilmektedir. İşveren bu sorumlulukların yerine getirilmesinde İSP ile birlikte çalışmalıdır. Çünkü İSG bilimsel temelleri olması gereken bir

disiplindir^(17,21,27). İşverenin diğer bir yükümlülüğü olan İSG eğitimleri ile, çalışanlara güvenlik kültürü kazandırmak amaçlanmaktadır. Kaza ve risklere karşı ne kadar önlemler alınmış olursa olsun, çalışanların güvenlik kültürüne sahip olması önemlidir^(6,10,21). İşveren, yasa ile belirlenmiş sınırların altında olmamak şartı ile, iş sözleşmesinde belirtilen ücreti zamanında ödemekle yükümlüdür. Eğer fazla mesai yapıyorsa bunun ücreti, sözleşmede varsa prim, ikramiye gibi ödemeleri yapılmakla da yükümlüdür⁽¹⁷⁾. Yasalar çerçevesinde belirlenmiş çalışan haklarını ve sosyal güvence biçimlerini uygulayarak işçilerin mağdur olmasını engellemek işveren sorumluluğu altındadır. İşçilerin hafta tatili ve yıllık izin haklarını kullanmalarını sağlamalıdır. İşçilerin talebi doğrultusunda özlük haklarını kullanmaları işveren denetiminde olmalıdır. Bunun dışında işyeri sahibi olmaktan kaynaklanan vergi gibi ödemelerin de takibini işveren yapmalıdır. İşyeri dışındaki İSP ve kuruluşlardan hizmet alınması işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmadığı gibi, işveren İSG tedbirlerinin maliyetini de çalışanlara yansıtamaz^(17,18).

İSP'nin Etik Sorumlulukları

6331 sayılı yasa ve buna bağlı çıkarılan bazı yönetmeliklerde, İSP'nin uyması gereken ilkeler tanımlanmıştır. İSP'nin işçi ve işveren temsilcileri, devlet, toplum, sosyal güvenlik kurumu, adalet kurumları gibi çalışma yaşamında yer alan taraflarla ilişkilerinde, bazı etik sorumlulukları bulunmaktadır. İSG hizmetlerinin sunumu yüksek profesyonel standartlara ve etik ilkelere uygun yürütülmelidir. Çalışanın yaşamını ve sağlığını koruma, insan onuruna saygı esas olmalıdır. Bu yönetmelikler;

İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik

İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri İle Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkındaki Yönetmelik⁽²²⁻²⁵⁾.

İşyeri Hekiminin Etik Sorumlulukları

İşyeri hekimlerinin sorumlulukları “İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumlulukları”

luk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik”te ayrıntılı olarak verilmiştir. Bu yönetmeliğe göre işyeri hekimi “İSG alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekim” olarak tanımlanmaktadır⁽²²⁾. İlgili yönetmeliğe göre işyeri hekimi, işyerinde bulunması halinde diğer sağlık personeli ile birlikte çalışmaktadır. İSG hizmetleri kapsamında Madde 9’da daha detaylı anlatılmış olan aşağıdaki görevleri bulunmaktadır.

İSG hizmetleri kapsamında çalışanların sağlık gözetimi ve çalışma ortamının gözetimi ile ilgili işverene rehberlik yapmak.

İSG yönünden risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgili çalışmalara ve uygulanmasına katılmak, risk değerlendirmesi sonucunda alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda işverene önerilerde bulunmak ve takibini yapmak.

Sağlık gözetimi kapsamında yapılacak işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler ile ilgili olarak çalışanları bilgilendirmek ve onların rızasını almak.

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin ilgili mevzuata uygun olarak planlanması konusunda çalışma yaparak işverenin onayına sunmak ve uygulamalarını yapmak veya kontrol etmek.

Sağlık gözetimi sonuçlarına göre, iş güvenliği uzmanı ile işbirliği içinde çalışma ortamının gözetimi kapsamında gerekli ölçümlerin yapılmasını önermek, ölçüm sonuçlarını değerlendirmek⁽²²⁾.

Bu görevleri yerine getirirken, çalışma düzenini ve işin akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak, İSG kurallarına uygun bir çalışma ortamını sağlamak, işverenin ve işyerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları hakkındaki bilgileri ve çalışanların kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlü kılınmıştır. İşyeri hekiminin, meslek hastalığı ön tanısı koyduğu olguları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk etmesi hem çalışana hem de işverene karşı önemli bir sorumluluğudur. İşyeri hekimi, işyerinde yaptığı çalışmalara ilişkin tespit ve önerileri ile Madde 9’da yer alan çalışmalarını, İGU ile birlikte yaptığı çalışmalarını ve gerekli gördüğü diğer hususları onaylı deftere yazmak zorundadır. Diğer yandan işyeri hekimleri, İSG hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumlu tutulmuştur⁽²²⁾.

İGU'nun yükümlükleri

“İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik”inde iş güvenliği uzmanı “İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip mühendis, mimar veya teknik elemanı” olarak tanımlanmaktadır⁽²³⁾. İlgili yönetmeliğin Madde 9, Madde 10 ve Madde 11’inde İGU’nun görev, yetki ve sorumlulukları açıklanmaktadır. İGU’nun Madde 9’da daha ayrıntılı açıklanan rehberlik, risk değerlendirmesi, çalışma ortamı gözetimi, eğitim, bilgilendirme ve kayıt, ilgili birimlerle iş birliği gibi görevleri bulunmaktadır. Madde 10’da ise İGU’nun yetkileri açıklanmıştır. Bunlar;

İşverene yazılı olarak bildirilen İSG’yle ilgili alınması gereken tedbirlerden hayati tehlike arz edenlerin, İGU tarafından belirlenecek makul bir süre içinde işveren tarafından yerine getirilmemesi hâlinde, bu hususu işyerinin bağlı bulunduğu çalışma ve iş kurumu il müdürlüğüne bildirmek.

İşyerinde belirlediği hayati tehlikenin ciddi ve önlenemez olması ve bu hususun acil müdahale gerektirmesi halinde işin durdurulması için işverene başvurmak

Görevi gereği işyerinin bütün bölümlerinde İSG konusunda inceleme ve araştırma yapmak, gerekli bilgi ve belgelere ulaşmak ve çalışanlarla görüşmek

Görevinin gerektirdiği konularda işverenin bilgisi dâhilinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işyerinin iç düzenlemelerine uygun olarak işbirliği yapmaktır⁽²³⁾.

İGU’nun yükümlülükleri Madde 11’de açıklanmıştır. “Bu Yönetmelikte belirtilen görevlerini yaparken, işin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak ve verimli bir çalışma ortamının sağlanmasına katkıda bulunmak, işverenin ve işyerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları ile ilgili bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler. İGU, İSG hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludur. Çalışanın ölümü veya maluliyetiyle sonuçlanacak şekilde vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde ihmali tespit edilen İGU’nun yetki belgesinin geçerliliği altı ay süreyle askıya alınır. Bu konudaki ihmalin tespitinde kesinleşmiş yargı kararı, malullüğün belirlenmesinde ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Ka-

nununun 25 inci maddesindeki kriterler esas alınır. İGU, görevlendirildiği işyerinde yapılan çalışmalara ilişkin tespit ve tavsiyeleri ile 9 uncu maddede belirtilen hususlara ait faaliyetlerini, işyeri hekimi ile birlikte yapılan çalışmaları ve gerekli gördüğü diğer hususları onaylı deftere yazar” denilmektedir⁽²³⁾.

Çalışanın Etik Sorumlulukları

İş Kanunu'nun 73. Maddesinde yer alan, “İşçiler de işçi sağlığı ve iş güvenliği hakkındaki usul ve şartlara uymakla yükümlüdürler” hükmü uyarınca işçilerin yükümlülükleri vurgulanmıştır. İşçiler sadakat ve özen, işyerinde uygulanan güvenlik ve sağlık kurallarına uymak, tehlike yaratabilecek davranışlardan kaçınmak, makine ve tezgahları ve diğer ekipmanları kullanma talimatına göre çalıştırmak, kullanmak ve kapatmak, makine ve tezgahlarla ilgili koruyucularla, kişisel korunma malzemelerini kullanmada ihmalkar davranmamak, işini özenle yapmak, kısaca işverene, çalışma arkadaşlarına ve işyerine zarar verici davranışlardan kaçınmak zorundadır⁽¹⁷⁾.

Ülkemizde İSG Alanında Yaşanan Etik Sorunlar

Ülkemizde İSG alanında yaşanan etik sorunları üç başlık altında toplanabilir. Bunlar; yasa ve yönetmeliklerin uygulanmasındaki etik sorunlar, iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili etik sorunlar ve taraflar arası ilişkilerdeki etik sorunlardır.

Ülkemizde 30 Aralık 2012 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 6331 sayılı kanun ve buna bağlı çıkartılan yönetmelikler ile iş yaşamı düzenlenmektedir. İSG açısından ülkeleri birbiri ile kıyaslamada kullanılan epidemiyolojik ölçütler iş kazası ve meslek hastalıkları olup, ülkelerde İSG alanında alınan önlemlerin ne derecede başarılı olduğunu göstermektedir. Dünyadaki sayılara bakıldığında, ülkemizde iş kazası nedeni ile ölümlerde Avrupa ülkeleri arasında birinci, dünyada üçüncüdür⁽²⁶⁾. İş kazası sayıları ve buna bağlı ölümlerde büyük sorunlar yaşanması, yasa ve yönetmeliklerin varlığına rağmen uygulanmasında etik olmayan bazı sorunlar olabileceğini gündeme getirmektedir. 6331 sayılı yasanın yürürlüğe girmesinden kısa bir süre sonra, 13 Mayıs 2014’te Manisa’nın Soma ilçesinde meydana gelen ve ülkemizde en çok can kaybı ile

sonuçlanan iş kazası olarak kayıtlara geçen faciada, 787 işçi patlama sonucu yer altında kalmış ve 301 kişi yaşamını kaybetmiştir. Üstelik 2013 yılında madenlerdeki tehlikeli çalışma koşullarına dikkat çekmek amacıyla yapılan eylem sonrası bu facianın yaşanması, etik bazı sorunları gündeme getirmiş olsa da, halen benzer etik ihlaller yaşanmaktadır⁽²⁷⁾. Çünkü yalnızca yasaların, tüzüklerin, sözleşmelerin var olması, iş kazaları ve meslek hastalıklarının yaşanmasına engel olamamaktadır. Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamlarının oluşturulmasında devlet, işveren ve çalışanlar etkin olarak etik değerleri önemsemelidir.

Ülkemizde İSP’nin ücretlerini işverenden alması, sorumluluklarını yerine getirmelerinin önünde en önemli bir engeldir. Aslan V ve ark.nın⁽²⁸⁾ yaptığı bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre İGU’nun başlıca sorunları; işveren müdahalesi, bağımsız çalışmama hissi, çalışma ve danışmanlık sürelerinin yetersiz olması ve uzmanların ücretlerinin, danışmanlık yaptıkları şirketler tarafından ödenmesinin mesleki bağımsızlıklarını olumsuz yönde etkilemesi olarak sıralanmıştır.

Ülkemizde İSG alanında yaşanan sorunlara sıklıkla, işveren/işveren temsilcilerinin ve İSGP’nin, kanun ve yönetmeliklerde belirtilen sorumlulukları yerine getirirken, iş etiğine uygun olmayan eylem ve davranışları neden olmaktadır⁽²⁷⁾. Diğer yandan çalışanların güvenlik kültürüne uygun olmayan eylem ve davranışları ile, yasal hak ve görevleri konusunda yeterince bilgili olmamaları da bu duruma neden olmaktadır.

Sonuç olarak; İSG’de yapılan düzenlemelerin temel çıktıları iş kazası ve meslek hastalığı sayılarıdır. Bu çıktılarda gelişmiş ülkelerin seviyesini yakalamak istiyorsak, sadece yasa ve yönetmeliklerin yeterli olmadığını kavramak, etik davranışların bütün iş yerlerini ve bütün çalışanları kapsamasını sağlamak gerekmektedir. İSG’de etik davranışlar, sağlığın korunmasının ötesinde, sağlığın geliştirilmesinde ve en üst düzeyde sürdürülmesini de sağlamaktadır. İş sağlığı uygulamaları en yüksek profesyonel kurallar ve iş etiği ilkelerine uygun olarak yürütülmelidir.

Kaynaklar

- 1- ICOS: İş Sağlığı Uluslararası Komisyonu Genel Sekreterliği. İş Sağlığı Profesyonelleri İçin Uluslararası Etik Kurallar. Demiral, Y (Çev),2002.

- 2- World Health Organisation. WHO Definition of Health, 2009. Url: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- 3- World Health Organisation. Regional Strategy on Occupational Health and Safety in SEAR Country, New Delhi: WHO Publications, 2005.
- 4- Başbuğ, A. İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Aydoğdu Ofset: 2013.
- 5- Uluslararası Çalışma Örgütü. 1919-2019 ILO-Türkiye İlişkilerinin Yüzyılı. Gülmez, M (Çev), Ankara, 2019.
- 6- Camkurt, M.Z. Çalışanlarının Kişisel Özelliklerinin İş Kazalarının Meydana Gelmesi Üzerindeki Etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi 2013; 24 (6): 70-101.
- 7- Orhan, S., Canbaz, S., Akbaş, S., Pekşen, Y. Genç İşçilerde İş Kazası Sıklığının Dürtüsellikle İlişkisi. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2017;2 (3):151-8.
- 8- İSGÜM. Meslek Hastalıkları ve İşle İlgili Hastalıklar Tanı Rehberi. Url: http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isgdoc/isgip/isgip_saglik_tani_rehberi.pdf
- 9- US Nuclear Regulatory Commission, 2006, Safety Culture Versus Safety Management. Url: <http://www.Nrc.Gov/Reading-Rm/Doc-Collections/Commission/Secys/2006/Secy2006-0122/Enclosure3.Pdf#Search=%22%22safety%20culture%20insag-4%22%22>.
- 10- Reason, J. Safety Paradoxes and Safety Culture. Injury Control and Safety Promotion 2000; 7 (1): 3-14.
- 11- Pirinççi, E., Yakar, B. İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonelleri İçin Uluslararası Etik Kurallar. Ozan AT (Ed). Türkiye'de İş Sağlığı-İş Güvenliği ve Etik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2018;1-10.
- 11- Sayım, F. Etik ve İş Etiği Kavramları. Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayıncılık, Bursa: 3-50, 2011.
- 12- Milli Eğitim Bakanlığı, MEGEP. Meslek Etiği, Ankara,2006.
- 13- TÜSİAD. Dünyada ve Türkiye'de İş Etiği ve Etik Yönetimi. Haziran 2009 (Yayın No: TÜSİAD/T-2009-06-492).
- 14- TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası. Etik, Ahlak ve Meslek İlkeleri, Url: http://www.emo.org.tr/ekler/4affa4f6b27df04_ek.pdf
- 15- Oğuzöncül, A.F. Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliğinde Paydaşlara Verilen Etik Eğitimi. Ozan AT (Ed). Türkiye'de İş Sağlığı-İş Güvenliği ve Etik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 20-4: 2018.
- 16- Topuz Z. İş Yerinde Etik Standartların Çalışanın İş Tatminine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Barış Çalışmaları Anabilim Dalı Liderlik ve İş Etiği Programı, Ankara, 2018.
- 17- 4857 Sayılı İş Kanunu, 10.6.2003 tarih ve 25134 Sayılı Resmi Gazete.
- 18- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30.6.2012 tarih ve 28339 Sayılı Resmi Gazete.
- 19- 5510 Sayılı Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16.6.2006 tarih ve 26200 Sayılı Resmi Gazete.
- 20- 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun, 7.4.2016 tarih ve 29667 Sayılı Resmi Gazete.
- 21- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 15.05.2013 tarih ve 28648 Sayılı Resmi Gazete.
- 22- İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, 20.07.2013 tarih ve 28713 Sayılı Resmi Gazete.
- 23- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. 29.12.2012 tarih ve 28512 Sayılı Resmi Gazete.
- 24- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, 29.12.2012 tarih ve 28512 Sayılı Resmi Gazete.
- 25- İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri İle Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkındaki Yönetmelik. 15.08.2009 tarih ve 27230 Sayılı Resmi Gazete.
- 26- Gündüz, S. 6331 Sayılı Yasanın Uygulamasında Etik Sorunlar. Ozan AT (Ed). Türkiye'de İş Sağlığı-İş Güvenliği ve Etik. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 11-9: 2018.
- 27- Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Merkezi, Soma Maden Faciası Raporu, Ankara, 2014. Url: https://www.barobirlik.org.tr/dosyalar/duyurular/20141112_somamadenfaciasipdf.pdf
- 28- Volkan A, Ulubeyli S. İş Güvenliği Uzmanlarının Sorunlarına Yönelik Bir Saha Araştırması. Çalışma ve Toplum, 2016/31321-1340.

Eğreti (Prekaryöz) Çalışma > ve Sağlık Etkileri

62

PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN

Son yıllarda özellikle istihdam biçimi, işin içeriği ve iş örgütlenmesindeki değişimler işçi sağlığı ve güvenliği alanında yeni sorunlara neden olmaktadır. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın (The European Agency for Safety and Health at Work- EU OSHA) çalışma yaşamında karşılaşılan yeni tehlike ve risklerin araştırılması amacıyla yaptığı bir çalışmada yeni ortaya çıkan psikososyal tehlikelerin önemli bir kısmının değişen istihdam ilişkilerinden kaynaklandığını ortaya konmuştur.⁽¹⁾

Bu bölümde yeni ortaya çıkan bir risk olması nedeniyle eğreti istihdamın tanımı ve özellikleri, ölçümü, sağlık etkileri ile ilgili kısa bir teorik bilgilendirme yapıldıktan sonra, eğreti istihdamla ilgili olabilecek son istatistikler ve araştırma bilgilerine yer verilmiştir.

Eğreti istihdamın tanımı ve özellikleri

Son yıllarda ortaya çıkan bir istihdam biçimi olarak eğreti istihdamın tanımı konusunda uluslararası düzeyde bir fikir birliği oluşturulamamıştır. Eğreti çalışma, Avrupa Birliğinde (AB) *atipik veya standart dışı istihdam* yerine veya eşanlamı olarak yaygın bir biçimde kullanılırken, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) *koşullu çalışma* (contingent work) terimi daha yaygın kullanılmaktadır.⁽²⁾ Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), eğreti istihdamın; standart olmayan istihdam kapsamında ve onun yerine kullanılan bir kavram olmakla birlikte bu ikisinin farkları olduğunu belirtmektedir. İstihdamın eğretiliği; istihdamın süresine ilişkin belirsizlik, çok

sayıda işverene karşı sorumlu olma, gizlenmiş veya belirsiz istihdam ilişkisi, sosyal güvenceden yoksun olma, düşük ücret karşılığında çalışma ve sendika üyeliği ve toplu pazarlık imkânının bulunmaması olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca eğreti istihdam bazı demografik özellikler ile de ilişkili olup işçilerin -cinsiyet, etnisite ve köken gibi- bireysel özellikleri eğreti çalışmaya yönlendiren etkenlerdir.⁽³⁾ Eğreti istihdamın (1) istihdamın sürekliliğine dair belirsizlik (2) iş üzerinde düşük bireysel ve kolektif kontrol (çalışma koşulları, gelir, çalışma saatleri) (3) düşük düzeyde koruma (sosyal koruma, işsizliğe karşı koruma veya ayrımcılığa karşı); (4) yetersiz gelir veya ekonomik zaafiyet olmak üzere dört boyutu vardır.⁽⁴⁾ Eğreti işler, aynı zamanda kaybedilme riski yüksek ve kısa vadeli işlerdir. Çalışanların çalışma koşulları, çalışma temposu ve ücret üzerindeki kontrolü ve kanun veya sendikalar aracılığıyla korunma düzeyi düşüktür.⁽⁵⁾

Eğreti İstihdamın Ölçümü

Bugüne kadar, halk sağlığı perspektifinden eğreti istihdamın çok boyutlu yapısını ölçmek amacıyla geliştirilen iki anket bulunmaktadır. Bunlardan ilki Barselona'daki GREDS-EMCONET'e (Sağlık Eşitsizlikleri Araştırma Grubu - İstihdam Koşulları Ağı) bağlı araştırmacılar tarafından geliştirilen Çalışmanın Eğretilik Ölçeği=The Employment Precariousness Scale- (EPRES)dir. EPRES ile istihdamın 6 boyutu incelenmektedir:

1) **Süreksizlik:** belirli bir süre için yapılmış sözleşme veya istihdamın devamlılığına dair netliğin olmaması durumunu;

- 2) **Yetkisizlik:** çalışma ilişkisinin ve koşullarının belirlenmesi ve sürdürülmesi için kolektif yerine bireysel düzeyde pazarlık yapılması ve çalışanın pazarlık gücünün azalmasını;
- 3) **Savunmasızlık:** çalışanın işyerinde kabul edilemez koşullara karşı korumasız olmasını;
- 4) **Ücretler:** çalışanın düşük veya yetersiz ücret ile çalışmasını;
- 5) **Haklar:** sosyal güvence ve çalışan haklarından yararlanmadaki yetersizliği;
- 6) **Hakları kullanma gücü:** yasalar ile belirlenmiş hakların işyerinde uygulanmasını sağlama konusundaki güçsüzlüğü ifade eder ⁽⁶⁾.

Eğreti çalışmayı ölçmek için başka bir amaca özel anket aracı Kanada'da geliştirilmiştir. Güney Ontario'daki 2011-2014 Yoksulluk ve İstihdam Güvencesizlik araştırmasında (PEPSO) kullanılan Eğreti Çalışma Endeksi =Employment Precarious Index (EPI), eğreti çalışmayı 10 soruya dayanarak ölçmüştür. Bunlar; gelir düzeyi, gelir güvenliği, istihdam güvenliği, zaman çizelgesi öngörülebilirliği, sözleşme türü, istihdamla ilgili faydalar, işyerinde endişe yaratma korkusu (hakların / kırılabilirlik eksikliği) nakit (elden) maaş alma (Kanada bağlamında kayıt dışı çalışma için risk faktörüdür.) şeklindedir ⁽²⁾.

Eğreti Çalışmanın Sağlık Etkileri

Benach ve ark.'a göre eğreti çalışma, hem istihdamı hem de çalışma koşullarını kapsayan sağlığı sosyal bir belirleyicisidir. Eğreti çalışma koşulları altında çalışan işçiler, yüksek iş talebi ve düşük iş kontrolü nedeniyle daha güvenli çalışma ortamlarındaki işçilerle karşılaştırıldığında daha fazla iş stresi ve memnuniyetsizlik ve daha fazla olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşı karşıyadır ⁽⁶⁾.

Son yıllarda giderek artan sayıda araştırma, eğreti çalışmanın sağlık etkileri üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmalarda eğreti çalışmanın aralarında zihinsel ve fiziksel sağlık, iş kazaları, sigara içme sıklığı düzeyinde artma ve sağlık hizmetlerine daha düşük erişim gibi sağlıkla ilgili davranışlar olmak üzere bir dizi sağlık sorunuyla bağlantılı olabileceğini gösterilmiştir. Ayrıca ertelenmiş ebeveynlik riski ve malülen emeklilik riski ile eğreti çalışma arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da vardır ⁽²⁾. Bu çalışmalarda algılanan sağlığa bozul-

ma, iş doyumunda azalma, depresyon, tükenmişlik ve diğer mental sorunların sıklığında artma, iş kazası riskinde artma, kas iskelet sistemi sorunlarında artma, sigara ve alkol kullanımı ile ilişkili olarak mortalitede artma gibi sağlık sonuçları elde edilmiştir ⁽⁶⁾.

Türkiye'de Durum

Eğreti Çalışmanın Boyutu

Eğreti çalışmanın tanımlanmasında üzerine ortaklaşmış bir tanımın yokluğu nedeniyle hangi işlerin eğreti olduğu ya da hangi çalışma biçiminin eğreti olduğunun belirlenmesi güçtür. Rutin bilgi sistemlerinde çalışmanın veya işin eğretiliği ölçülmemekte, ancak çeşitli araştırmalar yoluyla bu tür bilgilere ulaşılabilmektedir. Çalışmanın eğretiliğini veya eğreti çalışmanın bileşenlerinden bazılarını araştıran uluslararası düzeyde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (ECWS), Avrupa İşgücü Anketi, Belçika'da Cinsiyet ve Kuşak Çalışması, Katalonya'da Katalan Çalışma Koşulları Araştırması, ABD Genel Sosyal Araştırması ve Kanada Çalışma ve Gelir Dinamiği Araştırması bunlardan bazılarıdır ⁽²⁾.

Avrupa Çalışma Koşulları Anketi 1990 yılından bu yana her beş yılda bir yapılmakta olup 2000'de yapılan üçüncü çalışmadan itibaren Türkiye de bu araştırmalarda yer almıştır. Ankette ele alınan temalar arasında istihdam durumu, çalışma süresi ve organizasyonu, çalışma düzeni, öğrenme ve eğitim, fiziksel ve psikolojik risk faktörleri, sağlık ve güvenlik, iş yaşam dengesi, çalışan katılımı, kazançlar ve finansal güvenliğin yanı sıra iş ve sağlık bulunmaktadır. Doğrudan eğreti çalışmaya dair bir veri olmasa da eğreti çalışma ile ilgili olabilecek değişkenler üzerinden Türkiye'ye ait bir değerlendirme yapma olanağı sunmaktadır ⁽⁷⁾.

2015 yılında yapılan Avrupa Çalışma Koşulları Anketi 35 ülkeden 43 850 kişiyle gerçekleştirilmiş ve Türkiye'den 2000 kişi örneğe seçilmiştir. Yazının bu bölümünde Avrupa Çalışma Koşulları Anketi'nde saptanan veriler Türkiye ve AB karşılaştırması olarak özetlenmiştir. Araştırmada istihdam durumu üç kategoride tanımlanmış olup bunlar kalıcı sözleşmeli, diğer sözleşmeli ve kendi hesabına çalışan olarak ayrılmıştır. Diğer sözleşmeli istihdam biçimi içinde belirli süreli sözleşmeliler ve herhangi bir sözleşmesi bulunmayanlar katıldığı için bu seçenek eğreti çalışma olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişiler arasında istihdam durumuna göre bakıldığında %36 kalıcı sözleşmeli, %33 kendi hesabına çalışan (bunlar arasında %82'si işçi çalıştırmıyor), %31 diğer sözleşmelidir (bunlar arasında %11 belirli süreli sözleşmeli iken %89 sözleşmesi bulunmayanlar). İstihdam durumuna göre cinsiyet, yaş, çalışılan sektör dağılımları **Tablo 62.1**'de gösterilmiştir.

Avrupa Çalışma Koşulları Anketi sonuçları satır yüzdesi olarak verdiğinden ayrıntılı bir değerlendirme olanağı olmamaktadır. Bununla birlikte Türkiye'de erkeklerin %31'i kadınların ise %34'ü eğreti çalışma kapsamında değerlendirilebilecek olan diğer sözleşmeli türünde istihdam edilmektedir. Bu durum kadınlarda eğreti çalışmanın daha yaygın olduğu bilgisini desteklemektedir. Öte yandan AB ortalaması ile karşılaştırıldığında diğer sözleşmeli istihdam biçimi her iki cinsiyette de daha düşüktür. Yaş dağılımı açısından bakıldığında diğer sözleşmeli olarak istihdam edilenlerin en yüksek olduğu yaş grubu 35 yaş altı gruptur. Bu durum AB'de benzerdir. Tüm yaş gruplarında diğer sözleşmeli istihdam edilenlerin oranı AB'ye göre daha yüksektir. Yüksek vasıflı masa başı iş yapanların %17'si yüksek vasıflı el işçilerinin %18'i düşük vasıflı masa başı iş yapanların %33'ü ve düşük vasıflı el işçile-

rinin %43'ü diğer sözleşmeli olarak istihdam edilmekte olup tümünde de AB ortalamasından fazladır. İnşaat ve ulaşım sektörleri ile kamu, eğitim ve sağlık sektörlerinde diğer sözleşmeli istihdam türü diğer sektörlerle göre daha yaygındır. AB ortalaması her sektörde Türkiye'ye göre daha düşüktür. Tüm bu bulgular, diğer sözleşmeli türü içerisinde bulunan belirli süreli sözleşmeler ve hiç sözleşmesi bulunmayanların varlığı dikkate alındığında eğreti çalışmanın da bir komponenti olan güvencesiz çalışmanın AB'ye göre daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Eğreti çalışma ile ilgili olabilecek diğer bir başlık çalışma saatleri ile ilgilidir. Avrupa Çalışma Koşulları Anketinde çalışma saatleri iş kalitesini gösteren belirteçlerden biri olarak değerlendirilmektedir⁽⁶⁾. Buna göre **Tablo 62.2**'de çalışma saatleri ile ilgili sorulan çeşitli özelliklerin istihdam biçimine göre dağılımları Türkiye ve AB ortalaması karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Türkiye her üç istihdam tipinde de çalışma saatleri açısından AB ortalamasına göre daha fazla çalışma saatlerine sahiptir.

Avrupa Çalışma Koşulları Anketinde iş yoğunluğu da iş kalitesi göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir⁽⁶⁾. **Tablo 62.3**'de iş kalitesi kapsamında sorulan sorulardan bazılarının istihdam

Tablo 62.1 Türkiye ve AB'de Avrupa Çalışma Koşulları Anketi 2015 araştırmasına katılan çalışanların istihdam durumlarına göre seçili özelliklerinin dağılımları

	Diğer Sözleşmeli İşçi		Kalıcı sözleşmeli işçi		Kendi hesabına çalışan	
	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB
Cinsiyet	%	%	%	%	%	%
Erkek	31	16	36	66	33	18
Kadın	34	20	34	69	32	11
Yaş Dağılımı						
35 yaş altı	35	32	44	60	22	8
35-49	32	13	34	72	34	14
50 üzeri	23	12	17	67	60	20
İş						
Yüksek vasıflı masa başı	37	12	53	69	10	19
Yüksek vasıflı el işçisi	18	18	20	54	61	29
Düşük vasıflı masa başı	33	19	46	71	22	10
Düşük vasıflı el işçisi	43	25	30	67	27	8
Sektör						
Tarım ve sanayi	22	16	20	67	57	17
Ticaret ve otelcilik	28	21	40	63	33	16
İnşaat ve ulaşım	40	15	42	67	18	17
Finans	34	21	50	59	16	20
Kamu, sağlık ve eğitim	49	16	48	78	2	6

Kaynak: ⁷

Tablo 62.2 Türkiye ve AB Çalışma saatleri ile ilgili özelliklerin istihdam durumuna göre dağılımı

Çalışma saatleri	Diğer sözleşmeli işçi %		Kalıcı sözleşmeli işçi %		Kendi hesabına çalışan %	
	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB
Haftalık çalışma saati 40 saatten fazla	65	15	74	20	64	49
İş günleri arası 11 saatten az	22	21	13	20	25	37
Günlük 10 saatten fazla çalışma (en az ayda bir kere)	29	22	33	31	48	52
Gece çalışma (en az ayda bir kere)	18	18	18	19	13	20
Hafta sonları çalışma (en az ayda bir kere)	74	54	72	48	92	78
Vardiyalı çalışma	16	24	15	24	3	5

Kaynak: 7

Tablo 62.3 Türkiye ve AB iş yoğunluğu ile ilgili özelliklerin istihdam durumuna göre dağılımı

İş Yoğunluğu	Diğer sözleşmeli işçi %		Kalıcı sözleşmeli işçi %		Kendi hesabına çalışan %	
	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB
İş hızı yüksek	43	26	39	23	35	20
Sıkı teslim tarihi	45	25	38	28	36	24
İşi bitirmek için yeterli süreye sahip olmama	13	10	14	11	13	6

Kaynak: 7

biçimlerine göre dağılımları yine Türkiye AB karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Görüldüğü gibi diğer sözleşmeli istihdam biçiminde iş yoğunluğu ile ilgili özellikler hem diğer istihdam biçimlerine göre hem de AB'ye göre daha fazla saptanmıştır.

Tablo 62.4'te işyerlerinin fiziksel çevresi ile ilgili özellikler istihdam durumuna göre verilmiştir.

Buradaki yüzdeler çalışma zamanının en azından 1/4'ünden fazlası sürede maruziyet durumunu yansıtmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye'de her üç istihdam biçiminde de işyerindeki fiziksel çevredeki tehlikelere maruziyet oranları AB'ye göre daha fazla olarak saptanmıştır. Çalışma zamanının en azından 1/4'ünden fazlası sürede en

Tablo 62.4 Türkiye ve AB iş yerindeki fiziksel çevre ile ilgili özelliklerin istihdam durumuna göre dağılımı

Fiziksel çevre	Diğer Sözleşmeli İşçi		Kalıcı Sözleşmeli İşçi		Kendi Hesabına Çalışan	
	TÜRKİYE %	AB %	TÜRKİYE %	AB %	TÜRKİYE %	AB %
Vibrasyon	28	20	31	19	33	24
Ses gürültüsü	49	28	50	29	31	23
Yüksek sıcaklık	37	26	35	23	44	24
Düşük sıcaklık	32	23	33	20	48	27
Duman, toz	28	14	21	15	28	18
Buhar	14	11	12	11	12	12
Kimyasal madde	18	18	15	17	21	19
Tütün dumanı	25	11	25	8	19	9
Bulaşıcı materyaller	10	13	8	14	21	12
Yorucu ve acı verici iş pozisyonu	28	16	32	12	32	15
İnsan taşıma ve kaldırma işi	8	11	7	10	7	6
Ağır yük taşıma	37	34	31	30	56	38
Tekrarlayan el kol hareketleri	37	34	37	31	37	31
Oturarak çalışma	20	22	29	32	21	20
Kişisel koruyucu ekipman şartı ve kullanma	71	65	71	60	80	64

Kaynak: 7

fazla maruz kalınan tehlike gürültü olup, bunu ağır yük taşıma, tekrarlayan hareketler, yüksek sıcaklık gibi tehlikeler izlemektedir. Tüm bu araştırma verileri eğreti çalışmayla ilgili olabilecek özellikler açısından Türkiye’de önümüzdeki süreçte çalışmanın eğretiliği ile ilgili sorunların daha fazla görüleceğini göstermektedir.

Son olarak Avrupa Çalışma Koşulları Anketi 2015’de sağlık ile ilişkili olan bazı değişkenler **Tablo 62.5’**te gösterilmiştir. Buna göre diğer sözleşmeli ve kendi hesabına çalışanlarda işi nedeniyle sağlığının olumsuz etkilendiğini düşünenlerin oranı AB ortalamasından fazladır. Diğer sözleşmeli işçi olarak istihdam edilenler arasında sağlık nedeni ile 15 günden fazla işe gidemeyenlerin oranı diğer istihdam biçimlerine göre daha fazla saptanmıştır. Sağlık durumu ile ilişkisinin yanı sıra geleceğe dair belirsizliğin ve iş güvencesizliğinin bir bulgusu olarak değerlendirilebileceğimiz 60 yaşına kadar aynı iş veya benzer bir işi yapamayacağını düşünenlerin oranı da diğer sözleşmeli statüsünde çalışanlarda daha fazla saptanmıştır. Türkiye’de toplam iş saati haftada 40 saatten fazla olanların oranı tüm istihdam biçimlerinde AB ortalamasından daha fazla olarak saptanmıştır. Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde diğer sözleşmeli istihdam biçiminin eğreti çalışmanın birçok özelliği ile örtüştüğünü ve bu şekilde istihdam edilenlerde olumsuz çalışma koşulları, aşırı iş yükü, iş yetiştirme baskısı, fazla çalışma ve olumsuz sağlık sonuçları daha fazla görülmektedir.

Eğreti çalışma ile ilgili Türkiye’de yapılmış araştırmalar

Eğreti çalışma ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunlukla sosyal bilimciler tarafından çalışma ve üretim ilişkileri kapsamında gerçekleştirildiği görülmekte-

dir. Halk sağlığı bakış açısıyla yapılan araştırmalar arasında önemli bir çalışma olan eğreti çalışmanın ölçümü için geliştirilen EPRES ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması ve yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen doktora tezidir⁽⁹⁾.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Doktora Programı öğrencisi Aysun Akgün tarafından Prof. Dr. Yücel Demiral danışmanlığında 2015 yılında gerçekleştirilen bu çalışmada EPRES ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması yapılmış olup iki kamu kurumunun çalışanlarına uygulanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek üzere yapılan faktör analizleri sonucunda orijinalinde olarak 6 boyut, 26 maddeden oluşan ölçeğin yeni tanımlanan bir boyut ile toplam 6 boyutu oluşturan 23 maddeye indirilmesi uygun görülmüştür. Ölçekten geçicilik boyutunu oluşturan 2 soru ve haklar boyutundan işsizlik sigortası ile ilgili bir soru çıkartılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.888’dir. Bu çalışmada eğreti çalışma ile iş kazaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, mental sağlık ile ilişkili bulunmuştur⁽⁹⁾. Aynı araştırmacılar tarafından iş güvencesizliği ve eğreti çalışmanın çalışan sağlığı üzerine etkileri ile ilgili bir derleme yazısı da 2017 yılında yayınlanmıştır⁽¹⁰⁾.

EPRES ölçeğinin Türkçeye uyarlanması eğreti çalışmanın saptanması ve ilişkili sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi açısından Türkiye’de yapılacak çalışmaların önünü açmıştır. Nitekim Çalışmanın Eğretiliği Ölçeğinin kullanıldığı diğer bir tez çalışması da Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim dalında Dr. İshak Peynirci tarafından Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan danışmanlığında gerçekleştirilmiştir⁽¹¹⁾.

Bir ortak sağlık güvenlik birimine kayıtlı işçilerde eğreti çalışma durumu ve ilişkili sağlık sorunlarının değerlendirildiği bu çalışmada istihdam du-

Tablo 62.5 Türkiye ve AB’de sağlık ile ilgili özelliklerin istihdam durumuna göre dağılımı

Çalışma saatleri	Diğer sözleşmeli işçi %		Kalıcı sözleşmeli işçi %		Kendi hesabına çalışan %	
	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB	TÜRKİYE	AB
Haftalık çalışma saati 40 saatten fazla	65	15	74	20	64	49
İş günleri arası 11 saatten az	22	21	13	20	25	37
Günlük 10 saatten fazla çalışma (en az ayda bir kere)	29	22	33	31	48	52
Gece çalışma (en az ayda bir kere)	18	18	18	19	13	20
Hafta sonları çalışma (en az ayda bir kere)	74	54	72	48	92	78
Vardiyalı çalışma	16	24	15	24	3	5

rumu ister kadrolu, ister taşeron işçi olsun EPRES ölçeğine göre değerlendirildiğinde çalışanların %99'unun eğreti çalıştığı ortaya konmuştur. Ayrıca alt işveren işçilerinde, beceri düzeyi düşük işçilerde ve eğitim düzeyi düşük işçilerde eğretiliğin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada eğreti çalışma ile iş kazası geçirme sıklığı, Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ile ölçülen mental sağlık durumu ve kas iskelet sistemi semptomları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır⁽¹¹⁾.

Sonuç

Küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisi nedeniyle çalışma yaşamında ve üretim ilişkilerinde eğretilik giderek artan bir olgu olarak karşımıza çıkmıştır. Eğreti çalışma istihdamın sürekliliğine dair belirsizlik, sosyal hakların ve korumanın azalması, çalışma koşulları, çalışma saatleri üzerinde düşük bireysel kontrol ve yetersiz gelir gibi birçok boyutu olan karmaşık bir kavramdır. Tüm bu boyutları da sağlığın sosyal bir belirleyicisi olarak çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Önümüzdeki süreçte eğreti çalışma ve sağlık etkileri ile ilgili sorunların artacağını öngörmek yanlış olmayacaktır. Türkçeye uyarlanmış bir ölçüm aracımızın olması araştırmacılar için önemli bir olanak sunmaktadır. Hem ulusal ölçekte hem de yerel ölçekte yapılacak olan kanıt değeri yüksek araştırmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

- 1) European Agency for Safety and Health at Work, ed. *Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health*. Office for Official Publ. of the Europ. Communities; 2007.
- 2) Bodin T, Çağlayan Ç, Garde AH, et al. Precarious employment in occupational health - an OMEGA-NET working group position paper. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46 (3):321-329. doi:10.5271/sjweh.3860
- 3) *Non-Standard Employment around the World: Understanding Challenges, Shaping Prospects.*; 2016. Accessed June 26, 2020. http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534326/lang--en/index.htm
- 4) Rodgers G, Rodgers J, Internationales Institut für Arbeitsfragen, Institut du Travail, eds. *Precarious Jobs in Labour Market Regulation: The Growth of Atypical Employment in Western Europe.*; 1989.
- 5) Matilla-Santander N, Lidón-Moyano C, González-Marrón A, Bunch K, Martín-Sánchez JC, Martínez-Sánchez JM. Measuring precarious employment in Europe 8 years into the global crisis. *J Public Health Oxf Engl*. 2019;41 (2):259-267. doi:10.1093/pubmed/fdy114
- 6) Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2014;35 (1):229-253. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182500
- 7) Avrupa Çalışma Koşulları Anketleri (EWCS). Eurofound. Accessed June 30, 2020. <https://www.eurofound.europa.eu/tr/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>
- 8) Sixth European Working Conditions Survey – Overview report | Eurofound. Accessed July 1, 2020. <https://www.eurofound.europa.eu/tr/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- 9) Akgün A. Çalışmanın eğretilik ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması; iş kazası ve genel sağlık durumuna etkilerinin değerlendirilmesi. Published online 2015. Accessed June 30, 2020. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 10) Demiral Y, Akgün A. İŞ GÜVENCESİZLİĞİ VE EĞRETİ ÇALIŞMANIN ÇALIŞANLAR ÜZERİNE ETKİLERİ. *Mesleki Sağlık Ve Güven Derg MSG*. 2017;16 (60-61). Accessed July 1, 2020. <https://www.tb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/view/557>
- 11) Peynirci İ. Bir ortak sağlık güvenlik birimine kayıtlı işçilerde eğreti çalışma durumu ve ilişkili sağlık sorunlarının değerlendirilmesi. Published online 2019. Accessed July 1, 2020. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Sağlık Çalışanlarının > Sağlığı

63

DOÇ. DR. NİLGÜN ULUTAŞDEMİR

Giriş

Türkiye’de sağlık çalışanların sayısını 10.04.2020 tarihinde Sağlık Bakanı basına verdiği röportajda paylaştı: “Türkiye’de toplam 1 milyon 61 bin 635 sağlık çalışanı mevcut. Buna göre 1 Ocak 2020 tarihi itibarıyla Türkiye’de toplam doktor sayısı 164.594 iken toplam hemşire sayısı 198.465. Bununla birlikte doktorların %61.4’ü Sağlık Bakanlığı’nda, %20.4’ü üniversitelerde ve %18.2’si özel sektörde çalışıyor. Türkiye’de toplam diş hekimi sayısı ise 32.859. Türkiye’de bir doktor başına düşen kişi sayısı 498.2 iken Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü-Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkelerinde bu sayı ortalama 341.3. Bir hemşire başına düşen nüfus Türkiye’de 431.2 iken OECD ülkelerinde bu nüfus ortalama 102’dir”⁽¹⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in açıkladığı en güncel veriler 2018 yılına aittir. Bu verilere göre, Türkiye’de toplam doktor sayısı 153.128, doktor başına düşen kişi sayısı 536, doktor başına düşen hasta müracat sayısı ise 5.110’dur. Türkiye’de toplam 34.559 adet sağlık kurumu bulunuyor. Bu kurumların 1.534’ü yataklı iken 33.025’i yataksız kurumlardan oluşuyor. Bunun yanı sıra, Türkiye’de toplam yatak sayısı 231.913 olmakla birlikte 1.000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 2.83⁽²⁾.

Çalışma hayatı insan yaşamının vazgeçilmez bir parçasıdır⁽³⁾. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır^(3,4). Ancak bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdaki kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir⁽⁵⁾. Günün en aktif döneminin yaşadığı çalışma ortamları,

çalışanın sağlığını bozacak doyumsuzluklar, kazalar ve riskler taşıması nedeniyle bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışma ortamının özelliklerinin çalışanların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çok önemli olduğu belirtilmektedir⁽³⁻⁵⁾. Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma ortamlarından biri de sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir^(6,7).

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkiler⁽⁸⁾. Bugün sağlığın tanımı yapılırken, yalnızca hastalığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur deyiminde yer alan “sosyal” kavramı içinde kişinin önce işsiz olmaması, ardından işine uyumu ve sağlıklı bir ortamda çalışması tanımlamaları vardır^(9,10). İşin ve çalışma sürecinin neden olduğu birçok sağlık sorunu ve iş kazaları gibi çalışma ortamlarından kaynaklanan tehlikeler sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bu da sağlıklı çalışma ortamının önemini çok daha açık olarak göstermektedir⁽⁵⁻⁷⁾.

Sağlık çalışanların meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışanlar için radyasyon, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlar için civa ve gluteraldehid maruziyeti risk oluştururken ameliyathane çalışanları için toksik gazların etkisi olmaktadır⁽¹¹⁾.

Yapılan iş sırasında giyilen eldivenden dolayı lateks allerjisi görülmekte termometre ve barometrelerin kullanımı ve sterilizasyonu sırasında kırılması

sonucu deri ve solunum maruziyeti yaşanmakta, kullanılan solventler karaciğeri, sinir sistemini etkilemekte ve inorganik kurşun kemik iliğinde etkili olup hemoglobinin sentezini engellemektedir ⁽¹²⁾. Teknik elemanlar ile mutfak ve çamaşırhane çalışanlarında ısı, elektrik, gürültüden kaynaklanan fizik riskler ön plana çıkarken, kat hizmetlilerinde deterjanların oluşturduğu irritasyon, uygun atılmayan iğnelerin neden olduğu kesici ve delici yaralanmalar, burkulma, zorlanma gibi kas-iskelet sistemi sorunları dikkat çekmektedir. Bu sorunlara ek olarak, meslek ve branş ne olursa olsun, hasta ve hasta materyali ile temas etmek, risk spektrumunu genişletmektedir ⁽¹³⁾.

Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü vardır ⁽¹⁴⁾.

Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmaktadır. Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH), hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psiko-sosyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir ⁽¹⁵⁾.

Biyolojik Risk Faktörleri

Sağlık çalışanları her gün çalışma ortamının koşulları nedeniyle birçok biyolojik riskle karşı karşıyadır. Biyolojik riskler; maruz kaldıkları kan, kan ürünleri ve vücut sıvıları ile temas sonucu, solunum, damlacık yolu ile bulaş sonucu ve diğer yollarla çalışanları etkileyerek çok sayıda enfeksiyon hastalığına (AIDS, Tüberküloz, Hepatit B vb.) neden olurlar ⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

a) Kan Kanlı Vücut Sıvıları İle Bulaşan Biyolojik Ajanlar:

Bu ajanlar kan ve/veya kanlı vücut sıvılarına ve bazı steril vücut sıvılarının bütünlüğü bozulmuş cilde, mukoz membranlara (ağız, göz, ürogenital sistem

mukozası) temas etmesi sonucu bulaşır. Otuz civarında mikroorganizma bu yolla bulaşabilir de bu bulaşma sonucunda sistematik enfeksiyon oluşturabilmeleri ve güncel önemleri nedeniyle en önemli etkenler Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), Hepatit D virüsü (HDV) ve İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus-HIV) etkenleridir. Bu komplikasyonlara varan büyük çeşitlilik göstermesi, sağlık çalışanları için önemli bir meslek riski oluşturmaktadır ⁽¹⁷⁻²³⁾.

Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan enfeksiyonların bulaşması en sık; hastalarda kullanılan iğnelerin batması, kanla kontamine kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da vücut sıvılarının mukozaya sıçraması ile olmaktadır ^(22,24,25). Ayrıca gözle görülmeyecek miktardaki kan ile bulaşmış cihazlar bile, uygun sterilizasyon uygulanmadığında, invaziv işlemlerde kullanıldığında veya cildin delindiği kazalarda enfeksiyona yol açabilmektedir ⁽²⁶⁾. Özellikle kesici ve delici yaralanmalar sağlık profesyonellerinde önemli bir sorun olup, en önemli enfeksiyon kaynağıdır ⁽²⁷⁻²⁹⁾. Yaralanmalar sonucunda sağlık profesyonelleri mortalite ve morbititeye neden olabilen Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi hastalıklara yakalanma açısından risk altındadırlar ^(30,31).

b) Solunum ve Damlacık Yolu İle Bulaşan Ajanlar:

Solunum ve damlacık yolu ile bulaşan ajanlar, damlacık ve damlacık çekirdeği olarak hastalar tarafından salınan solunum salgılarıyla bulaşır. Tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, SARS, influenza, meningokok, pnömokok bu yolla bulaşan enfeksiyonlardır ^(11,12).

Sağlık çalışanları açısından biyolojik risk oluşturan solunum, damlacık yolu ile bulaşan tüberküloz çoğunlukla hastane kökenlidir. Hava yolu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığı olup özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur ⁽³²⁾. Tüberküloz hastalığı sağlık çalışanların karşılaşabileceği mesleki tehlikelerden birisidir ve tüberküloz kontrolünün iyi olmadığı ülkelerde meslek hastalıkları açısından önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Son yıllarda genel popülasyonda tüberküloz vakalarının sayısının artması ile birlikte, sağlık çalışanlarında da tüberküloz enfeksiyonu riski artmaktadır. Ülkemizde yapılan birçok araştırma sonucu sağlık çalışanların risk altında olduğu saptanırken özellikle göğüs hastalıkları kli-

niklerinde çalışanlarda ve en fazla hemşirelerde riskin arttığı belirtilmiştir^(17,33-35).

İlk olarak Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), ardından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve son olarak 2019 Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) etkenleri olarak koronavirüsler insanlarda ölümcül olabilecek birtakım enfeksiyonlara neden olmaktadır. Son yıllarda, çeşitli ülkelerde periyodik olarak yeni viral patojenler tespit edilmiştir⁽³⁶⁾. COVID-19 en çok sağlık çalışanlarını etkilemiştir. Bu zor süreçte sağlık çalışanları hayatlarını ortaya koyarak canla başla çalışmıştır. 7/24 çalışan doktorlar, hemşireler ve hasta bakıcılar en büyük risk grubunu oluşturmaktadır.

Türkiye’de resmi kurum ve kuruluşlar web sayfalarından sağlık çalışanlarına ve halka yönelik koronavirüs ile ilgili bilgilendirme yapmaktadır. Bu kurum-kuruluş ve web adresleri; T.C. Sağlık Bakanlığı: <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Türk Tabipleri Birliği (TTB): <https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/>, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER): <https://korona.hasuder.org.tr/>, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK): <https://www.klimik.org.tr/koronavirus/>, Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (KLİMUD): <http://www.klimud.koronavirus.org/> Türk Toraks Derneği: <https://toraks.org.tr/site/community/news/5718> ve Kızılay: <https://www.kizilay.org.tr/corona/>.

Sağlık çalışanları başta olmak üzere toplumdaki her bir birey bu konuyu ciddiye almalı, maske-sosyal mesafe hijyene her zamankinden daha fazla dikkat etmelidir. Salgının yayılması sonucunda sağlık çalışanların mevcut olan yoğunluğu ileri ki süreçlerde daha da artabilir. Salgınla mücadele etmenin ve başarılı olmanın tek yolu toplumun tüm kesimlerinin rol oynaması ile mümkündür.

c) Doğrudan Temas İle Bulaşan Enfeksiyonlar:

Hastanede yatan hastalarda ciddi enfeksiyonlara sebep olan dirençli bakteriler ve uyuz gibi bazı cilt parazitleri doğrudan temas ile bulaşan enfeksiyon etkenleridir⁽⁹⁾.

Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı kendilerini korumak ve ayrıca diğer hastaların etkilennemelerini sağlamak için bazı önlemler almalıdır. Bu önlemler arasında, bazı ajanlara karşı temas önlemlerini almak çok önemli bir yer oluşturur. Bazı ajanlarla karşı ise mümkünse temas etmeden

önce bağışıklanmak, temas ettikten sonra ise bağışıklanma ve profilaksi yöntemlerini uygulamak gerekir⁽³⁷⁾.

Kimyasal Risk Faktörleri

Sağlık çalışanı çalışma ortamında çeşitli kimyasal faktörlere maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanının bakım uygulamaları sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde 1. sırada dezenfektanlar, 2. sırada antiseptikler yer almaktadır. Bunların dışında; anestezi maddeler, latex, civa, glütaldehid, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitotoksik maddeler de bulunmaktadır⁽³⁸⁾. Kimyasal maddelerin etkinliği; konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bağlıdır. Etkinlik; ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına göre değişebilmektedir. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda alınmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturmaktadır⁽¹²⁾.

Fiziksel Risk Faktörleri

Radyoterapi, nükleer tıp ve radyoloji çalışanları başta olmak üzere, sağlık çalışanları, iyonizan ve non iyonizan radyasyon riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunların çeşitli kanserojen ve teratojen, mutajen etkileri söz konusudur. Ayrıca ultraviyole, laser, mikrodalga, ultrason, fotokopi makineleri, bilgisayar ekranları, gürültü, vibrasyon, aydınlatma koşulları, elektrik düzeneği, kaygan zemin, havalandırma sistemleri, iç ortam hava kirliliği sorunları da sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir⁽³⁸⁾.

Tüm dünyada iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalan 2.3 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır⁽³⁹⁾. Elektromanyetik alana maruz kalan sağlık çalışanlarında baş ağrısı, bulanık görme, gözde batma, kaşıntı, sulanma, kulakta ağrı, çınlama, sıcaklık hissi, işitme azlığı, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, deride döküntü, mide rahatsızlığı, nefes darlığı, sersemlik, sinirlilik, unutkanlık, cinsel isteksizlik yakınmalarının fazla olduğu bilinmektedir⁽⁴⁰⁾.

Ergonomik Faktörler

Ergonomi, insanın davranışsal ve biyolojik özelliklerini inceleyerek bunlara uygun yaşama ve çalış-

ma ortamları yaratmayı amaçlayan bir bilim dalıdır. Amaçlı bir etkinliği sürdürmekte olan bir sistemin diğer öğeleriyle insan etkileşimini inceleyen ergonomi; insan-sistem uyumluluğunu sağlayarak insan iyiliğini ve genel sistem etkinliğini artırmayı amaçlar. Çalışma ortamı ile çalışan arasında ne kadar çok uyum sağlanırsa o kadar çok çalışanın güvenliği ve etkinliği sağlanmış olur⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Eğer işin fiziksel gereksinimleri ve işçinin fiziksel kapasitesi arasında bir uyumsuzluk varsa işle ilişkili hastalıklar ortaya çıkabilmektedir⁽⁴⁴⁾. İşe bağlı hastalıklar içinde en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları (işe bağlı yeni hastalık olgularının %50'si) görülmektedir⁽⁴⁵⁾. Avrupa'da her dört çalışandan birisi sırt (%24.7) ve kas ağrısından (%22.8) yakınmaktadır. İngiltere'de ise çalışanların %85'i hastalık ve yaralanma riskinin en fazla kas-iskelet sisteminde olduğunu düşünmektedir^(46,47).

Sağlık çalışanlarında ergonomik faktör olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi sorunlarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir. Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörler, kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara yol açmaktadır. Gelişmiş ülkelerde iş gücü kaybına yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer alan bel ağrıları, üretimin azalmasını etkileyen en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. İşyerinde ağırlık kaldırma, öne eğilerek çalışma, bel ve vücudun yanlış pozisyonlarda kullanılması gibi riskli etkenlere maruz kalma ve uygun olmayan çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen mesleki bel ağrısı, sık rastlanan sakatlanma nedenidir^(20,21).

Sağlık çalışanların tümü kas-iskelet sistemi sorunları açısından risk taşımaktadır. Özellikle hemşirelik, bel ağrısı için mesleki risk faktörleri içinde ağır sanayi işçileri ve ağır vasıta şoförlerinden sonra üçüncü sırada gelmektedir. Hemşireler dışında diş hekimleri, fizyoterapistler ve hastabakıcılar da bel ağrısı açısından yüksek risk altındadırlar^(40,48,49).

Hemşire ve ebelerde son 12 aylık bel ağrısı prevalansının ve ilişkili etmenlerin incelendiği bir çalışmada son 12 aylık bel ağrısı prevalansı (%73.3) yüksek ve çalışma yaşamını etkileyecek düzeyde olduğu belirtilmiştir⁽⁵⁰⁾. Yapılan başka bir çalışmada da son bir yılda bel ağrısı görülme sıklığı; hemşire ve sağlık memurlarında %58.3, hastabakıcılarda %33.0 olarak bulunmuştur⁽⁵¹⁾. Altınel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da ise kronik bel ağrısı

olanların %20.9'u öğretim üyesi, %23.3'ü araştırma görevlisi ve %55.8'i hemşire olarak saptanmıştır⁽⁴⁹⁾.

Psikososyal Faktörler

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi, hem de çalışan personelin stresli durumlarla çok sık karşılaşması nedeniyle diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz çalışma koşulları ister istemez üretimin nitelik ve niceliğinde bozulmaya yol açmaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olması stresin boyutunu genişletmekte ve iş yaşamından gelen zorluklara, kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ve toplumsal baskılar eklenmektedir. Tüm bunlar mesleğin profesyonelliğini etkilemektedir⁽⁵²⁻⁵⁴⁾. Özellikle hemşireler, organizasyonel ortam, ekip ve hasta/aileleri ile ilişkiler, hasta bakımı sağlamada algılanan rol çatışmaları ve belirsizlikler, hemşirelik eğitim yöntemi ile ilgili sorunlar, tükenmişlik gibi nedenlerden kaynaklanan çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunun sonucunda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalar görülmekte ve iş motivasyonları azalmakta, iş verimi düşmekte, işi bırakma olguları artmaktadır⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelelerinin en önemli gereklerinden biri iş doyumudur. İş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra; yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin etkilediği belirtilmektedir. Bireyin günün üçte birini işinde geçirmesi, doğal olarak birtakım fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını işten beklemesi, bu gereksinimlerin karşılanmaması sonucunda oluşan iş doyumsuzluğu, çalışanın genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

İş doyumunu tükenmeyi etkileyen önemli etkenlerden birisidir. Doğrudan insana hizmet veren meslek gruplarında tükenmişliğin çok ciddi sonuçları olduğu belirtilmektedir. Yoğun bir tükenmişlik durumu, bireylerde işten ayrılma, evlilik ve aile içinde geçimsizlik, benlik saygısında azalma, bir işe yoğunlaşmada güçlük, sosyal izolasyon, yorgunluk, cinsel ilginin azalması, baş ağrısı, soğuk algınlığı, gastro-intestinal sistem sorunları, uyku bozukluk-

ları, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi sorunlara yol açmaktadır (60,61).

Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenliği olumsuz etkileyen etmenlerden biri de şiddettir. Şiddet, fiziksel saldırı, sözel saldırı ya da cinsel taciz şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında diğer alanlarda çalışanlara oranla şiddetle daha sık karşılaşmaktadırlar (4,48,62). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise pratisyen hekimlerin %67,6, hemşirelerin %58,4, öğretim üyelerinin %36,7 ve diğer sağlık personelinin ise %32,7 oranında şiddete uğradıkları bulunmuştur (63). Bakım kalitesinde düşme, moral bozukluğu, iş doyumunda azalma, işten ayrılma ya da ayrılmaya niyetlenme, stres düzeyinde artış, işteki hatalarda artış, işe devamsızlıkta artış, korku, öfke, güçsüzlük, suçluluk hissetme, uyku bozuklukları ve fiziksel yaralanma çalışma ortamında şiddetin etkilerindedir. Çalışma ortamındaki şiddetin önlenmesi; yöneticilerin, işverenlerin ve çalışanların işbirliğini gerektirir (62).

Sağlık Çalışanlarında; rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların ve süpervisörlerin desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziki çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, karmaşık ilişkiler, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (22,64). Özellikle hemşireler, organizasyonel ortam, ekip ve hasta/aileleri ile ilişkiler, hasta bakımı sağlamada algılanan rol çatışmaları ve belirsizlikler, hemşirelik eğitim yöntemi ile ilgili sorunlar, tükenmişlik gibi nedenlerden kaynaklanan çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (55). Bunun sonucunda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalar görülmekte ve iş motivasyonları azalmakta, iş verimi düşmekte, işi bırakma olguları artmaktadır (56).

Araştırmalar, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla olduğunu, hemşirelerin ise diğer sağlık çalışanları arasında üç kat daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir (64-66). Sağlık sadece stres ve şiddete açık çalışma koşulları nedeniyle değil, aynı zamanda kadın çalışanların yoğun olarak bulunması nedeniyle de şiddetin en yaygın olduğu sektörlerden biridir. Özellikle istikrarsız, belirsiz, düşük ücretli ve düşük statülü işlerde ka-

dınların daha çok çalışması, erkeklere oranla daha fazla şiddet riski doğurmaktadır (7).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri

Sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) ve Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Hastane Güvenlik Komitesi (National Institute of Occupational Safety and Health-NIOSH Hospital Safety Committee-HSC)'nin önerdiği, sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. Etkili bir hastane iş sağlığı programı en azından şu başlıkları içermelidir: Tam tıbbi anamnez içeren işe giriş muayenesi, periyodik muayeneler, sağlık ve güvenlik eğitimleri, bağışıklamalar, sağlık danışmanlığı, çevre kontrolü ve sürveyans, sağlık ve güvenlik kayıt sistemleri, hastane bölüm ve servisleri arasında koordine edilmiş planlama. Ayrıca bir çevre kontrol ve sürveyans programı iş sağlığı programının bir parçası olmalı, çalışma alanlarının risk analizleri yapılarak gerekli önlemler alınmalıdır (67-71).

HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubu (İSÇG) bu alandaki ilk etkinliğini "Hastanelerde Sağlık Çalışanların Sağlığı Örgütlenmesi Çalıştayı" başlığı altında 18 Eylül 2010 tarihinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinin ev sahipliğinde Ankara'da gerçekleştirmiştir. Ülkemizdeki durumu değerlendirmek üzere, 2010 yılında HASUDER'in İş Sağlığı çalışma grubunun gerçekleştirdiği bu toplantıda, çalışan sağlığı ve güvenliği birimi kurulmuş olan hastanelerde kurulma sürecinde ve işleyiş sırasında yaşanan sorunlar paylaşılmış; temel sorunun finansman olduğu, halen adlandırılmada ortak bir dile ulaşılamadığı, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'ta yer almadığı için ödemenin çalışana yük olduğu koşullarda tepki göreceği, işveren tarafından karşılanması gerektiği tartışılmıştır. Hastanelerde çalışan sağlığı komitelerinin halen örgütlenme, işlev ve finansman konusunda görüş birliğine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (72). 13-15 Eylül 2012 tarihleri arasında Antalya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin ev sahipliğinde gerçekleşen ikinci çalıştayda ise, hastanelerde yeni kurulan ya da kurulacak olan işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin

organizasyonu, işlevleri ve finansmanı konusunda bir model önerebilmek, tüm taraflara oluşturulan modeli duyurabilmek ve yukarıda bahsedilen farklı adlandırmaların birçok sorunu beraberinde getirebileceği düşüncesiyle bu konuda ortak bir dil oluşturabilmek amaçlanmıştır. HASUDER-İSÇG Sağlık Çalışanların Sağlığı Çalıştay'ında; Çalışan Sağlığı Birimlerinin Organizasyonu, İşlevleri ve Finansman başlıkları ele alınmış, tüm katılımcıların katkı ve önerileri alınarak bir model oluşturulmuştur⁽⁷³⁾. Daha sonraki yıllarda HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubu Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalıştaylar ve toplantılar gerçekleştirmiştir.

Sonuç

Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanlar, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen bulaşıcı hastalıklar, kimyasal madde maruziyeti, iğne yaralanmaları, bel ve sırt sorunları, şiddet ve stres gibi pek çok sağlık sorunu ile maruz kalmaktadır. Mesleki riskler sağlık çalışanının işteki performansının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmakta ve hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Güvenli, nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması, aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlığına, kapasitesine ve performansına bağlı olduğu için, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenli üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur.

Sağlık çalışanının çalışma alanının diğer iş kollarına göre daha fazla risk barındırmasının yanında sağlık çalışanının sağlığının aynı zamanda toplumun sağlığını da etkileyen bir değişken olması konunun önemini daha da artırmaktadır. Sağlık çalışanlarının sorunları hizmetin niceliksel ve niteliksel olarak etkili verilmesini engelleyebilir ve daha da önemlisi biyolojik etkenlerin toplumda yayılmasına olumsuz anlamda katkıda bulunabilir. Özellikle immün sistemi beklenen düzeyde olmayan hastalarda, kronik hastalığı olan kişilerde, çocuk ve yaşlılarda biyolojik faktörlerin sağlık çalışanı aracılığıyla yayılması sonucunda önemli sorunların bizzat nedeni olabilirler. Özellikle hastaneler gibi tam donanımlı tanı, tedavi merkezlerinde hizmet sunumu ve ta-

lebinde artma, yeni teknolojik gelişmeler ışığında yeni cihazların, ilaç ve yöntemlerin sağlık hizmetine katılımı ile henüz tanımlanmamış risklerin ve yeni hastalıkların ortaya çıkması da söz konusudur. Buna rağmen son yıllara kadar kamu hastanelerinde "işyeri sağlık ve güvenlik birimleri" oluşturulmamış, var olanlar ise kurum hekimliği gibi algılanmıştır⁽⁷³⁾.

Sağlık çalışanlarının sağlığını korumak ve geliştirmek için mesleki risklere maruziyeti azaltılmalı, çalışan sağlığı ve güvenliği birimleri ile iş sağlığı ve güvenliğine yönelik iyileştirici çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) *Toplam Sağlık Personeli Sayısı Kaç?* Erişim tarihi: 10.06.2020, <https://www.ajansspor.com/haber/turkiyede-toplam-saglik-personeli-sayisi-kac-363-647>.
- 2) TÜİK. (2018). *Temel istatistikler. Sağlık ve koruma*. Erişim tarihi: 10.06.2020, <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?method=temel-list>.
- 3) Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T., & Özkan Tuncay, F. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (15), 17-30.
- 4) Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (6), 547-554.
- 5) Dindar, İ., İşsever, H., & Özen, M. (2004). Edirne Merkezindeki Hastanelerde görev yapan hemşirelerde iş ile ilgili rahatsızlıklar ve konulan tanılar. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7 (1), 59-63.
- 6) Nağcıvan, N. (1997). *Bir işyeri ortamının sağlık riskleri yönünden incelenmesi*. İzmir: V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, ss.10-13.
- 7) Bilir, N. (2005). İş sağlığı ve güvenliğinde çağdaş bir yaklaşım: Risk değerlendirilmesi ve risk yönetimi. *İSG İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 25 (5), 9-12.
- 8) Buğdaycı, R., Kurt, A.Ö., Tezcan, H., Şaşmaz, T., Kuruloğlu, N., Yüceer, N.T., & Küçük, B. (2001). *İçel İlinde görev yapan hekimlerde ruhsal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler*. Ankara: Sağlık Çalışanların Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.141.
- 9) Ünal, D., & Aycan, N. (2003). Manisa MAY Tekstil San. A.Ş.'de çalışan işçilerin işyeri sağlık birimi'ne başvuru nedenlerinin ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6 (1), 49-57.
- 10) Aygün, R. *İşyerinde Sağlık ve Güvenlik Hizmetlerinde Ekip Yaklaşımı*. Erişim tarihi: 07.05.2020, [http://isggm.calisma.gov/tr/docs/sunumlar](http://isggm.calisma.gov.tr/docs/sunumlar).
- 11) Dokuzoğuz, B. (2004). *Sağlık çalışanlarının meslek riskleri. hastane enfeksiyonları kontrolü el kitabı*. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2. Bilimsel Tıp Yayınevi, ss.403-417.
- 12) Abbasoğlu, S., Emiroğlu, C., İlhan, N.M., Koşar, L., Kesedar, S., & Müezzinoğlu, A. (2006). Sağlık çalışanlarının sağlığı kime emanet? *Toplum ve Hekim*, 21 (3), 173-179.
- 13) Dokuzoğuz, B. (2008). *Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ve kontrolü*. Antalya: 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, ss. 155-156.

- 14) Janowitz, I.L., Gille, M., Ryan, G., Rempel, D., Trupin, L., Swig, L., Mullen, K., Regulies, R., & Blane, P.D. (2006). Measuring the physical demands of work in hospital setting: Design and implementation of an ergonomics assessment. *Applied Ergonomics*, 37 (5), 641-658.
- 15) Özkan, Ö., & Emiroğlu, N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, 43-50.
- 16) Aldem, M., Taş Arslan, F., & Kurt, A.S. (2013). Sağlık profesyonellerinde çalışan güvenliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 11 (2), 60-67.
- 17) Azap, A. (2011). *Sağlık çalışanların çalışma yaşamındaki biyolojik tehlike ve risklerle sonuçları ve önlemleri (grup çalışması-3)*. Ankara: Sağlık Çalışanların Sağlığı 3. Ulusal Kongre Kitabı ss.173-176.
- 18) Ergönül, Ö. (2013). *Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan etkenler açısından Türkiye'de duru ve korunma yolları*. Ankara: Sağlık Çalışanların Sağlığı 4. Ulusal Kongre Kitabı, ss.68-74.
- 19) *Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri* (2008). Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci baskı, Ankara. Erişim tarihi: 20.05.2020, http://www.tb.org/kütüphane/se_meslek_riskleri.pdf
- 20) Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Şubat-Mart (43), 16-25.
- 21) Saygun, M. (2012). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11 (4), 373-382.
- 22) Erol, S., Öztürk, S., Ertek, M., Kadanalı, A., & Taşyaran, M.A. (2012). Sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki temaslar. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 5 (1): 39-44.
- 23) Himmelreich, H., Rabenau, H.F., Rindermann, M., Stephan, C., Bickel, M., Marzi, I., & Wicker, S. (2013). The management of needlestick injuries. *Deutsches Arzteblatt International*, 110 (5): 61-67.
- 24) Köktürk, M., Kurşun, Ş., Yavuz, M., Dramalı, A. (2003). Hastanede çalışan sağlık personelinde kesici delici alet yaralanmalarının incelenmesi. İzmir: 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, ss.305-315.
- 25) Beşer, A. (2012). Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (1), 39-44.
- 26) Yıldırım, G. (2004). *Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan korunma. hastane enfeksiyonları kontrolü el kitabı*. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2. Bilimsel Tıp Yayınevi, ss.419-423.
- 27) Omac, M., Eğri, M., & Karaoğlu, L. (2010). Malatya Merkez Hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde mesleki kesici delici yaralanma ve hepatit b bulaşıklanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 19-25.
- 28) İlhan, M.N., Durukan, E., Aras, E., Türkçüoğlu, S., & Aygün, R. (2006). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses: the need for new policy implication. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 563-568.
- 29) Ortabağ, T., Güleşen, A., Yava, A., & Bakır, B. (2009). Exploring the frequency of sharps injuries and affecting factors among health care workers in A University Hospital. *Anatol J Clin Investig.*, 3 (4), 208-212.
- 30) Uçan, Ö., Ovayolu, N., & Torun, S. (2006). Hemşirelerin Hepatit B ve C virüslerinden korunmak için aldıkları önlemlerin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2), 45-56.
- 31) Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S., Ersöz, G., & Erdoğan, S. (2009). Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3): 70-79.
- 32) Kılınç, O., Uçan, E.S., Çakan, A., Ellidokuz, H., Özol, D., Sayıner, A., & Özsöz, A. (2000). İzmir'de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riski: Tüberküloz meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi?. *Toraks Dergisi*, 1 (1), 24.
- 33) Ergönül, Ö. (2007). Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskler ve korunma yolları. *Klinik Gelişim*, 20 (4), 86-98.
- 34) Kemal Tahaoğlu, K., Kongar, N., Elbek, O., Tümer, Ö., & Kılıçaslan, Z. (2012). *Türk Tabipleri Birliği tüberküloz raporu*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci baskı, ss.13-22
- 35) Evyapan, F. (2013). *Solunum yoluyla bulaşan etkenler açısından Türkiye'de durum ve korunma yolları*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongre Kitabı, ss. 75-78.
- 36) Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA). COVID-19 Raporu 5. Güncelleme. *COVID-19 küresel salgın değerlendirme raporu*. 20.05.2020, Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, ISBN: 978-605-2249-43-7.
- 37) Özaras, R. (2008). Sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonlarından korunması. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları: Korunma Ve Kontrol Sempozyum Dizisi, ss. 255-257.
- 38) Sağlıkta buluşma noktası. *Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği ne boyutlarda*. Erişim tarihi: 20.05.2020, <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=113>.
- 39) ICRP. (2007). *Radiation protection in medicine*. ICRP Publication 105, Elsevier Ltd.
- 40) İlhan, M.N. (2008). *Bir tıp fakültesi hastanesinde elektromanyetik alan haritası çıkarılması ve sağlık çalışanlarında sağlık etkilerinin belirlenmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı Doktora Tezi.
- 41) Vaizoğlu, S., & Güler, Ç. (2011). *Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamındaki ergonomik tehlike ve risklerle sonuçları ve önlemleri. (Grup çalışması-4)*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.177-183.
- 42) İlçe, A., & Dramalı, A. (2010). Yoğun bakım ünitelerinin fiziksel ergonomik faktörler açısından incelenmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12 (1), 53-63.
- 43) Atasoy, A., Keskin, F., Başkesen, N., & Tekingündüz, S. (2010). Laboratuvar çalışanlarında işe bağlı kas iskelet sistemi sorunları ve ergonomik risklerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1 (2), 90-113.
- 44) Ergonomics, US Department of Labor Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Erişim tarihi: 20.06.2020, <http://www.osha.gov/SLTC/ergonomics/>
- 45) Cabeças, J.M. (2006). Occupational musculoskeletal disorders in Europe: Impact, risk factors and preventive regulations. *Enterprise and Work Innovation Studies*, 2, 95-104.
- 46) Türkkan, A. (2009). İşe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları ve sosyoekonomik eşitsizlikler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35, 101-106.
- 47) Babayigit, M.A., & Kurt, M. (2013). Hastane ergonomisi. *İstanbul Medical Journal*, 14, 153-159.
- 48) Meydanhoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 192-199.
- 49) Altınel, L., Köse, K.Ç., & Altınel, E. C. (2007). Profesyonel hastane çalışanlarında bel ağrısı prevalansı ve bel ağrısını etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 115-120.
- 50) Kevser Tarı Selçuk, K., Çevik, C., Karataş, G., & Mercan, Y. (2011). *İstanbul'da bir doğumevi ve çocuk hastalıkları hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerde son 12 aylık bel ağrısı prevalansı ve ilişkili etmenler*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.134-135.
- 51) Aksakal, N., İlhan, M.N., Yüksel, H., Kurtcebe, Ö., & Bumin, M.A. (2009). Bir Üniversite Hastanesi'nde çalışan hemşire, sağlık memuru ve hasta bakıcılarında bel ağrısı sıklığı ve etkile-

- yen faktörler. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 9 (32), 38-46.
- 52) Karakoç Kaya, Ö., Şimşek, Z., Kabcıoğlu, F., & Dayı F.F. (2004). Hemşirelerin mesleki imajlarını ve mesleği algılama durumlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7 (1), 1-6.
- 53) Boey, K.W. (1998). Coping and family relationship in stress resistance: A study of job satisfaction of nurse in Singapore. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 353-359.
- 54) Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., & Aydın, Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5 (2), 13-23.
- 55) Işıl, Ö., Barlas, G.Ü., Onan, N., Karaca, S.Ç., & Coşkun, S. (2002). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu*, 5 (1), 1-6.
- 56) Tel, H., & Karadağ, M. (2001). *Sağlık personelinin çalışma ortamındaki stres yaşantıları ve baş etme durumlarının belirlenmesi*. Ankara: Sağlık Çalışanların Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.144.
- 57) Locke, E.A. (1998). Workers in Singapore. *J Behav Med*, 21 (3), 269-83.
- 58) Saari, L.M., & Judge, T.A. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management*, 43, 395-407.
- 59) Gençay, Ö.A. (2007). Beden eğitimi öğretmenlerinin iş doyum ve mesleki tükenmişliklerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15 (2), 765-780.
- 60) Demir, A. (2004). Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 71-80.
- 61) Birgili, F., Salış, F., & Özdemir, S. (2010). Sağlık çalışanlarının iş doyumunu etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 27-37.
- 62) Uzun, Ö. (2001). *Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetini önlemek için öneriler*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Kitabı, ss.188.
- 63) Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddetle uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 147-154.
- 64) Tokmak Yüksel, F. (2001). *Sağlık çalışanlarının sorunları*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.105-108.
- 65) Kingma, M. (2001). workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48, 129-130.
- 66) Di Martino, V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI.
- 67) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. (2000). *Gündem. Sağlıkçının sağlığı*, ss.1-4.
- 68) Türk, M. (2011). *Türkiye’de sağlık kurumlarında işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.98-103.
- 69) T.C. Sağlık Bakanlığı. *Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik*. Erişim tarihi: 10.05.2020, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>.
- 70) T.C. Sağlık Bakanlığı. *Çalışan güvenliği genelgesi*. Erişim tarihi: 10.05.2020, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guven-ligi-genelgesi.html>.
- 71) Burgmeier, A., Türk, M., Gonzalez, M., Gehanno, J. F., & Cantineau, A. (2011). *Sağlık kurumlarında işçi sağlığı örgütlenmesi: Avrupa ve Türkiye örnekleri*. Ankara: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı, ss.96-97.
- 72) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2010). *İş Sağlığı Çalışma Grubu (İSÇG). Hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı örgütlenmesi çalıştırı raporu*.
- 73) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2012). *İş Sağlığı Çalışma Grubu (İSÇG). Sağlık çalışanlarının sağlığı çalıştırı raporu*.

Birinci Basamak Sağlık

› Çalışanlarına Yönelik Şiddet

64

PROF. DR. METİN PIÇAKÇIEFE

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization), “Şiddet dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur” demektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labor Organization), “İşyerinde şiddeti uyuşturucu, alkol, tütün ve HIV/AIDS ile birlikte çalışma yaşamı için önemli risklerden biri” olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses) ise, “İşyeri şiddeti sağlık işkolunda etkin sağlık hizmetlerinin sunumunu tehdit ediyor” diye belirtmektedir⁽¹⁾. Uluslararası Çalışma Örgütü’ne (ILO: International Labour Organization) ILO’ya göre, Avrupa Birliğinin 31 Ülkesinde, 10 milyon çalışan (%2) işyeri içinden fiziksel şiddetle, 20 milyon çalışan (%4) işyeri dışından fiziksel şiddetle, 10 milyon çalışan (%2) cinsel tacizle ve 25 milyon çalışan (%5) gözdağı, korkutma, tehdit ve zorbalık ile karşılaşmaktadır.⁽²⁾

İşyerinde şiddet fiziksel, sözel, cinsel ve psikolojik (mobbing...) gibi çeşitli türleriyle karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Her yıl sağlık çalışanlarına karşı yapılan travmaların sayısı ve şiddeti artmaktadır. Çalışma yaşamında sağlık bir bütün ve travma bu bütünlüğü bozan etmenlerden biridir. Travmalar arasında yer alan şiddet yol açtığı biyolojik ve psikolojik yıkımla çalışan sağlığında önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü “çalışan insanların sağlığı” stratejile-

rini saptarken, işin psikososyal yönünü ve işle ilgili psikososyal etmenlerin önemini özellikle vurgulamıştır^(3,4). İşyerinde şiddet ise çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı psikososyal etmenlerden birisidir. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health) işyeri şiddetini; “çalışanlara yönelik, fiziksel saldırılar ve saldırı tehditleri içeren şiddet davranışları” olarak tanımlar⁽⁵⁾.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, sağlık çalışanları tüm dünyada şiddet riski altındadır. Sağlık çalışanlarının %8 ile %38’i çalışma yaşamında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Çok daha fazlası ise tehdit veya sözlü saldırıya maruz kalırken ayrıca, afet ve çatışma durumlarında, sağlık çalışanları toplu veya politik şiddetin hedefi olabilmektedir⁽⁶⁾.

ABD İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi (Occupational Safety and Health Administration) ise işyerindeki tüm şiddetle ilişkili yaralanmaların %20’sinin, saldırıların ise %50’sinin sağlık çalışanlarına yönelik olduğunu bildirmiştir⁽⁷⁾.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sıklığı

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerde şiddetle ilgili yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda çalışmaların daha çok ikinci veya üçüncü basamak sağlık birimlerinde yapıldığını görmekteyiz⁽⁸⁾. Bir çalışmada şiddetle ilgili yapılan çalışmaların çalışma yeri olarak

%39.5 ile hastaneler ve %20.8 ile acil servisler olarak seçildiği bildirilmiştir⁽⁹⁾. Yapılan diğer bir araştırmada şiddet vakaları en fazla (%35.0) devlet hastanelerinde görülmüştür. Üniversite ve özel hastanelerde görülme sıklığı ise %5.0'dır⁽¹⁰⁾. Farklı bir çalışmada ise en çok devlet hastanesinde (%35.3), ikinci sıklıkta ise eğitim araştırma hastanelerinde (%17.3) şiddet vakaları gerçekleşmiştir⁽¹¹⁾.

Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarına yapılan şiddet sıklığının diğer basamak sağlık çalışanlarına göre daha az olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmada en sık acil serviste çalışan hekimlerde şiddet görülmüştür (%29.3), ardından kadın-doğum klinikleri (%7.3) ve aile sağlığı merkezleri (%6.7) gelmektedir. Diğer bir çalışmada ise şiddetle karşılaşanların %66.4'ü ikinci basamak sağlık kurumlarında %33.6'sı ise birinci basamak sağlık kurumlarında çalışmaktadır⁽¹²⁾. Ancak bu durumu doğrulacak daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık hizmetinin verildiği sağlık biriminin herhangi bir yerinde olabilir, ancak; psikiyatri bölümlerinde, acil odalarında, bekleme odalarında, geriatri ünitelerinde ve tedavi bölümlerinde daha sık görülür^(5,13) (Şekil 64.1)

Tablo 64.1'de Ülkemizin farklı illerinde yapılan çalışmalara göre birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı gösterilmiştir. Ülkemizde birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma sıklığına bakıldığında, genel şiddetle %33.6 ile %81.6, fiziksel şiddetle %1.4 ile %40, sözel şiddetle %40.8 ile %100, psikolojik şiddetle



Şekil 64.1 Şiddetin diğer birimlere göre daha sık görüldüğü sağlık birimleri.

%31.1 ve cinsel şiddetle ise %3.3 ile %7 aralığında olduğu görülmektedir⁽¹⁴⁻²³⁾.

Sonuç

Birinci basamak sağlık birimlerinde ve sağlık çalışanların karşılaştığı şiddetle ilgili daha fazla bilimsel çalışma yapılmaya ihtiyaç vardır. Ancak bu durumda birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet daha görünür hale gelebilir.

Tüm basamaklar da olduğu gibi birinci basamak sağlık çalışanlarında da şiddetin önlenmesi halk sağlığının öncelikli konuları arasında olmalıdır. Toplum sağlığının bir parçası olan ve topluma sağlık hizmeti sunmakla yükümlü birinci basamak sağlık çalışanlarının iyilik durumları da toplumsal sağlık açısından çok önemlidir.

Tablo 64.1 Ülkemizin farklı illerinde yapılan çalışmalara göre birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı

İl	Genel (%)	Fiziksel (%)	Şiddet Sözel (%)	Psikolojik (%)	Cinsel (%)
Edirne	-	15.5	100.0	-	3.3
Balıkesir	-	1.4	86.3	-	-
İzmir	-	20.5	80.9	-	-
Eskişehir, Ankara, Bilecik, Kütahya	53.4	-	-	-	-
İzmir, Manisa	56	24	75	-	7
Türkiye (48 il)	81.3	3.9	94.1	-	-
İstanbul	-	40	60	-	-
Yozgat	81.6	-	-	-	-
Kırıkkale	-	8.0	40.8	-	-
Muğla	-	-	-	31.1	-
Denizli	33.6	-	-	-	-

Kaynaklar

- 1) Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector. The Training Manual. ICN, ILO, WHO. *1nd ed.* Geneva , Switzerland; 2005.
- 2) ILO. https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_108536/lang--en/index.htm
- 3) Encyclopedia of Occupational Health and Safety. 4nd ed. Geneva: ILO; 1998.
- 4) World Health Organization. Word report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
- 5) Occupational Hazards in Hospitals. Violence. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH Publication No.02-101); 2002.
- 6) WHO. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ erişim: 22.10.2019.
- 7) Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers, U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, OSHA, 3148-06R, 2016.
- 8) Neslihan KESER ÖZCAN, Hülya BİLGİN. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31 (6):1442-56.
- 9) Nurcan Şentürk Durukan, Meryem Balaban, Selin Girgin, Fatma Seven, Elif Boncukçu, Ahmet Can Bilgin Dünya’da Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet; Bir Bibliyometrik Analiz. 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2018, s. 1417.
- 10) Şahin Can Özaltun, Güven Gökgöz, Tuğba Demir, Ve Ark. Türkiye’de 2017’de Tirajı Yüksek 3 Gazetede Sağlık Çalışanına Şiddet İçeren Haberlerin İncelenmesi. 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2018, s. 902-903.
- 11) Nazım Ercüment Beyhun, Sertaç Çankaya, Zeynep Akgül, Gamze Çan, Murat Topbaş. Türkiye’de Hekime Yönelik Şiddet: İnternet Tabanlı Medya Araştırması. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Edirne, 2014. s. 1231-1232.
- 12) Solakoğlu, M., Karahan, T., Arpacı, Ş., ve ark. Denizli ilindeki kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığının belirlenmesi. 15. Halk Sağlığı Kongresi. Bursa. Özet Kitabı, 2012; 237-238.
- 13) American Bar Association Commission on Domestic Violence; A Guide for Employees: Domestic Violence in the Workplace. Washington DC; 1999
- 14) Güneş M, Gamze Demiray G, Euklu G, Selçuk E.G. Edirne Merkez İlçede Görev Yapan Aile Hekimleri Ve Aile Sağlığı Elemanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu Ve Nedenleri. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2019, s. 621
- 15) Soner Güneş, Sultan Eser, Celalettin Çevik, Rafiullah Mukhlis, Banu Bahar, Huzaifa Abdulai Napari, Leyla Mammadova. Balıkesir İlinde Bir ASM Bölgesindeki 18 Yaş Üstü Kişilerin Sağlıkta Şiddete Bakış Açıkları Ve Tutumları. 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2018, s. 281-287.
- 16) Ergör A, Kılıç B, Demiral Y ve ark. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim-Kasım-Aralık 2003; 44-51.
- 17) Ayrancı et al. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. Journal of Interpersonal Violence. Volume 21 Number 2. February 2006.p. 276-296.
- 18) Mandiracioglu A, Cam O. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. Occup Med (Lond) 2006;56 (7): 501-3.
- 19) Aydın B, Kartal M, Midik O, Büyükakkus A. Violence against general practioners in Turkey. J Interpers Violence 2009;24 (12):1980-94.
- 20) Mehmet Akif Sezerol, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak.2017 Yılında İstanbul’un Bir İlçesinde Yapılan Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2018, s. 1360-1361.
- 21) Mahmut Kılıç. Bir İlde Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelde Saldırganlık Algısı Ve Şiddete Maruz Kalma Durumu İle İlişkisi. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2017, s. 173.
- 22) Tefik Pınar, Cengizhan Açikel, Meral Saygun, Gül Pınar, Emrah Murat Açıköz, İsmail Atçeken. Kırıkkale İli Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı Fiziksel Ve Sözel Şiddet Olaylarına İdari Yaklaşım. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Konya, 2015. s. 250-251.
- 23) Pıçakçiefte M, Acar A, Colak, Z, Kilic I. The Relationship Between Socio-Demographic Characteristics, Work Conditions and Level “Mobbing” of Health Workers in Primary Health Care. Journal of Interpersonal Violence, 2017; 32 (3): 373-398.

> BULAŞICI HASTALIKLAR

BÖLÜM

6

> Sunuş

PROF. DR. ALİ CEYLAN
Bölüm Editörü

Önce HASUDER yönetimi ve TSR2020 editörleri ile daha sonra da bölüm yazarlarımızla sosyal medya, internet, telefon aracılığı ile yaptığımız uzun görüşmeler ve bilgi alışverişi sonrasında bir rapor hazırlama yönergesi hazırladık. Alanında deneyimleri, önemli birikimleri olan ve halk sağlığına gönül vermiş değerli bilim insanlarının katkılarıyla emek yoğun bu eseri ortaya çıkardık. Birlikte oluşturduğumuz bu bölümde Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların durumunu incelemeye çalıştık. Mart ayından buyana COVID-19 pandemisine ayrılan yoğun zaman nedeniyle raporun hazırlanmasında biraz aksama oldu sanırım. Zira daha önceki raporlarda yer alan hava yoluyla bulaşan hastalıklar bölümü bu raporda yer alamadı. Yine de raporun yıl içinde bitirilmiş olması bizi mutlu etti. Raporumuzla bilim insanlarının, halk sağlığı alanında çalışanların, politik karar vericilerin ve her düzeyde yöneticilerin kullanabileceği bir kaynak oluşturmayı amaçladık. Bulaşıcı hastalıklar bölümü 9 alt bölümden oluştu.

- “Türkiye’de bağışıklama hizmetlerinin durumu ve bağışıklamada eşitsizlikler” bölümünde yazar ülkemizdeki bağışıklama hizmetlerinin durumu ve bağışıklamada eşitsizlikleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verileri üzerinden ortaya koymuş ve tartışmıştır. TNSA 1993-2018 arasındaki aşılama oranlarını cinsiyet, yerleşim yeri, hanehalkı refah düzeyi, anne eğitimi, doğum sırası boyutlarıyla eşitsizlikler açısından incelemiştir. Aşılama oranları bakımından TNSA bulguları ile SB istatistikleri arasında açıklama gerektirecek düzeyde fark olduğu ve “hedefle-

nen aşılama performansından uzaklık örüntüsü sağlık durumu kötü olanlar için eşitsizliğin derinleşmesine ve sürdürülmesine katkı verici bir potansiyel taşımakta olduğu” sonucuna varmıştır.

- “Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar” bölümünde hastalıkların durumu dünyada ve Türkiye’de ayrı ayrı ele alınmıştır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili verileri toplamakta, ancak bunlara erişim konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bildirim sistemine ek olarak, Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA) kapsamında, sınırlı sayıda gönüllü hastaneden suşlar ve verileri Ulusal Enterik Patojenler Referans Laboratuvarı’na gönderilmektedir. UEPLA verileri her yıl düzenli olarak raporlanmasına rağmen Türkiye’deki tüm hastaneler bu sürveyans ağına dahil edilmediklerinden; paylaşılan UEPLA verileri Türkiye’deki AGE salgınlarında etkilenen kişi sayısını ve etkenlerdeki değişim durumunu tam olarak yansıtmamaktadır. Bu çalışmada ulusal saha epidemiyolojisi toplantılarında sunulan ve ülkemizde 2012 yılından bu yana saptanan su ve gıda kaynaklı salgınlar ve vaka sayıları verilmiştir.
- “Zoonozlar” bölümünde 2014 ve sonraki döneme ait Brucella, Leishmaniasis, Şarbon, Tularemi, Toxoplazmozis, Leptospirozis, Kistik Ekinokokkoz hastalık verilerine yer verilmiştir. İnsanlarda, hayvanlarda, hayvansal ürünlerde hastalık etkenleri ya da antikorlarını araştırıldığı bilimsel çalışmalar derlenmiştir. Hastalıkların

çoğu halen ülkemiz için önemli sağlık sorunları arasında yer almakta olup korunmada tek sağlık yaklaşımı ile sektörler arası işbirliğinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

- “Vektörlerle bulaşan hastalıklar” başlıklı bölümde Türkiye’de son 10 yılda bildiri yapılan Sıtma, leishmaniasis, batı Nil Virüsü, Hantavirüs, Tularemi, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi konu edilmiştir. Türkiye’de KKKA, Şark Çıbanı, Tularemi en sık görülen VBH lerdir. Bulaşta rol oynayan vektörlerin coğrafyamızda varlığıyla ve kuşların göç yollarının ülkemizden de geçiyor olması, Suriye’den gelen göçmeler, vektör kontrol hizmetlerinin zayıflığı nedenleriyle VHB’ler önemli sağlık sorunu olma potansiyelini sürdürmektedir sonucuna varılmıştır.
- “Paraziter enfeksiyonlar”; 2015-2019’da ülkemizde yapılan ve bilimsel dergilerde yayınlanan paraziter hastalıklarla ilgili çalışmalar rapor edilmiştir. Barajların, sulama kanallarının, sulu tarım yapılan alanların artması; ara konakçı vektör popülasyonunun artmasını, bu da Fasciola sp. gibi helmintlerin görülme sıklığının artmasını tetiklemediği sonucuna varılmıştır.
- “Yeni ve yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar” bölümünde Yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar; son 20 yılda insidansı artan veya yakın zamanda artma tehdidi bulunan hastalıklar olarak tanımlanmıştır. 21. yüzyıl bu açıdan SARS, pandemik influenza, MERS, ebola, Zika virüs ve Covid-19 gibi yeni hastalıkların ortaya çıktığı hem de kolera, veba ve sarıhumma gibi hastalıkların yeniden görüldüğü bir dönem olmuştur. Türkiye özelinde bakıldığında son yıllarda Covid-19, Batı Nil virüsü, Zika virüs, pandemik influenza ve yeni etkenle görülmeye başlanan kutanöz leishmaniasis yeni ortaya çıkan; suçiçeği, sıtma ve şarbon ise yeniden ortaya çıkan önemli hastalıklar olarak değerlendirilebilir.

- “Türkiye’de HIV/AIDS’in durumu: korunma ve kontrolü” 2000-2018 arasında yıllık yeni HIV enfeksiyonu 2.8 milyondan 1.7 milyona, AIDS ilişkili ölüm ise yıllık 1.4 milyondan 770 bine gerilemiştir. Tedaviye erişen kişi sayısı ise 2000 yılında 576 bin iken, 2018’de 24.5 milyona ulaşmıştır. Türkiye’nin de yakın ilişkileri ve komşulukları olan Doğu Avrupa ve Asya HIV olgularının hızlı artış gösterdiği bölgeler arasındadır. Polonya, Türkiye ve Macaristan’da ise bulaş yolu bilinmeyenlerin fazlalığı dikkat çekmektedir. Ülkemizde ilk kez 1985 yılında bildiri yapılan HIV/AIDS, son yıllarda hız kazanarak 2019 yılı sonu itibarıyla 1884’ü AIDS olmak üzere toplam 24.761’e ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Ortak Programı (UNAIDS), AIDS epidemisini durdurabilmek için “Hedef: 90-90-90” belirlemiştir. Küresel Hedeflere ulaşabilmek için 2019-2024 yıllarını kapsayacak şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından; ilgili STK’ların, uzmanların ve akademisyenlerin bir araya gelerek Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024) hazırlamış ve yayımlamıştır.
- “Hepatitler ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar” bölümünde ülkemizde görülen Hepatitler (B ve C) ve CYBH (Klamidya-C.trachomatis, Gonore, Sifiliz-Frengi, Herpes, HPV-Human Papilloma Virüs, HIV-Human Immunodeficiency Virüs: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, AIDS-Acquired Immunodeficiency Syndrome: Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) ile ilgili çeşitli kaynaklardan veriler bir araya getirilerek sunulmuştur.
- “Bulaşıcı hastalıkların sürveyansında gelişmeler, değişiklikler” bölümünde bildirim sistemindeki değişiklikler ve gelişmeler, İZCİ uygulamasına geçişle gelen yenilikler, AGE, HIV ve AIDS gibi hastalıkların bildirimindeki farklı mekanizmalar tanıtılmıştır.

Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu ve Bağışıklamada

› Eşitsizlikler

65.1

PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK

Giriş ve Amaç

Bağışıklama hizmetleri 20. Yüzyılın en etkin halk sağlığı girişimlerinden biridir. Sağlıkta dönüşüm programı ile sunumunda etki azalması ve yararlanımında eşitsizliklere yol açılacağı yılların kaygı ve tartışma konusudur^(1,2). Bu yazının amacı Türkiye’de bağışıklama hizmetlerinin durumu ve bağışıklamada eşitsizlikleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) üzerinden ortaya koymak ve tartışmak için bilgi sunmaktır.

Sağlıkta eşitlik

İnsanlar haklar açısından eşit doğar ve bu eşitliğin yaşam boyu gerçekleşmesi temeldir. Sağlıkta eşitlik, Hamzaoğlu’nun soyutlamasıyla: “Hayatın öznesinin insan olduğu bir toplumsal yaşantı ile gereksinimlerin karşılanması hedefidir⁽³⁾. Whitehead’ın aktardığı tanımıyla: “Herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır”⁽⁴⁾.

Sağlıkta eşitsizlik

Önlenebilir, adaletsizlik ve bir ahlak sorunu olarak nitelenebilecek sağlıkta eşitsizlik, Hamzaoğlu’nun soyutlamasıyla: Sağlıkta eşitsizlikler, insanlar arasında hiçbir biyomedikal ve davranışsal risk faktörleriyle kesin olarak açıklanamayan sağlık durumu ve yaşam sürelerindeki farklılıklardır³. Kunst ve Mackenbach’ın tanımıyla: “Yüksek ve düşük

SED’deki insanlarda sağlık sorunlarının sıklığında-prevelans ya da insidansında farklılıktır”.⁽⁵⁾

Gereç ve Yöntem

TNSA verileri eşitsizlik kaynakları ve ölçütleri üzerinden işlenmiştir. TNSA 1993-2018 arasındaki aşılanma oranları cinsiyet, yerleşim yeri, hanehalkı refah düzeyi, annenin eğitimi, doğum sırası boyutlarıyla eşitsizlikler açısından incelenmiştir. İncelemede kullanılan ölçütler:

Tam aşıllı olma

Bir yaşına dek, aşı takvimindeki tüm aşuları eksiksiz, kızamık dahil yaptırmış olma halidir⁽⁶⁾. Türkiye’de Hepatit B’nin 3 dozu, BCG, Difteri-asellüler Boğmaca-Tetanoz- Hib-IPA beşli karma aşısının 3 dozu, KPA’nın 4 dozu, bir doz OPV, Suçiçeği ve KKK aşılarını yaptırmış olması durumunda çocuk tam aşıllıdır.

2013 TNSA’na göre **Tam aşıllı olma:** BCG, KKK, üçer doz Difteri-asellüler Boğmaca-Tetanoz- Hib-IPA, Hepatit B ve KPA⁽⁷⁾.

2018 TNSA’na göre **Tam aşıllı olma:** BCG, üçer doz Difteri-asellüler Boğmaca-Tetanoz- Hib- IPA, Hepatit B ve KPA⁽⁸⁾.

Epidemiyolojik ölçütler⁽⁹⁻¹²⁾

Hız oranı: Risk altında oluşun görece büyüklüğünü verir. Örn. TNSA 2018 bulgularına göre hiçbir aşı yapılmamış bir kıza karşılık 8,2 erkek vardır (bkz. Tablo 65.3).

$$\text{Hız oranı} = \frac{\text{En kötü durumdaki için risk (Rmax)}}{\text{En iyi durumdaki için risk (Rmin)}}$$

En düşük hızın değeri "0" olduğunda hesaplanamamış, değer yerine "Uygun Değil (UD)" nitelmesi yapılmıştır.

Atfedilen risk

Risk altında oluşun mutlak büyüklüğünü verir. Örn. TNSA 2018 bulgularına göre doğan erkek bebeklere hiçbir aşı yaptırmama her 1000 bebekte kızlardan 36 fazla olmuştur.

$$\text{Atfedilen risk} = \text{Rmax} - \text{Rmin}$$

Topluma Atfedilen Risk

Dezavantaj yaratan durum önlenirse riskin ne kadarının önlenebilir olduğunu verir. Örn. TNSA 2018 bulgularına göre aşılama cinsiyet eşitsizliği önlenmiş olsaydı hiç aşılammamış olma durumu % 77,3 önlenmiş olacaktı.

$$\text{Topluma Atfedilen risk} = \frac{\text{Türkiye için değer} - \text{Risk grubu için değer (Rmin)}}{\text{Türkiye için değer}} + 100$$

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Hedeflerine Uzaklık

SB GBP hedefleri; 12-23 aylık çocukların %90'ını tam aşıli hale getirmek ve her bir antijenle aşılama hedefi % 95 ve üstü olarak belirlenmiştir (13,14).

Sağlık Bakanlığının belirlediği hedefe uzaklık: Hedef (%) - Aşılama oranı (%)

Aşıya Devamsızlık

Aşılama takviminde yer alan aşıların bağışık yanıt oluşturma - primer serinin- tamamlanma performansının ve/veya kayıtlı bireylerin süreçte aşı takviminin eşzamanlı ya da ardıl aşılarını yapma performansı ölçütüdür (6).

$$\text{Aşıya devamsızlık} = \frac{\text{DaBT1} - \text{DaBT3}}{\text{DaBT1}} \times 100$$

(Örn: DaBT1–DaBT3)

TNSA 2018'e göre DaBT-IPA-Hib aşısının 1. dozu aşı kartı veya beyana göre 12-23 aylık çocukların 93'üne, 3.dozu ise % 78,8'ine yapılmıştır. Bu durumda devamsızlık % 15'tir. Yani 5'li aşının 1. dozu yapılmış kayıtlı her 100 bebeğin 15'i eksik aşıli bırakılmış, primer seri tamamlanamamış, bu nedenle bu 5 hastalığa karşı direnç sağlanamamıştır.

$$\text{Aşıya devamsızlık} = \frac{\text{KKK1-OPA2}}{\text{KKK1}} \times 100$$

(Örn: KKK1–OPA2)

TNSA 2018'e göre KKK 1.dozu aşı kartı veya beyana göre 24-35 aylık çocukların %94,3'üne; OPA 2.dozu ise %69'una yapılmıştır. Devamsızlık % 26,8'dir. Polio Eradikasyon Programı ve bireyin aşı yan etkisinden korunması açısından çok önemli bu dozun bir yaşında yapılmış KKK aşısından 6 ay sonra yapılması ihmal edilmiştir (8).

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmanın yazımında, belirlenmiş kurallara uyum motivasyonu, nicel verilerin derlenmesi, dizgenmesi, işlenmesi ve bulguları okuma-anlamlandırma amacına yönelik kavramları tanımlama-açıklama ve gereç ve yöntem bölümünde birer örnek üzerinden okuma ile yetinilmiştir. Çok önemsenen birkaç eşitsizlik bulgusu da yerinde vurgulanmıştır. Okuma pratiğini geliştirmek açısından 9-12.. kaynakların, Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin durumu için geniş ve ayrıntılı değerlendirme için 15. kaynağın incelenmesi önerilir.

Bulgular

Bölgelere göre Aile hekimi başına düşen nüfusun zamana göre seyri (16-23).

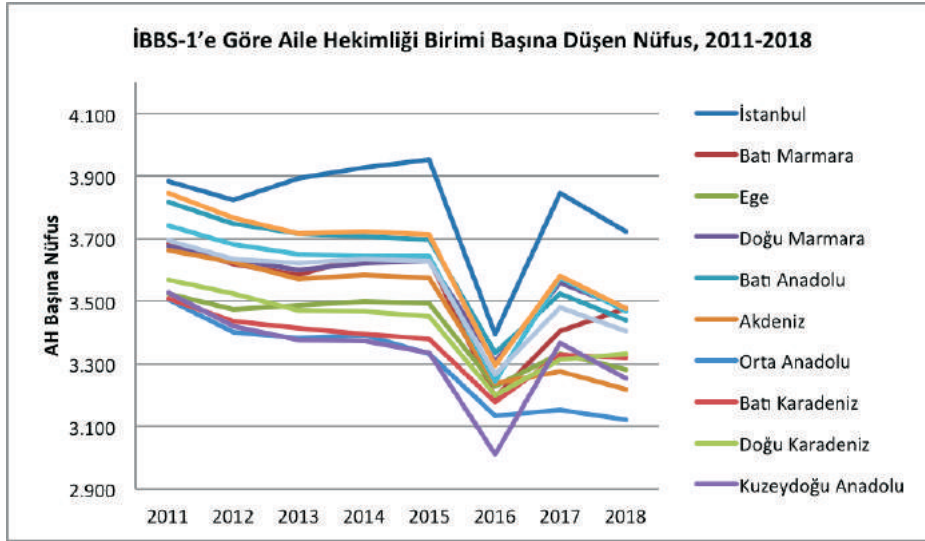
Aile Sağlığı Merkezi (ASM) başına nüfus bağışıklama hizmetlerini yürütmek için tüm bölgelerde fazladır, eşitsiz dağılımlıdır ve düzelme kararlılığı eğilimi görüntüsünden uzaktır (Şekil 65.1).

Aşı takviminin kapsamı (24-26).

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm dünya çocukları için aşılama önerdiği Hepatit A ve B, Verem, Çocuk Felci, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği ve invazif Pnömonik ve Hemofilus influenza b etkenlerinin oluşturduğu 13 hastalığa karşı aşılama yapılmaktadır. Rota virüs ve HPV aşıları DSÖ önerilerinde yer almakta iken ülkemizde kapsanmamaktadır.

DSÖ takviminde yer almayan Hepatit A (31 AB ülkesinden 5'inde yapılmaktadır), Suçiçeği (31 AB ülkesinden 14'ünde yapılmaktadır), Kabakulak aşıları SB aşı takviminde yer almaktadır.

Takvimde yer alışı, aşılarla erişimi arttırıcıdır. Ülkemizde HPV ve Rotavirüs aşılarına ancak izleyen hekimin önermesi durumunda, önerisini yerine



Şekil 65.1 Bölgelere göre Aile hekimi başına düşen nüfusun zamana göre seyri.

getirebilecek-maliyeti karşılayabilecekler ulaşabilmektedir. Bu durum, daha çok yoksulların sorunu olarak değerlendirilebilen rotavirüs ishali ve serviks kanserinden korunma açısından bir eşitsizlik kaynağı olarak değerlendirilmeye açıktır.

TNSA ve Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre değerlendirme bildirilen aşılama oranları

Tablo 65.1 TNSA ve SB verilerine göre 2018’de aşılama oranları^(4,18)

	KKK1	DBT3	BCG	HepB3
SB 2018 (%)	96	98	96	98
TNSA 2018 (%)	94,3	78,8	92,6	80,8

Sağlık Bakanlığı ile TNSA 2018’de bildirilen aşı oranları arasında DBT3’te 19,2; HepB3’te 17,2 yüzdelik dilim fark vardır. Tek doz uygulanan aşılarla bu denli fark olmayışı, bağışık yanıt için tamamlanması gereken primer seriyi tamamlayamayan bir izlem sorununu işaret etmektedir.

Tablo 65.2 TNSA’larına göre Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşılama almış olan 15-26 aylık çocuklar (%)

Aşı	1993	1998	2003	2008	2013	2018
BCG	89.1	88.5	87.7	95.9	94.4	92,6
DaBT-İPA-Hib3	77.1	58.7	64.4	89.3	86.4	78,8
KKK	77.9	78.5	79.4	89.3	89.8	94,3
Hep B 3	-	-	-	85,9	87,1	80,8

Son 10 yılda KKK hariç tüm aşılama oranlarında düşme olmuştur.

TNSA bulgularına göre değerlendirme

Aşılanmama

TNSA 2018 bulgularına göre 2 yaşından küçüklerin % 2,5’inin doğum kaydı yoktur. Beş yaşından küçüklerde doğum kaydı yokluğu genelde % 1,6 iken, hanehalkı refahı en düşük kesimde % 4,4; Güney’de % 2,1; kızlarda %1,8; kırdaki % 2’dir (Tablo 2.9, s.24).

Tablo 65.3 Cinsiyete Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
Yıllık doğum sayısı (TUIK)	1.425.000*	1.198.927	1.262.333	1291 217	1.248.847
Hiç aşılanmayan sayısı	51.300	33.569	20.197	37.445	27.474
Cinsiyet					
Erkek	3,1	2,7	1,1	1,6	4,1
Kız	4,2	2,9	2,2	4,1	0,5
Hız oranı:	1,4	1,1	2,0	2,6	8,2
Atfedilen risk	1,1	0,2	1,1	2,5	3,6
Topluma Atfedilen risk	13,9	3,6	31,3	44,8	77,3

* (27)

Hiçbir aşığı yaptırmama verilerinin doğum kaydı yapılmamışlığı verileri göz önüne alınarak ve yüzdelik dilim olarak değil, yaşama sağlıklı başlama olanağı sunulmamış çocuklar olarak değerlendirilmesi gerekir. Son 5 yılda eşitsizliğin kızlardan erkeklere evrilmesi, sağlık hizmeti gereksinimini karşılamada erkekleri önceleyen toplumsal cinsiyet tutumundan, erkeğin üreme rolünü “korumayı” önceleyen bir toplumsal cinsiyet tutumuna yönelimi araştırmayı değerli kılar görünmektedir (Tablo 65.4).

Kent-Kır eşitsizliğinin azalması kırdaki iyileşmeden çok, Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte hizmet alışı başvuruya dayalı oluşu ve gezici hizmet olmayışı ile karakterize, kentteki kötüleşme üzerinden değerlendirilmelidir (Tablo 65.4).

Hiçbir aşı yaptırmamanın çocuk sahibi olmaya yeni başlayan ailelerin sorunu mu olduğu yanıt aranması gereken önemli bir soru olarak görünmektedir (Tablo 65.5).

Aşı yaptırmama büyük ölçüde düşük eğitimlilerin sorunu gibi görünmektedir (Tablo 65.6).

Aşı yaptırmama büyük ölçüde en yoksullar ve orta-yüksek gelir düzeyindekilerin sorunu gibi görünmektedir. Her iki grubun aşı yaptırmama motivasyonlarının incelenmesi, aşı kararsızlığı ile mücadelede gereksinime uygun bilgi verebilme kapasitesini geliştiricidir (Tablo 65.7).

Aşı yaptırmama büyük ölçüde Doğu ve Kuzey bölgelerimizde yaşayanların sorunu gibi görünmektedir (Tablo 65.8).

Tablo 65.4 Yerleşim Yerine Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
Kent	2,9	2,4	1,6	3,1	2
Kır	4,8	3,5	1,6	2	2,7
Hız oranı:	1,7	1,5	1,0	1,6	1,4
Atfedilen risk	1,9	1,1	0	1,1	0,7
Topluma Atfedilen risk	19,4	14,3	0,0	31,0	9,1

Tablo 65.5 Doğum Sırasına Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
1	2,6	1	1,1	1,2	2
2 ve 3	2,6	2,1	1,2	2	2
4 ve 5	6,3	3,2	3,4	9,4	1,1
6+	8,7	13	4,9	7,1	--
Hız oranı:	3,3	13,0	4,5	7,8	1,8
Atfedilen risk	6,1	12	3,8	8,2	0,9
Topluma Atfedilen risk	27,8	64,3	31,3	58,6	50,0

Tablo 65.6 Eğitime Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
Eğitim yok/ilkokul bitirmemiş	9,4	9,5	3,2	9,2	3,8
İlk, birinci kademe	2,2	1,1	1,8	2,4	2,5
İlk, ikinci kademe	0	0	0,8	1,1	1,6
Lise ve üzeri	0	0	0,2	0,2	1,9
Hız oranı:	-	-	16	46	2
Atfedilen risk	9,4	9,5	3	9	2,2
Topluma Atfedilen risk	100	100	87,5	93,1	27,3

Tablo 65.7 Hanehalkı refah düzeyine Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
En düşük	--	--	3,8	4,1	5
Düşük	--	--	2,1	3,5	0
Orta	--	--	0,6	4,6	1,5
Yüksek	--	--	0,5	0,9	3,2
En Yüksek	--	--	0,7	0	1
Hız oranı:	--	--	7,6	UD	UD
Atfedilen risk	--	--	3,3	4,1	5
Topluma Atfedilen risk	--	--	68,75	100	100

Tablo 65.8 Bölgelere Göre 12-23 aylık çocuklarda Aşı Olmayışta Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	3,6	2,8	1,6	2,9	2,2
Batı	1,6	1,4	1,6	4,7	1,4
Güney	1,5	0	1,1	0,9	1,3
Orta	1,3	1,7	1,2	0,4	0,8
Kuzey	1,7	2,8	0	0	2,7
Doğu	10,3	6,5	2,8	3,8	4,3
Hız oranı:	7,9	UD*	UD	UD	5,4
Atfedilen risk	9	6,5	2,8	3,8	3,5
Topluma Atfedilen risk	63,9	100,0	100,0	100,0	63,6

*UD: uygun değil

Tam aşılama durumu (12-23 aylık çocuklarda)

Hedeflenen nüfusu/ bebekleri tam aşıli hale getirebilmek için politik istek ve kararlılıkla yönetilen aşı takip sistemi; tüm gebelerin izlenmesi ve tüm doğumların kaydı, evde izlem, güven ilişkisi kuracak bilgi ve tutum, lojistik yeterlilik ve coğrafi temelli, belirlenmiş nüfusun ihtiyacını karşılayacak sayıda sağlık çalışanı gerekir (Tablo 65.9).

Tam aşıli hale getirilemeyen çocuk sayısı son 10 yılda %67,4 artmıştır. Üstelik 2018’de KKK1 dozunun yapılmışlığı kızamık salgını yaşanmakta olan

bu dönemde, dikkate de alınmadan tam aşıli nitelemesi yapılmıştır (Tablo 65.10-65.14).

“Gereksinimi daha çok olanlar sağlık hizmetlerinden daha az yararlanırlar²⁸” saptamasını gösteren bir bulgu olarak en yoksul olanların en yüksek gelirli çocuklarına göre tam aşıli kılınma ulusal hedefine uzaklığı 2,47 kat fazladır. Tam aşıli hale getirilememiş 100 varsıla karşın 134 yoksul tam aşıli değildir. Gelir düzeyinde eşitlik sağlanması durumunda yoksulluğa atfedilen riskten kaynaklanan, toplumun tam aşıli hale getirilememiş % 14,48 kesimi tam aşıli hale getirilebilirdi (Tablo 65.15).

Tablo 65.9 Türkiye’de Tam Aşıli Oluşturma Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	66,9
Yıllık doğum sayısı (TUIK)	1.425.000	1.198.927	1.262.333	1.291.217	1.248.847
Tam aşıli olmayan sayısı (kişi)	773.775	649.818	246.155	334.425	412.119

Tablo 65.10 Türkiye’de Cinsiyete göre Tam Aşıli Oluşturma Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018’de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67,0	23
Erkek	46,2	57,7	78,7	73,9	67,3	22,7
Kız	45,2	50,6	82,6	74,2	66,6	23,4
Hız oranı:	1,02	1,14	0,95	1,00	1,01	
Atfedilen risk	1,00	7,10	3,90	0,30	0,70	
Topluma Atfedilenrisk	1,09	6,64	2,24	0,27	0,60	

Tablo 65.11 Türkiye'de Yerleşim Yerine göre Tam Aşılı Oluşturda Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67	23
Kent	51,2	62,9	84,2	76,5	66,6	23,4
Kır	36,8	36,5	71	64,7	68	22
Hız oranı:	1,39	1,72	1,19	1,18	1,02	
Atfedilen risk	14,4	26,4	13,2	11,8	1,4	
Toplumda Atfedilen risk	19,5	32,7	11,8	12,7	0,6	

Tablo 65.12 Türkiye'de Doğum Sırasına göre Tam Aşılı Oluşturda Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67	23
1	51,8	62,4	82,4	81,7	70,1	19,9
2 ve 3	48,9	59,8	85,1	84,2	67,2	22,8
4 ve 5	27,2	33,8	65,2	73	63,9	26,1
6+	31,8	21,5	59,6	71,8	-	
Hız oranı:	1,90	1,85	1,26	1,12	1,10	
Atfedilen risk	24,6	28,6	17,2	8,7	6,2	
Toplumda Atfedilen risk	40,48	60,33	25,96	3,10	4,63	

Tablo 65.13 Türkiye'de Eğitime göre Tam Aşılı Oluşturda Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67	23
Eğitim yok/ilk	28,5	26,1	64,9	63,8	69	21
İlk. birinci kademe	48,0	60,9	81,6	77,2	61,5	28,8
İlk. ikinci kademe	64	61,2	84,4	74,1	67,8	21,2
Lise ve üzeri	--	68,5	87,6	77,8	69,2	19,8
Hız oranı:	2,25	2,62	1,35	1,22	1,13	
Atfedilen risk	35,50	42,40	22,70	14,00	7,70	
Toplumda Atfedilen risk	37,64	51,85	19,38	13,90	8,21	

Tablo 65.14 Türkiye'de Hanehalkı refah düzeyine göre Tam Aşılı Oluşturda Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67	23
En düşük	--	--	62,2	63,2	57,3	32,7
Düşük	--	--	81,6	75,6	66,5	22,5
Orta	--	--	86,2	77,7	63,9	25,1
Yüksek	--	--	89,5	76,6	72,5	17,5
En Yüksek	--	--	85,3	78,7	76,8	13,2
Hız oranı:			1,44	1,21	1,34	
Atfedilen risk			27,3	13,4	19,5	
Toplumda Atfedilen risk			22,73	14,71	14,48	

Tablo 65.15 Türkiye'de 12-23 aylık çocuklarda Bölgeye göre Tam Aşılı Oluşturda Değişim (TNSA 1998-2018)

Temel Özellik	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 90 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	45,7	54,2	80,5	74,1	67	23
Batı	50,2	63	84,6	76,4	70,2	19,8
Güney	57,3	60,2	81,8	77,4	56,6	33,4
Orta	51,8	61	90	77,3	66,8	23,2
Kuzey	58,9	60,1	83,6	71,1	48,3	41,7
Doğu	22,9	34,8	64,3	67,6	71,3	18,7
Hız oranı:	2,57	1,81	1,40	1,14	1,48	
Atfedilen risk	36,0	28,2	25,7	9,8	23,0	
Toplumda Atfedilen risk	49,89	35,79	20,12	8,77	27,91	

Son 5 yılda Doğu bölgesi hariç tüm bölgelerde düşüş olmuştur. En büyük düşüş tam aşılı hale getirilen çocuk sayısının %32 azaldığı Kuzey'dedir.

Toplum Bağışıklığı

Toplum bağışıklığı, enfeksiyon zincirinin kırılması için gerekli en az aşılama oranının homojen olarak coğrafi temelli sağlanması (il, ilçe, köy) ile gerçekleştirilir. DSÖ, Ülkemizin il bazlı durumunu yayınlamaktadır ⁽²⁹⁾ (Tablo 65.16).

İllerimizin 1/3'ünün KKK1, 2/3'ten fazlasının KKK2 açısından toplum bağışıklığı için öngörülen düzeyin altında oluşu, bağışıklama hizmetleri yönetiminin DSÖ önerilerinin aksine il düzeyinde bile coğrafi bazlı-bölge tabanlı bir izlem yürütmediğine işaret etmektedir. Bulgular, kızamık salgınlara

rına duyarlı coğrafi havuzlarının yıllardır süregelen varlığını, 2010'dan bu yana sürmekte olan kızamık salgının yönetsel temelini göstermektedir.

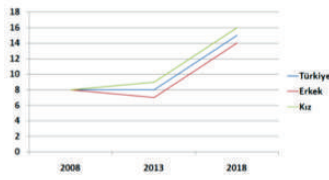
Aşıya Devamsızlık

Aşıya devamsızlık aşılama başladığımız bireyin aşılarının tamamlanmamasıdır. Eksik bırakılmasıdır. Devamsızlık düzeyinin %10'un altında tutulması hedeflenir. Devamsızlık bağışıklama hizmetleri yönetiminde güveni sürdürmemeye, lojistik gereksinimleri sağlayamama yönetmeme/yönetememe/kötü yönetim işaretidir. TNSA 2018 bulgularına göre devamsızlık hızları hep %10'un üzerindedir. TNSA'na göre Aşıya devamsızlık hızlarının zamana göre dağılımı aşağıda grafiklerde gösterilmiştir.

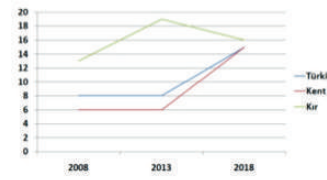
Tablo 65.16 Türkiye'de Toplum Bağışıklığı Sağlama Performansının zamana göre değişimi ⁽²⁹⁾

Sistem Performansı ölçütü		2018	2017	2016	2015	2014	2013
Bölge sayısı		81	81	81	81	81	81
DBT3 aşısı kapsamının %80 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	81	79	80	81	81	81
	%	100	97	99	100	100	100
Kızamık1 aşısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	54	53	65	67	44	75
	%	67	65	80	83	54	93
Kızamık 2 aşısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	25	33	21	8	31	-
	%	31	41	26	10	38	-

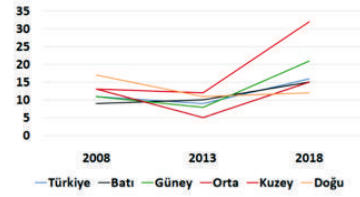
DBT1-DBT3 arasında **Cinsiyete** göre devamsızlık



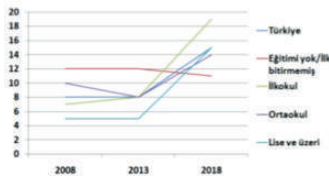
DBT1-DBT3 arasında **Yerleşime** göre devamsızlık



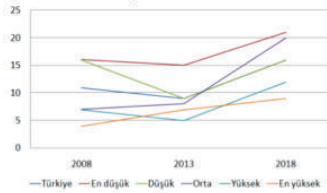
Hepatit B 1-Hepatit 3.doz arasında bölgelere göre devamsızlık



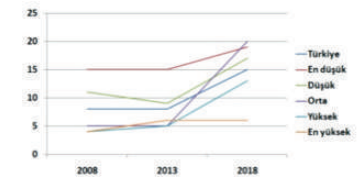
DBT1-DBT3 arasında **Eğitim düzeyine** göre devamsızlık



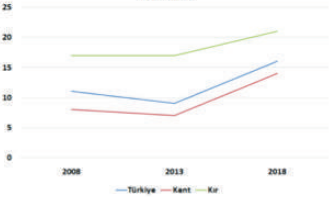
Hepatit B 1-Hepatit 3.doz arasında gelir düzeyine göre devamsızlık



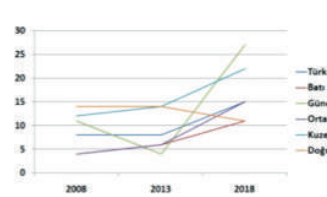
DBT1-DBT3 arasında **Gelir düzeyine** göre devamsızlık



Hepatit B 1-Hepatit 3.doz arasında yerleşim yerine göre devamsızlık



DBT1-DBT3 arasında **Bölgeye** göre devamsızlık



TNSA'larına göre 12-23 aylık çocuklarda Aşılama oranlarında eşitsizlikler

KKK 1.doz aşılmasında eşitsizlikler

(Tablo 65.17-65.22)

Sağlık Bakanlığının KKK1 aşılması için hedeflediğinden uzakta oluş düşük eğitimli annelerin çocuklarının sorunu olarak görünmektedir (Tablo 65.20).

Sağlık Bakanlığının KKK1 aşılması için hedeflediğinden uzakta oluş düşük refah düzeyindeki

hanelerin çocuklarının sorunu olarak görünmektedir (Tablo 65.21).

BCG aşılmasında eşitsizlikler

Sağlık Bakanlığının BCG aşılması için hedeflediğinden uzakta oluş erkek çocuklarının sorunu olarak görünmektedir (Tablo 65.23-65.28).

Sağlık Bakanlığının BCG aşılması için hedeflediğinden uzakta oluş en düşük eğitim düzeyindeki annelerin çocuklarında lise ve üzeri eğitimlilere göre 15, ortaokul düzeyindekilerden 18 kat fazladır (Tablo 65.26).

Tablo 65.17 Cinsiyete göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3
Erkek	78,9	80	88,1	91,4	93,1
Kız	78,2	78,8	90,5	88,4	95,4
Hız oranı:	1,01	1,02	0,97	1,03	0,98
Atfedilen risk	0,7	1,2	2,4	3	2,3
Topluma Atfedilen risk	0,38	0,76	1,34	1,56	1,27

Tablo 65.18 Yerleşim Yerine göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3
Kent	82,2	84,4	90,3	90,6	95,3
Kır	72,7	69,1	86,5	86,8	90,9
Hız oranı:	1,13	1,22	1,04	1,04	1,05
Atfedilen risk	9,5	15,3	3,8	3,8	4,4
Topluma Atfedilen risk	7,39	12,97	3,14	3,34	3,61

Tablo 65.19 Doğum Sırasına göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3
1	85,8	84,4	88,8	90,5	95,1
2 ve 3	83,4	86,5	93,4	91,8	94,3
4 ve 5	57,3	68,5	82,8	83,4	94,5
6+	56,3	36,5	72,6	78,8	-
Hız oranı:	1,52	2,37	1,29	1,16	1,01
Atfedilen risk	29,5	50	20,8	13	0,8
Topluma Atfedilen risk	28,28	54,03	18,70	12,25	0,00

Tablo 65.20 Eğitime göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3	0,7
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	57,6	45	77,2	81,3	88,2	6,8
İlkokul	83,1	88,9	89,9	91,2	88,9	6,1
Ortaokul	93	93,1	95,8	91,7	98,2	-
Lise ve üzeri	93	90,8	93,5	92,9	98,1	-
Hız oranı:	1,61	2,07	1,24	1,14	1,11	
Atfedilen risk	35,4	48,1	18,6	11,6	9,9	
Topluma Atfedilen risk	26,62	43,32	13,55	9,47	6,47	

Tablo 65.21 Hanehalkı refah düzeyine göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzelik dilim)
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3	0,7
En düşük	--	--	79,6	85,1	87,2	7,8
Düşük	--	--	92,6	89,6	91,6	3,4
Orta	--	--	89,5	90	93,9	1,1
Yüksek	--	--	94,7	90,2	99,3	-
En yüksek	--	--	91,1	95,2	100	-
Hız oranı:	--	--	1,19	1,12	1,15	
Atfedilen risk	--	--	15,1	5,1	12,1	
Topluma Atfedilen risk	--	--	10,86	5,23	7,53	

Tablo 65.22 Bölgelere göre KKK1 Aşılama oranlarının seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	78,5	79,4	89,3	89,8	94,3
Batı	80,6	88,9	90,4	89	94,2
Güney	87,1	81,1	93,9	97,1	90,9
Orta	86,4	90,3	94,8	87,5	98,6
Kuzey	84	84,5	97,8	90,1	94,7
Doğu	61,7	58,2	77,7	88	92,6
Hız oranı:	1,41	1,55	1,26	1,11	1,08
Atfedilen risk	25,4	32,1	20,1	9,1	7,7
Topluma Atfedilen risk	21,40	26,70	12,99	2,56	3,61

Tablo 65.23 Cinsiyete göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzelik dilim)
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6	2,4
Erkek	89,3	89	96	95,1	89,9	5,1
Kız	87,7	86,4	95,8	93,8	94,6	0,4
Hız oranı:	1,02	1,03	1,00	1,01	1,05	
Atfedilen risk	1,6	2,6	0,2	1,3	4,7	
Topluma Atfedilen risk	0,90	1,48	0,10	0,64	2,92	

Tablo 65.24 Yerleşim Yerine göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6
Kent	91,6	92,6	96,5	94,4	92,5
Kır	83,7	77,7	94,3	94,3	92,7
Hız oranı:	1,09	1,19	1,02	1,00	1,00
Atfedilen risk	7,9	14,9	2,2	0,1	0,2
Topluma Atfedilen risk	5,42	11,40	1,67	0,11	0,11

Tablo 65.25 Doğum Sırasına göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6
1	91,2	92,3	97,9	96,1	95,5
2 ve 3	93,5	92	96,1	95,9	92,1
4 ve 5	80,5	83,8	92,2	89	89,8
6+	66,3	52,2	88,2	81,3	--
Hız oranı:	1,41	1,77	1,11	1,18	1,06
Atfedilen risk	24,9	39,8	9,7	14,8	5,7
Topluma Atfedilen risk	25,08	40,48	8,03	13,88	3,02

Tablo 65.26 Eğitime göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6	2,4
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	69,7	63,8	92,8	86	92	3,0
İlkokul	93,3	93,7	94,9	95,6	91,6	3,4
Ortaokul	98,6	98,2	98	98,4	91,1	3,9
Lise ve üzeri	--	97,2	99,5	96,2	94,8	0,2
Hız oranı:	1,41	1,54	1,07	1,14	1,04	
Atfedilen risk	28,9	34,4	6,7	12,4	3,7	
Topluma Atfedilen risk	21,24	27,25	3,23	8,90	1,62	

Tablo 65.27 Hanehalkı refah düzeyine göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6
En düşük	--	--	90,4	92,5	84,2
Düşük	--	--	96,7	93,3	93,7
Orta	--	--	97,7	92,7	97
Yüksek	--	--	99,5	97,1	94,4
En yüksek	--	--	95,9	98,1	95,9
Hız oranı:			1,10	1,06	1,15
Atfedilen risk			9,1	5,6	12,8
Topluma Atfedilen risk			5,74	2,01	9,07

Tablo 65.28 Bölgelere göre BCG Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye (%)	88,5	87,7	95,9	94,4	92,6
Batı	95,8	95,5	97,3	93,5	94
Güney	92,7	95,2	96,1	96,4	88,1
Orta	96	95,6	96,4	96,7	98,4
Kuzey	97,5	91,5	100	97	91,1
Doğu	66,4	68,6	92,2	92,4	90
Hız oranı:	1,47	1,39	1,08	1,05	1,12
Atfedilen risk	31,1	27	7,8	4,6	10,3
Topluma Atfedilen risk	24,97	21,78	3,86	-2,44	4,86

DBT3 doz aşılamaında eşitsizlikler

(Tablo 65.29, 65.34)

DBT 3.dozunda Sağlık bakanlığı hedefinden uzakta oluş; kırdı yaşayan çocukların (Tablo 65.30);

varsıllar dışında tüm çocukların (Tablo 65.33); Güney ve Kuzey Anadolu bölgelerinde yaşayan çocukların (Tablo 65.34) sorunu olarak görünmektedir.

Tablo 65.29 Cinsiyete göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8
Erkek	60,3	66,3	89,4	88,4	77,8
Kız	56,9	62,4	89,3	84,6	79,7
Hız oranı:	1,06	1,06	1,00	1,04	1,02
Atfedilen risk	3,4	3,9	0,1	3,8	1,9
Topluma Atfedilen risk	3,07	3,11	0,00	2,08	1,27

Tablo 65.30 Yerleşim Yerine göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8	16,2
Kent	63,9	72,6	92,1	88,9	80,6	14,4
Kır	50,3	47,5	82,2	77	73,9	21,1
Hız oranı:	1,27	1,53	1,12	1,15	0,92	
Atfedilen risk	13,6	25,1	9,9	11,9	6,7	
Topluma Atfedilen risk	14,31	26,24	7,95	10,88	6,22	

Tablo 65.31 Doğum Sırasına göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8
1	61,9	72,9	92,3	83	80
2 ve 3	62,6	69,8	89,5	90,6	79,9
4 ve 5	42,9	41	81,9	79,4	79,4
6+	49,2	35	80,9	76,1	UD
Hız oranı:	1,46	2,08	1,14	1,19	1,01
Atfedilen risk	19,7	37,9	11,4	14,5	0,6
Topluma Atfedilen risk	26,92	45,65	9,41	11,92	UD

Tablo 65.32 Eğitime göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8
Eğitimi yok/ilk. bitirmemiş	45,4	35	81,5	75,9	79,6
İlkokul	60	69,3	89,8	88	75,3
Ortaokul	74,7	72,9	89,4	87,1	80,3
Lise ve üzeri	--	84,8	94	91,8	79,8
Hız oranı:	1,65	2,42	1,15	1,21	1,07
Atfedilen risk	29,3	49,8	12,5	15,9	5
Topluma Atfedilen risk	22,66	45,65	8,73	12,15	4,44

Tablo 65.33 Hanehalkı refah düzeyine göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8	16,2
En düşük	--	--	78,1	79	72,1	22,9
Düşük	--	--	85,9	85,1	75,8	19,2
Orta	--	--	94,3	87,5	73,6	21,4
Yüksek	--	--	94,9	93,3	81,6	13,4
En yüksek	--	--	95,6	90,3	92,3	2,7
Hız oranı:	--	--	1,22	1,18	1,28	
Atfedilen risk	--	--	16,8	14,3	20,2	
Topluma Atfedilen risk	--	--	12,54	8,56	8,50	

Tablo 65.34 Bölgeye göre DBT 3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 1998-2018

	1998	2003	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye	58,7	64,4	89,3	86,4	78,8	16,2
Batı	61,4	72,6	93,7	87,4	84	11,0
Güney	67,4	71,4	88,1	91,7	66,6	28,4
Orta	64,2	72,1	94,3	88,6	79,5	15,5
Kuzey	71,4	70,7	88,1	83,2	62,7	32,3
Doğu	40,6	44,4	79,2	81,4	81,3	13,7
Hız oranı:	1,76	1,64	1,19	1,13	1,34	
Atfedilen risk	30,8	28,2	15,1	10,3	14,7	
Topluma Atfedilen risk	30,83	31,06	11,31	5,79	20,43	

Hepatit B 3. doz aşılmasında eşitsizlikler

(Tablo 65.35-65.40)

Sağlık Bakanlığı hedefinden uzakta oluş refah düzeyi en düşük kesimin çocuklarında en varsıllara göre 4 kattan fazladır (Tablo 65.39).

Hedeften uzakta oluş Kuzey bölgemizde yaşayan çocuklarda Orta Anadolu bölgemize göre 3 kata yakın fazladır (Tablo 65.40).

Tablo 65.35 Cinsiyete göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8
Erkek	85,9	87,5	79,4
Kız	86	86,7	82,1
Hız oranı:	1,00	1,01	1,03
Atfedilen risk	0,1	0,8	2,7
Topluma Atfedilen risk	0,00	0,46	1,73

Tablo 65.36 Yerleşim Yeri göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8	14,2
Kent	88,9	89	82,8	12,2
Kır	78,2	79,5	75,1	19,9
Hız oranı:	1,14	1,12	1,10	
Atfedilen risk	10,7	9,5	7,7	
Topluma Atfedilen risk	8,96	8,73	7,05	

Tablo 65.37 Doğum Sırasına göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8
1	91,5	88,9	85,7
2 ve 3	85	87,8	80,1
4 ve 5	73,7	84	76,4
6+	76,6	76,3	*
Hız oranı:	1,24	1,17	1,12
Atfedilen risk	17,8	12,6	9,3
Topluma Atfedilen risk	14,20	12,40	5,45

Tablo 65.38 Eğitime göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8
Eğitimi yok/İlk. bitirmemiş	77,6	77,4	83,6
İlkokul	84,1	87,9	78,3
Ortaokul	89,4	91,1	80,8
Lise ve üzeri	94,5	90,3	81,5
Hız oranı:	1,22	1,18	1,07
Atfedilen risk	16,9	13,7	5,3
Topluma Atfedilen risk	9,66	11,14	3,09

Tablo 65.39 Hanehalkı refah düzeyine göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8	14,2
En düşük	75,7	80	72,7	22,3
Düşük	80,6	85,5	80,6	14,6
Orta	91,2	87,1	77,5	17,5
Yüksek	91,6	93,4	85,1	19,9
En yüksek	93	92,7	89,9	5,1
Hız oranı:	1,23	1,17	1,24	
Atfedilen risk	17,3	13,4	17,2	
Topluma Atfedilen risk	11,87	8,15	10,02	

Tablo 65.40 Bölgelere göre Hepatit B3 Aşılama oranlarının zamana göre seyri, TNSA 2008-2018

	2008	2013	2018	2018'de % 95 Hedefine uzaklık (Yüzdeler dilim)
Türkiye (%)	85,9	87,1	80,8	14,2
Batı	87,9	85	81	14
Güney	85,5	90,9	75	20
Orta	94,5	92,8	84,2	10,8
Kuzey	85,8	86,6	65,7	29,3
Doğu	75,6	84,2	83,7	21,3
Hız oranı:	1,25	1,01	1,12	
Atfedilen risk	18,9	8,6	9,2	
Topluma Atfedilen risk	11,99	3,33	7,18	

Sonuçlar

Aşılama takviminde yer almayan ancak tüm dünya çocuklarına DSÖ tarafından önerilen aşılarla erişim bir eşitsizlik sorunu potansiyeli taşımaktadır.

TNSA bulguları ile SB istatistiklerinde aşılama oranları arasında açıklama gerektirecek düzeyde fark mevcuttur.

Aşılammama boyutunun örüntüsü sağlık durumu kötü olanlar için eşitsizliğin derinleşmesine katkı verici bir görüntü vermekte, bağışıklama hizmeti örgütlenme ve yönetimi bu eşitsizliği sürdürücü bir potansiyel taşımaktadır.

TNSA bulgularına göre mevcut devamsızlıklar bağışıklama hizmetlerinde yapısal ve yönetsel sorunlara işaret etmektedir.

TNSA bulgularına göre toplum bağışıklığı sağlamama boyutunun yapısal ve yönetsel sorunlara işaret etmektedir.

Hedeflenen aşılama performansından uzaklık örüntüsü sağlık durumu kötü olanlar için eşitsizliğin derinleşmesine ve sürdürülmesine katkı verici bir potansiyel taşımaktadır.

Kaynaklar

- 1) Afşar OZ. Topluma yönelik korumayı gerçekleştirebilir mi? (Bağışıklama, salgın yönetimi). Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun bir Model Midir? (Ed) Eskiocak M. 2007, TTB, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf, s.99-101
- 2) Eskiocak M, Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması, 2005-2011, Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 yılı, Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları, 2011 <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fs-rpr2011.pdf>, s.201
- 3) Hamzaoğlu O, Sağlıkta Eşitsizlikler ve Kullanılan Ölçütler, Toplum ve Hekim, Cilt:21, Sayı:1, Ocak-Nisan 2006
- 4) Social justice and equity in health: report on a WHO meeting, Leeds, UK, 1985. Aktaran Whitehead M, Sağlıkta Eşitlik: Kavram ve İlkeler, TTB, 2000) .
- 5) Kunst A, Mackenbach J, *Measuring socioeconomic inequalities in health*, WHO, 1994, Aktaran Bull J, Hamer L. *Closing the gap*:
- 6) Monitoring EPI indicators, <https://www.open.edu/openlearn-creare/mod/oucontent/view.php?id=53371&printable=1>
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2014), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü), TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK , Ankara, Türkiye
- 8) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü (2019), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
- 9) Anton E. Kunst EA, Mackenbach JP, *Measuring Socioeconomic Inequalities In Health*, EUR/ICP/RPD 416 12234, WHO, Copenhagen
- 10) Hamzaoğlu O, Türkiye’nin Sağlıkını Okumak, STED, TTB, 2006 https://www.ttb.org.tr/STED/2006/eylul/turkiye_saglik.pdf
- 11) Beaglehole R, Bonita R. Kjellström T, Temel epidemiyoloji, (Çev.N.Bilgel) DSÖ, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465_tur.pdf?sequence=7, 1997, Nobel-Güneş Tıp Kitabevi, s.32-34,
- 12) Hamzaoğlu O, Türkiye’de Gizlenen Bebek Ölümleri ve Bölgelelerarası Eşitsizlikler, Temmuz - Ağustos 2017 Cilt: 32 Sayı: 4
- 13) Genişletilmiş Bağışıklama Programı genelgesi https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117_gbpngenelge2008pdf.pdf?0
- 14) SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014-2017 Stratejik Planı <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2014-2017-stratejik-plan.pdf>,
- 15) Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin durumu, TTB, 2019, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/turkiyede_bagisiklama.pdf
- 16) SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf
- 17) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2012, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5111_istaturk2012pdf.pdf?0
- 18) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2013, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5112_saglik-istatistik-yilligi-2013pdf.pdf?0
- 19) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2014, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TR%20YILLIK.pdf>
- 20) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2015, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/23530_2015-yili29pdf.pdf?0
- 21) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2016, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183_sy2016turkcepdf.pdf?0
- 22) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2017, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096_turkesiyedijiv1pdf.pdf?0
- 23) SB Sağlık İstistikleri Yıllığı 2018, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134_siy2018trpdf.pdf?0
- 24) Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html>
- 25) WHO Recommendations for rutin immunization, https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf
- 26) Vaccine schedules in all countries of the European Union, <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
- 27) UNICEF, State Of World Children 2000, <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%202000.pdf>
- 28) Hart JT, The inverse care law, *The Lancet*, <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S014067367192410X?token=A08599F-F63B1F7F2665B440C61648F007CDBBBE9BE4291E-921880C858979F50AACF2EFA19575F8C039FA2FEF-9B194C0>
- 29) WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2020 global summary, https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR

Aşı ile Önlenebilir Hastalıklarla İlgili Halk Sağlığı Kongre Kitaplarında Yer Alan > Bildiriler 2008-2019

65.2

ARŞ. GÖR. DR. BENGÜ NEHİR BUĞDAYCI YALÇIN • ARŞ. GÖR. DR. DERYA AKICI
PROF. DR. C. TAYYAR ŞAŞMAZ

Aşı ile önlenebilir hastalıklar (AİÖH), aşılardan varlığı ve bağışıklama hizmetlerinin yaygınlığı ile bazıları kontrol altına alınmış, bazıları da elimine edilmiştir. Çiçek hastalığı bağışıklama hizmetleri ile eradike edilen ilk hastalık olmuştur. Genişletilmiş bağışıklama programının uygulanmasıyla Dünya'da her yıl 2.5 milyon beş yaş altı çocuk ölümünün önlendiği rapor edilmektedir.

AİÖH Tıbbi Uygulamalarda multidisipliner bir alan olup, Halk Sağlığı Uzmanlık Alanının temel ilgi alanlarından birini oluşturmaktadır. Uzmanlık derneğimiz tarafından bu sene üçüncüsü hazırlanan Türkiye Sağlık Raporu Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü içinde, son 10 Halk Sağlığı Kongresinde AİÖH ile ilgili kabul edilen bildiriler derlendi. Bu derleme ile başta bilim insanları ve sağlık yöneticileri olmak üzere, AİÖH'a ilgi duyan kişilerin AİÖH konusunda yapılan bilimsel araştırmalara kolay ve topluca ulaşabilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Kongre kitapları 2019'dan geriye doğru 10 Kongre Kitabının pdf'sine ulaşıldı. Bildiriler 2008'den günümüze doğru sıralandı. Her bildiri kitabında AİÖH ile ilgili bildiriler sayfa numaralarına göre sıralandı. 2008-2019 yılları arasında yapılan 10 Halk Sağlığı Kongresinde toplam 243 bildirinin AİÖH'la ilişkisi belirlendi. Yıllara göre bu bildirilerin sayısının; 2008'de 28, 2010'da 31, 2011'de 21, 2012'de 30, 2013'de 26, 2014'de 20, 2015'de 28, 2017'de 16, 2018'de 21 ve 2019'da da 22 olduğu saptandı.

AİÖH'larla ilgili olan bildirinin sayfa numarası, yazarları, başlığı ve bulguları bir tablo içinde kayıt altına alındı. Yazar sayısı 3'den fazla olanlar için, ilk üç yazar ismi yazıldı, sonraki yazarlar "ve ark" olarak kısaltıldı. Bildiri başlığının yanına "/" ile ayrılarak çalışma tipi eklendi. Bildiride çalışma tipi yazılmayan bildirelere, derleme yapanlar tarafından olası çalışma tipi yazıldı. Bildirinin bulgular bölümü belli bir standart gösterim ve yer kaplaması düşüncesiyle 100 kelime ile sınırlandırıldı. Derlemelerin bulgular bölümü kısaltılırken, yazarların bulgu ve cümlelerine sadık kalındı, yeniden bir cümle ya da yazım yapılmadı. Çalışma amacıyla doğrudan ilgili bulgular yerinde bırakılarak, diğer bulgular silindi. Bu nedenle derlemede yer alan bildirinin bulgular kısmı kongre kitabında daha uzun olabilir. Araştırma bulgularına ilgi duyan kişi ya da araştırmacıların, HASUDER web sayfasında Kütüphane içinde yayınlanan Kongre kitabından orijinal metnine ulaşmasını öneririz.

Derleme hazırlık sürecinde, bulguların kısaltılırken sehven yapılan hatalardan dolayı orijinal metinle derleme metni arasında bir farklılık tespit edilirse, kongre kitabındaki orijinal metnin dikkate alınmasını öneririz. Bu tür hatalardan dolayı şimdiden bildiri yazarlarından affımızı dileriz.

Türkiye Sağlık Raporunun sonraki edisyonlarında, yeni yapılacak Halk Sağlığı Kongrelerinde sunulan AİÖH bildirilerinin eklenmesi planlanmaktadır. Yapılabilirse, 2008 öncesi kongre kitapları da taranarak, daha önceki bildirilerin de eklenmesi düşünülmektedir.

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA		
Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
314	Muzaffer Eskiocak, Seval Alkoy, Hasan Dedeler ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Edirne'de 0-23 Ay Çocukların Aşılandıkları Yerlerin Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %88.0'ına ait aşı kartı gösterilmiş, %10.3' ünün aşı kartı yitirilmiş, %1,7'sinin kartı verilmemiş veya aşısız olma nedeniyle kartının olmadığı saptanmıştır. Çocukların %75.1'inin yaşına göre tam aşı, %24.7'sinin yaşına göre eksik aşı, %0.2'inin aşısız olduğu saptanmıştır. BCG aşısı %47.1 Sağlık ocaklarında (SO) veya Aile sağlığı merkezlerinde (ASM), %37.7 oranında Verem Savaş Dispanserin 'de yapılmıştır. DBT, OPA, HIB aşısı %90.0'in üzerinde SO/ASM'lerde yapılmıştır. Hepatit B aşısında %75.8 oranı ile hastaneler ilk sırada, %21.1 ile SO/ASM'ler ikinci sırada yer almakta ancak HBA2 ve HBA3 için SO/ASM'lerin payı %90'ların üzerine çıkmıştır. Kızamık/KKK Aşısı neredeyse tümüyle (%99.0) SO/ASM'lerde uygulanmıştır.
315	Seval Alkoy, Aslıhan Çatiker, Aysu Kıyan ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Bolu'da 0-23 Ay Çocukların Aşılanma Durumlarının Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %49.3'ü kız, %50.7'si erkektir. Çocukların %96.3'ünün BCG aşısı ile aşılanmış olduğu, yalnızca iki çocuk zamanı geldiği halde aşılanmadığı, diğerlerinin zamanı gelmediği için aşılanmadığı saptanmıştır. DBT1 ve DBT2 için %99.6 ve DBT3 %97.5 olarak saptanmıştır. HBA1 ve HBA2 için aşılanma oranı %100.0 iken bu oran HBA3 için %99.1 olarak saptanmıştır. HIB1 için %76.8, HIB2 için %74.8 ve HIB3 için %72.5 olarak saptanmıştır. Hiç aşılanmamış çocuk sayısı sırasıyla 73,76,84'tür. Kızamık/KKK aşısı ile aşılanma oranı %98.5 olarak saptanmıştır. Tüm aşılar için değerlendirildiğinde,%88.9'unun yaşına göre tam aşı, %11.1'inin yaşına göre eksik aşı olduğu ve hiç aşısız çocuk olmadığı saptanmıştır.
316	Seval Alkoy, Muzaffer Eskiocak, Hasan Dedeler ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Edirne'de 0-23 Ay Çocukların Aşılanma Durumlarının Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %53.0'ı kız, %47'si erkektir. %88.0'ına ait aşı kartı gösterilmiş, %10.3' ünün aşı kartı yitirilmiş, %1,7'sinin kartı verilmemiş veya aşısız olma nedeniyle kartının olmadığı saptanmıştır. Çocukların %99.2'sinin BCG aşısı ile aşılanmış olduğu saptanmıştır. Bu oranlar; DBT1 ve DBT2 için %99.4 ve DBT3 için %99.2'dir. HBA1 için %97.5,HBA2 için %99.3 ve HBA3 için %97.3'tür. HIB1 için %92.5, HIB2 için %93.2, HIB3 için %89.0'dır. Kızamık /KKK aşısı için aşılanma oranı ise %98.7 olarak tespit edilmiştir. Çocukların %75.1'inin yaşına göre tam aşı, %24.7'sinin yaşına göre eksik aşı, %0.2'inin aşısız olduğu saptanmıştır.
325	Evrin Arslan, Vedat Dorman, Demet Yalın ve ark.	Diyarbakır'da 2007-2008 Grip Mevsiminde Yapılan İnfluenza Sürveyansı / Tanımlayıcı Tipte Dönem içinde sürveyansa katılan sağlık kurumlarından toplam 4514 olası vaka bildirmiştir. Vakaların aylara göre dağılımı Kasım 711, Aralık 674, Ocak 784, Şubat 531, Mart 617, Nisan 566, Mayıs 348, Haziran 283 şeklinde olmuştur. Yaş gruplarına göre dağılımı ise; 0-11 ay %7.9, 1-4 yaş %23.0, 5-14 yaş %20.5, 15-24 yaş %16.6,25-44 yaş %19.3, 45-64 yaş %8.8, 65 yaş ve üstü %3.7 olarak bulunmuş. Olası vakalardan 152 numune alınıp Refik Saydam Hifzısıhha Merkez Laboratuvara gönderilmiştir. 113'ünde üreme olmamıştır.
326	Ufuk Berberoğlu, Muzaffer Eskiocak, Fazlı Soyulu ve ark.	Edirne Verem Savaş Dispanseri'nin 2003-2007 Yıllarındaki Çalışmalarının Değerlendirilmesi /Tanımlayıcı-Kesitsel Tipte Yıllık yeni olgu sayısı ortalama 69.4±9.6'dır. Yıllık insidans hızı yüz binde 32 ile 46 arasında, prevalans hızı ise, yüz binde 37 ile 55 arasında bulunmuştur. Yıllara göre tedavi başarısı oranları ve ilaçlı korumaya alınan hasta sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.
331	Erman ZENGİN, Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU, Yonca SÖNMEZ	Isparta İli Merkez ve Çevre İlçe Köylerinde 2000-2008 Yılları Arasındaki Verem-Savaş Dispanseri Kayıtlarının İncelenmesi / Tanımlayıcı Tipte Hastaların %60.1'i erkek, yaş ortalamaları 46.4±19.2'dir. Tedavi süre ortancaları 10 aydır. %51.2'si ilköğretim mezunu, %12.2'si okuryazar değildir. Kadınların %73.3'ü ev hanımı, erkeklerin %49.4'ü serbest meslek çalışanıdır. 2008 Şubat ayı itibarı ile %54.6'sı merkezde, %45.4'ü ilçe ve köylerde olmak üzere toplam tedavi altında 22 aktif hasta bulunmaktaydı. En fazla olgu 2005 yılındaydı. Hastaların %11.5'inin ailesinde de Tüberküloz mevcut olup %27.3'ünde ise Tüberküloz dışında başka bir hastalığı vardı. Hastaların %37.1'inde akciğer dışı organ tutulumu mevcut, en sık tutulum ise %37.5 oranıyla lenf bezi tutulumuydu. Hastaların en sık başvuru şikayeti öksürüktü (%25.4). Hastaların %98.0'ında tedavi protokolü tamamlanmış, protokol sonunda %51.0'ında tam iyileşme sağlanmıştır.

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
388	Şenay Koçakoğlu, Zeynep Şimşek, İbrahim Halil İnakçı	2001-2006 Yılları Arasında Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanserinde Takip Edilen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi/Belirtilmemiş Olguların %59.7'si erkek, yaş ortalaması ise 27.9'dur. %70.6'sı alt sosyoekonomik düzeyde yaşamaktadır. %38.8'inin temas öyküsü vardır ve ortalama hane içi teması kişi sayısı 5.6'dır. Akciğer dışı TBC oranı %28.8'dir. Kadınlarda akciğer dışı TBC, erkeklerde akciğer TBC anlamlı olarak yüksektir. Yayma pozitif olgular için kür oranı %21.8, tedaviyi tamamlama oranı ise %59.5'dir. Olguların %2.6'sı ARB pozitifliği ile tedaviyi terk etmiştir. 2001-2006 yılları arasında yıllara göre tedavi başarısızlığı %17.3-%3.3 arasında değişmekte olup, tedavi başarısızlığında anlamlı bir düşme izlenmiştir. Tedavi başarısızlığı ileri yaşta, okula gitmemişlerde, işsizlerde ve mevsimlik işçilerde, tedaviye ara verenlerde ve ilaç yan etkisi olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
389	Muzaffer Eskiocak, Seval Alkoy, Hasan Dedeler ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Edirne'de 0-23 Ay Çocukların Aşılammama Nedenlerinin Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %75.1'inin yaşına göre tam aşıllı, %24.7'sinin yaşına göre eksik aşıllı, %0.2'inin aşısız olduğu saptanmıştır. Yaşına göre aşısız çocuk sayısı HIB için diğer aşılarla göre belirgin biçimde yüksektir. HIB 2007 yılında GBP eklendiği için 2006 yılında doğan çocuklar bu aşından yoksun kalmıştır. Diğer aşılanmama nedenlerinde; ebeveynlerin aşının gerekliliğinden, bir sonraki dozun gerekliliğinden veya aşı yer ve zamanından habersiz olması öne çıkmaktadır. Aşı zamanının uygunsuzluğu, aşı olmadığı için aşılanmama ve eve gelen/ aşıya çağırmanın olmaması sağlık personelinin sorumlu olduğu aşılanmama nedenleri arasında yer almaktadır. Aşıya devamsızlık oranları; DBT için %0.2, OPA için %2.0, HBA için %0.2, HIB için %3.5 olarak bulunmuştur.
390	Seval Alkoy, Aslıhan Çatiker, Aysu Kıyan ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Bolu'da 0-23 Ay Çocukların Aşılanmama Nedenlerinin Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Tüm aşılar için değerlendirildiğinde,%88.9 'unun yaşına göre tam aşıllı, %11.1'inin yaşına göre eksik aşıllı olduğu ve hiç aşısız çocuk olmadığı saptanmıştır. HIB aşısı 2006 yılında GBP' na alındığı için 2006 yılında doğan 35 çocuk bu aşından yoksun kalmışlardır. Diğer nedenler arasında ise; ebeveynin meşgul olması, aşı zamanının uygunsuzluğu, uzun bekleme süresi, eve gelen/ aşıya çağırmanın olmaması, interval kısalığı ve aşı yokluğu öne çıkmaktadır. Aşıya devamsızlık oranları; DBT için %2.1, OPA için %3.3, HBA için %0.9, HIB için %4.3 olarak bulunmuştur. Genel Aşıya Devamsızlık Oranı ise %-2.2 olduğu saptanmıştır.
391	Seval Alkoy, Filiz Kurtcebe, Ahmet Özgür Doğru ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Bolu'da Aşılama Hizmetlerinin Kalitesinin Lot Kalite Tekniği ve Coğrafi Bilgi Sistemleri İle Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %88.9'unun yaşına göre tam aşıllı, %11.1'inin yaşına göre eksik aşıllı olduğu ve hiç aşısız çocuk olmadığı saptanmıştır. BCG, DBT1 ve DBT2, OPA1 ve OPA2, HBA1, HBA2,HBA3 aşıları için aşılama hizmeti istenen kalitededir. Yaşı geldiği halde DBT3 ve Kızamık/ KKK aşısı almamış birden fazla çocuğun olduğu lot sayısı bir iken, OPA3'te lotların ikisinde birden fazla aşısız çocuk vardır. Aşılama hizmet kalitesinin en kötü olduğu HIB aşısıdır. HIB1'de 23 lotta, HIB2'de 28 lotta, HIB3'de 30 lotta aşılama hizmet kalitesi istenen düzeyin altındadır. En üst düzeyde hizmet kalitesine BCG ve Hepatit aşılarında, en alt düzeyde hizmet kalitesine ise HIB aşısında ulaşılmıştır.
392	Seval Alkoy, Filiz Kurtcebe, Ahmet Özgür Doğru ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Edirne'de Aşılama Hizmetlerinin Kalitesinin Lot Kalite Tekniği ve Coğrafi Bilgi Sistemleri İle Değerlendirilmesi /Kesitsel Tipte Çocukların %75.1'inin yaşına göre tam aşıllı, %24.7'sinin yaşına göre eksik aşıllı, %0.2'inin aşısız olduğu saptanmıştır. Kızamık/KKK yaşı geldiği halde DBT3 ve OPA1-2 ve 3 aşısı almamış birden fazla çocuğun bulunduğu lot sayısı bir iken; HBA 1 ve 3'de lotların üçünde HIB1 ve 2'de lotların sekizinde, HIB3'de ise lotların on birinde aşılama hizmetlerinin, istenen düzeyin altında kaldığı görülmüştür. En yüksek hizmet kalitesi BCG, Kızamık/KKK aşılarında ulaşılmış, bu aşılarla lotların tümünde hizmet istenen kalitededir. En alt düzeyde hizmet ise, lotların on birinde birden fazla aşısız çocuğun olduğu HIB aşısı 3 dozunda tespit edilmiştir.

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
393	Seval Alkoy, Aslıhan Çatıker, Aysu Kıyan ve ark.	Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında, Bolu'da 0-23 Ay Çocukların Aşılandıkları Yerlerin Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi/Kesitsel Tipte BCG en yüksek oranda (%63.0) sağlık ocakları (SO) veya Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve %29.3 oranı ile ikinci sırada Verem Savaş Dispanseri'nde uygulanmıştır. DBT, OPA, HIB ve Kızamık/KKK aşısının uygulandığı yerler arasında SO/ASM'lerin oranı %95'in üzerine çıkmaktadır. Hepatit B aşısının ilk dozu doğumdan sonra uygulandığı için HBA1'in uygulandığı yerler arasında hastaneler %74.0 ile ilk sırada yer alırken SO/ASM'ler %25.3 oranı ile ikinci sırada yer almakta; SO/ASM'lerin payı HBA2-3 için %90'in üzerine çıkmaktadır. Özel Sağlık Kuruluşlarının aşılama hizmetlerindeki payı değerlendirildiğinde bazı lotlar diğerlerinden fazla olsa da il bazında %4.7 oranına ulaştığı görülmüştür.
394	Sarp Üner, Özge Karadağ, Hilal Özcebe	Ankara Kent Merkezinde Bulunan İki Sağlık Ocağına Herhangi Bir Nedenle Başvuran Yirmi Yaş Üstü Kişilerin Hepatit C Hakkındaki Bilgileri/Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %55.7'si kadın, yaş ortalamaları 36.3±12.7 yıldır. %4.3'ü hayatının herhangi bir döneminde hepatit tanısı almıştır. En çok bilinen belirti sarılık (%85.6), komplikasyon ise sirozdur (%63.0). Katılanların %61.7'si hepatit C'yi duyduğunu belirtmiş, duyanların %92.5'i kan yoluyla, %73.8'i cinsel yolla bulaştığını belirtirken, en sık görüldüğü meslek grubunu %84.9 ile seks çalışanları olarak tanımlamışlar. %80.3'ü güvensiz cinsel ilişkiye girmenin, %78.0'i damar içi madde kullanımının hepatit C için riskli davranışlar olduğunu düşünmektedir. Bilgi puanlarının dağılımında, cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur. Yaş azaldıkça, öğrenim düzeyi arttıkça, kan bağışi yapanlarda ve hepatit tanısı alanlarda puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
395	Ali Naci Yıldız, Yalçın Çakır, Salih Eren ve ark.	Ankara'da Bir Sağlık Ocağı Polikliniklerine 2-4 Ekim 2007 Başvuran 17-50 Yaş Arası Kişilerin Hepatit B Hakkındaki Bilgi Düzeyleri/ Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %78.0'i kadın, %58.1'i ev hanımı, %79.7'si evlidir. Yaş ortalamaları 33.9±0.6'dır. %45.8'i lise ve üzeri düzeyde eğitim almıştır. %22.9'u Hepatit B aşısı olmuştur. %28.4'ünün kendisi veya ailesinden birisi hepatit geçirmiştir. %58.5'i hepatitin karaciğer hastalığı olduğunu, %92.1'i kan yoluyla, %74.3'ü cinsel yolla bulaşabileceğini, %92.1'i aşıyla %68.2'si kondomla korunulabileceğini bilmıştır. Lise ve üzeri eğitim alanların %31.5'i; ortaokul ve altı düzeyde eğitim alanların %15.6'sı hepatit B aşısı olmuştur. Ortalama doğru sayıları değerlendirildiğinde cinsiyet, yaş grubu ve medeni duruma göre istatistiksel olarak önemli düzeyde fark saptanmamışken, öğrenim durumunun artması, Hepatit B aşısı olma ve daha önce bilgi almış olma değişkenleri bakımından fark saptanmıştır.
397	Mine Kaya, Gönül Çulha, Ahmet Özlü ve ark.	Bir Grup Öğretmen ve Hekimin Kuş Gribi Bilgi Düzeyleri/ Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %56.7'si öğretmen, %43.3'ü hekimdir. %52.2'si 33-42 yaş grubundadır. Öğretmenlerin %48.5'i, hekimlerin %42.3'ü daha önce kuş gribi ile ilgili bir eğitim aldığını ifade etmiştir. Öğretmenler en çok radyo-tv' den, hekimler ise panel-konferans gibi etkinliklerden bilgilendiklerini belirtmişlerdir. Etkenin İnfluenza A virüsü olduğunu, çocukların kuş gribi açısından riskli olduğunu, yumurtanın saklanırken ve pişirme öncesi yıkanmaması gerektiğini öğretmenler; virüsün insandan insana bulaşma yapısı kazandığında küresel grip salgınına yol açacağını, mevsimsel gribin de İnfluenza virüsleri ile oluştuğunu, virüsün çamaşır suyuna duyarlı olduğunu hekimler daha fazla doğru bilmişlerdir.
401	Nasır Nesanır	Düzce'de Önemli Bir Halk Sağlığı Sorunu: Kuduz Riskli Temas/ Tanımlayıcı Tipte Olgularının %43.4'ü Düzce ili merkezinden, %56.6'sı ilçelerinden bildirilmiştir. Düzce ilinde 2006 yılı için kuduz riskli temas insidansı yüzbinde 367 iken 2007 yılında 403'tür. Düzce genelinde 2006-2007 yılları arasında meydana gelen temasların %78.3'ü ısırılma, %21.2'si tırmalanma ve %0.5'i açık yaraya temastır. %12.2'si Ağustos, %11.2'si Temmuz, %11.1'i Haziran, %4.0'i Şubat, %5.4'ü Ocak, %6.3'ü Aralıkta bildirilmiştir. %75.0'i evcil köpek, %22.2'si kedi, %0.9'u vahşi hayvan kaynaklıdır. Şüpheli temasa neden olan hayvanların Düzce genelinde %43.1'i aşısız sahipli, %30.6'sı kaçtı tanınmıyor, %25.1'i aşıli sahipli ve %1.2'si ölü yada öldürüldü şeklindedir.

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
399	Selim Kılıç, Ozan Koç, Hatice Salifoğlu ve ark.	<p>Bir Tıp Fakültesi 4,5 ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Kuş Gribi Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Araştırılması/Tanımlayıcı Tipte</p> <p>156 kişinin %32.7'si 4.sınıf %30.1'i 5.sınıf, %37.2'si 6.sınıftır. Katılımcıların %67.3'ü kuş gribinin bulaş yolunu, %55'i kuş gribinin tanımını, %68.1'i insanlarda görülen belirtilerini, %80'i hastalığa yakalana kişilerin en sık ölüm nedenini, %72'si hastalığın hangi canlılarda görüldüğünü, %58'i hastalıktan korunmak için gıdaların kaç dereceye kadar pişirilmesi gerektiğini, %65.4'ü pandemi için virüste hangi mutasyon olması gerektiğini,%40'ı grip aşısı hazırlamak için hangi yolun kullanıldığını, %29'u kullanılan ilaçların hangilerine direnç gelişmediğini, %48'i virüsün şu an hangi fazda olduğunu doğru olarak cevaplamıştır. 6. Sınıflar stajyerlerle karşılaştırıldığında stajyerlerdeki başarı yüzdesinin 6.sınıflara göre daha fazla olduğu bulunmuş ancak bu fark istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır.</p>
405	Ebru Turhan	<p>Hatay İli 2007 Yılı İçme Sularının Analiz Sonuçları İle İshal ve Hepatit A Olgu Sıklığı İlişkisi/Tanımlayıcı Tipte</p> <p>6867 içme kullanma suyu analizi yapılmış, %29.7'si sağlığa zararlı bulunmuş. Bakteriyolojik incelemelerin %34.8'i, kimyasal –fiziksel analizlerin %8.1'i sağlığa zararlı bulunmuştur. Bakteriyolojik kirlilik Temmuz-Ağustos-Eylül aylarında yüksek düzeydeydi. Aylık ortalama ishal vakası 5113 idi. Bildirilen ishal vakaları 7442 olgu ile Ağustos ayında en yüksek değere ulaşmış. Hepatit A bildirimleri ise en fazla 45 olgu ile Kasım ayında olmuş. Bakteriyel kirlilik ile Hepatit A arasında ilişki saptanamamışken, ishal vakaları ile sularındaki bakteriyel kirlilik arasında pozitif yönde bir ilişki elde edildi.</p>
407	Fatih Önsüz, Zeynep Bilgi, Musa Yılmaz ve ark.	<p>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Stajı Yapmış Öğrencilerin HPV Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların yaş ortalaması 23.08±1.42, %51.8'i kadındı. Katılımcıların %7.8'i HPV enfeksiyonu geçirdiğini, %72.9'u HPV'nin kadınlar için daha önemli olduğunu belirtti. %95.8'i HPV aşısını hastalarına önermeyi düşündüğünü bildirdi. Aşığı önermeyi düşünenlerin %51.0'ı genç kız ergenlere, %49.7'si cinsel aktif genç kadınlara aşığı önereceklerini bildirdiler. Aşığı önerenlerin çekindikleri noktalar aşının çok pahalı, maliyet etkili olmaması ve korunmasız cinsel ilişkiyi teşvik edebileceğini düşünceleriydi. Aşığı önermeyenlerin en önemli nedenleri, HPV'nin aşı gerektirecek kadar ciddi enfeksiyona yol açmadığını ve aşının sosyal damgalanmaya yol açacağını düşünceleriydi. İnterlinlerin stajyerlere göre ve yakınlarından birinde HPV enfeksiyonu görülen öğrencilerin HPV bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksekti.</p>
409	İbrahim Koruk, Zeynep Şimşek	<p>Mevsimlik Tarım İşçiliği 15-49 Kadın TT/Td Aşılama ve Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerine Ulaşmada Bir Engel Midir?/Kesitsel Tipte</p> <p>Kadınların yaş ortalaması 27.5±9.3'tür. Kadınların %70.0'ı mevsimlik tarım işçisidir. %20.8'inin sosyal güvencesi yoktur. %81.1'i okuryazar değildir ve %65.6'sı evlidir. Evli ve doğum yapmış kadınların %47.1'i son gebeliğinde sağlık personeli tarafından izlenmemiştir ve %42.5'i son doğumunu sağlık personeli olmadan evde yapmıştır. Kadınların %25.2'sinin aşı kartı vardır. Kadınların %20.0'ı hiç aşılanmamış, %80'i 1 doz, %48'i 2 doz, %19.4'ü 3doz, %4.5'i 4 doz, %1.8'i 5 doz TT/Td ile aşılanmıştır. Aşılanmadaki başarısızlık ile ilgili belirttikleri en sık üç neden sırayla; aşından haberdar olmamak, yan etkilerinden korkmak, tarım işçisi olarak tarlada bulunmaktır. 2 doz TT/Td yaptırmama, mevsimlik tarım işçisi olanlarda %55.7 iken olmayanlarda %43.1'dir.</p>
410	Özlem Terzi, Sevgi Canbaz, Yıldız Pekşen	<p>Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kuş Gribi Konusundaki Bilgi Düzeyleri/Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Öğrencilerin %45.1'i kadın, %54.9'u erkek ve yaş ortalamaları 24.6±1.1 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların kuş gribi etkenini doğru bilme oranı %73.7, etkenin grubunu bilme oranı ise %55.3'tir. Öğrencilerin %56.4'ü hastalığın tedavisini doğru olarak bilmesine rağmen, %33.5'i grip aşısı yaptırmanın kuş gribine karşı koruyucu olduğunu belirtmiştir. Bilgi edinme kaynaklarını %74.2'si televizyon, %46.8'i gazete/dergiler ve %36'sı internet olduğunu ifade etmişlerdir.</p>

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
411	İbrahim Koruk, Süda Tekin Koruk, Bensu Gürsoy ve ark.	Şanlıurfa İl Merkezindeki Berber ve Kuaförlerde HBV ve HCV Seroprevalansı ve Risk Faktörleri/Kesitsel Tipte 561 katılımcının %83.4'ü erkek, %16.6'sı kadındı. Yaş ortalaması kadınlarda 23.2±5.6, erkeklerde 26.9±7.5 olarak saptanmıştır. %0.9'u okuryazar değil, %33.7'si ilkokul, %48.5'i ortaokul mezunu imiş. 3 doz hepatit B aşısı olanlar %17.7'dir. HBsAg pozitifliği %3.4 ve anti-HCV pozitifliği %0.9 olarak saptanmıştır. Risk faktörleri değerlendirildiğinde %5.9'unda geçirilmiş sarılık öyküsü saptanmıştır. Sarılık öyküsü bulunanlarda olmayanlara göre HBsAg pozitifliği daha yüksek saptanmıştır. Hem HBsAg pozitif olanlar hem de anti-HCV pozitif olanlar bu enfeksiyonları taşımayanlara göre daha ileri yaştadır.
412	Özgür Sekreter, Sibel Kiran, Mehmet Ali Kurçer	Zonguldak İli Merkez İlçesinde Bağışıklama Hizmeti Veren 1. Basmak Sağlık Kurumlarında Soğuk Zincirin Değerlendirilmesi ve Sağlık Personelinin Bilgi Durumu/Kesitsel Tipte Sağlık ocaklarının tamamında buzdolabı ve derece vardı. Tüm buzdolaplarında ısı aralığı +2°C/+8°C arasında olduğu saptandı. 10 sağlık ocağında buzdolabında aşılarda sulandırıcılar, dereceler ve miadı dolan aşılarda doğru şekilde yerleştirilmişti. Tüm buzdolaplarında kızamık ve OPV aşılarda yerleşimleri doğrudu. 16 sağlık ocağında (%72.7) BCG aşısı doğru yerleştirme oranı en düşüktü. Soğuk zincirin aksamasına neden olabilecek soğuk zincir malzemelerinde eksiklik olmadığı görüldü. Bilgi düzeyini etkileyen temel özellikler soğuk zincir konusunda eğitim alma zamanıydı. Katılımcıların %79.2'si aşılarda saklanması için önerilen ideal sıcaklığı bilmiştir.
449	Said Bodur, Lütfi Saltuk Demir	Konya İl Merkezinde İki Yaş Altı Çocuklarda Aşı Takvimine Uyum/ Kesitsel Tipte Çalışmaya katılan annelerin %53'ü 25-34 yaş grubunda, %91'i ev hanımı, %59'u ilkokul mezunu idi. Çocukların yaş ortalaması 9.7±6.6 aydır. %97'si bebeklerin aşı kartı olduğunu ve %96'si aşıları vaktinde yaptırdığını belirtti. Bebeklerin %64'ünün aşı takvimine uygun, %20'sinin gecikmeli olarak yapıldığı tespit edilmiştir. Anne yaşı 35 ve üzeri olanlarda yaşına göre tam aşısız bebek oranı anlamlı olarak daha yüksek ve takvime göre uygun aşılanmış bebek oranı daha düşük olarak tespit edildi. Kız bebeklerin %71'i yaşına göre tam aşılandı ve bu oran erkek bebeklerden anlamlı olarak daha yüksekti. Aşı kartı olmayan bebeklerin yaşına göre tam aşısız olma oranı, kartı olan bebeklere göre daha yüksek, takvime uygun aşılananların oranı ise daha düşüktü.
453	Arda Borlu, Fatma Akpınar, İskender Gün ve ark.	Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki Annelerin Aşı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi/Tanımlayıcı Tipte Annelerin yaş ortalamaları 26.9±5.1 yıldır. %91.6'sı ev hanımı, %46.5'inin öğrenim düzeyi ilkokul ve altıdır. %98.3'ü aşının gerekliliğine inanmaktadır ancak %22.2'si aşının ne için yapıldığını bilmemektedir. %46.7'si aşının herhangi bir yan etkisinin olmadığını inanmaktadır. İlk aşı ne zaman yapılır sorusunu %50.6'sı doğru yanıtlamıştır. %40.9'u aşıdan sorumlu personel ebe demmiştir. Annelerin çocuklarının aşılarının yapılma durumunu doğru olarak bilme durumları; karma aşıda %77.2, hepatit aşıda %76.2, polio aşıda %75.1, verem aşıda %68.4, menenjit aşıda %61.2 idi. Eğitimi ortaokul ve üzeri olan annelerin aşılarının yapılma durumunu doğru bilme daha yüksek bulunmuştur. Annelerin %91.0'ı çocuklarını aşılatmak için sağlık ocaklarını tercih etmektedirler.
526	E. Türkol, G. Güneş, G. Özen	Kadınların Serviks Kanser ve Aşısı Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları/ Kesitsel Tanımlayıcı Tipte Kadınların yaş ortalaması 34.2±8.4 yıldır. %43.1'i ilkokul mezunudur. Eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlarda serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksektir. Korunma konusunda tek eşliliğin önemli olduğunu %50.5'i, %42.3'ü aşı ile korunulabileceğini belirtmiştir. %23.5'i en az bir kez smear yaptırmıştır. Kanser gelişmesinde virüsün rol oynadığını %31.9'u bilmiyor, %4.4'ü önemli olmadığını belirtmiştir. HPV aşısını %47.1'i duymuş, %31.9'u 9-26 yaş grubuna yapılabileceğini belirtmiştir. %52.4'ü bu aşığı kendisine yaptırmayı istemektedir. %72.2'si kızım olsa aşığı yaptırdım, %45.3'ü bu aşığı yaptırmak isterim ama pahalı olduğu için yaptıramam demmiştir. Üniversite mezunlarında aşığı duyma oranı %81.3 iken okuma yazması olmayanlarda bu oran %19.2'dir.

2008/ 12. UHS KONGRE KİTABI - ANKARA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
530	Duygu Horoz, Arda Borlu, Elçin Balcı	<p>Kayseri İlindeki Evli Kadınların Servix Kanseri ve Aşısı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları/ Kesitsel Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Kadınların yaş ortalaması 29.5±5.2 yıldır. %52.6'sı ilkököl ve altı eğitim düzeyine sahiptir. %16.2'si aşından haberdardır. %21.4'ü 'Aşı yaptırır mısınız?' sorusuna evet yanıtı vermiştir. %16.9'u erken tanı şansı olduğunu bilmektedir. %26.9'u erken tanı aracını smear olarak ifade etmiştir. Sadece % 21.4'ü smear yaptırmış, yaptırılanların %54.5'i son bir yıl içerisinde yaptırmıştır. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça kanser hakkında bilgili olma oranı artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça aşından haberdar olma oranları artmaktadır. Kanseri hakkında bilgi sahibi olanlar aşından daha fazla haberdardır. Bilgi sahibi olmakla aşı yaptırmayı düşünmek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.</p>
618	Nur Baran Aksakal, Mustafa Necmi İlhan, Sefer Aycan ve ark.	<p>Ankara İli Etimesgut İlçesi Beş Sağlık Ocağı Bölgesindeki Altı Yaş Altı Çocuğu Olan Ebevy-nlerin Aşılama Hakkındaki Bilgi ve Tutumları / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>381 kişinin %80.1'i annedir. %58.8'i 18-29 yaş grubunda, %99.2'si evlidir. Annelerin %32.8'i lise mezunu, %68.0'i ev hanımıdır. Babaların %39.6'sı yüksekokul üniversite mezunu, %39.6'sı memurdur. Bebeğin aşılarının doğumdan itibaren başladığını bilenler %61.3'tür. Katılımcıların %55.4'ü doğum öncesi takiplerde, %58.8'i doğum sırasında aşılarla ilgili bilgi verildiğini söylemiştir. %91.6'sı doktoru tarafından bilgi verilirse ve gerekli olduğu söylenirse rutin takvim dışında ücretini karşılayacakları aşıları yaptırmayı düşünceğini belirtmiştir. %69.2'si çocuklarının şu ana kadar aşılarının tam yapıldığını, %30.4'ü tam yapıldı, %0.4'ü eksik yapıldı cevabını vermiştir. Aşıları eksik olan çocukların sebebi ise aşı kartlarının kaybolması olarak bildirilmiştir. Gebelikte takip edilen annelerin çocuklarına aşı yaptırma yüzdeleri daha yüksektir.</p>

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
16	Eşe Esen Özakbaş, İlhan Gürbüz, Nurhayat Kunduk ve ark	<p>İzmir'de 2009-2010 H1N1 Pandemisinin Laboratuvar Test Sonuçları Üzerinden Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte</p> <p>Toplam örnek sayısı 1360'tır. Hastaların %63'ü risk grubunda değildir, %30'u sürüntü alındığı sırada temaslıdır. En sık görülen semptomlar ateş (%82), öksürük (%82) ve myaljidir(%52). H1N1 aşısı yaptırılanların oranı %1'dir. Örneklerin % 68'i yakınma başlangıcından itibaren 0-5 günde, %30'u 6-30 gün içinde ve %81'i hastanede yatan hastalardan alınmıştır. İlk 5 günde örnek alınanların %50'sinde, 6 gün ve üzeri dönemde örnek alınanların ise %43'ünde test sonucu pozitif çıkmıştır. % 47'sinin test sonucu pozitifdir. Toplam ex sayısı 52'dir. Ex olanların 24'ünde test sonucu negatif, 28'inde pozitifdir.</p>
16	Funda Sevecan, Melikşah Ertem, N. Özçullu ve ark	<p>İnfluenza A(H1N1)V Pozitifliği Doğrulanmış Vakaların Retrospektif Değerlendirilmesi/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>İnfluenza A (H1N1)v doğrulanmış ve iyileşmiş 250 vakanın %43,9'u 0-14 yaş grubunda, %51,6'sı ise erkektir. Vakaların %23,6'sinin hastanede yattığı, yatanların ise %22,0'ının yoğun bakıma ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Vakaların %77,6'sında ateş, %53,2'sinde öksürük , %33,2'sinde halsizlik, %18,4'ünde kusma görüldüğü belirtilmiştir. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre iyileşme süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır (2.9 (1.4-5.7), p=0.005). Gebelerin gebe olmayanlara göre 8.7 kat (2.7-28.44), kronik hastalığı olanların olmayanlara göre 4.4 kat (2.3-8.5), akciğer hastalığı olanların olmayanlara göre 3.3 kat (1.3-8.3), şişman olanların olmayanlara göre 6.9 kat (1.2-38.5) daha fazla hastaneye yattıkları saptanmıştır (p<0.05). Hane içi sekonder atak hızı %24.6 olarak saptanmıştır.</p>

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
17	Sebahat Dilek Torun, Fuat Torun	İstanbul'da Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Pandemi Grip (H1N1) Aşısı Konusundaki Tutumları ve Aşığı Reddetme Nedenleri / Kesitsel Tipte Araştırmaya katılanların %29.9'u doktor, %21.2 'si ebe-hemşire, %11.6'si yardımcı tıbbi personel ve %37.3'ü tıp dışı hastane personelidir. Katılımcıların yaş ortancası 31 (19-61 yaş) sağlık hizmetinde çalışma süresi ortancası 48 ay (1-444 ay)'dir. Pandemi grip konusunda belirtilen bilgi kaynakları medya (%82.2), doktor/meslektaş (%49.7), Sağlık Bakanlığı (%49.3), DSÖ (%13.9), il sağlık müdürlüğüdür (%9.9). Katılımcıların %22'si mevsimsel grip aşısı, %23.1'i pandemi grip aşısı yaptırmıştır. Pandemi grip aşısı yaptırmayanların (n=552) en sık belirttikleri nedenler: aşının yan etkisinden endişe etmek (%78.1), aşının koruyuculuğuna inanmamak (%41.7). Hastaya doğrudan sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının %40.4'ü hastalarına pandemi grip aşısını önermemektedir.
17	Pınar Ay, Ahmet Topuzoğlu, Melda Karavuş	H1N1 Salgınının "SIR" Modeli İle Değerlendirilmesi/ Modelleme Çalışması 70 milyon nüfusun tümünün duyarlı olduğu ve κ katsayısı 0.3 olarak varsayıldığında, 0.4,0.5,0.6,0.7 ve 0.8'lik β değerleri için kümülatif atak hızları sırasıyla %33.7, %59.4, %74.9, %84.3 ve %90 olarak hesaplanmıştır. β katsayısındaki farklar, atak hızında olduğu gibi salgın süresinde de belirgin farklar oluşturmaktadır. Toplumun tümü duyarlı, β : 0.5, κ :0.3 olduğunda salgın, 117. Günde tepe noktasına ulaşmakta ve bu güne ait atak hızı %6.6 olarak belirlenmektedir. Aynı koşullarda, β :0.45 olduğunda ise salgının tepe noktası 155. güne rast gelmekte ve bu güne ait atak hızı % 3.8 olarak belirlenmektedir. Bu senaryoda salgın öncesi bağışıklık düzeyleri %3, %5, %10 ve %20 olarak varsayıldığında, kümülatif atak hızları sırasıyla %42, %39,%30 ve %11 olarak saptanmaktadır. Bağışıklık düzeyi, %25'e ulaştığında ise kümülatif atak hızı ancak %0.004'e ulaşabilmekte.
42	Birsen Gökçe, İlker Güner, Erdoğan Taş	Denizli'de 13-24 Ay Çocukların Lot Kalite Tekniği İle Aşılama Durumunun İncelenmesi / Kesitsel Tipte Lot bölgelerinden toplanan verilerden Denizli il geneli aşı oranlarının hesaplanması, lot nüfuslarının bölge nüfusu içindeki ağırlığı dikkate alınarak yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm çocukların tam aşı olduğu saptanmıştır. Çocukların tümünün aşılama yeri olarak aile hekimlerinde aşılandıkları belirtilmiştir.
102	Necmettin Koçak, Hakan İstanbulluoğlu, Türker Türker ve ark	Bir Tıp Fakültesinin İlk Dört Sınıfında Okuyan Öğrencilerin Domuz Gribi Hakkındaki Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Çalışmada 524 öğrencinin tamamına ulaşılmaya çalışılmış fakat 319 (%60.9) öğrencide gerçekleştirilmiş. Katılımcıların %42.6'sının (n=136) baba öğrenim düzeyi yüksekokul/üniversitedir. Katılımcıların %95.3'ü (n=304) domuz gribi etkeninin H1N1 olduğunu, %70.2'si (n=224) hastalığın damlacık yolu ile bulaştığını, %61.1'i (n=195) hastalığın en sık belirtilerinin ateş ve öksürük olduğunu, %72.7 'si hastalığa bağlı en (n=232) sık ölüm nedeninin pnömoni olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır. Katılımcıların buldukları sınıflar ile domuz gribinin bulaş yoluna verdikleri yanıtların karşılaştırılmasında sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.001). Bu farkı özellikle 2. ve 4. Sınıf öğrencilerin konu hakkında bilgilerinin yüksek seviyede olması oluşturmuştur.
103	Funda Sevencan, Melikşah Ertem, Neval Özçullu ve ark	Diyarbakır İli Sağlık Personelinin Domuz Gribi ve Aşısı İle İlgili Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Araştırmaya katılan sağlık personelinin %31.5'i 26-30 yaş grubunda, %39.6'sı erkek, %15.1'i uzman/ pratisyen hekim, %58.3'ü birinci basamakta çalışmaktadır. Personelin %49.6'sı domuz gribi aşısını önerdiğini, %35.3'ü aşığı yaptırdığını ifade etmiştir. Uzman/pratisyen hekimlerin %75.1'i, hemşire-ebelerin %47,1'i aşığı önermiş (p<0.001), uzman/pratisyen hekimlerin %58.9'u kendisine, %39.7'si eş ve çocuğuna, hemşire-ebelerin %34.1'i kendisine, %25.9'u eş ve çocuğuna aşığı yaptırdığını (p<0.001) belirtmiştir. Birinci basamakta çalışan personelin %57.4'ü, ikinci basamakta çalışan personelin %38.3'ü aşığı önermiş (p<0.001), birinci basamakta çalışan personelin %44.4'ü kendisine, %27.1'si eş ve çocuğuna, ikinci basamakta çalışan personelin %30.9'u kendisine, %17.5'i eş ve çocuğuna aşığı yaptırdığını (p<0.001) belirtmiştir.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
104	Ali Özer, Ekrem Kireçer, Hasan Çetin Ekerbiçer ve ark	Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerin Pandemi Grip ve Aşısı Konusundaki Bilgi ve Davranışları/ Kahramanmaraş / Kesitsel Tipte Öğrencilerin sadece %9.6'sı domuz gribi aşısı yaptırdığını ifade etmiştir. Çalışma grubundaki öğrenciler domuz gribinin semptomlarından yüksek ateşi (%96.1), bulaşma yollarından hapşırma ve öksürme ile direkt bulaştığını (%91.8) ve korunmada alınacak önlemlerle ilgili olarak ise sık sık ve özellikle öksürdükten, hapşırdıktan sonra ellerin bol sabun ve suyla yıkanması gerektiğini (%95.5) bilmıştır. Öğrenciler domuz gribi aşısının yan etkilerinden vücut kırıklığı ve yorgunluğu en yüksek oranda (%65.4) bilmıştır. Araştırma grubundaki öğrencilerin Domuz Gribi Bilgi Puanı (DGBP) 27.2±5.3, Aşı ilgi Puanı(ABP) ise 4.2±3.6'dır. Domuz gribi aşısı yaptıranların DGBP ve ABP, yap-tırmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.05).
108	Fatma Akpınar, Fevziye Çetinkaya, Osman Günay	Kayseri Kentsel Alanda Yaşayan Yetişkinlerin Domuz Gribi Salgını ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları / Tanımlayıcı Tipte Araştırmamızda kişilerin %56.2'si dünya genelinde ciddi bir grip salgını yaşandığına inanmadıklarını, %58.7'si domuz gribini ilaç firmalarının başlattığı sahte bir salgın olarak düşündüklerini, %87.5'i medyanın salgını abarttığını belirtmişlerdir. En etkili korunma yolunun; birinci sırada yeterli ve dengeli beslenme (%96.1), ikinci sırada sık sık el yıkama (%95.0), üçüncü sırada C vitamini tüketimini artırma (%93.7) olduğunu belirtmiş. Kişilerin %45.5'i aşı yaptıranın hastalıktan korunmada en etkili yol olduğunu düşünüyordu. Anket uygulanan 825 kişinin aile bireylerini oluşturmuş 2581 kişide aşı yaptıran oranı %12.9'dur. Aşı yaptıran durumuna göre yaş gruplarına ve cinsiyete göre anlamlı bir fark yok iken, kronik hastalığı olanlara aşı yaptıran oranı anlamlı ölçüde yüksektir.
109	Metin Pıçakçioğlu, İskender Gencer, İ. Hakkı Timur ve ark	Muğla'da İnfluenza A H1N1 Pandemisinin İncelenmesi / Kesitsel Tipte Çalışmaya katılanların %42.6'sı 19 ve üzeri yaş grubunda, %57.8'i erkektir. Çalışmaya katılanların %58.2'si klinik şüphe, %36.1'i yatan hasta, %4.6'sı salgın, %1.2'si süreyans ve risk faktörü nedeniyle bildirimi yapılmıştır. Katılanların %50.1'inin salgınla ilgili belirtileri sonbaharda başlamış, %58.2'sinin ateşi, %82.7'sinin öksürüğü, %55.6'sının vücut ağrısı, %58.4'ünün boğaz ağrısı, %60.1'inin baş ağrısı, %56.3'ünün burun akıntısı, %21.6'sının solunum güçlüğü vardır. Katılanların %15.3'ünün öyküsünde grip aşısı, %14.7'sinde son 7 gün içinde yurtdışı seyahat, %25.5'inde son 7 gün içinde yurt dışı seyahat öyküsü olan kişi ile temas vardır. Katılanların %50.4'ünden nazal sürüntü alınmış, %46.9'una İnfluenza A H1N1 laboratuvar tanısı konulmuştur. Katılanların %98.9'u iyileşmiştir. Fatalite hızı binde 22.8'dir.
110	Melikşah Ertem, Funda Sevencan, Vedat Dorman ve ark	Diyarbakır İlinde Pandemi İnfluenza (H1N1), 2009 / Tanımlayıcı Tipte İlk H1N1 doğrulanmış olgu 36.haftada tespit edilmiş, bundan sonra olgu sayısında önemli artış görülmüştür. Salgın eğrisi incelendiğinde sağlık merkezlerinden bildirilen grip benzeri olgu sayıları 43. Haftada en üst düzeyine ulaşmış ve 53. Haftada başlangıç düzeyine düşmüştür. 43-53. Haftalar arasında 31117 grip benzeri olgu bildirilmiştir. 635 olgu hastaneye yatırılmış (hastaneye yatırılma hızı %2), 16 H1N1 doğrulanmış olgu kaybedilmiştir (mortalite hızı=milyonda 10.7). Belirtilerin başlamasıyla hastaneye yatırılma arasında geçen medyan süre 3.5 gün (en az:1; en çok:11 gün) ve belirtilerin başlamasıyla ölüm arasında geçen medyan süre 7.5 gün (en az:2; en çok:27 gün) olduğu saptanmıştır. Ölümler arasında 2 olgunun gebe olduğu belirlenmiştir.
110	Erman Zengin, Mustafa Öztürk	İsparta İl Merkezindeki Aile Hekimliği Merkezlerine Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Domuz Gribi Hakkında Ki Tutum, Davranış ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte Başvuruda bulunanların %61.4'ü hasta, %38.6'ı hasta yakını, %58.1'i kadın, yaş ortalamaları ise; 38.3 ±15.3 bulundu. Hasta ve hasta yakınlarının %86.3'ü domuz ile direkt temas yoluyla, %40.9'u ise kan yoluyla bulaşır cevaplarını vermiştir. Domuz gribinin ölümcül olduğunu belirten hasta ve hasta yakınlarının oranı %75.3 olarak tespit edildi. Domuz gribine karşı en çok kimler risk altındadır sorusuna araştırma grubunun %82.3'ü veteriner, sağlık personeli, %71.0'ı bebek ve çocuklar, %63.7'si yaşlılar cevabını verdiği görüldü. Domuz gribinin en yüksek oranda bilinen belirti ve bulgularının, yüksek ateş (%60.5) ve öksürük (%13.0) olduğu görüldü. El yıkamanın domuz gribine karşı koruyucu olduğunu düşünenlerin oranı %73.2 olarak bulundu.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
111	Sevgi Çapatay Kayaoğlu, M. Nihal Esin	Tüberküloz Hastalarında Doğrudan Gözetimli Tedavinin Etkinliği: Sistemik İnceleme / Sistemik İnceleme Volmink ve ark.'nın çalışmasında, klinikte uygulanan DGT ile; kendi kendine ilaç kullanımı ($p=0.84$), aile üyeleri tarafından ($OR= 1.58$; $CI = 0.32-7.88$) veya toplum sağlığı çalışanları tarafından ($OR= 0.67$; $CI= 0.41- 1.10$) yapılan DGT arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Hsieh ve ark.'nın araştırmasında; klinikte yapılan DGT'nin başarı oranı %81.2, kendi başına ilaç alanlarda ise %65.6 olarak bulunmuş. Lwilla ve ark.'nın çalışmasında, evde sağlık personeli tarafından yapılan ile klinikte yapılan DGT'nin başarı oranları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p=0.57$). Wandwalo ve ark.'nın çalışmasında, evde ve klinikte sağlık personeli tarafından yapılan DGT'nin başarı oranı sırasıyla %85 ve %83'tür.
111	Said Bodur, Dilek Eroğlu, Yasemin Durduran	Hastane Temizlik Personelinin Viral Hepatitler İle İlgili Tutumu / Tanımlayıcı Tipte Çalışanların %74'ü erkek, %44'ü ilkökul mezunu olup, %58'i hepatitlerle ilgili hizmet içi eğitim almadığını, %18'i ise yeterli bilgisi olduğunu ifade etti. Hepatit B'ye karşı %51'i aşısızdı ve %27'si iğne/bisturi batma hikayesine sahipti. Bulaşma yollarını bilme oranları hizmet içi eğitim almayanlarda, erkeklerde, öğrenim düzeyi düşük olanlarda ve çalışma süresi uzun olanlarda diğerlerine göre daha düşük bulundu ($p<0.05$). HepA'nın bulaşma yolu olarak da %27 tükürük, %23 ortak tabak kullanımı, %16 içme suyu, %10 yıkanmamış sebze/meyve ifade edildi. İçme suyu ile bulaşma bilgisi erkeklerde ($p<0.05$) daha düşüktü. Personelin %50'si HepB'de erken teşhis için kan testi gerektiğini belirtenlerin oranı hizmet içi eğitim alanlarda yüksekti ($p< 0.001$).
113	Süda Tekin Koruk, İbrahim Koruk, Seher Kutlu	Kuduz Kontrolünde Neredeyiz? Şanlıurfa'da Çalışan Hekimlerin Kuduz Kontrolüne Yönelik Bilgi Düzeyi ve Tutumları / Kesitsel Tipte Çalışmaya katılan 84 hekimin %75'i ($n=63$) erkek, yaş ve meslek süreleri ortalamaları sırasıyla 33.4 ± 8.8 ve 8.5 ± 6.7 yıl olarak saptanmıştır. Hekimlerin %57.1'i kurumlarında kuduz riskli temas ile karşılaştıklarını, %47.6'sı kurumlarında Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi (2005) bulunduğunu ve %14.3'ü uygulamalarda yönergeyi kullandıklarını belirtmiştir. Hekimlerin, %88.1'i bulaşmanın hayvan tarafından tırmalanma ve ısırılma ile olduğunu %44'ü mukozal temasın da bulaştırdığını bilmektedir. Kedi ve köpeklerin hastalığı bulaştırdığını %96.4'ü doğru cevaplar-ken, tilkilerin bulaştırıcılığı %48.8'i tarafından doğru olarak cevaplanmış. Hekimlerin %65.5'inin kuduz riskli temas sonrası profilaksisi, ancak %17.9'unun temas öncesi profilaksisi doğru bildiği saptanmıştır. Kuduz İG bulunmadığında DSÖ'nün önerdiği 2.1.1 aşı şeması uygulamasını, hekimlerin sadece %38.1'i doğru olarak yanıtlamıştır.
113	Süda Tekin Koruk, İbrahim Koruk, Seher Kutlu	Şanlıurfa'da 2009-2010 Yılında Pandemik İnfluenza A(H1N1) Salgın Kontrolü Çalışmaları İle İlgili Olarak Hekimlerin Tutumları ve Bilgi Kaynaklarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Hekimlerin %69.4'ünün ($n=127$) erkek, yaş ve meslek yılı ortalaması sırasıyla 30.1 ± 5.6 ve 6.5 ± 5.6 yıl olduğu saptandı. Hekimlerin %47.5'u araştırma görevlisi %48.1 pratisyen hekim, %4.4 'si uzman hekim idi. Katılımcıların %58.5'i H1N1'e yönelik aşı yaptırdıkları, çocuğu olan 68 hekimden %30.8'nin çocuklarını aşılattıkları, kendilerine/çocuklarına aşı yaptırmama nedenleri olarak hekimlerin %30.7'si aşının kısa/uzun vadeli yan etkilerinden çekindiklerini, %38.7'si virüsün mutasyon geçirmesi gibi nedenlerle aşının etkili olmadığını ve %30.6'sı da hastalığın kliniğinin mevsimsel influenzadan farklı olmadığını düşündüklerini ifade ettiler. DSÖ'nün belirlediği pandemi seviyesini hekimlerin %34.4'ü doğru olarak belirttiler. Hekimlerin %38.8'i son bir ay içinde influenza A ile ilgili hiç bilimsel yayın okumadıklarını belirttiler.
114	Hatice Bebiş, Tülay Ortabaş, Aslı Güleşen ve ark.	Genç Erişkin Erkeklerin HPV'ye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi / Tanımlayıcı Tipte Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirme sonuçlarına göre; katılımcıların dörtte üçünün HPV'yi duymadığı (%71.6), cinsel eşinde siğil olmasa bile HPV bulaştırabileceğini (72.7) ve HPV'nin kadınlarda serviks, erkeklerde penis kanseri yaptığını bilmedikleri (%71.1), bununla birlikte her 20 katılımcıdan birinin genital bölgesinde siğil çıktığı (%5.3) bulunmuştur. Her iki katılımcıdan biri HPV'nin cinsel ilişki ile bulaştığını belirtirken, HPV'nin en önemli bulaş yolu olan "temas"ı her on katılımcıdan ancak biri seçmiştir. Bununla birlikte katılımcıların dörtte birinden fazlası HPV için bulaşma yolu olmayan "kan yolu"nu işaretlemişler, her üç katılımcıdan biri de bilmediğini ifade etmiştir. Beş katılımcıdan biri de HPV şüpheli cinsel eşleri olup olmadığını bilmediklerini belirtmişlerdir.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
115	Seçil Özkan, Asiye Uğraş Dikmen, Sefer Ayçan ve ark	Ankara İli Altı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Nüfusun Domuz Gribi Hakkındaki Bilgi ve Tutumları / Kesitsel Tipte Araştırmaya 2061 kişi katılmıştır. İncelenenlerin yaş ortalaması 37.4±14.1, %58.9'u kadın, %68.1'i evli, %39.3'ü lise mezunu, %33.8'i ev hanımı, %13.7'sinin herhangi bir kronik hastalığı mevcuttur. %13.5'i domuz gribinin belirtilerini bilmemektedir. İncelenenlerin %31.3'ü hastalığın bulaş yollarını bilmiyor, %90.5'i insandan insana bulaştığını, %56.0'sı domuz etinden bulaştığını belirtiyor, %56.6'sı tedavisi olduğunu, %56.5'i aşısı olduğunu biliyor. Domuz gribi hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları sorulduğunda %36.8'i hayır, %13.9'u evet, %50.4'ü kısmen yanıtını vermiştir. İncelenenlerin %47.7'si kimlere aşı önerildiğini bilmiyor. Yaş grupları, eğitim durumu, meslekler, hastalığın etkenini ve tedavisini bilme durumları arasında domuz gribi hastalığının bulaş yollarını ve aşısını bilme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0.05).
117	Rabia Sohbet, Sevgi Karabaş, Gülcihan Arkan	Gaziantep Verem Savaş Dispanseri'nde 2000- 2010 Yılları Arasında İzlenen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Tüberküloz hastalarının %39.7 'unun 16-30 yaşları arasında, %65.5'inin erkek, %61.6'sının evli, %21.7'sinin okuma yazma bilmediği, %51.0'inin ilkokul bitirdiği; %37.2'sinin sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %92.4'ünün yeni olgu , %52'sinin aile içi teması; %82'sinin ac tüberkülozu olduğu; %88.2'sinin tedavide sorun yaşamadığı; tedavi sonucu %22.4'üne kür uygulandığı, %58.4'ünün tedaviyi tamamladığı, %7.1'inin tedavi terk ettiği, %2 'sinin bölgeden taşındığı, %2.5'inin tedavisinin başarısız olduğu, %3.9'unun öldüğü belirlenmiştir. Hastaların %74.9'unun tedavi-sonrası kontrolde uyumludur. Hastaların %3.9'unda DM, %1.7'sinde malignite, %2'sinin KOAH'lı ve %4.9'unda skar olmadığı görülmüştür.
119	Pınar Ay, Ahmet Topuzoğlu, Seyhan Hıdıroğlu ve ark.	İstanbul'da Bir İlçede Pandemi H1N1 Salgını Sırasında Grip Benzeri Hastalık Atak Hızlarının Saptanması / Tanımlayıcı Tipte İlçede ekim ayının ortasından itibaren grip benzeri hastalık bildirimlerinde artış olduğu ve kasım ayının ortasında en yüksek seviyeye ulaşmış, Aralık ayıyla birlikte düşmeye başlamıştır. 1 Kasım–18 Aralık 2009 tarihlerinde toplam 13077 olgunun bildirildiği ve bu döneme ait kümülatif atak hızının %2.4 olduğu saptanmıştır. Tüm bildirimlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64 ve 65 yaş ve üzeri grupların toplam olgu sayısının sırasıyla %8.7, %17.3, %16.7, %37.7, %16.0 ve %3.6'sını oluşturduğu saptanmıştır. Yaşa göre kümülatif atak hızları aynı yaş grupları için sırasıyla %5.0, %3.8, %2.9, %1.2, %1.6 ve %2.1 olarak hesaplanmıştır. Olguların yaklaşık olarak %10'u ikinci basamak kurumlarından bildirilmiştir.
144	Burcu Tokuç, Galip Ekuclu	Edirne Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezine Başvuran Kadınların Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi ve Tutumları / Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 41.2±9.4'tür ve %38.3'ü sekiz yıldan daha fazla eğitimlidir. Başvuran kadınların %24.1'i kendisi için serviks kanseri riski olmadığını belirtmiştir. Kadınların %53.1'i "HPV enfeksiyonu geçirmek serviks kanseri riskini artırır" ve %57.4'ü "erken yaşta cinsel ilişkinin başlaması serviks kanseri riskini artırır" önermelerini onaylamışlardır. Kadınların %47.5'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu söylemiştir. Kadınların %87'si "Pap smear testinin rahim ağzında meydana gelen değişiklikleri kansere dönüşmeden yakalar" önermesine katıldığını belirtmiştir. Kadınların %25.3'ü "Pap smear testi yaptırmak için nereye başvuracağımı bilmiyorum" derken, %14.8'i testi "utanç verici ", %17.3'ü "ağrılı bir işlem", %13.6'sı da "pahalı bir işlem" olarak nitelendirmiştir.
166	Rabia Sohbet, Filiz Okumuş, Canan Birimoğlu ve ark.	Sağlık Ocağına Aşı Yaptırmaya Gelme Nedenlerinin İncelenmesi / Tanımlayıcı Tipte Maraş'ta ve Gaziantep'te kadınların sırasıyla %95.6'sının ve %95.8'inin aşı kartının olduğu, %88.9'unun ve %87.5'inin aşı yaptırdığı, %11.1'i ve %89.6'sının aşı kartındaki zamanlama çizelgesine uygun yaptırdığını, %37.8'inin ve %41.7'sinin anne/çocuk hastalığından dolayı aşılama geç gittiğini, %73.3'ünün ve %70.8'aşıya geç gelmeyi kurumun problem etmediğini, %44.4'ünün ve %39.6'sı geç kalınan aşılama korumaya etkisinin olup olmadığını bilmediğini, %88.9'u ve %87.5'i aşı yaptırmayı gerekli gördüğünü söylemiştir. Maraş'ta %46.7'si zorunlu aşıyı bilmediğini, %15.6'sı kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısını, %4.4'ü verem aşısını bildiğini belirtmişlerdir. Gaziantep'te kadınların %91.7'si isteğe bağlı aşılama, %47.9'u zorunlu aşılama bilmediğini ifade etmiş, %20.8'i kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısını, %22.9'u hepatit aşısını, %8.3'ünün de karma aşılama bildiğini belirtmişlerdir.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
172	Ali Özer, Hasan Çetin Ekerbiçer, Mustafa Çelik ve ark.	6-59 Ay Arasında Çocuğu Olan Ebeveynlerin, Çocuklarına Pandemik Grip Aşısı Yaptırma Konusundaki Bilgi ve Davranışları İle Etkileyen Faktörler / Kesitsel Tanımlayıcı Tipte Aşı yaptıranların %61.9'u yaptırmayanların ise %42.9'u Sağlık Bakanlığı açıklamalarının kararlarını etkilediğini belirtmiş olup aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Aşı yaptıranların %54.0'ı , yaptırmayanların %36.3'ü sağlık personelinin kararlarını etkilediğini ifade etmiştir. Gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$). Aşı yaptıranların %28.6'sı , yaptırmayanların %47.3'ü akrabalarının kararlarını etkilediğini belirtmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Aşı yaptıranların %46.0'ı , yaptırmayanların %58.2'si gazetelerin kararlarını etkilediğini söylemiştir. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır($p<0.05$). Aşı yaptıranların %54.0'ı, yaptırmayanların %85.7'si televizyonların kararlarını etkilediğini ifade etmiş olup, gruplar arasındaki fark önemlidir($p<0.05$). Aşı yaptıranların %49.2'si, yaptırmayanların %75.8'i aşı ile ilgili verdiği karardan dolayı içinin rahat olduğunu ifade etmiş olup, aradaki fark önemlidir ($p<0.05$).
172	Bilal Bakır, Cenk Yeğiner	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin H1N1 Aşısı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Sınıf Farkının Etkisi / Tanımlayıcı Tipte Araştırmaya katılan 217 tıp fakültesi öğrencisinin, %7.4'ü hastalığı daha önce geçirdiğini, %50.7'si geçirmediğini ve %41.9'si hastalığı geçirip geçirmediğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Hastalığı geçirenlerden 4 tanesinin (%28.6) tanısı PCR ile kesinleştirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerden %80.2'si aşı olmamıştır. Aşı olan 43 öğrencinin %90.7'si 4,5 ve 6'ncı sınıftı. Katılımcıların aşı olmama nedenleri sıklık sırasıyla, aşının yan etkilerinden korkulması, H1N1 virüsünün mevsimsel gripten farklı olmaması ve aşının koruyucu olmadığı düşünülmesi cevapları verilmiştir. Aşı yaptıranlarda en sık yan etki olarak; kolda ağrı, ateş, bulantı-kusma ve baş ağrısı görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrencilerin %46.5'si aşıya güvendiğini belirtirken, %53.5'si güvenmediğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcılardan %60.4'ünün aşıyı çevresindekilere önermediği ortaya çıkmıştır.
173	Zeynep Baykan, Melis Naçar, Serpil Poyrazoğlu ve ark.	Kayseri İlinde Aile Hekimlerinin Erişkin Aşılama ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları / Tanımlayıcı Tipte Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 39.7 ± 5.8 olup %63.8'i 35-44 yaş arasında ve %53.6'sının çalışma süresi 15 yıl ve üzerindedir. Hekimlerin %83.0'ü yetişkinlere aşı uygulamasının bir koruma yaklaşımı olduğunu düşünmektedir. Araştırma grubundaki hekimlerin %11.0'i şimdiye kadar kendilerine hiç aşı yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir. Herhangi bir dönemde grip aşısı olanların oranı %58.5 olup aşı olanların da sadece yarısı bu sezonda aşı olmuştur. Grip aşısı olma açısından cinsiyete ve yaş gruplarına göre anlamlı fark yoktur. Hekimlerin %67.0'ı hepatit B'ye karşı aşılanmışlardır. Sağlık personeline önerdikleri ilk üç aşı hepatit(%94.7), grip(%84.8) ve tetanos'dur.
173	Muzaffer Eskiocak, A. Önder Porsuk	Ücretsiz Dağıtılan Mevsimsel Grip Aşılarını Yaptırmayı Talep Eden Kişilerin, Yine Ücretsiz Olan Pandemik Grip Aşısı Karşısındaki Tutum ve Davranışları / Tanımlayıcı Kesitsel Tipte 2009 Şubatında ücretsiz MGA'dan yaptıran 126 kişinin yaş ortalaması $35.86(\text{min } 4, \text{max } 82, \text{SD } 23.823)$, %16.7'si okuryazar değil, %11.1'i okuryazar, ilkökul, ortakul, lise, üniversite mezunu sırasıyla %53.2, %7.1, %11.1'i, %0.8'dir. %21.5'i kişisel geliri olan bireylerdi. %82.1'sinin bir sosyal güvencesi vardı. %81.7'si hayatlarında ilk kez MGA olmaktadır. Aşı olan bireylerin %95.2'si MGA'nı gerekli görüyordu, ancak 57.9'u ücretli olsaydı yaptırmayacağını beyan etmişlerdi. Katılımcıların tamamı kamu kurumlarının ücretsiz MGA sağlamanı destekliyordu ve %48.4'ü gelecek yıl ücretli dahi olsa yaptıracığını söylüyordu. 2010 Şubatında aynı gruba yapılan ikinci ankette, ücretsiz sağlanamayan MGA yaptıranların oranının %7.1, ücretsiz sağlanan MGA olanların oranının ise %4'te kaldığı gözlemlendi. MGA olmayanların en sık belirttikleri neden %33.3 ile ücretinden dolayı, MGA olmayanların en sık neden ise %65.9 medyadaki haberlerden olumsuz etkilendikleriydi.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
174	F. Nur Aksakal , Seçil Özkan , Emine Avcı ve ark.	Ankara İli Etimesgut İlçesi Beş Sağlık Ocağı Bölgesindeki Altı Yaş Altı Çocuğu Olan Ebeveynlerin Çocukluk Dönemi Aşılamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları / Tanımlayıcı Tipte Araştırmada 381 kişi ile görüşülmüştür. Aşılanmanın sağlık hizmetleri içindeki önem sırasını katılanların %8.9'u birinci, %70.4'ü ikinci, %10.5'i üçüncü sırada olarak belirtmiştir. %66.6'sı aşının hastalıklara karşı korunmak için yapıldığını, %99.7'si gerekli olduğunu, %99.7'si sağlığı korumada önemli olduğunu, %88.2'si hangi hastalıklara karşı aşı yapıldığını bildiğini belirtmiştir. %92.2'si aşı yapılmazsa çocuğun hastalanabileceğini, %46.2'si sakat kalabileceğini belirtmiştir. İncelenenlerin %69.2'si çocuğunun aşılarının tam yapıldığını, %0.4'u eksik yapıldığını belirtmiştir. Eksik yapılma nedeni ise aşı kartının kaybolmasıdır. Katılımcıların %88.7'si çocuklarına hangi aşıların yapıldığını bilmektedir. %55.6'sı aşısı doktor, %37.3'ü hemşire, %7.1'i ebe yaparsa güvenebileceklerini, aşılar konusunda bilgiyi en fazla doktorlardan (%40.3), ebe ve hemşirelerden (%39.4) edindiklerini belirtmişlerdir. "Çocuğunuzun doktoru tarafından önerilirse rutin aşı takvimi dışında ücretini kendinizin karşıladığı bir aşı yaptırmayı düşünür müsünüz?" sorusuna katılımcıların %91.6'si evet cevabını vermiştir.
174	Seyhan Hıdıroğlu, Pınar Ay, Ahmet Topuzoğlu ve ark.	Aşı Olmak Ya Da Olmamak: Pandemik H1N1 Aşısı İle İlgili Sağlık Personelinin Karar Süreci / Niteliksel Tipte Araştırmada 33 sağlık personeli ile görüşülmüştür. Tüm katılımcılar, hastalık açısından risk altında olduklarını düşünseler de önemli bir kısmının aşı olmadığı saptanmıştır. Sağlık personeli, mevsimsel gripten daha ağır, daha öldürücü olmadığı için H1N1 enfeksiyonuna yönelik aşılanmanın gerekli olmadığını ifade etmektedir. Böylece, bazı çalışanların arasında tahlil ile tedavisi yapılmayan bir hastalık için aşı yapılması gerektiği ile ilgili görüş hakimdir. Sağlık personeli, aşılanmadığı takdirde enfeksiyonu hastaya bulaştırma riski oluşturduğunun da farkında değildir, aşının yararı sadece bireysel kazanımlar ile ilişkilendirilmekte ve toplumsal yarar göz ardı edilmektedir. Ağırıklı olarak kanıta dayalı kaynaklar yoluyla bilgiye ulaşanların aşılanmış olduğu izlenmiştir. Hekimlerin aşılanma davranışları, hekim dışı sağlık personeli tarafından yakından izlenmekte ve karar süreçlerini etkilemektedir.
175	Melis Naçar, Fevziye Çetinkaya, Zeynep Baykan ve ark.	Kayseri İlinde Yetişkinlerin Erişkin Aşılarını Bilme ve Yaptırma Durumları / Kesitsel Tipte Araştırmaya katılan 998 kişinin yaş ortalaması 37.4±14.1, %56.7'si kadındır. %75.8'i yetişkinlere aşı yapılması gerektiğini, %67.3'ü gebelere aşı yapılması gerektiğini, %55.3'ü her yıl grip aşısı olunması gerektiğini biliyordu. Araştırma grubunda influenza aşısının bilinme oranı %97.9, yaptırma oranı %7.8; tetanoz aşısının bilinme oranı %97.8; Hepatit B aşısının bilinme oranı %84.4, yaptırma oranı %25.6, Human papilloma virus aşısının bilinme oranı %44.4, kadınların yaptırma oranı %1.1, pnömokok aşısının bilinme oranı %19.8, yaptırma oranı %0.4 idi. 65 yaş ve üzerindeki kişilerden %22.0'ı grip aşısı yaptırmışken, bunların hiçbirisi pnömokok aşısını yaptırmamıştı. Araştırma grubunda hepatit B aşısı yaptıranların %37.2'sini, grip aşısı yaptıranların %37.3'ünü, pnömokok yaptıran dört kişiden birini hekim önermişti. Lise ve üzeri eğitim alanlar ortokul-altı alanlara göre yetişkin aşılarını daha fazla oranda bilmişlerdir.
175	Yılmaz Palancı, Emine Baran	Kars İlinde Bağışıklama Çalışmalarının Değerlendirilmesi (1999-2009) / Tanımlayıcı Tipte DBT 3 (2009'da 5'li aşı) aşısı oranı; 1999 yılında %74.8'den, 2009 yılında %90.6'e, kızamık aşısı oranı, 1999'da %80.9'den , 2009'da %93.9'a, Hepatit B3 aşısı oranı; 1999'da %42.3'ten, 2009'da %88.1'e, BCG aşısı oranı; 1999'da %51.1'den, 2009'da %98.5'a, TT2 aşısı oranı ise 1999'da %22.5'tan, 2009'da %32'ye yükselmiştir. Bu dönemde personel hareketliliği yaşanmıştır. Hekim sayısı 1999'a göre artarken, yardımcı sağlık personeli sayısı hareketliliği yaşanmış ve özellikle 2009 yılında artma göstermiştir. Her ilçede bir tane olmak üzere toplam 7 özel araç kiralanmıştır.

2010/ 13. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - İZMİR — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
236	Ayla Açıkgöz, Gül Ergör	<p>Serviks Kanseri Risk Düzeyi ve Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyum / Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırma 35-69 yaş grubu 227 kadında yapılmıştır. Kadınların %52.0'si en az bir kez Pap smear testi yaptırmıştır. Kadınların %70.0'inin serviks kanseri risk düzeyi ortanın altında, %22.1'inin orta düzeyde, %7.9'unun ortanın üstünde çıkmıştır. 40-49 yaş grubunda olanlar ve evli olanlar anlamlı olarak daha fazla serviks kanseri ulusal tarama standardına uyumşlardır ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça standarda uyum artmakta, serviks kanseri risk düzeyi arttıkça standarda uyum azalmaktadır ($p<0.05$). Kadınların yaşı, öğrenimi, adet durumu ve ailenin gelir durumu ile lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. 40-49 yaş grubuna göre 35-39 yaş grubunda serviks kanseri ulusal tarama standardına uyarak Pap smear testi yaptırmama 2.52 kat fazla, 60-69 yaş grubunda ise 3.26 kat fazladır ($p<0.05$).</p>

2011/ 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI-TRABZON

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
66	Emine Öncü, Sümbüle Köksoy, Mehmet Sungur ve ark.	<p>Mersin'de Kadınlar Kendilerini Ne Kadar Servikal Kansere Aday Görüyor? Halk Eğitim Merkezlerinde Kesitsel Bir Çalışma/ Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırmaya katılan 300 kadının yaş ortalaması 33.6 ± 11.8, %44'ü lise ve üstü eğitime sahip, %43.8'inin geliri giderden az, %9.0'inin sağlık güvencesi yoktur. Smear testi yaptırmama nedenleri; ihmal, nerede ve nasıl yapacağını bilememe, korkma, utanma, dul olma, tanı almaktan korkma, sosyal güvencenin olmaması, eşin izin vermemesi olarak sıralanmaktaydı. Evli kadınlar arasında smear testi yapma ile eğitim durumu, gelir algısı, sigara içme, süregelen hastalığa sahip olma, doğum ve küretaj sayısı, kendini serviks ca açısından riskli görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Kadınlardan %95'inin kanseri duymuş olmasına rağmen %76.7'sinin belirtileri tanımadığı, %24.3'ünün kanserden korunmaya ilişkin bilgisinin olmadığı, %30.3'ünün kendisini kanser yönünden riskli gördüğü tespit edildi.</p>
92	Yasemin Durduran, Said Bodur	<p>Aile Hekimliğine Geçiş Döneminde 12-23 Ay Çocuk Aşılarının Kapsayıcılığı: Konya Kent Merkezi Örneği / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Çalışma kapsamına alınan çocukların % 44'ü erkek, % 74'ü ilk veya ikinci çocuktu. Çalışma örnekleminde BCG skar pozitifliği % 92, hepatit B 1., 2. ve 3. dozu için aşıluluk oranları sırasıyla % 96, % 93 ve % 92 idi. Beşli karma aşı için ise bu oranlar sıra ile % 94, % 93, % 93 idi. Buna karşılık 14 ayın üzerindeki çocuklarda KKK aşısı kapsayıcılık oranı % 81 ve 20 ayın üzerindeki çocuklarda karma rapel aşısının kapsayıcılık oranı % 84 olarak saptandı. 12-23 aylık çocuklarda tam aşıluluk oranı % 74 bulundu. Vaktinde aşılama oranları ise yukarıdaki oranlardan daha düşüktü.</p>
94	Mehmet Kaya, Levent Akın	<p>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesinde Pnömoni Tanısı Alan Hastalarda Pnömonok ve Grip Aşısı Olma Sıklığı/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Hastaların %52,3'ü erkek ve ortalama yaşları 65.33 ± 1.19'dur. Hastaların %73.0'ü 60 yaşın üzerindedir. Hastalardan sadece üçü pnömonok aşısı olmuştur. %33.1'i grip aşısı yaptırdığını ve grip aşısı yaptıranların %58.1'i son bir yıl içinde grip aşısı yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. %30.8'i sadece grip aşısı, %2.3'ü hem grip hem pnömonok aşısı olmuştur; %66.9'u ise bu iki aşıdan hiçbirini olmamıştır. Kadınların erkeklere göre, 60 yaşın üzerinde olanların 18-60 yaş arasındakilere göre, ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların ilkököl ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre grip aşısı olma sıklıkları daha fazladır fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Solunum yolları hastalığı olan hastalar olmayanlara göre daha fazla grip aşısı olmuşturlar ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.</p>

2011/ 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI-TRABZON — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
96	Mahmut Sadi Yardım, Nesrin Çilingiroğlu, Okan Özdemir ve ark.	Bir Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Domuz Gribi (H1N1) Aşısını Yaptırmaya Yönelik Tutum ve Davranışları /Tanımlayıcı Tipte Çalışmanın yapıldığı dönemde, üniversite hastanesinde ücretsiz aşılama yapılmasına rağmen, katılımcıların %15,3'ü H1N1 aşısı olmuştur. Aşı yaptırmayı düşünmeyenlerin %44'ü aşının koruyucu olmadığını düşünmektedir. Öğrencilerin %22'si ise aşı yapma konusunda kararsızdır. Aşı yaptırmayacak veya bu konuda kararsız olanlarda aşının yan etkiler açısından güvenilir olduğunu düşünenlerin payı sadece %9'dur. Aşı yaptırmayı düşünmeyen veya kararsız olanların %76'sı, aşının sağlık personeli için zorunlu tutulmasına karşı olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte aynı grubun %71'i domuz gribine yakalanmaları halinde hastalığı çevresindekilere de bulaştırabilme riski olduğu ve bunun çok tehlikeli olduğunu önermesine katılmaktadır.
98	Sevil İKİNCİ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde Hekim ve Hemşirelerin Mevsimsel Grip/Aşısı ile İlgili Tutum ve Davranışları /Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya katılan 106'sı kadın 141 sağlık çalışanının yaş ortalaması 33.81±7.59'dur. Çalışma grubundaki 82 kişinin ortalama 1.57±0.81 kez Mevsimsel Grip (MG) hastalığı geçirdiği, MG geçiren 21 kişinin ise 2.10±1.44 gün işe gelemediği saptanmıştır. Düzenli MG aşısı yaptırdığını belirten 11 kişi bulunmaktadır. 2009 sezonunda MG aşısı yapma oranı %27.7 iken 2010 sezonunda MG aşısı yapma oranı %8.5'tir. Aşı yaptırmayanlarda, yaptırmama nedenlerinin başında, uzmanların MG aşısı ile ilgili farklı görüş belirtmeleri, aşının etkisiz olduğu veya güvenilir olmadığı yönündeki düşünceler gelmektedir. Geçen yıl MG aşısı yaptıranlarda, yakınlarına veya hastalarına MG aşısı önerenlerde ve aşının etkili olduğunu düşünenlerde MG aşısı yapma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
103	Sarp Üner, Pervin Özelçi, Seraceddin Çok ve ark.	Türkiye'de Dört İlde Yaşayan 12–23 Ay Çocukların Aşı Kapsayıcılık Hızı: Bir Lot Kalite Araştırması Sonuçları / Kesitsel Tipte Çalışmada 1640 çocuk yer almıştır. Araştırmada beyana dayalı olarak, tam aşıllık dört ilde %88.6 ile %98.1 arasında değişmekteydi. Zamanında aşılanma aşının tipine göre %71.5 ile %78.4 arasında değişmekte ve dört lotta aşı kapsayıcılığı %75'in altındaydı. Çalışmada logistik regresyon modellemesi ile çocukların tam ve zamanında aşılanma durumu ve bazı sosyodemografik özellikler arasındaki potansiyel ilişki incelenmiştir. Modelleme bulgularına göre, annenin gelir getiren bir işte çalışması; annenin ilkokul ya da daha az derecede eğitim görmesi; annenin yaşı tahmini riski arttırırken, bebeğin yaşı tahmini riski azaltmaktadır.
104	Muzaffer Eskiocak, Esin Seçgin Sayhan, Ufuk Berberoğlu ve ark.	Aile Hekimliğinin 3. Yılında Edirne'de 0–4 Yaş Grubu Çocukların Aşılanma Durumlarının Değerlendirilmesi–2009 /Belirtilmemiş Çocukların %50.3'ü erkektir. %17.5'i 0 yaşında, %81.9'u 1–4 yaş grubundadır. 342 çocuğun %74.8'inin aşı bilgileri aşı kartından, %22.8'inin bilgileri Sağlık Müdürlüğü'nden, %2.4'ü ise ebeveynlerinin beyanlarından elde edilmiştir. BCG aşısının en sık VSD'lerde yapıldığı, Beşli Karma, OPA, Hib, Kızamık/MMR, KPA ve Hepatit B'nin 1.dozunun en sık ASM'lerde yapıldığı saptanmıştır. Çocukların %60.5'inin yaşına göre tam aşıllı olduğu, %39.5'inin ise geç aşıllı veya aşısız olduğu tespit edilmiştir. Bir yaşını doldurmuş çocuklardan %54.7'si tam aşıllı, %45.3'ünün ise geç aşıllı veya aşısız oldukları tespit edilmiştir. Aşı devamsızlık durumu incelendiğinde OPV 1.doz için, Beşli karma Aşı 3.Doza göre aşı devamsızlığı %29, Hepatit B Aşısı 1.doza göre %28 olması dikkat çekicidir.
109	Mehmet Kaya, Levent Akın	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesinde Pnömoni Tanısı Alan Hastalarda Pnömoni Enfeksiyonlarının Maliyetlerinin Değerlendirilmesi ve Pnömonok Aşısının Maliyet Etkililik Analizi / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %96.9'unda herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır. Pnömonok aşısı Türkiye'de 18-60 yaş arası nüfusun %40'ına uygulandığında 89.865 yaşam yılı, 60 yaş üzeri nüfusun %80'ine uygulandığında ise 22.428 yaşam yılı kazanılabileceği tespit edilmiştir. Aşı Türkiye'de 18-60 yaş arası nüfusun %40'ına uygulandığında kazanılan her yaşam yılı başına 1825 YTL tasarruf edilebileceği saptanırken, 60 yaş üzeri nüfusun %80'ine uygulandığında ise kazanılan her yaşam yılı başına 1426 YTL tasarruf edilebileceği tespit edilmiştir. Tüm gruplarda aşılama ile pnömoni nedenli harcamalardaki azalmanın aşının getireceği maliyetten daha fazla olduğu ve kazanılan yaşam yıllarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. 18-60 yaş arasındaki nüfusta artımlı maliyet etkililik oranları 60 yaşın üzerindeki nüfusa göre daha fazladır.

2011/ 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI-TRABZON — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
170	Nasır Nesanır, Ersin Şimşek	Düzce İlinde Kuduz Riskli Temas Olguların İnsidansı ve Maruziyet Sonrası Tedavi/ Tanımlayıcı Tipte Düzce'de 2006 ile 2010 yılları arasında kuduz riskli temasa maruz kalanların %67,6'sı erkektir. %28,8'i 0-10 yaş ,%17,2'si 11-20 yaş, %9,9'u 21-30 yaş, %11,2'si 31-40 yaş, %13,6'sı 41-50 yaş, %10,2'si 51-60 yaş ve %9,5'i 61 yaş ve üzerindedir. Olguların üç doz aşı yapılanların % 95,6'sının; beş doz aşı yapılanların % 92,9'unun aşuları zamanında yapılmıştır. Olguların %11,9'una kuduz serumu uygulanmıştır. Kuduz serumu uygulanmayan 6643 kişinin % 5,6'sına 2,1,1 aşı takvimi başlanmıştır. Düzce'de 2006 yılında kuduz riskli temas insidansı yüz binde 387; 2007 yılında yüz binde 415; 2008 yılında yüz binde 404 ve 2009 yılında yüz binde 384; 2010 yılında 364'tür.
172	Havva Karadeniz Mumcu	Trabzon İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve DGTS ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları/Tanımlayıcı Tipte Hekimlerin %86,8'inin pratisyen, %73,7'sinin toplam hizmet süresi 18–23 yıl arasındadır. TB sıklığını azaltmanın en az maliyetli ve etkin yolunun korunma (%21.1), aşı (%18.4) ve eğitim (%18.4) olduğunu belirtildi. %68,4'ü erişkin tip TB'un kesin tanısının balgam kültürü ile sağlanabileceğini ifade etti. Hekimlerin tamamı tüberkülozun bildirim zorunlu olduğunu, %36,8'i bildirim bulaşıcı hastalıklar şube müdürlüğüne yapılması gerektiğini belirtti. TB tedavisini terk etme süresini %55,3'ünün bilmediği belirlendi. %75,7'sinin DGTS uyguladığı belirlendi. DGTS uygulamayanların %25'i iş yoğunluğunu gerekçe olarak belirtti. DGTS uygulamalarında hekimler yaşadıkları sorunları; iş yoğunluğunu artırma, hastanın ilacını alıp almadığını denetleyememe, hastanın tedaviye uyum sürecinde sorun yaşama ve hasta izleminde sorun yaşama olarak belirtti.
174	Lütfi Saltuk Demir, Bülent Hazar, Nazlım Aktuğ Demir ve ark.	Adıyaman Verem Savaş Koordinatörlüğü Tarafından 2010 Yılında Takip Edilen Tüberküloz Hastalarının Genel Değerlendirmesi/Kesitsel Tipte Hastaların %51'i kadın, %65,6'sı evli, yaş ortalaması 37.6±17.1'dir. Verem savaş koordinatörlüğüne başvuran hastaların %94,8'i ferdi olarak başvuru yapan hastalardı ve hastaların %32,2'sinde temas öyküsü mevcuttu. Vakaların %91,6'sı yeni olgu olarak tespit edildi. %5,2'si nüks, %1,0'i tedavi terkten gelen, %1,0'i tedavi başarısızlığı olan hasta idi. Takip edilen hastalardan 1 tanesi kronik tüberküloz hastası idi. Tüberküloz hastalarının %52,1'inde akciğer, %44,8'inde akciğer dışı tüberküloz tespit edildi. 2 hastada ise hem akciğer hemde akciğer dışı tüberküloz vardı. Hastaların %55,3'sinde tedavi tamamlanırken, %39,6'sında tedavi halen devam etmektedir. Adıyaman ili için tüberküloz insidansı yüzbinde 14,7, tüberküloz prevalansı yüzbinde 16,2 olarak hesaplandı.
175	Aydan Kaya, Dilara İnan, Levent Dönmez	Bir Üniversite Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde Takip Edilen HbsAg(+) Olgularda Hepatit B Oluşumu ile İlişkili Faktörler/ Vaka-Kontrol Tipinde Her iki grupta da olguların %50'si kadın, %50'si erkektir ve grupların yaş ortalamaları benzerdir. Vaka grubundakilerin; eğitim durumu biraz daha yüksek, ekonomik durumu daha iyi, evdeki kişi sayısı daha az, evli olma oranı daha yüksek ve sosyal güvencesi olanların oranı daha yüksek olmakla birlikte bu veriler Hepatit B varlığı ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Alışkanlıklar ve özgeçmiş yönünden; vaka grubunda (istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte); ameliyat öyküsü ve kan ürünleri nakli öyküsünün daha fazla olduğu görülmüştür. İstatistiksel test sonucu anlamlı olmak üzere, vaka grubunda kontrollere göre diş çekim ve/veya tedavisi öyküsünün, şüpheli cinsel temas öyküsünün ve ailede Hepatit B varlığı öyküsünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
184	Ersin Şimşek, Nasır Nesanır, Naile Erkman	Düzce'de Pandemi A (H1N1) Gribi Şüphesi İle Hastaneye Yatırılan Hastaların Özellikleri / Retrospektif Tipte Düzce ilinde pandemi A(H1N1) gribi şüphesi ile hastane yatırılan hastaların 144 hastanın %60,5'inde laboratuvar sonucu pozitifdir. %44,4'ü 24 yaş ve altında, %59,0'ı kadındır. Bu yüzdeler laboratuvar sonucu pozitif olan hastalar için sırası ile 58,6 ve 57,1'dir. %45,1'inin şikâyetleri Kasım 2009'da, %50,7'sinin şikâyetleri Aralık 2009'da, %2,4'ünün Ocak 2010'da, %1,4'ünün şikâyetleri ise Şubat 2010 yılında başlamıştır. % 38,9'u 1-3 gün, %49,3'ü 4-10 gün, %9,0'ı 11-20 gün, %2,8'i 21 gün ve üstü hastanede yatmıştır. %35,4'ünde eşlik eden bir kronik hastalık ve %79,2'sinde şüpheli temas öyküsü vardı. Bu yüzdeler laboratuvar sonucu pozitif olan hastalar için sırası ile 28,7 ve 86,2'dir.

2011/ 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI-TRABZON — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
186	Nasır Nesanır, Naile Erkman, Ersin Şimşek	Düzce Verem Savaşı Dispanseri'nde 2005 İle 2010 Yılları Arasında Tedaviye Alınan Tüberküloz Olgularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi /Tanımlayıcı Tipte 758 tüberküloz olgusunun %17.9'u 2005 yılında, %16.2'si 2006 yılında %14.1'i 2007 yılında %18.1'i 2008 yılında, %16.4'ü 2009 yılında ve % 17.3'ü 2010 yılında saptandı. Tüberküloz olgularının %64.8'i erkek, %2'si 0-14 yaş, % 52.9'u 15-44 yaş, % 28.5'i 45-64 yaş, %16.6'sı 65 yaş ve üstü; % 58.4'ü ilkököl mezunudur. Olguların % 71.1 akciğer tüberkülozudur. Tüberküloz insidansı yıllara göre sırasıyla yüz binde 44.6, 36.7, 32.2, 39.7, 35.4, 38.7 olarak hesaplandı. Yayma pozitif vaka yüzdesi 63.5'tir. Tedaviyi başarı ile tamamlama % 93.1'dir. Doğrudan gözetimli tedavi verilen olgu yüzdesi 74.8'dir.
187	Ali Ceylan, Funda Severcan, Halise Kaya Öner ve ark.	Diyarbakır'da 2010-2011 Grip Mevsiminde Yapılan İnflüenza Sürveysi/ Belirtilmemiş Şubat-Mart-Nisan-Mayıs 2011 aylarında toplam 2261 İnflüenza Benzeri Hastalık (İBH) bildirilmiştir. 15 Kasım 2010 tarihinde Diyarbakır'da Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi nedeniyle Kasım, Aralık ve Ocak aylarında vaka bildirimleri düzenli yapılamamıştır. Bu nedenle vakaların aylara göre dağılımı Şubat-Mayıs 2011 ayları arasında yapılmıştır. Şubat-Mayıs 2011 ayları arasında 10 ASM'ne toplam 45734 poliklinik başvurusu yapılmış bunların 2261'i (%4,9) İBH dir. İBH lerin aylara göre insidansı; Şubat %6,2, Mart %6,6, Nisan %2,9 ve Mayıs %4,2 olarak bulunmuştur. İBH'ların yaş gruplarına göre dağılımı 0-12 ay %4.0, 1-4 yaş %18,2, 5-14 yaş %20,3, 15-24 yaş %22,4, 25-44 yaş %20,0 45-64 yaş %10,4 ve 65 yaş ve üstü %4,7 şeklindedir.
198	Yusuf Özşensoy, Cihan Önen, Fatih Aydın ve ark.	Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Domuz Gribi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Değerlendirilmesi/ Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya 189 öğrenci katılmış bunların %56.61'si kız, %79.37'si 20 yaş ve üzerindedir. %95.24'ü domuz gribi aşısı olmadığını bildirirken, son iki yıl girişli öğrencilerin hiçbiri aşı olmamıştır. Aşı olan kişilerde enfeksiyon oluşabilme riskinden dolayı Türkiye'de aşı olan kişi sayısının az olduğunu düşünenler %49.21'i, aşının güvenilirliğinin az olduğunu %82.54'ü belirtmişken bu gribin her mevsim görülebileceğini %48.15'i bildirmiş. Gribin, virüsle bulaşık yüzey ve eşyalar aracılığıyla yayıldığını %61.38'i bildirmiştir. Bulaşma yolları hakkında sınıflar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, 2011 yılı girişli öğrenciler ağırlıklı olarak fikrinin olmadığını bildirmişken, sınıflar genel olarak bulaşmada dış yüzey ve eşyaların etkisinin olduğunu belirtmiştir.
203	Berin Bayraklı, Bülent Arslan, Mustafa Karakaya ve ark.	Zonguldak İl Merkezinde Hizmet Veren Berber ve Kuaförlerin Hepatit B Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları /Kesitsel-Tanımlayıcı Tipte Araştırmaya katılan berber ve kuaförlerin yaş ortalaması 29.41±6.4 olup, %69'unun erkek, %52.7'sinin lise mezunu, %57.6'sının evli, % 30.4'ünün 6-10 yıldır mesleğini yaptığı %67.4'ünün usta olduğu %35.9'unun çıraklık eğitim merkezinden çıraklık ve ustalık belgesi aldığı saptandı. Berber ve kuaförlerin %96.2'sinin Hepatit B'yi duyduğu, %50.5'inin Hepatit B'nin kan ve cinsel yolla bulaştığını, % 83.7'sinin her işlemten sonra ellerini yıkadığı, %54.9'u sıvı sabun kullandığını, %53.8'inin aletlerini sterilize ettiği, %68.5'inin elleri kesildiğinde yara bandı yapılaştırarak işlerine devam ettiği, % 42.4'ünün Hepatit B aşısı yaptırmadığı tespit edildi. Berber ve kuaförlerin cinsiyetleri ile Hepatit B'yi duyma ve Hepatit B aşısı yaptırma durumları arasındaki ilişki anlamlı idi.
394	Hawa Karadeniz Mumcu	Kadınların Servikal Kanser Taramaları İçin Ketem'e Başvurularının Önündeki Engeller/ Deneysel Müdahale Tipte Kadınların yaş ortalaması 44.4±11.1, %57.0'ı ilkököl düzeyinde eğitime sahip, %93.7'si halen evli, %94.9'u ev hanımı ve %98.7'si sosyal güvenceye sahipti. Eğitim verildikten sonraki 1 ay içinde kadınların %10.3'ü serviks taraması için KETEM'e başvurdu. Tarama için başvuru yapmayanlardan %25.2'si en kısa sürede tarama için gitmeyi planladığını, %20.6'sı ihmkar davrandığını, %11.5'i utandığını, %9.2'si korktuğunu, %7.6'sı şikayeti olmadıkça gitmeyi düşünmediğini, %6.8'i çocuklarını bırakabileceği kimse olmadığını, %6.1'i kısa süre önce tarama yaptırdığını, %6.1'i özel sıkıntılar olduğunu, %3.1'i evde hasta baktığını, %2.3'ü taramanın acı veren bir işlem olduğunu düşündüğünü, %1.5'i serviks kanserine yakalanacağını düşünmediği için taramaya gitmediğini ifade etti.

2011/ 14. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI-TRABZON — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
403	Necdet Aytaç, Esra Gündüz, Selen Uludağ Kis ve ark.	Adana İli Havutlu Bölgesinde Oturan 15 – 49 Yaş Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Bilgi Düzeyi ve Tutumları/Tanımlayıcı Kesitsel Tipte Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.6 ± 9.5 ve %51'i evli idi. Kadınların %1,7'sisi okuma yazma bilmezken, % 54 'ü lise ve üzeri mezunuydu. Kadınların %51' inin hiç gebeliği olmamıştı. Evli kadınlardan % 62,1'i hiç pap smear yaptırmamıştı, % 30,7'si hayatlarında bir kez, %5,9' u iki kez pap smear yaptırmıştı. Kadınların %77'sinin servix kanseri hakkında hiçbir bilgisi yoktu. Kadınların tamamı serviks kanserine karşı yapılan HPV aşısından haberdar değildi. Çalışmaya katılan olan kadınların % 56,3'ü rahim ağzı kanseri erken tanısında pap smearın yeri olduğunu biliyordu. Yaşın artmasıyla beraber pap smear yapma sıklığı artıyordu. Evlilerde pap smear sıklığı anlamlı olarak fazlaydı.
406	Vesile Şenol, Elçin Balcı, Fevziye Çetinkaya ve ark.	Kayseri İl Merkezinde Evli Kadınların Serviks Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışları/ Kesitsel Tipte Katılımcıların yaş ortalaması 35.40 ± 12.77 'dir. Kadınların %12.3'ü Smear testinin en iyi erken tanı yöntemi olduğunu, %11.0'ı HPV immünizasyonunun ve %9.0'ı kondom kullanımının serviks kanserinden koruduğunu ifade etmişlerdir. Medya ve sağlık personeli en önemli bilgi kaynakları olarak tanımlanmıştır. Kadınların %20.3'ü son bir yıl içinde Smear testi yaptırmıştır. Kanser hakkında bilgi ve davranış düzeyi yaş, aile geliri ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Smear testi yaptıran kadınlar 45-64 yaş grubunda ve iyi gelir düzeyinde anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kanser hakkında bilgi sahibi olan kadınların oranı 25-44 yaş grubunda, lise ve yükseköğretim düzeyinde eğitim alanlarda, gelir getiren bir işte çalışan ve iyi gelir düzeyine sahip kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksektir.
408	Lütfi Saltuk Demir, Nuray Aksoy Aşuk, Fatma Seher Pehlivan ve ark.	Adıyaman İl Merkezine Bağlı Köylerde Serviks Kanseri Taraması / Tanımlayıcı Tipte Kadınların yaş ortalaması 49.3 ± 10.7 'dir. Kadınların tamamı ev hanımı, %83.3'ü evli idi. Çalışmaya katılan kadınların %72.7'si okuma yazma bilmediğini belirtti. %1.9'u sigara içtiğini ifade etti. Kadınların ilk adet yaşı ortalaması 13.1 ± 0.7 , ilk evlenme yaşı ise 18.1 ± 3.5 'tir. Kadınların %97.9'u daha önce gebe kalmış ve ortanca gebelik sayısı 8 (1-20) olarak tespit edilmiştir. Katılımcılardan %0.3'ü daha önce servikal smear aldığı belirtilmiştir. Alınan smearlerin sitolojik incelemesi sonucunda %2.4'ünde ASCUS, %1.1'inde ASC-H, %0.8'inde LSIL tespit edilmiştir.

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
88	Gonca Atasoylu, Galip Köroğlu, Tuba Nur Özden ve ark.	Manisa İlinde İmporte Bir Kızamık Olgusu: Kontrol Çalışmaları / Olgu Çalışması Hasta, 27 yaşında, Soma İlçe Merkezinde ikamet etmekte, kömür ticaretiyle uğraşmaktadır. Makülopapüler döküntüsünün 02.06.2012 günü yüz ve ensesinden başladığı; ateş, öksürük, otit, ishal, burun akıntısının olduğu; ateşinin 29.05.2012'de başladığı belirtilmiştir. Laboratuvar sonucunda pozitif tanının ardından, kişiye telefonla ulaşılarak temaslı ve kaynak hakkında bilgi edinilmiştir. Hasta, aşı durumunun bilinmemesi ve seyahat öyküsü nedeniyle, "sıcak vaka" kabul edilmiştir. Maruziyetin 11.05-22.05.2012 arasında gerçekleştiği; 02.06.2012 günü başlayan döküntüye göre, bulaşıcı olduğu dönemin 29.05-13.06.2012 arası olduğu hesaplanmıştır. Kaynak, hastanın Umre ziyaretiyle ilişkilendirilmiştir. 15.06.2012 itibarıyla, kayıtlarda belirlenen temaslı sayısı 1.224 olarak saptanmış, sayının 2.000'e ulaşabileceği düşünülmüştür.
191	Pınar Ay, Mehmet Ali Torunoğlu, Hande Gürün ve ark.	Türkiye'de 1991-2010 Yılları Arasındaki Hepatit A İnsidans / Kesitsel Tipte 1990'lı yılların başında 100 000'de 30'ların üzerinde seyreden Hepatit A insidansı, 1994 yılından sonra düzenli bir düşüş eğilimi göstermiştir. İnsidans hızları 2000, 2005, 2008 ve 2010 yıllarına gelindiğinde sırasıyla 100 000'de 15.70, 12.97, 9.56 ve 3.75 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde saptanan hızlar, kadınlara göre biraz daha yüksektir. Çocuklarda 5-9 yaşına kadar kademel olarak artan HAV morbiditesinin, 10-14 yaşından itibaren doğrusal bir azalış gösterdiği izlenmektedir. Ülkemizde HAV ağırlıklı olarak ergenlik dönemine kadar geçirilmekte, ilerleyen yaşla birlikte insidans hızları belirgin bir biçimde düşmektedir. Hızların bölgelere bağlı farklılık gösterdiği, Güneydoğu ve Akdeniz bölgelerinde yüksek düzeylerde, Marmara bölgesinde en düşük seviyede seyretmektedir.

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
484	Birgül Özçırpıcı, Neriman Aydın, Ferhat Coşkun ve ark.	<p>Gaziantep Merkezde Aile Hekimliğine Geçişin Birinci Yılında 12-23 Aylık Çocukların Aşılama Durumlarının Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>1 yıl önceki veriler parantez içinde verilmiştir. Araştırmadaki 12-23 aylık çocukların % 83,2'nin (%56,0) aşı kartı bulunmaktadır. Aşılamalarla ilgili bilgiler %49,0 (%36,5) unda sadece kartla, %17,0 (%44) sinde anamnez ile, %34,0 (%19,5) ünde her ikisi kullanılarak elde edilmiştir. Çocukların %84,0 (93,7) ü tam aşıları iken, %15,4 (%5,4) ü eksik aşılarıdır, %0,6 (%0,9) una ise hiç aşı yapılmamıştır. Nüfusa ağırlıklı olarak hesaplanan tam aşıları çocuk sıklığı %85,64 (%93,62) e yükselmiştir. Bu değer ilk araştırmaya göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,005$). 21 (5) lot hedeflenen %85 tam aşıları başarı oranına ulaşamamıştır (%42). Aşı yapılmayan ya da eksik olan çocukların annelerin nedenleri şunlardır; "ne zaman yapacağını bilmeme (%11,8)", "ailevi problemler (%8,7)", "çocuğun hasta olması (%8,7)", "aşı ile ilgili dedikodu yapılması (%7,9)".</p>
515	İbrahim Koruk, Süda Tekin Koruk, Suzan Havlioğlu ve ark.	<p>Şanlıurfa'da Gebelerde Hbsag Testi İstemini Arttırmaya Yönelik Müdahale Çalışması / Müdahale Tipte</p> <p>2011 yılında Haziran ayı itibarı ile aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 15064'tür. Bu gebelerden %25.8(n=3888)'inin aile hekimleri ya da başka bir hekim tarafından yaptırılmış HBSAg test sonuçları vardır. Test yaptırılanlar içinde HBSAg pozitif olanlar %2.5(n=97)'dir. 2012 yılı Temmuz ayına kadar 1 yıllık süre içinde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 51822'dir. Gebelerin %61.8(n=32001)'ine HBSAg testi yaptırılmıştır. HBSAg pozitifliği %1.3(n=429)'tür. 2011 ve 2012 yılları arasında HBSAg testi yaptırma düzeyi %25.8'den %61.8'e yükselmiştir(Ki kare=31.19 $P<0.001$). Bu müdahalenin etkinlik oranı 2.4 olarak hesaplanmıştır.</p>
627	Osman Günay, Elçin Balcı, Mehmet Sağıroğlu	<p>Üniversite Öğrencilerinin Serviks Kanseri ve HPV Aşısı ile İlgili Bilgi ve Tutumları / Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırma grubundaki 718 öğrencinin %78.3'ü, serviks kanserini, %36.1'i HPV aşısını duymuştu. Lojistik regresyon analizinde; serviks kanserini duyma olasılığının, Tıp Fakültesi öğrencilerinde, İlahiyat Fakültesi öğrencilerine göre 5.7 kat, Eğitim Fakültesi öğrencilerine göre 5.6 kat, İİBF öğrencilerine göre 2.4 kat; dördüncü sınıflarda birinci sınıflara göre 1.7 kat, kadınlarda erkeklere göre 3.2 kat fazla olduğu belirlendi. Buna karşılık, HPV aşısını duyma olasılığının, Tıp Fakültesi öğrencilerinde İlahiyat Fakültesi öğrencilerine göre 18.5 kat, Eğitim Fakültesine göre 3 kat, İİBF öğrencilerine göre 4.2 kat; dördüncü sınıflarda birinciye göre 3.7 kat fazla olduğu belirlendi. Evlilik durumu ve ailede sağlık personeli bulunma durumunun HPV aşısı ve serviks kanserini duyma veya aşısı yaptırmaya düşüncesine önemli bir etkisi bulunmadı.</p>
660	Ayşe Reyhan	<p>Kadın Sağlık Çalışanlarının Servik Kanseri Risk Faktörü ve Pap Smear Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımında; 2 doktor,44 hemşire-ebe, 40 psikolog, 39 diğer (sağlık eğitimcisi-laborant-röntgen teknisyeni-biyolog) grubunda çalışan olduğu görülmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının(KSÇ) %49'u 20-29 yaş, % 51'i 30 yaş ve üzerindedir. Araştırma grubunun pelvik muayene bilgileri sebep ve oranlarının dağılımlarına bakıldığında; pelvik muayene yaptırılanların oranı %66'dır.Pelvik muayene yaptırılanların %36'sı sağlık kontrolü için pelvik muayene yaptırdığını belirtmiştir. Pelvik muayene yaptıran 83 kişinin %57'si normal tanısı almıştır. Papsmear testine ilişkin bilgilerin dağılımlarına bakıldığında; papsmear test yaptıranların oranı %45 olup, papsmear yaptıranların, %68'i düzenli sağlık kontrolü için papsmear testi yaptırdığını belirtmiştir. Papsmear yaptıran 56 kişinin %89'unun normal tanı aldığı, %41'inin papsmear testini 3-5 yılda bir yaptırdığı görülmüştür.</p>
700	İbrahim Koruk, Süda Tekin Koruk, Canan Demir ev ark.	<p>Şanlıurfa'da 2007 ve 2011 Yıllarında Pratisyen Hekimlerin Viral Hepatitlerle İlgili Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması /Tanımlayıcı Tipte</p> <p>2007 ve 2011 yılları arasında hekimlerin yaş ortalamaları, cinsiyet ve meslekte çalışma süreleri arasında fark anlamlı bulunmuştur. Hekimlerin, 2007 ve 2011 yıllarındaki Hepatit A, B, C, D, E, G etkenlerini bilme yüzdeleri arasındaki fark değişim anlamlı saptanmamıştır. Hepatit A virüsü ile karşılaşmamış erişkinlerin aşılama gerektğini belirtenlerde yıllar arasında anlamlı fark vardır. Hekimlerin hepatit B'ye karşı aşılama düzeyleri, hepatitlerle ilgili olarak bilgi düzeyini yeterli bulanlar, gebeye HBSAg testi yapılması gerektğini belirtenler, gebeye hepatit B aşısı uygulanabileceğini belirtenler, hepatit B taşıyıcısı olan annenin bebeğine aşı ile Hepatit B hiperimmünglobulin uygulanması gerektğini belirtenler, kronik viral hepatit B'nin tedavisinin başarısının çok yüksek olduğunu belirtenler, kronik viral hepatit C'nin tedavisinin başarısının çok yüksek olduğunu belirtenler, akut viral hepatitlerin bildirilmesi gerektğini belirtenlerde 2007 ve 2011 yılları arasında fark anlamlı bulunmamıştır.</p>

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
794	Filiz Duyar Ağca, Kerem Alp Usal, Gamze Taş ve ark.	Ankara'daki Bir Verem Savaş Dispanseri'nin 2006-2010 Dönemi Kemoproflaksi Çalışmalarının Değerlendirilmesi/ Tanımlayıcı Tipte 1617 kişinin kayıtlarının incelenmesi sonucu, koruma tedavisi alan kişilerin %53,1'ini erkekler oluşturmaktadır. Yaş gruplarının, koruma tedavisi alma nedenlerinin, BCG skarı bulunma durumlarının, tedavi sürelerinin ve tedavi sonuçlarının dağılımında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Koruma tedavisi alma nedenleri değerlendirildiğinde 2006 ve 2007 yıllarında TDT pozitifliği ilk sırada yer alırken, daha sonraki yıllarda yerini TB hastası ile temasa bırakmıştır. Bağışıklık baskılanması nedeniyle verilen koruma tedavisinin yüzdesi ise yıllar geçtikçe artmaktadır. TDT pozitifliği nedeniyle tedavi alan bireylerde endurasyon çapının anlamlı biçimde yüksek, bağışıklık baskılanması nedeniyle koruma tedavisi alan kişilerde tedavi süresinin anlamlı biçimde daha uzun olduğu görülmektedir. 1617 kişinin %88,3'ünün koruma tedavisi başarılı bir şekilde tamamlanmıştır.
796	Mustafa Sertel, Tolga Ovayurt, Galip Köroğlu ve ark.	Aşılılık Durumunun Elektronik Kayıtlar Üzerinden İzlenmesine Yönelik Bir Model Önerisi / Tanımlayıcı Tipte Çalışma kapsamında, 2007-2012 kohortunda, Manisa'da aile hekimlerine kayıtlı 98.625 çocuğun aşılılık durumu raporlanmıştır. Doğum yılına göre değerlendirilen çocuk sayıları, 2007'den başlayarak sırasıyla, 19.516, 19.161, 18.129, 17.915, 17.941 ve 5.963'tür. TÜİK'in Manisa iline ilişkin doğum sayıları 2007-2010 yılları için sırasıyla 19.618, 19.356, 18.653 ve 18.266'dır. Sağlık Müdürlüğü ve TÜİK kayıtlarındaki bebek sayıları karşılaştırıldığında uyumun %97'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Yaşa göre aşılı çocuk oranları, 2007'den başlayarak sırasıyla, %59,8; %92,2; %94,3; %96,6; %98,2; %99,7 ve %86,0 olarak hesaplanmıştır. Bu dönemde aşısız çocukların payı, en düşük 2011 ve 2012 kohortu için %0; en yüksek ise 2007 kohortu için %2,8 arasında bulunmuştur. Manisa'da 2010 kohortundaki çocukların %96,6'sının yaşına göre aşılı; %98,0'inin tam aşılı olduğu izlenmiştir.
801	Selda Seçginli, Sevgi Çağaltay Kayaoğlu, Semra Erdoğan	Doğrudan Gözetimli Tüberküloz Tedavisi Yönetiminde Hemşirelik Bilişim Sisteminin Kullanılması / Tanımlayıcı Tipte TBC hastalarının bakım gereksinimleri Omaha Sistemi içinde yer alan 11 problem ve problemlere ilişkin 25 belirti/bulgular ile tanımlanmıştır. Belirlenen problemler Fizyolojik(%80), Sağlık Davranışları(%12) ve Psikososyal(%8) alanda yer almıştır. Bu problemler sıklık sırasıyla; Bulaşıcı/enfeksiyon durumu(%61), sosyal ilişki(%6), beslenme(%6), solunum(%5), dolaşım(%4), deri(%4), tedavi rejimi(%4), iştih(%4), üriner fonksiyon(%2), konuşma ve dil(%2) ve ruhsal sağlık(%2) ile ilgilidir. Çalışmada toplam 606 hemşirelik girişimi, "Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık"(%44), "Sürveyans"(%33), "Tedavi İşlem"(%18) ve "Vaka Yönetimi"(%5) kategorilerinde yapılmıştır. Çalışmada, 75 Omaha girişim hedefi arasından 31'i seçilmiştir. İlaç etkisi/yan etkisi(%16), enfeksiyon önlemleri(%12), örnek toplama(%12), ilaç yönetimi(%9), belirti/bulgular-fiziksel(%8), anatomi-fizyoloji(%7), belirti bulgular/mental/ emosyonel(%6) hedefleri çalışmada seçilen tüm hedeflerin üçte ikisinden fazlasını oluşturmuştur. Tanımlanan problemlerin bakım sonuçları "Bilgi," "Davranış" ve "Durum" düzeyinde değerlendirilerek ilk ve son değerlendirmeler arasında anlamlı fark bulunmuştur(p<0.05).
805	Can Behzat Demirkan, Burcu Tokuç, Hatice Gül	Edirne Merkez İlçede 2011 Yılı Kuduz Şüpheli Temas Olguları / Tanımlayıcı Tipte 548 olgunun, %65,9'u erkek ve yaş ortalaması 32,7±40,9 (min:2 - max:89, med:30,0)'dur. Olguların %13,9'u köylerden, %86,1'i ilçe merkezinden bildirilmiştir. En fazla bildirim Mayıs ayında, en az bildirim ise Kasım ayında gerçekleşmiştir. Temas eden hayvanların %69,7'si köpek, %27,7'si kedi, %0,7'si tavşan, %0,4'ü at, %0,4'ü fare olarak bildirilmiştir. Kuduz şüpheli teması olan kişiler için karar verilen tedavi şemasında 515 (%94) formda işaretleme yapılmış olup; bunların %90,7'sine yara bakımı, tetanos profilaksisi ve kuduz aşısı uygulanmasına karar verilmiştir. Bunların %23,2'sine yara bakımı yapıldığı, %18,6'sına tetanos profilaksisi yapıldığı bildirilmiştir. Tüm olguların %2,7'sine serum uygulaması yapılmıştır. Aşılamaların %26,5'inin Sağlık Bakanlığı Kuduz Koruma ve Kontrol Yönergesine göre uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bunların %43,4'ünde aşıya geç başlandığı, %28,2'sinde aşı takvimine uyulmadığı, %27,6'sında aşının tamamlanmadığı belirlenmiştir.

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
806	Tahir Metin Pişkin, Tülay Bağcı Bosi, Tuğba Özsoy ve Ark.	Hacettepe Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dönem 4-5 Öğrencilerinin Hepatit Enfeksiyonları Bilgileri ve Aşılama Durumları / Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya 184 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların %96,7' si Hepatit B aşısı olmuş ancak öğrencilerden 4 kişi (% 2,2) Hepatit B enfeksiyonu geçirmiştir. Katılımcıların tüm hepatit enfeksiyonları bilgi puanı ortalaması $26,45 \pm 3,57$ 'tir. Öğrencilerin "Hepatit B karaciğer hastalığıdır" önermesine dönemlere göre verilen yanıtlardaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve fark dönem 4 öğrencilerinin doğru ve fikirim yok cevaplarından kaynaklanmaktadır. Dönem 4 ve 5'te "Hepatit B aşısı sonrası antikor baktırmaya gerek yoktur" cümlesine verilen yanıtlardaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu fark dönem 4 öğrencilerinin yanlış ve fikirim yok cevaplarından kaynaklanmaktadır. Öğrencilerinin okudukları döneme göre uygulama sırasında koruyucu önlem olarak çift eldiven, maske ve siperli maske kullanmaları arasındaki fark anlamlıdır ve bu fark dönem 4'lerin çift eldiven için (hiçbir zaman) maske için (hiçbir zaman ve her zaman) siperlik için (her zaman) seçeneklerinden kaynaklanmaktadır.
809	Selma Tosun, Ayşe Nur Tuncal, Ümmühan Yaren ve ark.	Hastanelerde Hepatit B İmmünizasyonuna Yaklaşımın Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Araştırmanın evrenini, İlide bulunan 15 devlet hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 8 özel hastane oluşturmaktadır. Anketi bu hastanelerden 22'si yanıtlamıştır (%92). Hastanede kadın hastalıkları/doğum kliniği bulunan 20 hastanenin %95'inde her yeni doğan bebeğe mutlaka HBV aşısı yapılmakta iken, bir hastanede (%5) 2000gr'ın altındaki bebeklere aşılamaya yapılmadığını belirtmişlerdir. Gebelikte HBsAg pozitifliği saptanan annelerin bebeklerine uygulamak üzere hastane eczanesinde hepatit B hiperimmünglobulin (HBIG) bulundurulma durumu %27'dir. Doğumda yapılan Hepatit B aşısı için her bebeğe aşı kartı verilme oranı %86'dır. Kadın hastalıkları/doğum kliniği olan hastanelerde, başvuran her gebeye mutlaka HBsAg bakılma oranı %95'tir. Hastanede HBV aşısı varsa, aşının kimlere uygulandığına ilişkin soruya %78.6'sı kadrolu, şirket çalışanı, temizlik görevlisi dahil tüm personele uygulandığını belirtmişlerdir.
811	Alparslan Şeker, Zehra İncedal, Mehmet Sağıroğlu ve ark.	Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kuduz Aşı Merkezine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi Araştırma kapsamına alınan 669 olgunun yaş ortalaması 29.4 ± 19.2 'dir. Erkek olguların oranı kadınlardan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P < 0.001$). Mevsimler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$). Temas sonrası olguların %95.7'si aşı takvimine alınmış, %4.3'ü ise alınmamıştır. Sahipli hayvanlar ile temas olgularının %94.3'ü aşı takvimine alınmışken, sahipsiz hayvanlar ile temas olgularının %99.4'ü aşı takvimine alınmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P = 0.003$). Aşı takvimine alınmayanların %89.7'si köpeğin kuduz aşıları tam olduğu için, %10.3'ü 2 yıl içerisinde kuduz aşısı olduğu için aşı takvimine alınmamıştır. Tüm olguların %3.3'üne kuduz antiserumu uygulaması yapılmıştır. Aşı takvimine alınan olguların %87.7'si aşı tarihlerine zamanında gelmiş, %12.1'i aksatmış ve %0.2'si hiç gelmemiştir.
815	Çiğdem Cerit, Muzaffer Eskiocak	Kırklareli ve Tekirdağ'da Pandemi Grip Hastane, Yoğun Bakım, Şifa ve Diğer Faktörler / Tanımlayıcı Tipte Kırklareli ve Tekirdağ illerinde 2009 Pandemi İnfluenza teşhisiyle tanı almış 177 kişi araştırılmaya alınmıştır. Araştırmaya alınanların 172'si şifa ile taburcu edilmiş, 5'i Pandemi H1N1 tanısıyla hayatını kaybetmiştir. %45'si kadın, %51'i erkektir. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $21(SS \pm 17,6; ortalanca: 16,54)$ 'dir. Araştırmanın yapıldığı tarihteki yoksulluk sınırı ve altı, yoksulluk sınırının 2-5 katı ve 5 katında fazlası gelir ile hastaların şifa ve ölüm ilişkisi arasında fark bulunamamıştır. Grip ön tanısıyla hastanede yatan ve şifayla taburcu olan 172 hasta araştırmaya katılanların %97,2'sini oluşturmaktadır. % 87,8'inin mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %5,2'sinin pandemi grip aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir. Şifayla taburcu hastaların 37'si kronik hastalığa sahip olduğunu belirtirken, bunların 4'ü pnömokok aşısı yaptırmıştır. Şifa bulanların %28,5'i H1N1 laboratuvar sonucunun (+) pozitif, %50'si negatif olduğunu belirtmiştir.

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
818	Ayşe İnci, Muzaffer Fincancı, Özgü Kesmezacar ve ark.	<p>Kronik Hepatit B Hastalarında Depresyon Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Hastaların BECK depresyon puan ortalamaları 12.91 ± 11.68 olarak bulundu. Depresyon için kesme puanı olarak kabul edilen 17 puan üzerinden değerlendirildiğinde, % 34.1'inin 17 ve üzeri puan aldığı görüldü. Hastaların % 62.4'ü erkek, yaş ortalamaları 46.63 ± 11.82. Hastaların eğitim düzeyine bakıldığında % 65.3'ünün ilköğretim mezunu idi. % 4.7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü anamnezi vardı. % 42.9'unun ek bir hastalığı vardı. BECK depresyon ölçeğine göre depresyon puan ortalaması kadınlarda (16.63 ± 12.02); erkeklere (10.66 ± 10.92) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,002$). Sigara kullananlarda depresyon puanı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,016$). Alkol kullanımı, psikiyatrik öykü varlığı, ek hastalık varlığı ve eğitim düzeyinin depresyon durumunu etkilemediği görüldü. Hastaların almış oldukları antiviral tedavi süresi ile depresyon durumu arasında ilişki saptanmadı ($R=0,008$; $p=0,913$).</p>
821	Leyla Karaoğlu, Saliha Ekşi, Cenk Özdalğıçoğlu ve ark.	<p>Malatya Merkez İlçede Yaşayan 2-5 Yaş Grubu Çocuklarda Hepatit B İmmünitesi, İmmünitenin Anne Hbsag Seropozitivitesiyle İlişkisinin Değerlendirilmesi ve Mutant Hbv Açısından İncelenmesi / Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırma giren çocukların yaş ortalaması 3.5 ± 0.04, annelerin yaş ortalaması 30.3 ± 0.3 yıldır. Çocukların %50.3'ü kızdır. Annelerin %10.5'i okuryazar değildir, %48.6'sı ilköğretim mezunudur. Çocukların %9.9'u hepatit B'ye karşı duyarlıdır, immün yanıt gelişmemiştir. Çocukların %89.5'sinde anti-HBs düzeyi ≥ 10 mIU/ml'dir. Anti-HBs seropozitivitesi ile çocuk yaşı ve cinsiyeti arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınlarda HBsAg seropozitivitesi %5.1'dir. Toplam üç çocuğun serumunda HBsAg(+) saptanmıştır (%0.6). HBsAg(+) saptanan üç çocuktan ikisinde anti-HBs(-) saptanmıştır(%0.4). Bu iki çocuk akut ya da kronik olarak enfektedir. Diğer çocukta ise HBsAg, anti-HBs ve anti-HBc(+), anti-HBe(-) saptanmıştır. Bu çocuğun annesi de HBsAg(+)'tir. Çocuğun annesinin serumunda mutasyon saptanmamıştır. Bu çocuk, aşından kaçan mutant HBV ile enfekte olabilir. HBsAg(+) saptanan kadınların çocuklarının %8.3'ünde HBsAg(+) saptanırken HBsAg(-) saptanan kadınların çocuklarının %0.2'sinde HBsAg(+) saptanmıştır ($p<0.05$).</p>
823	Gonca Atasoylu, Serol Deveci, Galip Köroğlu	<p>Manisa'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Kuduz Riskli Temas Sürveyansı Oluşturma Çabaları: Durum Saptama / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Manisa ilinde 2011 yılında sağlık kurumlarının kaydedilen KRT ile ilişkili tanımlar incelendiğinde, 13.025 kişiye ait toplam 18.723 tanı bulunduğu belirlenmiştir. KRT ile ilişkili tanı alan kişilerin %21,2'sinin ($n=2.756$) birden fazla başvurusu olduğu; %19,6'sının ($n=2.550$) 2. basamak sağlık kurumlarına birden fazla başvurduğu belirlenmiştir. 2011 yılında Manisa'da 3.871 KRT bildirim gerçekleştiği; bunların %92,2'sine ($n=3.569$) profilaksi önerildiği görülmüştür. 2011 yılında KRT olgusuyla karşılaşma durumu sorusuna, bu hekimlerin %68,8'i ($n=234$) hayır; %22,4'ü ($n=76$) evet; %8,8'i ($n=30$) hatırlamadığı yanıtını vermiştir.</p>
830	Çiğdem Cerit, Ahmet Önder Porsuk, Muhammed Mustafa Saymaz	<p>Olgu Sunumu: Eşzamanlı Görülen Bir Kızamık Kızamıkçık Vakası / Olgu Sunumu</p> <p>Vaka, 17 aylık erkek çocuktur. Miyadında ve sectio ile doğduğu bildirilmiştir. Bebeklik döneminde herhangi bir özellik olmadığı, Sağlık Bakanlığı Aşı Takvimine ve yaşına göre tam aşı olduğu, ancak 12 ay civarında Varisella geçirdiği ebeveyni tarafından beyan edilmiştir. İlk olarak 14.07.2011 tarihinde Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde görevli bir çocuk hastalıkları uzmanı tarafından 38.9 derece ateş, döküntü, ishal, kulak arkası şişlik ve ağrı bulgularıyla kızamık olası vaka olarak değerlendirilmiştir. Alınan numune Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı İstanbul Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü'ne gönderilmiştir. Gönderilen numunelerin sonucu 19.07.2011 tarihinde ELİSA Kızamık IgM (measles) pozitif (+) ve ELISA Kızamıkçık IgM (rubella) pozitif (+) olarak tespit edilmiştir.</p>

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
833	Özgü Kesmezacar, Muzaffer Fincancı, Suna Koyuncu ve ark.	Sağlık Çalışanlarının Erişkin ve Çocukluk Çağı Aşılı Hakkındaki Tutum ve Davranışları / Kesitsel Tipte Çalışmaya 241 hekim, 257 yardımcı sağlık personeli (sp) katılmıştır. Katılımcıların %67,3'ü kadın, yaş ortalaması hekimlerde 35,35±9,05; yardımcı sağlık personelinde 32,72 ± 8,83'dür(p=0,048). Sağlık çalışanlarında aşı yaptırma yüzdeleri: hepatit B % 88,6; mevsimsel grip % 27,1; pandemik grip % 29,1 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında hepatit B, MMR ve mevsimsel grip aşılı aşı yaptırma yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken; pandemik grip aşısı yaptırma yüzdesi hekimlerde daha yüksekti(p=0,001). Çocuklarına aşı yaptırma durumları çocukluk çağı aşılı aşılarında % 95'in üzerinde iken mevsimsel grip aşısında % 20,8; pandemik grip aşısında ise % 19,8 idi. Çocuklarına pandemik grip aşısı yaptırma oranı hekimlerde yardımcı sağlık personeline göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,02).
837	Pınar Ay, Mehmet Ali Torunoğlu, Yusuf Güney ve ark.	Türkiye'de 1997-2010 Yılları Arasındaki Hepatit B İnsidans / Kesitsel Tipte 1997 yılında HBV insidans hızı, 100000'de 7.0'dır. Hızlar, sonraki yıllarda artış trendi göstermiş ve 2005'da 12.3'e ulaşmıştır. 2005'ten itibaren düzenli azalma trendi gösteren hızların, 2010'da 4.4'e düştüğü izlenmiştir. 15 yaş altı tüm hızlar, 2004'e dek azalma eğilimi göstermiştir. 2004-2005 arasında 15 yaş altı hızlarda hafif bir artış tespit edilmiş, ancak 2005 sonrasında 15 yaş altı tüm gruplarda azalma trendi saptanmıştır. En düşük hızlar, 2010 yılında tespit edilmiş ve ilk defa bu sene 15 yaş altı çocuklarda hiç yeni olgu bildirilmemiştir. 1997 yılında ≥15 yaş insidans hızı, 6.45'dir. Küçük yaşlardan farklı olarak, ≥15 yaş grubunda insidans hızları 2005 yılına dek artma trendi göstermiş, ardından düşüşe geçmiştir. 2005 ve 2010 hızları, sırasıyla 15.32 ve 5.38'dir. İnsidans hızları, cinsiyete göre de farklılık göstermektedir.
845	Pınar Ay, Elif İşlek, Ayşe Gülsen Teker ve ark.	Türkiye'de 2005-2010 Yılları Arasındaki Haemophilus İnfluenza Tıp B'ye Bağlı Menenjit İnsidans Trendlerinin Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte 2005 yılında Hib'e bağlı menenjit gelişen olgu sayısı 28, insidans hızı 100 000'de 0.04 olarak tespit edilmiştir. 2006 yılında Hib aşısının, ulusal bağışıklama takvimine eklenmesi ile bildirilen olgu sayısı, takip eden yıllarda azalmıştır. 2008 yılında beş olgu bildirilirken, 2009 ve 2010 yıllarında yeni olgu bildirimleri yapılmamıştır. 2005, 2006 ve 2007 yıllarında beş yaş altı çocuklarda saptanan olgu sayıları sırasıyla 12, 4 ve 2'dir. 2008 yılından itibaren beş yaşın altında hiç olguya rastlanmamıştır.
848	Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu ve ark.	Türkiye'de 2005-2010 Yılları Arasındaki Kabakulak İnsidans / Kesitsel Tipte Epidemiyolojik veriler, kabakulak insidans hızının 2006 yılından itibaren önemli bir düşüş gösterdiğini ortaya koymaktadır. 2005 yılında 100 000'de 27.76 olarak saptanan insidans, 2008, 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 12.87, 2.91 ve 1.04 olarak belirlenmiştir. Yaşlara göre hızlar incelendiğinde, en yüksek riskin 5-9 yaşlarında olduğu izlenmektedir. 2007 verileri, bebeklikten ilköğretim çağına dek insidansın artış gösterdiğini, 5-9 yaş grubunda ise 137.57 ile en yüksek düzeye ulaştığını göstermektedir. 10-14 yaşları arasında 63.31'e düşen insidans hızı, ilerleyen yaşla birlikte kademeli azalmaktadır. Ancak az da olsa erişkinlerde de kabakulak olgularına rastlanmaktadır Ülkemizde bölgelere göre hızlar incelendiğinde, en yüksek hıza sahip bölgenin Ege en düşük hıza sahip ise doğu Anadolu olduğu izlenmektedir.
850	Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu ve ark.	Türkiye'de 2005-2010 Yılları Arasındaki Kızamıkçık İnsidans / Kesitsel Tipte Türkiye'de 2005 yılında 100 000'de 3.15 olarak saptanan kızamıkçık insidans hızı, 2006 yılından itibaren belirgin bir düşüş göstermiş ve 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 0.13 ve 0.08'dir. Kadın ve erkeklerdeki hızlar benzerdir. Veriler, insidansın 14 yaşına dek yüksek seyrettiğini göstermektedir. İlköğretimin ilk yıllarına denk gelen 5-9 yaş arasında, insidans en yüksek seviyesine ulaşmakta, daha sonraki yıllarda ise kademeli düşüş göstermektedir. Veriler, 15-44 yaş grubu içinden az da olsa olguların olduğuna işaret etmektedir. 2008 yılı verilerine göre, 15-19, 20-29 ve 30-44 yaşlarında kadınlardaki insidans sırasıyla 0.26, 0.06 ve 0.06'dır. Veriler, Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu'dan bildirimlerin düşük, Akdeniz ve Ege'de ise yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

2012/ 15. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - BURSA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
852	Pınar Ay, Zekiye Çipil, Salih Mollahaliloğlu ve ark.	Türkiye'de 2005-2010 Yılları Arasındaki Meningokokkal Hastalık İnsidans Trendinin Değerlendirilmesi Ülkemizde kadın ve erkeklerde meningokokkal hastalık insidansında düşüş eğilimi izlenmektedir. 2005 yılında kadınlar ve erkeklerde insidans, 100 000'de sırasıyla 0.27 ve 0.35 olarak tespit edilirken, 2009 yılında 0.05 ve 0.06'ya düşmüştür. 2010 yılı insidansı ise 100 000'de 0.03 olarak hesaplanmıştır. Erkeklerde izlenen insidans, kadınlara oranla biraz daha yüksek olsa da, bu farkın özellikle 2008 ve 2009 yıllarında neredeyse yok olduğu izlenmektedir. Hastalık en sık 0, 1-4, 5-9 ve 10-14 yaşlarında görülmekte, insidans yaşla birlikte giderek azalmakta, ileri yaş grubunda ise hafif bir yükselme eğilimi göstermektedir. Bölgelere göre bildirimler incelendiğinde en yüksek insidans hızlarının Güneydoğu, Doğu Anadolu ve Ege'de saptandığı görülmektedir.
859	Fatih Kara, Hasan Erdoğan	Yerli Aşı Üretimi: Sağlık Alanında Çalışan Öğretim Üyelerinin Bakışı / Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %65.3'ü (N=66) erkekti. %39.6'sı (N=40) profesör, %17.8'i (N=18) doçent, %42.6'sı (N=43) yardımcı doçent idi. Öğretim üyelerinin tamamı aşı stratejik bir madde olarak görmekte olup %96'sı aşının ülkemizde üretilmesi gerektiğini, %85'i ülkemizde üretilen aşının güvenle kullanılabilceğini, %80.2'si yerel üretim tesisi kurulduğunda ülkemizin bu tesislerde çalışacak yeterli teknik elemana sahip olduğunu düşünmektedir. Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin %71.3'ü ülkemizin aşı üretiminde en büyük engelin sağlık politikaları olduğunu, %88'i Türkiye'de aşı üretim şartlarını geliştirmek yerine aşı ithal etmeye yönelik bir politika izlendiğini düşünmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan öğretim üyelerinden ithal aşığı tercih edenler içinde unvanı doçent olanların oranı daha yüksekti (p=0.004).
860	İlhan Gurbuz, Bediha Türkyılmaz, Nurhayat Kunduk ve ark	İzmir İli İnfluenza Sürveyansı Sonuçları, 2012-İzmir 2011 yılı içinde toplam 324 grip benzeri olguya ait numune gönderilmiştir. Gönderilen numune örneklerinin aylara göre dağılımına bakılacak olursa %15'i Ocak, % 31'i Şubat, % 16'sı Mart aylarında olmuştur. Mayıs, Haziran, Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında düşük kalan influenza olgu sayıları Ekim ayıyla birlikte artışa başlamıştır. Kış ve ilkbaharın ilk aylarında numune sayıları gibi influenza üremesi olan numune oranı da daha yüksek çıkmıştır. 2011 yılı içinde grip benzeri olgulardan alınan numunelerin 115'inde (%35,5) influenza virüsü üremiştir. Üreyen influenza virüslerinin dağılımı ise %14,8 influenza-A, %56,5 influenza-B, %27,8 H1N1 (Pandemik Influenza), %0,9 influenza-A/B şeklinde olmuştur.
1120	Evrin Arslan, Melikşah Ertem, Günay Saka ve ark.	D iyabet Hastalarının Hepatit-B, Mevsimsel İnfluenza ve Pnömonok Aşılama Durumu, Diyarbakır 2011 / Kesitsel Tipte Mevsimsel Grip aşısı yaptıran erkeklerde %7,8 iken kadınlarda %5,2 (p=0,34), toplamda %6,0; Pnömonok aşısı yaptıran erkeklerde %0,8; kadınlarda %0,4; toplamda %0,5 (p=0,58); Hepatit-B aşısı yaptıran erkeklerde %21,1; kadınlarda %9,7 ve toplamda %13,4 (p=0,002) bulunmuştur. Mevsimsel grip ve pnömonok aşılama yaptıran yaş grubu ve eğitim durumuna göre farklılık göstermemesine karşın, Hepatit-B aşısı yaptıran üniversite mezunlarında %30,0 iken okur yazar olmayan grupta %7,2 bulunmuştur (p=0,002).
1201	Fatma Özdemir, Süleyman Serkan Karaşin, Göktürk Dere ve ark.	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelerinin Grip Aşısı Konusunda Davranış, Tutum ve Bilgi Durumunun Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte Aşının koruyuculuk derecesini doğru bilenlerin oranı %33,0'dür. Hemşirelerin %74,7'si immün sistemi baskılanmış kişilerin, %59,9'u 65 yaş üzerindeki ve %55,0'i KOAH'ı olanların hastalığı daha ağır geçireceğini ifade etmiştir. Önümüzdeki yıl aşı yaptırmayı düşünenlerin oranı sadece %6,7, "sağlık personeli aşı yaptırmalıdır" diyenlerin oranı %22,3'tür. Aşının koruyuculuk oranını bilme durumu; hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre, aldıkları eğitim, çalıştığı alanda riskli hastalarla karşılaşma durumu gibi bağımsız değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır (p>0.05). Yine hemşirelerde aşı olma davranışı da; risk altındaki hastalarla karşılaşma durumu, kendisi risk grubunda olma durumu ve eğitim durumuna göre değişmemektedir (p>0.05).
1220	İlknur Sülemiş, Fatma Pınar Arı, Fatih Uludağ, Fatih Altıntaş	Bir Üniversite Hastanesi Ev İdari Hizmetleri Personelinin Grip Aşısı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranış Durumunun Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte Çalışmaya katılanların %30,3'ü (77 kişi) 40 yaşın üzerinde, %50,0'i (127 kişi) ilköğretim mezunu, diğerleri ortaokul ve üzerinde eğitim alanlardır. Aşının koruyuculuk oranını bilme durumu; anket katılanların yaşları, çalışma yılları, eğitim durumları, sağlık eğitimi almaları, risk altında bulunmaları veya riskli hastanın bulunduğu bölümde çalışmaları gibi bağımsız değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır. Aşının yapılma zamanını bilme oranı sağlık eğitimi alanlarda ve riskli hastanın bulunduğu bölümde çalışanlarda daha yüksektir (p<0.05). Yaşam boyu aşı yaptıran oranı 40 yaşın üzerindeki kişilerde ve çalışma yılı olarak bir yıl üzerinde çalışanlarda daha yüksektir (p<0.05). Risk altındaki grubun gelecek yıl aşı yaptıran konusunda risk altında olmayan gruba göre daha istekli oldukları görülmüştür (p<0.05).

2013/ 16. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
193	Berna Sezgin, Mestan Emek, Fehminaz Temel ve ark.	Gaziantep İlinde Kızamık Risk Faktörleri - Bir Vaka Kontrol Araştırması, Nisan 2013/ Vaka-Kontrol Tipte 0-11 aylık bebeklerde; cinsiyet ve sağlık hizmeti almak için hastaneyi kullanma durumu kontrol edildiğinde, vakalarda döküntü başlamadan önce en az bir kez hastaneye gitme sıklığı kontrollere göre 10,0 kat fazladır (%95 GA: 4,2- 23,7). 1-14 yaş çocuklarda modele konan diğer faktörler kontrol edildiğinde, vakalarda kontrollere göre; en az bir doz KKK aşısı yapılmamış olma 4,9 kat (%95 GA:2,2-11,7); döküntü başlamadan önce en az bir kez hastaneye gitme 2,9 kat (%95 GA:1,4- 6,2) fazladır. Evde yaşayan kişi sayısı arttığında, hastalanma tahmini rölatif riski de 1,2 kat artmaktadır (%95 GA:1,1- 1,4).
194	Ahmet Ergin, Süleyman Utku Uzun, Ali İhsan Bozkurt ve ark.	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Hepatit A Seroprevalansı ve Etkileyen Faktörler/ Kesitsel Tipte Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 23.7±1.6 olup, %59.1'i kadındır. %52.3'ünün annesinin öğrenim durumu lise ve üzeri, %61.4'ünün babasının öğrenim durumu yüksekokuldur. %31.8'inin 12 yaşına kadar yaşadığı evdeki kişi sayısı 5 ve üzeri olarak saptanmıştır. Katılımcıların %25'i üniversite öğrenimi öncesi kreş ve/veya yurttaki kaldığını, %27.3'ü çocukluk dönemindeki el yıkama alışkanlığının orta-kötü olduğunu belirtmiştir. %4.5'inin çocukluk döneminde evindeki kullandığı içme suyunun kuyu/tulumba suyu, %56.8'inin ise şebeke suyu olduğu saptanmıştır. %20.5'i çocukluk dönemindeki evinin atık sisteminin foseptik olduğunu belirtmiştir. Serum örneklerinin sadece 12'sinde anti HAV IgG pozitif olarak bulunmuştur. Baba öğrenim durumu ve en uzun süre yaşanan bölge anti HAV seropozitifliğini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir.
195	Serap Çetin Çoban, Selmur Topal, Fehminaz Temel ve ark.	Türkiye'de Bir İlde Kızamık Risk Faktörleri Vaka Kontrol Araştırması, Nisan 2013 / Vaka-Kontrol Tipte 0-11 aylık bebeklerde cinsiyet, aile hekimine kayıtlı olma durumu kontrol edildiğinde vakalarda döküntü başlamadan önce en az bir kez hastaneye gitme sıklığı 3.7 kat fazladır ((1.718-8.152) p=0.001). 1-14 yaş çocuklarda cinsiyet, aşı kartının olup olmaması ve döküntü başlamadan önce aynı evde döküntülü kişinin bulunma durumu kontrol edildiğinde; döküntü başlamadan önce en az bir kez sağlık kurumuna gitme sıklığı 4.8 kat fazla ((2.185-10.585) p=0.000) ve 12 aylık iken aşı yapılmamış olma sıklığı vakalarda 6.9 kat fazladır ((3.291-14.584) p=0.000).
203	Emine Ayhan, Didem Arslantaş, Alaettin Ünsal	Eskişehir İli Alpu İlçesinde 18-49 Yaş Grubu Kadınların HPV ve Serviks Kanseri Bilgi Düzeyi/Kesitsel Tipte Çalışma grubunu oluşturanların yaş ortalaması 36.38±8.24 (18-49) yıldır. %49,4'ü HPV ve serviks kanseri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahipti. Smear testi yaptırılanlar %40.7 oranındaydı. %16.4'ü daha önceden HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirdi. Çalışmamızda 40 yaş ve üzeri olanlarda, öğrenim düzeyi ilkököl ve üzeri olanlarda, gelir durumu iyi olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, ailesinde sağlık çalışanı olanlarda, daha önceden Smear testi yaptırılanlarda ve HPV aşısını duymuş olanlarda HPV ve Serviks kanseri hakkında bilgi düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. %76.3'ü HPV aşısı yaptırmayı düşünmediğini, %57.4'ü ise kızına/kızlarına HPV aşısı yaptırmayı düşünmediğini belirtmişlerdir.
204	Nüket Paksoy Erbaydar, Can Keskin, Nesrin Çilingiroğlu ve ark.	HPV Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor?/ Tanımlayıcı Tipte Araştırmaya katılan 248 hemşirenin %99.2'si kadın, yaş ortalamaları 34.1±8.0'dır. HPV ile ilgili en iyi bilinen konu HPV'nin cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğu en az bilinen konu ise HPV'nin Sağlık Bakanlığı Aşı Programı kapsamında olup olmadığıdır. HPV ile ilgili bilgiye ulaşmada temel başvuru kaynağı internet ve medyadır. Aşıyla ilgili bilgiye ulaşma yolu ile bilgi puanı ortalaması arasında anlamlı bir ilişki vardır ve farklılık aşı konusunda hiç bilgi almayanlardan kaynaklanmaktadır. Büyük bir kısmı ise aşının yan etkisini, doğru doz sayısını, doz şemasını ve uygulama yolunu bilmemektedir. %73.2'si aşı yaptırmada olumsuz düşünmekte ya da kararsızdır. Aşının fiyatı daha ucuz olursa aşıyı yaptıracaklarını belirtenler %53.7'dir.

2013/ 16. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
252	Rabia Taşdemir, Ayşe Ferdane Oğuzöncül, Edibe Pirincci	Bir İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisine Kuduz Şüphesiyle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi/Tanımlayıcı Tipte 197 olgunun % 67'i erkek, yaş ortalamaları 30.1±22.05 (3-88) yıldır. Olguların %64.5'i kırsal alanda yaşıyordu. %77.6 olgu ısırılma, %19.7 olgu tırmalanma, %2.5 olgu indirekt temas nedeniyle profilaktik olarak aşı programına alınmıştı. %7.7'si baş-boyun, %14.1'i gövde- gluteal bölge, %55.3'ü üst ekstremité - kol, %22.9'u ayak- bacak yaralanması şeklinde olup, bunlardan yara derinliği fazla olan %50.2 olguya 5 doz İnsan diploid hücre kültür aşısı ve Tetanoz aşısı uygulandı. Ayrıca %32.9 hastaya aşıya ek immünglobulin yapıldı. Hayvan ısırıklarının büyük çoğunluğunu köpek ve kedi ısırıkları oluşturmaktaydı. Olguların %54.8'inde olaydan sahipli hayvanlar sorumluyken, %45.1'inde sahipsiz başboş hayvanlar sorumluydu. Evcil hayvanlardan sadece 3 tanesi aşıları yapılmış, veteriner kontrollü idi.
264	Nuray Yücecin, Tijen Özcan, Sevtap Çakmur ve ark.	Genişletilmiş Bağışıklama Programı Eğitiminin Bilgi Düzeyindeki Değişime Etkisi/ Kesitsel ve Çözümleyici Tipte Soğuk zincir kavramının doğruluğu ön testte %48.4, son testte %80.5 olarak bulunmuştur. "İshali olan çocuğa Oral Polio Aşısı uygulanmaz, ishali geçmesi beklenir" bilgisinin yanlış olduğu ön testte %58.6, son testte %88.6 doğru bilinmiştir. Lokal reaksiyonların Aşı Sonrası İstenmeyen Etki olarak bildirilmesi gerektiği ön testte %69.3, son testte %81.4 doğru bilinmiştir. Aşı dolabının ısı 1.5 saat -2°C'de kaldığında "aşılar bozulmuştur" diye %28.0 doğru yanıtlanırken, son testte %52.94 doğru yanıtlandığı bulunmuştur. Toplam doğru yanıtlama oranı eğitim öncesi % 61.1 iken, eğitim sonrası % 80.0'a ulaşmıştır. GBP eğitimi doğru yanıtlama oranını anlamlı olarak artırmıştır.
378	Fatma Ersin, Zuhâl Bahar	Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Engelleyen ve Kolaylaştıran Faktörler/Belirtilmemiş Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 52.20±11.01 olup, %40'ı okuryazar değil, %34.3'ünün sağlık güvencesi Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Çalışma sonucunda kadınların serviks kanseri ve erken tanı davranışı hakkında bilgisinin olmaması, duyarlılığın olmaması (ihmal), unutmama, korku, sağlık güvencesinin ve ulaşım olanaklarının yetersizliği, maddi sıkıntılar, randevu alamama, kadın doktorların olmaması, utanma, kaderci yaklaşım engelleri sık tartışılmıştır. Kolaylaştırıcı faktörler içinde ise sağlık personeli tarafından bilgilendirme, sağlık personelinin ilgili ve hoşgörülü olması, ücretsiz hizmet, ulaşımın sağlanması, telefonla hatırlatmaların yapılması yer almaktadır.
478	Tahir Kemal Şahin, Selma İnfal	Eğitim Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Hepatit B ve C, AIDS Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte Katılımcıların yaş ortalamasının 31.9±5.7 olduğu, %48.3'ünün kadın olduğu saptanmıştır. %36.7'si kendi bulaşıcı hastalık bilgisini yeterli bulduğunu, %88.3'ü sağlık ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Bilgi puan ortalaması açısından her iki cinsiyet arasında fark yoktur. Yaş ile bilgi puan ortalaması arasında zayıf bir doğrusal ilişki saptanmış olup, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlık ile ilgili herhangi bir eğitim alanların bilgi puan ortalaması eğitim almayanların bilgi puan ortalamasından anlamlı ölçüde, sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir hastalığı olanların bilgi puan ortalaması hastalığı olmayanların bilgi puan ortalamasından önemli ölçüde daha yüksek olarak tespit edilmiştir.
479	Fatma Özlem Öztürk, Filiz Hisar	Ankara İlindeki Verem Savaşı Dispanserlerinde Tedavi Alan Tüberküloz Hastalarında Damgalanma/ Kesitsel ve Tanımlayıcı Tipte Hastaların %50.4'ü kadın, %60.5'i akciğer tüberkülozudur. Hastalarının %53.4'ünün damgalanma düzeyi yüksek bulunmuştur. Ölçekte hastaların aldıkları en yüksek puan ortalaması "Hissedilen Stigma" alt boyutunda, en düşük puan ortalaması "Aile/Arkadaş ilişkisi" alt boyutundadır. Hastaların %67.4'ü evli olup medeni durum ile "Aile/Arkadaş ilişkileri" alt boyutu damgalanma puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Evli ve dul olanların bekâr olanlara göre "Aile/Arkadaş ilişkisi" alt boyutu damgalanma puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hastanın mesleğinin damgalanma düzeyini anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Serbest meslek sahibi hastaların ölçek genelinden aldıkları ortalama puan; ev hanımı, memur, işçi hastaların aldıkları damgalanma puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
480	Sevgi Çağaltay Kayaoğlu, Melek Nihal Esin	Tüberküloz Hastalarında Düzenli İlaç Kullanma İle İlgili Engeller: Nitel bir Çalışma/ Nitel Fenomenolojik Tipte Hastaların düzenli ilaç kullanımını engelleyen faktörlerin; hastalık algıları, hastalıklarını tanıma düzeyleri, hastalık ile ilgili dış çevre algıları ve tedavi süreci ile ilgili yeterlilikleri gibi engeller üzerinde odaklandığı bulunmuştur.

2013/ 16. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
482	Necmettin Koçak, Türker Türker, İbrahim Aydın ve ark.	Türk Silahlı Kuvvetlerinde 2008-2010 Yılları Arasında Enfeksiyon Hastalıklarına Bağlı Askerliğe Elverişli Olmama Nedenleri/ Kesitsel Tipte Enfeksiyon hastalıkları kliniğinden askerliğe elverişli değildir kararı almış 1320 erbaş ve ere ait verilerle ulaşılmıştır. En kalabalık yaş grubunu 21 yaş oluşturmaktadır. Erbaş ve erlerin mensubu oldukları kuvvetler yönünden en kalabalık grubu kara kuvvetleri, askerlik şubesinin bağlı olduğu bölgede en kalabalık grubu Doğu Anadolu ve en fazla kesin işlem ise eğitim hastaneleri tarafından yapılmıştır. İşlem yapılan erbaş ve erlerin %92,3'ü HBV enfeksiyonu, %4,3'ü ise HCV enfeksiyonundan tanı almıştır. HBV enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen yıllara göre prevalans 2008 yılı için her 1000 kişide 0.73, 2009 yılı için her 1000 kişide 0.65 ve 2010 yılı için her 1000 kişide 0.72 olarak tespit edilmiştir.
485	Melih Kaan Sözmen, Ebru Turhan, Mustafa Tözün ve ark.	İzmir İlinde Evlilik Öncesi Yapılan Tarama Testi Sonuçlarının Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Değerlendirilmesi/ Kesitsel Tipte Evlilik öncesi tarama testi yapılan 34752 kişinin 17859'u erkektir. Erkeklerin yaş ortalaması 30.7±8.8 yıl, kadınların ise 27.0±7.9 yıldır. Yapılan taramalar sonucunda hepatit B taşıyıcılığı sıklığı %1.3 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre taşıyıcılık sıklıkları değerlendirildiğinde; erkeklerde Hepatit B taşıyıcılığı sıklığı (%1.3) kadınlara göre (%0.9) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Hepatit B taşıyıcısı olan bireylerin yaş ortalaması (31.5±10.3 yıl), Hepatit B taşımayanlara göre (28.8±8.6 yıl), anlamlı olarak daha yüksektir. HIV taşıyıcı olan bireylerde sifiliz (%36.1) ve Hepatit B taşıyıcılığı (%47.2) birikteliği HIV taşımayan bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
486	Yunus Emre Bulut, Yalçın Önder, Rıza Çıtıl ve ark.	Rutin Aşı Uygulamasında Yazılı Onamın Etkisi/ Müdahale Tipinde Onam istenerek gidilen okuldaki ilk ziyarette 101 öğrenciden 72 öğrenci velisi yazılı onam vermiştir ve öğrencilerin %71.3'üne aşı yapılmıştır. Yazılı onam vermeyen ailelerle bir hafta sonra bunun sebeplerini görüşmek için bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantı sonrasında ise 26 öğrenci daha aşılanmış ve sonuçta aşılanma oranı %97.0'a yükselmiştir. Diğer okulda ise ilk ziyarette 206 öğrenciden 192 (%93.2)'si aşılanmıştır. O gün okulda olmayan yedi öğrenci ise toplum sağlığı merkezinde daha sonraki günlerde aşılanmıştır. Böylece bu okulun aşılanma oranı %96.6 olmuştur. İlk ziyarette okulların aşılanma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, okulların nihai aşılanma oranları arasındaki fark ise anlamlı değildir.
487	Hilal Adıgüzel, Raika Durusoy, Işıl Ergin	Bir Üniversitesi Hastanesinde 2012 Öncesi ve Sonrası Dönemde Tüberküloz Bildirimlerinin Karşılaştırılması/ Tanımlayıcı Tipte Üniversitemizde 2009-2011 yılları arasında 36 ayda 264 (2009'da 84, 2010'da 94, 2011'de 86) ve 2012 sonrasında 16 ayda 134 (2012'de 98, 2013'de 36) olmak üzere toplam 398 hastanın tüberküloz bildirimi yapılmıştır. Bildirimlerin %50.8'i klinik doktorları tarafından tanı konulduğunda yapılırken, %49.2'si istatistik biriminin taramaları sonucu fark edilip görüşmelerle yapılmıştır. Klinikten yapılan bildirimlerin %74.0'ı ilk 30 gün içinde bildirilmiştir ancak istatistik biriminden tespit edilerek yazışmalar sonucu yapılan bildirimlerin %65.8'i 30 günden sonra yapılmıştır. Ocak 2012 sonrasında eczane, patoloji ve mikobakteriyoloji birimleri hastane istatistik birimine 459 tüberküloz şüpheli olgu verisi aktarmıştır. Bunların %29.4'ünün kesin tüberküloz olguları olduğu saptanmıştır. Bu verilerin % 19.0'ı tekrarlardan oluşmaktadır.
488	Merve Meryem Ören, Zeynep Yegin, Mevlide Şan ve ark.	Bir Verem Savaş Dispanserine Başvuran Erkeklerde Sigara İle Tüberküloz İlişisini Değerlendiren Vaka Kontrol Çalışması/ Vaka-Kontrol Tipte Katılımcıların yaş ortalaması; hasta grubunda 38.5±16.1 (n=112), kontrol grubunda 30.7±9.9 (n=260) olarak saptandı. Hastaların % 84.1'i akciğer tüberkülozu, %15.0'ı akciğer dışı tüberkülozdu. Hasta grubundaki olgularda 20 paket/yıl veya üzerinde sigara içenlerin oranı %44.2 iken kontrol grubunda %13.8 idi. Tüberküloz hastalığı olan kişilerde 20 paket/yılın üzerinde sigara içmiş olmak kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Hasta grubunun yaş ortalaması kontrol grubunun yaş ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulundu. Logistik regresyon ile yaş değişkeninin karıştırıcılığı ayıklandıktan sonra tüberküloz hastalığı ile sigara tüketimi arasındaki ilişki anlamlılığını korudu (OR: 4.2; %95 GA 2.1 – 8.4).

2013/ 16. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
494	Perver YETİZ	<p>Batman İlinde 2013 Yılı Ocak-Mayıs Aylarında Görülen Kızamık Vakalarının Kontrol Çalışmaları/ Belirtilmemiş</p> <p>15.01.2013 tarihinde saptanan ilk vakadan mayıs sonuna kadar 401 numune alınmıştır. %45.9'u kızamık tanısı almıştır. Vakaların %73.9'u T.C. vatandaşı, %26.1'i ise Suriye uyrukludur. Numunelerin 347'si T.C. uyruklu, 54'ü ise Suriye uyruklu vatandaşlardan alınmıştır. Seropozitiflik T.C. uyruklularda %39.2 iken Suriye uyruklularda %88.8 olarak hesaplanmıştır. Vakaların %61.9'u aşısız, %23.9'u 1 doz aşılı, 2 tanesi 2 doz aşılı, %13.0'ünün ise aşı durumu bilinmemektedir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı; %23.9'u 1 yaş altı grupta, %38.0'i 1-4 yaş, %23.9'u 5-9 yaş, %3.9'u 10-14 yaş ve %10.3'ü 15 yaş ve üstü grupta yer almaktadır. Kampanya döneminde il genelinde 5134 dozu anasınıfı aşılması üzere 66899 doz aşı uygulanmıştır.</p>
496	Tufan Nayir, Arzu Tıǧlı, Tuba Duygu Yılmaz	<p>Bir Kamu Hastanesi Çalışanlarının Aşılama Durumlarının Araştırılması/Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların 100'ü sağlık çalışanı, 45'i hastane hizmetleri ve 37'si temizlik personeliydi. Grupların yaş ortalaması sağlık çalışanlarında 32.5±5.5, hastane hizmetleri 35.0±8.2 ve temizlik personelinde 37.2±7.4 idi. Gruplara cinsiyetlere göre bakıldığında kadınların oranı sağlık çalışanlarında % 87.0, hastane hizmetlerinde % 24.4, temizlik personelleri arasında ise % 27.0 idi. Sağlık personeli, hastane hizmetleri personeli ve temizlik personellerinde aşılama oranları sırası ile Hep B aşısı için; %81.0, %51.1, %62.2, Hep A aşısı için %4.2, %25.0, %19.4, grip aşısı için, %38.4, %46.7, %32.4, tetanoz %74.0, %46.7, %54.0, suçiçeği %16.5, %31.7, %8.8, Kızamık %27.3, %26.8, %11.1, Kızamıkçık %22.9, %25.0, %2.8, Kabakulak %21.2, %26.2, %5.7, HPV %1.1, %0, %0 idi.</p>
497	Demet YANIKLAR, Naile BİLGİLİ	<p>Sağlık Çalışanlarının Aşılama Durumları ve Aşılama Durumları ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi/ Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırmaya katılanların %83.2'si kadın, %52.2'si 35 yaş ve üzeridir. Hepatit B 3 doz aşılama sıklığı %66.8, domuz gribi aşılama sıklığı %17.4, son sezon mevsimsel grip aşısı yaptırmama sıklığı %17.4'dür. Sağlık personelinin %43.6'sı son on yıl içerisinde tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Sağlık çalışanlarının aşı yaptırmama nedenleri; mevsimsel grip ve domuz gribinde aşının, hastalıktan korumada etkisi olmadığı ve yan etkileri ilk sıralarda yer alırken, Hepatit B aşısı için hastalığı geçirmiş olmak ve ihmal nedenleri ilk sıralarda yer almaktadır. Mesleklerle göre aşılama durumları, aşı yaptırmama nedenleri arasında fark bulunmamaktadır.</p>
499	Çiğdem Şimşek, Doğan Akdoğan, Baki Can Metin ve ark.	<p>Ankara İli 2012 Kasım ile 2013 Mayıs Ayları Arası İnfluenza Sürveyansı Çalışması/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Aile hekimleri toplamda 1438 influenza benzeri hastalık tanısı koymuştur. Aile hekimi başına düşen nüfusa göre influenza benzeri hastalık sıklığı en yüksek <i>yüz binde 424</i> olarak 2012 yılı ekim ayının ilk haftasında, en düşük ise <i>yüz binde 22</i> olarak 2013 yılı nisan ayının son haftası ve mayıs ayının ilk haftasında saptanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen diğer haftalarda influenza benzeri hastalık sıklığı <i>yüz binde 26-210</i> arasında değişmektedir. İnfluenza benzeri hastalık tanısı konulan 1438 vakadan 281 adet (%19,5) örnek alınmıştır. Alınan örneklerin %11'i influenza pozitif olarak bulunmuştur.</p>
505	Filiz Hisar, Fatma Özlem Öztürk	<p>Tüberküloz Hastalarında Damgalanma ve Damgalanmayı Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sistemik İnceleme/ Belirtilmemiş</p> <p>Tüberküloz hastalarında damgalanmanın ve damgalanmayı etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmaların tümünde %100'ünde tüberküloz hastalarında damgalanmanın yaşandığı saptanmıştır. Çalışmaların %29.2'sinde kadınların erkeklere göre daha fazla damgalanma yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmaların %33.3'ünde eğitim seviyesi düşük olan, %29.2'sinde gelir seviyesi düşük olan tüberküloz hastalarının damgalanmaya daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır. İncelenen çalışmaların %20.8'inde hastaların, damgalanma korkusu nedeniyle hastalığını aile ve arkadaş çevresinden gizledikleri tespit edilmiştir. Ayrıca incelenen çalışmaların %12.5'inde hastalığın hava yolu ile bulaşması nedeniyle toplumun algıladığı enfeksiyon korkusunun, toplumun hastaları damgalama sebeplerinden biri olduğuna dikkat çekilmiştir.</p>

2013/ 16. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
535	Tufan Nayır, Ersin Nazlıcan, Muhsin Akbaba ve ark.	<p>Mersin İli İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Araştırmaya katılan 1015 kadının yaş ortalaması 43.80±8.85 (30-65) yıl idi. Kadınların %25.0'ı sigara kullanmış veya halen kullanmakta idi. %92.2'si evliydi. % 8,8'i herhangi bir eğitim almamış, %3,3'ü okuryazar, % 54,9'u ilköğretim mezunu, %17,4'ü lise mezunu, %7,2'si üniversite mezunu, %6,5' i yüksek lisans mezunuydu. Çalışma durumları ise %91,5'i ev hanımı, %3.4'ü memur, %1.0'si işçi, %4.1'inin ise diğer işlerde çalıştığı görülmekteydi. Kadınların %93,4'ünde ağrı yok iken %6,6'sında ağrı şikayeti mevcut idi. Kadınların %58.5'i daha önce smear yaptırmıştı. Çalışmamızda alınan smear sonuçlarının patolojik değerlendirilmesine göre; kadınların sadece %0,9'unda ASC-US tespit edilmiştir. ASC-US çıkan 10 vaka ileri tetkik için kadın doğum uzmanına sevk edildi.</p>
564	Rabia Taşdemir, Ferdane Oğuzöncül	<p>Bir İlçe Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Smear Sonuçlarının Değerlendirilmesi/Tanımlayıcı Tipte</p> <p>175 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 49,16 ± 8,34 olarak bulundu. Çalışmamıza dâhil edilen olguların %4'ünde anormal smear sonucu, %96'sında normal smear sonucu bulundu. Tüm sonuçlar incelendiğinde, %1.7'sinde önemi bilinmeyen atipik squamöz intraepitelyal lezyon (ASCUS), %0.6'sında düşük gradeli squamöz intraepitelyal lezyon (LSIL), %1.7'sinde servikal polip, %50.3'sinde kronik servisit, %14.9'unda atrofi, bugularına rastlandı. Pap smear sonucu LSIL olarak gelen olgunun yaşı 41 idi ve ilk defa hekimin istemi ile smear testi bakılmıştı. Çalışmamızda smear sonucu normal olanların yaş ortalaması 49.23±8.27; anormal smear sonucu olanların yaş ortalaması 47.57±9.82 olarak bulunmuş olup, iki gurup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi.</p>
569	Aynur Uysal Toraman, Nilüfer Yıldırım	<p>Türkiye'den Amerika'nın Florida Eyaletine Göç Etmiş Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi ve Davranışları/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Çalışmaya katılan kadınların; yaş ortalaması 35.67±10.0(21-73)'dür. Kadınların %60.9'u evli, %89.1'i üniversite ve üzeri eğitimlidir. Katılımcıların %46.1'i ABD'de 11 yıldan uzun süredir yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %60.2'si serviks kanseri hakkında bilgisi olduğu, %66.0'ı pap testi yaptırdığı belirlenmiştir. Kadınların yarsından fazlasında pap testi öncesi haznenin yıkanması, cinsel ilişkide bulunma durumu, jinekolojik muayene yapılması gibi davranışlar ile ilgili yanlış bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların öğrenim düzeyleri, ailede kanser öyküsünün olması ile kadınların pap testi yaptırmada durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. Smear testi yaptırmada davranışında medeni durumları, gelir düzeyleri ve ABD'de yaşama süreleri istatistiksel olarak anlamlı bir faktör olarak saptanmıştır.</p>
654	Sevinç Kant Sökel, Mustafa Erçoban, Halime Çil ve ark.	<p>Sağlık Personelinin Mevsimsel Grip Aşısı ve Hepatit B Aşısı İle İlgili Tutum ve Davranışları/ Tanımlayıcı Tipte</p> <p>1388 kişiye ulaşılmıştır. Yaş ortalaması 35.06±8.1 olan sağlık personelinin %64.2'si kadın, %57.9'u 2.basamakta çalışmaktadır. Personelin %45.2'si mevsimsel grip aşısı olmak istediğini bildirirken, aşı olmama sebepleri olarak sırasıyla % 42.8'i aşı yan etkileri, %13.6'sı aşı kontrendikasyonları, %10.2'si daha önce aşılanması nedenlerini bildirmişlerdir. Sağlık personelinin %25'i hepatit B aşısı yaptırmadığını ifade ederken, yaptırılanlar arasında hepatit B hastalığı için tam bağışıklığın sağlandığı üç doz aşı yaptıran oranı %61.3, iki doz aşı yaptıran oranı %16.0 ve 1 doz aşı yaptıran oranı %6.0 olarak bildirilmiştir. Kadınlar, 1.basamakta çalışanlar, 30-39 yaş grubu, daha fazla mevsimsel grip aşısı olmak istemektedir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.</p>
666	İbrahim Koruk, Süda Tekin Koruk, Kutluay Tuncer ve ark.	<p>Şanlıurfa'da Sağlık Çalışanlarında Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama Düzeyi/ Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların %66'sı kamu hastanelerinde çalışmakta, %44.6'si hemşire, ebe, ATT ve sağlık memurudur. %31.1'i kızamık, %12.1'i kızamıkçık, %34.2'si kabakulak, %33.9'u suçiçeği enfeksiyonunu geçirdiğini belirtmişlerdir. Çalışanların %27'si kızamık, %15.1'i kızamıkçık, %14.4'ü kabakulak, %12.8'i suçiçeği aşılarını yaptırmışlardır. %9.1'i suçiçeği ile karşılaşma açısından riskli bir bölümde çalışmaktadır ve bunların %7.5'i suçiçeğine karşı bağışık durumdadır. Çalışanların %5.7'si hepatit B hastası olduğunu belirtmiştir, hepatit B aşısı yaptırmada durumu %63.8 iken aşı yaptıranların %53.1'i en az 3 doz aşı yaptırmıştır. Primer Td immünizasyonunu tamamlayanlar %49.7 iken primer bağışıklamadan sonra Td yaptırmada %38, son Td yapılma zamanı 10 yıl ve üzeri olan %7.5 tir. 2012 yılında çalışanların %9.2'si influenza aşısı yaptırmıştır.</p>

2014/ 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - EDİRNE

Sayfa No	Yazarlar	Özet Bulgular
493	Gönül Malat, Serpil Kaya, Seher Nacarküçük ve ark.	Türkiye'de Yıllara Göre Tüberküloz Basıl Direnç Profili / Tanımlayıcı Tipte Ülkemizde yeni olgu hızı (2005 yılında yüzbinde 26, 2010 yılında yüzbinde 20,6) azalmaktadır. Yeni olgularda; İzoniyazid, Rifampisin, Etambutol, Streptomisin direnci varlığı açısından, her biri için 2005 ve 2010 yıllarını karşılaştırdığımızda ilaçların tümü için dört gözlü χ^2 testinde istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmamıştır ($p>0,05$). 2010 verilerine göre yayma (+) Akciğer tb olgularında, kültür yapılma oranı %78,5; kültür (+) olgularda İDT yapılma oranı ise %79,2'dir. Önceden tedavi görmüş olgularda; trend analizi yapıldığında 2007 yılından itibaren ilaç dirençleri açısından istatistiksel olarak anlamlı lineer bir artış trendi göstermiş olup ($p=0,00$), ilaç dirençleri sırasıyla; izoniyazid 1,36 kat, rifampisin 1,51 kat, etambutol 2,26 kat, streptomisin 1,58 kat, ÇİD-TB 1,61 kat artmıştır.
503	Kaan Sözmen, Mustafa Tözün, Hakan Baydur ve ark.	Türkiye'de Serviks Kanseri Taramasının Yaygınlaştırılmasının ve İnsan Papilloma Virüs Aşısı'nın Uygulanmasının Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi /Maliyet Etkililik Çalışması Var olan tarama oranlarının devam edeceği varsayımı ile karşılaştırıldığında, servikal sürüntü tarama oranlarının iki katına çıkarılması için artırılmış maliyet etkililik oranı 1072 TL/QALY olarak hesaplanmış olup bu en maliyet etkili girişimdir. Var olan tarama programına İPV aşısının eklenmesi seçeneği ise diğer girişim yöntemlerine göre maliyet etkili bulunmayıp baskılanmıştır. Var olan tarama oranlarının iki katına çıkarılması+2 doz İPV aşılama uygulaması için artırılmış maliyet etkililik oranı ise 26014 TL/QALY olarak bulunmuştur ve bu girişim 2.sırada maliyet etkilidir.
541	Ayhan Aktaş, Mikail Özdemir, Ayşen Sürmen ve ark.	Serbest Eczanelerde Soğuk Zincir Uygulamalarının Geliştirilmesine Yönelik Bir Model Önerisi: Müdahale Öncesi Soğuk Zincir ile İlgili Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi / Müdahale Tipte Toplam 39 (%97.5) eczaneye ulaşılmıştır. Buzdolaplarının %43.6 tek kapılı ev tipi, %38.5 çift kapılı ev tipi, %17.9 ice-liner tipindedir. Eczanelerin 12'sinde (% 30,8) ilaç/aşı dışında gıda ürünleri bulunmaktadır. Aşının doğru rafta bulunma oranı 19(%27.9) dur. Katılımcıların %59 kadındır. Ortalama yaş 36,58 (s.d=12.02), minimum 18, maksimum 68'dir. Katılımcıların %55.7'si buzdolabı sıcaklığının bulunması gereken sıcaklık değerlerini bilmemektedir. Hepatit B aşısının donma ile etkinliğini kaybettiğini bilenlerin oranı ise sadece %50.8'dir. Katılımcıların yarısından fazlası Hepatit B aşısını doğrudan buz aküsü ile temas halinde alıp satmakta, ancak bu uygulamanın antijenin donmasına sebep olarak etkinliğini yitireceğini bilmemektedir. Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ile soğuk zincir bilgi ve uygulamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
543	Tuba Fatma Engindeniz, Seher Nacarküçük, Gönül Malat ve ark.	Türkiye'de Akciğer Tüberkülozu Vakalarında Tedavi Başarısı, Tedaviyi Terk Etme, Yayma (+) Vakalarda Kür Durumlarının Yıllara Göre Değişiminin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Türkiye'deki yeni AC tüberkülozu vakalarında; Tedavi başarı durumu 2005 yılında %88,6, 2009'da %91,5'e çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiş ve 2005'e göre 2009'da 1,39 kat artmıştır($p<0,05$). Tedaviyi terk etme durumu 2005 yılında %5,1, 2009'da %2,4'e düşmüş olup istatistiksel olarak anlamlı azalış göstermiş 2005'e göre 2009'da 0,45 kat azalmıştır($p<0,05$). Önceden tedavi görmüş AC tüberküloz vakalarında; Tedavi başarı durumu 2005'de %71,4, 2009'da %73,9'a çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiş, 2005 yılına göre 2009'da 1,13 kat artmıştır($p<0,05$). Tedaviyi terk etme durumu 2005'te %12,0 iken 2009'da %9,6'ya düşmüş olup anlamlı azalış göstermiş, 2005 yılına göre 2009'da 0,78 kat azalmıştır($p<0,05$). Yeni vakalarda Kür durumu; 2005 yılında %45,2 iken 2009 yılında %60,3 ulaşarak 1,84 kat artmış, önceden tedavi görmüşlerde ise ; 2005 yılında %36,3 iken 2009 yılında %46,3 ulaşarak 1,52 kat artmıştır.
558	Sevinç Kant Sökel, Sevinç Kant Sökel, Özgür Önal	Birinci Basamak Sağlık Personelinin Erişkin Bağışıklamasında Mevsimsel İnfluenza Aşısının Bilinirliği ve Tutumunun Belirlenmesi / Tanımlayıcı-Kesitsel Tipte Katılımcıların yaklaşık olarak yarısı doktor (%51,4)du. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin %61,4'si kadındır. Yaşları ortalaması 38,4+6,8 yıldır. Katılımcıların %65'i en az 1 kere mevsimsel influenza aşısı ve %22,1'i her sene yaptırdığını bildirmiştir. Katılımcıların yaklaşık %90'ı mevsimsel influenza aşısını önermekte ancak 65 yaş üstü herkese aşı önerme oranı %65,7'dir. Katılımcılara mevsimsel influenza aşısı hakkında ki bilgi durumunu ölçmek amacıyla sorulan 16 soruya verdikleri doğru cevap ortalaması 10,3 \pm 2,5 (min-max=0-15) ve 100 üzerinden aldıkları puan ortalaması 64,3 \pm 15,6 (min-max=0-93,75)'dir. Bilgi durumunu etkileyen faktörler incelenmiş ve doktorların yardımcı sağlık personellerine göre 2,9 (%95GA; 1,0-8,4) kat daha fazla oranda 10 üzeri soruya doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

2014/ 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - EDİRNE — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
562	Ebru Tozan, Pınar Duman, Hanife Demet Elbasan ve Ark.	Niğde İlinde Su Kaynaklı Rotavirüs Salgını, Mart 2014 / Vaka-Kontrol Tipte Çalışmada, en sık görülen semptomlar ishal (% 80,7), karın ağrısı (%84,1), bulantı (%89,8), kusma (%84,1), ateşi (%55,7). Vakaların %80,7'si (71/88) , kontrollerin %52,3'ü (46/88) içme suyu olarak musluk suyu kullanmıştır. Vakalarda içme suyu olarak musluk suyu kullanımı kontrollere göre 4,5 kattır. Az sayıdaki diğer sular değerlendirme dışı bırakıldığında, vakalarda sadece musluk suyu içme %72, damacana ve musluk suyunu birlikte içme %17,3, sadece damacana suyu içme %10,6 olarak bulunmuştur(p<0,001). Sadece damacana suyu içme referans kabul edildiğinde, sadece musluk suyu içme, vakalarda kontrollere göre 6,4 kat olup, damacana ve musluk suyunu birlikte içme ise vakalarda kontrollere göre 5,6 kattır. Salgının görüldüğü İl Merkezi ikametli kişilere ait olan 6 numunenin 4 ünde Rotavirus tespit edilmiştir.
579	Ayşe Çakır Çelik, Fatma Özdemir, Havva Kılıç ve Ark.	İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne Bildirilen Kuduz Riskli Temas Olgularının eğerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Olguların %60,7'si (436 kişi) erkektir. Yaş ortancası 28'dir. Vakaların %80,2 (576)'si aynı gün, %11,4 (82)'ü 1 gün sonra, %4,7 (34)'si 2. ve 3. günler, %3,9 (26)'u sonraki günlerde başvurmuştur. Temas edilen hayvanların %56,4'ü köpek, %29,1'i kedi, %1,1'i maymun, %0,3'ü keçi, %0,3'ü fare, %0,1'er olmak üzere sincap, tilki, inek ve eşek, %12,3'ü ise bilinmemektedir. Temaslı vakaların %15,7'sine IgG uygulanmış, %0,7'si aşılınmamış ve %85,2'si 5 doz aşılınmıştır. IgG uygulananlarda aşı uygulanmayan yoktur ve hepsinde aşı şeması tamamlanmıştır. 2 fare ısırığı vakası, aşı endikasyonu bulunmadığı halde ilçelerde aşılınmıştır.
581	Nazlı Gül Boztaş, Gazanfer Ay, Vildan İpek, Bekir Şahin, Turgut Çalışkan	Edirne İlinde 2013 Yılında Kuduz Profilaksisine Alınanların Değerlendirilmesi / Kesitsel ve Tanımlayıcı Tipte Edirne il genelinde 2013 yılında 1990 kişi Kuduz Riskli Temasa maruz kalmıştır. Bunların % 2,'i profilaksi önerilmeyen temastır. % 31,1 kırdı, % 68,9 kentte yaşamaktadır. Kır ve kentte de en fazla % 16,3'ü 45-64 yaş grubu kuduz riskli temasa maruz kalmaktadır. İlçeler düzeyinde sayı ve oranlar incelendiğinde Merkez ilçe kır % 9,6, kentte % 90,4, Keşan'da kır % 24,9, kent % 75,1, İpsala'da kır % 57,6, kent % 42,4, Uzunköprü'de kır % 40,6, kent % 59,4, Meriç'te kır % 62,6, kent % 37,4, Havsa'da kır % 53,4, kent % 46,6, Lalapaşa'da kır % 72,2, kent % 27,8, Enez'de kır % 44,3, kent % 55,7, Süloğlu' da kır % 65,3, kent % 34,7 olarak bildirimde bulunulmuştur.
839	Yunus Karadağ, Ersin Yel, Saliha Saltalı ve ark.	Kayseri İli Kuduz Şüpheli Temas Vakalarının Değerlendirilmesi/ Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya alınan vakaların yaş grupları dağılımlarına bakıldığında; 81 kişi 0-6 yaş grubunda %11,3, %35,8 7-18 yaş grubunda idi. 50 yaş üstü temasa maruz kalanlar %14,7'di. Cinsiyet dağılımları karşılaştırıldığında %78,3'ü erkekti. Yerleşim alanlarına göre değerlendirildiğinde %66,9'u merkezde ikamet etmekteydi. Kuduz korunma ve kontrol yönüresine göre temasa sonrası vakalardan %2'si daha önce tam aşıli olup tekrar kuduz şüpheli temasa maruz kaldığı için aşılamaya programına alındı. Aşı programında olan %32,8 takibinde ısran hayvanın 10 günlük gözlemi sonucu kuduz olmadığına anlaşılması üzerine 3 doz aşı programına alındı. Isıran hayvanın takibi yapılamadığı için ya da kuduz olup olmadığına anlaşılmadığı durumda olan %62,6'sına 5. Doz aşı yapıldı. Aşı programına alınan olguların hiç birinde kuduz enfeksiyonu gelişmedi.
1035	Elif Yılmaz, Murat Emrah Açıkgöz, İsmail Atçeken ve ark.	Kırıkkale'de Aile Sağlığı Merkezinde Kadınların Rahim Ağzı Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi /Tanımlayıcı Tipte Katılanların 352 kadının yaş ortalaması 38.46±13,6'dır, %72,7' si evli, %38,4' ü ilkököl, %21' i üniversite mezunudur. Kadınların %57,4'ü hiç smear aldırılmamıştır, hiç smear aldırılmadığını söyleyen 202 kadının %59,2'si evli, %30,7'si bekarıdır. Katılımcıların %30,1'i 3 yıldan daha uzun aralıklarla smear aldırılmaktadır, %59,4'ü pap smear taramasını bilmektedir. Lojistik regresyon analizi sonucunda kadının okur yazar olmamasının, HPV aşısı yaptırmama riskini 26,8 kat, ilkököl mezunu olmasının HPV aşısı yaptırmama riskini 4,5 kat artırdığı saptanmış p=0.003,p=0.001), kadının çalışma durumunun ise HPV aşısı yaptırmama riskini etkilemediği saptanmıştır(p=0.901).

2014/ 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - EDİRNE — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1037	Tekin Ulaş Karatepe	Sakarya ilinde 2014 yılında yapılan serviks kanseri tarama sonuçları / Kesitsel Tipte Merkezimize 2014 yılı ilk 6 ay içinde başvuran 4178 kadından servikovajinal smear örneği alınmıştır. Servikovajinal smear örneğinin % 78,3'ünün pap smear örneği normal; % 20,6'sında pap smear örneğinde enfeksiyon tespit edilmiştir. Kadınların % 1,1'inde pap smear örneğinde servikal prekanseröz lezyon tespit edilmiştir. Tespit edilen servikal prekanseröz lezyon dağılımı şu şekildedir: % 1,04 kadında ASCUS (önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler), % 0,03 kadında LSIL, % 0,03 kadında HSIL tespit edilmiştir. LSIL tespit edilen 1 hastaya kolposkopi ve servikal biyopsi yapılmış ve patoloji sonucu kronik servisit olarak gelmiş ve hasta takibe alınmıştır. HSIL tespit edilen 1 hastaya kolposkopi ve servikal biyopsi yapılmış ve patoloji sonuçları LSIL gelmiş ve hasta 3. Basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş ve takibe alınmıştır.
1042	İpek İlgen, Deniz Özden, Bekir Şahin ev ark.	Edirne Ketem (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) 2013 Yılı Serviks Kanser Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi /Tanımlayıcı Kesitsel Tipte Bir yıl içinde il genelinde 30-65 yaş arası 4580 kadına servikal pap smear testi yapılmış olup bu testlerin sitopatolojik olarak değerlendirilmesi sonucu anormal bulgu olarak 62 ASC-US, 3 ASC-H, 1 LGSIL ve 2 HGSIL saptandı. Bunlardan 55 vaka kolposkopi ile değerlendirildi. Kolposkopi yapılan tüm hastalarda skuamokolumnar bileşke net olarak görüldü, sırasıyla %3 asetik asit ve lugol çözeltileri uygulandı. Asetowhite epitel görülmesi, lugol ile boyanmayan alanların olması, atipik damarlanma gösteren alanların bulunması, ülsere veya polipoid lezyonlar görülmesi pozitif kolposkopik bulgular olarak değerlendirildi. Kolposkopi yapılanlardan %55'inde pozitif kolposkopik bulgular saptandı. Bu hastalara biyopsi yapılması önerildi. Biyopsi yapılan 24 kişiden 19'unda kronik servisit saptandı. Servikal intraepitelyal neoplazi olarak, 3 CIN-I, 1 CIN-II ve 1 CIN-III olmak üzere 5 olgu tespit edildi. CIN-II ve CIN-III olan olgulara konizasyon yapıldı.
1084	Fatma Ersin, Perihan Polat, Benan Düzgün Koca ve Ark.	Hastanede Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanserine Yönelik Algıları ve Etkileyen Faktörler / Tanımlayıcı Tipte Kadınların %22.3'ü jinekolojik bir enfeksiyon yaşadığını, %14'ü düzenli jinekolojik muayene yaptığını, %24.8'i smear yaptığını, %29'u ailesinde serviks kanseri öyküsü belirtmiştir. Kadınların Servikal Kanser Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde; duyarlılık algısı puan ortalaması 26.88±4.56, ciddiyet algısı puan ortalaması 19.23±4.81, engel algısı puan ortalaması 21.73±4.85, yarar algısı puan ortalaması 17.86±3.27 olarak saptanmıştır. Lise mezunu kadınların, üniversite ve üstü mezunu kadınlara göre, evli kadınların bekar kadınlara göre, düzenli jinekolojik muayene yaptıranların düzenli jinekolojik muayene yaptırmayanlara göre, serviks kanseri engel algısı puan ortalamaları daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0.05).
1110	Selda Yörük, Ayla Açıkgöz, Gül Ergör	Öğrencilerin Serviks Kanser Konusunda Bilgi ve Farkındalıklarının Belirlenmesi / Kesitsel Tipte Öğrencilerin yaş ortalaması 20.5±1.5, 418 öğrenci (%57.7) ailesinde ya da yakınlarında kanser tanısı alan kişi olduğunu belirtmiştir. Kanser tanısı alanların %14.6'sının birinci derece, %46.7'sinin ikinci derece, %38.7'sinin üçüncü derece yakınında olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okudukları okul ve bölümlere göre Pap smear konusundaki bilgileri karşılaştırıldığında hemşirelik öğrencilerinin Pap smear testinin serviks kanseri tarama testi olduğunu en fazla bildikleri saptanmıştır (p<0.05). Cinsel partnerin birden fazla olması, erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak, hijyen koşullarının kötü olması, sosyoekonomik durumun düşük olması gibi serviks kanseri riskleri hakkında en fazla doğru bilgiye tıp öğrencilerinin sahip, cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmenin risk olduğunu en fazla ebelik öğrencileri bilmekte, sigara içmenin risk olduğunu en fazla hemşirelik öğrencileri bilmektedir (p<0.05).
1112	Neşe Çölçimen, Meryem Demirtaş, Pelin Çınar	Van, Gürpınar Aile Sağlığı Merkezi Serviks Kanser Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Toplam 347 kişiden servikovajinal smear testi yapılmış olup bu testlerin sitopatolojik olarak incelenmesinin sonucunda anormal bulgu olarak; üç kişide ASC-US (ASCUS:Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance, Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler), bir kişide ASC-H (ASC-H: Atypical Squamous Cells-can not exclude HGSIL, Yüksek grade lezyonun dışlanamadığı anormal yassı epitel hücreleri), toplam dört kişide (%1.1) kişide anormal sitoloji, 343 (%98.9) kişide ise normal sitoloji (inflamasyon, atrofi, normal) sonuçları saptandı. Anormal sitoloji saptanarak ileri merkeze yönlendirdiğimiz hastaların yapılan Kolposkopik değerlendirme ve servikal biopsileri sonucunda iki vaka Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) I olarak tespit edildi.

2014/ 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - EDİRNE — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1113	Selda Yörük, Gül Ergör, Ayla Açıkgöz	<p>Bir Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Human Papilloma Virüsü Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi / Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların yaş ortalaması 20.5±1.6 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%50.9 - %75.7) HPV aşısı hakkında hiçbir bilgisi olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin %99.1'i HPV aşısı yaptırmadığını, %56.0'ı aşı yaptırmayı düşündüğünü belirtmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin diğer öğrencilere göre HPV aşısının serviks kanserine karşı koruduğu ve HPV aşısını yaptırma zamanı hakkındaki bilgilerinin anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır (p<0.01). Annenin eğitimi ile öğrencilerinin bilgileri arasında ilişki bulunmazken, babası lise ve üstünde eğitimi olan öğrencilerin bilgileri anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır(p<0.05). Annesinin eğitimi lise ve üstünde olanlarda HPV aşısı yaptırma anlamlı olarak fazladır (p<0.05).</p>
1119	Gülnaz Ulusoy, Özge Özer, Mehmet Özkan ve ark.	<p>Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Merkez Kampüs Yurtlarında Kalan 1. ve 2. Sınıf Öğrencilerinin Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri İle İlgili Bazı Bilgi Düzeylerinin ve Görüşlerinin Belirlenmesi / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Öğrencilerin %64,2'i kadın, öğrencilerin % 98,1'i sağlık ile ilgili bölümlerde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %53,3'ü HPV'nin cinsel yolla bulaştığını, %50,6'sı çok eşliliğin HPV bulaş riskini artırdığını bilmıştır. Öğrencilerin %49,8 'i HPV aşısı yaptırmayı istediğini belirtmiştir. %39,1'i aşı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı için yaptırmak istemediğini belirtmiştir. Baba eğitim durumu ile cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. HPV aşısı yaptırmayı isteme durumu cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur(p=0.002). HPV aşısı yaptırmayı istememe nedenleri arasında cinsiyete ve yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(sırasıyla p=0.02, p=0.01)</p>
1138	Rabia Hacıhasanoğlu Aşılar, Sevinç Köse, Arzu Yıldırım	<p>Kadınların Servikal Kanser ve Papsmear Testine İlişkin Bilgi, İnanç ve Davranışları /Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 36.05±10.73 olduğu, % 41,3'ünün ilkökul mezunu, % 96,2'sinin evli olduğu saptandı. Ayrıca kadınların %33,7'sinin serviks kanseri ve tarama hakkında bilgi aldığı, % 44,1'inin papsmear testini duyduğu, %39,7'sinin papsmear testinin yapılma nedenini bildiği ve % 23,8'inin testi yaptırdığı belirlendi. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt ölçeklerin puan ortalamaları Papsmear yarar/ sağlık motivasyonu 31.91±5.74, Pap smear engeller 36.59±9.98, Ciddiyet 24.47±5.63, Duyarlılık 7.97±2.60, Sağlık motivasyonu 9.90±2.77 olarak saptandı.</p>
1342	Kaan Sözen, Mustafa Tözün, Hakan Baydur ve ark.	<p>Türkiye'de Serviks Kanseri Taramasının Yaygınlaştırılmasının ve İnsan Papilloma Virüs Aşısı'nın Uygulanmasının Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi / Modele Dayalı Maliyet Etkililik Çalışması</p> <p>Var olan tarama oranlarının devam edeceği varsayımı ile karşılaştırıldığında, servikal sürüntü tarama oranlarının iki katına çıkarılması için artırılmış maliyet etkililik oranı 1072 TL/QALY olarak hesaplanmış olup bu en maliyet etkili girişimdir. Var olan tarama programına İPV aşısının eklenmesi seçeneği ise diğer girişim yöntemlerine göre maliyet etkili bulunmayıp baskılanmıştır. Var olan tarama oranlarının iki katına çıkarılması+2 doz İPV aşılama uygulaması için artırılmış maliyet etkililik oranı ise 26014 TL/QALY olarak bulunmuştur ve bu girişim 2.sırada maliyet etkilidir.</p>
1403	Nermin Yaprak, Yunus Karadağ, Ersin Yel ve ark.	<p>Kayseri İli Kızamık Kontrol Çalışmaları / Vaka Çalışması</p> <p>Kayseri İli 2014 yılı ilk 6 aylık verileri incelendiğinde; 127 olası vaka ve 26 kesin vaka olmak üzere toplam 153 kızamık vakası tespit edildiği belirlenmiştir. Ocak ayında Adana ili çocuk yuvasında kalan bir çocuktan alınan Kızamık numunesi sonucunun pozitif çıkması üzerine Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından müdürlüğümüz aranarak, çocuğun kızamık döküntüleri başlamadan birkaç gün önce Kayseri iline geldiği ve bir mahallede 2 gün, çocuk yuvasında da 1 gün kaldığı bildirildi. Tarama sonucunda hastalık belirtilerine rastlanmadı. Yaklaşık bir ay sonra bu mahallede ikamet eden ve vakayla akrabası olduğu düşünülen bir çocuk şüpheli kızamık olarak bildirildi ve sonucu pozitif çıktı.</p>

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
148	Mestan Emek, Duygu İşlek, Gonca Atasoylu ve ark.	Kızamık Seroprevalansı Yaş Dışındaki Sosyal Belirleyicilerden Etkilenmiyor, Manisa 2014 / Kesitsel Tipte Çalışmaya alınan 1250 kişinin yaş ortalaması 35.8±21.2'dir. Kızamık seropozitifliği %82.2'dir. Erkeklerin %81.5'i, kadınların %82.7'si seropozitifdir. Yaş gruplarına göre seropozitiflik oranı 2-9 yaşta %55.4, 10-19 yaşta %48.7, 20-29 yaşta %74.1, 30-39 yaşta %93.6'dır. 40 yaş ve üzeri gruplarda seropozitiflik %95'in üzerindedir. Eğitim durumuna bakıldığında, seropozitiflik %40.2 ile ilköğrencilerinde, %69.8 ile okul çağında olmayanlar, %75.1 ile ortaokul öğrencileri izlemektedir. Yaşa göre düzeltme yapıldığında, tüm OR'lerde istatistiksel anlamlılık kaybolmuştur. Seroprevalansın daha düşük olduğu 30 yaş altı grup için analizler tekrarlanmış, bütün gruptan elde edilen sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kızamık aşısı olduğu kesin olarak bilinen 179 kişinin %53,1'i seropozitifdir. Bu seropozitiflik 7-13 yaş arasında %50 ve altındadır.
150	Ayşe Beşer, Zuhâl Bahar, Meryem Öztürk Haney ve ark.	Tüberküloz Hastalarına Toplumun Kültürel Yaklaşımı: Niteliksel Bir Çalışma / Kalitatif Tipte Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastalık bilgisi ve toplumun tutum ve davranışları olmak üzere iki ana tema elde edilmiştir. Hastalık Bilgisi; katılımcılar hastalığın; bakımsızlık, yetersiz beslenme, aşk acısı çekme, stres, bazı bakteri ve virüsler, yoksulluk ve bilgisizlik nedeniyle meydana geldiğini belirtmişlerdir. Toplumun Tutum ve Davranışları; Hastaların buldukları ortamda bulunmama, birlikte yemek yememe, öpüşmeme, sarılmama, aynı ortamda çalışmama ve işverenlerin de işe almama gibi davranış gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca katılımcılar hastalığın kurtuluşu olmayan bir hastalık olarak algılanması nedeniyle hastalardan korktuklarını, yeterli bilgileri olmadığı için önyargılı davranışlarını bildirmişlerdir. Fakat bireylerin çoğunluğu hasta olan kişi kendi yakınıysa herhangi bir olumsuz tutum ve davranışta bulunmadıklarını ifade etmişlerdir.
152	Kayhan Pala, Harika Gerçek, Tuncay Aydın Taş ve ark.	Bir Verem Savaş Dispanserine Başvuran Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi (1985-2014) /Belirtilmemiş 1985-2014 yılları arasında tüberküloz tedavisi gören toplam olgu sayısı 1662'dir.1985-1994 döneminde 631, 1995-2004 döneminde 501 ve 2005-2014 döneminde 530 olguya tüberküloz tanısı konmuştur. Olguların %35.0'i kadın, yaş ortalaması 37.6±17.0'dır. Olguların %3.7'si 14 yaş ve altında, %8.2'si ise 65 yaş ve üzerindedir. Tüberkülozuların %86.8'i yeni olgu, %9.7'si nüks, %2.6'sı nakil, %0.5'i kronik ve %0.4'ü tedaviyi terk etmiştir. Olguların %71.5'inde akciğer, %26.6'sında akciğer dışı ve %1.9'unda akciğer ve akciğer dışı tutulum görülmektedir. Olguların %85.7'si iyileşme/kür ve %5.9'u tedaviyi terk olarak kayıtlara geçmiş; olguların %3.3'ü nakil gitmiş, %1.6'sı ölmüş, %0.4'ünde tedavi başarısızlığı görülmüş, %1.2'sinin sonuç bilgisine erişilememiş ve %1.9'unun sonuç olarak tüberküloz olmadığı anlaşılmıştır.
156	Sema Alp Çavuş, Ayla Açıkgöz, Özgen Alpay Özbek ve ark.	Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı Süreken Manisa İlinde Kızamıkçık Seroprevalansı, 2014 / Kesitsel Tipte Alınan 1255 serum örneğinin 1253 (%72.0)'sinden antikor sonuçları elde edilmiştir. Antikor sonuçları değerlendirilen 1253 kişinin yaş ortalaması 36±21.1 (2-89), %52.2'si kadındır. Kızamıkçık seropozitifliği tüm grupta %97.6 (%95GA:96.6-98.4) düzeyinde bulunmuştur. Seropozitiflik, aşılama programına alınmış olan 2-9 yaş grubunda %99.3 (%95GA:96.5-99.9); bir doz okul aşısı uygulanmış olan 10-19 yaş grubunda %95.9 (%95GA:92.2-98.0); kapsamlı aşılama programına dahil olmayan 20 yaş ve üzerinde ise %97.7'dir (%95GA:96.6-98.5) (p>0.05). Doğurganlık çağındaki 15-49 yaş grubu kadınlarda %98.0 (%95GA:96.13-99.13) seropozitiflik saptanmıştır. Seropozitiflik ile yaş, cinsiyet, ikamet yeri, odabaşına düşen kişi sayısı, yıllık kişi başı eşdeğer gelir, öğrenim düzeyi ve meslek grubu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
172	Feryal İflazoğlu, Nihal Gördes Aydoğdu	Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi / Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 42±9.30 olup %32.2'si ilköğretim mezunu ve %95.9'u evlidir. Kadınların %92.6'sının sosyal güvencesi bulunmaktadır ve sadece %38.8'i düzenli olarak pap smear testi yaptırmaktadır. Yoksulluk ve eğitim seviyesi ile smear testi yaptırmada anlamlı fark varken, smear testi yaptırmaya ile yaş ve sosyal güvence arasında anlamlı bir fark yoktur. Kadınların sağlığı geliştirme modeline göre smear testi yaptırmaya yönelik algıları incelendiğinde; yoksul kadınların %69.7'si testin yararını bilmemekte, %42.4'ü gereksiz görmekte, %84.4'ü testi yaptırmada karşılarına çıkacak engelleri aşma konusunda kararsızdır. Test yaptırdığında kendini iyi hissedenlerin oranı %23.1 iken, %15.4 ailesinde test yaptırmasını isteyen bir kişi bulunmakta, %15.3'ünün arkadaşları sosyal destek sağlamaktadır.

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
199	Muzaffer Eskiocak	Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008-2013 Verileri Üzerinden Değerlendirilmesi / Belirtilmemiş Çocukların Tam aşıli olma (TAO) sıklığı 2008’de %80.5 iken 2013’te %74.1’e düşmüştür. GBP hedefine uzaklık 2008’de %9.5 iken 2013’te %15.9’a yükselmiştir. TAO durumu; kızlarda 2008’e göre %10.2, erkeklerde %6.1 azalmıştır. Yüzde 90 hedefine uzaklık kızlarda %7.4’dan %15.8’e; erkeklerde %11.3’ten %16.1’e yükselmiştir. Hiç aşılanmamış olma ile ilgili olarak; kız çocuklarda aşılanmamada artış son 5 yıl için % 86.4 ile erkekler için % 45.5 yaklaşık 2 kat artmıştır. 4-5 çocuklu ailelerde aşılanmamada artış bir çocuklulara göre %153.4; 2-3 çocuklulara göre % 65.9’dur. Hiç aşı olmamışların sıklığında artış 4-5 çocuklu ailelerin çocukları için % 176.5 olmuştur.
324	Nazan Akçalı, Ersin Nazlıcan, Muhsin Akbaba	Seks İşçilerinin Serviks Kanseri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları /Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların yaş ortalamaları 43.9±8.6’dır. %57.3’ü kanser için yapılan tarama testini biliyordu, %89.3’ü daha önce smear yaptırmıştı, %41.8’i smearın 20 yaşından sonra yapılması gerektiğini belirlerken, %35.9’u smearın yılda bir sıklıkla yapılması gerektiğini belirtmiştir. Smearın yılda bir yapılacağıının bilinmesi 18-49 yaş kadınlarda 49 yaş üstü kadınlara göre daha anlamlı bulundu. %47.6’sı erken yaşta cinsel deneyimin kanser riskini artırdığını biliyordu. %53.4’ü HPV’ye karşı aşıyı duymuşken, %65’i aşının hangi yaşlarda uygulanacağını bilmiyordu. %84.5’i ise aşı olmayı istediğini belirtti. HPV’nin bilinmesi ile smear yapma arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Smear yaptıran 18-49 yaş seks grubunun aşı olma isteği, 49 yaş üstü gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
334	Cihan Önen, Ahmet Akyıldız	Bitlis İl Merkezi ve Tatvan İlçe Merkezindeki Berberle Kuaförlerin Hepatit B Bilgi, Tutum ve Davranışları / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %69.6’sı erkek, %54.8’i evlidir. Mesleği %25.2’si kurs ve %74.8’i çıraklıktan öğrenmiştir. %50.4’ü hepatit B bilgisi olduğunu, %34.8’i kendilerinin bir sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirildiğini ve %9.6’sı kısmen bilgilendirildiklerini bildirmişlerdir. %32.2’si sadece gün sonunda setleri ve %30.4’ü havluların temizlemektedir. Katılımcıların çoğunluğu %84.3’ü jileti düzenli değiştirmektedir. Ustura temizliğinde büyük çoğunluk %92.2’si kolonya kullanmakta ve %4.3’ü solüsyon kullanmaktadır. Kullanılan aletlerden kişilerin %7.8’i haftada sürekli ve %49.6’sı ara sıra yararlanmaktadır. Düzenli bulaşıcı hastalık kontrolü yapanların oranı %27.8, kısmen kontrol yapanların oranı %16.5 ve kontrol yapmayanların %3.9’unda sonuç pozitif çıkmıştır. %7’si ailesinde Hepatit B olduğunu belirtmiştir.
336	Ahmet Timur, Serkan Şahin, Arda Borlu ve ark.	Kuduz Riskli Temas Olgularının Değerlendirilmesi, Kayseri 2009-2014 / Tanımlayıcı Tipte 2009-2014 yılları arasındaki kayıtlarda mevcut olan 4921 kişi çalışmaya alındı, bunların %76.7’si erkekti. Grubun %27.7’si 10-19 yaş grubunda, %22.9’u ise 45 yaş ve üzeri grupta bulunmaktaydı. Erkekler bütün yaş gruplarında kadınlardan daha fazla riskli temasla karşılaşmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Genel olarak temasların %69.5’i ilkbahar ve yaz aylarında görülmüştü. Olguların yaklaşık %60’ı büyük merkez ilçeler olan Melikgazi ve Kocasinan ilçelerinde sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardı. Yıllara göre kuduz riskli temas olgularının dağılımı 2009- 2014 yılları için sırasıyla 704, 455, 659, 940, 813, 1350 olarak gerçekleşmiştir.
338	Hilal Adıgüzel, Işıl Ergin, Gonca Atasoylu ve ark.	Aile Hekimliği Sisteminde Uygun Doğrudan Gözetimli Tedavi Sıklığı ve Uygulamanın Önündeki Engeller / Kesitsel Tipte Katılımcıların %56.8’i kadın ve ortalama yaş 51.4±18.7 idi. Hastaların %27.3’ü okuryazar değildi ve %58.1’i yoksulluk sınırının altında gelire sahipti. Tedavi; kendi kendine (%43.2), günlük olarak bir sağlık merkezinden (%36.4) ve aile yakını tarafından (%20.4) türleriyle uygulanmaktadır. Uygun DGT sıklığı %56.8’dir. DGT uygulanma şekline karar veren kişinin hasta olması “Uygun” DGT sıklığını azaltırken yaş, gelir ve eğitim düzeyi fark yaratmamaktadır. DGT gözlemcisi AH olanlarda ise “Uygun DGT sıklığı %38.7’ye düşmektedir ve bu hastaların %51.6’sı çeşitli nedenlerle her gün AH ne gitmekte zorluk çektiklerini belirtmektedirler. Hastalar en çok (%52.2) sosyal engeller tanımlamakta, %43.2’si hastalıkla ilgili konuşmak ve deneyimlerini paylaşmak istediklerini belirtmektedir.

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA — DEVAMI		
Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
346	Seval Çoker, Onur Hamzaoğlu	<p>Aile Hekimlerinin Doğrudan Gözetimli Tedaviyle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Durumları / Kesitsel Tipte</p> <p>Hekimlerin %70.4'ü erkek olup, %55.6'sı 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %81.5'i 10 yıl ve üzeri süredir hekimlik mesleğini yapmaktadır. Hekimlerin yalnızca %18.5'i daha önce VSD'de çalışmıştır. Yılda karşılaşılan ortalama hasta sayısı değerlendirildiğinde 25 hekimin toplam DGT alan hasta sayısı beşin altındadır. Cinsiyet, yaş, mesleki çalışma yılı, görev unvanı, daha önce VSD'de çalışıp çalışmama durumu, bir yılda sorumlu olduğu TB'li hasta sayısı ve TB hakkında mezuniyet sonrasında eğitim alıp almama durumuna göre hekimlerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. DGTS'den haberdar olduğunu ve DGT uyguladığını belirten 24 hekimden 21'inin, hastasının ilaçlarını gözetmen eşliğinde içirdiği ve bunlardan 14'ünün DGT gözetmenini aileden biri olarak belirlediği saptanmıştır.</p>
348	Nergiz Sevinç, Ebru Ergün Arslantaş, Belgin Oral ve ark.	<p>Kayseri İlinde Evlilik İçin Başvuran Çiftlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi / Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların %51.8'i kadın olup yaş ortalamaları erkeklerde 27(18-62) iken kadınlarda 24(18-48)'tür. Erkeklerin %86.2'si, kadınların %65.3'ü cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgisi olduğunu ifade ederken(p<0.05), bütün olgularda bilgi edinme en fazla internet aracılığıyla (%48.2) olmuştur. Kişiler; AIDS %84.6, domuz gribi %5.1, frengi %17.4, Hepatit A %24.1, HepatitB-HepatitC %56.9, HPV %24.6, Gonore %41.3, mantar %23.6 ve tetanoz %1 oranında cinsel yolla bulaşan hastalıklar olduğunu ifade etmişlerdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için katılımcılar kondom kullanmak (%54.4), tek eşlilik (%37.4), RIA kullanmak (%13.8) ve düzenli doktora gitmek (%38.5) cevabını vermişlerdir. Kişilerin %65.1'i HPV hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını ifade ederken sadece %2.1 HPV aşısı olmuştur.</p>
350	Fatih Kara, Mehmet Uyar, Gülay Şahiner ve ark.	<p>Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda Kızamık Seroprevalansının Saptanması / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Katılımcıların yaş ortalaması 22.7±9.0 idi. %63.1'i kadındı. %73.5 'i kızamık aşısı olduğunu, %4.9'u aşı olmadığını, %21.6'sı aşı olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Cinsiyet açısından kızamık aşısı olma durumunda anlamlı fark tespit edilememiştir. Katılımcıların ortalama antikor seviyesi 27.9±26.5 olup, aşı olanlarda antikor seviyeleri (24.89±24.55), aşı yaptırmayanlara (40.15±33.71) yada aşı yapıp yapılmadığını bilmeyenlere (35.59±29.13) göre anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %21.4'ü kızamık hastalığı geçirdiğini, %59.8'i hastalık geçirmediğini, %18.8'i hastalığı geçirip geçirmediğini bilmediğini ifade etmiştir. Yaş azaldıkça kızamık aşısının yapılma durumu artmıştır. %79.7'inde koruyucu antikor seviyesi tespit edilmiştir. Kesin olarak aşı olduğunu ifade edenlerin %16.9 kızamık IgG'si negatif olarak tespit edilmiştir.</p>
352	Can Hüseyin Hekimoğlu, Özgen Alpay Özbek, Ali Ceylan ve ark.	<p>Manisa İlinde Suçiçeği Seroprevalansı ve Bazı Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi, 2014 / Kesitsel Tipte</p> <p>Alınan 1255 serum örneğinin 1250'sinden antikor sonuçları elde edilmiştir. Suçiçeği seropozitifliği tüm grupta %92.8 (%95 GA: 91.2-94.1) bulunmuştur. Seropozitiflik ile cinsiyet, yaşanan yer ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki yoktur. Dokuz yaş üstü yaş gruplarında seropozitiflik %92.7 ile %100.0 arasında değişmekteyken, 2-9 yaş grubunda %55.7'dir (p<0.001). Aile büyüklüğü dört kişiden küçük olanlar için seropozitiflik açısından OR=1.75 (1.12- 2.72), yıllık kişi başı eş değer geliri 3551TL'nin üzerinde olanlar için OR=2.19 (1.35- 3.54), oda başına düşen kişi sayısı ≤1 olanlar için OR=2.32 (1.49-3.62)'dir. Ancak yaşa göre düzeltildiğinde tüm OR'lerdeki istatistiksel anlamlılık kaybolmuştur.</p>
354	Filiz Abacıgil, Görkem Ulu, Serhat Piriççi ve ark.	<p>Diş Hekimliği Fakültesi Çalışanlarının Hepatit B Virüs Enfeksiyonunda Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları / Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların %69.1'i kadın, ortanca yaşı 30.0 (18-50), %85.2'si lisans ve üzeri eğitimlidir. %54.4'ü HBV enfeksiyonu hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. %67.5'i HBV aşısı olduğunu, aşı olanların %46.3'ü aşı sonrası antikor düzeyine baktığını belirtmiştir. Katılımcıların %27,8'i kan yoluyla bulaşabilecek hastalıklar için periyodik muayene yaptırdığını belirtmiştir. En az bilinen üç önerme; "taşıyıcı olan bir gebeye hepatit aşısı uygulanmalıdır (%23.5)"; "HBV diş kalıplarında yedi güne kadar kalabilir (%25.0)" ve HBV ortak havlu, elbise, bardak, çatal kullanımı ile bulaşabilir (%26.9)" önermeleridir. Kan, vücut sıvısının sıçrama riski olduğu işlemlerde göz koruyucusunu her zaman kullandığını belirtenler %48.9; her zaman cerrahi maske kullandığını belirtenler %66.7'dir.</p>

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
356	Y. Sağlam, Ö. Alpay Özbek, M. Emek ve ark.	Manisa İlinde Kabakulak Seroprevalansı ve Bazı Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi, 2014 / Ke-sitsel Tipte Alınan 1255 serum örneğinin 1246'sından antikor sonuçları elde edilmiştir. Kabakulak seropozif-liği tüm grupta %80.3 (%95 GA:%91.2-%94.1); erkeklerde %79.2, kadınlarda %81.2 (p=0,383) saptanmıştır. Seropozitiflik 2-19 yaş arasında %72.5 iken, 20 yaş ve üstü grupta %83.1'dir (p=0,001). Seropozitiflik henüz okul çağına olmayanlarda %77.8, ilkokula devam edenlerde %57.4, diğer gruplarda ise %78.6 ile %94.4 arasındadır (p=0.001). Evde yaşayan kişi sayı-sı <4 olanlar için OR=1.0 (0.94-1.06); oda başına kişi sayısı 1 den az olanlar için OR=1.23 (0.54-2.82)'dir. Kabakulak aşısı olduğu bilinen 125 çocukta kabakulak seroprevalansı %71,4'tür. Aşı kayıtlarında tek doz aşı olduğu bilinenlerde seropozitiflik %66.2 iki doz aşılanmış olanlarda %93.9'dur.
362	Metin Pıçakçiefte, Selmin Dirgen Çaylak, Hamdi Sözen ve ark.	Muğla'da 2010-2014 Yılları Arasında Verem Savaş Dispanserine Yapılan Başvuranların Değerlendirilmesi / Retrospektif Tipte Başvuranların %66.2' si erkek, %6.6'sı 0-19, %31.2' si 20-39, %37.3' ü 40-59, %24.9' u 60 ve üzeri yaş grubunda ve %68.7' si evlidir. Başvuru nedenlerine bakıldığında %93.6' sı bireysel, %6.4' ü ise temas hikâyesiyle başvurmuştur. Vakaların %78.0' ı yeni, %15.1' i nakil gelen, %5.1' i nüks, %1.0' ı tedavi terkten dönen, %0.8' i tedavi başarısızlığından gelen olgulardan oluşmuştur. Başvuranların %66.9' unda akciğerde, %29.4' ünde akciğer dışında, %3.7' sinde her ikisinde tutulum saptanmıştır. Başvuranların %65.0' inin balgam tetkiki yapılmış, %55.1' inde pozitiflik saptanmıştır. Kayıtlı olanların %65.0' inin tedavisine bir hastanede, %35.0' inin tedavisine ise bir verem savaş dispanserinde başlanmış. Hastaların tamamına doğrudan gözetimli tedavi uy-gulanmıştır.
366	Şeniz Karademir, Banu Günay, Betül Karakuş ve ark.	Aydın İli Kızamık Kontrol Çalışmaları /Girişimsel Tipte Aydın'da 2013 yılında döküntü sebebi ile 85 numune alınmıştır. 44 olası ve 4 kesin kızamık vakası tespit edilmiştir. 27.05.2013 tarihinde Mardin ilinden Köşk ilçesine gelen bir bebek ile 02.06.2013 tarihinde aynı köyde ve vakayla temaslı olan iki bebekte kızamık pozitif çıkmıştır. Bölgede Köşk Toplum Sağlığı Merkezi ile Koçak Aile Sağlığı Merkezi hekimi tarafından 45 kişiye temaslı takibi ve konu ile ilgili eğitim yapılmıştır. Eksik aşıları olan 5 kişi tespit edilerek aşıları tamam-lanmıştır. İzolasyon, eğitim ve riskli bölgede eş zamanlı olarak aşı istasyonu kurularak aşılama çalışmalarına başlanmıştır. Riskli bölge aşılama çalışmaları kapsamında üç günde 406 kişiye aşı yapılmış ve eğitim verilmiştir.
376	Servet Aker, Mustafa Kürşat Şahin	Kuduz Riskli Temas Olgularının Değerlendirilmesi – Canik / Samsun – 2014 /Tanımlayıcı Tipte 209 olgunun %75.6'sı erkek, yaş ortalaması 27.86±19.87 yıldır (0-82). Olgularının %77.0'si kırdan, %23.0' ı ilçe merkezinden bildirilmiştir. En fazla olgu yaz aylarında (%34.0), en az ise kış (%20.5) aylarında görülmüştür. Temas eden hayvanların %74.7'si köpek, %24.9' u kedi ve %0.4' ü vahşi hayvan (domuz)dır. Temas öyküsü bulunan hayvanların %55.9' u sahipli hayvanlardır ve bu hayvanların %76.9'unun aşısının olmadığı görülmüştür. Kişilerin %1.4' ünün geçmişinde kuduz riskli temas öyküsü bulunmaktadır. Olguların %93.7'sine kuduz aşısı uygulaması yapılmıştır. Ol-guların %42.1'ine 5 doz, %38.8'ine 3 doz, %13.4'üne 1 doz aşı uygulanmıştır. Sadece 2 olguda kişilere insan kuduz immünglobulini verilmiştir.
378	Banu Günay, Şeniz Karademir, Betül Karakuş ve ark.	Aydın İli 2014 Yılı Kuduz Şüpheli Temas Olgularının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte 1 Ocak -31 Aralık 2014 tarihleri arası kuduz riskli temaslı kişi sayısı 4646'dır. İlde profilaksi devam eden kişi sayısı 3691 olup, olguların % 64.1'i erkektir. En genç olgu 1 yaşında, en yaşlı olgu 87 yaşındadır. % 26.2'si 45-64 yaş grubudur. 45-64 yaş grubunda kadın-erkek cinsiyete göre kuduz riskli temas hızı sırasıyla; binde 2.7 ve 4.6'dır. 2 doz, 3 doz, 4 doz, 5 doz aşı uygulanan kişilerin oranları sırasıyla %6.7, %36.4, %0.5, %48.0'dir. Kuduz profilaksi sürecinde 2-1-1 doz aşı şeması uygulanan %1.1, profilaksi önerilmeyen % 7.3'dür. Kuduz İmmünglobin uygulanan kişi sayısı 67'dir. Temas edilen hayvanların %60.8'i köpek %33.7'si kedi, %0.87'si yabani hayvan, %4.6'si diğer olarak bilinmektedir.

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
382	Çiğdem Cerit, Hatice Yunusoğlu	2014 Yılı Tüberküloz Değerlendirmesi, Kırklareli / Tanımlayıcı Tipte 2014 yılında Kırklareli'nde bulunan üç verem birimine kayıtlı 110 hasta bulunmaktadır. Verem yetişkin grupta daha fazla görülmekte olup yaş ortalaması 48.14±17.08 (4-83), %63.6'sı erkek olduğu tespit edilmiştir. Hasta yoğunluğu Ocak (%10.7) ve Mart (%9.9) aylarında artış göstermiştir. 72 hastanın kültüründe basil ürettiği görülmüştür. Tanısı kesinleşen 72 vakanın ki kare incelemelerinde kültür pozitif olmasının; yaştan, cinsiyetten, eğitim durumundan, ailede tüberküloz öyküsü olmasından, sigara/alkolden, meslekten, yaşadığı yerden, medeni halden bağımsız olduğu sonucu çıkmıştır. Kayıt edilen hastaların %78.5'i yeni, %11.6'sı nüks ve 1'i tedaviyi terkten döndürülmüştür. Hastalarda okuryazar ve ilkököl mezunları, işçi ve emekli/ev hanımı gruplarının çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.
384	Rabia Sohbet, Yasemin Ateşyan, Emine Kılıç ve ark.	Gaziantep'de İki Mahallede Çocukların Aşılama Durumu / Kesitsel Tipte Araştırmaya katılan annelerin %28.5'i 26-30 yaş arasında, %57.4'ü ilkököl mezunu, %98.9'u ev kadını ve %76.6'sının güvencesi vardır. Çocukların %26.5'i 49-60 aylıktır. Annelerin %62.3'ü 1-3 arası çocuğa sahiptir. Annelerin aylık gelir durumları ile Çocuğunuzun tüm aşılarını yaptırdınız mı? sorusu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Katılanların %74'ü Aşı yaptırdıktan sonra çocuğunuzun herhangi bir rahatsızlığı oldu mu? sorusuna 'hayır' cevabını vermiştir. Katılanlardan Şirinevler Mahallesinde yaşayan çocukların %64.2'si, Cumhuriyet Mahallesinde yaşayan çocukların %55.9'u 'suçiçeği, kızamık, kabakulak, hep A, ishal, difteri, bronşit' hastalıklarından en az birini geçirmiştir. Katılanların çocuklarının tüm aşılarını yaptırma durumu ile 'Çocuğunuz hangi hastalığı geçirdi?' sorusu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.
640	Sema Çelik, Ferhat Coşkun, Tuba Duygu Yılmaz ve ark.	Bir İlde 30-65 Yaş Arası Kadınlarda 2013-2015 Yıllarında Yapılan Serviks Kanseri Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı, Kesitsel Tipte Ulusal Tarama Programı kapsamında 01.01.2013- 01.07.2014 tarihleri arasında 37772 kadına pap smear, 01.07.2014 tarihinden itibaren 31407 kadına HPV taraması yapılmıştır. Hedef nüfusun 2013'te %23.8'si (17836 kadın), 2014'te % 41.8'i (32391 kadın) ve 2015 yılı ilk 6 ayında %44 (17369 kadın) taranmıştır. HPV taraması yapılan kadınlar içinde pozitif çıkan 1100 kişiye pap smear taraması yapılmış bir üst kuruma sevk edilmiştir. Tarama yapılan kadınlardan 15'inde kanser tespit edilmiştir. Kanser tespit edilen kadınların 6'sı 30-39 yaş, 4'ü 40-49 yaş, 5'i 50-59 yaş arasındadır. Tanı alan 15 kadından 8 kadına Leep (Loop Electrosurgical Excision Procedure), 6 kadına histerektomi yapılmış, takipleri devam etmektedir. 1 kadına ulaşılamamaktadır.
963	Tufan Nayir, Ramazan Azim Okyay, Ersin Nazlıcan ve ark.	Mersin'de Ketem Tarafından Yapılan Serviks Kanseri Taraması ve Sonuçların Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların ortalama yaşı 43.8±8.6 (30-65) yıldır. Daha önce smear testi yaptırmış olanların oranı %40.6 olarak bulundu. Katılımcıların 26'sında (% 2,5) epitelyal hücre değişiklikleri saptandı. Saptanan epitelyal hücre değişiklikleri % 1,7 ile ASC-US, % 0,2 ile ASC-H, % 0,5 ile LSIL ve % 0,1 ile HSIL olarak belirlendi. Epitel değişiklikleri ile birlikte en sık görülen klinik semptom anormal vajinal akıntıydı.
1022	Tekin Ulaş Karatepe	HPV DNA Testi Pozitif Kadın Olguların Pap Smear Sonuçlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Merkezimize 2015 yılı ilk 5 ay içinde başvuran 4181 kadından servikovajinal smear örneği alınmıştır. Servikovajinal smear örneği alınan 4181 kadından %2.9 nun HPV DNA testi pozitifdir. HPV DNA testi pozitif olguların %0.93'nün (n=39) pap smear örneği normal; %1.4'nün pap smear örneğinde enfeksiyon tespit edilmiştir. Kadınların % 0.57'sinde (n=25) pap smear örneğinde servikal prekanseröz lezyon tespit edilmiştir. Tespit edilen servikal prekanseröz lezyon dağılımı şu şekildedir: %0.22 (n=10) kadında ASCUS (önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler), %0.35 (n=15) kadında LSIL (düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon) tespit edilmiştir.

2015/ 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - KONYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1034	Serap Özer, Pınar Erbay Dündar	<p>Manisa'da Seçilen İki Bölgede 30-65 Yaş Arasındaki Kadınların Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte</p> <p>Katılımcıların yaş ortalaması 43.5'tir. Kadınların %10'u ilköğretimi tamamlamamış veya okuryazar değildir. Katılımcıların %73.3'ü pap smear testini duymuş olmasına rağmen hayatında en az bir kez pap smear işlemini yaptırma oranı %46.2'dir. Pap smear testini en çok (%42.6) devlet hastanesinde yaptırırken; özel hastanelerde %21.1, üniversitede %17.3, ASM/KETEM'de %14.1'dir. ASM'lerde bu işlemin yapıldığını bilenlerin oranı ise %32.8'dir. Katılımcıların hayatında en az bir kez smear yaptırma durumuyla, sosyoekonomik özelliklerle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Yapılan ileri analizde Smear yaptırma ile ilişkili en önemli değişkenin kadının eğitim düzeyi olduğu saptanmıştır. (OR=3,13 %95CI[1,18-8,27]) Katılımcıların bilgi düzeyi ile yaş ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.</p>
1040	Cevriye Ceyda Kolaylı, Şehbal Yeşilbaş Üçüncü, Murat Topbaş ve ark.	<p>Kadınların Serviks Kanseri Hakkındaki Bilgileri ve Korunma Düzeyleri: Trabzon'dan Bir Çalışma / Kesitsel Tipte</p> <p>Kadınların yaş ortalaması 39.9±11.2'dir. Kadınların %7.5'i serviks kanserini daha önce duydıklarını belirtmişler. Kadınların %34.3'ü HPV enfeksiyonunu, %29.4'ü kanserden koruyucu/HPV aşısını duyduğunu, %1.9'u kanserden koruyucu/HPV aşısını yaptırdığını ifade etmiştir. Ailede jinekolojik kanser bulunmanın ve daha önce HPV enfeksiyonunu duymanın HPV aşısı yaptırma üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür. Sadece kız çocuk sahibi olanlara yöneltilen kızlarına HPV aşısı yaptırma ile ilgili ne düşündükleri sorusuna %44.7'si "aşıyla ilgili bilgi edindikten sonra düşüneneceğim", %7.4'ü "beklemeyi tercih ederim", %4.8'i "gelecekte kızlarını aşılatma niyetindeyim", %3.3'ü "kızım/kızların bana sorarsa onları aşılatacağım", %2.0'ı "aşının yararsız olduğunu düşünüyorum" yanıtını vermiştir.</p>
1042	Mustafa Soner Yılmaz, Berkan Aslan, Yunus Karadağ ve ark.	<p>Kayseri İlinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kadınlarda İnsan Papillomavirus (HPV) DNA Pozitifliği ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi (Kesitsel Bir Araştırma) / Kesitsel Tanımlayıcı Tipte</p> <p>30-65 yaş arası 2802 kadın katılımcının; %36.6'sı 40-49 yaş grubunda, %95.1'i evli, %96.4'ü 12 yıl ve altı eğitim düzeyinde, %95.2'si ev hanımı, %96.2'sinin ailesinde jinekolojik kanser bulunmamıştır. Kadınların %1.3 ünde HPV DNA pozitifliği saptanmış. Evlilik sayısı, emzirme süresi, aile planlaması kullanımı değişkenlerinin HPV DNA pozitifliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu; yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çocuk doğurma yaşı, sigara kullanımı, menarş yaşı, evlilik yaşı, ilk evlenme ve ilk doğum yaşı, gebelik ve doğum sayısı, menopoz yaşı, kullanılan aile planlaması yöntemleri, geçirdiği jinekolojik hastalık öyküsü ile ailede jinekolojik kanser öyküsü değişkenlerinin HPV DNA pozitifliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı değerlendirilmiştir.</p>

2017/ 19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA

Sayfa No	Araştırmacılar	Bulgular
148	Hilal Görgel, Özgen Alpay Özbek, Mestan Emek ve Ark.	<p>Manisa İli'nde 2014 Yılı Hepatit A Seroprevalansı ve Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi/ Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırmada 1223 kişinin verisinde, hepatit A seropozitifliği %75.6'dır. Yaş gruplarına göre hepatit A seropozitifliği arasında anlamlı ilişki vardır (p<0.01). Hepatit A seropozitifliği ilköğretim öğrencilerinde %13.5, okul çağında olmayan çocuklarda %32.8, ilköğretim %88.4, ortaokul %65.3, lise %78.0, üniversite ve üstü %77.5, okur-yazarlarda %90.0, okur-yazar olmayanlarda %98.0'dır (p<0,01). Hepatit A seropozitifliği geliri gideri ile denk olanlarda %71.2, geliri giderinden az olanlarda %79.9, geliri giderinden fazla olanlarda %82.5'dir (p<0.01). Hepatit A seropozitifliği oda başına düşen kişi sayısı 1 ve altında olanlarda %78.6, 1'den fazla olanlarda %71.6'dır (p<0.01).</p>

2017/ 19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
152	Raziye Özdemir, Merve Karaçalı, Fatma Türkmen Çevik ve Ark.	Karabük İli Safranbolu İlçesi'nde Servikal Kansere Yönelik Erken Tespit Hizmetlerinin Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte Kadınların yaş ortalaması 48.1±10.2, ortanca çocuk sayısı 2'dir. Ortalama ikamet süresi 22.7±17.0 yıl olan grubun % 96.3'ü evlenmiş kadınlardan oluşmaktadır. Sekiz kadının tanı konulmuş kanser hastalığı vardır. Erken tespit uygulamaları: 1) Toplumun sağlık eğitimi: Son altı ay içinde en az bir kez ASM'ye başvuran kadınların yüzdesi 77.8, hastaneye başvuranların yüzdesi 82.4'tür. Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz olarak servikal kanser tarama hizmeti verdiğini bilen kadınların yüzdesi 67.4'dir ancak yalnızca yedi kadın hedef yaş grubunu doğru tanımlamıştır. 2) Tarama: Ocak 2011-Haziran 2016 arasında kadınların % 39.0'ı bağlı olduğu ASM tarafından serviks kanseri taramasına davet edilmiştir. Davet edilen 146 kadından 62'si (% 16.6) tarama için başvurmuştur. Bu kadınların 58'inde normal, ikisinde şüpheli sonuç saptanmıştır. Şüpheli sonuç çıkan iki kadından birisi ileri tetkik için başvurmuş ve in-situ kanser tanısı konulmuştur.
184	Aysana Zehra Keklik, İbrahim Koruk	Suriyeli Sığınmacılarda Hepatit B ve C Seroprevalansı İle Bu Hastalıklarla İlgili Bilgi, Tutum ve Riskli Davranış Düzeyleri / Kesitsel Tipte Suriyeli sığınmacıların ortanca yaş değeri 34.0 olup %62.2'si kadın, %25.6'sı hiç okula gitmemişken sadece %22.6'sı lise ve üzeri eğitim almıştır, %82.2'si evlidir. Kadınların %89.3'ü en az bir kez doğum yapmıştır. Bireylerin sadece %2.3'i hepatit B/C hastalıklarının bulaşma ve korunma yollarıyla ilgili soruların tüm sorularını doğru bilmıştır. Kondom kullanılarak cinsel ilişkiyle hepatit B/C hastalığı bulaşından korunulabileceğini katılımcıların ancak %14.8'i bilmektedir. Suriyeli sığınmacıların %1.7'sinde HBsAg pozitif, %23.9'unda ise Anti-HBc total pozitifdir. Hepatit B aşısıyla bağışıklanmış olanlar Suriyeli sığınmacıların %7.1'idir. Katılımcıların %0.4'ü Anti-HCV pozitifdir. Erkek bireylerde, 50 yaş üzerinde, hiç okula gitmeyenlerde ve en az bir kez evlenmiş olanlarda Anti-HBc total pozitifliği yüksek bulunmuştur (p<0.05). Doğum yapan kadınlarda Anti-HBc total pozitifliği diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05).
211	Muammer Yılmaz, Ayşe Yılmaz	Bir Toplum Sağlığı Merkezi Tüberküloz Birimine Kayıtlı Tüberküloz Vakalarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Hastaların 285'i kadın, 190'ı erkektir. 473'ü Türkiye, 2'si Irak uyrukludur. Hastaların yaş ortalaması 45±20.6'dir. Hastalar yerleşim yerine olarak Düzce İl Merkezi %37.4'dir. Vakaların %89.4'ü yeni vaka, %8.9'si nöks, 2 (%0.4)'si tedavi başarısızlığından gelen, %0.4'ü tedaviyi terkten dönen, %0.6 kronik Tbc, %0.2'i nakil olarak gelen hastadır. Tbc vakalarının yerleştiği organ %68.2 Akciğer, %30.3 Akciğer dışı, %1.5 Akciğer+Akciğer dışıdır. Tbc vakalarının tedavi sonucuna göre "Kür" ve "Tedavi tamamlama" tedavi başarısı olarak değerlendirildiğinde %87.6 hastanın tedavisi başarılıdır. Tedavi başarısı; hastanın mesleğinden (p=0.839), ikamet ettiği yerden (p=0.278), cinsiyetten (p=0.191) etkilenmemektedir. Hastanın yaş grupları ile tedavi başarısı karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmuştur (p<0.001).
212	Hilal Görgel, Özgen Alpay Özbek, Mestan Emek ve Ark.	Manisa İli'nde 2014 Yılı Hepatit B Duyarlılığı ve Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi / Kesitsel Tipte Araştırmada 1230 kişinin verisi değerlendirilmiş, tek başına HBsAg pozitifliği (taşıyıcılık) %1.5, tek başına Anti-HBs pozitifliği (aşılı olma) %28.0, enfekte olma %19.7 ve duyarlı olma %50.8'dir. Yaş gruplarına göre hepatit B enfeksiyonuna duyarlı olma 2-9 yaş arası %24.3, 10-19 yaş arası %21.2, 20-29 yaş arası %62.0, 30-39 yaş arası %77.8, 40-49 yaş arası %66.5, 50-59 yaş arası %55.3, 60-69 yaş arası %40.2, 70-79 yaş arası %47.2, 80 ve üstü %47.8'dir (p<0,01). Eğitim durumuna göre hepatit B enfeksiyonuna duyarlı olma anlamlı bulunmuştur (p<0,01).
231	Erdem Erkoyun, Gül Ergör	15-24 Aylık Çocuklarda Tam Aşılılıkta ve Tam Aşılık Bileşenlerinde Eşitsizlikler: Tnsa 2013 Verisinin Analizi / Tanımlayıcı Tipte Cinsiyete ve gelir eşitsizliğine göre gruplanmış bölgelere göre bağımlı değişkenlerin herhangi birinin dağılımı anlamlı değildir. Doğum sırasına göre dördüncü sırada ya da daha sonra doğmuş olanlarda daha önceki sırada doğmuş olanlara göre DTaP-IPa-Hib 2, Hepatit B 3, KPA 2 aşılıları dışındaki tam aşılılık bileşenlerinde anlamlı olarak daha az aşılanmıştır. Yerleşim yerine göre kırdaki kentte yaşayanlara göre aşıları ve herhangi bir aşı olmuş olma durumu dışındaki tam aşılılık bileşenlerinde anlamlı olarak daha az aşılanmıştır. Öğrenim düzeyi ilkökul ve altında olan annelerin çocukları, annelerinin öğrenim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlara göre KKK, KPA 1, KPA 2, KPA 3 aşılıları ve tam aşılılık durumu dışındaki tam aşılılık bileşenlerinde anlamlı olarak daha az aşılanmıştır.

2017/ 19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
281	Tekin Ulaş Karatepe, Mustafa Baran İnci, Hasan Çetin Ekerbiçer ve ark.	<p>Adapazarı Toplum Sağlığı Merkezinde Bulunan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezine 2016 Yılı Boyunca Başvuran Kadınların Serviks Kanseri Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>2016 yılında KETEM'de 5054 kadın taranmıştır. 165 kişi HPV DNA pozitif (%3,2) olarak bulunmuştur. HPV pozitif saptanan kişilerden 42'si HPV Tip 16 (+), 9'u HPV Tip 18 (+) ve 2'si HPV Tip 16, 18 (+) olarak saptanmış, kalan 112 kişi ise HPV diğer olarak sınıflandırılmıştır. Pap-smear sonuçlarında 45 kişiye (%0,9) enfeksiyon tanısı konmuştur. Prekanseröz lezyonlar açısından Pap-smear sonuçlarına göre toplam 18 kişide (%0,4) lezyon tespit edilmiştir. Bu prekanseröz lezyonların dağılımı ise 13 kişide (%0,3) ASCUS, 3 kişide (%0,06) LSIL, 1 kişide (%0,02) AGC ve 1 kişide (%0,02) HSIL(?) (yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon) şeklinde olduğu raporlanmıştır. Servikal kanser tespit edilmemiştir.</p>
296	Mehmet Uyar, Lütfi Saltuk Demir, Yasemin Durduran ev ark.	<p>Aşılar ve aşılama hakkında 18 yaş üzeri bireylerin bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Katılımcıların %51,4'ü kadın, %58'i evli, yaş ortalaması 35,95±12,36'dır. Katılımcıların %36,2'si lise, %31,9'u ilköğretim mezundur. Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması 39,85±11,70'dir. Katılımcıların %32,5'inin eşi çalışmıyordu. Katılımcıların çocuk sayısı 0 - 5 arasında değişmekte olup ortancası 3 idi. "Sizce aşı gerekli midir?" sorusuna katılımcıların %5,9'u "hayır" yanıtı verdi. "Kendinize ya da çocuğunuza, doktor tarafından önerilen her aşığı yaptırır mısınız?" sorusuna katılımcıların %72,8'i "evet" dedi. "Kendinize ya da çocuğunuza, sağlık bakanlığının aşı takvimindeki tüm aşıları yaptırınız mı?" sorusuna katılımcıların 103'ü "evet" yanıtı verdi. Katılımcıların %37,6'sının kendisine ait ya da çocuğuna ait aşı kartı vardı. "Şimdiye kadar yaptırdığınız aşıları çoğunlukla nerede yaptırdınız?" sorusuna %78,7'si "kamuya ait sağlık kuruluşlarında" yanıtı verdi. Katılımcıların %84,4'ü yerli aşı ile aşılanmak istemekteydi.</p>
297	Deniz Akgün, Murat Özdemir, Mehmet Süleyman Sülemiş ev ark.	<p>Bir İlçede Rotavirüs Olgu Artışının Nedenlerinin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Yıl genelinde Antalya'da yapılan toplam rotavirüs bildirimleri 430 iken bu bildirimlerin %46'sı Aralık 2016'da gerçekleşmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü ilçede 2016 yılında Ocak-Ekim ayları arasında bildirim yapılan rotavirüs hastalığı sayısı aylık olarak 10'un altındayken; Kasım 2016'da 31, Aralık 2016'da ise 66 rotavirüs hastalık bildirimleri yapılmıştır. Rotavirüs bildirimleri yapılan kişilerin yaş ortalaması 4 ± 3,8 olup, 34'ü (%52) erkektir. İlçede rotavirüs bildirimlerinde artış görülen Aralık ayında belediye şebekesi suyundan alınan su numuneleri kontrol izlemesinde 4 adet uygunsuz sonuç (1-4 arası kob/100 ml) tespit edilmiştir. Şebekesi suyundaki kontaminasyon ile rotavirüs olguları arasında bağlantı olup, olmadığı anlaşılamamıştır.</p>
298	Duygu Bayram, Ebubekir Kızılkaya, Burak Birsoy ve ark.	<p>Bir Tıp Fakültesi Intern Doktorlarının Aşılanma Durumları ve Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Konusundaki Görüşleri / Kesitsel Tipte</p> <p>Araştırmaya katılan intern doktorların %55,3'ü kadındır ve yaş ortalamaları 24,1±1,48'dir. Intern doktorların %27,6'sı aşılar ile ilgili eğitim aldığını belirtmiş, %87,4'ü yaptığı iş nedeni ile bulaşıcı hastalıklar açısından kendini "yüksek riskli ve riskli" olarak ifade etmiş, riskli olarak düşünülen bulaşıcı hastalıklar arasında %73,8 ile Hepatit B ve C gelirken, %52,7 ile HIV ikinci sırada belirtilmiştir. Katılımcıların sadece %6,6'sı her yıl düzenli grip aşısı olduğunu, %83,5'i üç doz Hepatit B aşısı olduğunu, %22,7'si Hepatit A aşısı olduğunu, %27,1'i ise üniversite yaşamları boyunca KKK aşısı olduğunu ve %38,5'i son on yılda en az bir kez tetanos aşısı olduğunu belirtmiştir. Internlerin cinsiyetlerine göre bulaşıcı hastalıklar riski açısından değerlendirildiğinde cinsiyet farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır(p=0,015).</p>
300	Mete Önde, Fatma Yeşim Karakoç, Sevdâ Boztaş Aktan ev ark.	<p>Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde 2015-2016 Öğretim Yılı Okul Çağı Çocukları Bağışıklamaları / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Okul öncesi eğitim kurumlarında kayıtlı bulunan 8766 öğrencinin %29,6'sı HSBS'ye göre aşıli, %4,9'u aile beyanına göre aşıli, %2,4'ü devamsız öğrenci, % 0,2'si kontrendikasyon olup bu grupta hedef nüfus 5512 olarak saptanmıştır. Bu gruba sadece ilk tur aşılanma yapılmış olup hedef nüfusun %73,7'si aşılanmıştır. Aşılanmama nedenleri %12,6 olarak belirlenmiştir. İlkokul 1. sınıfa kayıtlı 6801 öğrencinin KKK aşılanmasında %67,4'ü HSBS'ye göre aşıli, %6,1'i aile beyanına göre aşıli, %0,05'i kontrendikasyon olup hedef nüfusun %83,4'ü ilk tur çalışmasında, %6,6'sı Aile Hekimleri tarafından, %5,4'ü ikinci tur çalışmasında aşılanmış olup toplamda hedef nüfusun %95,4'ü aşılanmıştır. DaBT-İPA aşılanması yönünden ise öğrencilerin %0,9'u HSBS'ye göre aşıli, %0,3'ü aile beyanına göre aşıli olup hedef nüfus 6258 olarak belirlenmiştir.</p>

2017/ 19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
302	Tacetin İnandı, Ersin Peker, Nazan Savaş ve ark.	<p>Bir Üniversitede Sağlık Meslekleri Öğrencilerinde Hepatit B Seroprevalansı, Hatay 2015*/ Kesitsel Tipte</p> <p>Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 20,92±2,69 olup %68,5'i kadındı. Katılımcıların bölümlere göre dağılımı %7,7 ile %26,3 arasında idi. Öğrencilerdeki toplam anti-HBS seropozitifliği %54,5 idi. Hepatit B aşısı olduğunu söyleyenlerde anti-HBS seropozitifliği, aşı olmadığını söyleyenlere veya hatırlamayanlara göre daha yüksek bulundu (p<0,05). Öğrencilerin % 44,7 si aşı olduğunu, % 17,8'i olmadığını belirtirken, % 37,5'i şüpheli olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir. Seropozitiflik, cinsiyet, okul, sınıf, kan transfüzyonu, damar içi ilaç veya uyuşturucu kullanımı, vücut sıvısıyla temaslı iğne yaranlanması, cerrahi operasyon, diş çekimi, ailedeki veya kendisindeki sarılık, ailede Hepatit B geçiren olması, kalıcı dövme, vücut sıvısı içeren ortak malzeme kullanımı ile ilişkili bulunmadı (p>0,05).</p>
304	Esin Seçgin Sayhan, Muhsin Kışioğlu	<p>Edirne'de Önlenebilir Bir Halk Sağlığı Sorunu: Kuduz Riskli Temas Olguları / Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Vakaların % 62,2' si erkek, % 70,1' i 19 yaş ve üstüdür. Yerleşim yerlerine bakıldığında % 91,0'i kent olduğu görülmüştür. Kuduz riskli temas en fazla sonbahar (% 30,0) , en az kış (%21,3) mevsiminde olmuştur. . Temas edilen hayvanların % 46,7'sini köpekler oluşturmuş, % 65,0'ı sahipsiz olduğu görülmüş olup, vakaların aşılama durumlarına bakıldığında % 21,3'ünün aşısının tamamlanmamış olduğu tespit edilmiştir. Bildirim en fazla (% 88,6) Devlet Hastanesinden yapılmıştır. Temas şeklinin en fazla tırmalama (% 48,1) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda kuduz riskli temas olgularının bildirimini yapıldığı Form 014' e ait kısımların tam doldurulma düzeylerine bakıldığında en fazla eksikliğin hastanın kimlik bilgilerinde olduğu (% 21,5), en az eksik kaydın ise % 0,2 oranı ile gönderen kurumun bilgilerinde olduğu görülmüştür.</p>
307	Hande Gürün, Alp Aker, Lale Mekan ve ark.	<p>İstanbul'da İlkokul Öğrencilerinin Aşılama Durumları ve Ebeveynlerinin Aşı Hakkındaki Düşünceleri / Kesitsel Tipte</p> <p>İlçe aşılacak ilkokul hedef nüfusu 4159 olup; 764 red bulunmaktadır. Okulların toplam ilkokul birinci sınıf öğrenci sayısı 519'dur. Çalışmada, o gün okulda olan 500 öğrenciye anket dağıtılmış, 206 kişiden dönüş alınmıştır (%41,2). Araştırmaya katılan velilerin yaş ortalaması 36,04±5,16'dır. Anketi yanıtlayanların %75,7'sini anneler, %23,8'ini babalar oluşturmaktadır. Annelerin %32,5'i , babaların %39,3'ü üniversite ve üzeri okullardan mezundur. Öğrencilerin %51,9'u erkektir. Öğrencilerin %17,5'ine 1. sınıfta aşı yaptırılmamıştır. Velilerin %96,6'sı çocuğuna daha önce herhangi bir aşı yaptırdığını; %68,8'i aşı takvimindeki aşılama tamamını yaptırdığını belirtmiştir. Aşı yaptırılan kurumların %81,6'sını sağlık ocakları/aile sağlığı merkezleri oluşturmaktadır. Aşı ile ilgili bilgileri velilerin %93,7'si doktorundan ya da hemşiresinden edindiğini belirtmiştir.</p>
309	Ersin Peker, Tacettin İnandı	<p>Sağlık Meslekleri Öğrencilerinde Hepatit A Seroprevalansı / Kesitsel Tipte</p> <p>Çalışmada hepatit A seroprevalansı %50,9 olarak saptandı. Ailedeki birey sayısı fazla olanlarda, ailede hepatit A geçirmiş olanlarda, hepatit A'lı biriyle teması olanlarda, tuvaleti evin dışarısında olanlarda ve oturduğu yerde kanalizasyon sistemi olmayanlarda hepatit A seropozitivitesinin daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Ailesinde hepatit A geçirenlerin %66,7'si seropozitif iken ailesinde hepatit A geçirmeyenlerin %43,7'si seropozitif olarak saptandı. Hepatit A'lı birisiyle teması olanların %55,6'sı seropozitif iken teması olmayanların %40,6'sı seropozitif idi. Cinsiyet, yaş, anne-baba mesleği, anne-baba öğrenim durumu, aile geliri, yerleşim yeri, sarılık geçirme, ailede sarılık geçirme, kreş/yurtta kalma, kardeşin kreş/yurtta kalması ve ortak malzeme kullanımı; hepatit A ile ilişkili saptanmayan değişkenlerdir.</p>
497	Servet Aker, Mustafa Kürşat Şahin	<p>Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Mevsimsel Grip Aşısı Olma Durumları – Canik / Samsun 2012 – 2016 / Kesitsel Tanımlayıcı Tipte</p> <p>Canik ilçesinde 2012 yılından 2016 yılına dek birinci basamak sağlık çalışanlarının MG aşısı olma yüzdesi sırasıyla, %36,7, %42,6, %37,8 ve %34,9'dur. 2015-2016 sezonu için ASM'de çalışan sağlık çalışanlarının aşı olma oranı TSM'de çalışan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0,001). ASM'de çalışan AH'ler ile ASE'ler arasında MG aşısı olma yüzdeleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur (p>0,05). ASM'de çalışan sağlık çalışanlarında, MG aşısı olanlarla olmayanlar arasında yaş, meslekte geçirilen süre, kronik hastalığa sahip olma durumları açısından istatistiksel olarak fark yoktur (p>0,05).</p>

2018/ 2. ULUSLARARASI 20. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ-ANTALYA

Sayfa No	Araştırmacılar	Bulgular
76	Ayşe Emel Önal, Çiğdem Aslaner, Elif Ezirmik ve ark.	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İşyeri ve Çalışan Sağlığı Polikliniği'ne Başvuranların Bağışıklama Durumlarının Saptanması / Tanımlayıcı Tipte Kayıtları değerlendirilen 351 kişinin %53.8'i kadın, yaş ortalaması 28.02±9.7(19-62) idi. Başvuran kişilerin %65.1'i öğrenci, %19.5'i temizlik personeli ve hasta bakıcı, %9.9'u hemşire, %5.5'i tekniker ve sekreterden oluşmaktaydı, 7 kişinin mesleği kayıt edilmemişti. Hepatit B aşısı açısından değerlendirilen 188 kişinin %81.9'u aşılandı. Serolojik inceleme yapılan 342 kişinin %80.4'ünde Anti-HBs pozitif olduğu tespit edildi. Meslek ve cinsiyetlerine göre Hepatit B bağışıklık durumu açısından aralarında anlamlı bir fark saptanamadı. Hepatit B aşısı olanlarda seropozitiflik %88.6 iken, aşılanmamış olanlarda %60.6 idi. Kadınlarla erkekler arasında önceden Hepatit-B aşısı yaptırmaya ilişkin anlamlı bir fark saptandı; kadınlarda aşı olma daha fazlaydı. Anti-HAV bakılan 175 kişiden, %44'ü Anti-HAV pozitif bulunmuştur.
109	Bahar Marangoz, Didem Han Yekdeş, Muzaffer Eskioçak	Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama İle İlgili Tutumları / Kesitsel Tipte Araştırma grubu 167 kişi, yaş ortalaması 34.6±8.6 yıldır. %63.5'ü hemşire, %12.6'sı sağlık teknikeri, %6'sı sağlık teknisyeni, %4.8'i ebe, %3.6'sı laborant, %3'ü biyolog, %1.2'si fizyoterapistti. %73'ü kadındır. Yakınlarının ve aile bireylerinin aşılanmasını teşvik edenler %91.6 oranındaydı. Sağlık çalışanlarına yapılması gereken aşılar olarak; Hepatit B %70, Hepatit A %48.5, Td %43, İnfluenza %11, KKK %6.6, Suçiçeği %2.4, Meningokok %2.4 ve Pnömonokok %1.8 oranlarında bildirilmiştir. Katılımcıların %34'ü kendini ya da çocuğunu aşılatmakla ilgili tereddüdü olan hasta ya da yakını olduğunu belirtmiştir, bu kişilerin %56'sı doktora danışma gereği duyduğunu, %30'u kişiyi ikna etmeye çalıştığını, %14'ü kişinin endişesini yersiz bulduğunu, %7'si ise kafa karışıklığı yaşadığını ifade etmiştir.
150	Didem Han Yekdeş, Aziz Altunok, Muzaffer Eskioçak ve ark.	Bir Üniversite Hastanesindeki Hekimlerin Bağışıklama İle İlgili Tutumları /Kesitsel Tipte Katılımcılar 151 kişi olup, yaş ortalaması 33.6±8.8'dir. %14.7'si prof, %7.3'ü doçent, %10.7'si dr öğretim üyesi, %66.7'si araştırma görevlisi doktordu. Son 1 yıl içerisinde kendisine aşı yaptıranlar %25.2, yaptırmayanlar %74.8 kişiydi. Erişkin dönemde aşı yaptıranlar %88.7, yaptırmayanlar ise %11.3 idi. Hastalarında son 6 ayda bağışıklama durumunu sorgulamayanlar 45 kişiydi. Sorgulamayanlardan %21.8'i hastayla karşılaşan gruba, %9.9'u hastayla karşılaşmayan gruba aitti ve hastayla karşılaşan grupta son 6 ayda bağışıklamayı sorgulama durumu, karşılaşmayan gruba göre istatistikî açıdan önemli bulundu. Çalışmamızda hekimlerin %67'si günlük pratiklerinde risk faktörü varsa, %16.6'sı her zaman bağışıklama durumunu sorguluyorken, %10'u ise hiç sorgulamıyordu. Katılımcıların %10.5'i aşı konusunda tereddüde sahipti.
186	Edibe Pirinççi, Osman Kurt, A. Ferdane Oğuzöncül ve ark.	Türkiye'deki Bir Veteriner Fakültesi Öğrencilerinin Kuduz Hakkındaki Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Öğrencilerin yaş ortalaması 21.82±2.78 yıl olup %68.3'ü erkektir. %28.6'sı en az bir defa hayvan ısırığına maruz kaldıklarını belirtmiştir. Isırığa maruz kalanların %50.3'ü temas sonrası aşı olduklarını ifade etmişlerdir. Yine aşı olanların %82.7'si tüm dozlarını almışlardır. %37,9'u "kuduzdan şüphelenilen bir hayvan tarafından ısırılırsanız ne yaparsınız" sorusuna "derhal su ve sabunla yıkayım" cevabı vermiştir. "Kuduzdan şüphelenilen bir hayvan tarafından ısırılırsanız bu hayvana ne yaparsınız" sorusuna %45.6'sı "hayvanı en az on gün boyunca gözlemlerim" demiştir. %23.6'sı kuduz profilaktik aşısı aldığını belirtmiştir. Bilgi ve davranış açısından yeterli düzeyde olma durumları klinik sınıflarda olanların preklirik sınıflarda olanlara göre anlamlı derecede yüksektir.
413	Abidin Demirbağ, Sabriye Özcan, M. Bamsı Tür ve ark.	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Çalışanlarının 2013-2017 Yılları Arası İnfluenza Aşısı Yaptırma Durumları / Kesitsel-Tanımlayıcı Tipte 2013 yılında 90 kişi (%2.25), 2014 yılında 65 kişi (%1.62), 2015 yılında 46 kişi (%1.15), 2016 yılında 58 kişi (%1.45), 2017 yılında ise 71 kişi (%1.77) kişi aşı yaptırmıştır. Aşı yaptıranların meslek dağılımları; 2013 yılında %32 doktor, %17 hemşire, %51 diğer sağlık personeli, 2014 yılında %45 doktor, %15 hemşire, %40 sağlık personeli, 2015 yılında %48 doktor, %33 hemşire, %19 diğer sağlık personeli, 2016 yılında %62 doktor, %2 hemşire, %36 diğer sağlık personeli, 2017 yılında ise %60 doktor, 0 hemşire, %40 diğer sağlık personeli aşı yaptırmıştır.

2018/ 2. ULUSLARARASI 20. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ-ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
416	Sümbüle Köksoy Vayisoğlu, Handan Zincir, Hüseyin Selvi	Sağlık Eylemi Süreç Yaklaşımı Temelli Gripten Korunma Envanteri'nin Geçerlik Güvenirlilik Çalışması / Metodolojik Çalışma Katılımcıların yaş ortalaması 59.56±10.46 yıl, %53.1'i kadın, %55.4'ü ilköğretim ya da daha az eğitimlidir. Bireylerin %53.6'sı daha önce hiç grip aşısı yaptırmamışken, %46.4'ü hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir defa grip aşısı yaptırmıştır. Uzman değerlendirmesi sonrasında 50 soruluk aday form oluşturulmuş, cevaplar 5'li likert tipte derecelendirilmiştir. Aday formun Kapsam geçerlik indeksi (KGI) 1 olarak bulunmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi (0.721- 0.913) ve Bartlett's Test of Sphericity test (<0.05) sonuçları veri setinin AFA için yeterli olduğunu göstermiştir. Ölçeklerin test tekrar puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur.
432	Sümbüle Köksoy Vayisoğlu, Emine Öncü, Aslıhan Ardiç Çobaner	Twitter'da Aşı Tartışmaları / Tanımlayıcı Tipte Toplam 197 tweet'in 121'i çalışmaya dahil edilmiştir. %60.3'ü 2018, %39.7'si 2017 yılında atılmıştır. 2018 yılında atılan tweetlerin %91.7'si, 2017'de %95.8'i aşı taraftarı iken, 2018 yılında %8.3'ü, 2017'de %4.2'si aşı karşıtıdır. Aşı karşıtlarının söylemleri: aşının içeriği ve güvenirliliği, pazarlama oyunu olduğu, aşılardan doğal olmadığı, aşı etkinliği çalışmalarının yanlış olduğu, aşılardan olumsuz etkilerini araştıranların baskı altında olduğu, doğal uygulamaların aşı yerine uygulanabileceği üzerinden yürütülmektedir. Aşı taraftarlarının tweetler; aşı reddinin bireysel değil toplumsal bir sorun olduğu, salgın kaygısı, aşılardan zorunlu olması gerektiği, yeterince bilgisi olmayan sosyal medyadan bilgi edinen ve medyatik kişilerin aşı karşıtı söylemlerinin tehlikeleri etrafında şekillenmekte ve aşılardan hakkında bilimsel kanıtlarla beraber bilgilendirme yapılmaktadır.
476	Servet Aker, Mustafa Kürşat Şahin	Ebeveynler Çocukluk Çağı Aşılarını Neden Reddediyor? /Tanımlayıcı Tipte Aşılanmayan çocukların %69.7'si erkektir. Çocukluk çağı aşılarını reddeden ailelerde, annelerin %48.8'i, babaların ise %65.1'i 30-39 yaş aralığındadır. Annelerin, %32.5'i ortaokul, %30.2'si lise; babaların, %34.9'u lise, %32.6'sı üniversite mezunudur. Annelerin %46.5'i gebelikleri esnasında tetanos aşısı yaptırmış. %81.4'ü "aşılardan otizm ve benzeri hastalıklara neden olduğunu", %39.5'i "aşılardan yan etkilerinin çok olduğunu", %32.6'sı "aşılardan bağışıklık sistemine zarar verdiğini", %20.9'u "aşılardan işe yaramadığını, faydasız olduğunu" düşünmektedir. %13.9'u dini nedenlerle çocuklarını aşılatmadıklarını belirtmektedir. %69.7'si bu bilgiyi sağlık personeli ya da üniversite hocasından aldıklarını ve %46.5'i bu bilgiye internetten ulaştıklarını belirtmektedir. Ebeveynlerin ASE'leri ile görüşülmüş. ASE'ler, ebeveynlerin %18.6'sının hiçbir durumda aşılarını yaptırmaya ikna edilemeyeceğini ifade etmektedir.
515	İbrahim Günay, Mustafa Tatar, Murat Saygılı ve ark.	Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ülkemizdeki Aşı Reddi Hakkındaki Düşünceleri / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %74.1'i kadın, yaş ortalaması 23.6±1.2 yıldır (22-28). %63.0'ü "sizce aşı reddine neden olan en önemli faktör hangisidir?" sorusuna toplumda rol model olarak kabul edilen insanların aşılardan olumsuz ifadeleri olduğu cevabını vermiştir. %23.0'ü alternatif tıp sempozyanlarının neden olduğunu, %11.1'i bazı bilim insanlarının aşılardan olumsuz açıklamalarının neden olduğunu belirtmiştir. %51.9'u "Hekimlik uygulamalarınız sırasında aşı reddi ile karşılırsanız nasıl bir yol izlersiniz?" sorusuna; 'Aile ikna çabalarına rağmen ısrar ederse gerekli makamlara durumu bildiririm' cevabını, %45.4'ü 'Aileyi çocuklarına aşı yaptırmaları için ikna etmeye çalışırım, ısrar ederlerse kararlarına saygı duyup başka bir şey yapmam.' cevabını, %2.8'i ise 'Ailenin kararına saygı duyar, hiçbir şey yapmam' cevabını vermiştir.
553	Ayşe Gülsen Teker	İnternet Gazetelerinin Aşılar ve Aşılamayla İlgili Haberlerinin İçerik İncelemesi / Tanımlayıcı Tipte 23.09.2015-23.08.2018 tarihleri arasında yayınlanan 726 haber incelenmiş; ana konusu aşılardan aşılamaya olan 286 haber araştırmaya alınmıştır. 'Aşı karşıtlığı' konusunda 2018 yılında yapılan haberlerin sayısının diğer yıllarda yapılanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur. Haberler verdikleri mesaj ve bilimsel verilerle uyumluluklarına göre incelendiğinde 'olumsuz' mesaj içeren haberlerin, 'olumlu-olumsuz mesaj içermeyen' ya da 'olumlu' mesaj içeren haberlere göre anlamlı olarak daha fazla bilimsel verilerle uyumsuzluk taşıdığı görülmüştür. Bilimsel verilerle uyumsuz haberlere bakıldığında otizm, multiple skleroz, Alzheimer ve başka kronik hastalıkların aşılardan ilişkilendirildiği; aşılardan gereksiz olduğu iddiaları; gebelik ve yumurta alerjisi gibi durumlarda aşılamaya ile ilgili yanlış bilgi içeren haberlerin bulunduğu görülmüştür.

2018/ 2. ULUSLARARASI 20. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ-ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
862	Elif Altundaş Hatman, Hatice İkışık, Onur Özlem Öztürk ve ark.	Bir Üniversite Hastanesi Çalışanlarının Mevsimsel İnfluenza Aşısı İle Aşılama Oranları / Müdahale Araştırması Katılımcı olan 998 kişinin % 61.6'sı kadın ve % 56.3'ü evliydi. Yaş ortalamaları 35.1 ± 10.0 (18-65) %27.8'i uzmanlık/doktora/yüksek lisans, %36.7'si üniversite mezunuydu. %11.8'inin kronik hastalığı vardı. % 10.7'sinin evinde, birlikte yaşadığı 65 yaş üzeri bir birey ve bu bireylerin %73.8'inin kronik hastalığı vardı. % 11.1'i 2009 yılında pandemik influenza aşısı yaptırmış, daha önce en az bir kez mevsimsel influenza yaptırılanların oranı % 18.0 iken geçtiğimiz sezon 2017-2018 yılında influenza aşısı yaptırılanların oranı %4.1 idi. Birlikte yaşadığı 65 yaş üzeri birey kronik hastalığa sahip olanlar, acil servislerde çalışanlar, uzmanlık/doktora veya yüksek lisans yapmış olanlar ve hekimler 2017-2018 sezonunda anlamlı bir biçimde daha fazla influenza aşısı olmuşlardı.
1006	Bilge Baş	Hepatit B Hastalarında Aile İçi ve Diğer Olası Bulaş Yolları / Belirtmemiş 1875 hastanın %67'si erkek, %59'u 40 yaşın altındaydı. İlk ve orta öğrenim düzeyinde eğitimi olanlar %32 ve %30'dur. Yaklaşık dörtte birinin evinde 6 veya daha fazla kişi yaşamaktadır. Hepatit B aile içinde en çok anne-çocuk birlikteliğinde görülmektedir. Hastalar daha çok eğitim düzeyi düşük olan grupta toplanmaktadır. Tahmini bulaş yolları arasında %32.3 ile dış tedavi, %25 ile hastanede yatış, %26 ile küçük cerrahi girişim, %14.3 ile kan transfüzyonu ve %2.4 ile şüpheli ilişki bulunmaktadır. Aile üyelerinde Hepatit B varlığına bakıldığında %46 oranında anneler bulunmaktadır. Ortak eşya kullanımı değerlendirildiğinde aynı tıraş bıçağını ve tırnak makasını kullanma % 80' dir.
1014	Erkan Büyükdemirci, Ayşe Büyükdemirci, Fatma Nur Baran Aksakal	Ankara İl Merkezindeki Bazı Aile Hekimlerinin Erişkin Aşılama Durumlarının Belirlenmesi / Kesitsel Tipte Katılımcılar 205 kişi olup, yaş ortalaması 46.80 ± 7.66 ortancası 48 (28-69)'dur. %61.6'sı 45-54 yaş aralığında, %58.0'ı kadın, %85.3'ü evli, %35.1'inin kronik hastalığı vardır. %3.9'u erişkinlikte hiç aşı yaptırmamış iken, %17.6'sı bir farklı aşı, %29.4'ü iki farklı aşı, %49.0'ı üç veya daha fazla farklı aşığı erişkinlikte yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcılar %79.9'u Td, %73.4'ü Hepatit B ve %59.8'ü İnfluenza, %10.1'i KKK, %5.5'i Hib, %5.0'ı Pnömonokok, %5.0'ı Meningokok, %1.5'i HPV ve %1.0'ı Hepatit A aşısını erişkinlikte yaptırmıştır. Kronik hastalığı olanlar Td aşısını anlamlı yüksek sıklıkta yaptırmıştır. Yaş arttıkça ve hekim çalışma yılı arttıkça İnfluenza aşısını anlamlı yüksek sıklıkta yaptırmıştır. Kadınlar erkekler göre Hepatit B aşısını anlamlı yüksek sıklıkta yaptırmıştır.
1015	Gülçin Akbaş Ay, Mehtap Türkay	Antalya'nın Üç Büyük Merkez İlçesinde Farklı Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Çalışanları İle Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Aşılama Konusundaki Görüş ve Yaklaşımları / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların %52'si erkek, %27'si asistan hekim, %17.5'i aile hekimi, %9'u uzman hekim, %46.5'i intern hekimdir. Yaş ortalaması 31.4 ± 10.03 (22-62)'dir. Ulusal Aşılama Programı'na göre çocuğunu aşılatanların oranı %96'dır. Çocuğuna tavsiye edilen belirli bir aşıya karşı şüphe ya da endişe duyanların oranı %15.6'dır. Erişkin dönemde kendisine aşı yaptırmama oranı %72'dir ve en sık yaptırdıkları aşı İnfluenzadır. %59'u hekimlerin hastalara aşılarla ilgili kaygılarını tartışmak için yeterince zaman ayırmadığını düşünmektedir. Hekimlerin %57'si, kendisine ya da çocuklarına aşı yapılmasına karşı çıkan hastaları ya da tanıdıkları olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca erişkin dönemde kendisini aşılatan hekimlerin, aşılatmayanlarla karşılaştırıldığında hastalarına anlamlı olarak daha yüksek oranda grip aşısı ile aşılanmalarını önerdikleri görülmektedir.
1019	Özlem Terzi, Elif Nur Köksal, Cihad Dündar	Bir İlimizdeki Ebeveynlerin Aşı Reddi Nedenlerinin Belirlenmesi / Tanımlayıcı-Kesitsel Tipte Aşı reddi yapılan 55 çocuğun yaş ortalaması 20.3 ± 8.5 ay (4-36) ve %52.7'si kızdı. En sık reddedilen aşılar %23.6 sıklıkla 24. ay sonundan itibaren yapılan aşılar ve %18.2 ile 18.ay sonundan itibaren yapılan aşılarıdır. Ebeveynlerin yaş ortancası 27(20-58) yılı ve ikisi çocukların anneanne-siydi. %83.6'sı kadındı. 1 çocuğun ebeveyni araştırmacılarla görüşmeyi reddetti. Aşı reddi için en sık sebeplerini sırasıyla; "aşılardan yan etkilerinden korkuyorum", "Herhangi bir sebebi yok sadece yaptırmak istemiyorum", "çocuğum daha önce aşılarından dolayı sorun yaşadığı" ve "Bu aşının gerektirdiği hastalığa çocuğumun yakalanacağını düşünmüyorum" olarak ifade ettikleri belirlendi. Aşı yan etkilerinden korkan ebeveynlerin en sık bebeklerinin 1. Ayı sonundan itibaren aşı reddi yaptıkları tespit edildi.

2018/ 2. ULUSLARARASI 20. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ-ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1022	Ayşe Ferdane Oğuzöncül, Tuğçe Dartılmak, Süleyman Erhan Deveci ve ark.	Hasta ve Hasta Yakınlarının Aşı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İrdelenmesi / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların yaş ortalaması 44.25±12.97(18-75)'dir. %34.6'sı kadın, %80.6'sı çocuk sahibi, %28.6'sı ilkokul, %27.2'si lise mezunuydu. %83'ü evli ve %41.7'si çalışmamaktaydı. Çocuk sahibi olanların %91.7'si çocuklarının rutin aşılarını yaptırmış, %3.5'i ise eksik aşısı olduğunu bildirmiş. Aşı yaptıran ailelerin %94.7'si aşıları aile hekimliği/sağlık ocağında yaptırdıklarını belirtmiştir. %65.4'ü aşıların "çok yararlı" olduğunu düşündüklerini belirtmişler. "Sizce aşı yaptırmak ailenin isteğine bırakılmalı mı?" sorusuna hayır diyenler %64 iken; %31.4'ü "evet", %4.6'sı "fikrim yok" olarak cevaplamıştır. "Sizce aşı ile kim/kimler korunur?" sorusuna; eğitim düzeyi lise ve üstü olanların %54.2'si "ben ve toplum" cevabını verirken, eğitim düzeyi ortaokul ve altı olanların %63.6'sı "ben" cevabını vermiştir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür.
1024	Ayşe Nur Usturalı Mut, Fatih Keskin	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Gebelikte Tetanos Aşısıyla İlgili Düşünceleri ve Aşığı Önerme Durumları / Tanımlayıcı-Kesitsel Tipte Yaş ortalaması 40.51±9.45(22-67) olan çalışma grubunun %59,3'ü kadındır. Uzman hekimler grubun %80.7'sini, asistan hekimler %10.4'ünü, kalan %8.9'unu ise öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Hekimlerin %15.8'i kendilerine başvuran aşısız/hatırlamayan/aşı kaydı olmayan gebelere tetanos aşısı yapılmasını önermediğini ifade etmiştir. Aşığı önermeyen hekimlerin %90.8'i gebenin hastanede steril şartlarda doğum yapacak olması nedeniyle, %25.8'i ülkemizde MNT riskinin olmaması ve %17.7'si aşı sonrası ortaya çıkabilecek semptomlar nedeniyle önermediğini belirtmiştir. %9.6'sı ise gebe aile hekimi tarafından takip edildiği için rutinde tetanos aşısının bahsinin geçmediğini ifade etmiştir. Aşığı öneren hekimlerin %91.4'ü 2.trimesterde önerdiğini ve %17.5'i kendilerine başvuran gebelerin %10'dan fazlasının aşığı reddettiğini belirtmiştir.
1033	Ahmet Abbasoğlu, Buğra Gülle, Ilke Üçüncü ve ark.	Türkçe İnternet Sitelerinde Aşı Eleştirisi / Tanımlayıcı Tipte "Güvenlik ve Etkililik" teması, değerlendirilen tüm temaların içinde en sık tespit edilen temadır (%94). Sitelerin %78'i aşıların toksik olduğu ve idiyopatik hastalığa sebep olduğunu iddia etmektedir. "Bireysel Özgürlükler" teması içinde en sık %56 ile ebeveynlik hakları yer almaktadır. "Komple Teorileri ve Gerçeğin Aranması" teması %83 ile en sık gözlenen temalardandır. Aşı politikalarının kar üzerine kurulduğu %67 ile en sık kullanılan kategoridir. Sitelerin %28'i dini inanışlar içerirken hiç birinde aşıları faydacılık karşıtlığı sebebiyle eleştirmemektedir. Sitelerin %78'inde eksik ve yanlış bilgilendirme saptanmıştır. %28'inde hem aşı karşıtları hem aşı destekçilerinin görüşlerine yer verildiği, aşı karşıtı site linklerinin aşı destekçisi site linklerinden daha sık verildiği saptanmıştır.
1155	Feyza Dereli, Gülçin Uyanık, Jülide Gülizar Yıldırım ve ark.	Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yaşlıların Bağışıklama Durumlarının İncelenmesi / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların yaş ortalaması 70.5±6.5(60-96); %52.4'ü kadın, %76.4'ü evli % 39.6'sı ilkokul mezunudur. %38.4'ü ilaç yazdırma, %8.2'si aşı yaptırmaya nedeniyle Aile Sağlığı Merkezine başvurmuştur. En az bir kronik hastalığa sahip olma oranı %83.9'dur. Yaşlıların %51.5'inin yaşlılık döneminde yapılan aşıları bilmediği, %64.1'inin bağışıklama konusunda bilgi almadığı belirlenmiştir. Yaşlıların tamamının aşı kartı yoktur. Son bir yıl içinde aşı yaptırmaya oranı %33.3'tür. En fazla grip (%55.1) ve daha sonra sırasıyla erişkin tip difteri tetanoz (%43.9), pnömokok (%13.0) aşılarını yaptırmıştır. Yaşlılık dönemi aşıları hakkında bilgi alanların grip, pnömokok ve erişkin tip tetanoz aşısını yaptırmaya oranlarının bilgi almayanlara göre anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir.
1220	Mehmet Güneş, Galip Ekuklu, Ömer Salt	Bir Üçüncü Basamak Sağlık Kurumu Acil Servisine Başvuran Kuduz Riskli Temas Olgularının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Olguların yaş ortalaması 25.6±15.5(3-81) yıldır. %60.6'sı 16-30 yaş arasında olup, en fazla kuduz riskli temasa maruz kalan gruptur. % 8.8'i 0-5 yaş arasında, % 8.8'i 6-15 yaş arasında, %7.3'ü 31-45 yaş arasında ve %14.6'sı 46 yaşından büyüktür. % 55.5'i kadın vakalardır. Neden olan hayvanların %56.9'u köpek, %36.5'i kedi, %0.7'si diğer hayvanlardır. Hayvanların %17.6'sı sahipli, %61.3'ü sahihsizdir. Olguların %8.8'i daha önce KRT nedeniyle profilaksi uygulandığı tespit edildi. Olguların %32.1'ine 5 doz aşı, %14.6'sına 4 doz aşı, %17.5'ine 3 doz aşı, %12.4'üne 2 doz aşı, %22.6'sına 1 doz aşı uygulandığı saptandı. Olguların 8'ine (%5.8) insan kuduz immunoglobulini uygulandı.

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1313	Sümevra Başpınar, Elif Yılmaz, Hasan Demirtaş ve ark.	İl Merkezinde Bulunan Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Bağışıklama Hakkında Bilgi Düzeyleri / Tanımlayıcı Tipte Katılımcı 400 kişinin %60.5'i kadındır. Yaş ortancası 37(18-82)'dir. %37.0'si lise, %34.0'ü üniversite eğitim düzeyine sahip; %71.8'i evli; %33.3'ü ev hanımı, %24.5'i memurdur. %66.3'ü doktor tarafından önerilen her aşığı yaptrabileceğini, %60.5'i kendisine ya da çocuğuna ait aşı kartı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %28.0'ü aşının zararlı olabileceğini düşünmektedir. Aşının zararlı olabileceğini düşünen katılımcıların %40.2'si aşının tehlikeli yan etkileri olabileceğini, %24.1'i aynı anda birden fazla aşı uygulamanın bağışıklık sistemine zarar verebileceğini, %22.3'ü kısırlık yapabileceğini, %3.6'sı beyin iltihabı yapabileceğini, %9.8'i fikri olmadığını belirtmiştir. Lise altı eğitim düzeyine sahip bireyler, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylere göre aşının gerekli olduğunu anlamlı olarak daha az bildirmiştir.

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
200	Esmâ KILIÇ, İrem AKOVA, Öznur HASDEMİR	Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tüberküloz Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Sivas) / Kesitsel Tipte Katılımcıların yaş ortalaması $35,9 \pm 8,1$ 'dir. 40 yaş üstünde olanların TBBD puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0.05$). Her iki yaş grubunda da TBBD (Tüberküloz Bilgi Düzeyi) iyi ve çok iyi olanların oranı daha fazlaydı($p<0.05$). Katılımcıların çoğu kadındı (%66.2) ve erkeklerin TBBD puan ortalamaları daha yüksekti($p<0.05$). TBBD erkeklerin çoğunda (%57.8) çok iyi seviyedeysen, kadınların çoğunda (%44.1) iyi seviyedeydi ($p<0.05$). Araştırmaya katılan sağlık çalışanların çoğu (%75.5) evliydi ve medeni duruma göre TBBD ve TBBD puan ortalamaları arasında fark yoktu ($p>0.05$). Katılımcıların çoğu hekimdi (%49.9) ve hekimlerin TBBD puan ortalamaları ebe ve hemşirelere göre daha yüksekti ($p<0.05$).
208	Ahmet Ergin, Hawa Kasal, Ceyda Gökçen Gökdeniz	Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Gebelerin Çocukluk Çağı Aşılarına İlişkin Bilgi ve Tutumları / Kesitsel Tipte Araştırmamıza 268(%70) gebe katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $27,69 \pm 5,36$ 'dir. Katılımcıların %42,6'sı ve eşlerinin %34'ü ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %94,4'ü çocukluk çağı aşılarını çocuğuna yaptırmayı düşünmektedir. Lise ve üzeri eğitim alanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda, aşılar ile ilgili sağlık çalışanlarından bilgi alanlarda, aşılar ile ilgili arkadaş/komşulardan bilgi almayanlarda, ücretli aşıları bilenlerde, ücretli aşıları yaptıranlarda, ücretli aşıları devlet yaptırsa yaptırmı diyenlerde çocuğuna aşı yaptırmayı düşünme durumu anlamlı olarak daha yüksektir. Aşı tereddütü yaşamayanların bilgi puanı daha yüksek olup aradaki fark anlamlıdır ($p<0,001$).
217	B.Nehir Buğdaycı Yalçın, Aylin Yeniocak Tunç, Tayyar Şaşmaz	Mersin İl Merkezinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Aşı Kararsızlığı Veya Reddi İle Karşılaşma Durumu ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması / Kesitsel Tipte Çalışmaya yaş ortanca 40.0 olan 279 aile sağlığı elemanı katıldı. Çalışmaya katılanların son bir yılda 47'sinin (%16.9) aşı kararsızlığı, 59'unun (%21.1) aşı reddi ve 32'sinin de (%11.5) hem aşı kararsızlığı hem de aşı reddi ile karşılaştığı saptandı. Toplamda çalışmaya katılanların 79'unun (%28.3) geçen bir yılda en az bir defa aşı kararsızlığı ve 91'inin de (%32.6) aşı reddi ile karşılaştığı tespit edildi. Geçen bir yılda aşı kararsızlığı ya da aşı reddi ile karşılaşan sağlık elemanlarının oranı %49.5 olarak belirlendi. Aşı kararsızlığı ile karşılaşan sağlık elemanlarının 70'inin (%88.6) KKK, 68'inin (%86.1) 5'li karma ve Hepatit A aşısına karşı kararsızlıkla karşılaştığı tespit edildi. Aşı reddi ile karşılaşan sağlık elemanlarının 87'sinin (%95.6) Hepatit A, 85'inin (%93.4) 5'li karma ve 82'sinin de (%90.1) OPA aşısının reddedilmesiyle karşılaştığı belirlendi.

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
234	Ahmet Naci Emecen, Ferhat Arslan, Ayşe Gülsen Teker ve ark.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında İl Düzeyinde Tüberküloz Hızlarının Mekânsal Analizi Global mekânsal otokorelasyon analizine göre 2005-2017 yılları arasında Türkiye’de tüberküloz enfeksiyonu insidansı pozitif mekânsal otokorelasyon göstermekteydi [$p=0.001$, EBI Moran’s I: median (min-max):0.47 (0.43-0.59)]. Lokal soğuk-sıcak kümelenme analizine göre Batı Marmara illeri ve Kocaeli’nin her yıl sıcak kümelenmeye dahil olduğu görüldü ($p<0.05$). İstanbul, 2016 yılı dışındaki tüm yıllarda; Bursa, on üç yıllık periyodun yedisinde sıcak kümelenme içindeydi ($p<0.05$). Soğuk kümelenmeler yıllara göre değişmekle birlikte periyodun çoğunda Batı Anadolu, Orta Anadolu ve Akdeniz illerini içine alan bölgede oluşmuştu. 2017 yılında sıcak kümelenme Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Çanakkale, Balıkesir, Bursa, İstanbul, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Zonguldak, Bartın’ı içine alan bölgede, soğuk kümelenme ise Konya, Aksaray, Nevşehir, Kayseri, Antalya, Burdur illerinde saptandı ($p<0.05$).
241	Erkan Büyükdemirci, Fatma Nur Baran Aksakal	Ankara İl Merkezindeki Bazı Aile Hekimlerinin Erişkin Aşılama Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi / Kesitsel Tipte Araştırmaya katılanların %61,6’sı 45-54 yaş aralığında, %58,0’i kadın, %85,3’ü evli, %80,2’si pratisyen hekim ve %55,1’i 21-30 yıldır hekimlik yapmaktadır. Hekimlerin %54,2’si erişkin hastaların aşılama durumunu bazen sorguluyorken, %22,7’si nadiren sorgulamaktadır. Hekimlerin %51,5’i erişkin aşılarını bazen önerirken, %24,3’ü nadiren aşı önermektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, uzman hekim olma, hekimlik yapma süresi ve aile hekimliği yapma süresine göre muayeneye gelen erişkin hastalarına aşı önerme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
264	Celalettin Çevik, Soner Güneş, Sultan Eser ve ark.	Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutumları Ölçeğinin (Pacv) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri / Metodolojik Tipte Araştırma grubundaki ebeveynlerin %68,2’si kadın, %85,3’ünün gelir algısı yeterli, %68,7’sinin tek çocuğa sahip, yaş ortalaması ebeveynlerde 30.84±5.15, çocuklarda 3.24±1.63’tir. Ölçeğin dağılım özellikleri taban ve tavan etkileri ölçeğin ölçme becerisinin istenilen sınırlar içindedir. Cronbach alfa değeri sırasıyla (Davranış boyutunda 0.266, tutum boyutunda, 0.665, güvenlik boyutunda 0.568, toplamda 0.676’dır. Test tekrar test sonuçlarının iyi olduğu görülmektedir (ICC:0.93, $p<0.001$). Açıklayıcı faktör analizinde KMO:0.77, toplam açıklanan varyans %57.41’dir. DFA uyum göstergeleri iyidir (X^2/sd :1.87, RMSEA:0.0652, CFI:0.949, NFI: 0.90 NNFI:0.92 IFI:0.95, GFI:0.92, RFI:0.85 AGFI:0.86). Bilinen gruplar geçerliliğine göre ölçeğin ayırt edici olduğu bulunmuştur.
353	Sevcan Hürtürk, Emine Gökçen Selçuk, Ahmet Önder Porsuk	Lüleburgaz Serviks Kanseri Taramalarında Hpv Dna Pozitif Olgularda Negatifleşmenin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Çalışmaya tip 16 ve 18 dışında HPV DNA pozitifliği saptanan 63 tarama sonucu dahil edildi. Katılımcıların taramaya katıldıkları yıldaki yaşlarının ortalaması 49,08±8,5 idi. İlk taramada en sık görülen ilk üç HPV tipi sırasıyla tip 31 (%17,4), tip 52(%14,2) ve tip 68 (%14,2) idi. İlk taramada pozitif olan HPV tipleri serviks kanseri riski yönünden sınıflandırıldığında sonuçların %71,4’ü yüksek risk, %19’u orta derecede risk ve %9,5’si düşük ve/veya bilinmeyen risk grubundaydı. İlk taramada HPV DNA pozitif olan olguların %34,9’u kontrol taramasında negatifleşmişti. Negatifleşen olguların %68,2’sinde ilk taramada yüksek risk grubundaki HPV tipleri pozitifti. Kontrol taramasını yaptırmayanların oranı %30,2 idi.
366	Neşe Bulut Kısaoğlu, Yonca Sönmez	Bir İlçede Yaşayan 30-65 Yaş Kadınların Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programına Uyumları/ Kesitsel Tipte Katılımcıların yaş ortalaması 44,61±9,59 olup %61,8’i lise ve üstü eğitimlidir. Bilgi testinden alınan puan ortalaması 13,4±4,1 (0-20)’dir. Yaşam boyu en çok kondom kullandığını belirten kadınların oranı %29,0’dır. Sağlık inanç Ölçeğinden yarar ve motivasyon alt boyutundan 32,2±4,5 (8-40), engel algısı alt boyutundan 31,4±8,6 (14-70), ciddiyet algısı alt boyutundan 22,0±5,7 (7-35), duyarlılık algısı alt boyutundan 7,2±2,3 (3-15), sağlık motivasyonu alt boyutundan 9,9±2,5(3-15) puan alınmıştır. Hayat boyu en az bir kez serviks kanseri tarama testi yaptıran %73,2 iken ulusal tarama standartlarına uyum %65,3’tür. Lojistik regresyon analizi sonucunda 60-65 yaşa göre 40-49 yaşındakilerin 2,89 kat, 50-59 yaşındakilerin 2,67 kat daha fazla tarama standardına uyduğu bulunmuştur..

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
773	Caner Baysan, Ayşe Nur Usturalı Mut	Tüberkülozun Küresel Düzeyde İlişkili Olduğu Faktörler: Ekolojik Çalışma/ Ekolojik Tipte DSÖ bölgelerine göre TB insidans ortancaları Güneydoğu Asya Bölgesinde 211; Afrika Bölgesinde 177; Batı Pasifik Bölgesinde 84; Amerika'da 26; Doğu Akdeniz 24; Avrupa ise 12 idi. Spearman korelasyon analizine göre; ülkelerin TB insidansı ile sigara içen nüfus yüzdesi , temel hizmetler için toplam devlet harcamalarının yüzdesi , uluslararası göçmen sıklığı, İGİ , doğumda yaşam beklentisi, beklenen eğitim süresi , ortalama eğitim süresi ve kişi başına gayri safi milli gelir arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Kentsel havadaki PM 2.5 yoğunluk ortalaması, HIV insidansı ve hava kirliliğine bağlı ölümler ile TB insidansı arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı($p<0,001$).
782	Ayşe Ferdane Oğuzöncül, Osman Kurt, Süleyman Erhan Deveci	Kuduz Şüpheli Temas Nedeniyle Başvuran Olguların Kuduz Hastalığı Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte Araştırma kapsamına alınan olguların %60.2'si erkek olup, yaş ortalaması 33.80 ± 17.64 'tür. Olguların %56.5'inde temas edilen hayvan kedidir. Tüm temasların %59.3'ü ısırma ve %40.7'si tırmalama şeklinde olup temas eden hayvanların %63.0'ı sahihsiz olduğu görülmüştür. Evinde kuduz bulaştırma riski olan hayvan besleyenlerin %71.0'i hayvanının aşısını yaptırmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %87.0'si temas sonrası 0-12 saat içerisinde hastaneye başvurmuştur. Hastaların kuduz konusundaki bilgi puan ortalaması 10.51 ± 1.73 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel fark bulunmuştur ve bu fark ilköğretim ve altı grubu ile üniversite mezunu grubu arasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$).
784	Aysun Aras	Aile Hekimlerinin Aşı Reddi Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Aile hekimlerinin %45'i kadın olup, yaş ortalamaları 37.3 ± 8.4 , meslekte ortalama çalışma süreleri ise 11.3 ± 7.5 yıldır. Katılımcıların %70'i sorumlu oldukları nüfusta aşı reddi ile karşılaşmış ve 2019 yılı ilk 6 ayında hekim başına ortalama aşı reddi sayısı 1 idi. Hekimlerin %65.8'i toplumda aşı reddinin dini, %70'i ise aşıların içinde bulunan katkı maddeleri nedeniyle olduğu görüşündeydi. Aile hekimlerinin %92.5'i ailelerin internet ve sosyal medya kaynaklı haberlerden etkilenecek aşı reddine karar verdiklerini belirtmişti. Hekimlerin %66.7'si tıp fakültesinde başışıklama ve aşı reddi konusunda ders içeriklerinin artırılması gerektiğini düşünüyordu. Katılımcıların %66.7'si aşı reddinde bulunan sağlık çalışanlarının topluma olumsuz örnek olduğunu ve vakaların artmasında rol oynadığını düşünüyordu.
789	Ahmet Ergin, Ceyda Gökçen Gökdeniz, Bilge Betül Kılıç	Bir Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Aşılar Karşı Bilgi ve Tutumunun Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte Araştırmaya 338 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $21,4\pm 3,1$ 'dir. Katılımcıların bilgi puanı ortalaması $9,4\pm 5,7$ ve tutum puanı ortalaması $62,7\pm 10,9$ 'dir. Dönem 6 öğrencilerinin bilgi puanı daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Yapılan çoklu analize göre aşılar hakkında birinci sınıf olanlarda, (B:-5,7 %95 GA:4,6-6,6 $p<0,001$), Hepatit B aşısını olmayanlarda (B:-1,7 %95 GA:0,6-2,7 $p=0,002$), ücretli aşıları bilmeyenlerde (B:-1,64 %95 GA:0,4-2,8 $p=0,006$) ve ücretli aşıları devlet karşılırsa yaptırmam/bilmiyorum diyenlerde (B:-2,6 %95 GA:1,4-3,7 $p<0,001$) bilgi puanı daha düşük saptanmıştır. Ücretli aşıları bilmeyenlerde (B:-4,2 %95 GA:1,8-6,7 $p=0,001$) ve ücretli aşıları yaptırmam/bilmiyorum diyenlerde (B:-4,4 %95 GA:1,9-6,8 $p<0,001$) tutum puanı daha düşük saptanmıştır.
793	Leyla Tekdemir, Ahmet Öztürk, Elçin Balcı ve ark.	Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Aşı Karşıtlığı Durumu / Kesitsel Tipte Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 41.2 ± 16.0 yıldır. Katılanların %54.9'u kadındır, %39.3'ü ilköğretim ve altı öğrenim düzeyindedir. Çalışmaya katılanların % 5.5'i kendisini aşı karşıtı olarak ifade etmiştir, aşı kararsızlığı oranı ise %16.3'tür. Aşı karşıtlığı ve kararsızlığı oranı; 51 ve üstü yaş grubunda, kasaba/köyde yaşayanlarda, öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda ve aşıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığını belirtenlerde anlamlı olarak daha yüksektir. Aşı karşıtı olduklarını belirtenlerde; aşılanma yerine hastalığı geçirerek bağıışıklık/direnç kazanma tercihi, tv ve medyadan atkilenme, aşıların içinde bulunan zararlı maddelerin ağır yan etkilere veya hastalıklara neden olduğu düşüncesi, aşıların içeriğinde dinen yasak/günah maddeler olduğunu düşünme ve 'aşı üreten firmaların kar elde etmesi için gereksiz aşılar yapıyor' ifadesine kesinlikle katılım, aşı karşıtı olmayan ya da aşı kararsız olanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.001$).

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1198	Kübra Gündüz Cebeci , Dilek Aslan, Selim Güler ve ark	Yaşlılık Dönemi Aşılması İle İlgili Son Beş Yılda “Pubmed” Kapsamındaki Makalelerin İncelenmesi: Sistematiik Derleme Denemesi / Sistematiik Derleme Makalelerin %85,5'i özgün makale/araştırma, %9,5'i derleme, %2,6'sı kısa yazı, %1,4'ü olgu sunumu türünde makalelerdir. Bu araştırmaların %64,5'i influenza, %24'ü pnömokok, %21'i zoster, %4,7'si tetanos, %4,2'si hepatit B aşılarını konu edinmiştir. Yapılan araştırmaların %44,2'si kamu kurumları tarafından, %23,47'si ilaç firmaları tarafından, %11,41'i araştırmacılar tarafından, %10,77'si de bilimsel araştırma toplulukları tarafından finanse edilmiştir. İncelenen makalelerin %31,2'si tanımlayıcı, %20,9'u kohort, %16,2'si müdahale, %15,0'i kesitsel, %9,8'i vaka-kontrol, %6,7'si de derleme tipi araştırmalardır. Araştırmalar incelendiğinde %84,4'ünde aşı-bağışıklama, %42,6 etkinlik, %10,0'ı maliyet-etkinlik, %9,8'i aşı-moleküler, %3,7 aşı güvenliği, %1,9'u da yan etkiler konusunu içermektedir.
1202	Celalettin Çevik, Soner Güneş, İremnur Ersan ve ark.	Balkesir İl Merkezindeki İki Asm Bölgesindeki 0-14 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Aşı Tereddüdü, Aşıya İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Etkili Faktörler / Kesitsel Tipte Araştırma grubunun %43,8'i 31-40 yaş aralığında, %56,5'i kadındır. Araştırma grubunun bilgi puan ortalaması 19.85±3.06 olup %51,6'sının bilgi puanı yeterlidir, tutum puan ortalaması 17.74±3.67 olup %33,56'sının tutum puanı yeterlidir. Katılımcıların %13,8'i aşı yaptırma konusunda tereddütleri olduğunu belirtmiştir.(%59 yan etki nedeniyle). Lojistik regresyon analizinde anlamlı çıkan değişkenler bağımlı değişkenin %14'ünü açıklamaktadır. Aşı tereddüdü olma durumu erkeklerde 2.32 kat (%95 GA 1.12-4.79), aşının zaman takibini kendi yapanlarda 4.09 kat (%95 GA 1.32-12.63) aşı ile ilgili eğitim almayanlarda 3.51 kat (%95 GA 1.18-10.47) yüksektir.
1204	Ayşen Til, Nevzat Atalay Çelikyürek	Türkiye'de Çocukluk Dönemi Aşılarında Bilgi Kaynağı Olarak Youtube: 2011-2018 / Tanımlayıcı Tipte Videoların yayınlanma tarihle en fazla 2018 yılına (38 tane) ait video olduğu bulunmuştur. 2012 yılında konu ile ilgili yayınlanan videoya ulaşılammıştır. Videoların 40'ı aşı dostu, 8'i tarafsız ve 10'u aşı karşıtı içeriğe sahiptir. Aşı dostu videoların daha fazla sağlık profesyonelleri veya tıp merkezleri tarafından, aşı karşıtı videoların ise daha fazla sağlık dışı kişi ya da organizasyonlar tarafından yayımlandığı tespit edilmiş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Tarafsız videoların izlenme sayısı aşı dostu ve aşı karşıtı videoların izlenme sayısına göre daha yüksek bulunmuş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007).
1209	Ramazan Ali Güneş, Birgül Özçirpıcı, Neriman Aydın	Bir İlçede 12-23 Aylık Çocukların Aşılama Durumlarının Lot Kalite Tekniğı İle Değerlendirilmesi / Kesitsel Tipte Katılan çocukların %88,2(n=246)'si TC vatandaşı, %11,8'i Suriye uyrukludur. Aşılama ile ilgili bilgiler %50,2'si kartla, %30,8'i anamnezle, %19'u her ikisi ile elde edildi. Uyruklara göre dağılımı sırasıyla kentsel yerleşimde (%81,3, %18,7), kırsal yerleşimde (%96,4 - %3,6)'dir(p<0,000). Aşı kartı bulunma sıklığı uyruklara göre sırasıyla %67,5 ve %81,6'dır (p=0,094). Çocukların %98,9'una su çiçeğı aşısı , diğer aşılar %99,6 oranında yapılmıştı. Lot kalite standartlarına göre bakıldığında, çocukların %49,8'i tam aşıllı, %49,8'i eksik aşıllı , %0,4'ü ise aşısız idi. T.C. vatandaşı ve Suriye uyruklu çocuklarda tam aşıllı çocuk sıklığı sırasıyla %48,4 ve %60,6'dır(p=0,008). Aşı yaptırılmama sebebi 'Ne zaman yaptıracağını bilmeme' ve 'Nerede yaptıracağını bilmeme' olarak belirlendi. Yerleşim yerine göre kentsel ve kırsal olarak tam aşıllı çocuk sıklığı sırasıyla %34,8 ve %68,5'di (p<0,000).
1298	Abidin Demirbağ, Gül Ergör, İbrahim Cem Aydemir ve ark	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Çalışanlarının 2014-2018 Yılları Arası İnfluenza Aşısı Yaptırma Durumları / Kesitsel-Tanımlayıcı Tipte 2014 yılında 65 kişi (%1.62) , 2015 yılında 46 kişi (%1.15) , 2016 yılında 58 kişi (%1.45) , 2017 yılında 71 kişi (%1.77) , 2018 yılında ise 74 kişi (%1.85) kişi aşı yaptırmıştır. Aşı yaptırılanların meslek dağılımları ; 2014 yılında 29 (%45) doktor, 10 (%15) hemşire, 26 (%40) sağlık personeli, 2015 yılında 22 (%48) doktor, 15 (%33) hemşire, 9 (%19) diğer sağlık personeli, 2016 yılında 36(%62) doktor, 1 (%2) hemşire, 21 (%36) diğer sağlık personeli, 2017 yılında 43 (%60) doktor, 0 hemşire, 28 (%40) diğer sağlık personeli, 2018 yılında ise 58 doktor (%78), hemşire 0 hemşire, 16 diğer sağlık personeli (%22) şeklindedir.

2019/ 3. ULUSLARARASI – 21. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI - ANTALYA — DEVAMI

Sayfa No	Araştırmacılar	Özet Bulgular
1299	Sultan Hasdemir, Nilden Hatice Arslan, Şule Özdemir ve ark.	Çocuk Hastanesine Başvuran Ebeveynlerin Aşılardan Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Katılımcıların yaş ortalaması 33,5±6,8 yıl, %32,0'si ilkököl, %25,7'si lise, % 21,6'sı üniversite mezunu ve %79,6'sı ev hanımıydı. Açık uçlu sorulara alınan yanıtlara göre, %84,6'sı aşının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yaradığını, %63,9'u aşı yapılmazsa bulaşıcı hastalıkların artacağını ifade etti. 'Sizce aşılardan yan etkisi var mıdır?' sorusuna %87,6'sı 'evet' cevabını verdi. Bilinen en sık yan etkiler sırasıyla %79,2 ateş, %30,4 kızamık ve %27 alerjiydi. 'Sizce rutin aşılardan hangi durumda ertelenebilir?' sorusuna %68,0 'bir hastalık olduğunda, %24,9'u -bilmiyorum ve %5,4'ü ertelenemez diye cevapladı. 'Aşılardan hakkında hiç bilgi aldınız mı?' sorusuna %4,0'ü 'hayır' diye ifade etti. Bilgi alanların kaynakları sorgulandığında % 30,6'sı doktordan, % 76,9'u hemşireden, %4,7'si internette bilgi aldıklarını belirtti. 'Aşı nerede yapılır?' sorusuna %76'sı aile hekimliğinde, %3,7'si hastanede ve % 18,9'u aile hekimliği ve hastanede şeklinde cevapladı.
1306	Abidin Demirbağ, Abdurrahman Gülmez, Ayça Arzu Sayiner ve ark.	Sağlık Çalışanlarında İnfluenza Aşısı Yaptırmayı Etkileyen Faktörler / Kesitsel Tipte Çalışmaya 232 sağlık çalışanı katılmıştır (Ulaşma oranı %58). Araştırmaya katılanların % 68.5'i kadın, %55.6'sı evli, %19'u evde 5 yaş altında bir çocukla yaşamakta, %12'si evde 65 yaş üstü yaşlı ile beraber yaşamakta, %50.9 hekim, % 26.3'ü hemşire ve %22.8'i diğer sağlık çalışanıdır. Araştırma grubunun %56.5'i aşının faydalı olduğunu düşünmekte, %61.2'si aşısı başkalarına önermekte, %63.8'i aşısı güvenli bulmakta ve %33.0'ü gelecek sezon aşı yapmayı düşünmektedir. Sezonda aşı yaptıran kişi sayısı 23 olup aşı kapsayıcılığı %9.9 olarak bulunmuştur. Yapılan analizlerde daha önce aşı yaptırmış olanların daha önce yaptırmamış olanlardan (OR:4.8 GA:% 95 2.8-8.3) ve doktorların diğer meslek gruplarından (OR:4.9 GA:%95 2.7-8.9) daha fazla influenza aşısı yaptırdıkları tespit edilmiştir. (p<0.05)
1308	Esra Daharlı, Sinan Yılmaz	Erzurum Verem Savaş Dispanseri'nde 2012-2018 Yılları Arasında Takip Edilen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Hastaların yaş ortalaması 40.43±19.81 yıl ve %59.2'si (n=385) kadındı, %61.1'i evli, %40.9'u ev hanımıydı. Vakaların %59.9'u okuma-yazma biliyor ya da ilkököl düzeyinde eğitim almış ve %88.3'ünde temas öyküsü bulunmuyordu. Kayıtlarda, direkt yayma yapıma durumu vakaların %34.9'unda, kültür yapıma durumu ise %13.5'inde belirtilmişti. Direkt balgam yayması yapılan olguların %25.5'i, kültür yapılanların ise %11.4'ü müspet olarak raporlanmış; olguların %22.0'sine ise biyopsi ile tanı konulmuştu. Hastaların %55.8'i akciğer dışı, %42.6'sı akciğer tutulumu ve %1.5'inde ikisi birlikte bulunuyordu. Akciğer dışı tutulum en sık lenf nodlarında, en az larinks ve meme de görülmüştü. TB olgularının %81.7'sinde herhangi bir ek hastalık yoktu. TB olgularının %92.2'sini yeni vakalar oluşturmuyordu. Vakaların ortalama tedavi süresi 8.59±3.71 aydı. Olguların %92.9'u (n=604) tedavi tamamlama ile sonuçlandırmış.
1356	Sabriye Uçan Yamaç / Aysun Güzel	Kadınların Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi / Tanımlayıcı Tipte Katılanların yaş ortalaması 42,00±8,07 (en az=30,00; en fazla=65,00) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %62,8'i ilkököl mezundur ve %72,9'u çalışmamaktadır. Kadınların %94,9'u rahim ağzı kanserini duymuştur; %40,8'i rahim ağzı kanseri konusunda orta düzeyde bilgililer ve rahim ağzı kanseri bilgisini %41,8'i doktorlardan, %41,5'i ebelerden almıştır. Kadınların %15,5'inin birinci derece yakınlarında kanserli bireyler bulunurken; %65,3'ü rahim ağzı kanserinin önlenilebileceğini düşünmektedir. Kadınların %46,2'si HPV'yi duymuştur ve HPV bilgisi olanlar bu bilgiyi %24,8 doktorlardan, %23,6 ebelerden almıştır. Kadınların %14,4'ü HPV'nin cinsel yolla, temasla ve ortak eşyayla bulaşabileceğini ifade etmiştir. Kadınların %41,9'u HPV aşısı vurulabilecek yaş grubunda olsaydı aşısı kendine yapabileceğini, %36,1'i HPV aşısını çocuğuna yapabileceğini ifade etmiştir.

Su ve Gıda Kaynaklı > Hastalıklar

66

DOÇ. DR. ZAHİDE KOŞAN • ARŞ. GÖR. DR. ESRA YAVUZ

Giriş

Çevresel faktörler, insanoğlunun en önemli ölüm sebepleri arasındadır. Yeryüzündeki majör hastalıkların ve yaralanmaların %80'inden fazlasında çevresel faktörlerin rolü olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2012 yılında global olarak meydana gelen 12.6 milyon ölümün %23'ünün çevresel etmenlerle ilişkili olduğunu bildirmektedir ⁽¹⁾.

Çevresel faktörler arasında su ve gıda kaynaklı hastalıklar (SGKH) özel bir öneme sahiptir. Her yıl milyonlarca çocuk akut ishalleri hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin büyük kısmı muhtemelen kontamine su ve gıdalardan kaynaklanmaktadır. Halk sağlığı açısından bu iki kaynağın ayrıcalıklı bir önemi vardır. Bununla beraber, subklinik birçok vaka kayıtlara geçmediğinden SGKH'nin gerçek sıklığını değerlendirmek oldukça zordur. Diğer yandan bu hastalıklar sıklıkla kayıtların yetersiz olduğu gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerde görülmektedir. Ancak, SGKH sadece az gelişmiş ülkelerin sorunu değildir. Gelişmiş ülkeler için de önemli bir sağlık problemidir. Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine dayanılarak; 1981 yılında gıda ile nakledilen majör patojen ve nonspesifik ajanlara bağlı her yıl 47.8 milyon hastalık, 127 839 yatış ve 3037 ölüm olduğu tahmin edilmiştir ^(2,3).

İki yüz elliden fazla SGKH tanımlanmıştır. Bu hastalıkların çoğu, gıda ile bulaşabilen bakteri, virüs ya da parazitlerin oluşturduğu enfeksiyonlardır. En sık hastalık yapan patojenler Salmonella, Cam-

pylobacter ve Enterohemorajik Escherichia coli'dir. Ayrıca gıdalara bulaşan toksin ve kimyasalların neden olduğu zehirlenmeler de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir.

Sürveyans ve araştırma verilerinin yeterince iyi olmaması nedeniyle bugün için gıda kaynaklı hastalık yüküne ilişkin güvenilir global bir tahminde bulunmak zordur. Keza, ülkelerin çoğunda gastrointestinal hastalığı, gıda kaynaklı bir sebebe bağlamak da zordur. Konuya dair bilimsel temele dayalı öngörülerde bulunmak amacıyla DSÖ ilgili uzmanlarla uluslararası iş birliği çalışmaları yürütmektedir. Ancak bu araştırmalar, aşırı derecede kompleks bir süreçtir ⁽⁴⁾.

ABD'de suyla ilişkili hastalık verilerini toplayıp değerlendirmek için "Su Kaynaklı Hastalıklar ve Salgınlar Sürveyans Sistemi" [Water-borne Disease and Outbreak Surveillance System (WBDOSS)] kurulmuştur. Diğer gelişmiş ülkelerde de benzer izleme sistemleri vardır. ABD ve diğer gelişmiş ülkelerdeki izleme sistemleri, suyla bulaşan hastalıklara ilişkin çok sayıda araştırmanın yapılmasını mümkün kılmıştır ⁽⁵⁻⁹⁾.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre su ile ilişkili hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık olarak 2 335 000 kişi hayatını yitirmektedir. Aşağıda **Tablo 66.1**'de de görüldüğü üzere en sık ölüme sebebiyet veren hastalıklar arasında özellikle 0-4 yaş grubu çocuklarda görülen ishalleri hastalıklar (4 milyon), sıtma (1-2 milyon) ve şistozomiyazis (200 000) ilk 3 sırada yer almaktadır ⁽¹⁰⁾.

Tablo 66.1 Su ile İlişkili Hastalıkların Dünyadaki Durumu

Hastalık	Hasta Sayısı	Ölüm Sayısı	Riskli Kişi
Kolera	400 Bin	30-40 Bin	?
Tifo ve Paratifo	1 Milyon	25 Milyon	?
İshalli Hastalıklar	1.5 Milyar	4 Milyon	2 Milyar
Poliomyelit	204 Bin	25 Bin	?
Askariyazis	1 Milyar	20 Bin	?
Trahom	6-9 Milyon	---	500 Milyon
Şistozomiyazis	200 Milyon	200 Bin	600 Milyon
Sıtma	267 Milyon	1-2 Milyon	2.1 Milyar
Onkoserkiyazis	18 Milyon	20-50 Bin	85-90 Milyon
Afrika Uyku Hastalığı	200 Bin	---	50 Milyon

Dünyada Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar

Enfeksiyon temelli SGK

Gıda kaynaklı hastalıklar, mikroorganizma veya toksik kimyasallarla kontamine olmuş gıda ürünlerinin (su dahil) yenmesi ile oluşur. Kontaminasyon riski, üretimden tüketime kadar olan tüm gıda zinciri boyunca bulunur. Risk toprak, su ve havanın kirliliği ile ilişkilidir. Gıda kaynaklı hastalıklarda su majör rolü oynamasına karşın, kaynağın gıda ya da su olduğu konusunda kesin bir ayırım yapmak genellikle zordur çünkü; su-gıda işlenmesi, hazırlanması ve üretim proseslerinin ana bileşenidir. Kirli sularla buz yapılması ve gıdaların yıkanması ek faktörlerdir ⁽¹¹⁾.

DSÖ tarafından 2007 yılında dünyada gıda kaynaklı hastalıkların yükünü araştırmak amacıyla Gıda Kaynaklı Hastalık Yükü Epidemiyoloji Referans Grup [Food-borne Disease Burden Epidemiology Reference Group (FERG)] kurulmuştur. DSÖ-FERG 2015 yılında, kontamine gıdaların insan sağlığı üzerine etkilerini araştıran ilk raporunu yayınlamıştır ⁽⁴⁾. Bu rapor, global olarak gıda kaynaklı hastalık insidansını, mortalitesini ve gıda kaynaklı hastalık yükünü "Yeti Yitimine Uyarlanmış Yaşam Yılı" [disability-adjusted life years (DALYs)] olarak değerlendiren ilk rapordur. Raporun önemli projeksiyonlarından biri çocuk ölümlerine dikkat çekmesidir. Rapora göre; gıdaya bağlı ölümlerin % 30'u 5 yaşın altındaki çocuklarda olmaktadır. Oysaki adı geçen grup dünya nüfusunun sadece % 9'unu teşkil etmektedir. Zararlı bakteri, virüs, parazit veya

kimyasal maddeler içeren bozuk gıdalar ishalden kansere kadar uzanan 200 den fazla hastalığa yol açmaktadır. Öngörülerden birine göre; her yıl dünya çapında 600 milyon insan yani, neredeyse her 10 insandan biri, kontamine gıdaları yedikten sonra hastalanmakta ve 420 000 kişi ölmektedir. Bu durumun, 33 milyon DALYs ile sonuçlandığı hesaplanmıştır ⁽⁴⁾. Her yıl 125 000 ölümlerle, gıdaya bağlı hastalık yükünün %40'ını 5 yaşın altındaki çocukların taşıdığı tahmin edilmiştir. İshalli hastalık, kontamine gıdaların yenmesine bağlı olarak en sık görülen hastalıktır ve her yıl 550 milyon kişinin hastalanmasına ve 230 000 ölüme yol açmaktadır ⁽⁴⁾.

Rapor, gıda kaynaklı hastalık yükünü bölgesel olarak değerlendirmektedir:

DSÖ Afrika Bölgesi Raporu

Afrika bölgesi, nüfus başına gıda kaynaklı hastalık yükünün en fazla olduğu yer olarak tahmin edilmektedir. Her yıl 91 milyondan fazla insanın hastalanacağı ve 137 000 ölüm olacağı tahmin edilmiştir. Afrika bölgesinde, ishaller hastalıklar ölümlerin %70'inden sorumlu tutulmaktadır. Nontifoidal salmonella yılda 32 000 ölümlerle bu bölgede ölümlerin çoğundan sorumludur. Bu bölgedeki gıdaya bağlı hastalıkların %10'u ise Taenia solium enfestasyonundan kaynaklanmaktadır ⁽⁴⁾.

DSÖ Güneydoğu Asya Bölgesi Raporu

Güneydoğu Asya bölgesi, Afrika'dan sonra nüfus başına gıda kaynaklı hastalık yükünün ikinci sıklıkta olduğu bölgedir. Buna karşılık, yıllık 150 milyon vaka ve 175 000 ölüm ile sayısal olarak en fazla

gıda kaynaklı hastalık ve ölümün görüldüğü bölgedir. Güneydoğu Asya bölgesinde, 5 yaşın altındaki çocukların yılda yaklaşık olarak 60 milyonu gıda kaynaklı sebeplerden hastalanmakta ve 50 000 tanesi ölmektedir ⁽⁴⁾.

DSÖ Amerika Bölgesi Raporu

Amerika Bölgesi, dünya çapında nüfus başına gıda kaynaklı hastalık yükünün en az olduğu ikinci bölge olarak bildirilmiştir. Bununla beraber, bu bölgede her yıl 77 milyon insanın kontamine gıdalardan hastalanacağı ve 9000 ölüm olacağı tahmin edilmektedir. Her yıl hastalananlardan 31 milyonun 5 yaş altı çocuklar olacağı ve 2000'den fazlasının öleceği öngörülmektedir ⁽⁴⁾.

DSÖ Avrupa Bölgesi Raporu

Avrupa Bölgesi, gıda kaynaklı hastalık yükünün en az olduğu bölgedir. Her yıl bölgedeki 23 milyondan fazla kişinin güvensiz gıdalar nedeniyle hastalanacağı ve 5000 ölüm olacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Bölgesinde, ishali hastalıklar gıdaya bağlı hastalıkların büyük kısmından sorumludur. Nörovirus enfeksiyonları 15 milyon vaka ile başta gelen sebeptir. Bunu 5 milyon vaka ile Campylobacteriosis izlemektedir. Nontifooidal salmonellosis, yıllık yaklaşık 2000 ölümle en yüksek ölüm oranına sahiptir. Gıda kaynaklı toxoplazmozis az pişmiş veya çiğ et ve gıdalarla yayılır ve her yıl bölgedeki bir milyondan fazla kişiyi etkileyebilir ki bu da gıda kaynaklı hastalık yükünün %20'sine tekabül etmektedir. Listeria enfeksiyonlarının, Avrupa bölgesinde yıllık 400 ölümden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir ⁽⁴⁾.

- DSÖ verilerine göre 2015-2020 yılları arasında dünya genelinde toplam 40 ülkede 10 farklı etkene bağlı su ve besin kaynaklı salgınlar görülmüştür (kolera %50, Listeriosis %10 ve Hepatit E %10).
- Salgınların %77,5'i Afrika kıtasında %10'u ise Avrupa kıtasında görülmüştür.
- Salgınların en sık görüldüğü 2 ülke Tanzanya (%10) ve Nijerya (%10)'dur.
- Salgınların bulaş yoluna baktığımızda %75'i su ve besin kaynaklı, %22,5'i besin kaynaklı, %2,5'i su kaynaklıdır.
- Kesin tanıli vaka sayısı: 2 428 573, şüpheli vaka sayısı: 877 251, ölen insan sayısı: 6797 olarak gerçekleşmiştir.

- Salgınların %35'i 2018 ve %30'u 2017 yılında meydana gelmiştir ⁽¹²⁾.
- Bu salgınlardan en büyük çaplı olanı 2016 yılında Yemen'de başlayan ve günümüzde hala devam etmekte olan kolera salgınıdır. Bu salgında 2 236 570 vaka bildirimi yapılmış olup 3886 ölüm meydana gelmiştir ⁽¹³⁾.

Nonenfeksiyöz SGKH

Gıdaların kimyasal maddelerle kontaminasyonu SGKH'lerin önemli bir sebebidir. Tabii olarak oluşan toksinler; mikotoksinler, siyanojenik glikozidler, deniz biyotoksinleri ve zehirli mantarlarda bulunan toksinler SGKH'lerin küçük bir kısmından sorumludur. Mısır veya tahıl gibi kurutulmuş gıdalar, yüksek miktarda aflatoksin gibi mikotoksinler içerebilir. Uzun süreli maruziyet, immün sistemi, normal gelişimi bozabilir veya kansere yol açabilir. Endüstriyel üretimin ve atık yakma fırınlarının bir ürünü olan Dioxin ve poliklorinli bifenil gibi organik kirleticilerin sürekliliği durumunda bu maddeler çevrede ve insan vücudunda birikebilir. Dioksinler bir hayli toksiktir ve immün sisteme, hormonal sisteme, üreme sistemine, büyüme gelişmeye zarar verebilir ve kansere sebep olabilir. İnsan sağlığı açısından çok yönlü etkileri olan, kurşun, civa, kadmiyum gibi ağır metaller, bunlarla bulaşmış gıdaların yenmesi ile insan vücuduna geçerler ⁽¹⁴⁾.

Türkiye'de Su ve Gıda Kaynaklı Hastalıklar

Ülkemizde akut barsak enfeksiyonları surveyansı 2005 yılında; haftalık olarak, Mayıs-ekim ayları arasında uygulanmaya başlanmıştır. 2009 yılına gelindiğinde; 10 ilde, günlük akut barsak enfeksiyonları surveyansına geçilmiştir. 2010 yılından bu yana da tüm Türkiye'de, tüm yıl boyunca, günlük akut barsak enfeksiyonları surveyansı uygulanmaktadır ⁽¹⁵⁾. Daha önceki yıllarda ise su ve gıda kaynaklı hastalıklar bildirim zorunlu hastalıklar arasında bulunmaktaydı. Bu sayede su ve gıda kaynaklı salgınlara neden olan etkenler, geçmişte de incelenmekte ve raporlanmaktaydı.

30.05.2007 tarihinde 26537 sayılı resmi gazete de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Surveyansı ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nde Erken Uyarı ve Cevap Sistemi (EUCS); biyolojik, çevresel, kimyasal, radyolojik ve nükleer etkenler ile kaynağı bilin-

meyen ve salgın yapma potansiyeli taşıyan durum ve olaylarla ilgili, zamanında veri ve bilgi toplayan, analiz eden, entegre sürveyans ile yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeydeki ani gelişen halk sağlığı tehditlerinin yayılmasını önleme ve kontrol etmeyi içeren faaliyetler olarak tanımlanmıştır⁽¹⁶⁾. Akut Barsak Enfeksiyonlarında uygulanan sendromik sürveyans kapsamında Erken Uyarı ve Cevap Sistemi ile, TSİM veri tabanı üzerinden uyarıların erken tespiti sağlanmaktadır.

Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar için sendromik sürveyans sisteminin verileri kullanılarak tespit edilen; Saha Epidemiyolojisi Konferanslarında sunulmuş olan salgın incelemeleri, fiyasyon raporları ve Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı'nın verilerinden yararlanmak suretiyle hangi etkenlerin ülkemizde daha öncelikli ola-

rak salgınlara yol açtığı hakkında bilgi sahibi olabilmekteyiz. Son sekiz yılda yaşanan salgınları bu veri kaynakları ışığında incelediğimizde; E.coli, S. Aureus ve Nörovirüs etkenlerinin ön planda olduğu çok etkenli akut gastroenteritler ve gıda kaynaklı birçok besin zehirlenmesinin daha sık görüldüğü, ayrıca içme suyu kaynaklı tularemi, kontamine su ve gıdalarla bulaşan hepatit A salgınlarının hâlâ önemini koruduğu anlaşılmaktadır^(17,18,19). Bununla birlikte bakteriyel patojenlere bağlı görülen AGE salgınlarında ise sırasıyla Salmonella spp., Campylobacter spp., Shigella spp., VTEC suşlarının öne çıktığı görülmektedir⁽²⁰⁾.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı bildirim zorunlu hastalıklar hakkındaki verileri toplamaktadır. Salmonella, Shigella ve Campylobacter türleri, D grubu bildirim zorunlu hastalıklar grubuna girmekte-

Tablo 66.2 Son 8 Yılda Ülkemizde Yaşanan Su ve Besin Kaynaklı Salgınlar (Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansları)

Salgın/Etken	Kaynak/Bulaş Yolu	İl	Tarih	Vaka Sayısı	Atak Hızı (%)
Çok Etkenli	Su	Erzurum	Aralık 2012	-	-
Hepatit A	Gıda	Malatya	Mart 2013	32	12,9
Çok Etkenli	Gıda	Ankara	Mayıs-Ekim 2013	-	-
Orofaringeal Tularemi	Su	Bayburt	Temmuz-Ağustos 2013	59	19
S.aureus	Gıda	Muğla	Aralık 2013	136	16
Etken Tespit Edilememiş	Gıda	Ankara	Mart 2014	111	32,1
S.aureus	Gıda	Manisa	Nisan 2014	145	-
Tularemi	Su	İzmir	Nisan 2014	16	8
Salmonella	Gıda	Osmaniye	Nisan 2014	343	79
Etken Tespit Edilememiş	Gıda	Manisa	Haziran 2014	108	23,6
Stafilokok	Gıda	Düzce	Haziran 2014	118	44,5
Çok Etkenli	Gıda	İzmir	Temmuz 2014	674	22,2
Etken Tespit Edilememiş	Gıda	Afyonkarahisar	Ağustos 2014	112	64,4
Etken Tespit Edilememiş	Gıda	Sakarya	Eylül 2014	65	71,4
Çok Etkenli	Su	Kütahya	Ekim 2014	7148	2,8
Shigella sonnei	Su	Bayburt	Ekim 2014	854	1,3
Non-typhoid Salmonella	Gıda	Antalya	Ekim 2014	64	62,7
S. aureus, B. Cereus, E.coli	Gıda	Kayseri	Kasım 2014	92	37,7
Tularemi	Su	Afyonkarahisar	Ocak 2015	29	20
Etken Tespit Edilememiş	Gıda	Aksaray, Niğde, Nevşehir	Haziran 2015	406	34
Nörovirüs	Gıda	Muğla	Kasım 2015	717	52,5
Çok Etkenli	Su	Yalova	Temmuz 2016	3342	10,3
E.coli, Nörovirüs	Gıda	Ankara	Ağustos 2016	250	15,4
E.coli, Nörovirüs	Su	Kahramanmaraş	Ağustos 2016	34490	24,5
Çok Etkenli	Su	Aksaray	Nisan 2017	332	4,1
Nörovirüs	Su	Ordu	Ağustos 2017	1426	0,8
E.coli, Nörovirüs	Gıda	Eskişehir	Kasım 2017	224	38,6
Çok Etkenli	Su	Sakarya	Ağustos 20018	3235	Kadın:12,6 Erkek:8,9

dir ve bildirim sistemine ek olarak, Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı (UEPLA) kapsamında, sınırlı sayıda gönüllü hastaneden suşlar ve verileri Ulusal Enterik Patojenler Referans Laboratuvarı'na gönderilmektedir⁽²⁰⁾.

UEPLA verileri her yıl düzenli olarak raporlanmasına rağmen Türkiye'deki tüm hastaneler bu sürveyans ağına dahil edilmediklerinden; paylaşılan UEPLA verileri Türkiye'deki AGE salgınlarında etkilenen kişi sayısını ve etkenlerdeki değişim durumunu tam olarak yansıtmamaktadır. Ulusal saha epidemiyolojisi toplantılarında sunulan ve ülkemizde 2012 yılından bu yana saptanan su ve gıda kaynaklı salgınlar ve vaka sayılarına **Tablo 66.2**'de yer verilmiştir.

Kaynaklar

- 1) WHO, 2016. Preventing Disease through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks.
- 2) Scallan E, Griffin PM, Angulo FJ, Tauxe RV, Hoekstra RM. Foodborne illness acquired in the United States—unspecified agents. *Emerg Infect Dis* 2011;17:16–22.
- 3) Scallan E, Hoekstra RM, Angulo FJ, Tauxe RV, Widdowson MA, Roy SL, et al. Foodborne illness acquired in the United States—major pathogens. *Emerg Infect Dis* 2011;17:7–15.
- 4) WHO, 2015c. WHO Estimates of the Global Burden of Foodborne Diseases. Available online: [Accessed]. http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/fergreport/en/.
- 5) Beer, K.D., Gargano, J.W., Roberts, V.A., Reses, H.E., Hill, V.R., Garrison, L.E., Kutty, P.R., Hilborn, E.D., Wade, T.J., Fullerton, K.E., Yoder, J.S., 2015. Outbreaks Associated With Environmental and Undetermined Water Exposures, United States, 2011–2012.
- 6) Benedict, K.M., Reses, H., Vigar, M., Roth, D.M., Roberts, V.A., Mattioli, M., Cooley, L.A., Hilborn, E.D., Wade, T.J., Fullerton, K.E., Yoder, J.S., Hill, V.R., 2015. Surveillance for Waterborne Disease Outbreaks Associated with Drinking Water, United States, 2013–2014.
- 7) FOPH, 2018. Current Outbreaks and Epidemics. Available online: [Accessed]. <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbarekrankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien.html>.
- 8) Gibney, K.B., O'Toole, J., Sinclair, M., Leder, K., 2017. Burden of disease attributed to waterborne transmission of selected enteric pathogens, Australia, 2010. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 96 (6), 1400–1403.
- 9) Pons, W., Young, I., Truong, J., Jones-Bitton, A., McEwen, S., Pintar, K., Papadopoulos, A., 2015. A systematic review of waterborne disease outbreaks associated with small non-community drinking water systems in Canada and the United States. *PLoS One*
- 10) Köksal, S. İçme ve Kullanma Suları. <http://www.ctf.edu.tr/halk/%C3%87evre%20Sa%C4%9F1%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20%C4%B0%C3%A7me%20ve%20Kullanma%20Sular%C4%B1.pdf>. Erişim Tarihi: 09.07.2020
- 11) Kalyoussef S, Feja KN. Foodborne illnesses. *Adv Pediatr.* 2014 Aug;61 (1):287-312. doi: 10.1016/j.yapd.2014.04.003.
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı Seyahat Sağlığı. Dünyadaki salgın hastalıklardan son haberler 2015-2020. <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HaberListesi>. Erişim Tarihi:30.06.2020
- 13) Vikipedi. Yemen'de Kolerla Salgını. [https://tr.wikipedia.org/wiki/Yemen%27de_kolera_salg%C4%B1n%C4%B1_\(2016-%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCz\)](https://tr.wikipedia.org/wiki/Yemen%27de_kolera_salg%C4%B1n%C4%B1_(2016-%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCz)). Erişim Tarihi: 22.05.2020
- 14) Bhaskar SV. Foodborne diseases-disease burden. In: Gupta RK, Dudeja P, Minhas AS, (Eds): *Food Safety in The 21st Century. Public Health Perspective.* Academic Press 2016
- 15) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Akut Barsak Enfeksiyonları Sürveyansı Ocak 2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/akut-bagirsak-enfeksiyonu/liste/akut-barsak-enfeksiyonlari-ishaller-surveyans-sunumu.html>. Erişim Tarihi:13.07.2020
- 16) Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Ve Kontrol Esasları Yönetmeliği Mayıs 2007. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat-No=11347&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 30.06.2020
- 17) 2. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı. Nisan 2014, Ankara <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/konferanslar/liste/2-ulusal-saha-epidemiyolojisi-onferans%C4%B1.html>
- 18) 3. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı. Mayıs 2015, Ankara <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/konferanslar/liste/3-ulusal-saha-epidemiyolojisi-onferans%C4%B1.html>
- 19) 4. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Konferansı. Haziran 2019, Ankara
- 20) Ulusal Enterik Patojenler Laboratuvar Sürveyans Ağı. XXXVII. Türk Mikrobiyoloji Kongresi 16-20 Kasım 2016, Antalya. https://www.tmc-online.org/images/37_kongre/reviziyeye_gulsen.pdf. Erişim Tarihi:02.07.2020



PROF.DR. A.ÖNER KURT • ARŞ. GÖR. DR. FATMA BOZDAĞ

Zoonotik hastalıklar omurgalı hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyonlardır. İnsanda patoloji meydana getiren enfeksiyonların önemli bir kısmı az ya da çok zoonotik özellik gösterir. Son yıllarda yeni ortaya çıkan veya yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları arasında deli dana hastalığı ya da kuş gribi gibi zoonotik hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Diğer yandan, tüberküloz ve çiçek gibi yüzlerce yıldır insandan insana bulaşan birçok önemli hastalık da tarımsal faaliyetlerin yeni başladığı çağların zoonotik hastalıklarıydı.⁽¹⁾

Zoonoz başlığı altına alınabilecek birçok hastalık olmasına karşın bu raporun diğer bölümlerinde su ile bulaşan enfeksiyonlar, vektörlerle bulaşan enfeksiyonlar ya da aşı ile önlenemeyen enfeksiyonlar başlıkları altında da çeşitli zoonozlara yer verilmiştir. Bu bölümde yedi hastalığa ait veriler yer almaktadır.

HASUDER'in bundan önceki süreçte yayımlanan "2012" ve "2014" Yılı Raporlarında, 2000 - 2013 yılları arasındaki veriler mevcuttur. Bu raporda 2014 ve sonraki döneme ait veriler yer almaktadır.

Bruselloz

Halk arasında "mal hastalığı, koyun hastalığı ve peynir hastalığı" isimleriyle bilinen brusella, "Akdeniz ateşi" ve "malta ateşi" olarak da anılır.^(2,1) Enfekte hayvan ürünlerinin (süt, peynir, tereyağı gibi) pastörize edilmeden tüketilmesi veya enfekte hayvan dokusuna veya salgısına bütünlüğü bozulmuş deri ve mukozanın doğrudan temasıyla insanlara

bulaşır, solunum yolu ve vertikal yolla da bulaşabilir. *Brucella abortus*, *B. melitensis*, *B. Suis*, *B. canis* insanda enfeksiyona neden olan türlerdir.⁽²⁾ Türkiye'de insanlarda görülen bruselloz, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır.⁽³⁾

Epidemiyolojisi

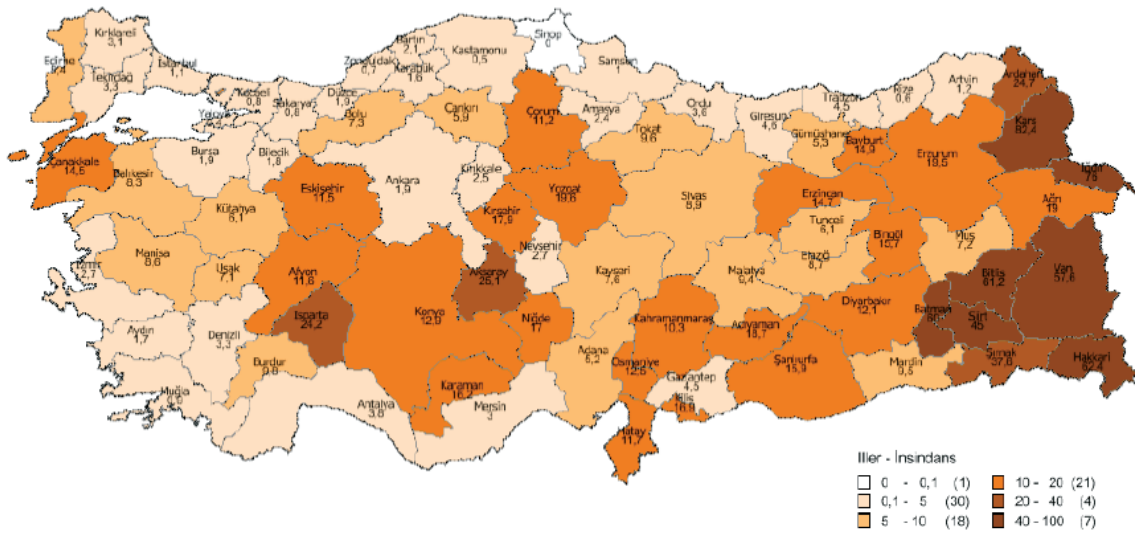
Bruselloz dünyada ve ülkemizde en sık görülen bakteriyel zoonotik enfeksiyondur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde insidansı daha yüksektir. Ülkemizde bütün bölgelerde görülmekle beraber Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha sık gözlenmektedir.⁽²⁾

Sağlık Bakanlığı Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın Türkiye Bruselloz İnsidans Haritası⁴ incelendiğinde 2017 yılında ülkemizin neredeyse tamamında brusella olgularının görüldüğü en yüksek insidansın geçim kaynağında hayvancılığın büyük önem aldığı Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki illerde olduğu görülmektedir. En yüksek insidansa sahip üç ilin Kars (82.4), Iğdır'dır (76.0) ve Hakkâri (62.4) olduğu görülmektedir (**Şekil 67.1**).

Ülkemizdeki 2008-2017 yılları arasında bruselloz vaka ve ölüm sayıları, morbidite, mortalite hızları⁽⁴⁾ değerlendirildiğinde; vaka sayısı, morbidite hızının yıllar içerisinde azalma eğiliminde olduğu, özellikle 2015 yılında yedi yıl öncesine göre yarıdan daha fazla azaldığı ancak 2016 yılından sonra bir artış eğiliminin başladığı görülmektedir. Bunun yanında 2008 yılında görülen bir ölüm sonrasında bir ölüm yaşamaması olumlu bir durumdur.

Tablo 67.1 Türkiye'de 2008-2017 Yılları Arasında Bruselloz Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite, Mortalite Hızları⁽⁴⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	9818	13,73	1	0,01
2009	72.561.312	9385	12,93	0	0,00
2010	73.722.988	7703	10,45	0	0,00
2011	74.724.269	7177	9,60	0	0,00
2012	75.627.384	6759	8,94	0	0,00
2013	76.667.864	7225	9,42	0	0,00
2014	77.695.904	4475	5,76	0	0,00
2015	78.741.053	4173	5,30	0	0,00
2016	79.814.871	5148	6,45	0	0,00
2017	80.810.525	6457	7,99	0	0,00

Bruselloz İnsidans Haritası, Türkiye, 2017**Şekil 67.1** Türkiye Bruselloz İnsidans Haritası⁽⁴⁾.

Sağlık Bakanlığının bildirim sistemi ve kayıtlar üzerinden hazırladığı verinin yanında bazıları risk gruplarından oluşan örneklemede bazıları da topluma dayalı çalışmalardan seçilmiş örneklerden elde edilen seroprevalans araştırma sonuçları **Tablo 67.2'**de yer almaktadır.

Şırnak'ta 2017-2018 yılları arasında takip edilen 83 brusella hastasının değerlendirildiği çalışmada olguların %39.7'sinin ev hanımı, %25.3'ünün hayvancılıkla uğraştığı %2.3'ünün ise çoban olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %78.3'ünde taze peynir tüketimi risk faktörü olarak belirlenmiştir.⁽¹⁴⁾

Veteriner Kontrol Merkez Araştırma Enstitüsü Yetiştirme Teşhis Laboratuvarının sorumlu olduğu 13 ilden 2007-2011 yılları arasında abort yapı-

lan bruselloz riski taşıyan 30.944 kan serumunun %22.34'ünde brucella antikor pozitif olduğu belirtilirken, tarım işletmelerinden gönderilen 13.244 sığır serumunda ise antikor pozitifliği tespit edilemediği bildirilmektedir.⁽¹⁵⁾

Şanlıurfa'da 178 süt ve 80 ev yapımı peynirin brucella açısından değerlendirildiği bir çalışmada inek sütlerinin %18.75'inde, keçi sütlerinin %7.6'sında, koyun sütlerinin ise %6.1'inde PCR sonucu pozitif olduğu bildirilmektedir. Peynir örneklerinin %13.9'unda da PCR sonucu brucella pozitifliği saptandığı bildirilmektedir.⁽¹⁶⁾

İğdır ili ve çevresindeki ilçelerde brucella açısından yüksek riskli gruplarda (hayvancılık, çiftçilik yapan) yapılan çalışmada gönüllülerin %6.7'sinin

Tablo 67.2 Ülkemizde 2014 yılı sonrasında yayımlanan brusella seroloji çalışmaları

Bölge	Yayın yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Sero pozitiflik %	Test Yöntemi
İstanbul ve çevre iller ⁽⁶⁾	2018	Kasım 2005 - Aralık 2011	Hastanede brusella ön tanısı alan kişiler	4344	3.0	Rose Bengal ve serum tüp aglütinasyonu
Şanlıurfa ⁽⁶⁾	2015	Ocak-Nisan 2010	18 yaş üstü gönüllüler	1050	3.7 0.9	Rose Bengal Serum tüp aglütinasyon
Artvin ⁽⁷⁾	2015	Ocak 2010 - Mart 2013	Hastanede brusella ön tanısı alan kişiler	1580	8.35 6.07	Rose Bengal Serum tüp aglütinasyonu
İğdir ⁽⁸⁾	2016	Haziran - Ekim 2012	İğdir ve yakın çevresindeki ilçelerde yaşayan yüksek riskli gruplar	358	6.7	Serum tüp aglütinasyon
Çorum ⁽⁹⁾	2016	2012 - 2013	Özel bir hastanede brusella ön tanısı alan kişiler	653	11.7	Serum tüp aglütinasyon
Muğla ⁽¹⁰⁾	2015	Kasım 2013 - Ağustos 2014	Gönüllü veteriner hekim ve teknisyenleri	125	5.6 2.4	Rose Bengal Tüp aglütinasyon ve coombs
Yozgat ⁽¹¹⁾	2019	Ekim 2013 - Kasım 2014	1-15 yaş arası sağlıklı, hastaneye başvuran çocuklar	238	IgG: 1.6	IgM ve IgG Elisa
İstanbul ⁽¹²⁾	2019	Mart 2013 – Mart 2017	Hastanede brusella ön tanısı alan kişiler	6045	1.2 0.6 Toplam: 1.8	Rose Bengal + serum tüp aglütinasyon Rose Bengal veya serum tüp aglütinasyon pozitifken coombs pozitif
Tokat ⁽¹³⁾	2020	Ağustos 2018 - Ekim 2019	Hastanede brusella ön tanısı alan kişiler	2630	1.03 0.9	Rose Bengal Elisa

brusella seropozitif olduğu ve seropozitiflik açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada değerlendirilen 189 hayvandan alınan süt örneklerinin %22.75'inin brusella açısından seropozitif olduğu koyun ve keçilerdeki seroprevalans (%26.92) oranının sığırlara göre (%17.65) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmektedir.⁽⁸⁾

Kutanöz Leishmaniasis (Şark Çıbanı)

Ülkemizde endemik olan Kutanöz Leishmaniasis (KL) ve Visseral Leishmaniasisin (VL) etkeni olan Leishmania parazitleri tatarcık (kum sinekleri) aracılığıyla insanlara bulaşır. KL kendiliğinden iyileşebilen bir hastalıktır. Ülkemizde A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır. VL (Kala-Azar) ise tedavi edilmediğinde ölümcül seyredebilir ve C Grubu Bildirim Zorunlu Hastalıklar arasında yer almaktadır. KL halk arasında "Şark Çıbanı" olarak bilinir, kendiliğinden iyileştiğinde genellikle lezyonun olduğu yerde deri seviyesine göre çökük iz bırakan ve şekil bozukluğuna yol açan bir deri hastalığıdır.⁽²⁾

Epidemiolojisi

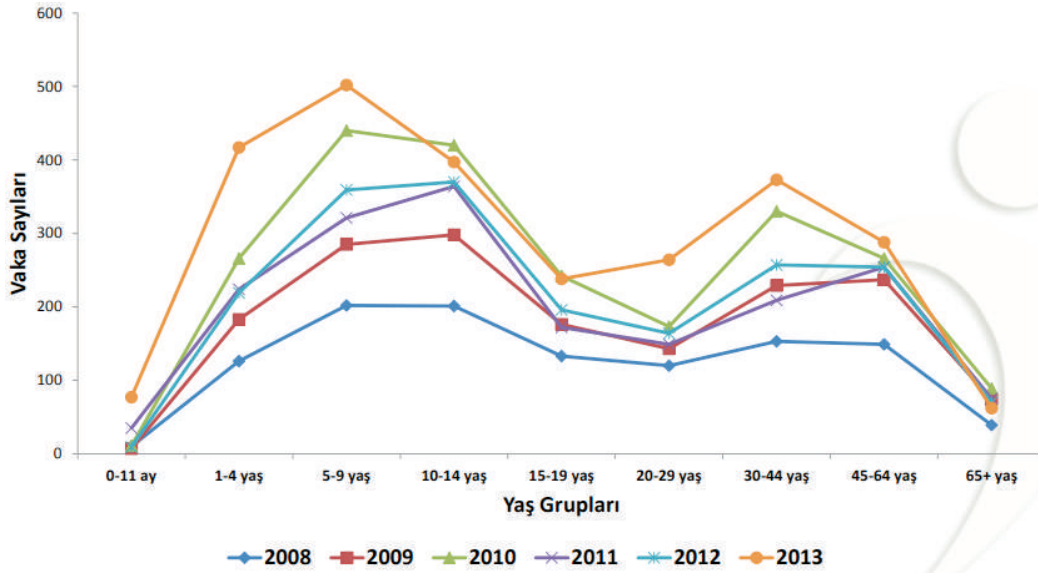
Çoğu tropik ve subtropik olan 102 ülkede endemiktir. Ülkemizde yıllık 25-30 VL vakası bildirilirken, göçmenler de dâhil edildiğinde 2.500-3.000 KL vakası bildirilmektedir. Ülkemizde 1990-2010 arasında vakalar en fazla Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan Şanlıurfa'da bildirilmiştir. Günümüzde Çukurova, Ege, Marmara, Orta Anadolu, Batı Karadeniz gibi bölgelerimiz de hastalığın endemik olduğu yerler arasındadır. Ülkemizde L. Tropica zaman zaman epidemilere sebep olur, L. Infantum ve diğer türler de bazı vakalarda izole edilmiştir.^(2,17)

Sağlık Bakanlığı Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı'nın Türkiye'de 2008-2017 yılları arasında KL morbidite hızının 2008 yılında yüzbinde 1.58 ile en düşük olduğu ve 2013 yılında 6.99 ile üç kattan fazla artış gösterdiği görülmektedir. Sonraki yıllarda azalma olsa da KL morbidite hızı halen yüksek seyretmektedir. Bu on yıllık süreçte KL nedeni ölüm bildirilmemiştir (Tablo 67.3).

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2008 yılında hemen her yaşta KL vakası görülürken 2009 yılından itibaren 5-9 ve 30-34 yaş grubunda kümelendiği ve bu kümelenmenin 2013 yılında pik yaptığı görülmektedir⁽¹⁹⁾ (Şekil 67.2).

Tablo 67.3 Türkiye'de 2008-2017 yılları arasında KL vaka sayıları, morbidite ve mortalite hızları⁽¹⁸⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	1.133	1,58	0	0,00
2009	72.561.312	1.632	2,25	0	0,00
2010	73.722.988	2.237	3,03	0	0,00
2011	74.724.269	1.803	2,41	0	0,00
2012	75.627.384	2.015	2,66	0	0,00
2013	76.667.864	5.362	6,99	0	0,00
2014	77.695.904	4.350	5,60	0	0,00
2015	78.741.053	2.811	3,57	0	0,00
2016	79.814.871	2.563	3,21	0	0,00
2017	80.810.525	2.460	3,04	0	0,00

**Şekil 67.2** Türkiye'de 2008-2013 yılları arasında KL olgularının yıl ve yaşa göre dağılımı⁽¹⁹⁾

Şanlıurfa'da 2010-2012 yılları arasında ilköğretimde okuyan 163.464 çocuğun KL için aktif olarak tarandığı çalışmada 455 (%0.3) öğrenciye tanı konmuştur, tanı alan çocukların %54.9'u kızdır ancak cinsiyetle istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmiştir.⁽²⁰⁾

Konya'da 2014 Yılında 1042 sığınmacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların 18'inde (%1.7) şüpheli KL lezyonu bulunmuştur.⁽²¹⁾

Şanlıurfa, Birecik'te yapılan çalışmada Ocak 2014 - Haziran 2015 tarihleri arasında Birecik Toplum Sağlığı Merkezi ve Birecik Devlet Hastane-

si'ne başvuran 178 KL vakası incelenmiş, vakaların %76.4'ünün Suriye uyruklu olduğu ve ülkemize göç ettiği bulunmuştur. Vakaların %50.6'sının 1-10 yaş aralığında bildirilmiştir. Vaka bildirimleri en çok ocak ve şubat aylarında (sırasıyla; %39.3, %24.2) yapılmıştır.⁽²²⁾

Gaziantep'te bir hastanede 2009-2015 yılları arasında şüpheli KL lezyonu olan kişilerde yapılan çalışmada Suriyeli ilk vaka 2012'de tespit edilmiş olmasına rağmen tanı alanların %66'sını Suriyeli hastaların oluşturduğu bildirilmektedir.⁽²³⁾ Gaziantep'te 635 KL vakasının değerlendirildiği başka

bir çalışmada vakaların %89.4'ünün Suriye uyruklu, %22'sinin 5-9, %26.5'inin 10-19 yaş aralığında olduğu, en fazla vakanın ocak ve şubat aylarında görüldüğü rapor edilmiştir.⁽²⁴⁾ Bir diğer çalışmada 900 KL vakası değerlendirilmiş, %93.8'inin Suriyeli, %68.3'ünün 0-20 yaş arasında olduğu görülmüştür.⁽²⁵⁾ Adana'da 2009-2014 yılları arasında KL tanısı alan 1646 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada, 2011 yılında en yüksek insidans %₀0.17 olarak bildirilmiş, Suriyelilerin göçüyle beraber bazı ilçelerin vaka sayılarında artış gözlenmiştir.⁽²⁶⁾

Suriyeli göçmenlerde KL gözlenmekte ve etkeni *L. donovani*, *L. tropica*, *L. infantum*, *L. majör* türleri olabilmektedir.^(27,28,29) Ülkemizde yerel *L. tropica*, *L. Majör*, *L. infantum*, *L. donovani* vakaları da bildirilmektedir.^(17,30)

Sonuç olarak; ülkemizde yapılan çalışmalarda KL tanısı alan kişilerin çoğunluğunun Suriye göçmeni olduğu ve vakaların çoğunun 20 yaş altında olduğu, vaka bildirimlerinin ocak ve şubat aylarında fazla olduğu görülmüştür. Suriye iç savaşı nedeniyle göç eden kişilerde KL daha fazla oranda görülmektedir ve insidanda artışa sebep olabilmektedir. Göç ve iklim değişikliğinin etkisiyle etken cinsinde değişiklik de görülmüştür.

Şarbon

Bilinen en eski zoonotik hastalıklardan olan şarbon halk arasında "çoban çıbanı", "karakabarcık" olarak anılır ve etkeni bir bakteri olan *Bacillus anthracis*-tir. Esas olarak ot yiyen hayvanları enfekte eder, bu hayvanlarda salgınlara yol açabilir ve insanlara

direk veya dolaylı temasla bulaşabilir. *B. Anthracis* sporları biyolojik silah olarak da kullanılabilir. Ülkemizde A grubu bildirimi zorunlu hastalık arasındadır.⁽²⁾

Epidemiyolojisi

Türkiye insan ve hayvanlarda görülebilen şarbon açısından hiperendemik bölge olarak sayılmaktadır. 2018 yılı kurban bayramında şarbon sorunu tekrar gündem olmuştur.

Şarbon günümüzde doğal olarak oluşan ve biyolojik silah/biyoterör ilişkili şarbon hastalığı olarak iki grupta değerlendirilmektedir. Vücuda girme şekline göre deri, sindirim sistemi ve akciğer şarbonu klinik tablolarına yol açabilir.

Hayvan yetiştiricileri, çobanlar, mezbaha çalışanları, kasaplar, deri veya yün işleriyle uğraşanlar, veteriner hekimler, laboratuvar çalışanları şarbon için riskli grupta yer alır. Ülkemizde hayvanlar için 1927 yılından beri "Veteriner Kontrol Merkez Araştırma Enstitüsünde" spor aşısı hazırlanmakta ve sahada uygulanmaktadır. Tedavisinde penisilin kullanılabilir ve ülkemizde penisilin ve beta laktamaz karşı henüz direnç bildirilmemiştir.⁽²⁾

Tablo 67.4'e göre 2016 yılından sonra ülkemizde bildirilen şarbon vaka sayılarında ve morbidite hızında önemli bir azalma olduğu görülmektedir.

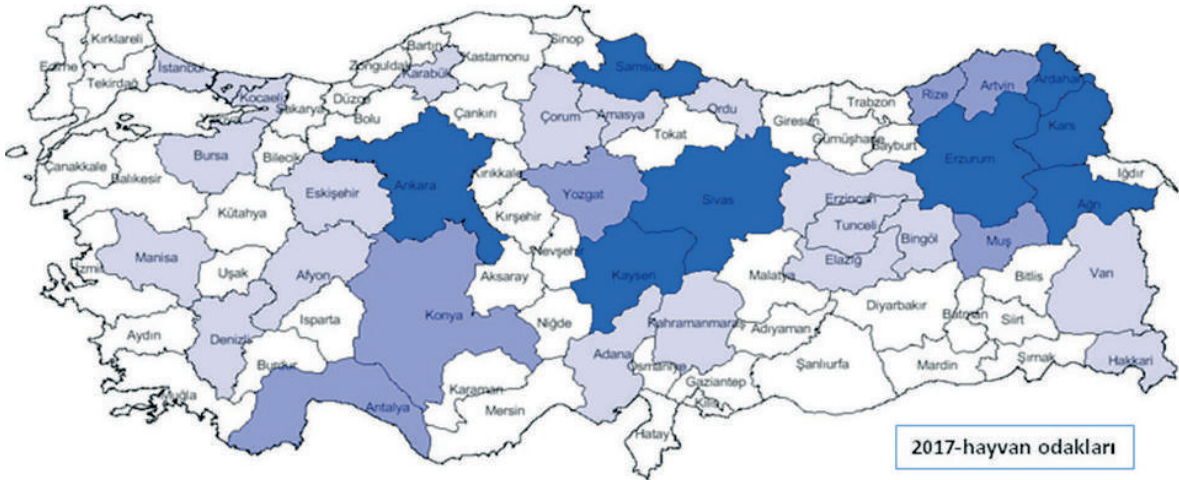
Şekil 67.3 ve **67.4'**te görüldüğü gibi ülkemizde hayvan şarbonu dağılımı ile insan şarbonu dağılımı benzerlik göstermektedir. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesi hayvancılığın yoğun olarak yapıldığı bölgemizdir ve vaka sayıları da diğer bölgelerden daha çok görülmektedir.

Tablo 67.4 Türkiye'de 2008-2017 yılları arasında insan şarbon morbidite ve mortalite hızlarının yıllara göre dağılımı⁽²⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	235	0,33	1	0,01
2009	72.561.312	149	0,21	1	0,01
2010	73.722.988	94	0,13	0	0,00
2011	74.724.269	165	0,22	2	0,03
2012	75.627.384	135	0,18	0	0,00
2013	76.667.864	197	0,26	2	0,03
2014	77.695.904	150	0,19	1	0,01
2015	78.741.053	139	0,18	0	0,00
2016	79.814.871	32	0,04	1	0,01
2017	80.810.525	37	0,05	0	0,00



2017-insan vakaları

Şekil 67.3 2017 yılı insan vakaları⁽²⁾

2017-hayvan odakları

Şekil 67.4 2017 yılı hayvan odakları⁽²⁾

Ülkemizde insanlarda ve hayvanlarda görülen şarbon vakalarının epidemiyolojik özellikleri **Tablo 67.5'**te yer almaktadır.

Kayseri'ye bağlı daha önce hiç hayvan ve insan şarbonunun bildirilmediği bir bölgede meydana gelen salgında önce hayvanlar etkilenmiş, hasta hayvanları kesen, etini yiyen, sütünü içen kişilerde şarbon görülmüştür.⁽³³⁾

Kars'ta yaşayan vaka deri şarbonu tanısıyla takip edilirken nadiren görülebilen sepsis gelişmiş ve tedavi sonrası taburcu olmuştur.⁽⁴¹⁾ Hakkari'de gebe bir kadın deri şarbonu tanısıyla takip ve tedavi (prokain penisilin) edilmiş, doğum sonrasında bebekte herhangi bir sorun olmadığı bildirilmiştir.⁽⁴²⁾ Başka bir çalışmada ölü hayvanla teması olan bir

vakada deri şarbonu görülmüş ve ön kolunda kompartman sendromuna neden olmuştur.⁽⁴³⁾

Konya'da 1999-2015 arasında üst ekstremitte deri şarbonu nedeniyle plastik cerrahide opere vakalarının tarandığı bir çalışmaya yedi hasta dahil edilmiştir. Vakaların altısı erkek ve hepsinin hayvan teması öyküsü olduğu bildirilmiştir.⁽⁴⁴⁾

Sonuç olarak ülkemizde özellikle hayvancılığın yoğun olduğu yerleşim yerlerinde hem hayvan hem de insanlarda şarbonun daha yüksek oranda görüldüğü, hastaların öyküsünde et ya da et ürünü teması öyküsü olduğu, korunmaya yönelik alınan önlemlerin vaka sayısını azaltmakla beraber halen çok sayıda vaka görüldüğü yani şarbonun ülkemiz için halen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu söylenebilir.

Tablo 67.5 Ülkemizde 2014 yılı sonrasında yayımlanan şarbon çalışmaları

Çalışma bölgesi	Yayın yılı	Çalışma zamanı	Çalışma özeti
Doğu illeri ⁽³¹⁾	2016	2008-2014	Retrospektif olarak taranan 82 deri şarbonu vakası incelenmiştir. Vakaların çoğunluğu erkek, çoğunda hayvan kesimi veya çiğ et teması öyküsü mevcut, lezyonlar sıklıkla parmak, el ve kolda tespit edilmiştir. Vakalar en sık ağustos ve eylül aylarında bildirilmiştir.
Yüksekova ⁽³²⁾	2016	2011 Haziran-Temmuz	Retrospektif olarak üç ay içinde tanı alan 46 vaka incelenmiştir. Vakaların çoğunluğu kadın ve lezyonları sıklıkla parmakta ve çoğunun hayvanla teması mevcuttur.
Kayseri ⁽³³⁾	2017	2013-2016	2013 yılında salgının başlangıcında dört kişi deri şarbonu tanısı almış, 23 hayvan ise telef olmuştur. Dokuz kişide ise et ürünlerini tükettikten sonra ishal görülmüş ancak tanıları doğrulanmamıştır.
Ankara ⁽³⁴⁾	2017	2014 Ağustos	18 vakanın incelendiği salgında, vakaların çoğunluğunun erkek olduğu, çoğunluğunda etle veya hayvanla temas öyküsü ve elde lezyon olduğu bildirilmiştir.
Trakya bölgesi ⁽³⁵⁾	2019	2015 Ağustos	Yedi vakanın incelediği salgında, etken kaynağı beş kişide düğün yemeğinde yedikleri sığır eti ve bir kişi de kasaptan aldığı et olarak belirlenmiştir.
Ankara ⁽³⁶⁾	2016	2016	Kurban bayramı sonrasında deri şarbonu tanılı iki vaka iredelenmiştir. İlk vakanın kurban derileriyle teması vardır, ikinci vakaysa kurban kesmiştir.
Afyonkarahisar ⁽³⁷⁾	2016	-	Bir aileden dört kadının, sığır kestikten bir hafta sonra elde lezyonla deri şarbonu tanısı aldığı bildirilmiştir.
Erzurum ⁽³⁸⁾	2016	-	Sığır kesimi yapan iki kadının elinde lezyon görülmüş ve deri şarbonu olarak bildirilmiştir.
Trabzon ⁽³⁹⁾	2018	2018	Aynı köyde yaşayan üç vaka bildirilmiştir. İlk vakanın çiftlikte yaşadığı ve gastrointestinal şarbonndan öldüğü, ikinci vakanın ilk vakaya hastanede bakım verirken çıplak elle kan teması sonucu deri şarbonu geçirdiği ve üçüncü vakanın da deri şarbonu geçirdiği belirtilmektedir.
İstanbul ⁽⁴⁰⁾	2019	-	Deri şarbonu olan 50 kişi çalışmaya dahil edilmiş, kadınlarda daha fazla oranda görüldüğü, çoğunluğunda lezyonun el ve parmaklarda görüldüğü, en sık bulaş kaynağının her iki cins için çiğ et teması olduğu belirtilmiştir.

Tularemia

Etkeni Francisella Tularensis bakterisi olan hastalık “tavşan ateşi-vebası”, “avcı hastalığı”, “Francis hastalığı”, “Ohara hastalığı” olarak da bilinmektedir. Doğal konakçıları fare, tavşan ve kenelerdir; bu hayvanların atıklarıyla kirlenen sular aracılığıyla insanlara bulaşır. Ülkemizde sıklıkla kırsal bölgelerdeki içme-kullanma sularının yetersiz sanitasyonuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ateş, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık gibi grip benzeri semptomlarla başlar. ^(2,45)

Epidemiyoloji

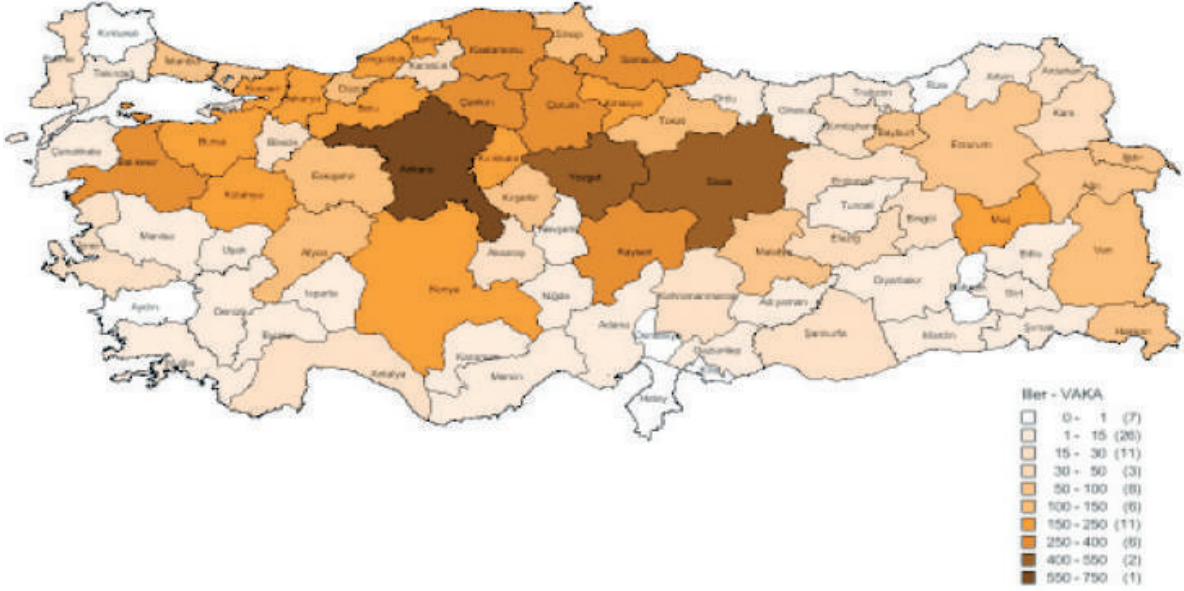
Dünyada kuzey yarım kürede 30-70 enlemler arasındaki bölgede görülmektedir. Ülkemizde ilk tularemia salgını 1936 yılında bildirilmiş, sonraki yıllarda sporadik olgular ve salgınlar gözlenmiştir. Başlıca Marmara ve Karadeniz bölgelerinde bildi-

rilmesine rağmen, tüm bölgelerde görülebilmektedir. Salgınların çoğu su kaynaklıdır. 2005 yılında C grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine dahil edilmiştir. ^(2,45)

Tularemia hastalığı, Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında bu yana web tabanlı bilgi sistemi ile güncel olarak izlenmektedir. ⁽²⁾

Ülkemizde 2005-2018 yılları arasında bildirim yapılan Tularemia vaka yoğunluklarının illere göre dağılımı incelendiğinde en yoğun vaka bildiriminin Ankara, Yozgat ve Sivas illerinde olduğu görülmektedir (**Şekil 67.5**).

Ülkemizde Türkiye’de 2008 yılında yüzbinde 0.10 olan Tularemia morbidite hızı 2010, 2011 yıllarında çok ciddi bir şekilde artarak yüzbinde 2.88’e ulaşmıştır. Halen her yıl 400-500 civarında yeni olgu bildirilmektedir. Bu 10 yıllık süreçte Tularemia enfeksiyonuna bağlı bir ölüm olayı olmamıştır (**Tablo 67.6**).



Şekil 67.5 Türkiye'de 2005-2018 yılları arasında bildiri yapılan Tularemi vakalarının illere göre dağılımı⁽²⁾

Tablo 67.6 2008-2017 yılları arasında görülen Tularemi morbidite ve mortalite hızları⁽⁴⁶⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	71	0,10	0	0,00
2009	72.561.312	428	0,59	0	0,00
2010	73.722.988	1531	2,08	0	0,00
2011	74.724.269	2151	2,88	0	0,00
2012	75.627.384	607	0,80	0	0,00
2013	76.667.864	218	0,28	0	0,00
2014	77.695.904	132	0,17	0	0,00
2015	78.741.053	347	0,44	0	0,00
2016	79.814.871	491	0,62	0	0,00
2017	80.810.525	476	0,59	0	0,00

Ülkemizde 2014 yılı sonrasında Tularemi seroprevalansını değerlendiren çalışmalara bakıldığında çok yüksek seroprevalans oranları göze çarpmaktadır. Bu araştırmaların örnekleminin risk grupları olması seroprevalansı artıran bir neden olabilir (Tablo 67.7).

Van'da 171 hayvandan kan örneği alınarak yapılan bir çalışmada 12 koyun, 3 sığır ve 1 keçi olmak üzere hayvanların 16'sında (%9.4) tularemi açısından seropozitiflik saptanmıştır. Çalışmada, seropozitif çıkan hayvanların sahiplerinde tularemi seropozitifliği tespit edilmemiştir.⁽⁴⁷⁾

Afyonkarahisar'ın Dinar ilçesinde Aralık 2014 ve Ocak 2015 aralığında bildirilen Tularemi vaka

sayılarında artış gözlenmesi sonucunda önlem almak için Mart 2014-Şubat 2015 döneminde tularemi düşündürülen semptomu olan, tanı alan 29 vaka ve 126 kontrolle yapılan çalışmada; olguların kullandığı su deposunun riski arttırdığı belirlenmiştir.⁽⁵²⁾

Samsun'da 2011-2018 döneminde bir hastanede tularemi tanısı alan 16 olgunun değerlendirildiği çalışmada; katılımcıların %93.75'inin çeşme suyu kullandığı, %75'inin kırsal alanda yaşadığı, %68.8'inin içme sularının klorlanmadığı belirlenmiştir.⁽⁵³⁾

Ankara'da 2010-2018 arasında bildirilen 696 tularemi olgusunun incelendiği çalışmada, vakalar

Tablo 67.7 Tularemi seroprevalansını değerlendiren bazı çalışma sonuçları

Bölge	Yayın yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Seroprevalans (%)	Tarama testi
Van ⁽⁴⁷⁾	2015	2012	Kırsal kesimde yaşayan gönüllüler (küme örneklem)	495	3.6	Mikroaglutinasyon testi + Brusella antijen incelemesi (<i>Brusella çapraz reaksiyon kontrolü için</i>)
Diyarbakır ve çevre iller ⁽⁴⁸⁾	2020	2015	Kan bağışçıları	1503	1.3	Mikroaglutinasyon testi + Rose Bengal testi (<i>Brusella çapraz reaksiyon kontrolü için</i>)
Kars ⁽⁴⁹⁾	2016	-	Hayvanlarla temas halinde çalışanlar (çiftçi, veteriner, kasap, avcı)	201	7.46 (Çiftçi, veteriner)	Mikroaglutinasyon testi
Elazığ ⁽⁵⁰⁾	2018	-	Risk grubu (avcı, ve av hayvanı / ürünüyle uğraşan) ve kontrol grubu	Riskli: 60 Kontrol: 50 Toplam: 110	3.3 0.0	Mikroaglutinasyon testi
Trakya ⁽⁵¹⁾	2019	Ocak 2016	Yüksek riskli bölge ve kontrol grubu	Riskli: 397 Kontrol: 349 Toplam: 746	0.0	Mikroaglutinasyon testi

genellikle kırsal alanda görülmüştür. Kırsal alana yapılan ziyaretlerde kontamine gıdaların tüketilmesi, şişede taşınan içme kullanma suların kullanılmasının bulaş açısından risk oluşturduğu görülmüştür. Yaz aylarında olgu sayıları diğer aylara göre daha düşükken, en yüksek olgu şubat ayında görülmüştür.⁽⁵⁴⁾

Yozgat'ta 2010-2016 yılları arasında 525 tularemi vakasının değerlendirildiği çalışmada ilkbahar ve kış aylarında daha fazla olgu görüldüğü belirlenmiştir. Olguların %88.1'i orofarengeal formdadır.⁽⁵⁵⁾

Erzurum'da bir hastanede yapılan çalışmada 2011-2016 arasında 26 orofarengeal tularemi vakası incelendiğinde, vakaların %76.9'unun kırsal bölgede yaşadığı, %65.4'ünün hayvancılıkla uğraştığı belirlenmiştir. Vakaların çoğu ilkbahar-kış aylarında hastaneye başvurmıştır.⁽⁵⁶⁾

Kastamonu'da yapılan çalışmada en sık bildirilen Tularemi hastalığı orofarengeal formdur.⁽⁵⁷⁾

Yapılan çalışmalar sonucunda; Ülkemizde *F. tularensis*'in rezervuarlarının/vektörlerinin hangi canlılar olduğu ve doğadaki suların kontamine olma dinamiklerinin tam olarak bilinmediğini, kış ve ilkbahar aylarında daha fazla görüldüğünü, avcılık ya da besicilik dahil hayvanlarla temas durumunda riskin arttığı, kontamine su kaynaklarının ve gıdaların bulaş da büyük rol oynadığı ve orofa-

ringeal formun daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.

Toksoplazmoz

Hastalık Toksoplazma gondii isimli parazitin, kedi dışkıyla kontamine su, çiğ veya az pişmiş et veya diğer gıdaların tüketilmesiyle bulaşır. Kediler etkenin en temel kaynağıdır, gebe enfeksiyonu ilk kez geçiriyorsa plesantal geçiş olabilir, organ ve doku nakliyle de bulaşabilir. İnsanlara sıklıkla çiğ veya az pişmiş etlerin tüketilmesiyle bulaşır. Ülkemizde C grubu bildirim zorunlu hastalıklar grubundadır.⁽²⁾

Epidemiyoloji

Dünya nüfusunun yaklaşık %25-30'unun toksoplazma ile enfekte olduğu varsayılmaktadır. Ülkemizde prevelansı yüksek bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda seroprevalansın %10-85 arasında olduğu ve en yüksek seroprevalansın ise Güneydoğu Anadolu'da olduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de zamanla bildirilen Toksoplazmoz olgularının, morbidite hızlarının arttığı görülmektedir⁽²⁾ (Tablo 67.8).

Ülkemizde yürütülen Toksoplazmoz seroprevalansını değerlendiren çalışma sonuçlarına göre IgG pozitiflik yani geçirilmiş enfeksiyon oranının %18.8 ile %63 arasında olduğu bildirilmektedir (Tablo 67.9).

Tablo 67.8 Türkiye'de 2008-2017 yılları arasında Toksoplazmoz vaka ve ölüm sayıları, morbidite-mortalite hızları⁽²⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	29	0,04	0	0,00
2009	72.561.312	55	0,08	0	0,00
2010	73.722.988	41	0,06	0	0,00
2011	74.724.269	80	0,11	0	0,00
2012	75.627.384	95	0,13	0	0,00
2013	76.667.864	119	0,16	0	0,00
2014	77.695.904	109	0,14	0	0,00
2015	78.741.053	147	0,19	0	0,00
2016	79.814.871	200	0,25	0	0,00
2017	80.810.525	389	0,48	1	0,01

Tablo 67.9 Toksoplazmoz seroprevalansını değerlendiren bazı çalışma sonuçları

Bölge	Yayın Yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Seropozitiflik	Laboratuvar yöntemi
İstanbul ⁽⁵⁸⁾	2018	2006-2017	HIV tanılı kişiler	614	IgM= %0.0, IgG= %43.5	ELİSA
Aydın ⁽⁵⁹⁾	2019	2007-2017	Hastanede çalışılan kan örnekleri	8095	IgM= %1.6, IgG= %31.5	ELİSA ve IFA
Hatay ⁽⁶⁰⁾	2017	2009-2016	Gebelik takibi için hastane başvurusu	11564	IgM= %3.9, IgG= %48.7	ECLIA ve CMIA
Bolu ⁽⁶¹⁾	2018	2010-2016	Hastanede çalışılan kan örnekleri	IgM= 13671 IgG= 4079	%1.2 %21.0	ELİSA
Bingöl ⁽⁶²⁾	2017	2011-2016	Gebelik takibi için hastane başvuruları	10178	IgM= %2.0 ,IgG= %63.0	Elektro Kemilüminesans İmmün test (ECLIA)
Mersin ⁽⁶³⁾	2019	2012-2017	Gebelik takibi için hastane başvuruları	3474	IgM= %7.66	Mikropartikül enzim immünoassay
Isparta ⁽⁶⁴⁾	2017	2013	Gebelik takibi için hastane başvurusu	IgM= 1937 IgG= 1213	%1.8 %28.4	ELİSA
Ordu ⁽⁶⁵⁾	2017	2013-2014	Gebelik takibi için hastane başvurusu	IgM= 1397 IgG= 1394	%1.6 %27.6	Electro chemiluminescence immunoassay ve chemiluminescent microparticle immunoassay
Çorum ⁽⁶⁶⁾	2017	2013-2015	Lenfadenopatisi olan erişkinler	239	IgM ve/veya IgG= %26.78	Kemilüminesans mikropartikül enzimimmünoassay
Erzurum ⁽⁶⁷⁾	2018	2013-2016	Gebelik takibi için hastane başvurusu	IgM= 25525 IgG= 16433	%0.6 %31.0	ELİSA
Konya ⁽⁶⁸⁾	2018	2013-2016	Hastanede çalışılan kan örnekleri	7051	IgM= %2.4, IgG= %29.5	Enzyme Linked Fluorescence Assay
Muğla ⁽⁶⁹⁾	2017	2014-2015	Gebelik takibi için hastane başvuruları	191	IgM= %3.7, IgG= %18.8	Seroloji
İzmir ⁽⁷⁰⁾	2017	2014-2016	Gebelik takibi için hastane başvurusu	7513	IgM= %1.9, IgG= %32.3	Chemiluminescent enzyme immunoassay
Isparta ⁽⁷¹⁾	2020	2014-2018	Hastanede çalışılan kan örnekleri	5454	IgM= %3.8, IgG= %25.5	Chemiluminescent immunoassay ve enzyme-linked fluorescent assay

Tablo 67.9 Toksoplazmoz seroprevalansını değerlendiren bazı çalışma sonuçları

Bölge	Yayın Yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Seropozitiflik	Laboratuvar yöntemi
Ankara ⁽⁷²⁾	2016	2015	Gebelik takibi için hastane başvurusu	235	IgM= %0.9, IgG= %27.4	ELİSA
Ankara ⁽⁷³⁾	2016	2015-2016	Lenfadenopatisi olan çocuklar	117	%1.7 (tanı alan çocuk)	-
Diyarbakır ⁽⁷⁴⁾	2019	2016-2018	Gebelik takibi için hastane başvuruları	8175	IgM= %1.1, IgG= %34.9	Enzim immünassay (EIA)
Rize ⁽⁷⁵⁾	2019	2016-2018	Gebelik takibi için hastane başvurusu	3490	IgM= %0.83, IgG= %33.64	Chemiluminescent immunoassay
Kayseri ⁽⁷⁶⁾	2018	2017-2018	Gebelik takibi için hastane başvurusu	10200	IgM= %1.0, IgG= %28.9	ELISA
İzmir ⁽⁷⁷⁾	2019	2018	Gebelik takibi için başvuru	817	IgG= %36.2	ELISA

Çalışma sonuçlarına göre IgM pozitifliğinin yaş ilerledikçe azaldığı bildirilmiştir.^(62,63) IgG seropozitifliği ise yaşla beraber artmaktadır.^(58,67,71) Bir HIV + hastada Toksoplazma ensefaliti olgusu bildirilmiştir.⁽⁷⁸⁾

Ordu'da otizm spektrum bozukluğu olan ve olmayan çocuklarda Toksoplazma seropozitifliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).⁽⁷⁹⁾

Ülkemizde bir tavukta doğal yoldan bulaşan Toksoplazma gondii enfeksiyonu tespit edilmiştir.⁽⁸¹⁾ Kedi, köpek, koyun, keçi, at, sığır, deve, güvercin, bıldırcın, kaz gibi hayvanlarda da toksoplazma seropozitifliği bildirilmiştir.⁽⁸¹⁾

Leptospiroz

Patojen *Leptospira* türlerinin fare, kedi, köpek ve diğer hayvanlardan insanlara bulaşmasıyla ortaya çıkan, yaygın vaskülitte karakterize bir hastalıktır. "Bataklık humması", "7 gün humması", "domuz çobanı hastalığı", "Weil hastalığı" isimleriyle anılmaktadır. Yaklaşık on tane tanımlanmış patojen türü vardır, ülkemizde en sık *L. İcterohaemorrhagiae* görülür. Sıcak ve nemli ortamlarda uzun süre ya-

şayabildiği için tropikal bölgelerde yaygındır. Asıl konağı olan hayvanlarda kronik böbrek hastalığına neden olur, idrarla yayılır. İnsana sıklıkla taşıyıcı memelilerin idrarıyla temas sonrası bulaşır. Suyun kontaminasyonu salgınlara neden olabilir. Kanalizasyon işçileri, sulu tarımla uğraşanlar, hayvanla temas halinde çalışan meslek grupları, kömür işçileri riskli grupta çalışan kişilerdir, erkeklerde daha sık görülür. Ülkemizde C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer alır.⁽²⁾

Epidemioloji

Hastalık yaz ve erken sonbaharda pik yapar. İnsanlarda seroepidemiolojik çalışmalarda pozitiflik oranı %2-12, hayvanlarda ise %3,5-63,3 olarak bildirilmiştir.⁽²⁾

Ülkemizde yürütülen Leptospiroz seroprevalansını değerlendiren iki çalışma sonucuna göre seropozitiflik oranının %0.0 ile %12 arasında olduğu bildirilmektedir (Tablo 67.10). Leptospiroz vaka sunumları değerlendirilince hastalığa yakalanan bireylerde anikterik ateş, akut böbrek yetmezliğinden ölüme kadar uzanan bir klinik tablonun ortaya çıktığı bildirilmektedir (Tablo 67.11).

Tablo 67.10 Türkiye'de yapılan bazı Leptospiroz seroloji çalışmaları

Bölge	Yayın Yılı	Çalışma zamanı	Örneklem yapısı	Örneklem büyüklüğü	Seropozitiflik	Test yöntemi
Zonguldak, Bartın ⁽⁸²⁾	2019	2013	Kömür madeni işçileri	185	%0.0	Mikroskopik aglütinasyon testi (MAT)
Çorum ⁽⁸³⁾	2019	2014-2015	Mezbaha çalışanları	25	%12	ELİSA

Tablo 67.12 Türkiye’de yapılan bazı Leptospiroz vaka sunumları

Çalışma yeri	Yayın yılı	Çalışma özelliği
Diyarbakır ⁽⁸⁴⁾	2016	Ateşin 43 °C’ye çıktığı anikterik seyreden kanalizasyon işçisi vakası
İstanbul ⁽⁸⁵⁾	2017	Akut böbrek yetmezliği, vaskülit ve buna bağlı gangren meydana gelen bir vaka
Adana ⁽⁸⁶⁾	2018	Tarlada çalışan bir kişide çoklu organ tutulumuyla giden bir vaka
Düzce ⁽⁸⁷⁾	2020	Altı vaka dahil edilmiş, hepsinde ateş, böbrek yetmezliği ve baş ağrısı bildirilmiş, takiplerin sonunda iki hasta ex olarak bildirilmiştir

Çorumda yapılan çalışmada leptospiroz seropozitifliği yüksek olan çalışanlarda çizme kullanım sıklığının daha düşük olduğu bildirilmektedir.⁽⁸³⁾

Ülkemizde ölümcül seyreden leptospiroz olgularının görüldüğü⁽⁸⁸⁾, hemodiyaliz gerektiren akut böbrek yetmezliğine yol açabildiği⁽⁸⁹⁾ ve trombositopeninin eşlik ettiği^(87,90) vakaların olduğu bildirilmiştir. Çocuklarda da leptospiroz vakaları bildirilmiştir.^(91,92,93) Ölü farelerle temas ve düşük sanitasyon bulaş açısından risk faktörü olarak belirtilmiştir.⁽⁹³⁾

Koyun, keçi, sığır ve sokak köpeklerinde de leptospiroz olduğu bildirilmiştir.⁽⁹⁴⁾

Kistik Ekinokokkoz (Kist Hidatik)

Etkeni Echinococcus parazitleridir. *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. oligarthus*, *E. vogeli* ve *E. shiquicus* türleri tanımlanmıştır. Parazitin ana konağı tilki ve köpeklerdir. *E. Granulosus* insanda temel hastalık etkenidir ve etkeni taşıyan hayvanların dışkılarıyla kontamine olan gıda, su ve eller aracılığıyla insana bulaşır. Ülkemizde C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır.⁽²⁾

Köpeklerde yapılan çalışmada *E. Granulosus* yaygınlığı %32-40 arasında olduğu, koyun, keçi, sığır, manda ve develerde de *E. Granulosus* olgularına rastlandığı bildirilmektedir.⁽²⁾

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2011 yılından itibaren Kistik Ekinokokkoz (KE) vakalarının artış eğilimine girdiği ve 2017 yılında bir önceki yıla göre 2.5 kat daha fazla vaka bildirildiği görülmektedir. Hastalığa bağlı ölüm en son 2008 yılında meydana gelmiştir⁽²⁾ (Tablo 67.12).

Ülkemizdeki yürütülen KE çalışma sonuçları değerlendirildiğinde aşağıdaki epidemiyolojik ve klinik özellikler öne çıkmaktadır: Hemen her yaşta vaka bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda kadın, bazılarında erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilirken bir çalışma da ise cinsiyet açısından bir fark olmadığı bildirilmektedir. Toplum tabanlı ya da risk gruplarında yapılan çalışma sonuçlarına göre seropozitiflik oranı %4.1 ile 26.6 arasında değişmektedir. Vücutta yerleştiği organ, bölge açısından retroperitoneal, mediastinel, intrakraniyal, böbrekte, iliak kemik, kosta, karaciğer subkapsüler bölge şeklinde olgu sunumları yanında yaygın olarak akciğer ve karaciğer yerleşiminin olduğu bildirilmektedir (Tablo 67.13).

Tablo 67.12 Türkiye’de 2008-2017 arası insan Kistik Ekinokokkoz vaka sayılarının ve morbidite, mortalite hızlarının yıllara göre dağılımı⁽²⁾

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	408	0,57	1	0,01
2009	72.561.312	434	0,60	0	0,00
2010	73.722.988	381	0,52	0	0,00
2011	74.724.269	579	0,77	0	0,00
2012	75.627.384	572	0,76	0	0,00
2013	76.667.864	616	0,80	0	0,00
2014	77.695.904	449	0,58	0	0,00
2015	78.741.053	544	0,69	0	0,00
2016	79.814.871	787	0,99	0	0,00
2017	80.810.525	1.728	2,14	1	0,01

Tablo 67.13 Ülkemizde yürütülen Kistik Ekinokokkoz çalışmaları

Çalışma yeri	Yayın yılı	Çalışma özeti
Aydın ⁽⁹⁵⁾	2019	2005-2017 arasında hastanede KE düşünülen 3446 kişinin serum örneği ELİSA yöntemiyle incelenmiş ve seroprevelans %22.3, en sık lokasyon karaciğer olarak bildirilmiştir.
Ankara ⁽⁹⁶⁾	2019	2006-2016 yılları arasında KE tanısıyla takip edilen 50 pediatrik olgunun incelendiği çalışmada, hastaların çoğu erkek, en sık tutulum yerleri akciğer ve karaciğerdi. Akciğer tutulumu olan vakaların çoğunluğu hem medikal hem cerrahi ile tedavi edilmiş.
Muş yöresi ⁽⁹⁷⁾	2018	2007 yılında hastanede serum örneklerinin ELİSA yöntemiyle değerlendirildiği çalışmaya 728 kişi dahil edilmiştir. Seropozitiflik %4.1 ve cinsiyetler arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir.
Erzurum ⁽⁹⁸⁾	2016	2009-2013 yılları arasında KE şüpheli 2009 vakanın indirek hemaglütinasyon (IHA) yöntemiyle değerlendirildiği çalışmada seropozitiflik %9.5 bulunmuştur.
Karaman ⁽⁹⁹⁾	2019	2010-2017 arasında KE tanısı alan 482 vakanın incelendiği çalışmada, vakaların çoğu kadını ve çoğunda karaciğer tutulumu vardı.
Erzincan ⁽¹⁰⁰⁾	2020	2011-2018 yılları arasında KE şüpheli 1102 örneği IHA yöntemiyle değerlendirildiği çalışmada katılımcıların %22.5'inde pozitiflik mevcuttu.
İstanbul ⁽¹⁰¹⁾	2016	HIV+ erkek vakada başarılı mediastinel KE kitle eksizyonu.
Erzurum ⁽¹⁰²⁾	2016	120 hastanın örnekleri KE açısından Elisa veya immunokromatografik yöntemle değerlendirilmiş, %26.6'sında seropozitiflik tespit edilmiş.
Adana ⁽¹⁰³⁾	2017	Kadın, karaciğer subkapsüler bölgede rüptüre KE olan vaka
Kırşehir ⁽¹⁰⁴⁾	2017	Erkek, retroperitoneal kitlesi olan vaka
Amasya ⁽¹⁰⁵⁾	2017	Kadın hasta, iliac kemikte KE kitlesi olan vaka.
Ankara ⁽¹⁰⁶⁾	2018	Kız çocuk, rüptüre pulmoner KE vakası
Bursa ⁽¹⁰⁷⁾	2018	4 erkek çocuk, intrakraniyal KE sebebiyle opere edilmiş.
Konya ⁽¹⁰⁸⁾	2018	Erkek hasta, kotsal KE, akciğerde KE öyküsü var.
Erzincan ⁽¹⁰⁹⁾	2018	Erkek, karaciğer ve pankreas başında kitlesi olan vaka
Sivas ⁽¹¹⁰⁾	2019	Erkek çocuk, böbrekte kitlesi ve köpek temas öyküsü olan vaka
Şanlıurfa ⁽¹¹¹⁾	2019	KE ön tanısıyla opere edilen 321 vakanın değerlendirildiği çalışmada, vakaların çoğu kadın ve yetişkindi, lezyonlar sıklıkla karaciğerdeydi.
Antalya ⁽¹¹²⁾	2020	Radyolojik olarak KE düşünülen 103 vakanın değerlendirildiği çalışmada, vakaların çoğunlu kadındır, lezyonlar çoğunlukla karaciğerdedir.
Gaziantep ⁽¹¹³⁾	2020	Pulmoner KE nedeniyle opere edilen 75 çocuğun verilerinin incelendiği çalışmada, vakaların çoğu erkekti.

Muş yöresinde kasaplık hayvanlarda yapılan bir çalışmada kist hidatik prevelansı, sığırdada %19.4, koyunda %12.7, keçiye %16.4'tü.⁽⁹⁷⁾

Aydın'da mezbahada kesimi yapılan sığırlarda yapılan araştırmada, KE sıklığı erkek sığırlarda %2.09, genç dişilerde %31.12, yaşlı dişilerde %8.16 olarak bildirilmiştir.⁽¹¹⁴⁾

Tekirdağ'da mezbaha kesim için getirilen hayvanlarda yapılan çalışmada KE sıklığı sığırlarda %4, koyunlarda %22.9, keçilerde ise %8.8, çoğunluğunda akciğer enfeksiyonu tespit edilmiştir.⁽¹¹⁵⁾

Hayvanlarda yürütülen bu çalışma sonuçları değerlendirildiğinde kasaplık hayvanlar arasında (%2.09 - %31.12) önemli düzeyde KE pozitifliği bildirilmektedir.

Kaynaklar

- 1) Erbaydar T, Serpen A, Kurt AÖ. Zoonozlar. Türkiye Sağlık Raporu 2012. HASUDER. Yayınları 2012. S: 84-107.
- 2) Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2019. İsnb: 978-975-590-718-5.
- 3) Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 30.05.2007 Resmi Gazete Sayısı: 26537 (Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat/Mevzuatno=11347&Mevzuattur=7&Mevzuattertip=5>)
- 4) Bruselloz İstatistik Verileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik Ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı (Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/Tr/Zoonotikvektorel-Bruselloz/İstatistik>)
- 5) Çelik, D. G., Sirekbasan, S., Abdelkareem, A., Yüksel, P., Aslan, M., Sarıbaş, S., ... & Kocazeybek, B. Bruselloz Tanısında Serum Aglutinasyon (Wright) Ve Rose-Bengal Test Sonuçları: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Seroloji Laboratuvarından 6 Yıllık Retrospektif Seroepidemiolojik Değerlendirme. Cerrahpaşa Journal Of Medicine, 2018, 42 (1):80-85.

- 6) Tavsan, Öznur; Tekin-Koruk, Süda; Koruk, İbrahim. Sanliurfa İl Merkezinde Bruselloz Prevalansı Ve İlişkili Risk Faktörleri/ The Prevalence Of Brucellosis And Associated Risk Factors İn Sanliurfa City Center. *Klimik Dergisi*, 2015, 28.1: 11.
- 7) İnci, A. Artvin İlinde Laboratuvar Verilerine Göre Bruselloz Sıklığının Araştırılması. *J Clin Anal Med* 2015;6 (2): 183-5. Doi: 10.4328/Jcam.1936
- 8) Bora, G., Akkoyunlu, Y., Berköz, M., Açıköz, G., Berktaş, M., Altındağ, F., & Bora, A. (2016). Investigation Of Brucella Seroprevalence İn Human And Livestocks İn Iğdır, Turkey. *Eastern Journal Of Medicine*, 21 (3), 107.
- 9) Orak, F. (2016). Çorum İlinde Laboratuvar Verilerine Göre Bruselloz Seropozitifliği. *Genel Tıp Dergisi*, 26 (3).
- 10) Dirgen-Çaylak, S., Sözen, H., Aksözek, A., & Ekrem Çitil, B. (2015). Muğla İlinde Veteriner Hekimlerde Brucella Seropozitifliği. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 28 (3).
- 11) Sabah-Özcan, Seda; Ghaniya, Daar-Ede; Yılmaz, Neziha. Yozgat Çevresinde Yaşayan Çocuklarda Brusella Antikor Seropozitifliği. *Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2019, Cilt:76, Sayı:2, 125-130.
- 12) Taner, Z., Dinç, H. Ö., Demirci, M., Gareayaghi, N., Kurt, A., Özbey, D., ... & Kocazeybek, B. S. Bruselloz Şüpheli Olgularda Brusella Seropozitifliğinin Araştırılması: Dört Yıllık Retrospektif Bir Değerlendirme. *Türk Mikrobiyoloji Cem Derg* 2019;49 (4):212-218 Doi:10.5222/Tmed.2019.212
- 13) Öner, S. Z., & Türkoğlu, E. Düşük Endemisite Beklenen Bir Bölgede Bruselloz Seroprevalansı. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4 (1), 18-23.
- 14) Şahin, M., Cesur, S., & Enki, S. (2019). Endemik Olduğu Bir Bölgeden 83 Olgu İle Brusella Enfeksiyonu. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11 (2), 101-106.
- 15) Günaydın, E., Küçükayan, U., Tosun, T., & Müstak, H. K. Vkmæ 2007-2011 Sığın Bruselloz Seroloji Verileri. *Etlik Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi*, 26 (1), 1-6.
- 16) Altun, S. K., Yiğit, A., Gürbilek, S. E., Gürbüz, S., Demirci, M., Keskin, O., & Tel, O. Y. (2017). An Enzyme-Linked Immunosorbent Assay For Brucella Specific Antibody And Real-Time Pcr For Detecting Brucella Spp. İn Milk And Cheese İn Şanlıurfa, Turkey. *Pak Vet J*, 37 (1), 39-42.
- 17) Özbilgin, A., Çulha, G., Uzun, S., Harman, M., Topal, S. G., Okudan, F., ... & Töz, S. (2016). Leishmaniasis İn Turkey: First Clinical İsolatıon Of Leishmania Major From 18 Autochthonous Cases Of Cutaneous Leishmaniasis İn Four Geographical Regions. *Tropical Medicine & International Health*, 21 (6), 783-791.
- 18) Şark Çıbanı İstatistik Verileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik Ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. <https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Zoonotik-vektorel-Sarkcibani/Istatistik>
- 19) Leishmaniazis Sürveyansının Değerlendirilmesi (2008-2013). Uzm. Dr. Serap Ç.Çoban Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı Ve Kontrolü Projesi Ulusal Toplantısı Ve İ. Ulusal Saha Epidemiyolojisi Bilimsel Konferansı, Ankara, 15-17 Nisan 2014.
- 20) Yentür Doni, N., Gürses, G., Dikme, R., Şimşek, Z., Muratoğlu, M., Yıldız Zeyrek, F., & Yeşilova, Y. (2016). Şanlıurfa'da İlköğretim Okullarında Aktif Tarama Yöntemiyle Kutanöz Leyşmanyaz Araştırması. *Mikrobiyol Bul* 2016; 50 (4): 559-568 Doi: 10.5578/Mb.32180
- 21) Kolcu, G., Karabacak, V., Başer, A., Uğur, Ş., & Öngel, K. Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi'nin Sığınmacılar İçin Saha Taraması Çalışması Field Survey Study For Refugees From The Selçuklu Community Health Center. *Smyrna Tıp Dergisi* -30-34.
- 22) Demirkan, S., Özlü, E., & Yıldırım, M. (2015). Kutanöz Leishmaniasis İçin Endemik Bir Bölge: Birecik. *Journal Of Clinical And Analytical Medicine*, 6, 510-13.
- 23) Özkeklikçi, A., Karakuş, M., Özbel, Y., & Töz, S. (2017). The New Situation Of Cutaneous Leishmaniasis After Syrian Civil War İn Gaziantep City, Southeastern Region Of Turkey. *Acta Tropica*, 166, 35-38.
- 24) Korkmaz, S., Özgöztaşı, O., & Kayıran, N. (2015). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Leishmaniasis Tanı Ve Tedavi Merkezine Başvuran Kutanöz Leishmaniasis Olgularının Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazit Derg.* 39, 13-6.
- 25) Eroglu, F., & Ozgoztasi, O. (2019). The Increase İn Neglected Cutaneous Leishmaniasis İn Gaziantep Province Of Turkey After Mass Human Migration. *Acta Tropica*, 192, 138-143.
- 26) Kavur, H., & Artun, O. (2018). Determination Of Cutaneous Leishmaniasis Prevalence And Incidence, Between 2009-2014 İn Adana By Using Geographical Information Systems. *Earth Observation & Surveying, Environmental Engineering*, 156-162.
- 27) Çizmecı, Z., Karakuş, M., Karabela, Ş. N., Erdoğan, B., & Güleç, N. (2019). Leishmaniasis İn İstanbul; A New Epidemiological Data About Refugee Leishmaniasis. *Acta Tropica*, 195, 23-27.
- 28) Doni, N. Y., Gürses, G., Dikme, R., Aksoy, M., Zeyrek, F. Y., Simsek, Z., ... & Yesilova, Y. (2020). Cutaneous Leishmaniasis Due To Three Leishmania Species Among Syrian Refugees İn Sanliurfa, Southeastern Turkey. *Acta Parasitologica*, 1-13.
- 29) Gürses, G., Ozaslan, M., Zeyrek, F. Y., Kılıç, I. H., Doni, N. Y., Karagöz, I. D., & Uluca, N. (2018). Molecular İdentification Of Leishmania Spp. İsolates Causes Cutaneous Leishmaniasis (Cl) İn Sanliurfa Province, Turkey, Where Cl Is Highly Endemic. *Folia Microbiologica*, 63 (3), 353-359.
- 30) Özbilgin, A., Töz, S., Harman, M., Topal, S. G., Uzun, S., Okudan, F., ... & Gündüz, C. (2019). The Current Clinical And Geographical Situation Of Cutaneous Leishmaniasis Based On Species İdentification İn Turkey. *Acta Tropica*, 190, 59-67.
- 31) Parlak, E., & Parlak, M. (2016). Human Cutaneous Anthrax, The East Anatolian Region Of Turkey 2008–2014. *Vector-Borne And Zoonotic Diseases*, 16 (1), 42-47.
- 32) Ünüvar, E. K., Karapınar, D. B. A., & Namdar, N. D. (2016). Evaluation Of Cutaneous Anthrax Cases During An Outbreak İn The East Region Of Turkey. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 46 (5), 1475-1480.
- 33) Demiraslan, H., Borlu, A., Sahin, S., Buyuk, F., Karadag, Y., Doganay, M., & Sahin, M. (2017). The Epidemiological Investigation And Control Of An Anthrax Outbreak İn A Village İn Central Anatolia, Turkey. *Pathogens And Global Health*, 111 (4), 206-211.
- 34) Gulseren, D., Süzük-Yıldız, S., Çelebi, B., & Kılıç, S. (2017). Evaluation Of Clinical And Serological Findings For Diagnosis Of Cutaneous Anthrax İnfection After An Outbreak. *Cutaneous And Ocular Toxicology*, 36 (3), 289-293.
- 35) Kuloğlu, F., Gözübüyük, A. A., Kara, M., & Akata, F. (2019). Cutaneous Anthrax Outbreak İn The Trakya Region Of Turkey. *Balkan Medical Journal*, 36 (3), 196.
- 36) Öztaş, Dilek, Et Al. Eid Al-Adha Associated Infections: Three Case Reports. *Van Veterinary Journal*, 2017, 28.3: 165-168.
- 37) Tünay, K., Tünay, H., Demirtürk, N., Oruç, O., Çevik, T., & Boyacı, A. (2016). Cutaneous Anthrax Patients: Evaluation Of Four Family Members. *Eurasian Journal Of Emergency Medicine*, 15 (1), 54.
- 38) Emet, M., Tortum, F., Karagoz, S., & Calbay, A. (2017). Cutaneous Anthrax. *Journal Of Emergency Medicine*, 52 (2), 240-241.
- 39) Ozer, V., Gunaydin, M., Pasli, S., Aksoy, F., & Gunduz, A. (2019). Gastrointestinal And Cutaneous Anthrax: Case Series. *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, 19 (2), 76-78.
- 40) Ozturk, M. K. (2019). Suspected Cutaneous Anthrax İn Rural Areas. *The Journal Of Infection İn Developing Countries*, 13 (02), 118-122.
- 41) Dülger, M., & Murat, K. A Rare Presentation Of Anthrax With Sepsis: A Case Report. *Archives Of Clinical And Experimental Medicine*, 3 (3), 210-213.
- 42) Karaaslan, O. (2018). Anthrax İn Pregnancy: Case Report. *Eastern Journal Of Medicine*, 23 (3), 222.

- 43) Kılınc, S., Keskinbiçki, M. V., Şengül, M., Nergiz, S., Örtücü, A., & Bulut, O. (2017). A Serious Case Of Anthrax Associated With Compartment Syndrome. *Cutaneous And Ocular Toxicology*, 36 (4), 404-406.
- 44) Akdag, O., Yildiran, G., Sutcu, M., Karamese, M., & Tosun, Z. (2016). Uncommon Tissue Defects Of Upper Extremities: Bacillus Antracis. *Modern Plastic Surgery*, 6 (02), 5.
- 45) Tularemi Hastalığının Kontrolü İçin Saha Rehberi. "T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı Ankara, 2011."
- 46) 46.Tularemi İstatistik Verileri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik Ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı (Erişim Adresi: <https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Zoonotikvektorel-Tularemi/Istatistik>)
- 47) Bayram, Y., Özkaçmaz, A., Parlak, M., Başbuğan, Y., Kiliç, S., & Gündüoğlu, H. (2015). Van İli Ve Çevresinde Risk Altındaki İnsan Ve Hayvan Gruplarında Tularemi Seroprevalansı. *Mikrobiyol Bul*, 49 (4), 532-541.
- 48) Bozdağ, H.; Özekinci, Tuncer. Nadir Bilinen Bir Hastalık: Diyarbakır Ve Yöresinde Tularemi. 2020. İksstd 2020;12 (1):52-6. Doi: 10.5222/İksstd.2020.48243
- 49) Büyüç, F., Çelebi, Ö., Celik, E., Çelebi, B., Kilic, S., Sağlam, A. G., ... & Şahin, M. (2016). The Prevalence Of Tularemia In Occupational Groups That Have Contact With Animals. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 46 (2), 451-456.
- 50) Bayar, Zülfü; Aksu, Mehmet; Yılmaz, Mustafa. Elazığ Ve Çevresinde Avcılarda Tularemi Görülme Sıklığının Mikroağlütinasyon Yöntemiyle Araştırılması. *Firat Tıp Dergisi*, 2018, 23 (2),73-77.
- 51) Uğur, M., Gürcan, Ş., Eskioçak, M., & Karadenizli, A. (2019). Trakya'da Riskli Bir Bölgede Tularemi İnsidansının Ve Dere/Şebeke Sularında Francisella Tularensis Varlığının Araştırılması. *Klinik Dergisi*, 32 (1), 78-83.
- 52) Boz, A., Aktuna, G., Özgülcü, Ş., Sezgin, B., Temel, F., & Çelebi, B. (2016). Afyonkarahisar İli Dinar İlçesinde 2015 Yılı Ocak Ayında Görülen Tularemi Vakaları. *Türk Hijyen Ve De-neyssel Biyoloji Dergisi*, 73 (3), 233-244.
- 53) Alkan-Çeviker, Sevil; Günel, Özgür; Kılıç, Süleyman Sırrı. 2011-2018 Yılları Arasında Samsun İlindeki Tularemi Olgularının İncelenmesi. *Klinik Journal/Klinik Dergisi*, 2019, 32.1.62-68.
- 54) Şımşek, Asiye Çiğdem; Çankaya, Sertaç. Evaluation Of Tularemia Cases In Ankara Province, Turkey. Ankara Üniv Vet Fak Derg, 66, 211-216, 2019. Doi: 10.33988/Auvfd.464165
- 55) Köse, H. (2020). Tularemi Salgını Ve Sonrası; Mevsimsel Değişikliklerin Etkisi. *Mikrobiyol Bul*, 54 (2), 203-210.
- 56) Parlak, M. (2018). Doğu Anadolu Bölgesi'nden Hastanemize Başvuran Orofarengeal Tularemi Olgularının Epidemiyolojik Ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bul*, 52 (1), 108-110.
- 57) Gözdaş, H. T., & Göksel, A. O. Evaluation Of Clinical And Epidemiological Characteristics Of Tularemia Suspected Cases In Kastamonu Between 2014-2017 Years. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9 (2), 45-48.
- 58) Şenoğlu, S., Yeşilbaş, Z., Altuntaş, Ö. A., Kumbasar, H. K., & Kart, K. Y. (2018). Toxoplasma Gondii İgg Seroprevalence İn Patients With Hiv/Aids. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 42 (3), 175-179.
- 59) Malatyali, E., Yıldız, İ., Tileklioğlu, E., Ertabaklar, H., & Er-tuğ, S. (2019). Retrospective Analysis Of Toxoplasma Gondii Serology Results From Adnan Menderes University Faculty Of Medicine Parasitology Laboratory From 2007 To 2017. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 43 (1), 1.
- 60) Tahmin, M. B., & Çetin, M. (2017). Özgün Çalışma/Original Article Mikrobiyol Bul 2017; 51 (4): 361-369. *Mikrobiyol Bul*, 51 (4), 361-369.
- 61) Turkoglu, S. A., Karabörk, S., Çakmak, M., Orallar, H., Yaman, K., & Ayaz, E. (2018). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Hastalarda 6 Yıllık Toxoplasma Gondii Seropozitifliğinin Araştırılması. *Turkish Journal Of Parasitology*, 42 (2), 106-113.
- 62) Duran, İ., Nazik, S., Nazik, H., & Duran, Ş. (2017). Gebelikte Toksoplazma Ve Rubella Seropozitifliğinin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Medical Journal*, 1 (1), 22-25.
- 63) Durukan, H., & Killi, M. Ç. (2019). Türkiye'de 2012-2017 Yılları Arasında Üçüncü Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Gebe Kadınlarda Toksoplazmozis Seropozitiflik Oranının ve Klinik Sonuçların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Parasitology*, 43 (3), 106-111.
- 64) Akpınar, O., Akpınar, H., & Keskin, E. Ş. (2017). Seroprevalence Of Toxoplasma Gondii Among Pregnant Women İn Isparta Province, Turkey. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (3), 133-136.
- 65) Çalgın, M. K., Çetinkol, Y., & Altunçekiç, A. Y. (2017). Ordu İlindeki Gebelerde Toxoplasma Gondii Seroprevalansının Değerlendirilmesi. *Jinekoloji Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14 (1), 22-24.
- 66) Güreşer, A. S., Yapar, D., Taşçı, L., Boyacıoğlu, Z. İ., Turgal, E., Baykam, N., & Taylan Özkan, H. A. (2017). Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Lenfadenopati Ön Tanılı Olguların Toksoplazmozis Açısından İrdelenmesi.
- 67) Tanrıverdi, E. Ç., Kadioğlu, B. G., Alay, H., & Özkurt, Z. (2018). Erzurum Nenehatun Doğum Hastanesine 2013-2017 Yılları Arasında Başvuran İlk Trimester Gebelerde, Anti-Toxoplasma Gondii Antikor Sonuçlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 42, 101-5.
- 68) Maçın, S., Fındık, D., Demircan, A., Arslan, U., & Dağı, H. T. (2018). Evaluation Of Toxoplasma Gondii Seropositivity And The Results Of Igg Avidity Test Of Patients With Suspected Toxoplasmosis. *Cumhuriyet Medical Journal*, 40 (3), 203-207.
- 69) Kasap, B., Öner, G., Küçük, M., Öztürk Turhan, N., Akın, M. N., Arıkan, S., & Dirgen Çaylak, S. (2017). Muğla'daki Gebelerin Toksoplazma, Rubella, Sitomegalovirüs Ve Hepatit Prevalansının Değerlendirilmesi. *İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27 (1), 31-36.
- 70) Sirin, M. C., Agus, N., Yılmaz, N., Bayram, A., Derici, Y. K., Samlioglu, P., ... & Dogan, G. (2017). Seroprevalence Of Toxoplasma Gondii, Rubella Virus And Cytomegalovirus Among Pregnant Women And The Importance Of Avidity Assays. *Saudi Medical Journal*, 38 (7), 727.
- 71) Şirin, M. C., Cezaroğlu, Y., Arıdoğan, B. C., & Çetin, E. S. (2020). Isparta İlinde Farklı Yaş Gruplarında Toxoplasma Gondii Seroprevalansı Ve İgg Avidite Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Med J Sdu/Sdu Tıp Fak Derg*, 27 (2), 226-233.
- 72) Oral, H. (2016). *Birinci Trimesterdeki Gebelerde Toksoplazma, Sitomegalovirüs, Rubella, Hiv, Hepatit B/C Prevalansı Ve Risk Faktörleri* (Doctoral Dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 73) Aykaç, K., Özsüreki, Y., Başaranoğlu, S. T., Öncel, E. K., Cengiz, A. B., Kara, A., & Ceyhan, M. (2016). Çocuklarda Lenfadenopati Nedenleri: Hacettepe Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Deneyimi 2015-2016. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 59, 155-60.
- 74) Mehmet, O. B. U. T., Doğan, Y., Bademkiran, M. H., Akgöl, S., Kahveci, B., Peker, N., ... & Talip, G. Ü. L. (2019). Diyarbakır İlindeki Gebe Kadınlarda Toksoplazma, Rubella Ve Sitomegalovirüs Seroprevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*, 46 (2), 189-194.
- 75) Gurlek, B., & Colak, S. (2019). Antenatal Toxoplasma Gondii, Rubella And Cytomegalovirus İnfection Screening Among Pregnant Women Attending Tertiary University Hospital. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 25 (2), 74-80.
- 76) Madendağ Y Ve Ark (2018). Hastanemize Başvuran Gebelerde Toksoplazma, Sitomegalovirüs ve Rubella Seroprevalansının Araştırılması *Perinatoloji Dergisi*, 26 (1), 7-10.
- 77) Çökmez, H., & Aydın, Ç. (2019). Gebelerde Toksoplazma Antikor Seroprevalansı: Tarama Yapalım Mı?. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11 (4), 415-421.

- 78) İnal, A. S., Nazik, S., Candevir, A., Kurtaran, B., Taşova, Y., & Aksu, H. S. Z. (2017). Toksoplazma Ensefaliti: Serebral Kitle İle Başvuran HIV/AIDS Olgusu. *Cukurova Medical Journal*, 42 (1), 184-188.
- 79) Esnafoglu, E., Yancar Demir, E., Cetinkol, Y., Calgin, M. K., Erdil, A., Yurdakul Erturk, E., & Dagli, A. (2017). The Seroprevalence Of Antibodies To Toxoplasma Gondii Among Children With Autism. *Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 30 (4), 309.
- 80) Atasever, A., Ekebaş, G., & Gram, D. Y. (2020). Spontaneous Toxoplasmosis İn A Chicken. *Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 67 (1), 101-105.
- 81) Kolören, Z., & Dubey, J. P. (2020). A Review Of Toxoplasmosis İn Humans And Animals İn Turkey. *Parasitology*, 147 (1), 12-28.
- 82) Yılmaz, Ö., Çelebi, G., Atabek, E., Köktürk, F., Atakent, Ş. D., Pişkin, N., & Aydemir, H. (2017, March). Zonguldak Bölgesinde Kömür Madeni İşçilerinde Leptospiroz Seroprevalansı. In *Presented At XVIIIth Turkish Congress Of Clinical Microbiology And Infectious Diseases* (Vol. 22, P. 26).
- 83) Çağlayık, D. Y., & Güreşer, A. S. (2019). Seroprevalence Of Leptospiriosis Among Slaughterhouse Workers İn Çorum Province. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası= Journal Of Ankara University Faculty Of Medicine*, 72 (3), 291.
- 84) İlhan, H., Hatipoğlu, M., İlhan, A., Solmazgöl, E., Ersöz, N., Polat, E., & Turhan, V. (2016). A Case Of Anicteric Leptospiriosis Presenting With Rectal Bleeding And Hyperpyrexia. *Disease And Molecular Medicine*, 4 (2), 18-20.
- 85) Kocak, Sibel Yucel, Et Al. Leptospiriosis With Acute Renal Failure And Vasculitis With Peripheral Gangrene Of The Lower Extremities: A Case Report. In: *Nephrology Dialysis Transplantation*. Great Clarendon St, Oxford Ox2 6dp, England: Oxford Univ Press, 2017.
- 86) Sumbül, H. E., Gültepe, B. S., Büyüksimşek, M., Sumbül, M. S., & Karakoç, E. (2018). A Catastrophic Leptospiriosis Case With Multisystemic İnvolvement. *Journal Of Surgery And Medicine*, 2 (2), 181-183.
- 87) Ince, N., Kılınçel, Ö., Demirel-Gügül, T., Tanişman, I., & Altun, G. (2020). Leptospiriosis: A Six-Case Report From West Black Sea, Turkey. *Le İnfeksiyon İn Medicina*, 28 (1), 91-97.
- 88) Büyükfırat, E., Karahan, M. A., Altay, N., Binici, O., Binici, İ., & Sak, Z. H. A. (2019). İkterohemorajik Leptospiroz: Bir Olgu Sunumu. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 17 (1), 49-53.
- 89) Günay, E., Kaya, Ş., Yüksel, E., & Demir, N. (2019). Bölgeimizde Görülen Nadir Bir Akut Hemodiyaliz Nedeni: Leptospiroz. *Fırat Tıp Dergisi*, 24 (2).
- 90) Altay, F. A., Albayrak, M., Şentürk, G. Ç., Çelebi, H., Can, E. S., & Şencan, İ. (2016). Trombositopeninin Nadir Bir Sebebi: Leptospiriosis. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6 (2), 147-149.
- 91) Polat, E., Özdemir, S., Aydın, Ş. Ö., & Aydın, A. (2017). Two Leptospiriosis Cases Presented With Fever, Anemia, And Hepatosplenomegaly. *Medical Journal Of Bakirkoy*, 13 (2), 107-109.
- 92) Yeşilbaş, O., Şevketoğlu, E., Kızırtı, H. S., Hatipoğlu, N., Yıldırım, H. M., Akyol, M. B., ... & Gökçe, İ. (2017). Leptospiriosis İn A Child With Acute Respiratory Distress Syndrome. *The Turkish Journal Of Pediatrics*, 59 (6), 688-692.
- 93) Aygün, F. D., Avar-Aydın, P. Ö., Çokuğras, H., & Camcioglu, Y. (2016). Different Clinical Spectrum Of Leptospiriosis. *The Turkish Journal Of Pediatrics*, 58 (2), 212.
- 94) Ali, B., & Başak, H. (2019). Importance Of Leptospiriosis For Human And Animal Health, Present Condition, Problems And Solution Proposals İn Turkey And The World. *World Journal Of Advanced Research And Reviews*, 4 (2), 049-060.
- 95) Ertabaklar, H., Yıldız, I., Malatyali, E., Tileklioglu, E., Çalışkan, S. Ö., & Ertug, S. (2019). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Parazitoloji Laboratuvarı'na 2005-2017 Yılları Arasında Kistik Ekinokokkosis Şüphesiyle Başvuran Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Parasitology*, 43 (3), 118-123.
- 96) Eyüboğlu, T. Ş., Gürsoy, T. R., Aslan, A. T., Pekcan, S., & Budakoğlu, I. İ. (2019). Ten-Year Follow-Up Of Children With Hydatid Cysts. *Turkish Archives Of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 54 (3), 173.
- 97) Acioz M Ve Ark, Muş Yöresinde Köpeklerde Pcr Yöntemiyle Kesim Hayvanlarında Kesim Takibiyle Ve İnsanlarda Elisa Yöntemiyle Kist Hidatik Sıklığının Araştırılması. *Mae Vet Fak Derg*, 2018, 3 (1): 24-35. [Doi: 10.24880/Maeufid.397309](https://doi.org/10.24880/Maeufid.397309)
- 98) Yılmaz, A., Hakan, U. S. L. U., & Aktaş, F. (2016). 2009-2013 Yılları Arasında Erzurum Bölge Hastanesindeki Kistik Ekinokokkosis Şüpheli Hastaların İndirekt Hemaglutinasyon (Iha) Metoduyla Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 23-32.
- 99) Aydın, M. F., & Adıgüzel, E. (2019). Evaluation Of Cystic Echinococcosis Cases İn Terms Of Sociodemographic, Clinical And Hospitalization Features İn Karaman Province, Turkey. *Iranian Journal Of Public Health*, 48 (12), 2232.
- 100) Kara, M., Davarci, I., & Dabanlioğlu, B. (2020). Prevalence Of Cystic Echinococcosis İn Humans İn Erzurum Province. *Annals Of Medical Research*, 27 (1), 128-32.
- 101) Kutluk, A. C., Kocaturk, C. İ., Ceyhan, S., Cansever, L., Bedirhan, M. A., & Akin, H. (2017). Posterior Mediastinal Kist Hidatik. *Respiratory Case Reports*, 6 (1), 60-63.
- 102) Yılmaz, A., Karameşe, M., Aktaş, Ö., & Uslu, H. (2016). Kist Hidatik Şüpheli Hastaların Tanısında ELISA Ve İmmunokromotografik Yöntemin Karşılaştırılması. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi/Muğla Medical Journal*, 3 (1), 13-16.
- 103) Murat, K. U. Ş., Arer, İ. M., Akkapulu, N., & Yabanoğlu, H. (2017). Karaciğer Subkapsüler Kist Hidatik. *Cukurova Medical Journal*, 42 (3), 564-566.
- 104) Bağbanç, M. Ş., Dadalı, M., Çetinkaya, R. S., Karabulut, A., Kilitci, A., & Emir, M. L. (2017). İzole Retroperitoneal Kist Hidatik.
- 105) Pirhan, Y., & Kurt, N. (2017). Kemik Kist Hidatik Hastalığı.
- 106) Hızlı, Ş., Sertöz, H., Tımmaz, M., Çelik, A., Kocak, M., Kaya, S., & Yılmaz, G. (2018). Çocuk Hastada Ruptüre Pulmoner Kist Hidatik. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8 (2), 188-189.
- 107) Çelebi, S., Bozdemir, Ş. E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Hacımustafoğlu, M. (2018). Primer Tek Ve Çok Sayıda İntrakraniyal Hidatik Kist Hastalığı: Dört Olgu Raporu.
- 108) Duran, F. M., Çalık, M., Çalık, S. G., Düzgün, N., & Esme, H. (2018). Kist Hidatik: Nadir Bir Olgu Sunumu. *Respiratory Case Reports*, 7 (2), 71-74.
- 109) Işık, A., Fırat, D., Korkmaz, S., Demiryılmaz, İ., & Yılmaz, İ. (2018). Atipik Prezente Kist Hidatik: Pankreas Başında Kitle. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (1), 149-152.
- 110) Cankorkmaz, L., Korğalı, E., Atalar, M. H., & Köylüoğlu, G. (2019). Olgu Sunumu: Bir Erkek Çocukta İzole Böbrek Kist Hidatik. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 43 (2), 89.
- 111) Duran, E., & Altay, N. (2019). Kist Hidatik Cerrahisinde Anestezi Yönetimi; 321 Hastanın Retrospektif Analizi. *Haran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16 (2), 280-283.
- 112) Öztürk-Durmaz, Ş., Kesimal, U., & Turan, M. İ. (2020). Kist Hidatik Olgularının Değerlendirilmesi: Tek Merkezden İki Yıllık Deneyim. *Klimik Dergisi*, 33 (1), 71-6.
- 113) Uluşan, A., Hengirmen, M. A., Şanlı, M., & Işık, A. F. (2020). 16 Yaş Altı Çocuklarda Akciğer Hidatik Kist Cerrahisi: Vaka Serisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 47 (1), 138-145.
- 114) Bağdatlıoğlu, A. İ. (2019). *Aydın Yöresinde Mezbahada Kesilen Sığırlarda Bazı Cestod Larvalarının (Hidatik Kist, Cysticercus Bovis, Cysticercus Tenicollis) Yayılışı* (Master's Thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 115) Vural, G., & Muz, M. N. (2017). Trakya'da Büyük Ve Küçük Ruminantlarda Kistik Echinococcosisin Yayılışı Ve Genotiplerinin Belirlenmesi.

Vektörlerle Bulaşan > Hastalıklar

68

PROF. DR. GÜNAY SAKA • PROF. DR. ALİ SATAR

Giriş ve Kapsam

Vektörle Bulaşan Hastalıklar (VHB) dünyada tüm bulaşıcı hastalıkların % 17'sinden fazlasını oluşturmaktadır ve yılda 700.000'den fazla ölüme neden olmaktadır ⁽¹⁾. Daha çok tropikal, sub tropikal bölgelerde görülmekte olup yoksulları daha fazla etkilemektedir. Dünyada sıtma, dengue, şistozomiazis, Afrika tripanozomiazisi, leishmaniazis, chagas hastalığı, sarıhumma, japon ensefaliti, onkoseriazis ölümlere neden olan başlıca hastalıklardır. 2014'ten sonra dengue, sıtma, çikungunya, sarıhumma ve zika virüs salgınları toplumları etkilemiştir. Türkiye'de insanlarda babesiosis, dirofilariasis, şark çıbanı, sıtma, lenfatik filariasis, onchocerciasis, şarbon, bartonellosis, bitle bulaşan dönemli ateş (louse-borne relapsing fever), Lyme, veba, siper ateşi, tularemi, epidemik tifüs, tick-borne tifüs, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, phlebovirus enfeksiyonu, tick-borne encephalitis ve batı nil virüsü rapor edilen artropod kaynaklı hastalıklardır ⁽²⁾. Chikungunya, zika virüs emporte olarak ülkemizde saptanan hastalıklardandır ^(3,4,5). Bu yazıda Türkiye'de son 10 yılda bildirimi yapılan VHB'ler ve başlıca vektörler konu edilmiştir.

Türkiye'de VBH.

Ülkemizde son on yılda bildirimi yapılan vektörle bulaşan hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde Kutanoz Leishmaniazis, Kırım Kongo kanamalı ateşi, Tularemi ve Sıtmanın en önemli VBH'ler olduğu söylenebilir. Viseral Leishmaniazis, Hantavirus ve Batı Nil virüsü ülkemizde saptanan diğer vektörle bulaşan hastalıklardır. Küresel ısınma, iklim değişiklikleri, ülke içi -dışı insan hareketleri, sulu tarımın yaygınlaşması gibi nedenlerle diğer hastalıkların pek çoğunun ülkemizde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Sıtma olgularının tümü emporte olup yerli sıtma olguları bildirilmemektedir. Özellikle Afrika ülkelerinden gelenler ve sıtma riskli ülkelere seyahat edenler bireylerde farklı illerde hastalık saptanmaktadır. Şark çıbanı vaka sayıları 2013'ten sonra azalmış olmakla birlikte her yıl 2500'in üzerinde olgu bildirilmektedir. Şark çıbanı olguları Diyarbakır, Şanlıurfa, Osmaniye, Hatay illerinde yoğunlaşmaktadır. Suriyeden gelen göçmenlerde de farklı illerde şark çıbanı saptanmaktadır ⁽⁸⁾.

Batı Nil Virüsü, bulaşta rol oynayan vektörlerin coğrafyamızda varlığıyla ve kuşların göç yollarının ülkemizden de geçmesiyle birlikte sporadik ya da salgınlar şeklinde görülebilmektedir ⁽⁹⁾. 2014 yılından sonra bildirim bulunmamaktadır. Hantavirus enfeksiyonları 2009'dan sonra bildirilmeye başlamıştır. Son beş yılda 105 olgu 6 ölüm saptanmıştır. İlk olgular Kuzey - Batı illerinde ortaya çıkmış iken sonraki yıllar farklı illerde ortaya çıkmıştır ⁽¹⁰⁾.

Tularemi keneler ile de bulaşabilmesine rağmen Türkiye'de daha çok suların kaynaklanan salgınlar şeklinde gözlenmektedir. 2010-2016 arasında Yozgat'da 525 olgu saptanmıştır ⁽¹¹⁾. Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada kan bağışçılarında %1,3 tularemi seropozitiflik saptanmıştır. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) en çok ölüme neden olan VBH dir. 2014'ten sonra olgu sayılarında azalma olmuştur. 2018 yılında 479 olgu 27 ölüm

bildirilmiştir (Tablo 68.1). En çok KKKA görülen iller Şekil 68.1'de verilmiştir.

VBH da enfeksiyon zinciri (epidemiyolojik özellikler)

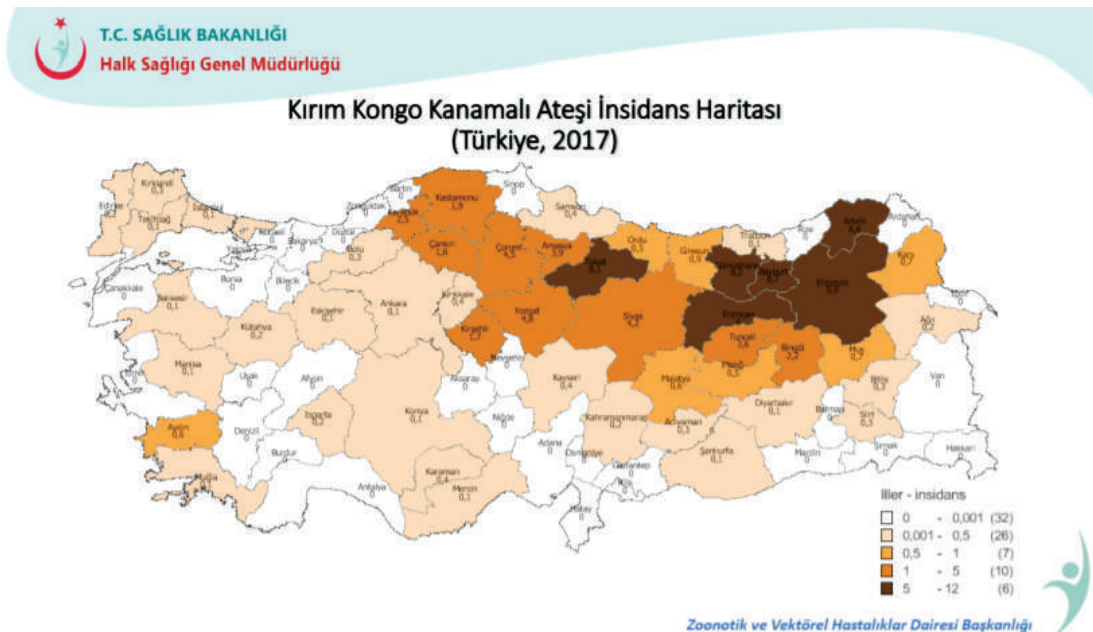
Türkiye'de görülen bazı vektörlerle bulaşan hastalıkların enfeksiyon zinciriyle ilişkili bazı özellikleri tablodaki gibidir. VHB sıtma dışında birden çok türde hayvan kaynak olabilmektedir. Bazı VBH'ler vektör dışında başka bulaşma yollarıyla sağlama geçebilmektedir (Tablo 68.2).

Türkiye'de VHB Süreveyansı

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı sorumlu kuruluştur. İllerde ise Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı kapsamında Bulaşıcı Hastalıklar Birimi sorumluluğundadırlar. Bu grup hastalıklarla ilgili veri toplamak, süreveyans yürütmek, salgınları kontrol etmek gibi görevleri tanımlanmıştır. Ayrıca vektörlerle etkin ve bilimsel mücadele yöntemlerinin belirlenmesi ve uygulanmasına yönelik çalışmaları yürütmek ve koordine etmek ile de sorumludur. Uluslararası giriş noktalarında

Tablo 68.1 Türkiye'de vektörlerle bulaşan hastalıklar 2008 – 2018^(6,7)

VHB	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sıtma	215	84	87	132	376	285	249	221	209	214	238
Kutanöz leishmaniasis (Şark çıbanı)	1113	1632	2237	1803	2015	5362	4350	2811	2563	2640	
Visseral leishmaniasis (Kala azar)	13	23	36	30	13	33	22				
Batı Nil Virüsü			47	5	5	3	2				
Hantavirüs Ölen		31	58	34	16	10	19	4	21	36	22
			2	1	1	1	1	0	1	3	1
Tularemi	71	428	1531	2151	607	217	132	347	491	476	
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi vaka	1315	1318	868	1075	796	910	967	718	432	343	479
Ölen	63	63	50	54	37	37	44	29	16	16	27



Şekil 68.1 KKKA İnsidans Haritası 2017⁽¹³⁾

Tablo 68.2 Vektörlerle bulaşan hastalıklarda enfeksiyon zinciri

HASTALIK	ETKEN/PATOJEN	KAYNAK	BULAŞMA YOLU ARACI/VEKTÖR
Sıtma	Plasmodium (falciparum, vivax, ovale, malaria, knowlesi)	İnsan (hasta ya da taşıyıcı)	Sivrisinek (Anofel) Kan, doku
Deri Leishmaniasisi	Leishmania tropica	Köpek, kemirgenler, İnsan	Sandyfly (Tatarcık Kum sineği)
Visseral leishmaniasis (Kala azar)	L. Donovanii	İnsan, köpek, kemirgenler	Sandyfly
Bati Nil Virüsü	Filavivirus	Kuşlar, at	Sivrisinek (culex) Kan, doku
Hantavirüs enfeksiyonu	Hantavirüs	Kemirgenler	Kemiriciler Doğrudan Solunum,
Tularemi	Francisella tularensis	İnsan, domuz, at, domuz, kuş, kemirgenler	Kene, Su, gıda
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	Bunyoviridae ailesinden Nairovirus	İnsan, siğir, koyun, tavşan, domuz, geyik	Kene

vektör kontrolü ise Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün görevleri arasındadır.

VHB'ler bildirim zorunlu hastalıklardır. Sıtma ve Şark çıbanı A grubu bildirim zorunlu hastalık grubunda olup kamu - özel tüm sağlık kuruluşlarından bildirim yapılırken diğer VHB'le C grubu olup hastanelerden bildirim yapılmaktadır (Tablo 68.3).

VHB'lerle savaşmada vektör kontrolü önemlidir. Vektör kontrol yöntemlerinin çoğu aynı anda birçok hastalığa karşı kullanılabilir. Bu durum göz önüne alınarak o çevrede mevcut hastalıklara uygun yöntemler seçilmelidir. Türkiye'de vektör kontrolü kentsel alanlarda büyük ölçüde yerel yönetimlerce, taşeron firmalar aracılığıyla, yürütülmektedir. Sıtma ve Şark çıbanı mücadelesi ise kırsal alanda

Sağlık Bakanlığı bünyesinde eski sıtma savaş birimi elemanlarınca yürütülmeye çalışılmaktadır. Özellikle sıtma elimine edildikten sonra bu birimlere yeni elemanlar alınmamaktadır.

Vektörler

Ülkemizde çok sayıda hasatlığa vektörlük yapan canlı türü bulunmaktadır. Bunların başlıcaları Keneler, Kum sinekleri (Tatarcık), Sivrisineklerdir.

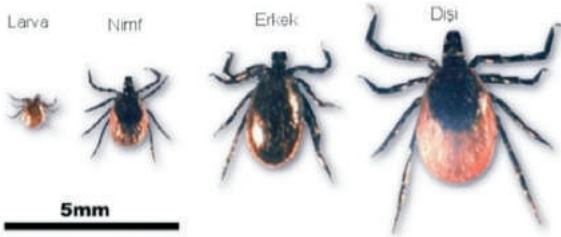
Keneler

Omurgalıların ektoparaziti olan keneler, zorunlu kan emici artropodlardır. Keneler dünyanın bütün karasal bölgelerinde yaşamlarını sürdürürler ve bu bölgedeki hayvan ve insanlardan kan emerek bes-

Tablo 68.3 VHB'lerde Süreveyans - Filyasyon⁽¹⁴⁾

Hastalık	Bildirim Grubu (bul hast bildirim sistemi)	Saha incelemesi / filyasyon	Vaka inceleme	Salgın inceleme	İhbar gerekli mi?
Hantavirus enfeksiyonu	C	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kalaazar (Visseral Leishmaniasis)	C	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi		Hayır	Evet	Evet	Hayır
Sıtma	A	Tek Vakada Bile Salgın İncelemesi			Evet
Şark Çıbanı	A	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Tularemi	C	Evet	Evet	Evet	Hayır
Bati Nil Virüsü	C				

lenirler^(15,16). Dişi ve erkek birey bir araya gelerek çiftleşir. Dişileri çok sayıda yumurta bırakır, yumurtadan çıkan kenelerin larva, nimf ve ergin dönemleri vardır (**Şekil 68.2**). Keneler morfolojik olarak diğer artropodlardan farklılık gösterir, vücutları tek parçadan oluşur ve ön taraflarında ağız organelleri yer almaktadır. Keneler kan emerek beslenirler. Keneler konaklarına tutunup hipostomlarını deri içine sokarlar ve doyana kadar aynı yerden kan emerler⁽¹⁷⁾.



Şekil 68.2 Kene nimf, larva ve ergin resimleri (Anonim 2020a)

Keneler zoonotik enfeksiyonların, bulaşmasında rol oynayan en önemli vektörlerdendir. Günümüzde bilinen 899 tür kenenin yaklaşık %10'unun, 200 kadar hastalığın bulaştırılması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^(18,19). Kenelerin bakteri, riketsiya, spiroket, virüs, parazit, mantar ve protozoa gibi patojenleri taşımak suretiyle birçok enfeksiyon hastalığına sebep olabilmesi veya toksikoz, felç, irritasyon veya allerjik reaksiyonlara sebep olabilmeleri yönüyle tıbbi önemleri büyüktür. Son yıllarda kene ile bulaşan viral hastalıklardan biri olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığının prevalansında hızlı bir artış olması ve hastalığın insanlarda ölümcül olması nedeniyle dikkatleri üzerine çekmiştir⁽²⁰⁾.

Türkiye'nin kene faunası; memeli, sürüngen ve kuşların üzerinde yaşayan iki familyaya ait 10 genus içerisinde bulunan 32 türden oluşmaktadır. Hatay ilinde (Suriye sınırında) *Amblyommavariegatum*, Türkiye'nin güneydoğusunda *Boophiluskohlsi* (Suriye sınırı), Orta ve Doğu Anadolu'da *Ornithodoros* ve Doğu Anadolu'da *Otobiusmagnini* (Malatya Eyaleti). *Haemaphysalis*, *Hyalomma*, *Boophilus*, *Dermacentor*, *Rhipicephalus* ve *Argas* cinslerinin keneleri Anadolu'da yaygındır⁽²¹⁾. Vektörlük potansiyeli kanıtlanmış olan *H. marginatum*, *H. anatolicum* ve *Dermacentormarginatus* ülkemizde yaygın olarak görülmektedir. Ancak 2005 yılından sonra yapılan saha çalışmalarında epidemilerle ilişkili kene türünün *H. Marginatum* olduğu ortaya konulmuştur⁽¹⁷⁾.

Bursalı ve ark 2017 de yaptıkları çalışmada; İnsanlar üzerinden toplanan 741 *Hyalommamarginatum* örneğinin 51 (%6,88)'inde *Rickettsiaaeschlimannii*, 3 (%0,4)'ünde *Rickettsiasibiricamogolitimonae*; 32 *Dermacentormarginatus* örneğinin 3 (%9,4)'ünde *Rickettsiaraoultii*, 3 (%9,4)'ünde *Rickettsiaslovaca* varlığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma kapsamında incelenen *Hyalommaegyptium*, *Hyalommaexcavatum*, *Hyalommaparva*, *Haemaphysalis punctata*, *Ixodesricinus*, *Rhipicephalus bursa* ve *Rhipicephalusturanicus* türlerine ait kenelerde riketsiyal DNA varlığına rastlanmamıştır.

KKKA virüsü, *Hyalommaanatolicumanatolicum* ve *Rhipicephalus*, *Ornithodoros*, *Boophilus*, *Dermacentor* ve *Ixodes* spp. gibi kene türlerinde de saptanmıştır⁽²²⁾.

Kum sinekleri (*Phlebotomus*, Tatarcık, Yakarca)

Tatarcık sinekleri, başta leishmaniasis olmak üzere birçok hastalık etkenini taşımaları nedeniyle birçok ülkede halk sağlığı açısından sorun oluşturmaktadır⁽²³⁾. *Leishmania*'ya vektörlük yapan tatarcık sinekleri böceklerin Diptera (çift kanatlılar) denen takımının Psychodidae familyasına ait Phlebotominae Alt familyasının *Phlebotomus* cinsine ait türleri içerir; Erginlerinin boyu 2–5 mm arasında değişir, dinlenim esnasında kanatlarını abdomenleri üzerinde çatı şeklinde tutmaları, uzun bacakları olmaları, bir çift belirgin siyah gözleri vardır. Kanatları dâhil bütün vücudunun tüylü olmaları ve kan emmek için yöneldikleri konakçısına konmadan önce çevresinde kısa sıçramalarla uçmaları gibi tipik davranış özellikleri sayesinde kolayca tanınırlar (**Şekil 68.3**). Sadece dişileri kan emer. Ka-



Şekil 68.3 Tatarcıklar sineği dişi kan emerken (Anonim2020b).

natları 6 damarlıdır, uzun antenleri ve 5 segmentli palpleri vardır ⁽²⁴⁾. Dünyanın sıcak bölgelerine yayılmışlardır. Kum sineklerinin üremesine uygun ortamlar, su birikintileri açık fosseptik çukurlar, Evlere yakın hayvan barınaklarıdır.

Yaman verdiği referanslarda; "Tatarcıkları oluşturan yaklaşık 700 türün 70 kadarı 20'den fazla *Leishmania* türüne ve diğer patojenlere vektörlük yapmaktadır. *Phlebotomus* ve *Lutzomyia* soylarında yer alan tatarcık türleri kan emmeleri esnasında tatarcık humması ve Oraya humması gibi çeşitli arbovirusları, flavivirusları, orbivirusları ve vezikülovirusları, insanlar, kemirciler ve köpekler arasında taşırlar. Tatarcıkların asıl önemleri insan, köpek ve kemirgen hayvanlara leishmaniasis'i taşımalarından ileri gelmektedir" diyerek sadece bu sineklerin birçok hasatlığa vektörlük yatığını anlatmıştır ⁽²³⁾.

Ülkemizdeki yayılışlarının saptanması ile ilgili olarak Akdeniz, Ege, İç Anadolu ve kısmen Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yapılan çalışmalarda, toplam olarak 26 tür ve alt türünün varlığı tespit edilmiştir ⁽²⁴⁾.

Sivrisinekler

Sivrisinekler; Böceklerin Diptera (iki kanatlılar) takımının Nematocera alttakımı dahil olan Culicidae ailesi içerisinde yer almaktadır. Culicidae ailesi Anophelinae, Culicinae ve Toxorhynchitinae olmak üzere üç alt aileye ayrılmaktadır ⁽²⁵⁾. Anophelinae ve Culicinae alt ailelerine bağlı 110'dan fazla cins içinde 3500'ün üzerinde türün varlığı tespit edilmiş ve ülkemizde ise sivrisineklerin sistematigi üzerine yapılan son araştırmalarla birlikte 7 cinsle bağlı 62 türün varlığına bildirmiştir ⁽²⁶⁾.

Sivrisineklerde gelişim holometaboldür ve başkalaşım geçirirler. Tüm sivrisinekler gelişim için

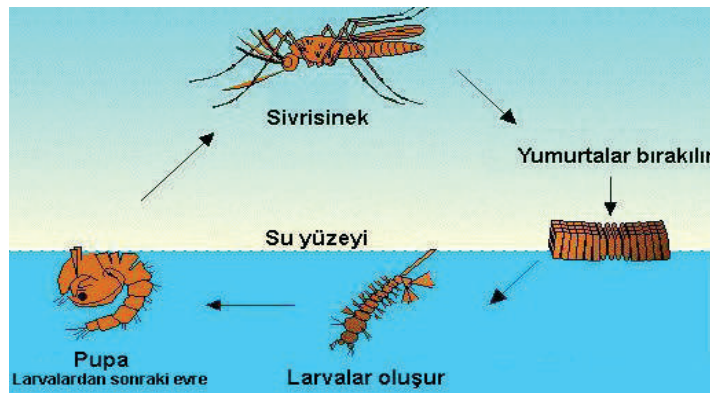
sucul ortamlara gereksinim duyar. Yumurtadan çıkıştan sonra dört larval dönem ve pupa dönemini geçirek erişkin döneme girerler (Şekil 68.4). Toplam biyoloji, türe ve çevresel koşullara göre, birkaç haftada tamamlanabileceği gibi, 4 yıldan fazla sürdüğü de olur ⁽²⁷⁾.

Vektörlük yapan sivrisinekler ile patojen alımı; genellikle en az bir kan almayı gerektirdiğinden, hastalık aktarımı ise en az bir yumurtlama döngüsünün tamamlanmasını gerektirir. Yumurtlama bu nedenle sivrisinek kaynaklı hastalıkların önemli bir bileşendir ⁽²⁸⁾.

Sivrisinekler; Sıtma, Japon ensefaliti, La Crosse ensefaliti, St. Louis ensefaliti, Batı Nil Virüsü, Batı Equine ensefaliti, Dengvireüsü, Rift Vadisi Humması, Sarı Humma, Murray Vadisi ensefaliti, O'Nyong-nyong, Ross River, Chikungunya, Zika, Sindbis ve filariasis gibi birçok hastalığın bulaştırılmasında önemli rol oynamaktadırlar ^(27,29). Türkiye'de Batı Nil Ateşi, Deng Humması ve Sarı Humma gibi sivrisinek kaynaklı arboviral hastalıkların varlığı tespit edilmiştir ⁽⁸⁾. Ayrıca, henüz Türkiye'de varlıkları tespit edilmemiş olsa da vektör ve konak türlerinin varlığından, uygun iklimsel koşullardan ve sınır ülkelerde görülmelerinden dolayı da Chikungunya, Zikave Rift Vadisi Ateşi de Türkiye için risk oluşturan hastalıklar arasında sayılmaktadır ⁽³⁰⁾.

Sonuç

Türkiye'de KKKA, Şark Çıbani, Tularemi en sık görülen VBH lerdir. Bulaşta rol oynayan vektörlerin coğrafyamızda varlığıyla ve kuşların göç yollarının ülkemizden de geçiyor olması, Suriye'den gelen göçmeler, vektör kontrol hizmetlerinin zayıflığı nedenleriyle VHB'ler önemli sağlık sorunu olma potansiyelini sürdürmektedir.



Şekil 68.4 Bir sivrisineğin yaşam döngüsü (Anonim).

Kaynaklar

- 1) Vector born diseases (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>, erişim 12.07.2020)
- 2) İnci A, Yazar S, Tunçbilek A.S ve ark. Vectors and Vector-Borne Diseases in Turkey. Ankara Üniv Vet Fak Derg, 60, 281-296, 2013.
- 3) Çağlayık D, Uyar Y, Korukluoğlu G, Ertek M, Ünal S. An Imported Chikungunya Fever Case From New Delhi, India to Ankara, Turkey: The First Imported Case of Turkey and Review of the Literature. Mikrobiyol Bul 2012 Jan;46 (1):122-8.
- 4) Atalay T, Kaygusuz S, Azkur A.K. A study of the chikungunya virus in humans in Turkey. Turk J Med Sci (2017) 47: 1161-1164
- 5) Sezen A İ, Yıldırım M, Kültür MN, Pehlivanoğlu F, Menemlioğlu G. Cases of Zika Virus Infection in Turkey: Newly Married Couple Returning From Cuba. Mikrobiyol Bul 2018 Jul;52 (3):308-315.
- 6) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-anasayfa>, erişim 12.07.2020)
- 7) Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA (edit.). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019.
- 8) Özkeklikçi A, Karakuş M, Özbel Y, Töz S. The New Situation of Cutaneous Leishmaniasis After Syrian Civil War in Gaziantep City, Southeastern Region of Turkey. Acta Tropica, 166 (2017), 35-38
- 9) 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): 279-292
- 10) Okay G. Hantavirüs Infection in Turkey. Journal of Microbiology and Infectious Disease. 2014; Special Issue 1: S50-S53
- 11) Köse H, Temoçin F, Sarı T. Tularemi salgını ve sonrası; mevsimsel değişikliklerin etkisi. Mikrobiyol Bul 2020;54 (2):203-210.
- 12) H. Bozdağ ve T. Özekinci, Nadir Bilinen Bir Hastalık: Diyarbakır ve Yöresinde Tularemi. İKSSD 2020;12 (1):52-6
- 13) https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-vektorel-hastaliklar-db/zoonotik-hastaliklar/1-KKKA/3-istatistik/KKKA_Haritalar_2017_Dahil.pdf (erişim 13.07.2020).
- 14) Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Genelge 2018/22 (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genelge/Bulasici_Hastaliklar_ile_Mucadele_Rehberi. Erişim 13.07.2020)
- 15) Sonenshine D, E. 1991 Biology of Ticks. Volume 1. Oxford: Oxford University Press.
- 16) Guglielmone A. A, Robbins R.G., Apanaskevich D.D., Petney T.N., Estrada- Pena, A., Hoogstraal, H. 1979. The epidemiology of tick-borne Crimean-Congo hemorrhagic fever in Asia, Europe, and Africa. J Med Entomol., 15 (4); 307-417
- 17) Değer, M., Biçek, K., Özdağ, N., Yılmaz, A., Denizhan, V., Halıaç, B., Sona, A. 2010 Van’ın Erciş İlçesinde Kene Tutunması Şikâyeti İle Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Kişilerden Toplanan Kenelerin Türlerine Göre Dağılımı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi. 21 (2), 95-98.
- 18) Jongejan F, Uilenberg G (2004). The global importance of ticks, Parasitology, 129, 3–14.
- 19) Labuda M, Nuttall PA (2004). Tick-borne viruses. Parasitology, 129, 221–245.
- 20) Kaygusuz, S. Kırıkkale-Kızılırmak Havzasındaki Kenelerin Epidemiyolojik Durumunu Belirten Ön Çalışma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008, 10 (2), 1-4. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kutfd/issue/10151/124822>
- 21) Aydın, L., Bakırcı, S. Geographical distribution of ticks in Turkey. Parasitol Res. 2007 (101), 163–166.
- 22) Ergönül, O. and Whitehouse, C.A. 2007. Crimean Congo Hemorrhagic Fever: A Global Perspective. Springer publications.
- 23) Yaman M (2008) Tatarcıklarla mücadele ve bu alandaki son gelişmeler. Türkiye Parazitoloji Dergisi 32 (3): 280-287.
- 24) Savaşçı, E. 2016 Diyarbakır yöresinde bulunan tatarcık (Diptera: Phlebotomidae) türlerinin tespiti ve şark çıbanı vektörlerinin biyo-ekolojisi üzerine araştırmalar Harran Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 81 sayfa
- 25) Harbach R, E. 2011 Classification within the cosmopolitan genus *Culex* (Diptera: Culicidae): the foundation for molecular systematics and phylogenetic research. Acta Trop; 120: 1-14
- 26) Kuçlu, Özge, and Bilal Dik. (Diptera: Culicidae) Faunas / Mosquito (Diptera: Culicidae) Fauna of Western Black Sea Region of Turkey.” Turkish Journal of Parasitology, 2018, vol. 42, no. 2, p. 138+. Accessed 25 June 2020.
- 27) Becker N, Petric D, Zgomba M, Boase C, Madon M, Dahl C, Kaiser A 2010. Mosquitoes and Their Control. Second Edition. Springer, Heidelberg, New York, p.577..
- 28) Bentley MD, Day JF (1989). Chemical ecology and behavioral aspects of mosquito oviposition. Ann Rev Entomol, 39:401-421.
- 29) Eldridge B, F. 2000. The epidemiology of arthropod borne disease. In. Eldridge BF and Edman DJ. (Ed) Medical Entomology, a textbook on public health and veterinary problems caused by arthropods. Netherland: Kluwer Academic Publishers; pp. 165-85.
- 30) Akiner MM, Demirci B, Babuadze G, Robert V, Schaffner F. 2016 Spread of the Invasive Mosquitoes *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* in the Black Sea Region Increases Risk of Chikungunya, Dengue, and Zika Outbreaks in Europe. PLoS Negl Trop Dis; 10: e0004664

PROF. DR. MUTTALİP ÇİÇEK • PROF.DR. ALİ CEYLAN

Giriş

Parazit hastalıkları tüm dünyada yaygın olup özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın görülen bu hastalıklar, çoğunluğu çocuk olan hastaların fiziksel ve zihinsel gelişimlerini olumsuz etkilemekte ve ülkelerde yoksulluğun artmasını tetiklemektedir⁽¹⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde yaklaşık 1.5 milyar insanın intestinal helmint ile enfekte olduğunu, protozoonların neden olduğu hastalıkların yüksek mortalite ve morbidite ile seyrettiğini, bazı tropikal ülkelerde, amebiasis gibi enfeksiyonların bazı toplumların yaklaşık %50'sini enfekte ettiğini rapor etmektedir.^(2,3)

Kronik seyreden ve öldürücü olmayan parazit hastalıklarının özellikle immün sistemin baskılandığı kişilerde ciddi klinik belirtiler oluşturduğu ve ölümcül olabildiği bildirilmektedir. Parazit hastalıkları ölümlere, hamilelerde bebek kayıplarına, kırsırlıklara, çocuklarda bedensel ve zihinsel gelişme geriliklerine ve büyük oranda da ekonomik kayıplara neden olduklarından kontrol altına alınması gereken hastalıklar arasında önemini korumaktadır^(4,5)

Günümüzde küreselleşme ile birlikte seyahatler kolaylaşmış ve artmıştır, bu durum hastalıkların yayılmasında önemli bir faktördür. Küreselleşen dünyada hızlı ulaşım koşulları, turizm, toplu göçler, mülteci kampları, iltica ve askeri operasyonlar gibi nedenlerden dolayı, parazit hastalıkları kolaylık-

la yayılmaktadır. Bu nedenle parazitler hastalıkları belli bölgelere sınırlandırmak doğru değildir^(6,7)

Parazitlerin yeryüzündeki dağılımında sıcaklık, nem, rakım, bitki örtüsü, rezervuar ile ara konaklar, vektörler ve toprağın kimyasal özellikleri gibi birçok faktör rol oynamaktadır⁽⁸⁾.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda bölgelerin sosyo-ekonomik durumu, iklim ve çevre şartları nedeniyle parazitlerin yaygınlığı ve türleri farklılık göstermektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmaları direkt kesin prevalans olarak vermek hatadır. Çünkü her bir araştırmanın çalışma grubu farklılık göstermektedir bazen laboratuvar sonuçları, okul taramaları, immün sistem baskılanmış hastalar gibi farklı çalışma gruplarından oluşmaktadır. Yine de o bölgenin parazit çeşitliliği ve sıklığı hakkında bilgi vermektedir.

Son yıllarda ülkemizde içme suyu kalitesinin, sanitasyon ve alt yapı hizmetlerinin iyileştirilmesi sonucu bazı bağırsak parazitlerinin görülme sıklığında azalma olduğu bildirilmekle birlikte, yine de bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Son yıllarda ülkemizde mülteci kamplarının oluşturulması, kaçak insan göçünün artması, Asya ve Avrupa kökenli yabancı öğrenci kontenjanının artması, yurt dışında çeşitli ülkelerde çalışma amaçlı bulunan işçilerin taşıdığı importe parazitler hastalığı (Schistosoma, Falciparum sıtması gibi) vakalarının bildirilmesinin yanında, diğer birçok parazit enfeksiyonunun prevalansının artmasına neden olan faktörler arasında sayılabilir. Bunun dışında barajların artışına paralel sulama kanallarının,

ve dolayısıyla sulu tarım yapılan alanların artmasıyla birlikte ara konakçı vektör popülasyonunun artmasına neden olmuştur. Bu da Fasciola sp. gibi helmintlerin görülme sıklığının artışı tetiklemek-

tedir. 2015-2019'da ülkemizde yapılan ve bilimsel dergilerde yayınlanan çalışmalarda rapor edilen parazitler hastalıklar **Tablo 69.1** ve **69.2**'de rapor edilmiştir.

Tablo 69.1 Ülkemizde çocuk yaş grubunda yapılan bazı araştırmalara göre parazit yaygınlığı

İl	Parazit Sıklığı	En sık rastlanan parazit türü	%	Araştırmayı yapan
Şanlıurfa	%58	Giardia intestinalis	42,53	Doni NY ve ark. 2015, ⁽⁹⁾
Ta	%10,4	Enterobius vermicularis	10,4	Yazgan S ve ark. 2015, ⁽¹⁰⁾
Van*	3	Cyclospora cayetanensis	3	Taş Cengiz ve ark. 2016, ⁽¹¹⁾
Van	%40	Giardia intestinalis	12,6	Akış FB ve ark. 2018, ⁽¹²⁾
Ordu	%57	Cryptosporidium sp.	53,0	Kulören Z ve ark. 2017, ⁽¹³⁾
Diyarbakır*	17	Fasciola hepatica	17	Tokgöz Y ve ark., 2017, ⁽¹⁴⁾
İzmir*	1	Strongyloides stercoralis	1	Oktar N ve ark., 2018, ⁽¹⁵⁾

*Vaka olarak bildirilen parazit sayısını göstermektedir.

Tablo 69.2 Ülkemizde 2015-2019 yılları arasında bazı illerimizde Parazit Yaygınlığı

İller	Toplam parazit sıklığının türlere göre dağılımı												Araştırmacı		
	Toplam Parazit sıklığı %	Giardia intestinalis %	Blastocystis hominis %	Entamoeba histolytica	Entamoeba histolytica /dispar %	Cryptosporidium sp. %	Cyclospora cayetanensis %/n	Enterobius vermicularis %	Ascaris lumbricoides %	Taenia sp. %	Hymenolepis nana %	Trichuris trichiura %		Strongyloides stercoralis %/n	Fasciola hepatica /gigantica %
Sakarya *				8,5		0,1							1		Kadılar Ö ve ark. 2015, ⁽¹⁶⁾
Van															Beyhan ve ark. 2016, ⁽¹⁷⁾
İzmir	35,1	53,8	23,1			69,2									Uysal S ve ark. 2016, ⁽¹⁸⁾
Muğla													0,3		Aksoy Gökmen A ve ark. 2016, ⁽¹⁹⁾
İstanbul	3,7	26,2	63,5		1,6		2,4		4,8	1,6					Selek MB ve ark. 2016, ⁽²⁰⁾
Van *							7								Taş Cengiz Z ve ark. 2016, ⁽²¹⁾
Şanlıurfa	31,6	5,7	63,6		0,2		0,3		0,5	0,7					Öncel K, 2018, ⁽²²⁾
İzmir			6,93												Tunalı V ve ark. 2018, ⁽²³⁾
Van	34,1	9,3	26,5		0,8	0,7		2,5	0,2	1,2	0,3	0,001	0,04		Taş Cengiz Z ve ark. 2019, ⁽²⁴⁾
Manisa	20,7	1,2	13,4		1,2	2,4									Arserim SK ve ark. 2019, ⁽²⁵⁾
Van	29,6	9,4	5,5		0,06	0,02	0,1	0,2	1,2	0,05	1,7	0,03	0,1		Taş Cengiz Z ve ark. 2015, ⁽²⁶⁾
Samsun	1,8	48,1	35,3		0,6			3,0	3,0	0,6	0,6	1,2	1,2		Tanrıverdi Çaycı Y ve ark. 2017, ⁽²⁷⁾
Manisa	9,7	1,4	6,6		0,08			1,7	0,04	0,02					Başdemir S ve ark., 2016, ⁽²⁸⁾
Konya	5,1	13,7	59,9		0,24			0,4	0,01	0,01					Pektaş B ve ark. 2015, ⁽²⁹⁾
İzmir	18,3	3,9	39,8		1,8	37,4	7,7	4,6	0,03	0,09	0,03				Ulusan Ö ve ark. 2019, ⁽³⁰⁾
İstanbul	36,7	2,2	22,2		13,3	3,3									Akgül Ö ve ark., 2018, ⁽³¹⁾
İzmir/ Menemen	4,9	11,4			12,9			2,4	3,9	0,4		0,1			Bayındır B ve ark. 2019, ⁽³²⁾
İzmir	15,3		3,4		72,4										Köse Ş ve ark., 2015, ⁽³³⁾
Gaziantep	5,04	1,7	2,6		1,7			20,0							Özkeçikçi A ve ark. 2019, ⁽³⁴⁾
Diyarbakır			20,0												Çakır F ve ark. 2019, ⁽³⁵⁾
Diyarbakır*							6								Çiçek M ve ark., 2017, ⁽³⁶⁾
Malatya							5,7								Karaman Ü ve ark., 2015, ⁽³⁷⁾
Muğla*													1		Aksoy A ve ark., 2015 ⁽¹⁹⁾
Ankara														17	Akpınar MY ve ark., 2016 ⁽³⁸⁾
Van														5,6	Taş Cengiz Z ve ark., 2015 ⁽³⁹⁾
Adıyaman*														3	Sayiner HS ve ark., 2017 ⁽⁴⁰⁾
Gaziantep*														22	Bosnak VK ve ark., 2016 ⁽⁴¹⁾
Diyarbakır*														56	Çiçek M ve ark., 2018 ⁽⁴²⁾

*Vaka olarak bildirilen parazit sayısını göstermektedir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Helminth control in school-age children. A guide for managers for control programmes. . 2011, WHO Press: Geneva.
- 2) WHO Initiative for Vaccine Research. State of the art of vaccine research and development. 2005, WHO Document Production Services: Geneva.
- 3) World Health Organisation. Soil-transmitted helminth infections. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>. 2020.
- 4) Chan, M.S., The global burden of intestinal nematode infections—fifty years on. *J Parasitology today*, 1997. 13 (11): p. 438-443.
- 5) Kucuk, C.J., G.L. Martin, and B.V. Sortor, Common intestinal parasites. *Am Fam Physician*, 2004. 69 (5): p. 1161-8.
- 6) Karakavuk, M.A., Mehmet Ünver, Ayşegül Döşkaya, Mert Afrika Kitasına Seyahat Edenlere Bulaşabilecek Paraziter Hastalıklar. *J Türkiye Parazitol Derg*, 2018. 42: p. 154-60.
- 7) Poria, Y.B., Richard Airey, David, Tourism, religion and religiosity: A holy mess. *Current Issues in Tourism*, 2003. 6 (4): p. 340-363.
- 8) Korkmaz, M., Barsak Helmintleri. *ANKEM*, 2006 (20): p. 170-176.
- 9) Doni, N.Y.G., Gulcan Simsek, Zeynep Zeyrek, Fadile Yıldız, Prevalence and associated risk factors of intestinal parasites among children of farm workers in the southeastern Anatolian region of Turkey. *J Annals of Agricultural Environmental Medicine*, 2015. 22 (3).
- 10) Yazgan, S., U. Cetinkaya, and I. Sahin, [The Investigation of Prevalence of *Enterobius vermicularis* (L.1758) in Primary School Age Children and Its Relation to Various Symptoms]. *Türkiye Parazitol Derg*, 2015. 39 (2): p. 98-102.
- 11) Cengiz, Z.T., et al., *Cystoisospora* sp. Infection determined in immunosuppressed and immunocompetent children: three cases report. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 2016. 40 (2): p. 107.
- 12) Akış Fatma Birdal, B.Y.E., Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda İntestinal Parazitlerin Dağılımı. *Türkiye Parazitol Derg*, 2018. 42: p. 113-7.
- 13) Zeynep Kolören, Ü.K., Yasemin Kaya, Gamze Kaçmaz, Emine Ertürk, Özlem Özdemir, Emine Ayaz, Bir İlköğretim Okulu Çocuklarında Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2017. 1: p. 18-21.
- 14) Tokgoz, Y., et al., *Fasciola hepatica* infestation in Turkish children. *Gazzetta Medica Italiana Archivio Per Le Scienze Mediche*, 2017. 176 (11): p. 603-609.
- 15) Oktar, N., H. Ozer, and E. Demirtas, Central nervous system *Strongyloides stercoralis*. A case report. *Turk Neurosurg*, 2018.
- 16) Kadılar, O., et al., [Rare Case of *Strongyloides stercoralis* with Vitamin B12 Deficiency]. *Türkiye Parazitol Derg*, 2015. 39 (3): p. 238-40.
- 17) Beyhan, Y.E., H. Yılmaz, and Z.T. Cengiz, Amebiyaz şüpheli hastaların dışkı örneklerinde nativ-lugol ve ELISA ile entamoeba spp. yaygınlığının araştırılması: retrospektif bir çalışma. *Türkiye Parazitol Derg*, 2016. 40: p. 59-62.
- 18) Uysal, S., et al., Incidence of Parasitic Diarrhea in Patients with Common Variable Immune Deficiency. *Türkiye Parazitol Derg*, 2016. 40 (2): p. 67-71.
- 19) Aksoy Gokmen, A., et al., Investigation of *Strongyloides stercoralis* Seroprevalence in Individuals Who Grow Vegetables and Gather Mushroom in Mugla Province in Turkey. *Türkiye Parazitol Derg*, 2016. 40 (2): p. 82-5.
- 20) Selek, M.B., et al., 2012-2014 Yılları Arasındaki Üç Yıllık Dönemde Hastanemiz Parazitoloji Laboratuvarına Kabul Edilen Dışkı Örneklerinde Saptanan Parazitlerin Dağılımı. *Türkiye Parazitol Derg*, 2016. 40: p. 137-40.
- 21) Cengiz, Z.T., Y.E. Beyhan, and H. Yılmaz, Van Yöresinde Fırsatçı Bir Protozoon Olan *Cyclospora cayetanensis*: Yedi Vaka Sunumu. *Türkiye Parazitol Derg*, 2016. 40: p. 166-8.
- 22) Öncel, K., Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarında Ekim 2015-Ekim 2016 Tarihleri Arasında İncelenen Dışkı Örneklerindeki Parazit Dağılımı. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 2018. 42 (1): p. 20.
- 23) Tunalı, V., et al., Gastrointestinal Sistem ve Dermatolojik Yakınmaları Olan Hastalarda Blastocystosis Prevalansı ve Blastocystis spp. Yoğunluğunun Semptomatolojiye Etkisi. *Türkiye Parazitol Derg*, 2018. 42 (4): p. 254-7.
- 24) Cengiz, Z.T., et al., Geniş Kapsamlı Bir Retrospektif Çalışma: Van Yöresinde İnsanlarda İntestinal Parazitler. *Türkiye Parazitoloji Derg*, 2019. 43 (2): p. 70.
- 25) Arserim, S.K., et al., Huzurevi Ortamında Yasayan Bireylerde Bağırsak Parazitlerinin Arastirilmesi/Investigation of Intestinal Parasites in Living Nursing Home. *Turkish Journal of Parasitology*, 2019. 43 (2): p. 74-78.
- 26) Cengiz, Z., et al., Bir üniversite hastanesi parazitoloji laboratuvarında belirlenen intestinal ve hepatik parazitler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2015. 42 (3): p. 350-354.
- 27) Yeliz, T.Ç., H. Kübra, and B. Asuman, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Parazitoloji Laboratuvarında 2014-2016 Yılları Arasında Saptanan Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. *Journal of Health Sciences of Kocaeli University*, 2017. 3 (3): p. 6-8.
- 28) Baştemir, S., et al., Frequency of Intestinal Parasites Detected in the Laboratory of Medical Parasitology in Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital Between 2011 and 2015. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 2016. 46 (2): p. 76-81.
- 29) Pektaş, B., et al., Three years of distribution of intestinal parasites in an Education and Research Hospital: A retrospective study. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2015. 6 (3): p. 269-273.
- 30) Ulsan, Ö., et al., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Direkt Tanı Laboratuvarında Saptanan Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı; On Yıllık Değerlendirme. *Türk Mikrobiyoloji Cem Derg*, 2019. 49 (2): p. 86-91.
- 31) Akgül, O., et al., [Detection of intestinal parasites with conventional and molecular methods in follow-up HIV/AIDS cases]. *Mikrobiyol Bul*, 2018. 52 (3): p. 273-283.
- 32) Bayındır Bilman, F. and M. Yetik, The epidemiology of intestinal parasites: evaluation of five years. *İKSSTD*, 2019. 11 (3): p. 184-189.
- 33) Köse, Ş., et al., Gastroenterit tanısıyla izlenen olguların değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2015. 25 (2): p. 85-88.
- 34) Özkeklikçi, A. and F. Avcıoğlu, Parazitoloji Laboratuvarına Başvuran Hastalarda Bağırsak Parazitlerinin Görülme Oranları: Altı Yıllık Değerlendirme. *Abant Tıp Dergisi*, 2019. 8 (3): p. 134-140.
- 35) Cakir, F., M. Cicek, and I.H. Yildirim, Determination the Subtypes of *Blastocystis* sp. and Evaluate the Effect of These Subtypes on Pathogenicity. *Acta Parasitologica*, 2019. 64 (1): p. 7-12.
- 36) Muttalıp, Ç., et al., Cyclosporiasis Cases in Six Immunocompetent Patients in a Turkish University Hospital and a Literature Review from Turkey. *Annals of Clinical Pathology*, 2017. 5 (5): p. 1125.

- 37) Karaman, U., et al., Epidemiology of Cyclospora Species in Humans in Malatya Province in Turkey. *Jundishapur J Microbiol*, 2015. 8 (7): p. e18661.
- 38) Akpınar, M.Y., et al., Fasciola hepatica: tanısında endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi: tek merkez deneyimi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2016. 24 (2): p. 47-50.
- 39) Cengiz, Z.T., et al., Seroprevalence of human fascioliasis in Van province, Turkey. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 2015. 26 (3): p. 259-262.
- 40) Sayiner, H., et al., Fascioliasis: Clinical presentation and treatment of three cases. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 2017. 24: p. 1.
- 41) Bosnak, V.K., et al., Evaluation of patients diagnosed with fascioliasis: A six-year experience at a university hospital in Turkey. *J Infect Dev Ctries*, 2016. 10 (4): p. 389-94.
- 42) Cicek, M., et al., Does Neutrophil / Lymphocyte ratio contribute to diagnostics in patients with fascioliasis? . *Acta Medica Mediterranea*, 2018. 34 (4): p. 955-958.

Yeni ve Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı > Hastalıklar

70

UZM. DR. HİLAL DÜZEL

Giriş

Antibiyotik ve aşıların keşfinden sonra bulaşıcı hastalıklara karşı büyük bir zafer kazanıldığı yanılgısı HIV enfeksiyonunun ortaya çıkması ile sona ermiştir. HIV'den sonra yeni pek çok hastalık tespit edilmiş veya ortaya çıkmıştır. Ayrıca eskiden insan sağlığını tehdit eden ve üstesinden geldiği düşünülen tüberküloz gibi hastalıkların da yeniden tehdit haline geldiği belirlenmiştir.

Yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar; son 20 yılda insidansı artan veya yakın zamanda artma tehdidi bulunan hastalıklar olarak tanımlanabilir. Bu duruma; yeni bir etkenin ortaya çıkarak yayılması, toplumda uzun süredir görülen bir hastalık etkeninin yeni belirlenmiş olması veya mevcut bir hastalığın enfeksiyöz olduğunun belirlenmesi durumunda 'yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalık' denilebilir. Bilinen bir enfeksiyon etkeninin insidansında düşüşü takiben artış olması durumunda ise 'yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalık'tan söz edilebilir ⁽¹⁾ 21. yüzyıl bu açıdan SARS, pandemik influenza, MERS, ebola, Zika virüs ve COVID-19 gibi yeni hastalıkların ortaya çıktığı hem de kolera, veba ve sarıhumma gibi hastalıkların yeniden görüldüğü bir dönem olmuştur ⁽²⁾

Türkiye özelinde bakıldığında son yıllarda COVID-19, Batı Nil virüsü, Zika virüs, pandemik influenza ve yeni etkenle görülmeye başlanan kutanöz leishmaniasis yeni ortaya çıkan; suççuğu, sıtma ve şarbon ise yeniden ortaya çıkan önemli hastalıklar olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de Yeni Ortaya Çıkan ve Çıkabilecek Bulaşıcı Hastalıklar

Yeni Koronavirüs (COVID -19)

Çin'in Wuhan kentinde 31 Aralık 2019 tarihinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakalarının DSÖ'ye bildirim sonrası 7 Ocak'ta yeni bir tip koronavirüs olan ve SARS-Cov-2 adı verilen COVID-19 etkeni tespit edilmiştir. ⁽³⁾ Hızla tüm dünya ülkelerini etkisi altına alan ve 1 Temmuz 2020 itibarıyla dünyada 10.966.911 kişiyi enfekte eden virüs ülkemizde bu tarihe dek 201.098 kişiyi enfekte etmiş, 5150 kişinin ölümüne neden olmuştur. ^(4,5) Koronavirüs ile detaylı bilgi içeren ayrı bir bölüm bulunmaktadır. (Bkz. Bölüm 7 COVID-19)

Kutanöz Leishmaniasis

Kutanöz Leishmaniasis Türkiye'de özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ve Akdeniz Bölgesinin Çukurova yöresinde endemik olarak görülmektedir. Hastalığın ülkemizdeki etkeni *L. tropica*'dır ⁽⁶⁾ 2013 yılı itibarıyla *L. major* etkeni ilk kez Muş ilinde ardından Antalya, Adana, Mardin, Diyarbakır, Bitlis ve Hatay'dan bildirilmeye başlanmıştır. ⁽⁷⁾ Koltaş ve arkadaşlarının Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yaptığı çalışmada alınan 107 sürüntü örneğinin %36,5'i *L. infantum* ve %21,5'i *L. major* olarak belirlenmiştir. *L. major* saptanan 23 vakanın 14'ü Suriye kökenli, 9'u Türk'tür. *L. major* özellikle Irak, Suriye ve İran'da endemik olan etkidir. Türkiye'nin Avrupa ve Asya arasında geçiş için kulla-

nılan konumu ve küresel ısınmanın yanı sıra 2011 yılında başlayan Suriye iç savaşı sonrası özellikle Türkiye'nin güneyine gelen ve kamplarda yaşayan Suriyeli mültecilerin Kutanöz Leishmaniasis etken değişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir.⁽⁸⁾

Batı Nil Virüsü

Batı Nil virüsü hastalığı ülkemizde ilk kez 2010 yılında salgın olarak rapor edilmiştir. Hastalık göçmen kuşlardan insanlara sıklıkla *Culex* cinsi sivrisinekler aracılığı ile bulaşır.⁽⁹⁾ Kalaycıoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada 2010 yılı Haziran-Kasım ayları arasında ülkemizde 12 doğrulanmış vaka raporlanmıştır.⁽¹⁰⁾ World Animal Health Information Database insan zoonozları verilerine göre 2011 yılından itibaren görülen Batı Nil virüsü vakaları **Şekil 70.1**'de verilmiştir.⁽¹¹⁾ Grafikte de görüldüğü üzere son yıllarda vaka sayısındaki artış dikkat çekmektedir. 2019 yılında İstanbul Avcılar'da Batı Nil virüsü ile enfekte dört hasta tespit edilmiştir.⁽¹²⁾ Avcılar'da görülen vakaların Yeşilkent'te bulunan dere yatağı yakınlarında yaşıyor olmaları dikkat çekmektedir. Göçmen kuşların ülkemizde bilinen en sık durak yerlerinden olan İstanbul'da hastalığın sulak bir alanda görülmesi beklenen bir durumdur. Batı Nil virüsü hastalığının önümüzdeki yıllarda da ülkemizde özellikle göçmen kuş rotaları üzerinde

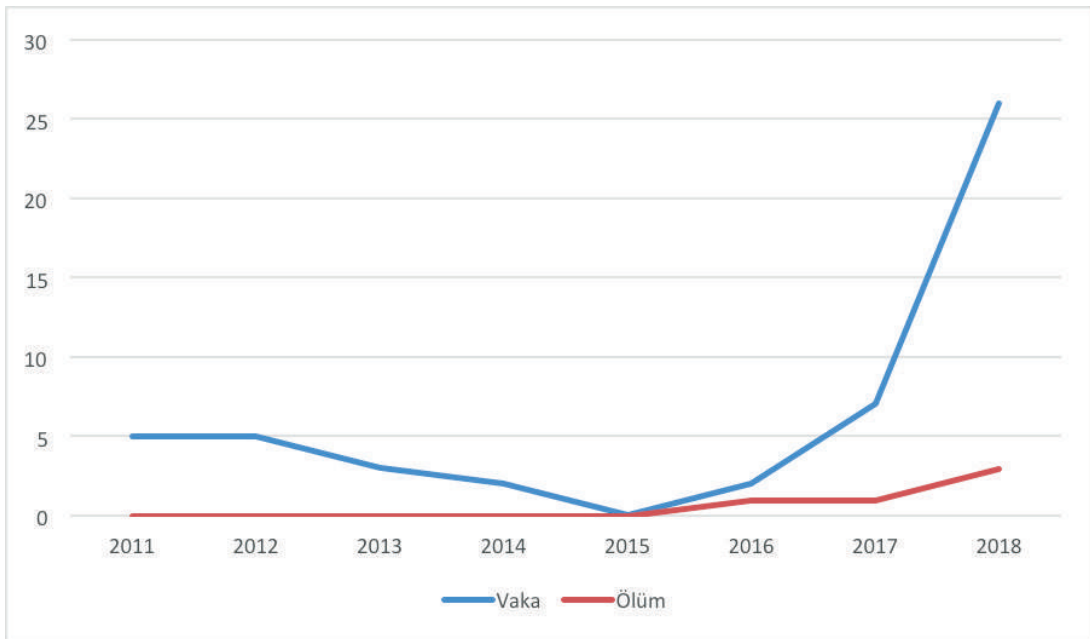
görüleceği öngörülebilir.

Zika Virüs

Zika virüs insanda ilk kez 1952 yılında Uganda ve Tanzanya'da izole edilmiştir. Virüs 1960'lardan beri insanlarda hastalığa sebep olsa da ilk resmi salgın kaydı 2007 yılındadır.⁽¹³⁾ 2016 yılında pik yapan Zika virüs salgını 2017 ve 2018 yıllarında önemli ölçüde azalmıştır. Bugüne kadar 87 farklı ülkede sivrisineklerden Zika virüs bulaşı tespit edilmiştir.⁽¹⁴⁾

Hastalığın bulaşından esas olarak, Deng ateşi, Chikungunya ve sarıhumma hastalığının bulaşından da sorumlu olan *Aedes* cinsi sivrisinekler sorumludur. Zika virüs hastalığı ayrıca gebelikte aneden bebeğe geçebilmekte, cinsel yolla, kan, kan ürünleri ve organ nakli ile de bulaşabilmektedir. Hastalık enfekte olan kişilerin çoğunda asemptomatik seyretmektedir. Gebelikte hastalığın geçirilmesi düşük, erken doğum veya mikrosefali gibi konjenital malformasyonlarla sonuçlanabilir. Hastalığın Guillain-Barré sendromunu tetiklediği de bilinmektedir.⁽¹³⁾

Türkiye'de 2017 yılında Küba seyahat öyküsü olan 4 kişide hastalık görülmüştür. Hastalığın yayılımından sorumlu vektörlerden *Aedes aegypti* Artvin'den Giresun'a kadar olan Doğu Karadeniz Bölgesinde görülmektedir. *Aedes albopictus* ise hem Doğu Karadeniz'de hem de İstanbul ve Trakya'da



Şekil 70.1 2010-2018 yılları arasında Türkiye'de görülen Batı Nil virüsü Hastalığı vaka ve ölüm sayıları.

görülmede olup soğuğa dayanıklı ve adaptasyon yeteneğinin yüksek olması dolayısıyla ülkenin iç kesimlerine de yayılma riski olan bir türdür. Hastalığın Türkiye’de yerli bulaşıcı bulunmasa da hastalık açısından önlem alınması gerektiği açıktır. ⁽¹⁵⁾

Pandemik influenza

İnfluenza insandan insana kolaylıkla bulaşan bir viral enfeksiyondur. İnfluenza virüsü genellikle mevsimsel epidemilere yol açsa da sık mutasyon geçirebildiğinden yeni bir influenza alt tipi oluştuğunda veya hayvan kökenli influenza virüsü insanda hastalığa neden olduğunda pandemiye neden olabilir. ⁽¹⁶⁾

İnfluenza virüsünün 20. yüzyılda; İspanyol gribi (1918-1919; H1N1; 20-50 milyon ölüm), Asya Gribi (1957-1958; H2N2; 1-4 milyon ölüm) ve Hong-Kong gribi (1968; H3N2; 1-4 milyon ölüm) pandemilerine neden olduğu bilinmektedir. ⁽¹⁷⁾ 21. yüzyılın ilk pandemisi ise 15 Nisan 2009’da California’da H1N1 virüsünün belirlenmesi ile başlamış, 11 Ağustos 2010’da sona ermiştir. Bu süreçte influenza aşısının hastalık morbiditesi ve mortalitesini azaltmadaki etkisi büyük olsa da 100-400 bin kişinin hastalık nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. ^(17,18)

Geçmiş pandemilerden de yola çıkılarak 2009 H1N1 pandemisinin son influenza pandemisi olmayacağı rahatlıkla belirtilebilir. Türkiye pandemi hazırlıklarına ilk kez 2004 yılında başlamış, 2006 yılında ilk Pandemi Hazırlık Planı genelge olarak yayınlanmıştır. 2009 yılında yaşanan influenza pandemisi verileri de dikkate alınarak 2019 yılında pandemi planı güncellenmiştir. Planın amacı; “Bir pandemi sırasında; sağlık hizmetleri ihtiyacının artmasına rağmen kaliteli sağlık hizmeti verilmesini, sağlık hizmetlerinin devamlılığını, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin alınmasını, farkındalığın sağlanmasını, mortalite ve morbiditenin azaltılmasını da içeren etkili bir müdahalenin uygulamaya konulmasını sağlamak” olarak belirlenmiştir. Ulusal Pandemi Planı içeriğinde her il, ilçe ve ikinci/üçüncü basamak hastanede kurum içi pandemi planlarının hazırlanması için kontrol listeleri yer almıştır ve buna göre planlar hazırlanmıştır. ⁽¹⁹⁾ Mart ayı itibarıyla ülkemizde yayılmaya başlayan COVID-19 salgını hazırlanan pandemi planlarının önemini ortaya çıkarmıştır. Planların salgın sonrasında tespit edilen eksikliklerle ve ge-

liştirilen yönleriyle revize edilerek başka bir pandemi durumunda daha hazırlıklı olmak için çalışmalar yapılması değerli olacaktır.

Türkiye’de Yeniden Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıklar

Suçiçeği

Aşı ile korunabilir hastalıklar arasında yer alan suçiçeği aşısı 2013 yılında çocukluk çağı aşılama takvimine eklenmiş, 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan tüm çocuklara 12. Ayda tek doz olarak uygulamaya başlamıştır. CDC tarafından iki doz suçiçeği aşılamasının %90 koruyuculuğu olduğunu belirtmektedir. Aşılama sonrası daha hafif formda suçiçeği hastalığı geçirilebileceği, bu ihtimalin tek doz aşılamalarda daha sık olduğu belirtilmiştir. ⁽²⁰⁾ DSÖ verilerine göre Türkiye için 2009-2019 yılları arasında sadece 2011 (1579 vaka), 2012 (246965 vaka) ve 2013 (7712 vaka) yıllarına ait veri bulunmaktadır. Bu yıllarda suçiçeği için 100.000 kişide insidans hızları sırasıyla 2,14, 331,29 ve 10,23’tür. ⁽²¹⁾ Aşı şemasına ekleme sonrasına ait veriler bulunmasa da medyada yer alan haberlerde çeşitli okul salgınlardan bahsedilmektedir. Nisan 2018’de Karamürsel’de 1. Sınıf öğrencilerinde hastalık görülmüş, Kırıkkale Sulakyurt’ ta 3 ayrı okulda çıkan salgında 40 öğrencinin hastalanması üzerine okullar 5 gün süre ile eğitime ara vermiş, Kasım 2017’de Ünye’de hastalık salgına neden olmuştur. ⁽²²⁻²⁴⁾ Mayıs 2016’da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalından Prof. Dr. Zafer Kurugöl tam hasta sayısı bilinemesi de tek doz aşıli çocuklarda suçiçeği salgını olduğunu belirtmiş, daha önce yapmış olduğu çalışmada da tek doz aşılanan çocukların %27,7’sinin suçiçeğine yakalandığını raporlamıştır. ⁽²⁵⁾

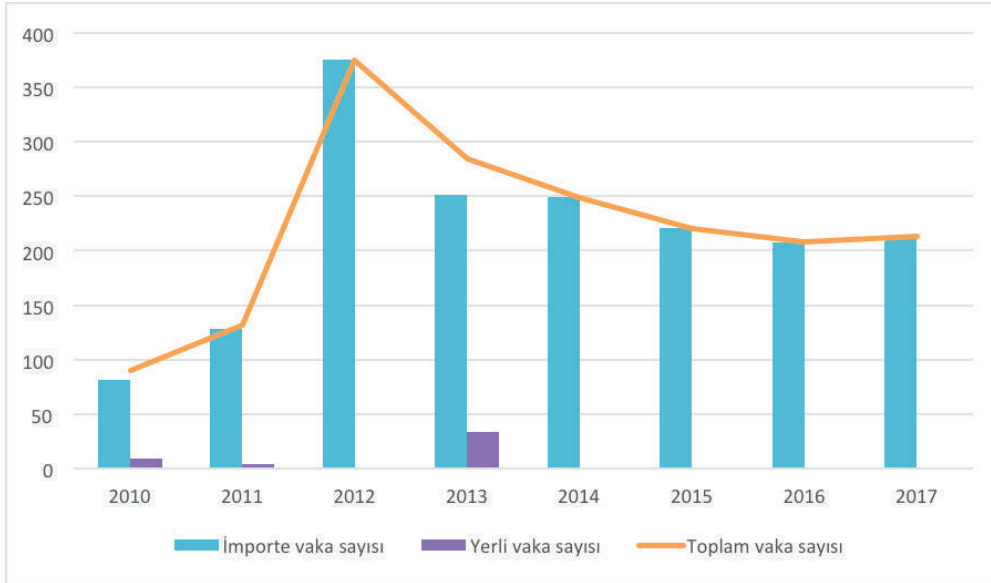
Sıtma

Sıtma, anofel cinsi sivrisineklerin *Plasmodium* parazitleri ile insan eritrositlerini enfekte etmesi ile oluşan bir hastalıktır. Türkiye kaynaklı vakaların tamamına yakınında etken *P. vivax*’tır. Ülkemizde 1940’lı yıllarda her yıl 100.000’den fazla vaka görülmekte iken 1950’li yıllardan itibaren başlatılan sıtma savaşı ile 2.000 vakaya kadar azaltılmıştır. DDT kullanımı ile beraber 1970’lerde tekrar tırmanışa geçen hasta sayısı 1977’de 115.512’ye ulaşmıştır. Yeniden başlatılan mücadeleler sonrasında hasta sayısı başarılı bir şekilde azaltılmıştır. ⁽²⁶⁾ 2010 yılı

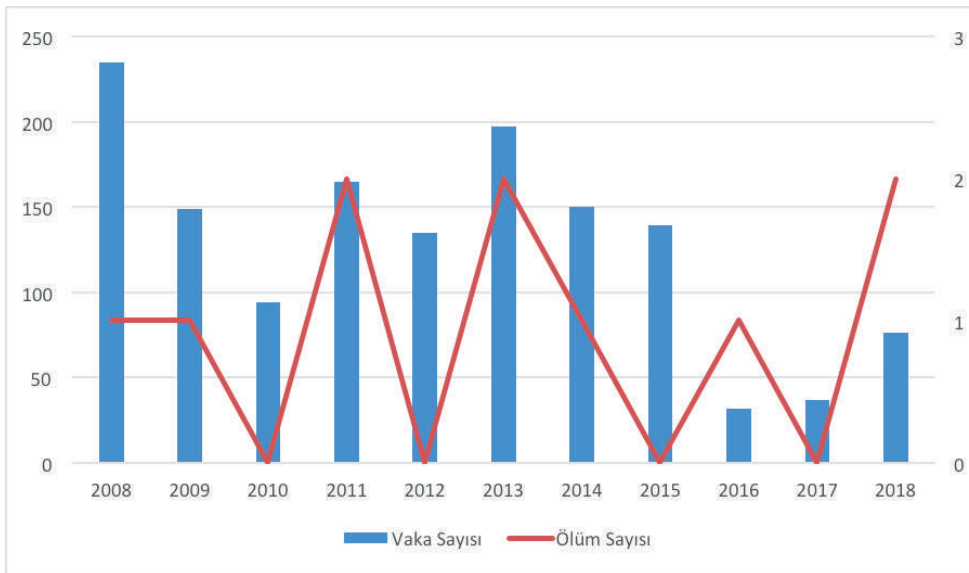
itibariyle görülen vakaların dağılımı Şekil 70.2'de verilmiştir. DSÖ 2019 Sıtma Raporuna göre ülkemizde 2014 yılından bu yana *P. vivax* görülmemektedir. Ayrıca 2010'dan bu yana sıtma nedeni ölüm olmadığı da raporda yer almaktadır.⁽²⁷⁾ İmporte vakaların ise %75'i *P. falciparum*'dur. Endemik bölgelerden her yıl 200'ün üzerinde importe sıtma vakası gelmesi nedeniyle Sağlık Bakanlığı 2019 yılında Sıtma Vaka Yönetim Rehberini güncellemiştir. DSÖ de importe vakalara dikkat çekmekte ve yerel bulaşın yeniden başlamasına sebep olabileceğini vurgulamaktadır.⁽²⁸⁾

Şarbon

Şarbon hastalığı *Bacillus anthracis* ot yiyen hayvanlara doğrudan veya sporla kontamine hayvan ürünleri ile temas sonucu bulaşır. En sık deri şarbonu görülmeyle beraber inhalasyon sonucu akciğer şarbonu veya kontamine etin yenmesi ile gastrointestinal şarbon olarak görülebilir. Primer odaktan lenfohematojen yayılımla şarbon menenjit veya sepsisi de görülebilir.⁽²⁹⁾ Hastalığın 2008 yılından bu yana vaka ve ölüm sayıları Şekil 70.3'te verilmiştir.^(11,30)



Şekil 70.2 Türkiye'de görülen sıtma vakalarının dağılımı, 2010-2017.



Şekil 70.3 Türkiye şarbon vaka ve ölüm sayıları; 2008-2018.

Şarbon risk altındaki hayvanların aşılınması ile önlenilebilir bir hastalıktır. Ülkemizde 2018 yılında kurban bayramı öncesi Brezilya'da ithal edilen büyükbaş hayvanlardan yaklaşık 50'sinin şarbon hastalığı nedeniyle ölmesi tartışmalara neden olmuştur.⁽³¹⁾ Aynı yıl Sivas, İstanbul gibi büyükşehirlerde de şarbona rastlanması, tesislerin karantina ve temaslıların gözlem altına alınması ile sonuçlanmıştır.⁽³²⁾ 2020 yılı itibarıyla çeşitli haber sitelerinde Isparta, Bursa ve Kars'ta şarbon nedeniyle karantina uygulaması yapıldığı bilgisi alınmaktadır.⁽³³⁻³⁵⁾ Şarbon hastalığının daha fazla kişiyi etkilememesi için hayvan aşılmasının rutin hale gelmesi ve yerli üretimin teşvik edilmesi önemlidir.

Kaynaklar

- H. Rogier Van Doorn, "Emerging infectious diseases."
- "WHO | Managing epidemics." <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics/en/> (accessed Jul. 10, 2020).
- WHO, "Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1," WHO Bull., no. JANUARY, pp. 1–7, 2020.
- Worldometers, "Coronavirus Graphs: Worldwide Cases and Deaths - Worldometer," Coronavirus Graphs, 2020. <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/#total-cases> (accessed Jul. 12, 2020).
- T.C Sağlık Bakanlığı, "T.C Sağlık Bakanlığı Korona Tablosu," T.C Sağlık Bakanlığı, 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/> (accessed Jul. 12, 2020).
- S. Korkmaz, O. Özgöztaşı, and N. Kayıran, "Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Leishmaniasis Tanı ve Tedavi Merkezine Başvuran Kutanöz Leishmaniasis Olgularının Değerlendirilmesi," Türkiye Parazit. Derg., vol. 39, no. 1, pp. 13–16, 2015, doi: 10.5152/tpd.2015.3741.
- F. Y. İldi. Zeyrek et al., "Şanlıurfa'da Şark Çıbanı Etkeni Değişiyor mu? İlk Leishmania major Vakaları," Türkiye Parazit. Derg., vol. 38, no. 4, pp. 270–274, 2014, doi: 10.5152/tpd.2014.3820.
- I. S. Koltas, F. Eroğlu, D. Alabaz, and S. Uzun, "The emergence of Leishmania major and Leishmania donovani in southern Turkey," Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg., vol. 108, no. 3, pp. 154–158, 2014, doi: 10.1093/trstmh/trt119.
- Y. Uyar and E. Bakır, "Batı Nil Virüsü (BNV) ve Türkiye'de Batı Nil Virüsü'nün güncel durumu West Nile Virus (WNV) and current status of West Nile Virus in Turkey," Turk Hij Den Biyol Derg., vol. 73, no. 3, pp. 279–292, 2016, doi: 10.5505/TurkHijyen.2016.32757.
- H. Kalaycioglu et al., "Emergence of West Nile virus infections in humans in Turkey, 2010 to 2011," Eurosurveillance, vol. 17, no. 21, 2012, doi: 10.2807/ese.17.21.20182-en.
- World Animal Health Information Database (WAHIS) Interface, "Zoonotic diseases in humans." https://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Countryinformation/Zoonoses.
- KLİMUD and Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, Batı Nil Virüsü ve Hastalığı. 2019, pp. 1–2.
- World Health Organization, "Zika virus," 2018.
- World Health Organization, "Global overview ZIKA epidemiology update," 2019. <https://www.who.int/emergencies/diseases/zika/zika-epidemiology-update-july-2019.pdf?ua=1> (accessed Jul. 12, 2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı, "Zika Virüs Hastalığı Türkiye Risk Değerlendirmesi Raporu," pp. 1–8, 2017, [Online]. Available: <https://www.ekmud.org.tr/files/uploads/files/Turkiye-zika-virus-raporu.pdf>.
- World Health Organization, "WHO/Europe | Influenza and other respiratory pathogens." <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/influenza-and-other-respiratory-pathogens> (accessed Jul. 12, 2020).
- World Health Organization, "Past pandemics," Who, p. 2020, Jul. 2020, Accessed: Jul. 12, 2020. [Online]. Available: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/past-pandemics>.
- CDC, "2009 H1N1 Pandemic Timeline | Pandemic Influenza (Flu) | CDC." <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-pandemic-timeline.html> (accessed Jul. 12, 2020).
- T. C. S. Bakanlığı, "Pandemik Influenza ulusal hazirlik plani," pp. 1–208, 2019, [Online]. Available: https://www.grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention, "Chickenpox (Varicella) Vaccination." <https://www.cdc.gov/chickenpox/vaccination.html>.
- World Health Organization, "Centralized information system for infectious diseases (CISID)." <https://data.euro.who.int/cisid/?TabID=529039>.
- Sözcü, "Kırıkkale'de 'suçiçeği' tatili," [Online]. Available: <https://www.sozcu.com.tr/2018/saglik/kirikkaledede-sucicegi-tatili-2340261/>.
- Ünye Net Haber, "ÜNYE'DE SUÇİÇEĞİ OKULDA PANİĞE NEDEN OLDU." <http://www.unyethaber.com/unyede-sucicegi-okulda-panige-neden-oldu.html>.
- Karamürsel TV, "Karamürsel'de su çiçeği alarmı!" <https://karamursel.tv/karamursel-de-su-cicegi-alarimi/5932/>.
- Z. Kurugöl, O. Halicioğlu, F. Koc, G. Koturoğlu, and S. Aksit, "Varicella rates among unvaccinated and one-dose vaccinated healthy children in Izmir, Turkey," Int. J. Infect. Dis., vol. 15, no. 7, pp. e475–e480, Jul. 2011, doi: 10.1016/j.ijid.2011.03.016.
- B. Piyal, R. Akdur, E. Ocaktan, and C. Yozgatligil, "An analysis of the prevalence of malaria in Turkey over the last 85 years," Pathogens and Global Health, vol. 107, no. 1. Taylor & Francis, pp. 30–34, Jan. 2013, doi: 10.1179/204773212Y.0000000064.
- W. Health Organization, World malaria report 2019. 2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Sıtma Vaka Yönetim Rehberi 2019. 2019.
- A. Öğütlü, "Şarbon," Ondokuz Mayıs Univ. Tıp Derg., vol. 29, pp. S155–S162, 2012, doi: 10.5835/jecm.omu.29.s3.011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, "Şarbon İstatistikleri." <https://hsqm.saglik.gov.tr/zoootikvektorel-sarbon/istatistik> (accessed Jul. 12, 2020).
- B. Bulut, "Et ve Süt Kurumunun Brezilya'dan getirdiği kurbanlıklarda şarbon çıktı." <https://www.evrensel.net/haber/360128/et-ve-sut-kurumunun-brezilyadan-getirdigi-kurbanliklarda-sarbon-cikti> (accessed Jul. 12, 2020).
- M. Kızmaz, "İstanbul'da şarbon panığı: Bakanlardan peş peşe açıklama." <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/istanbulda-sarbon-panigi-bakanlardan-pes-pese-aciklama-1070842> (accessed Jul. 12, 2020).
- "Kars'ta şarbon panığı." <https://www.yenicaggazetesi.com.tr/karsta-sarbon-panigi-282266h.htm> (accessed Jul. 12, 2020).
- "Bursa'da şarbon panığı: 15 gün kapatıldı - Güncel haberler." <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/bursada-sarbon-panigi-15-gun-kapatildi-5627323/> (accessed Jul. 12, 2020).

- 35) “Şarbon paniği: Bir kişi şarbon şüphesiyle hastaneye kaldırıldı!” <https://qha.com.tr/haberler/o-ilde-alarm-verildi-korona-virus-ve-keneden-sonra-sarbon-panigi/208801/> (accessed Jul. 12, 2020).

HIV/AIDS: Mevcut Durum, Korunma ve Kontrol

71

PROF. DR. TACETTİN İNANDI • DR. ÖĞRETİM ÜYESİ SERPİL GONCA

Dünyada ve Avrupa Bölgesinde HIV/AIDS Durumu

İlk kez tanılandığı 1980'li yıllardan günümüze kadar, toplamda 74.9 milyon kişi HIV ile yaşamaya başlamış 32 milyon kişi ise AIDS ile ilişkili hastalıklar sebebiyle yaşamını yitirmiştir⁽¹⁾. HIV/AIDS epidemisinde son yıllarda dünyada tedavideki gelişmeler ve uluslararası iş birliği ile toplamda HIV/AIDS'e bağlı ölümler ve yeni ortaya çıkan HIV ya da AIDS ile yaşayan insan sayısında önemli azalma eğilimine girmiştir.

Tablo 71.1'de 2000-2018 arasında yıllık yeni HIV enfeksiyonu 2.8 milyondan 1.7 milyona, AIDS ilişkili ölüm ise yıllık 1.4 milyondan 770 bine gerilemiştir. Tedaviye erişen kişi sayısı ise 2000 yılında 576 bin iken, 2018'de 24.5 milyona ulaşmıştır. Küresel insidans prevalans oranı, 2000 yılında %11.2'den

2010'da %6.6'ya, 2018'de %4.6'ya düşerek salgına karşı önemli ilerleme kaydedildiği sonucunu güçlendirmiştir⁽¹⁾.

Önemli gelişmelere karşın HIV/AIDS dünyada önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bazı bölgelerde ilaca erişim ve kullanım konusunda sorunlar yaşanırken, dünyanın bazı bölgelerinde de yeni vaka sayılarında hızlı artış görülmektedir. Türkiye'nin de yakın ilişkileri ve komşulukları olan Doğu Avrupa ve Asya HIV olgularının hızlı artış gösterdiği bölgeler arasındadır⁽¹⁾.

Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Ortak Programı (UNAIDS), AIDS epidemisini durdurabilmek için "Hedef: 90-90-90"ı belirlemiştir. Bu hedef ile 2030 yılına kadar yeni enfekte olanların ve AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısını toplamda 200.000'in altına düşürülmesi hedeflenmiştir. "Hedef: 90-90-90" kapsamında, 2020 yılı itibarı ile vakaların %90'ına

Tablo 71.1 Global HIV verileri -Haziran 2019 sonu itibarıyla⁽¹⁾.

	Toplam HIV (+)	Yeni HIV	AIDS ilişkili ölüm	Anti-retroviral tedaviye erişim
2000	24.9 milyon	2.8 milyon	1.4 milyon	576.000
2005	28.5 milyon	2.4 milyon	1.7 milyon	2.0 milyon
2010	31.7 milyon	2.1 milyon	1.2 milyon	7.7 milyon
2012	33.2 milyon	2.0 milyon	1.0 milyon	11.2 milyon
2014	34.8 milyon	1.9 milyon	920.000	15.1 milyon
2015	35.6 milyon	1.9 milyon	880.000	17.0 milyon
2016	36.4 milyon	1.8 milyon	840.000	19.1 milyon
2017	37.2 milyon	1.8 milyon	800.000	21.3 milyon
2018	37.9 milyon	1.7 milyon	770.000	24.5 milyon

tanı koymak, tanı konanların %90'ını tedaviye başlamak ve tedavi alanların da %90'ında da virüsü baskılamak vardır ⁽²⁾. Hedefler arasında yeni HIV ile enfekte vaka sayısının %75 azaltılması ve HIV ile enfekte yenidoğan sayısının sıfır olması da vardır. Ayrıca her türlü ayrımcılığın engellenmesi, HIV ile yaşayan veya etkilenen kişilerin kendi toplumları içinde eşit koruma ve sağlık hizmetine erişim hakkına sahip olması temel bir yaklaşım olarak benimsenmektedir.

Dünya geneli için 90-90-90 hedefine baktığımızda, mevcut durumda HIV ile yaşayan kişilerin %79'unun HIV pozitif olduğu, bunların %62'sinin antiretroviral tedavi (ART) aldığı ve %53'ünde ise viral yükün baskılandığı görülmektedir ⁽³⁾. Planlanan strateji teorikte iyi olsa da uygulama aşamasında zorlu bir çabayı gerektirdiği açıktır. Mevcut veriler incelendiğinde 2030 yılına kadar planlanan hedefe ulaşmak çok da kolay durmamaktadır ⁽²⁾. Etiketleme, damgalama ve ayrımcılığın önlenmesi hedefi ise daha güçlü bir hedef olarak gözükmektedir.

Doğu Avrupa ve Orta Asya'daki Durum

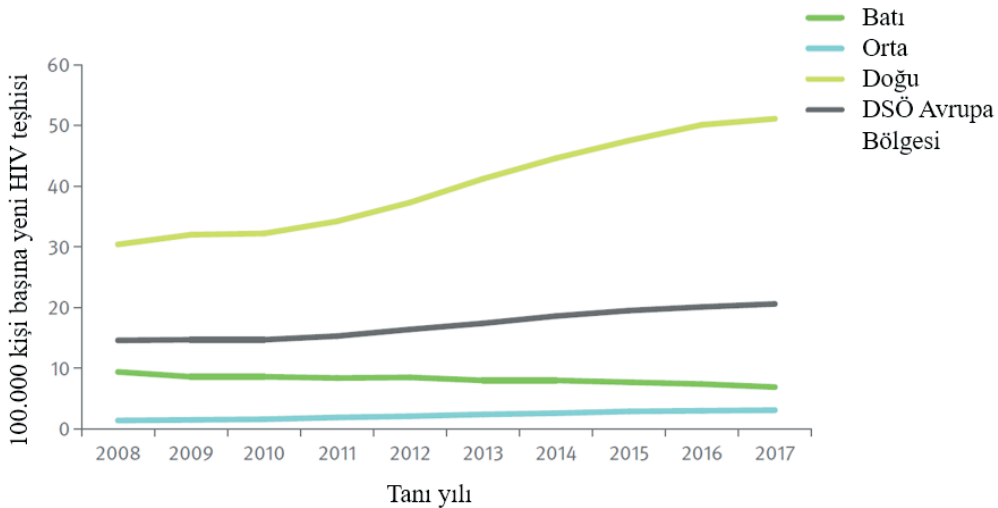
Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesi, HIV salgınının büyümeye devam ettiği dünyanın üç bölgesinden ikisidir. Bu bölgelerde toplam HIV pozitif vaka sayısı 1.7 milyon, AIDS ilişkili yıllık ölümlerin sayısı ise 38.000'dir. Yıllık yeni HIV enfeksiyonu sayısı 2010 yılına göre %29 daha fazladır ve 150.000'e

ulaşmıştır. Doğu Avrupa ve Orta Asya'daki tüm yeni HIV enfeksiyonların %84'ünü Rusya ve Ukrayna oluşturmaktadır. Rusya Federasyonu'nu Bölge analizinin dışında tutulduğunda, 2010-2018 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonlarında %4'lük bir düşüş olmaktadır. Kırgızistan ve Moldova Cumhuriyeti'nde 2010 yılından bu yana yeni enfeksiyonlarda %35'ten fazla düşüş sağlanmıştır ⁽¹⁾ (**Şekil 71.1**).

Bölgenin insidans/prevalans oranı %9'dur ve bu durum 2015'den bu yana neredeyse hiç değişmemiştir. Bölgede HIV ile yaşayan tahmini 1.7 milyon kişinin yaklaşık 1.2 milyonu 2018'de durumlarını biliyordu ve sadece 650.000'i ART tedavi alıyor idi. Tedavi ve bakım arasındaki bağ yetersizdir; HIV enfeksiyonu tanısı konan kişilerin yarısından fazlası 2018'de ART almaktaydı. HIV ile yaşayan insanların sadece %29'u 2018'de viral olarak baskılandı ⁽¹⁾.

Doğu Avrupa bölgesinde 90-90-90 hedefinde mevcut durum 72-38-29 şeklindedir. UNAIDS hedeflerine ulaşabilmesi için özellikle tedavi alma ve alınan tedavilerde viral baskılama açısından olması gereken önemli bir yol olduğu söylenebilir ⁽¹⁾.

Bu bölgedeki artış Türkiye açısından da önemlidir. Türkiye her ne kadar Orta Avrupa bölgesinde gözükse de Doğu Avrupa, Orta Asya ve özellikle de Rusya ile yakın ticari işbirlikleri ve sürekli nüfus hareketi mevcuttur. Türkiye'ye gelen turist sayılarına bakıldığında, Rusya 2019 yılında 7 milyonu geçen turist ile ilk sırada yer almaktadır ⁽⁵⁾. Türkiye'de uluslararası öğrenci sayısı 178.000 e erişmiştir ve bunların önemli bölümü Orta Asya'dan gelmektedir ⁽⁶⁾.



Şekil 71.1 Yıllara göre yüz bin kişi başına yeni HIV tanıları, DSÖ Avrupa Bölgesi, 2008–2017⁽⁴⁾.

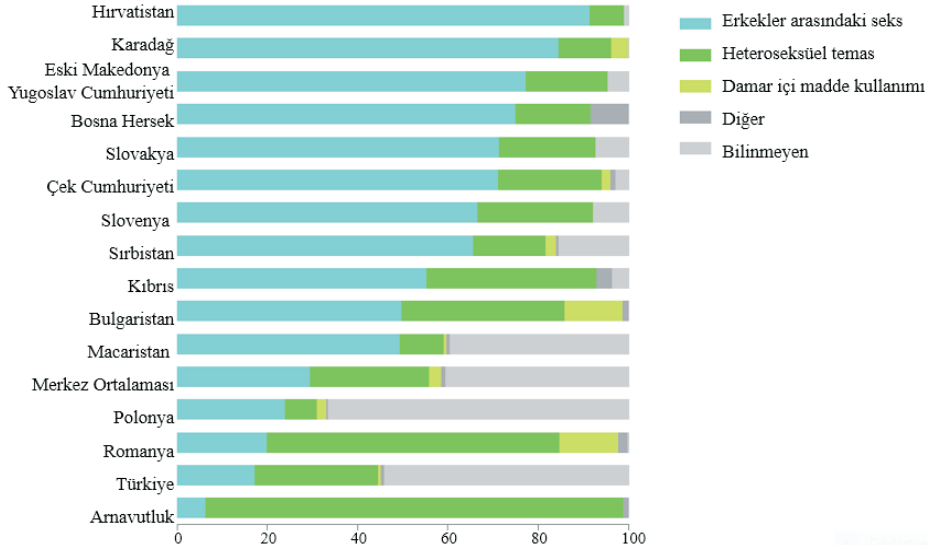
HIV enfeksiyonlarının %63'ü, 2018 yılı verilerine göre uyuşturucu kullananlar ve eşcinsel erkekler ve erkeklerle seks yapan diğer erkeklerden oluşmakta idi. Bu durum bölgedeki kilit popülasyondaki salgının birçok ülke tarafından ihmal edildiğini düşündürmektedir ⁽¹⁾ (**Şekil 71.2**). Polonya, Türkiye ve Macaristan'da ise bulaş yolu bilinmeyenlerin fazlalığı dikkat çekmektedir.

Türkiye'de Durum

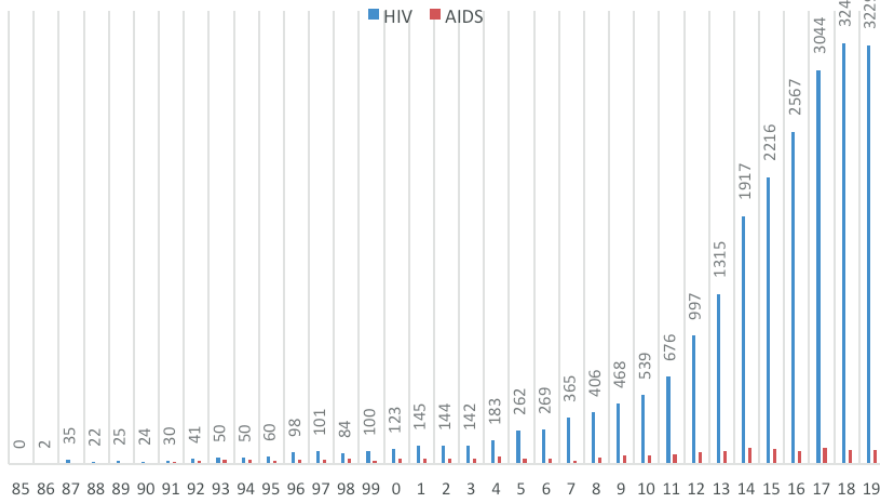
Ülkemizde ilk kez 1985 yılında bildiri yapılan HIV/AIDS, son yıllarda hız kazanarak 2019 yılı sonu itibarıyla 1884'ü AIDS olmak üzere toplam 24.761'e ulaşmıştır (**Tablo 71.2**).

İnsidans prevalans oranına baktığımızda son 10 yıldaki en düşük rakam %13, iken en yüksek rakam %19 dur. Son 10 yılın insidans prevalans ortalamasına baktığımızda bu sayı %16'dır. Bu da her yıl olgu sayısının %16 kadarı yeni olgu ile karşılaştığımız anlamına gelmektedir. Dünyada 2018 yılı insidans/prevalans oranının %4.6 olduğu düşünülür ise ⁽¹⁾, Türkiye'nin dünya ortalamasının çok üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. UNAIDS hedefi ise %3'ün altındadır ⁽⁷⁾.

Bunu yıllara göre insidans prevalans oranları da desteklemektedir. **Şekil 71.3**'de 1985-2018 yılları arasındaki HIV/AIDS vaka sayılarının yıllara göre dağılımı verilmiştir, **Tablo 71.2** ve **Şekil 71.3** incelendiğinde vaka sayısındaki artışlar kolaylıkla görüle-



Şekil 71.2 Ükelere ve bulaş şekline göre yeni HIV tanıları, Merkez, 2017 (n = 6383)⁽⁴⁾.



Şekil 71.3 Yıllara Göre HIV/AIDS Vaka Dağılımı (Türkiye 1985 – 31 Aralık 2019)⁽⁸⁾.

Tablo 71.2 Yıllara Göre HIV/AIDS Vaka Dağılımı (Türkiye 1985–2019)⁽⁸⁾.

Yıllar	Yeni HIV (+)	AIDS	Toplam	Yığılımlı Toplam	İnsidans/prevalans
1985	0	3	3	3	1.0
1986	2	1	3	6	0.5
1987	35	9	44	50	0.88
1988	22	11	33	88	0.38
1989	25	11	36	124	0.29
1990	24	13	37	161	0.22
1991	30	24	54	215	0.25
1992	41	32	73	288	0.25
1993	50	34	84	372	0.22
1994	50	37	87	459	0.18
1995	60	28	88	547	0.16
1996	98	35	133	680	1.19
1997	101	38	139	819	0.16
1998	84	42	126	945	0.13
1999	100	29	129	1074	0.12
2000	123	45	168	1242	0.13
2001	145	45	190	1432	0.13
2002	144	43	187	1619	0.11
2003	142	47	189	1808	0.10
2004	183	60	243	2051	0.11
2005	262	48	310	2361	0.13
2006	269	46	315	2676	0.11
2007	365	25	390	3066	0.12
2008	406	55	461	3527	0.13
2009	468	69	537	4064	0.13
2010	539	73	612	4676	0.13
2011	676	80	756	5432	0.13
2012	997	97	1094	6526	0.16
2013	1315	101	1416	7942	0.17
2014	1917	131	1948	9890	0.19
2015	2216	122	2338	12228	0.19
2016	2567	105	2672	14900	0.17
2017	3044	125	3169	18069	0.18
2018	3248	108	3356	21425	0.16
2019	3229	112	3341	24766	0.13
Toplam	22977	1884	24761	--	

bilir. Salgın eğrisine baktığımızda Türkiye’de dünya genelinden ve kendi orta Avrupa bölgesinden de farklı olarak HIV/AIDS’in hızlı bir yükseliş döneminde olduğunu söylemek mümkündür.

Türkiye coğrafi olarak HIV/AIDS olgularının artış gösterdiği Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgelerine yakındır. Ülkemizde her ne kadar bugüne bazı adımlar atılmış ise de, salgına ilişkin veriler HIV/AIDS’in önlenmesi ve kontrolü için daha çok çaba gerektiğini göstermektedir ⁽⁸⁾.

HIV pozitif olguların yaşa ve cinse dağılımına v, Türkiye’de hastaların daha çok 20-40 yaş arasında dağıldığını ve %88’inin erkeklerden oluştuğu görül-

mektedir (Tablo 71.3). Yine heteroseksüel ilişki ile bulaşın da ilk sırada olduğu düşünülür ise, erkeklerin yüksek riskli cinsel davranış gösterdiği sonucu çıkarılabilir.

Bebeklik ve çocukluk dönemindeki hasta sayıları dikkat çekmeye başlamıştır. Tüm olguların % 3.5’inin de 20 yaş altında olduğu görülmektedir (Tablo 71.3).

Toplam olguların bulaş yolu incelendiğinde, %34.74’ünün heteroseksüel ilişki ile bulaştığı, bunu %14.49 ile eşcinsel / biseksüel ilişkinin izlediği görülmektedir. Bulaşma yolları açısından dikkat çeken bir diğer konu ise %48.78’inin bulaş yolu bi-

Tablo 71.3 HIV (+) Kişilerin Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı, Türkiye 1985 –2018 (8).

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0	57	67.05	28	32.95	85	0.42
1-4	34	53.96	29	46.03	63	0.31
5-9	16	64.00	9	36.00	25	0.12
10-14	16	61.53	10	38.46	26	0.12
15-19	345	75.32	113	24.67	458	2.27
20-24	2018	80.11	501	19.88	2519	12.50
25-29	2841	79.13	749	20.86	3590	17.81
30-34	2685	78.92	717	21.07	3402	16.88
35-39	2666	82.25	575	17.74	3241	16.08
40-44	1589	79.41	412	20.58	2001	9.93
45-49	1303	82.83	270	17.16	1573	7.80
50-54	996	82.17	216	17.82	1212	6.01
55-59	650	79.95	163	20.04	813	4.03
60-65	405	82.48	86	17.51	491	2.43
65 ve üstü	387	80.62	93	19.93	480	2.38
Bilinmeyen	114	67,45	55	32.54	169	0.83
Toplam	17722	88,0	4206	12,0	20148	100

* 31 Ocak 2019 tarihi itibarı ile doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirimi yapılan vakalar.

Tablo 71.4 Türkiye’de HIV/AIDS olgularının bulaş yolları⁽⁶⁾.

Olası bulaş yolu	Toplam vaka	Yüzde
Heteroseksüel cinsel ilişki	7639	34.74
Eşcinsel/biseksüel cinsel ilişki	3187	14.49
Damar içi madde bağımlılığı	276	1.26
Anneden bebeğe geçiş	175	0.80
Nazokomiyal bulaşma	79	0.36
Çoklu bulaş	221	1.01
Hemofili hastası	23	0.10
Enfekte kan trasnfüzyonu	105	0.48
Bilinmeyen	10725	48.78
Toplam	21988	100

linmediğidir (Tablo 71.4). Türkiye bulaş yolları bilinmeyenlerin sıklığı bakımından orta Avrupa ülkeleri sıralamasında sondan ikinci sıradadır (Şekil 71.2). Bulaş yolunun bilinmesi mücadele de önceliklerin belirlenmesinde önemlidir.

Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı 2019-2024

Küresel Hedeflere ulaşabilmek için 2019-2024 yıllarını kapsayacak şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından; ilgili STK’ların, uzmanların ve akademisyenlerin bir araya gelerek Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024) hazırlamış ve yayımlamıştır.

Ulusal programın temel amacı “ 1. HIV/AIDS yeni vaka sayısı ve enfeksiyona bağlı ölümleri azalt-

mak. 2. HIV/AIDS’e yönelik sağlık hizmetlerinin kapasitesini geliştirmek. 3. HIV ile yaşayan bireylere yönelik ayrımcılığı ve mahremiyet ihlallerini önlemek” şeklinde tanımlanmıştır.

Birinci amaçta iki temel konu birleştirilmiş gözükülmektedir. 1- Yeni vaka sayısını azaltmak 2- Ölümleri azaltmak. Hastalığın ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmalar tek bir başlık altında alınmayı hak edecek kadar değerli ve gereklidir.

Birinci amaca yönelik hedefler içinde ise “1.1. Yeni vaka sayısını azaltmak için toplumun %60’ının HIV/AIDS enfeksiyonu hakkında bilgi düzeylerinin ve farkındalığının artırılması 1.2. Toplumun HIV enfeksiyonuna yönelik risklerden korumak 1.3. HIV/AIDS ile ilişkili ölümleri ve bulaşmayı azaltmak için tanı alan hastaların tedaviye devamlılığını sağlamak 1.4. Hassas gruplara ulaşmak ve bu gruplara yönelik program geliştirmek” şeklindedir.

Buradaki hedeflerden sadece ilk hedefin ölçülebilir olduğu söylenebilir. Bunun için ise gerek örgün gerekse de yaygın eğitimde bir dizi eğitim önerilmiştir. İş listesi çıkartılmış, sorumlu kuruluşlar ve işbirliği yapılacak kuruluşların listesi belirlenmiştir. Ancak eylem planındaki hedefler genel olarak nesnel, ölçülebilir türden verilmemiştir.

Programın varlığı önemli bir etken olmakla birlikte, uygulama da o denli önemlidir. Türkiye’de salgın eğrisine baktığımızda alınan önlemlerin

yetersiz olduğu görülmektedir. Salgın hızla patlayıcı biçimde artış göstermektedir. Kapsamlı, etkin önlemler alınmadığı takdirde yakın zamanda çok daha büyük bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır.

Korunma ve Önlemler

HIV enfeksiyonundaki olası geçiş yollarından korunmak için öncelik bireylerin güvenli cinsel yaşam ve davranışlar hakkında bilgilendirilmesi, doğru ve sürekli kondom kullanımı, tek eşli cinsel yaşam, riskli temas öncesi ve sonrası profilaksi, HIV (+) bireylerin kesintisiz ART kullanımı ile viral yüklerinin baskılanarak negatif kalması, HIV pozitif annelerden doğan bebeklerin kontrolü ve emzirilmelerinin engellenmesi ve yine sağlık çalışanlarının korunmasını bulaş yollarını engellemedeki temel unsurlar olarak sıralanabilir ⁽⁹⁾. Türkiye 1996 yılından bu yana ART'nin geri ödemesi yapmaktadır ⁽⁸⁾.

UNAIDS ve Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde görüldüğü üzere HIV ile bulaşta en yüksek oran güveli olmayan cinsel davranışlar sonucu olmaktadır. HIV ile yaşayan insan ile tek bir cinsel korunmasız ilişki bile HIV bulaşması için yeterli olmaktadır. Bu nedenle HIV/AIDS epidemisinin önlenmesindeki en önemli aşamalardan biri bireylerin güvenli cinsel ilişkiye yönelmeleridir. Bu kapsamdaki önlemler sadece HIV/AIDS için değil aynı zamanda cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlar içinde koruyucu olmaktadır. Bunun için kullanılan kondomun hasarlı olmaması, devamlı olarak kullanımı ve lateks olması yeterli olmakla birlikte kadınlar için de ayrı bir seçenek olarak intravajinal kondomun sürekli kullanımının varlığı koruyucu olmaktadır ⁽¹⁰⁾.

Gebelik döneminde HIV (+) annelere tanı konularak ve gebelik sırasında sürekli olarak ART almaları sağlanarak viral yük baskılanmalı ve bu sayede de perinatal geçiş önemli ölçüde azalmaktadır ⁽¹¹⁾. Ayrıca emzirme ile geçiş olması nedeniyle de emzirme engellenmelidir. ⁽¹²⁾

2011 yılında bildirilen HIV pozitif kişi sayısı 676 iken, 2018 yılında bildirilen kişi sayısı yılda 3678'e ulaşarak beş katından daha fazla artış göstermiştir. HIV konusunda en etkili yaklaşım küresel raporda da vurgulandığı üzere, insanların HIV statülerini bilmeleri ve HIV ile yaşadıklarını öğrenenlerin en kısa sürede ve kesintisiz tedaviye ve ilaca erişimlerinin sağlanmasıdır. Bu sebeple, yerel yönetimlerin desteklenerek ülkemizde Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri'nin (GDTM) arttırılması ve bu hiz-

metlerin toplum temelli yaygınlaşması sağlanmalıdır.

Özellikle kilit popülasyonların düzenli test yaptırma alışkanlıklarını geliştirmek ve doğru-güncel bilgilere dayanarak verilen danışmanlık hizmeti ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeylerini arttırmak noktasında GDTM'leri ülkemiz için kritik bir önem taşımaktadır. Böylesi kritik bir merkezi açma maliyeti ise istekli belediyeler için oldukça düşüktür. Maliyet kapsamına giren bütçe kalemleri: kan alma yetkisi olan bir personel, danışmanlık verebilecek bir personel, test yapmak için uygun bir oda, danışmanlık vermek için uygun bir odadır. Yukarıda tanımlanan paydaş sorumluluklarının yanı sıra, merkezlerin hedef gruplara ulaşması için duyurusunu gerçekleştiren ilgili yerel ve ulusal STK'lar süreç boyunca merkezlerle irtibat halinde kalarak ihtiyaçlar doğrultusunda destek sunmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve özelinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü GDTM'lerinin açılmasını özendirilmeli, desteklemeli ve GDTM sayısının artışını hızlı bir şekilde sağlamalıdır. Bu yaklaşım aynı zamanda, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları içerisinde 3. Hedef olarak yer alan "sağlıklı yaşamların güvence altına alınması ve her yaşta esenliğin desteklenmesi" hedefine 2030 yılına kadar erişilmesine katkıda bulunacaktır.

Zorluklar

HIV ile yaşayan bireyler (HİYB)'in sağlık sistemine erişebilmeleri ve tedavilerini sürdürebilmelerinin önünde birtakım zorluklar bulunmaktadır. Damgalama bu zorlukların başında gelen unsurlardan biri olup, ekonomik ve sosyal zarara yol açması sebebi ile kalıcı ve yıkıcı bir sorun olarak kabul edilmektedir. Dahası, damgalama/stigma HİYB'in tedaviye ulaşımını engelleyen unsurlardan biri olması nedeni ile HIV/AIDS epidemisini kontrol altına alma ve salgını sonlandırabilmenin önünde de büyük bir sorun oluşturmaktadır. ^(13,14,15)

Güvenlik kültürüne ilişkin toplumsal değerlerin zayıf olması; kaderci yaklaşımlar, boş vermişlik gibi tutum ve yaklaşımlar önemli zorluklardandır. Yine cinsel konuların özgürce tartışılıp konuşulmaması, güvenli cinsel yaşama ilişkin eğitimlerin yetersizliği diğer bir sorun alanıdır. Risksiz (Masaj, kucaklaşma, okşama, mastürbasyon, eli ile genital bölgeye dokunmak veya karşılıklı mastürbasyon, fantezi) az riskli "Öpüşme, lateks kondom kullanma-

rak vajinal/anal cinsel ilişki, lateks kondom kullanan erkeklerle oral cinsel ilişki ve oral seks kondomlarını kullanan kadınlara oral ilişki” riskli “Kondom kullanmadan yaşanan her türlü cinsel ilişki, ortak siringa kullanımı (uyuşturucu, dövme), korunmasız oral seks, ağızda semen, korunmasız oral/anal temas, cinsel oyuncakların dezenfekte edilmeden paylaşılması”⁽¹⁶⁾ konularında eğitim ve politikaların yetersizliği ileri sürülebilir.

Ulusal Kontrol Programı’nın vurguladığı müdahalelerden birisi bilgi ve farkındalığın artırılması amacı ile hem öğretmen yetiştiren fakültelerin, hem de MEB müfredatına HIV/AIDS ile ilgili bilgilerin eklenmesidir. Tüm öğrencilere yaşına uygun olarak yapılandırılmış, ergen sağlığı ve cinsel sağlık eğitiminin verilmesi Türkiye’de uzun yıllardır ihmal edilen ve çok hızlı hayata geçirilmesi gereken konulardan birisidir. Genç insanların bu alanda yeterli bilgiyle donanması HIV başta olmak üzere cinsel yoldan bulaşan enfeksiyonlar yönünden riskli davranışlar göstermelerine neden olmaktadır.

Güvenli cinsel yaşam ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda korunmada önemli bir araç olan **kondom kullanımına** ilişkin verilen destek artırılmalıdır. Kondom kullanımı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre %19’a ulaşmış⁽¹⁷⁾ olmakla birlikte bu oranı yükseltmek amaçlanmalıdır. Kondom kullanımı ve dağıtımına ilişkin verilen destek genişletilebilir. Kondoma ve cinselliğe ilişkin önyargılarla da mücadele edilmelidir. Üniversitelerde, diğer okullarda ve toplumda HIV/AIDS ile ilgili etkinlikler de kondom dağıtmak bir sorun olabilmektedir.

HIV/AIDS’e ilişkin yaygın bir etiketleme ve ayrımcılık söz konusudur⁽¹¹⁾. Bu durum sağlık çalışanları arasında bile önemli düzeydedir⁽¹⁸⁾. Etiketlenme, ayrımcılık ve damgalanma korkusu yeni HIV pozitiflerin bulunmasında, bulunanların tedaviye erişiminde ve rehabilitasyonunda önemli sorunlara yol açacaktır. HIV/AIDS olgularının yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir⁽¹⁹⁾. HIV pozitif kişileri suçlayıcı, yargılayıcı ve damgalayıcı yaklaşımların azaltılması için yoğun bir çaba gereklidir.

Sonuç ve Öneriler

Dünya’da kontrol altına alınma yönünde önemli gelişmeler yaşanırken, Türkiye’de ve yakın ilişki içinde olduğu bölgelerde (Doğu Avrupa ve Orta Asya’da) hızlı bir artış gözlenmektedir. Alınan ön-

lemler yetersizdir, daha etkin önlemler alınmaz ise yakın zamanda Türkiye için çok daha büyük bir sorun haline gelme olasılığı çok yüksektir.

Sorunla mücadele için kanıt dayalı, bilimsel, katılımcı, kapsayıcı, sürekli ve çok yönlü bir mücadele yapılmalıdır. Olguların %90’dan fazlasına tanı, tanı konularının %90’dan fazlasına tedavi ve tedavi edilenlerin %90’dan fazlasında viral baskılama önemli bir stratejidir. Bu stratejiyi destekleyen, tanı olanaklarının yaygınlaştırılması, tarama çalışmaları, izlem, damgalanma ile mücadele, güvenli cinsel yaşam ve toplumun sağlık eğitimi çalışmaları daha yoğun bir biçimde sürdürülmesi gereklidir. Yeni olguların bulunması için test olanaklarının genişletilmesi, kilit popülasyonlarda gönüllü saha çalışması ve biyodavranış çalışmaları yapılması planlanmalıdır.

Türkiye için gün geçtikçe önemli bir birey ve halk sağlığı sorununa dönüşen HIV/AIDS konusunda uzun yıllardır sağlık hizmet sunucularının, HIV ile yaşayanların ve aktivistlerin çalışmaları ile önemli kazanımlar elde edilmiştir. HIV ile yaşayanların sayısının azalması, bu alanda ayrımcılığın önüne geçilmesi için ilgili tüm paydaşların işbirliği içerisinde, güçlü bir biçimde harekete geçmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) süreci, Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Özel Oturumu ve Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında imzalanan bildirgelere ve belirlenen hedeflere uygun hareket edilmelidir.

HIV/AIDS biyolojik bir sorun olduğu kadar sosyal bir sorundur. Bu alanda eşitlikçi, hak temelli bir yaklaşım ile damgalanma, etiketleme gibi yaklaşımlarla etkin bir biçimde mücadele edilmeli ve hiç kimse geride bırakılmadan, statü ve tabiiyetine bakılmaksızın, zamanında, bilgiye, danışmanlığa, teste, kesintisiz tedaviye ayrımcılığa ve damgalamaya uğramadan erişmelidir. Dünya ancak bu yolla 2030 yılı için ortaya konulan hedeflere ulaşabilir.

Teşekkür

Gözden geçirme ve katkıları için Gökhan Yıldırım-kaya’ya çok teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- 1) United Nations. UNAIDS data. The Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS) AIDS. 2019.
- 2) 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. United Nations. 2017.
- 3) Global cascade of care, 2018.

- 4) HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. 2018. 18515 s.
- 5) Rusya'dan Türkiye'ye gelen turist sayısı ilk kez 7 milyonu aştı - Sputnik Türkiye [Internet]. [kaynak 05 Temmuz 2020]. Available at: <https://tr.sputniknews.com/ekonomi/202001311041300341-rusyadan-turkiyeye-gelen-turist-sayisi-ilk-kez-7-milyonu-asti/>
- 6) Kaplan P. Uluslararası öğrenci sayısı 178 bin oldu | PervinKaplan.com [Internet]. [kaynak 08 Temmuz 2020]. Available at: <http://www.pervinkaplan.com/detay/uluslararası-ogrenci-sayisi-178-bin-oldu/9721>
- 7) United Nations. Ratio of new HIV infections to number of people living with HIV improving | UNAIDS [Internet]. [kaynak 03 Temmuz 2020]. Available at: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200414_new-hiv-infections
- 8) Irmak H, Yardım N, Keklik K, Temel F. Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024). 2019.
- 9) Şengöz G, Pehlivanoglu F. İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü/Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu: Dünyada ve Türkiye'de Epidemiyolojik değişimler. Haseki Tıp Bul. 2017;55 (4):248–53.
- 10) Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. Hacettepe AIDS Tedavi Araştırma Merk. 2001;10 (12):446–9.
- 11) f USE, Among N, Of W, Serostatus U. Mother-To-Child Transmission of Hiv Use of Nevirapine Among Women of Unknown Serostatus. 2001; (December).
- 12) World Health Organisation. HIV transmission through breastfeeding through breastfeeding. 2004;7626.
- 13) Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. Analysis of hiv/aids-related stigma and discrimination in turkey: Results of the people living with hiv stigma index. Klimik Derg. 2017;30 (1):15–21.
- 14) Mbonu NC, van den Borne B, De Vries NK. Stigma of People with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Literature Review. J Trop Med. 2009;2009:1–14.
- 15) Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Szekeres G, Coates TJ. Stigma in the HIV/AIDS epidemic... 2010;22 (Suppl 2):1–20.
- 16) Polat D. Hacettepe Üniversitesi HIV / AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM) [Internet]. [kaynak 03 Temmuz 2020]. Available at: <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/guvenlicinsellik.shtml>
- 17) Türkiye 2018 Temel Bulgular Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. [kaynak 03 Temmuz 2020]. Available at: www.hips.hacettepe.edu.tr
- 18) Bayrak B, Ketten S, Fincancı M. Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS olgularına yaklaşımları. Klimik Derg. 2014;27 (3):103–8.
- 19) Kaya E, Şimşek F, Yıldırım T. The effect of stigmatization on quality of life in male patients with HIV/AIDS. Anatol J Psychiatry. 2020;21 (0):1.

Hepatitler ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

70

DR. ÖĞR. ÜYESİ HİDİR SARI

Giriş

Hepatitler ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) / Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) tüm Dünyada ve ülkemizde görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalıklar sadece bireyin kendisini değil, ailesini (eş ve çocuklarını) de etkilemektedir. Sorun hem tıbbi hem de sosyal bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle birçoğunun bildirim zorunludur.

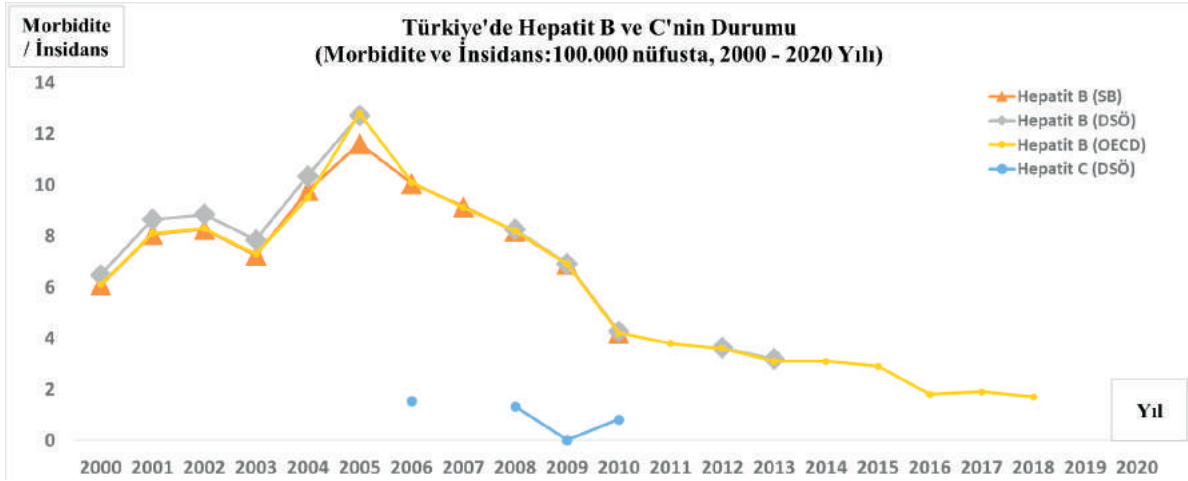
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre Dünya çapında her gün 1 milyondan fazla cinsel yolla bulaşan enfeksiyon edinilmektedir. Her yıl, 4 CYBE'den 1'inde tahmini 376 milyon yeni enfeksiyon vardır: klamidyaya, gonore, sifiliz ve trikomoniyaz. 500 milyondan fazla insanda herpes simpleks virüsü (HSV) ile genital enfeksiyon olduğu tahmin edilmektedir. 290 milyondan fazla kadın insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonuna sahiptir. CYBE'lerin çoğunda semptom yoktur veya CYBE olarak tanınamayan hafif semptomlar vardır. HSV tip 2 ve sifiliz gibi CYBE'ler HIV edinme riskini artırabilir. 2016 yılında 988.000 gebe kadına sifiliz bulaşmış, bu da 200.000 ölü doğum ve yenidoğan ölümü dahil 350.000'den fazla olumsuz doğum sonucu ile sonuçlanmıştır. Bazı durumlarda, CYBE'lerin enfeksiyonunun kendisinin hemen etkisinin ötesinde ciddi üreme sağlığı sonuçları olabilir (örn. Kısırlık veya anneden çocuğa bulaşma). Gonokokal Antimikrobiyal Direnç Gözetim Programı, yüksek oranda kinolon direnci, azitromisin direncini ve geniş spektrumlu sefalosporinlere karşı artan direnci göstermiştir. İlaç direnci, özellikle gonore için, Dünya genelinde

CYBE'lerin etkisini azaltmak için büyük bir tehdittir. Cinsel temas yoluyla 30'dan fazla farklı bakteri, virüs ve parazitin bulaştığı bilinmektedir. Bu patojenlerin sekizi cinsel yolla bulaşan hastalıkların en yüksek insidansı ile bağlantılıdır. Bu 8 enfeksiyondan 4'ü şu anda iyileştirilebilir: sifiliz, bel soğukluğu, klamidyaya ve trikomoniyaz. Diğer 4'ü tedavi edilemeyen viral enfeksiyonlardır: hepatit B, herpes simpleks virüsü (HSV veya herpes), HIV ve insan papilloma virüsü (HPV). Tedavi edilemez viral enfeksiyonlara bağlı semptomlar veya hastalıklar tedavi yoluyla azaltılabilir veya değiştirilebilir. ⁽¹⁾

Bu çalışmada, ülkemizde görülen Hepatitler (B ve C) ve CYBH (Klamidyaya C.trachomatis, Gonore, Sifiliz-Frengi, Herpes, HPV-Human Papilloma Virüsü) ile ilgili çeşitli kaynaklardan veriler bir araya getirilerek sunulmuştur. HIV-Human Immunodeficiency Virüsü: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, AIDS-Acquired Immunodeficiency Syndrome: Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) ile ilgili çeşitli kaynaklardan veriler bir araya getirilerek sunulmuştur.

Hepatitler

Türkiye'de 2000 ve 2020 yılı dönemine ait Hepatit B ve C'nin durumu [Tablo 72.1](#)'de, morbidite ve insidans durumu ise [Şekil 72.1](#)'de gösterilmiştir. Buna göre yıllar içinde Hepatit vaka sayılarında, morbidite ve insidansında azalma olduğu, hastalık bildirim göstergelerinin yıllar içinde değişim gösterdiği; Sağlık Bakanlığı (SB), DSÖ ve OECD (*The Organisation For Economic Co-Operation and Development*:



Şekil 72.1 Türkiye'de Hepatit Vakalarının Durumu (2000-2020 Yılı)⁽²⁻⁵⁾.

Tablo 72.1 Türkiye'de Hepatit B ve C'nin Durumu (2000- 2020 Yılı) ⁽²⁻⁵⁾

Yıl	Sağlık Bakanlığı (SB)										Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)				OECD
	Hepatit B					Hepatit C					Hepatit C		Hepatit B		Hepatit B
	Vaka Sayısı	İnsidans Hızı	Ölüm Sayısı	Morbidite Hızı	Mortalite Hızı	Vaka Sayısı	Ölüm Sayısı	Morbidite Hızı	Mortalite Hızı	Vaka Sayısı	İnsidans Hızı	Vaka Sayısı	İnsidans Hızı	İnsidans Hızı	
2000	4.115		17	6,07	0,25							4.115	6,47	6,10	
2001	5.578		9	8,07	0,13							5.578	8,64	8,10	
2002	5.813		3	8,26	0,04							5.813	8,84	8,30	
2003	5.206		6	7,25	0,08							5.206	7,85	7,30	
2004	6.951		7	9,77	0,10							6.951	10,34	9,50	
2005	8.365		3	11,61	0,04							8.659	12,71	12,80	
2006	6.612		4	10,05	0,06	1.065	6	1,60	0,10	1.065	1,54			10,10	
2007	6.451	9,14	2		0,03									9,10	
2008	5.849	8,18	6		0,08					941	1,33	5.849	8,25	8,20	
2009	5.005	6,90	2		0,03					11	0,02	4.975	6,92	6,90	
2010	3.099	4,20	0		0					604	0,83	3.099	4,26	4,20	
2011														3,80	
2012												2.695	3,62	3,60	
2013												2.403	3,19	3,10	
2014														3,10	
2015														2,90	
2016														1,80	
2017														1,90	
2018														1,70	

Not: İnsidans, morbidite ve mortalite: 100.000 nüfusta.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)'nin aynı yıla ait verilerinde farklılıklar olduğu veya olmadığı, birçok yılda DSÖ'ye henüz bildirilmediği, Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarında ise izleyen veya bazı yıllarda yer almadığı veya hiç olmadığı anlaşılmaktadır.

Türkiye'de 1999- 2019 yılları arasında yapılmış Hepatit B ve C seroprevalans veya sıklık araştırma sonuçları **Tablo 72.2**'de özetlenmiştir. **Tablo 72.2**'ye göre seropozitiflik veya sıklık oranları, Hepatit B ve C % 8,0; HbsAg % 0,84 - 8,70 arasında; Anti Hbs % 31,9-75,7; Anti Hbc total % 30,6; Anti HCV % 0,17-5,20 arasında bulunmuştur. Bu sonuçların, **Tablo 72.1**'den farklı olmasının nedeni alınan ör-

neklerin tüm toplumu temsil etmemesinden kaynaklı olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nce yapılan 2010 ve 2012 yılı Türkiye Sağlık Araştırması (TSA)'na göre Hepatit sağlık sorunu yaşadıklarını belirten 15 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri ve yıllara göre dağılımı **Tablo 72.3**'te gösterilmiştir. TSA sonuçlarına göre Türkiye'de hepatit sağlık sorunu olanlar 2010 yılında %1,5; 2012 yılında %0,9; hem kentsel hem de kırsalda yerleşen erkeklerde kadınlara göre her iki yılda daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu araştırmalarda Hepatit virüs türü ayrımı yapılmamıştır. Bunun nedeni kişilerin beyanına göre sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Tablo 72.2 Türkiye'de Yapılmış Hepatit B ve C Araştırma Sonuçları (seroprevalans veya sıklık (%), 1999-2019 Yılı)^(6-9,10-14,15-18)

Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Çalışma Grubu	Yöntem	Hepatit B	HbsAg	Anti Hbs	Anti Hbc total	Hepatit C	Anti HCV
1999-2000	Afyon	Kan merkezine başvuran donörler	Test sonuçları taraması		8,70				5,20
1995-2003	Van	Kan merkezine başvuran donörler	Test sonuçları taraması		2,55				0,17
1993-2006	Ankara	Hastaneye yatırılan ve takip edilen HIV ile enfekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve HIV ile ilişkili hastalıklar	HIV için kan, kan ürünleri ve organ bağışçılarının rutin olarak taraması	8,0				8,0	
2006-2008	Mersin	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması		2,2				0,4
2000-2010	Diyarbakır	Dicle Üniversitesi Hastanesi Bölgesel Kan Merkezi sağlıklı gönüllü kan donörleri	Test sonuçları taraması		3,17				0,64
2009-2010	Türkiye	23 ilin kentsel ve kırsal bölgelerinde yaşayan gönüllülerin ev ziyareti	Serolojik		4,0	31,9	30,6		1,0
2009-2011	İstanbul	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması		1,4				0,2
2013-2014	Eskişehir	Antisozyal Kişilik Bozukluğu Olan Erkek Hastalar	Serolojik test sonucu ve Gonore hastalık öyküsü		4,0				2,0
2005-2015	Malatya	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması		0,84				0,26
2016	Bursa	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi Merkezi	Dosya taraması		2,8				1,4
2017-2018	Türkiye ve Kuzey Türk Cumhuriyeti	Çok merkezli hastane çalışanları (doktor, hemşire / sağlık görevlisi, anestezi ve laboratuvar teknisyeni, paramedik, temizlik çalışanı) test sonuçları	Serolojik		1,8	75,7*			0,3
2017-2018	Konya	Doğrulanmış HIV pozitif olgular	Serolojik						1,9
2013-2019	Kocaeli	Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalar	Dosya taraması	0,871				0,057	

*: Katılımcıların % 48'i Hepatit b aşısı olmuş ve % 7,3'ü doğal bağışık.

Tablo 72.3 Hepatit sağlık sorunu yaşadıklarını belirten bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri ve yıllara göre dağılımı (15 ≥ yaş, %, TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması, 2008 -2109 Yılı) (19,20)

Yıl	Kent			Kır			Türkiye		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
2010	1,6	1,2	1,4	2,2	1,3	1,8	1,8	1,2	1,5
2012	1,2	0,7	1,0	0,9	0,6	0,7	1,1	0,7	0,9

Not: 2008, 2014, 2016 ve 2019 Türkiye Sağlık Araştırması'nda Hepatit ile ilgili bilgi yer almamaktadır.

Tablo 72.6 Türkiye’de Genelev Kadınlarının Muayenesi Sonucu Konulan Tanıların Dağılımı (Sağlık Bakanlığı, 2002-2006) (2)

Yıllar	Muayene Edilen Kadın Sayısı	Tanılar				
		Hepatit	Gonore	Frengi	Diğer	Toplam
2002	2.182	42	898	72	388	1.400
2003	2.182	43	900	88	484	1.515
2004	1.412	1	965	35	274	1.275
2005	1.692	3	452	35	361	851
2006	1.275	5	322	46	374	747

Tablo 72.6’da genelev kadınlarının muayenesi sonucu konulan tanıları en fazla (yıllar içinde genel olarak azalmakla birlikte) sırasıyla gonore, frengi ve hepatit olduğu görülmektedir. Ancak, sadece bu sayılarla yorum yapmak sınırlı bir anlam ifade edebilir.

Türkiye’de 2001- 2019 yılları arasında yapılmış CYBH seroprevalans veya sıklık araştırma sonuçları

Tablo 72.7’de özetlenmiştir. **Tablo 72.7**’ye göre seropozitiflik veya sıklık oranları, Sifiliz (VDRL veya RPR) % 0,057-6,0; Klamidya (*C.trachomatis*) % 0,9-23,3; Herpes % 1,0; HSV (Herpes Simpleks Virüs) Tip 2 IgG % 1,2-62,5; HPV % 2,4-80,0; Gonore % 0,1-25,0 arasında bulunmuştur. Bu araştırma sonuçlarının birbirinden ve **Tablo 72.4**’den farklı olmasının

Tablo 72.7 Türkiye’de Yapılmış CYBH Araştırma Sonuçları [seroprevalans veya sıklık (%), 2001-2019 Yılı] (26-27,7,28-31,8,32,9,33-37,10,38-39,12,40,17,41-45,13-14,46-49,17,50-51)

Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Çalışma Grubu	Yöntem	Sifiliz (VDRL/ RPR)	<i>C.trachomatis</i>	Herpes	HSV Tip 2 IgG	HPV	Gonore
2001	Ankara	Polikliniğe başvuran hastalar	Üretral sürüntü		21,0				23,0
2001	Elazığ	Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine isteğe bağlı düşük yapmak için başvuran ve küretaj öncesi antibiyotik kullanmamış kadınlar	Servikal sürüntü		23,3				1,7
1995-2003	Van	Kan merkezine başvuran önerler	Test sonuçları taraması	0,057					
2003	Kırıkkale	Gebe Kadınlar	Serolojik test sonucu		17,1**				
2002-2004	Düzce	Servikojenit olan kadınlar	Servikojenit sürüntü		15,7				0,1
2004	Ankara	Gebe Kadınlar	Serolojik test sonucu				62,5****		
2003-2005	İzmir	Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk-Acil, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yenidoğan Ünitesi’ne başvuran semptomlu hastalar	Üretral, endoservikal, konjunktival, nasofarengeal sürüntü hücre kültürü sonucu		12,3				
1993-2006	Ankara	Hastaneye yatırılan ve takip edilen HIV ile enfekte hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve HIV ile ilişkili hastalıklar	HIV için kan, kan ürünleri ve organ bağışçılarının rutin olarak taraması	6,0*		1,0			
2006	Ankara	Kadın Doğum Polikliniğine başvuran ve rutin sitolojik incelemesinde atipi saptanan 27-71 yaş kadınlar	Servikal örneklerde PCR ile DNA					80,0	
2006-2008	Mersin	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması	0,1					
2007-2008	Trabzon	20-49 yaş erişkinler	Serolojik				7,6		
2008	Ankara	Kayıtlı Kadın Seks Çalışanları	Endoservikal sürüntü		3,6				
2009	Ankara	Kayıtlı Seks Çalışanı Kadınlar	Vajinal sürüntü boyama		1,4				
2009	Zonguldak	İnfertil kadınlar	Endoservikal örneklerde <i>C. trachomatis</i> DNA		5,6				
2009	İstanbul	İnvaziv serviks kanseri ve servikal intraepitelyal neoplazisi olan hastalar	Patoloji Kliniği arşivinden servikal lezyonlarda PCR ile DNA					70,0	

Tablo 72.7 (DEVAMI)

Çalışma Yılı	Çalışma Yeri	Çalışma Grubu	Yöntem	Sifiliz (VDRL/RPR)	C.trachomatis	Herpes	HSV Tip 2 IgG	HPV	Gonore
2000-2010	Diyarbakır	Dicle Üniversitesi Hastanesi Bölgesel Kan Merkezi sağlıklı gönüllü kan	Test sonuçları taraması	0,07					
2009-2010	Sivas	Hastaneye başvuran 21-67 yaş kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu					6,4	
2006-2011	İstanbul ve Kocaeli	Genital şikayeti olmayan kadınlar (gebeliğin ilk 3 ayı veya doğum öncesi)	Endoservikal örneklerde PCR ile DNA		1,85				
2009-2011	İstanbul	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması	0,7					
2010-2011	İstanbul	Üretrit Semptomları Olan Erkek Hastalar	Üretral ve idrar örneklerinin incelenmesi		9,3				8,6
2010-2011	Konya	Bir üniversite hastanesinin obstetrik ve jinekolojik bölümünün polikliniğine başvuran gebe kadınlar	Gebeliğin ilk trimesterinde doğum öncesi serolojik test sonucu				4,4		
2012	Konya	Hastaneye başvuran kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu retrospektif değerlendirme					19,2	
2012-2013	İstanbul	Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 22-68 yaş kadınlar	İntraepitelial lezyon saptanmayanlar ile birlikte LSIL, HSIL ve ASCUS tanısı alanlardan elde edilen servikal sürüntü örnekleri					44,2****	
2013	İstanbul	Kadın Doğum polikliniğine başvuran hastalardan jinekolojik muayenesinde mukopürülan akıntısı olan ve akıntı nedeniyle en az üç kez tedavi almasına rağmen şikayetleri devam edenler	Sitolojik inceleme ve HPV DNA tayini					64,0	
2009-2014	Edirne ve İstanbul	Üroloji polikliniğinde kronik prostatit tanısı alan hastalar	Retrospektif test sonuçları		10,8				
2012-2014	Afyon	Gebe Kadınlar	Serolojik test sonucu				7,0***		
2013-2014	Eskişehir	Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Erkek Hastalar	Serolojik test sonucu ve Gonore hastalık öyküsü	0,0			4,0		25,0
2005-2015	Malatya	Kan Merkezi donörleri	Test sonuçları taraması	0,20					
2015	Bursa	Kadın Doğum Polikliniğinde muayene edilen, vajinal akıntı şikayeti olan veya muayene sırasında vajinal akıntı saptanan kadınlar	Vajinal/endoservikal sürüntü PCR test sonuçları		0,9				
2015	Eskişehir	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) tarama amaçlı başvuran 30-65 yaş arası kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu					3,0	
2014-2018	Çorum	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) tarama amaçlı başvuran 30-65 yaş arası kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu retrospektif değerlendirme					3,3	
2014-2018	Erzurum	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne (KETEM) tarama amaçlı başvuran 30-65 yaş arası kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu retrospektif değerlendirme					2,4	
2015-2018	Sakarya	Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran 20-66 yaş arası kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu					21,1	
2017-2018	Konya	Doğulanmış HIV pozitif olgular	Serolojik				10,0		
2018	Denizli	Hastaneye başvuran kadınlar	Servikal örnek HPV DNA sonucu retrospektif değerlendirme					37,2	
2017-2019	Antalya	Üroloji polikliniğinde üretrit tanısı alan hastalarda gerçek zamanlı multiplex polimeraz zincir reaksiyonu (Rt-MPCR) sonuçlarına göre polimikrobial enfeksiyon prevalansı	Retrospektif hasta datalarının incelenmesi		22,9		1,2		

*:Sifiliz **:Anti IgM sonucudur. IgA:12,3 ve IgG:14,4 ***: IgM:1,7 ****: IgM:11,5

nedeni alınan örneklerin farklı ve tüm toplumu temsil etmemesinden kaynaklı olabilir.

Sonuç

Sağlık Bakanlığı, TÜİK, DSÖ, OECD ve bilimsel araştırma verilerine göre hepatitler ve CYBH'nin hastalıkların halen ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve devam edeceği anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı kayıtlarında yıllar içinde aynı hastalıklara ilişkin farklı göstergelerin kullanıldığı, bildirim zorunlu hastalık listesinde yer alanlardan bazılarının belirli yıllarda yayınlandığı, bazılarının ise sağlık istatistik raporlarında hiç yer almadığı ve DSÖ'ye henüz bildirilmediği yukarıda ki tablo ve şekiller incelendiğinde görülmektedir. Bu durum, hastalıklara ilişkin yıllara göre trendin yorumlanmasında eksikliklere yol açabilmektedir. Bu nedenle sağlık istatistikleri sunulurken veya Sağlık Bakanlığınca DSÖ ve OECD'ye bildirilen hastalık verilerinin ülkemiz istatistik yıllıklarındaki sağlık göstergeleriyle uyumlu olması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Organization WH. Sexually transmitted infections (STIs). Accessed July 1, 2020. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- 2) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çalışma Yıllığı 2006. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11642/temel-saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-calisma-yilligi-2006.html>
- 3) Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.*; 2011. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11650/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>
- 4) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. The Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID). Accessed June 7, 2020. <https://data.euro.who.int/CISID/>
- 5) The Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD). Communicable Diseases. Accessed August 14, 2020. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- 6) Yayin OR. Türk hijyen ve deneysel biyoloji dergisi. 2001;58 (2):61-66. Accessed June 23, 2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/thdbd5.pdf#page=30>
- 7) Dilek I, Demir C, Bay A, Akdeniz H, Öner AF. Seropositivity rates of HBsAg, anti-HCV, anti-HIV and VDRL in blood donors in Eastern Turkey. *Turkish J Hematol.* 2007;24 (1):4-7.
- 8) Celikbas A, Ergonul O, Baykam N, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of HIV/AIDS patients in Turkey, where the prevalence is the lowest in the region. *J Int Assoc Physicians AIDS Care.* 2008;7 (1):42-45. doi:10.1177/1545109707306575
- 9) Öner S, Yapıcı G, Şaşmaz CT, Kurt AÖ, Buğdayci R. Hepatitis B, hepatitis C, HIV, and VDRL seroprevalence of blood donors in Mersin, Turkey. *Turkish J Med Sci.* 2011;41 (2):335-341.

doi:10.3906/sag-0906-64

- 10) Dayan S, Tekin A, Tekin R, et al. HBsAg, anti-HCV, anti-HIV 1/2 and syphilis seroprevalence in healthy volunteer blood donors in southeastern Anatolia. *J Infect Dev Ctries.* 2013;7 (9):665-669. doi:10.3855/jidc.2835
- 11) Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y, et al. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: A fieldwork TURHEP study. *Clin Microbiol Infect.* 2015;21 (11):1020-1026. doi:10.1016/j.cmi.2015.06.028
- 12) Gül KARAGÖZ, Ayten KADANALI, Mehmet Fatih BEKTAŞOĞLU, Behiye DEDE SBA. Kan Donörlerinde Hepatit B, Hepatit C, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü ve Sifiliz Enfeksiyonları Seroprevalansı. *Viral Hepatit Derg.* 2012;18 (1):26-28. doi:10.4274/vhd.18.07
- 13) Yıldız H, Pan E, Bolu A, Bilgili ME, Gümüş İ, Abuaf ÖK. Antisoyyal kişilik bozukluğu olan erkek hastalarda cinsel ve kan yoluyla bulaşan hastalık prevalansının araştırılması. *Türk Dermatoloji Derg.* 2015;9 (1):18-22. doi:10.4274/tdd.2291
- 14) İçel O, Köroğlu M, Ray TD, et al. Kan Bağışçılarında Tarama Test Sonuçlarının Yıllara Göre Değişimi ; On Yıllık Değerlendirme , Malatya Serotrends of the Blood Donor Screening Test Results ; Ten-Year Review , Malatya. *Online Türk Sağlık Bilim Derg.* 2016;1 (3):1-7. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/227518>
- 15) Dagli O. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığını tedavi merkezinde hepatit ve HIV enfeksiyonlarının taranması. *Pamukkale Med J.* Published online 2020:177-186. doi:10.31362/patd.644886
- 16) Kalkan IA, Cinar G, Mut ANU, et al. Evaluation of the seroprevalence of viral hepatitis and the human immunodeficiency virus among hospital workers in Turkey and the Turkish Republic of Northern Cyprus. *Hepat Mon.* 2020;20 (4). doi:10.5812/hepatmon.97952
- 17) Maçın S, Arslan U, Fındık D. Genel Tıp Dergisi Doğrulanmış hiv pozitif olgularda hepatit virüsler ve ve torch grubu mikroorganizmaların serolojik profillerinin incelenmesi Investigation of the serological profiles of hepatitis viruses and torch group microorganisms in confirmed HIV p. 2020;30 (1):48-52.
- 18) Hoşgör H. Kocaeli Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda hepatit A , B , C ve HIV enfeksiyon sıklığının değerlendirilmesi Hatice Hoşgör. *Acta Odontol Turc.* 2020;37 (2):36-41.
- 19) TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2010. Published 2010. Accessed June 8, 2020. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8620>
- 20) TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Published 2012. Accessed June 8, 2020. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>
- 21) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri 2000.*; 2000. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,57128/arastirma-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2000-yili-istatistik-yilligi.html>
- 22) Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. *Sağlık İstatistikleri 2001.*; 2002. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,57135/arastirma-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2001-yili-istatistik-yilligi.html>
- 23) Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. *Sağlık İstatistikleri 2002.*; 2003. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,57136/arastirma-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2002-yili-istatistik-yilligi.html>
- 24) Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. *Sağlık İstatistikleri 2003.*; 2004. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,57137/arastirma-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2003-yili-istatistik-yilligi.html>

- ligi.html
- 25) Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. *Sağlık İstatistikleri 2004.*; 2005. Accessed June 17, 2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,57138/arastirma-planlama-ve-koordinasyon-kurulu-baskanligi-2004-yili-istatistik-yili-ligi.html>
 - 26) Gurbuz OA, Demiray T. Üretral Akıntı Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Neisseria gonorrhoeae , Chlamydia trachomatis , Ureaplasma urealyticum ve Mycoplasma hominis Etkenlerinin Sıklığının Araştırılması. 2002; (July 2015).
 - 27) Açık Y, Güngör L, Aşçı Toraman Z. Prevalance and clinical importance of some pathogen microorganisms found in the cervix of women who apply for voluntary abortion. *Erciyes Tıp Derg.* 2004;26 (2):55-61.
 - 28) Volkan NOYAN, Teoman Zafer APAN, Aykan YÜCEL NS. Gebe Kadınlarda Chlamydia Trachomatis Enfeksiyonunun Serolojik Yöntemlerle Taranması Serological Survey of Chlamydia Trachomatis Infection in Pregnant Women. *AÜTD.* 2003;35:53-56. https://www.eajm.org/content/files/sayilar/149/buyuk/pdf_EAJM_59.pdf
 - 29) Ozturk CE, Ozdemir I, Yavuz T, Kaya D, Behcet M. Etiologic agents of cervicovaginitis in Turkish women. *Saudi Med J.* 2006;27 (10):1503-1507.
 - 30) Cengiz AS, Cengiz L, Us E, Cengiz AT. Gebe Kadınlarda Herpes simplex Virus Tip-1 Ve 2, IgG ve IgM Antikorlarının, ELISA ile Araştırılması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2004;11 (4):227-231. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/totmd/article/view/5000100644/5000093768>
 - 31) ÇİÇEK, Candan, Altınay BİLGİÇ, Y. Engin YAYGIN, Güldane KOTUROĞLU, Mehmet YALAZ, Zafer KURUGÖL, Oktay NAZLI GG. Semptomlu Hastalarda Chlamydia Trachomatis Enfeksiyonunun Prevalansı Prevalence Of Chlamydia Trachomatis Infection In Symptomatic Patients. 2006;20 (1):27-30.
 - 32) Koray ERGÜNAY, Müge MISIRLIOĞLU PF, Z. Selçuk TUNCER, Serdar TUNCER ŞU. Sitolojik Olarak Anomali Saptanan Serviks Örneklerinde İnsan Papilloma Virus DNA'sının Araştırılması ve Virüs Tiplendirilmesi. *MİKROBİYOLOJİBülteni.* 2007;41:219-226.
 - 33) Murat Topbaş MD, Emine Çan MD, Neşe Kaklıkkaya MD, Asuman Yavuzylmaz MD, Gülsün Özkan MD GÇM. Herpes Simplex Virus Type-2 Seroprevalence Among Adults Aged 20-49 In Trabzon. *NOBEL Med.* 2009;8 (December):85-90.
 - 34) Zarakolu P, Yağcı S, Çakır B, Ünal S. Screening for Chlamydia trachomatis infection using direct fluorescein antibody method in female sex workers registered in Ankara, Turkey: Pros and cons. *Turkish J Med Sci.* 2009;39 (1):81-84. doi:10.3906/sag-0802-16
 - 35) Bildiri K, Communication S, Zarakolu P, Alp Ş, Yağcı S. Ankara İlinde Kayıtlı Seks Çalışanı Kadınlarda İyileştirilebilir Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Sıklığı. Published online 2010:117-121. Accessed June 10, 2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/f8c7/4ccd90957e4d2995e0f405464077382c3d15.pdf>
 - 36) Canan KÜLAH, Mehtap YUMUŞAK, Ülkü BAYAR, Elif AKTAŞ FBC. Investigation of Chlamydia Trachomatis DNA In Endocervical Specimens of Infertile Patients. *Türk Mikrobiyoloji Cemiy Derg.* 2009;39 (1-2):44-47. http://tmc.dergisi.org/pdf/pdf_TMC_344.pdf
 - 37) Dilek YAVUZER, Nimet KARADAYI, Aykut ERDAĞI, Taflan SALEPÇİ, Hüseyin BALOĞLU RD. Serviks Kanseri Ve Prekanseröz Lezyonlarında PCR İle HPV Tiplemesi. 2009; (1):1-6. https://www.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH-53315-RESEARCH_ARTICLE-YAVUZER.pdf
 - 38) Yıldırım D, Yıldırım ME, Bakici MZ. Klinik Araştırma Sivas Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Servikal Örneklerde Human Papillomavirus Pozitifliği ve Genotiplerinin Sıklığı. 2013;18 (2):94-97. http://www.firattipdergisi.com/pdf/pdf_FTD_829.pdf
 - 39) Melda ÖZDAMAR, İbrahim SÖZEN, Filiz YARIMCAM SAĞLAM, Fatih GÜÇER, Ebru FÜSUN DONAT ST. Chlamydia Trachomatis Screening By Polymerase Chain Reaction Among Asymptomatic Turkish Women: A Prevalence Study. *Acta Medica Mediterr.* 2016;32:1009-1013. doi:10.19193/0393-6384_2016_4_124
 - 40) Pelit S, Bulut ME, Bayraktar B. The frequency of Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in patients with urethral symptoms. *Med J Bakirkoy.* 2017;13 (1):10-13. doi:10.5350/BTD-MJB201713102
 - 41) Fındık D, Dağı HT, Arslan U, Fındık Y. Servikal örneklerde human papillomavirus sıklığı ve genotip dağılımı. *Genel Tıp Derg.* 2012;22 (4):116-120. <http://www.geneltip.org/upload/sayi/74/GTD-00567.pdf>
 - 42) Eren H, Özgüne N, Bayram Y, Güzin K. Serviksin Prekanseröz Lezyonlarında Human Papilloma Virus (HPV) Tiplerinin Belirlenmesi. 2013;20 (2):70-75. https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_20_2_70_75.pdf
 - 43) Ateşer G, Aydın DS, Günver F, Purisa S. Kronik Vajinal Akıntılı Hastalarda HPV-DNA Pozitiflik Oranı ve Sitopatolojik Sonuçların Değerlendirilmesi HPV DNA Positivity Rate and Evaluation of Cytopatological Results in Patients with Chronic Vaginal Discharge. *Haseki Tıp Bul.* 2014;52 (2):93-97. doi:10.4274/Haseki.1245
 - 44) Arda, Ersan; Çakıroğlu, Basri; Arıkan, Mehmet Gürkan; Gözükküçük R. Chronic Bacterial Prostatitis in a Turkish Population: The Microbiological Etiology and Distribution. *J Acad Res Med.* 2018;8 (3):153-156. <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=be6dc89a-6fcf-42aa-b70c-37dc5ee-c371e%40sessionmgr4008>
 - 45) Merih ŞİMŞEK, Recep KEŞLİ, Cengiz DEMİR, Özgül ÇETİNKAYA DTA. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesinde takip edilen gebelerde Toksoplazma, Rubella, Sitomegalovirus ve Herpes Simpleks Virus Tip 2 seroprevalansının incelenmesi. *ORTADOĞU TIP DERGİSİ.* 2016;8 (1):1-6.
 - 46) Yazısız H, Koyuncu Özyurt Ö, Öztürk Eryiğit F, et al. Trichomonas vaginalis Enfeksiyonu Tanısında Mikroskopik İnceleme, Kültür ve Polimeraz Zincir Reaksiyonu Testlerinin Değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bul.* 2020;54 (1):135-143. doi:10.5578/mb.68828
 - 47) Aslan FG, Us T, Kaşifoğlu N, et al. Eskişehir Bölgesi'ndeki kadınlarda human papillomavirus (HPV) DNA pozitifliği ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2015;14 (3):222-228. doi:10.5455/pmb.1-1417459055
 - 48) Berrin GÖKTUĞ KADIOĞLU, Esra ÇINAR TANRIVERDİ, Handan ALAY MU. Özgün Çalışma / Original Article. 2018;52 (4):367-375. http://www.mikrobiyolbul.org/managete/fu_folder/2018-04/html/2018-52-4-367-375.htm
 - 49) Aydemir Ö, Terzi HA, Köroğlu M, Turan G, Altındiş M, Karakeçe E. Human papillomavirus positivity and genotype distribution in cervical samples. *Türk Hij ve Deney Biyol Derg.* 2020;77 (1):33-40. doi:10.5505/TurkHijyen.2019.68984
 - 50) Kaleli I, Aksoy L, Demir M, et al. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus in patients attending to gynecology polyclinics. *Mikrobiyol Bul.* 2019;53 (2):170-178. doi:10.5578/mb.67765
 - 51) Sarier M. Prevalence of Polymicrobial Infection in Urethritis. *J Urol Surg.* 2019;6 (3):180-183. doi:10.4274/jus.galenos.2019.2405.

Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansında › Gelişmeler, Değişiklikler

73

UZM. DR. FATMA YEŞİM KARAKOÇ

Kısaca 1930-2015 Yılları Arası Bildirim Sistemi

Halk sağlığı problemi olan bulaşıcı hastalıklar için bildirim zorunluluğu 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile getirilmiş, yıllar içinde hastalıklar ve bildirim şekilleri bakımından birtakım değişiklikler yapılmıştır.⁽¹⁾

2004 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi yayınlanana dek bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların (BZBH) sayısı 39'dur. 2004 tarihli Yönerge ile DSÖ ve CDC, ECDC yayınları esas alınarak, bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi gözden geçirilmiş ve 4 farklı bildirim grubu şeklinde toplam 51 hastalığın bulunduğu yeni liste hazırlanmıştır.⁽²⁾

30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde, BZBH bilgi, verileri toplayan, bildiren, işleyen gerçek ve tüzel kişilerin, kişisel verilerin korunmasına riayet etmeleri gerekliliği ile erken uyarı- yanıt sistemi oluşturularak bu kapsamda değerlendirilecek ve bildirilecek toplum sağlığı tehdidi olan veya olma potansiyeli bulunan olayların eklenmesi gibi yenilikler yer almıştır. Yönetmelik ek 1'inde hastalıklar konu başlıklarına göre; aşı ile önlenbilir hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, viral hepatitler, gıda ve su kaynaklı hastalıklar ve zoonozlar, solunum yolu ile bulaşan hastalıklar, diğer hastalıklar şeklinde verilmiştir.⁽³⁾

2011 tarihli 27893 sayılı Resmi Gazete ile yayınlanan yeni yönetmelik ile bildirim esas bulaşıcı

hastalıklar listesi güncellenmiş ve hastalık ve etken sayısı 73'e çıkarılmış, bazılarında isim ve grup değişiklikleri olmuştur.⁽⁴⁾

2015 Yılından Sonra Bildirim Sistemi

Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 23.10.2015 de 2015/18 sayılı Genelge ile güncellenmiş, 2004/129 sayılı Genelge ve ekleri yürürlükten kaldırılmıştır.

2015/18 sayılı Genelge ile BZBH ait standart vaka tanımları ve tanı kriterlerinin, hastalıkların gruplandırılmasının, sürveyans gerekçeleri ve şeklinin yayınlanacak olan 'Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi standart tanı, sürveyans ve laboratuvar rehberi' ne göre yürütüleceği ifade edilmiş, ancak bu süreçte yayınlanmamıştır.⁽⁵⁾ Bu nedenle 2011'de 27893 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanmış olan Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te geçen standart vaka tanımları ve tanı kriterleri kullanılmaya devam edilmesi söz konusu olmuştur.

2015/18 sayılı Genelge ile BZBH bildirimleri "bildirim ekranları" aracılığı ile yapılmaya başlanmıştır. Gerekli talimatlar tüm yazılım firmalarına duyurularak, aile hekimleri ve hastanelerin çalıştıkları yazılım firmalarına, Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi (AHBS) ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinde (HBYS) işleyiş içinde yer alması gereken bildirim esas hastalıkların ICD-10 tanı kodları iletilmiştir.⁽⁶⁾ Bu şekilde aile hekimleri ve hasta-

nelerin sistemleri, anlaşmalı oldukları birçok farklı yazılım firmasınınca düzenlenmiştir.

Bildirim ekranı uygulamasında, hekimlerin kullandığı hasta muayene ekranından seçilen tanının BZBH kapsamındaki tanılardan biri olması durumunda **“bulaşıcı hastalık bildirim ekranı”** açılır. Bu ekranın temeli, aslında bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde yıllardır kullanılan form 014’dür. Bununla birlikte bildirim yapacak hekime, vakanın bilgileri ve hekim-kurum bilgilerinin otomatik olarak gelmesi sağlanarak kolaylık getirilmiştir. Vakanın kayıtlı adresinde oturmaması ihtimali ile “Beyan adres” bölümü oluşturulmuştur. Her kurumun BZBH bildirim, vakanın adresinin bağlı bulunduğu TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğüne gönderilerek filyasyon çalışmaları yapılacağından, hekimin, hastaya halen sisteme otomatik olarak gelen kayıtlı ikamet adresinde oturup oturmadığı sorması ve başka bir adres beyan ediyorsa sisteme bu adresi girmesi önemlidir. Ancak hastanın beyan adres bilgileri hekim tarafından doldurulması zorunlu olmayan bir bölüm olarak belirlenmiştir.⁽⁷⁾

Bildirim ekranı uygulamasında sistem eksiklikleri ve olması gereken yapılandırmalar tam tamamlanamamış olup, bazı bildirimlerin adres bilgilerinde sadece il/ilçe alanı yer alıp mahalle/sokak bilgileri olmamaktadır. Bu kişilerin ulaşılacak bir telefon bilgisi de verilmemişse filyasyonu mümkün olamamakta/zorlaşmaktadır.⁽⁸⁾

Hekim tarafından bildirim ekranındaki bilgilerin doldurulmasının ardından “Kaydet” butonuna basıldığında bildirim esas bilgiler HBYS/AHBS veri tabanına kayıt edilmektedir. Bu veri tabanından da Sağlık Net’e (USS) aktarım sağlanmaktadır. Bununla birlikte TSİM’e aktarımın tamamlanabilmesi için hastanelerin başlangıçta, form 014 ve 014D çıktılarını alarak bölgesindeki İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM’ye göndermesi ve bu birimlerin ise bildirimleri TSİM’e kayıt etmesi gerekmektedir.⁽⁷⁾ Kayıt sonrası vakanın adresinin bulunduğu İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM TSİM raporlama ekranında görünür hale gelen BZBH filyasyon çalışmaları yapılmaya başlanabilmekte idi. Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sisteminin (İZCİ) 15 Şubat 2019 tarihinde kullanıma açılmasıyla başlangıçta TSİM’le beraber takip sağlanmış ve basılı ortamda form 014 gönderimi sürdürülmüştür. Geldiğimiz süreçte, bulaşıcı hastalık bildirimlerinin E-Nabız’a elektronik ortamda gönderim oranlarının istenen

seviyelere ulaştığı ve bulaşıcı hastalık bildirim ve vaka takibinde İZCİ sisteminin yeterli hale geldiği belirlenmiştir. 01.01.2020’den itibaren hastanelerin de form 014D hariç form 014 göndermesine gerek kalmadığı duyurulmuştur.⁽⁹⁾

Bildirim ekranı uygulamasında geçiş ile tüm yataklı tedavi kurumlarında kurumun büyüklüğüne göre bulaşıcı hastalıkların takibi ve bildiriminden sorumlu sürveyans sorumluları ve sürveyans sorumlusuna yardımcı olmak üzere personel görevlendirilmesi gerektiği duyurulmuştur.^(5,6) Kurum sürveyans sorumlusunun günlük olarak kendi kurumunda yapılan BZBH görebileceği ekran olan “Kurum bildirim listesi”ni gözden geçirmesi, ihbarı gereken hastalık olup olmadığını kontrol edilmesi gerekir. İhbarı gereken bir hastalık tanısı varsa tanı kodunu giren hekime dönerek bu tanının teyit edilmesi; teyit edilmesi durumunda ise sürveyans sorumlusu tarafından ihbar mekanizmasının başlatılması gerekir. Tanının sehven girilmiş olması durumunda ise hekimin bulaşıcı hastalık bildirim ekranından düzeltme yapması istenir.⁽⁷⁾

İZCİ uygulamasına geçişle birlikte, tanıyı sisteminde gören ve ihbarı gereken bir hastalık olduğu bilgisini SMS ve e-posta yolu ile alan kurum sürveyans sorumlusu veya ilgili İlçe Sağlık Müdürlüğü sorumlusu bu tanının doğruluğunu araştırarak işlemleri başlatmak durumundadır. Tanı teyit işlemi sonucunda “Vaka doğrulandı” ya da “Vaka doğrulanmadı” seçeneklerinden biri seçilmelidir. Tanının doğrulanması halinde, teyit edilmiş bildirimle ilgili uyarı mesajı İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakanlık merkez teşkilatı kullanıcılarına gönderilir. Aksi halde ise süreç teyit edilmediği için kapatılır.⁽¹⁰⁾

2017 yılında 2017/11 sayılı bir Genelge ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında yayımlanan “Bulaşıcı hastalıklarla mücadele rehberi”nde bildirim zorunlu hastalıklardan hangilerinin ihbarının gerektiği güncel bilgilerine yer verilmiştir.⁽¹¹⁾

2015/18 sayılı genelge sonrası hastalık gruplarına göre bildirim yerleri uygulaması ile ilgili herhangi bir değişiklik olmamıştır. Bildirime haiz dört grup hastalık olup (Tablo 73.1), A ve B grubu hastalık bildirimleri ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından; C grubu hastalık bildirimleri yataklı tedavi kurumları tarafından, D grubu hastalık bildirimleri ise tanı konan laboratuvarlar tarafından yapılması şeklinde devam etmektedir.⁵ Ancak uygulamada birinci basamaktan bildirim olmayan hastalıkların aile hekimleri tarafından bildirilebildiği görülmektedir.⁽¹²⁾

Bildirim sisteminde A grubunda yer almakla birlikte AGE ve HIV'in, C grubunda yer almakla birlikte AIDS'in bildiriminde farklı mekanizmalar olup bildirim ekranında çıkması istenmez. (13) AGE'lerin takibi sendromik sürveyans kapsamında erken uyarı cevap sistemi içinde yapılmaktadır. (14) HIV ve AIDS bildirimleri ise form D-86 A/B ile gizlilik şartlarına uyarak yapılmakta ve yetkili kişilerin ulaşabildiği "habs.thsk.saglik.gov.tr/" üzerinden HIV AIDS Bilgi sistemi üzerinden çalışmalar sürdürülmektedir. (15)

Kurum tarafından sentinel ve sendromik sürveyans kapsamında değerlendirilen makülopapüler döküntülü hastalıklar, AFP, MNT ve influenza gibi bazı özel hastalıklar ve sendromlar için sürdürülen sürveyanslarla ilgili uygulamalar eski haliyle devam etmektedir. Tüm makülopapüler döküntülü hastalıklar Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu Sürveyansı Daimi Genelgesi kapsamında şüpheli kızamık/kızamıkçık olarak değerlendirilir. Genelge kapsamında kızamık kızamıkçık ve konjenital kızamıkçık sendromu takibinin aktif sürveyans şeklinde akut flask paralizi ve maternal neonatal tetanoz sürveyansına entegre edilmiştir. (5,16) Olası/şüpheli vaka durumunda vakanın ihbarının yapılarak serum ve/veya nazofarengeal sürüntü, idrar numunelerinin, kızamık / kızamıkçık vaka inceleme formu doldurularak İl Sağlık Müdürlüğü bulaşıcı birim sorumlularına teslim edilmesi gerekir. Vakanın olası/kesin olması durumunda ise temaslı profleksileri ve takibi ile ilgili işlemler başlatılır. (17)

2015/18 sayılı Genelge ile bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık sayısı 13'ü etken olmak üzere 74'e çıkmış, ancak ihbar mekanizmaları ile ilgili hastalıkların tümünü içeren yeni bir açıklama 2017/11 genelgesine dek yapılmamıştır. 2017/11 sayılı Genelge ile bulaşıcı hastalık mücadele rehberi yayımlanarak toplamda 75 hastalık için fiyasyon gerekçeleri açıklanmış, "Saha İncelemesi/ fiyasyon, vaka inceleme, salgın İnceleme ve ihbarı gerekli mi?" başlıkları altında açıklamalara yer verilmiştir. 75 hastalığın 31'i için ihbarı gerekli mi başlığı altında "evet" denilmekte iken 2018/22 sayılı Genelge ile yayımlanan bulaşıcı hastalık mücadele rehberinde hastalık sayısı 76'ya çıkmakla birlikte 24'ü için ihbarı gerekliliğine "evet" denilmiştir. Yani yeni genelge ile 7 hastalık ihbar mekanizmasından çıkarılmıştır. Boğmaca, Hib, H.A. İPH, Trişinelloz, Yeni VCJ ve Zika (Zika 2017/11 genelgesinde Salgın

incelemesi sırasında yapılması gerekenler başlığında örnek hastalık olarak verilmiştir). Kızamıkçık halen ihbarı zorunlu bir BZBH'dır. (15,11,18) Ancak kızamıkçık bildirim yapıldığında ihbara düşen diğer hastalıklarda olduğu gibi ihbar mekanizması işletilmemektedir. Yani böyle bir tanı olduğu hakkında sistem sorumlularına giden SMS mesaj uygulaması yapılmamakta ve yine bu hastalıklar gibi kırmızı işaretlenen bölgede yer almamaktadır. (19)

2017 yılı Mart-Nisan ve 2018 yılı Ekim-Kasım aylarında Sağlık Bakanlığınca bildirim sistemleri ile ilgili olarak tüm sağlık kurumlarını kapsayan bir saha inceleme çalışması yapılmıştır. İlk inceleme sonrası, bulaşıcı hastalık bildirimlerinin 24 saatten daha uzun (bazı yazılımlarda 7 günden uzun) sürelerde gönderildiği, hatta manuel olarak değişken sürelerde veri gönderimine izin veren yazılımların olduğu tespit edilmesi üzerine yapılan bu denetimlerde Sağlık Kodlama Referans Sunucusunda (SKRS) yer alan ICD-10-MSVS 68 numaralı listedeki Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık (BZBH) tanılarından biri konulduğunda kuyruğa alınmadan, anlık ve öncelikli olarak "101 numaralı Hasta Kayıt Paketi" gönderildikten sonra gönderiminin sağlanmasına vurgu yapılarak AHBS ve HBYS Firmalarına tekrar bilgilendirme yapılmıştır. (20,21) Saha denetimlerinde Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan kontrol listesi kullanılmıştır. (22)

Yapılan tespitlerde, bazı HBYS ve AHBS'lerde:

- Bulaşıcı hastalık bildirim ekranının halen oluşturulmadığı veya Bakanlık tarafından duyurulan standartları karşılamadığı,
- Bildirim ekranlarının açılmasını sağlayacak ICD10 tanı kodları listesinin güncel olmadığı,
- Bildirim mekanizmasını devreden çıkaracak alternatif yöntemler geliştirildiği,
- Hastaların adres ve iletişim bilgilerinin güncel olmadığı,
- Ana tanı dışında seçilen tanı tipleri için bildirim ekranı açılmadığı,
- Muayene işlemi tamamlanmadan bildirim veri setinin gönderilemediği,
- Hatalı tanıların silinmesi-düzeltilmesine yönelik prosedürlerin çalışmadığı/bilinmediği,
- Faturası kesilmiş olup hatalı olduğu tespit edilmiş geçmiş dönem verileri ile ilgili düzeltme yapılamadığı,
- Yazılım firması değişikliğinde geçmiş dönemde gönderilen hatalı bildirim yeni yazılımda düzeltilmediği,

- Sürveyans sorumlusu belirlenmeyen kurumların olduğu,
- Sürveyans sorumlularının sağlık personeli dışından görevlendirildiği,
- Hekim adına muayene ekranını kullanan kişilerin sağlık personeli olmadığı,
- Sağlık personelinin bulaşıcı hastalık bildirim sistemleri ve mevzuatı hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin düşük olduğu,
- Hastane idarelerinin bulaşıcı hastalık bildirim konusunda gerekli hassasiyeti göstermediği, sorunlar olduğu vb. şeklindedir.⁽²¹⁾

Bildirim sistemi ve bildirimlerin zamanında ve eksiksiz yapılması hakkında gerekli hassasiyet oturtulabilmiş değildir. İZCİ sistemi içinde ulaşılabilir yetkisi olanlar “Bulaşıcı Hastalık Bildirimleri Zamanındalık Raporu” üzerinden bu bilgiye ulaşabilmektedir.⁽²³⁾ Bununla birlikte ilçe müdürlüklerine hastaneler üzerinden bildirimlerin aylık olarak eksiksiz yaptırılması ile ilgili de bir performans getirilmiş olup aylık %95’e ulaşım hedeflenmektedir. Bu bildirimlerin günlük yapılmaması ya da bir hafta gecikmesi, sorun olarak görünmemektedir. Ayrıca bildirimlerin yapılmasının sağlanması yükümlülüğü İlçe Sağlık Müdürlüğü ya da TSM’ler olarak görülmesi de ilginçtir.⁽²⁴⁾

2019 yılında yayınlanan, Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte geçen önemli bazı eklemeler: İhbar ve bildirimlerin düzenlenmesi, takip edilmesi ve gerektiğinde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı alan vakalar için sürveyans çalışmalarını yürütmek üzere 100 veya daha fazla yatak kapasitesine sahip tüm yataklı tedavi kurumlarında hekim sorumluluğunda **sürveyans birimi** oluşturulmasıdır. Daha az yatak kapasitesine sahip yataklı tedavi kurum ve kuruluşlarında bu işlemler sürveyans sorumluları tarafından yürütülür.

Yönetmelik eski halinde “Sürveyans alanında görev yapacak komisyon” tanımı 2019 değişikliği ile “İl Bulaşıcı Hastalık Danışma Komisyonu” olarak tanımlanarak “ilde görülen bulaşıcı hastalıkları izlemek, bu konuda yürütülen çalışmaları değerlendirmek, gerekli durumlarda yapılacak müdahalelere yönelik önerilerde bulunmak ve koordinasyonu sağlamak üzere il sağlık müdürlüklerinde oluşturulur.” şeklinde açıklanmıştır.⁽²⁵⁾

Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesi de 73’den 80’e çıkarılmıştır. Yeni eklenenler Ebola,

Mers-Co, Zika, konjenital Zika, Antimikrobiyal direnç, Sağlık hizmet ilişkili enfeksiyonlar, uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumlarıdır. Bununla birlikte ebola ve zika bulaşıcı hastalık ICD10MSVS ilişkisi tablosunda güncelleme duyurusu 2018 yılında e-nabız duyurularla duyurulmuş, 2019 yönetmeliğinden önce de bildirim ekranlarının açılması gereken ICD-10 kodlarında tanımların hale getirilmişti.⁽²⁶⁾

2019 yönetmeliğinde hangi BZBH’nin hangi grupta olduğu ile ilgili bir güncelleme verilmemiş olmakla birlikte Bulaşıcı hastalık ICD10 MSVS ilişkisi tablosunda güncelleme duyurusunda yeni eklenen “Zika”nın C grubunda yer aldığı görülmektedir. 2018 yılındaki bu duyuruda ICD10 tablosunda B grubunda verilen Ebola ise bildirim ekranlarına geçiş sonrası 2016 yılında yayımlanan “Hastanelerde Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Mekanizması” kitapçığında B grubunda değildir (**Şekil 73.1**).^(7,26) TSİM girişi yapılmak istendiğinde C grubu olarak görünmektedir. Tüm bu kaynak ve deneyimler bize BZBH ile güncel uygulama ile ilgili tam ve tek bir kaynağa ihtiyaç olduğunu, farklı kaynaklardan mevzuat/duyuru takibinin sistemle ilgili karmaşık bilgilere yönlendirdiğini göstermektedir.

İzci Sistemi

İZCİ Sistemi Bulaşıcı hastalık sürveyansı kapsamında yürütülecek olan çalışmalarda, vakaya dair ihtiyaç duyulan verileri hızlı bir şekilde çalışmalarını sürdüreceği ilgili kullanıcılara sunmak ve anlık ve dinamik raporlar oluşturulabilmesi amacıyla oluşturulmuş bulaşıcı hastalık sürveyans ve erken uyarı sistemidir.⁽¹⁰⁾ 2018 yılında eğitimleri yapılarak Sinop, İzmir, Manisa ve Samsun olmak üzere dört ilde pilot çalışması başlatılmıştır ve 15 Şubat 2019 tarihinde diğer illerde kullanıma açılmıştır.⁽²²⁾

Sistem, muayenede girilen tüm BZBH’ya ait ICD-10 kodlarını/hastalık etkenlerini otomatik olarak bildirimde dahil ederek, bildirim sağlanmasındaki “form gönderme, bildirilmesi gereken hastalığı atlama/bildirmeme, fiyasyonları kağıt formlara yapma-saklama vb.” gibi bir çok yönden daha pratik ve güvenli bildirim olanağı sağlamıştır (sistemin tam yapılandırıldığı ve ilgili sistem gönderimlerin yapıldığını varsayarak). Ayrıca ihbar mekanizması yapılandırılan hastalıkların ICD-10 kodlarının girişi ile ilgili ilçe ve il sorumlularına uyarı gönderilerek ihbar mekanizmasının tanıtıyı koyan kurum tarafın-

BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIK GRUPLARI

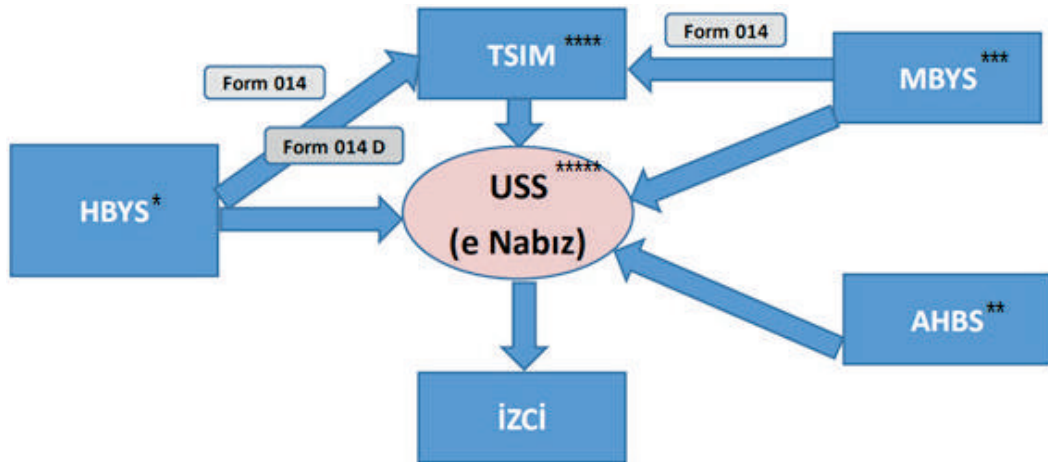


Şekil 73.1 2019 yılında yayımlanan bulaşıcı hastalıklar sürveys ve kontrol esasları yönetmeliğinden önceki BZBH ve grupları⁽⁷⁾

dan başlatılmaması ihtimalini de minimuma indirmektedir. Bildirimi yapılan hastalığa sahip kişinin o hastalıkla ilgili sistemde kayıtlı bir aşısı varsa ya da daha önce aynı hastalıktan bildirimi yapılmışsa otomatik olarak sayfasında belirmektedir. Aile he-

kimi varsa aile hekimi, öğrenciyse okul bilgisi de görülebilmektedir.⁽¹⁰⁾

İZCİ **Şekil 73.2**'de görüldüğü üzere AHBS, MBYS ve HBYS'den verilerin USS'ye gönderimi ile BZBH'ları sistemine dahil eder. Ancak ilgili sistemle-



Şekil 73.2 BZBH'lerin e-nabız ve İZCİ sürveysans sistemine aktarım mekanizması⁽²⁷⁾.

* Hastane Bilgi Yönetim Sistemi** Aile Hekimliği Bilgi Sistemi *** Muayene Bilgi Yönetim Sistemi **** Temel Sağlık İstatistikleri Modülü ***** Ulusal Sağlık Sistemi

rin bu hastalıklara ait ICD-10 kodlarını BZBH olarak tanıtp bildirim ekranını açacak şekilde düzenleme/programlama yapmış olması gerekir.⁽⁶⁾

Sisteme ilk girişte gösterge panellerinin yer aldığı sayfa yer alır. Bu ekranda toplam bildirim sayıları, günlük bildirim sayıları grafiği ve bildirimlerin zamanındalık durumu grafiği bulunur. Bildirim listeleri ise 2 bölümden oluşur: açık ve kapalı bildirimler. Açık bildirimler; saha ya da vaka incelemesi yapılmamış, sürecin kapatılmadığı bildirimler olup, kapalı bildirimler ise temelde saha süreci tamamlanarak kapatılan bildirimlerle, inceleme gerekme-yerek sistemin otomatik kapattığı ya da mükerrer, hatalı tanı, vaka/yakını görüşmek istemediği için süreç kapatılan bildirimlerdir.⁽¹⁰⁾ Suçiçeği, kabakulak, Lyme, tetanoz, viral hemorajik ateş gibi hastalıklar herhangi bir inceleme yapılmadan “Vaka İncelemesi gerekmediği için süreç kapatıldı” başlığı ile kapatılan hastalıklara örnek verilebilir. Kuduz riskli temas bildirimleri de sistem duyuruları ile 04.01.2020 tarihinden itibaren “Vaka İncelemesi gerekmediği için süreç kapatılan” bildirimlerin arasına düşmektedir. Bu ve benzeri birçok bilgi HSGM bulaşıcı hastalıklar daire başkanlığı sayfasında bulunamamaktadır.⁽¹⁹⁾ Sadece sistem kullanıcılarına duyuru olarak yapılması da BZBH bildirimleri ile ilgili araştırma yapabileme/bilgi alabilmeyi imkansız hale getirmektedir. Ayrıca “BZBH’ların hangisinin saha inceleme ya da vaka inceleme formu nasıldır, hangi soruları içermektedir?” vb. sorulara Sağlık Bakanlığı sayfalarında ulaşabilmek mümkün olamamakta, program sayfalarından ulaşılabilir. Bunun için sistem kullanıcısı olarak tanımlanmak ve bununla birlikte o hastalığın sisteminizde bildirim yapılmış olması gerekmektedir.

Yeni Koronavirüs pandemisi başlangıcında İZCİ sisteminde COVID-19 vaka bildirimleri bildirim sayfasında ilgili çalışmalar yapılmak üzere yer almış olmakla birlikte İZCİ üzerinden takip yapılamamış ve inceleme gerekmediği için kapatılan bildirimlere alınmış ve takibi HSYS üzerinden yürütülmüştür. (Bkz. Bölüm 7 COVID-19)

Açık bildirimlere düşen bildirimler, saha süreci tamamlanması haricinde: veri gönderenin kaydı SYS.Online’den silmesi, vakanın doğrulanmaması, bildirim/tanının hatalı olması, mükerrer bildirim olması (Tbc, brusella gibi tedavi süreci uzun süren hastalıklarda hastanın ilk tanı konduktan sonra kontrol için her başvurusunda yapılan bildirimler), vaka/yakınına ulaşılabilmesi ya da vaka/yakını gö-

rüşmeyi kabul etmemesi nedenleri ile de kapatılabilir.⁽¹⁰⁾

Sistemde halen sifilizle ilgili vaka inceleme formu olmakla birlikte 6 Temmuz 2019 tarihinde Frengi Savaş Yönetmeliği’nin yürürlükten kaldırılması ile önceden tarama takibinde nontreponemal test negatifliği açısından vakanın aile hekimi tarafından yapılan takibi terkedilerek sadece bazı temel bilgileri içeren ve bildiren hekimin doldurduğu vaka bilgilerine indirgenmiştir.⁽²⁸⁾ Bu formda kişinin gebe olma durumuna bile “bilinmiyor” olarak işaretlenip kapatılabilir. Ya da gebe olarak işaretlenip herhangi bir açıklama olmaksızın tedavi almadı olarak da işaretlenip kapatılabilmektedir. Sifiliz vakalarının arttığı son yıllarda bu değişiklikler takiplerde zaaf yaratma potansiyeli taşımaktadır.⁽²⁹⁾

Ülke geneli güncel BZBH ile ilgili güncel çalışma bulmak, filyasyonların nasıl yapıldığı ile ilgili ayrıntıya ulaşmak ya da Sağlık Bakanlığı istatistikleri üzerinden takip edebilmek, sistemdeki bu kadar çalışma ve değişikliğe rağmen mümkün olamamaktadır. Bu durum bu alanın akademik ilginin dışında kalmasına yol açmakta, sistemin performansını da tam olarak değerlendirmek mümkün olamamaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığında; AIDS, tbc, sıtma, kızamık yıllara göre vaka sayıları ile 0-6 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği bulaşıcı hastalık/sağlık sorunlarında adı geçen suçiçeği kabakulak vb dışında BZBH ait veri bulunmamaktadır.^(30,31,32) İZCİ ile ilgili il bilgisine il sorumluları, ülke geneli bilgisine bakanlık yetkilileri ulaşabilmekte olup sürveyansın temel bileşenlerinden bir olan geri bildirim işletilmemekte ve düzenli bir veri paylaşımı yapılmamaktadır.

Kaynaklar

- 1) 1489 Sayılı Resmi Gazete, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf>. Ziyaret tarihi: 15.06.2020
- 2) T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, bulaşıcı hastalıkların ihbar ve bildirim sistemi standart tanı, sürveyans ve laboratuvar rehberi, 2004 Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1442,bhastaliktedavipdf.pdf?0>. Ziyaret tarihi: 15.06.2020
- 3) 26537 Sayılı Resmi Gazete, Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği. 30 Mayıs 2007. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530-9.htm> Ziyaret tarihi: 15.06.2020
- 4) 27893 Sayılı Resmi Gazete, Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 2 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110402-3.htm> Ziyaret tarihi: 15.06.2020

- 5) Sağlık Bakanlığı THSK, Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi konulu ve 661 sayılı yazısı, 23.10.2015 <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8639,ihbar-bildirim-sistemi-genelgesi-201518pdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 28.06.2020
- 6) THSK Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi Uygulaması konulu ve 13588366-149-E.841 sayılı yazısı, 30.12.2015
- 7) Bulaşıcı hastalıklar daire başkanlığı, Hastanelerde Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Mekanizması, 2016. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/22004,hastanelerde-bildirimi-zorunlu-bulasici-hastaliklarin-bildirim-mekanizmasipdf.pdf?0>. Ziyaret tarihi: 15.06.2020
- 8) Kanal HASUDER, Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi, 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=jNR-VxLqvWnw>. Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 9) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı 31.12.2019 tarih ve 782 sayılı Form-014 Düzenlemesi konulu yazısı <https://izci.saglik.gov.tr/kilavuzlar/files/d1aaae4d8e0cfd87e22c714d981344b7.pdf> Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 10) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi kullanım kılavuzu, 2018. <https://izci.saglik.gov.tr/kilavuz>. Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 11) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi Genelgesi 2017/11 <http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf> Ziyaret tarihi: 20.06.2020
- 12) Karakoç F.Y, Önde M, Yeğin E. Bir Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde 2016 yılı bildirim zorunlu hastalık dağılımı ve bildirimde saptanan sorunlar. 19.UHSK Antalya. Sözlü sunum.s.147. https://halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/view_bl/84/ulusal-halk-sagl-g-kongreleri/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?tab=getmybooksTab&is_show_data=1&Itemid=119 Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 13) Sağlık Bakanlığı, e-Nabız Duyurular, Bulaşıcı Hastalık ICD-10MSVS ilişkisi tablosunda yapılan değişiklik Hk, ICD10 Listesi <https://e-saglik.gov.tr/TR,40050/bulasici-hastalik-icd-10msvs-iliskisi-tablosunda-yapilan-degisiklik-hk.html> Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 14) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erken Uyarı ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanlığı, Erken uyarı cevap sistemi saha rehberi, 2014.
- 15) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü HIV AIDS Bilgi sistemi. <http://habs.thsk.saglik.gov.tr/Login.aspx> Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 16) Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, 2010/20 sayılı Kızamık, kızamıkçık ve konjenital kızamıkçık sendromu sürveyansı daimi genelgesi. <https://www.antalyasm.gov.tr/duyuru/kizamik--kizamikcik-vaka-bildirimi-hk/895> Ziyaret tarihi: 25.06.2020
- 17) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. kızamık eliminasyon programı yazısı. 01. 03. 2019 <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/63360,kizamik-eliminasyon-ustyazi-ismpdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 25.06.2020
- 18) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi Genelgesi 2018/22 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genelge/Bulasici_Hastaliklar_ile_Mucadele_Rehberi_Ustyazi.pdf. Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 19) İZCİ il kullanıcı yetkilisi. <https://izci.saglik.gov.tr/bildirimler/anlik> (Bildirimleri sadece Bakanlık/il/ilçe yetkilisi olanlar şifre girişi ile görüntüleyebilir). Ziyaret tarihi: 09.06.2020
- 20) Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. 21.12.2017 tarih E6730 sayılı Bulaşıcı Hastalık Bildirimi konulu yazısı . <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15116,-bulasici-hastalik-bildirimistyazipdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 23.06.2020
- 21) Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemleri Ankara 2018, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı Sunumu.
- 22) Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalık Bildirim Sistemlerinin İncelenmesi konulu Belge, 18.10.2018 <http://e-belge.saglik.gov.tr/adresinden/c0632a98-7c86-45fd-9aeb-2a0626c9740d+ve420eea96-f8f6-4896-a99f-1aea80b09a42+kodu+ile+erisilmistir>. Ziyaret tarihi: 03.07.2020
- 23) Kanal HASUDER, Sağlık Bakanlığı İZCİ Programı. 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=SQ9FKFA1ULQ> . Ziyaret tarihi: 03.07.2020
- 24) Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Performans Gösterge Kartları (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33575,yoneticiperformans-gosterge-kartlari-2019-revizyon-01-minpdf.pdf?0>). Ziyaret tarihi: 27.06.2020
- 25) 30764 Sayılı Resmi Gazete, Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 4 Mayıs 2019
- 26) Sağlık Bakanlığı, e-Nabız Duyurular, Bulaşıcı Hastalık ICD-10MSVS ilişkisi tablosunda yapılan değişiklik Hk; yayın tarihi: 02.05.2018 <https://e-saglik.gov.tr/TR,6138/e-nabiz-duyurular.html>. Ziyaret tarihi: 03.07.2020
- 27) Topal S. Bulaşıcı hastalıklarda bildirim sistemleri. Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı İzmir Eylül 2019. http://www.asikursu.org/wp-content/uploads/2019/09/8.-Selmur-Topal-Bulasici_Hastaliklarda_Bildirim_Sistemleri_Eyl%C3%BC1_2019.pdf Ziyaret tarihi:02.07.2020
- 28) 30823 Sayılı Resmi Gazete, Frengi savaş yönetmeliğinin yürürlükten kaldırılmasına dair yönetmelik, 06.07.2019 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190706-7.htm>. Ziyaret tarihi: 13.06.2020
- 29) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yıllara göre sifiliz istatistikleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/sifiliz/sifiliz-liste/sifiliz-istatistik.html> Ziyaret tarihi: 04.07.2020
- 30) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 18.06.2020
- 31) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydiyiv1pdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 18.06.2020
- 32) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Ziyaret tarihi: 18.06.2020

➤ **Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Sorunu ve Yönetimi**

BÖLÜM

7

> Sunuş

PROF. DR. MUZAFFER ESKİOCAK • PROF. DR. DİLEK ASLAN

Bölüm Editörleri

Değerli okuyucular,

Türkiye Sağlık Raporu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından ülkemizin sağlıkla ilgili güncel durumunu ortaya koymak, geliştirici çalışmalara katkı sunabilmek amacıyla düzenli ara-lıklarla hazırlanan değerli bir bilimsel birikimdir.

Bu yıl, Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi dünyada ve Türkiye’de haklı gündemini bilim ortamında da oluşturmuştur. Hastalık, Aralık 2019 tarihinden bugüne bütün dünyada en önemli çalışma başlığı haline gelmiştir.

Pandemi ile sahici mücadelede en önemli ve öncelikli adımlardan birisi bilimsel bilgi üretimine katkı sunmaktır. Üretilen bilimsel bilgiler ışığında, kanıta dayalı tespitler yapılabilir, var olan eksikler tamamlanabilir, çözümlere ilişkin gerçekçi öneriler geliştirilebilir. Bu bakış açısıyla, Türkiye Sağlık Raporu’nun COVID-19 için ayrılmış özel bir bölümü

olmasını çok önemsiyoruz. İçeriğin dünyada ve Türkiye’de COVID-19 pandemi sürecine halk sağ-lığı bakış açısıyla yaklaşabilmeyi kolaylaştıracağını düşünüyoruz.

COVID-19 mücadelesinde klinisyen ve meslektaşlarımızın yoğunlukları nedeniyle planladığımız halde yazılamayan konularımız oldu. Okurlarımız bu durumu, yaşatma mücadelesinin çetinliği nedeniyle, anlayışla karşılar umundayız.

Bölüm içeriğinde yer alan yazılar, yazarların özgün fikir ve bakış açılarını yansıtmaktadır. Editöryal süreçte bu yaklaşım benimsenmiş ve yazarların ifade ettikleri içeriklerin özgünlüğü korunmuştur.

Bölüme katkı sunan bütün yazarlara ve baş editörler şahsında bütün TSR ailesine teşekkür ediyoruz.

Yararlı olabilmesi dileğiyle...

COVID-19; Kısa Tarihsel Süreç Analizi ve Çıkış > (Uluslararası Perspektif)

74

DOÇ. DR. ÜMİT H. KARTOĞLU

SARS-CoV-2 Aşısı ve COVID-19 Çıkış Stratejisi

SARS Salgınına Durduran Halk Sağlığı Önlemleri COVID-19 için geçerli mi?

Çin’de, 16 Kasım 2002 tarihinde şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV) ortaya çıktığında toplam 26 ülkeye yayıldı, 31 Temmuz 2003’e dek 8,096 olgu ve 811 ölüm olayı bildirildi. SARS’a karşı aşı olmamasına karşın hastalık sekiz ay gibi kısa bir surede eradike edildi ⁽¹⁾. On yedi yıl sonra, bu kez, 31 Aralık 2019’da Çin yetkilileri, Hubei eyaleti Wuhan kentinde nedeni belirsiz zatürre vakaları olduğunu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin ülke ofisine bildirdi ⁽²⁾. 31 Aralık 2019 ve 3 Ocak 2020 tarihleri arasında toplam 44 zatürre olgusu rapor edildi.

Çin Ulusal Sağlık Komitesi, 7 Ocak 2020 tarihinde sorumlu ajanın yeni bir tip koronavirüs olduğunu duyurdu. Bunu izleyen beş gün içinde Çin, ülkelerin belirli tanı kitlerini geliştirmelerinde kullanmaları için, yeni SARS-CoV-2 virüsünün genetik dizinini paylaştı. SARS-CoV-2 genetik dizini SARS-CoV’un genetik dizini ile %86 benzerlik gösteriyordu ⁽³⁾.

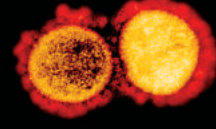
Bu benzerlik ilk olarak, 2002 tarihinde başlayan SARS-CoV salgınının aktif olgu tespiti, olguların izolasyonu, temaslı izlemi, tüm temashların karantinası, fiziksel mesafe ve toplum karantinası gibi klasik halk sağlığı önlemleri ile eradike edilmesi

nedeniyle benzer yöntemlerin SARS-CoV-2 için de aynı biçimde işe yarayabileceği yolunda sağlık otoritelerini umutlandırdı. Ancak, bu klasik halk sağlığı önlemlerinin SARS-CoV-2’de etkisi aynı olmadı. Çünkü bu önlemlerin etkisi genetik dizindeki benzerlik dışında başka etkenlere de bağlıydı ⁽⁴⁾.

Her iki virüsün de homolojik özellikleri (ortak soydan dolayı benzerlik) her iki virüsün de kaynağının yüksek olasılıkla yarasalar olduğunu göstermektedir. Her iki salgının da başlama şekli, vahşi ve evcil hayvanların bir arada satıldığı, insanların yoğun yaşadığı bölgelerin içinde kurulmuş canlı hayvan pazarlarından olduğu düşünülmektedir. Her iki virüsün de temel bulaşma şekli damlacık yoluyla’dır. Her iki virüs de alt solunum yollarında bulunan anjiyotensin-dönüştürücü enzim (angiotensin-converting enzyme, ACE2) reseptörlerini kullanmaktadır ⁽⁵⁾. Virüslerin neden oldukları hastalıklar da kimi benzer özellikler göstermektedir. SARS ve COVID-19’un medyan kuluçka süresi 5 gündür. SARS için ortalama seri aralığı (bulaş zincirinde birbirini izleyen vakalar arasındaki süre) 8,4 gün ve temel R_0 2,2-3,4 iken bu değerler COVID-19 için 7,5 gün ve 1,4-3,9’dur ⁽⁶⁻⁸⁾. Yaşlı grup ve komorbidite her iki hastalık için hastalığın şiddetli seyir göstermesi açısından risk faktörüdür ⁽⁹⁾. Akut solunum yetmezliği sendromunun geliştiği şiddetli olgularda sendrom, ilk semptomların ortaya çıkmasından ortalama 8-20 gün, benzer biçimde bilgisayarlı tomografide gösterilebilen akciğer anomalileri ise 10 gün sonra görülmektedir ⁽¹⁰⁾.

COVID-19 PANDEMİ ZAMAN ÇİZELGESİ (31 Aralık 2019-11 Mart 2020)

Doç. Dr. Ümit H. Kartoğlu, CEO, Extensio et Progressio, Collonge-Bellerive, İsviçre



DSÖ, Olay Yönetimi Destek Ekibi'ni (Incident Management Support Team) topladı.

DSÖ, aralarında Halk Sağlığı kurumları, laboratuvarlar, Birleşmiş Milletler kuruluşları, uluslararası kuruluşlar ve uluslararası sivil örgüt kuruluşlarının bulunduğu GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) üyelerini Çin'deki yeni zatürre vakaları ile ilgili bilgilendirdi.

1 Ocak 2020

31 Aralık 2019

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi'ne Hubei eyaleti Wuhan şehrinde sebebi belirsiz zatürre vakaları olduğu bildirildi.



2 Ocak 2020

3 Ocak 2020

31 Aralık'tan 3 Ocak'a kadar, Çin ulusal yetkilileri, DSÖ'ye sebebi belirsiz 44 zatürre vakası bildirdi.

4 Ocak 2020

DSÖ, Çin'deki zatürre vakalarıyla ilgili ilk twiti attı.



5 Ocak 2020

Emergencies preparedness, response

Pneumonia of unknown cause – China

Disease control news
8 January 2020

On 31 December 2019, the WHO China Country Office was informed of cases of pneumonia of unknown aetiology (pneumonia cases) identified in Wuhan City, Hubei Province of China. As of 5 January 2020, a total of 41 patients with pneumonia of unknown aetiology have been reported to WHO. The initial aetiology in 22 cases of the 41 cases reported, 11 are severely ill, while the remaining 30 patients are in stable condition. According to media reports, the concerned media in Wuhan has reported on 5 January 2020 the environmental sanitation and cleanliness.

The causal agent has not yet been identified or confirmed. On 1 January 2020, WHO requested further information from national authorities to assess the risk.

National authorities report that all patients are (isolated and) receiving treatment in Wuhan medical facilities. The clinical signs and symptoms are mainly fever, with a few patients having difficulty in breathing, and chest x-rays showing pneumonia lesions in both lungs.

According to the authorities, some patients were operating (beats or) vendors in the Hubei market (market). Based on the preliminary information from the Chinese emergency team, no evidence of large-scale human-to-human transmission of the health care workers (doctors) have been reported.

Public Health Response

National authorities have reported the following response measures:

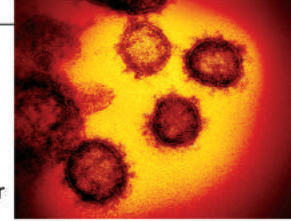
- Check-in and health care (close contacts) have been identified and are under medical observation.
- The follow-up of close contacts is ongoing.
- Patients identified and the tracing of the cause are underway.
- Wuhan Municipal Health Commission contact (close case tracing) and international health officials have been completed.
- Environmental sanitation and further public investigations are under way.

WHO is closely monitoring the situation and is in close contact with national authorities in China.

DSÖ, tüm üye ülkelerin erişimine açık olan International Health Regulations Event Information System kanalıyla, bilinmeyen kaynaklı Çin'deki zatürre vakaları ile ilgili detaylı bilgi paylaştı. Yine DSÖ, bilimsel ve halk sağlığı topluluklarına ve küresel basın kuruluşlarına ulaşmak amacıyla web üzerinden ilk salgın raporunu yayınladı.

7 Ocak 2020

Çin otoriteleri, 31 Aralık 2019'da rapor edilen zatürre vakalarıyla ilgili sorumlu ajanın yeni bir tip koronavirüs olduğunu açıkladı.



NIAID-RML

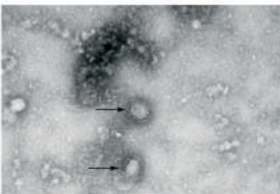
11 Ocak 2020

Çin, Wuhan'da koronavirüs nedeniyle gerçekleşen 61 yaşındaki ilk ölüm vakasını duyurdu.



12 Ocak 2020

Çin, ülkelerin belirli teşhis kitlerini geliştirmede kullanmaları için, yeni koronavirüsün genetik dizinini paylaştı.



Handout



Latin Amerika'da ilk COVID-19 vakası Brezilya'da rapor edildi.

26 Şubat 2020

8 Mart 2020



Reuters

İtalya, COVID-19 vakalarının 5800'ü aşması üzerine içinde Milan ve Venedik'in de bulunduğu, ülkenin kuzey Lombardiya bölgesinde yaklaşık 16 milyon insanın karantinaya alındığını açıkladı.



9 Mart 2020

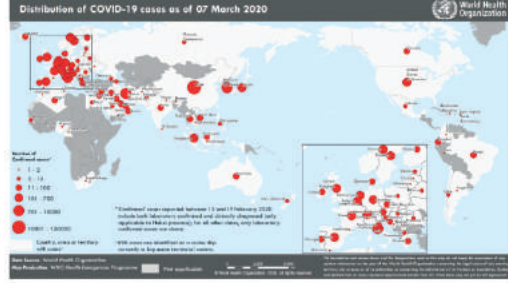
Salgın odağı Çin dışında olduğundan; Çin dışındaki ülkelere getirilen yolculuk yasakları artmaya başladı.



11 Mart 2020

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının görüldüğünü açıkladı.

7 Mart 2020



Dünya çapında kümülatif vaka sayısı 100,000'i aştı.

8 Mart 2020

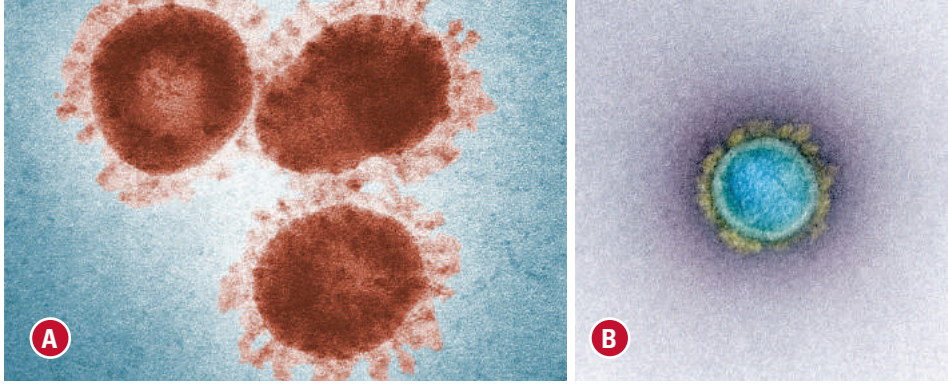
ABD'de toplam COVID-19 vaka sayısı 500'ü aştı.



11 Mart 2020

DSÖ, koronavirüs salgınının "bir pandemi olarak tanımlanabileceğini" ilan etti. DSÖ, özellikle ülkelerin endişe verici eylemsizlik içinde olduğunu da söyledi.



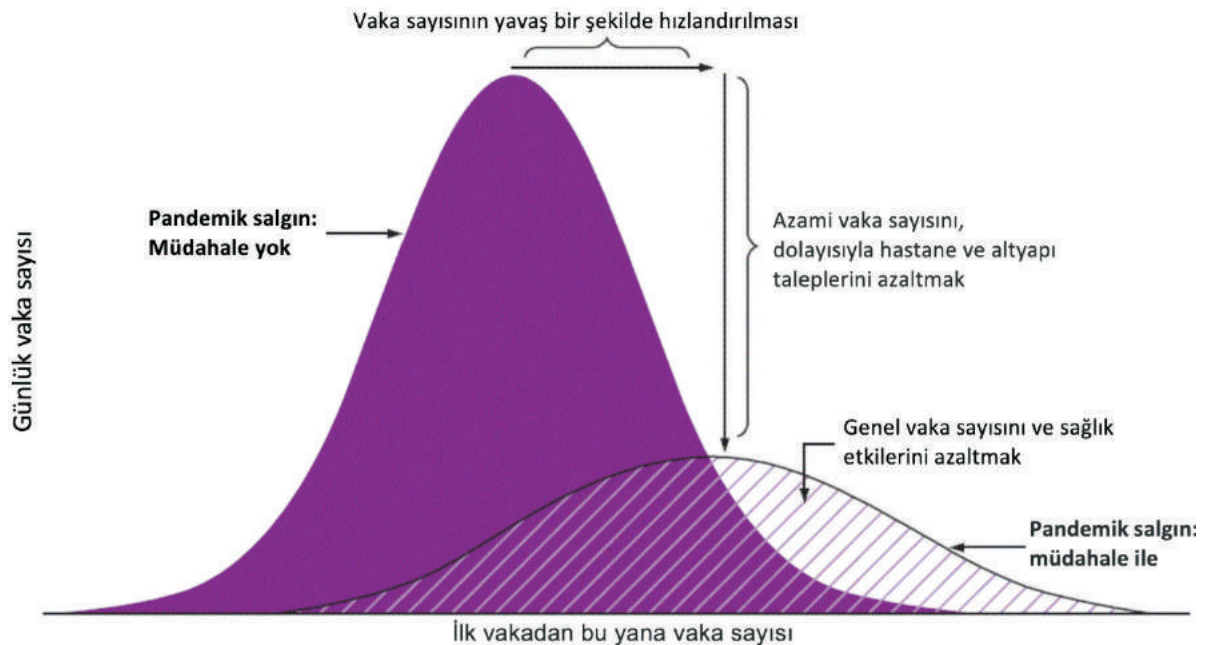


Şekil 74.1 SARS-CoV ve SARS-CoV-2^(11, 12) **A.** SARS CoV virüsü; **B.** SARS-CoV-2. Her iki fotoğraf da yüksek çözünürlüklü transmisyon elektron mikroskobunda çekilmiş, sonradan renklendirilmiştir)

Bu benzerliklerin yanı sıra, SARS-CoV ve SARS-CoV-2 arasında ciddi farklılıklar da mevcuttur. SARS-CoV alt solunum yolları için bir tropizme sahipken, bu tropizm SARS-CoV-2'de üst solunum yolları tropizmi ile kendini gösterir. Semptomların ortaya çıktığında virüs yükü SARS-CoV-2'de en üst düzeydedir ve bu 5-6 günlük bir sürede giderek azalır. Oysa SARS-CoV'da virüs yükü semptomların ortaya çıkmasından 6-11 gün sonra pik yapar. Bu tablo, doğal olarak başkalarına bulaşma gerçekleşmeden olguların erken yakalanması ve izolasyonunu kolaylaştırır. SARS-CoV-2'deki asemptomatik olguların ve tanı konmadan önce semptomlu olguların hastalığı bulaştırması ve SARS-CoV'un hemen her olgusunun çok daha kolay bulunmasının

farkı, SARS'in niye 2003'te eradike edilebildiğini açıklamaya yeterlidir¹³.

Bulaştırıcılık suresindeki bu önemli farklılığa ek olarak COVID-19'un klinik spektrumundaki farklılık ve özellikle toplum içinde hızlı ve yüksek oranda yayılması, klasik halk sağlığı önlemlerinin salgın eğrisini bastırarak, sağlık hizmetlerine aşırı yüklenilmemesinden başka bir işlev taşımadı⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Pandemi salgın eğrisinin klasik halk sağlığı önlemleriyle bastırılması ilk kez ABD'nin 2007'de yayınladığı pandemi hazırlık raporunda grafik olarak anlatılmıştır. **Şekil 74.2**, aynı raporun 2017 yılında güncellemesi sırasında yeniden çizilmiş olan grafiği aktarmaktadır.



Şekil 74.2 Pandemi salgın eğrisinin klasik halk sağlığı önlemleri ile bastırılması¹⁷

SARS-CoV-2 Aşısı ve Pandemiden Çıkış Stratejisi

Tartışılan sürü bağışıklığı, dünya için gerçekçi bir çıkış stratejisi olmaktan çok uzaktır, çünkü sonuç hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin iflasına yol açabileceği gibi, tahammül edilemez küresel bir ölüm sayısı ile sonuçlanabilecektir ⁽¹⁸⁾. SARS-CoV-2'ye karşı güvenli ve etkin bir aşının bulunması ve aşının küresel anlamda tüm dünyaya yetecek kadar üretilmesi ve bu arada klasik halk sağlığı önlemlerinin uygulanmasına devam edilmesinin COVID-19 pandemisinden tek çıkış stratejisi olduğu yolunda uzmanlar görüş birliği içindedir ⁽¹⁹⁾. Ancak unutulmaması gereken nokta etkin bir aşı yeterli miktarda üretildiğinde ihtiyacı olan her insanın aşılmasına yönelik aşılarda uluslararası dağıtım, ülkelerde depolanması, ülke içi dağıtım ve aşılama çalışmaları ile ilgili yeni ve uzun bir maraton koşulacağıdır ⁽²⁰⁾.

Aşı geliştirme çalışmaları

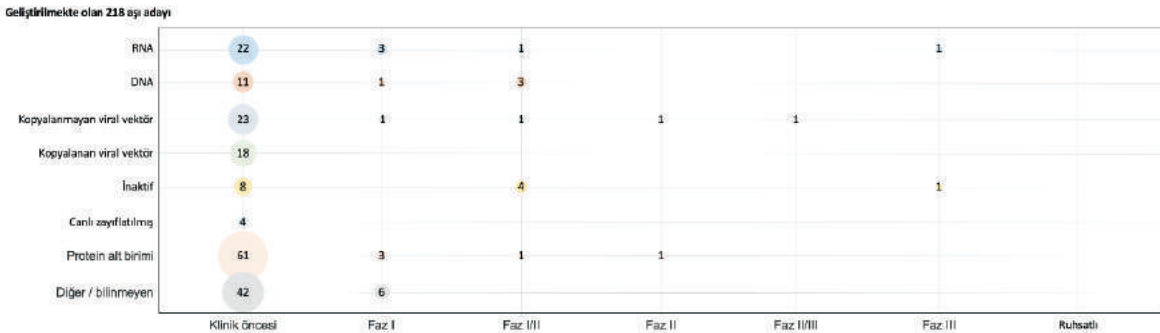
COVID-19 aşısı geliştirme çalışmaları eşi görülmemiş bir hızla ilerlemektedir. Küresel anlamda koordine edilen çabalar bilim insanlarının ve donörlerin, hız kazanmak ve öncelikli çalışmalarının finansmanı konusunda ilerleme kat etmek için kritik araştırma soruları yanı sıra birlikte çalışma ilkelerinin belirlendiği DSÖ'deki 11-12 Şubat 2020 toplantısında bir araya gelmeleriyle başladı ⁽²¹⁾. Toplantı sonrası yayınlanan dokümanlardan biri aşılarda tercih edilen ve minimal kabul edilebilir ürün özelliklerini açıklayan Hedef Ürün Profili (HÜP) dokümanıdır ⁽²²⁾. Doğal olarak yeni kanıtlar üretildikçe, HÜP dokümanı revize edilmektedir (bu yazının yazıldığı sırada doküman 3. versiyon ve 29 Nisan

2020 tarihini taşımaktadır). HÜP, COVID-19 aşısı ile ilgili kullanım endikasyonları, kontrendikasyonlar, hedef grup, güvenilirlik, reaktogenite, etkinlik, önerilen doz, korumanın süresi, uygulama şekli, ürünün stabilitesi ve depolanması, diğer aşılarda birlikte verilebilmesi, ürünün sunumu, onaylanma ve ulaşılabirlik konularında tercih edilen ve kritik/minimal özellikleri sıralamaktadır. Aşı aracılığıyla toplum bağışıklığının sağlanabilmesi için tüm yaş grupları hedeflenmiştir. Kritik özellik ise yaşlıların da dahil olduğu yetişkin grubudur. Doğal olarak tek dozluk aşı uygulaması tercih edilmekte, ancak uzun vadede yıllık aşılama kabul edilebilir olarak belirtilmektedir.

15 Temmuz 2020 itibarıyla London School of Hygiene and Tropical Medicine - Aşı Merkezi tarafından, insan deneylerine başlanmış 29, klinik öncesi dönemde ise 189 aşı çalışması rapor etmektedir ⁽²³⁾. Toplam 218 aşı adayının aşı tiplerine ve geliştirilme sürecindeki durumlarına göre dağılımı **Şekil 74.3**'te verilmiştir.

Aşı için gerekli teknik ve operasyonel hazırlık

Kaliteli bir aşının geliştirilmesi, üretilmesi ve ruhsatlandırılması, ürünün yaşam döngüsü boyunca kalitesini garanti etmeye yetmez. Çünkü bir aşının ömrünün ortalama %90'ı ülkede depoda, depolar arası dağıtımda ve sonunda aşının yapılacağı hizmet biriminde geçer. Aşıların kalitesini garanti etmek için ülkeler etkin aşı yönetimini bilen eğitilmiş insan işgücüne ve iyi organize edilmiş depolama, taşıma sistemleri ve hizmet noktaları ağına sahip olmak zorundadır ⁽²⁰⁾. Bu aşamada, aşılanmanın başarıya ulaşmasında iki önemli etkenden söz edilebilir. Bu etkenlerden ilki, DSÖ'nün belirlediği



Şekil 74.3 Geliştirilmekte olan 218 aşı adayının aşı tiplerine ve geliştirilme sürecindeki durumlarına göre dağılımı.

hedef ürün profilinde de sözü edilen, en az manipülasyonla aşının verilebilmesidir. Bu anlamda tek dozluk aşılar ve non-parenteral veriliş en güvenli uygulama biçimleridir. Ancak, günümüzde küresel anlamda cam aşı flakonu sıkıntısı olduğu göz önüne alındığında çoklu dozlu aşıların kaçınılmaz olduğu da bilinmektedir⁽²⁴⁾. İkinci etken, ülkelerin kontrolünde olan bir etkidir: ülke aşı dağıtım sistemlerinin güvenli ve verimli olmasıdır. Her ne kadar bu iki etkenden ilki aşı üreticisi, ikincisi ülke sorumluluğunda ise de gerçek anlamda uluslararası bir iş birliği gerekir.

Ülkelerin şimdiden yapması gereken bir dizi hazırlık, aşıların başarıyla kullanılmasını sağlayacaktır. Bu anlamda ülkelerin üstüne düşen aşılama yönelik hazırlık yalnız teknik anlamda değil, operasyonel anlamda da yapılmalıdır. Gerçekte, özellikle operasyonel hazırlık konusunda, gelişmekte olan ülkeler kitlesel aşı kampanyalarındaki deneyimleri nedeniyle endüstrileşmiş ülkelere daha şanslı durumdadırlar.

Tüm aşılar soğuk zincir gerektirdiğinden, bugün için en kabul edilemez gerçek, aşı geliştirilmesiyle ilgili çalışan birimlerin ülkelerin operasyonel hazırlıklarını tam anlamıyla yapabilmeleri için gereken doz başı hacim ve aşıların sıcaklığa duyarlılıkları ilgili bilgileri açıklamamış olmalarıdır. Herkesin aşılmasının hedeflendiği dünya çapındaki bir aşı hareketi doğal olarak ülkelerde kısa sürelerle de olsa depolanmak zorundadır. Gerekli depo hacminin hesaplanabilmesi için, hedef nüfusu bilmenin yanı sıra, yapılması gereken doz adedi, tahmini zayi oranı ve doz başına hacim gibi etkenleri bilmekten geçer. Aşıların termal stabiliteilerinin bilinmesi hem uluslararası hem de ülke bazında aşı yönetiminde gerek depolamada gerek aşının dağıtılması sırasında kullanılması gereken aşı nakil kaplarının ve ısı ölçer cihaz tiplerinin yeter sayıda verilebilmesine de olanak sağlayacaktır.

Sonuç

COVID-19 ve benzeri salgınların olacağını genelde biliyoruz, ama asıl sorun ne zaman ve nasıl olacağını bilemememiz. Hiçbir virüs “gelıyorum” diye önceden haber vermez, ama, bu bizim de hep hazırlıksız yakalanmamız gerektiği anlamına gelmez. Bunları tahmin etmek için öyle geleceği gören biri olmak da gerekmez. Bill Gates’in 2015’te yaptığı TED (Technology, Entertainment, Design) konuş-

ması “Bir sonraki salgın? Hazır değiliz” bu konuyu dillendiren bir sunumdu⁽²⁵⁾. 2018’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yayımladığı “Salgınların yönetimi: Büyük ölümcül hastalıklar hakkında temel bilgiler” raporu da⁽²⁶⁾.

Yani özetle, bugün karşılaştığımız sorun, hiç de beklenmedik bir şey değil. Asıl sürpriz olan, tüm bu gerçeğe karşın, ülkelerin buna gerçekten yeterli bir hazırlık düzeyinde olmadıklarının ortaya çıkması. Üstelik, ilk vaka ortaya çıktığında, Çin’in salgını kontrol altına alma çabaları tüm dünyaya bir anlamda zaman kazandırmaktan başka bir şey değilken!⁽²⁷⁾.

İşte tam bu noktada daha aşının klinik çalışmaları başarıyla tamamlanması, ruhsatlandırılması ve yeterli sayıda üretilmesi için zaman varken, araştırma kuruluşları, üreticiler, ülkeler, donörler el ele verip aşının her yerde eşit olarak erişilebilir hale getirilmesini sağlamak zorundadırlar. Buna ek olarak ülkelerin aşının zarar görmeden depolanabilmesi ve dağıtılması için şimdiden hazırlık yapmalarının en önemli şartı, aşı adaylarıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olunmasına bağlıdır. Her ülkenin pandemik hazırlık raporu olduğu halde uzun bir süre gözlenen eylemsizlik bugün 28’285’700 vaka ve 911’255 ölümle sonuçlanmıştır⁽²⁸⁾. Vaka artışı hala küresel düzlemde endişe verici boyutlardadır. Salgının bu boyuta ulaşmasındaki hataların, salgını sona erdirmenin tek yolu görülen aşılama tekrarlanması kabul edilebilir değildir.

Kaynaklar

- 1) WHO. SARS: how a global epidemic was stopped. Geneva; World Health Organization; 2006. [Internet] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim:1 Haziran 2020.
- 2) WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-1, 21 January 2020. [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 Erişim:1 Haziran 2020.
- 3) Chan JF, Kok KH, Zhu Z, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect* 2020; 9: 221–36. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>
- 4) Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as of SARS? *Lancet Infect Dis* 20 (2020):e102-107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)
- 5) Shang J, Ye G, Shi K, et al. Structural basis of receptor recognition by SARS-CoV-2. *Nature* 581, 221–224 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2179-y>

- 6) Lipsitch M, Cohen T, Cooper B, et al. Transmission dynamics and control of severe acute respiratory syndrome. *Science* 2003;300:1966–70. <https://doi.org/10.1126/science.1086616>
- 7) Kucharski A, Russel TW, Diamond C, et al. Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20:553-558. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30144-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30144-4)
- 8) Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-infected pneumonia. *N Eng J Med* 2020; 382:1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- 9) Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395:497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- 10) Pan F, Ye T, Sun P, et al. Time course of lung changes on chest CT during recovery from 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia. *Radiology* 2020; 295:715-721. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200370>
- 11) Petersen E, Koopmans M, Go U, et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *Lancet Infect Dis* published online July 3, 2020. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30484-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9)
- 12) CDC. SARS (10 years after). [Internet] <https://www.cdc.gov/dotw/sars/index.html#> Erişim:1 Haziran 2020.
- 13) NIAID. SARS-CoV-2. [Internet] <https://www.flickr.com/photos/niaid/albums/72157712914621487/with/49597768457/> Erişim:1 Haziran 2020.
- 14) Flaxman S, Mishra S, Gandy A, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature* 2020; Published online 8 June 2020. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>
- 15) Davies NG, Kucharski A, Eggo R, et al. Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 cases, deaths, and demand for hospital services in the UK: a modelling study. *Lancet Public Health* 2020;5:e375-385. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30133-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30133-X)
- 16) WHO. Calibrating long-term non-pharmaceutical interventions for COVID-19: Principles and facilitation tools, 15 May 2020. [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332099/WPR-DSE-2020-018-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim:1 Haziran 2020.
- 17) CDC. Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza – United States, 2017. *MMWR* 2017;66 (1):1-34 https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/rr6601a1.htm#_blank
- 18) Slot E, Omega BM, Reusken CBEM, et al. Her immunity is not a realistic exit strategy during COVID-19 outbreak. *Research Square* 2020; preprint 29 April 2020 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-25862/v1>
- 19) ONE. COVID-19: Vaccines and treatment – The exit strategy. 2020 [Internet] <https://s3.amazonaws.com/one.org/pdfs/ONE-COVID-19-VACCINES-AND-TREATMENT.pdf> Erişim:1 Haziran 2020.
- 20) Kartoglu UH, Moore KL, Lloyd JS. Logistical challenges for potential SARS-CoV-2 vaccine and a call to research institutions, developers and manufacturers. *Vaccine* 2020;38 (34):5393-5395. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.06.056>
- 21) WHO. World experts and funders set priorities for COVID-19 research. 12 February 2020. [Internet] <https://www.who.int/news-room/detail/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-covid-19-research> Erişim:1 Haziran 2020.
- 22) WHO. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines – 15 Temmuz 2020. [Internet] <https://www.who.int/who-documents-detail/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> Erişim:1 Haziran 2020.
- 23) LSHTM. COVID-19 vaccine development pipeline. [Internet] https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/?fbclid=IwAR0OH0sm-lwMq9t1H6E5G5ZeAbtAvIM4eNHN-C79W6twP24Riv_79R9a2Q6Q Erişim:1 Haziran 2020.
- 24) Hopkins JS, Hinshaw D. Coronavirus vaccine makers are hunting for vital equipment: Glass vials. *The Wall Street Journal*. 16 June 2020. [Internet] <https://www.wsj.com/articles/coronavirus-vaccine-makers-are-hunting-for-vital-equipment-glass-vials-11592317525> Erişim:1 Haziran 2020.
- 25) TED2015. Bill Gates: The next outbreak? We're not ready. [Internet] https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready?language=en&fbclid=IwAR0rseoJ0fpknPz1gramyT-6lyPwEZRxEX8TfsJlu0zbyhynqtrvjWqB2bQ-g#t-500650 Erişim:1 Haziran 2020.
- 26) WHO. Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases. Geneva: World Health Organization, 2018 [Internet] <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf> Erişim:1 Haziran 2020.
- 27) Kartoglu UH. Koronada tıbbi olmayan önlemlerin anlamları ve sonuçları: ne kadar erken, o kadar iyi! TTB-UDEK Koronavirus Calisma Grubu, 24 Mart 2020. [Internet] <http://www.hekimlik.org/koronavirus/ne-kadar-erken-o-kadar-iyi/?fbclid=IwAR35wbqtq9HQn0fDqoMgCzm0HaYrHYnFShigU-4bq5IcJukB-gQ1QygtLSrHo> Erişim:1 Haziran 2020.
- 28) WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. Last update 12/9/2020. [Internet] <https://covid19.who.int/> Erişim:12 Eylül 2020.

Türkiye’de Pandemi Sürecinde Hazırlıklılık ve Baş Etme Stratejileri

75

PROF. DR. SİBEL SAKARYA

Halk sağlığı müdahaleleri, SARS CoV-2 virüsünün yol açtığı Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinde, aşısı ve özgün tedavisi olmaması nedeniyle şimdilik tek geçerli strateji olarak ortaya çıkmaktadır. Bu müdahaleler aşağıda yazılı olan dört başlıkta incelenebilir:

1. Virüsün uluslararası yayılmasını sınırlamaya yönelik müdahaleler (örneğin, seyahat taraması ve kısıtlamaları)
2. Ulusal ve yerel nüfus içindeki yayılmayı azaltmaya amaçlayan uygulamalar (örn. hasta kişilerin izolasyonu ve tedavisi; temaslı kişilerin izlenmesi ve olası karantinası, kitle toplantılarının iptali, restoran ve okulların kapatılması, sokağa çıkma yasağı)
3. Bir bireyin enfeksiyon riskini azaltmaya yönelik müdahaleler (örneğin, solunum ve el hijyeni)
4. Riskin halka iletilmesi (risk iletişimi).

Ülkeler salgını kontrol altına almak için, kendi koşullarına ve salgının gidişine göre bu halk sağlığı müdahalelerinin çeşitli birleşimlerini farklı derecelerde uygulamaya koymaktadırlar. İşte bu farklılık COVID-19 pandemisinde de sık sık tartışılan salgın kontrolünde baskılama (suppression) veya hafifletme (mitigation) stratejilerini tanımlamaktadır.

Salgının başlangıç yeri olan Çin’in Hubei bölgesinden elde edilen veriler, kapsamlı bir baskılama ve hafifletme politikaları paketi uygulamasının, ülkedeki salgını bastırmada kısa dönemde etkili olabileceğini göstermektedir; ancak bu etkinin ne kadar süreceği bilinmemektedir ⁽¹⁾. Salgın tamamen ortadan kaldırılmazsa, bir aşı veya etkili bir tedavi

buluncaya kadar bu tür politikaları sürdürmek gerekli olacaktır. Aksi halde, söz konusu müdahalelerin gevşetilmesinden sonra toplumdaki olgular yeniden artmaya başlayacaktır; nitekim Temmuz 2020 itibari ile hem Türkiye’de hem de dünyanın pek çok ülkesinde yaşanmakta olan durum budur.

Baş Etme Stratejileri

Baş etme stratejilerinden birisi olan *baskılama* stratejisinde temel üreme sayısını (basic reproduction number- R_0) 1’in altına düşürmek ve böylece olgu sayısını azaltmak veya insandan insana geçişi elimine etmek amaçlanır (SARS ve Ebola da yapıldığı gibi) ⁽²⁾. Başarılı bir baskılama stratejisi, semptomları olmayanlar da dahil olmak erken dönemde yaygın bir test kapasitesini gerektirir; böylece hastalığı olanların izole edilerek salgının sınırlanması amaçlanır. Baskılama stratejisindeki temel zorluk toplumsal düzeyde alınan katı koruyucu önlemlerin (Nonpharmaceutical Interventions (NPIs), örneğin aşı bulununcaya kadar sürdürülmesi gerekliliğidir. Ayrıca ilk aşının yüksek etkililik sağlayacağı kesin değildir ve ikinci bir salgın dalgasıyla karşılaşıldığında baskılama stratejilerinin tekrarlanması gerekebilir.

İkinci yaklaşım ise “*hafifletme*” yaklaşımıdır. Burada R_0 ’nun 1’in altına düşürülmesi hedeflenmez; salgının sağlık etkilerinin azaltılması amaçlanır. Hafifletme yaklaşımında;

(1) yatık bir salgın eğrisi sağlanması,

(2) enfeksiyonun toplum içinde komplikasyon ve mortalite riski düşük gruplar arasında kontrollü bir şekilde yayılmasına izin verilmesi ve

(3) yüksek riskli gruplarının (COVID-19 için kronik hastalığı olanlar ve ileri yaşlılar) korunması hedefiyle salgın yönetilmeye çalışılmaktadır. Amaç, toplum bağışıklığı yoluyla salgını kontrol etmek, yeni dalgaların oluşmasını engellemek ve belki de bu yaklaşım için en çok öne sürülen gerekçe olarak baskılama yaklaşımında yaşanan sosyal sınırlama ve ekonomik etkilenmeden kaçınmaktır ⁽³⁾. 2009 yılındaki pandemide erken dönemde aşı sağlanması sayesinde yüksek risk altındaki kişiler aşılansın onları korumaları sağlanırken, risk grubu dışındakilere koruyucu önlemler almaları konusunda bilgilendirmeler yaparak salgın kontrolü amaçlanmıştır. Baskılama stratejisi, Çin ve Güney Kore’de ilk dalganın kontrol edilmesinde başarılı olsa da, kısa ve uzun vadede sağlık ve esenlik üzerinde önemli etkileri olabilecek önemli sosyal ve ekonomik maliyetleri beraberinde getirir. Hafifletme stratejisi ise, risk altındakileri ciddi hastalık veya ölümden asla tam olarak koruyamayacaktır ve bu nedenle ortaya çıkan ölüm oranı yine de yüksek olabilir ⁽²⁾.

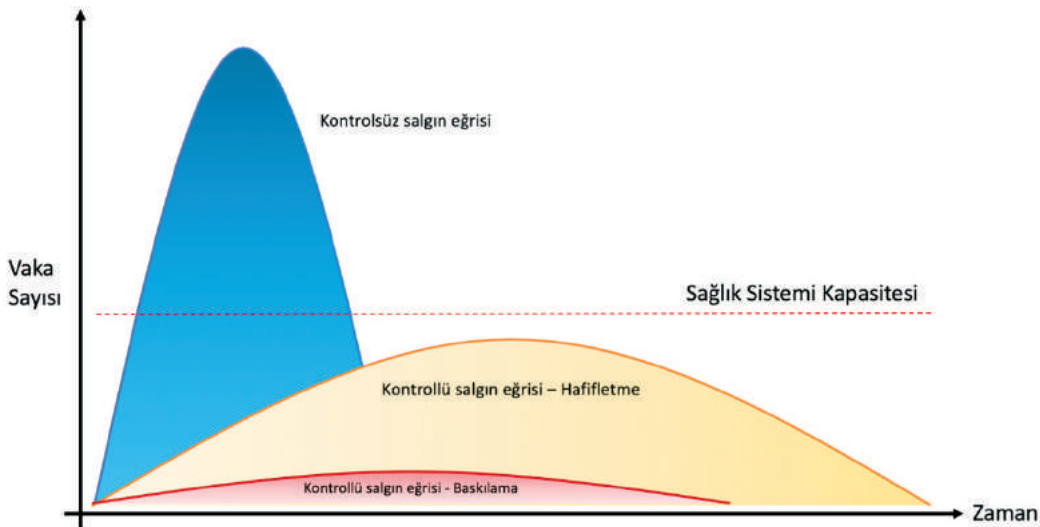
Bu iki strateji arasında, uygulama için en uygun zamanın ne olduğu konusunda da farklılıklar bulunmaktadır. Baskılama için erken eyleme geçmek önemlidir; müdahalelerin sağlık hizmeti kapasitesi zorlanmadan çok önce yapılması gerekir. Hafifletmede ise etkinlik sağlamak için uygulamalar salgının zirvesi civarında üç aylık bir zaman aralığında yapılmalıdır ⁽²⁾.

Toplumda alınan çeşitli önlemlerin bu iki stratejiye göre nasıl ele alındığına dair bir karşılaştırma **Tablo 75.1**'de sunulmuştur ⁽³⁾.

Baskılama politikalarının sürekli uygulanmasının olumsuz ekonomik ve sosyal sonuçlarını en aza indirmek için salgının toplumdaki boyutu dikkate alınarak, bu sıkı önlemlerin uygulandığı dönemleri bazı gevşemelerin yapıldığı dönemlerle rahatlatmak söz konusu olabilir. Imperial College tarafından hazırlanan raporda bu strateji, aralıklı baskılama olarak tanımlanmaktadır (intermittant supresion); bunun için salgının gidişatını iyi değerlendirebilecek etkili bir sürveyans sistemi gereklidir ^(2,4).

Yeni Koronavirüs Hastalığı ile ilgili bilgilerimize göre, enfekte kişilerin yaklaşık beşte biri, olasılıkla yoğun bakım gerektiren ciddi semptomlar geliştirirler. Bu nedenle, COVID-19’un neden olduğu en büyük zorluklardan biri, sağlık sisteminin aşırı yüklenmesi, özellikle de yoğun bakım ünitelerindeki yetersiz ventilatör ve yatak sayısıdır. COVID-19 olgularının aşırı yükselmesini önlemek ve böylece sağlık sistemleri üzerindeki büyük yükü olabildiğince azaltmak için güçlü baskılama ve hafifletme önlemlerine ihtiyaç vardır. Salgın kontrolünde uygulanan farklı stratejilerin salgın eğrisine etkileri **Şekil 75.1**'de gösterilmiştir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı pandemisiyle mücadelede ülkeler sözü edilen bu iki temel yaklaşımdan birini seçmiş; ara değerlendirmelerle stratejilerini değiştirmişlerdir. Öte yandan, hastalığın epidemiyolojik özellikleri, olayın boyutu ve eldeki müdahale olanaklarının sınırlılığı nedeniyle baskılama yaklaşımının daha fazla kabul gördüğü, diğer yaklaşımın şüpheyle karşılandığı anlaşılmaktadır. Özellikle de asemptomatik olguların olması riskli



Şekil 75.1 Salgın eğrisinin bastırılması.

Tablo 75.1 Baskılama ve hafifletme yaklaşımlarında amaç ve salgın kontrol yöntemlerinin karşılaştırılması.

	Baskılama	Hafifletme
Amaç		
Mortalite	En aza indirme	En aza indirme
Morbidite (insidans)	Salgını olabildiğince bastırmak	Salgını sağlık hizmetleri kapasitesini aşmayacak düzeyde tutmak
COVID-19 pandemisi sırasında yapılan uygulamalar		
Tarama testi	(Erken dönemden başlayarak) Yaygın ve sık	Şüpheli semptomu olanlarda
Temaslı izlemi	Yaygın	Yaygın
Olguların izolasyonu	Yaygın	Yaygın
Ev karantinası	Yaygın ve merkezi	Semptomu olanlar için
Seyahat kısıtlaması	Yaygın	Yüksek riskli bölgeler ve ülkeler için
Her türlü toplantı	Yasaklama / Erteleme	Sayı sınırları getirme
İlkokulların kapanması	Yaygın	Nadir
Üniversitelerin kapanması	Yaygın	Yaygın
Genel Sosyal Mesafe	Yaygın	Nadir
Kamusal alanlara yönelik kısıtlamalar*	Yaygın	Salgının gidişine göre karar verilir
Sadece risk gruplarında sosyal mesafe	Nadir	Yaygın
Genel sokağa çıkma yasağı	Sıklıkla gerekebilir	Nadir

*Restoran, kahvehane, alışveriş merkezlerinin kapanması

grupların korunmasını zorlaştıracak, ayrıca virüsün düşük riskli popülasyonla sınırlı kalacağı varsayılabilir, salgının zirve yaptığı dönemde kritik bakım gerektirenlerin sayısı mevcut sağlık hizmet kapasitesini aşabilecektir.

İngiltere salgının başında bu “kontrollü salgın” yaklaşımını kullanacağını ilan etmiş, ancak yapılan modelleme çalışmalarının bunun yaratacağı hastalık yükünün mevcut sağlık hizmet kapasitesinin çok üstünde olacağını göstermesi üzerine topluma yönelik güçlü koruma önlemlerine dayanan baskılama stratejisine geçmiştir⁽⁵⁾. Danimarka ve İsveç de farklı stratejiler benimseyen iki komşu ülkedir. İsveç hafifletme yaklaşımıyla sürü bağışıklığının sağlanması yönünde adımlar atarken, Danimarka, Ulusal Halk Sağlığı Kurum’unun aksi yöndeki önerilerine karşın sınırlarını kapatacak kadar katı adımlar atma yoluna girmiştir⁽⁶⁾. İsveç bu stratejiyi uygulamayı sürdüren bir ülke olarak ilginç bir örnek oluşturmaktadır. İsveç’in salgının kontrolü için aldığı önlemler şunlar olmuştur: mümkün olduğunda evden çalışma ve toplu taşıma araçlarından kaçınmayı da içeren, büyük ölçüde gönüllü sosyal mesafe kuralları, 50 kişiden fazla kalabalık oluşmasının engellenmesi, yaşlı bakım evlerine ziyaretlerin yasaklanması, barlarda sadece masa servisine izin verilmesi. Bunun yanı sıra hükümet, salgınla mücadeleyi “kısa mesafe koşusu değil maraton”

olarak nitelendirmiş ve önlemlerinin uzun vadede dayanacak şekilde tasarlandığını savunmuştur⁽⁷⁾.

Çin, Güney Kore, Singapur ve Danimarka baskılama yaklaşımı uygulamışlardır. Örneğin Singapur, seyahat kısıtlamaları uygulayan ilk ülkelerden biridir; çok güçlü bir temaslı izlemi ve kişilerin karantina altına alınması önlemlerini güçlü bir kararlılık ile uygulamıştır⁽⁸⁾. İtalya da gecikmeli de olsa bir baskılama yaklaşımı izlemiştir. Vaka sayısındaki ani artış karşısında İtalya için baskılama tek seçenek olmuştur⁽⁹⁾.

Türkiye’de Durum

Türkiye’de COVID-19 pandemisinin yönetiminde alınan önlemler, aşı veya özgün tedavinin mümkün olmadığı koşullarda, dünyadaki diğer ülkelerde alınan önlemlere benzer halk sağlığı uygulamaları olmuştur. Bu önlemlerin zamanlamasına, niteliğine, kapsadığı gruplara, şiddetine bakıldığında, Türkiye’de pandemi yönetiminde her iki stratejinin çeşitli bileşenlerinin kullanıldığı, önlemlerin etkili biçimde, erkenden ve birden uygulanmak yerine, zamanla, parçalı olarak ve gittikçe artan bir şiddetle uygulandığı söylenebilir⁽¹⁰⁾ (**Şekil 75.2**).

Türkiye’de ilk olgu 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir. Bu tarihten itibaren olgu sayısında meydana gelen hızlı artış, ilk olgunun saptanmasından çok daha önce hastalığın toplumda yayılmaya baş-

lamış olduğunu düşündürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) durum raporlarında Türkiye'deki virüs dolaşımı tanımlaması, Avrupa kaynaklı olduğu açıklanan ilk impote olgu bildiriminden yaklaşık bir hafta sonra (19 Mart 2020) *yerel dolaşıma* (local transmission), üç hafta sonra da (09 Nisan 2020) *toplumda yaygın dolaşıma* (community transmission) evrilmiştir⁽¹⁰⁾.

Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de olası bir pandeminin influenza kaynaklı olması beklenmekteydi ve hazırlıklar buna yönelik yapılmaktaydı; nitekim Sağlık Bakanlığı çeşitli Bakanlıklardan temsilcilerin ve tıbbın farklı alanlarından uzmanların katılımıyla Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı'nı 2019 yılında hazırlanmıştı⁽¹¹⁾. Çin'de salgının başlaması ve yayılımının artması üzerine, Türkiye'de ilk olgunun ortaya çıkmasından yaklaşık 2 ay önce, 10 Ocak 2020'de bu eylem planına dayanarak 31 uzmandan oluşan Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Kurul ilk toplantısını 22 Ocak'ta yapmış, 24 Ocak 2020 tarihinde COVID-19 yönetimine ilişkin ilk rehberi yayımlamış⁽¹⁰⁾, pandemi sürecinde rehber ve algoritmalar güncellenmiştir. Bu rehberler ve güncellemeler, sağlık hizmeti verenler için, tanı, tedavi ve izleme konularında karşılaştıkları aşırı bilgi ile baş etmek açısından yararlı olmakla birlikte, sağlık personeli başta olmak üzere COVID-19'a karşı mücadelede doğrudan görev alan kişiler için herhangi bir özel eğitim verilmemiş ve buna yönelik bir planlama yapılmamıştır⁽¹⁰⁾.

Yine Pandemi İnfluenza Hazırlık Planında yer alan ve oluşturulması önerilen İl Pandemi Koordinasyon Kurulları ise ancak Mart ayı sonunda kurulmuştur. Valiliklere bu kurullarda o ilde bulunan üniversitelerden bir Halk Sağlığı uzmanının da görevlendirilmesi için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden bir yazı gelmiş ancak örneğin İzmir'de ve bazı başka illerde böyle bir görevlendirme yapılmamıştır.

Farklı bir etkene yönelik hazırlanmış olsa da Pandemi İnfluenza Hazırlık Planı mevcut COVID-19 pandemisinin yönetimi için de geçerli olabilecek önemli başlıkları içermektedir. Türkiye'nin influenza pandemisine yönelik olarak hazırlanmış ve çok yakın zamanda güncellenmiş bir Ulusal Pandemi Planı olmasına karşılık bu planın COVID-19'a yönelik olarak uyarlanması yapılmamış ve uygulanması tam olarak gerçekleştirilememiştir⁽¹²⁾.

Hazırlık planında ayrıntılı bir yer verilen risk iletişimi konusu, salgın yönetimindeki en zayıf

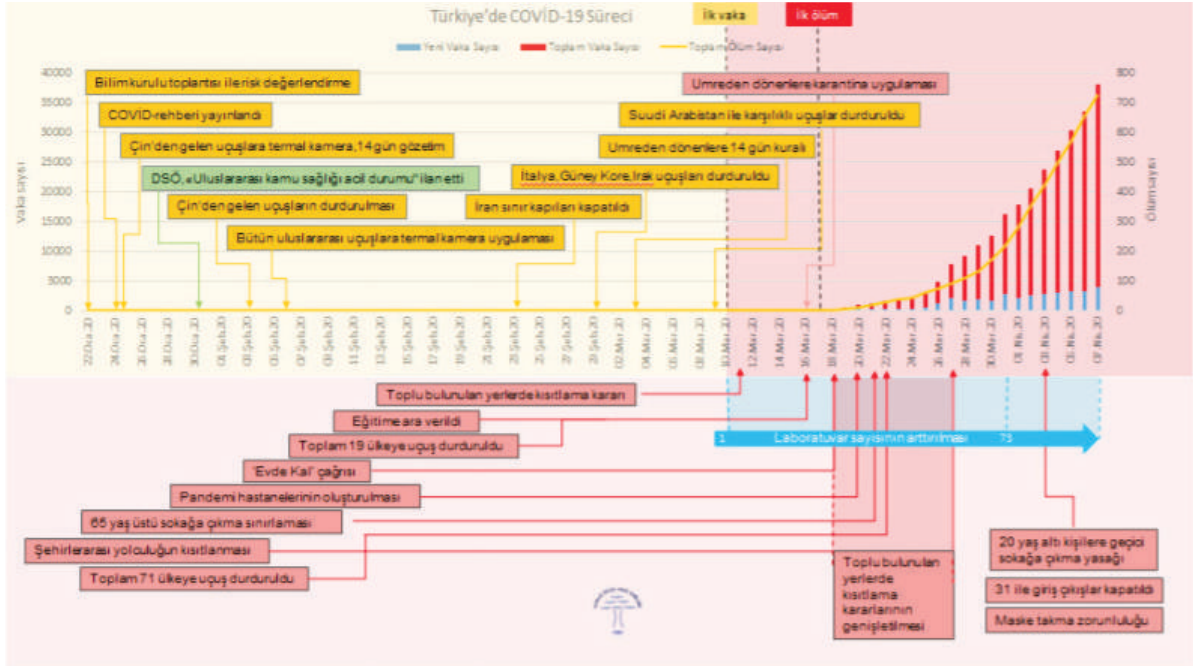
alanlardan birisi olarak değerlendirilebilir. Özellikle salgının erken döneminde yapılan araştırmalar toplumsal risk algısı ve bilgi kaynaklarının değişkenliğini ortaya koymaktadır ve halkın temel bilgi kaynakları arasında Sağlık Bakanlığı'nın yer alması dikkat çekicidir⁽¹⁰⁾. Risk iletişiminin önemli bir bileşeni olarak, Türkiye'de salgının epidemiyolojik değerlendirmesini sağlayacak veriler ve bilgiler açıklanmamıştır. Sağlık Bakanlığı olguların yaşa, cinsiyete ve bölgelere göre dağılımını Haziran ayı sonu itibarı ile vermeye başlamıştır.

Erken Dönem Önlemleri: Gönüllü Karantina Uygulaması

Ocak 2020 sonu itibarı ile alınan ilk önlemlerden birisi, Çin'den gelen uçuşlarda termal kamera uygulaması ve Çin'den gelen kişilerin 14 gün boyunca merkezi karantinaya alınmasıdır. Merkezi karantinada, temas şüphesi olan kişiler belirlenen yerlerde, en uzun kuluçka süresi kadar izlenirler. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Çin'den özel uçakla getirip, muayene ve tetkiklerinde hastalık belirtisi bulunmamasına karşın, yolcuları ve uçuşta yer alan çalışanları Ankara'da Şehir Hastanesi nedeniyle hizmet sunmaya kapatılmış bir devlet hastanesinde 14 gün süresince kapatmış olması, zorunlu karantina uygulamasının bir örneğidir. Bu uygulama, daha sonra Avrupa ve Amerika'dan gelen bütün yolculara uygulanmış, kişiler Türkiye'ye dönüşte kendileri için ayrılmış olan yerlerde (yurtlar gibi) zorunlu karantinaya tabi tutulmuşlardır.

Pandemi sürecinde Türkiye'de alınan koruma ve kontrol önlemleri **Şekil 75.2'**de özetlenmiştir⁽¹⁰⁾.

İran'ın Kum şehrinde 19 Şubat 2020 tarihinde ilk COVID-19 vakası rapor edilmiş, 23 Şubat 2020'de 8 kişinin hayatını kaybetmesi üzerine İran sınır kapıları kapatılmıştır⁽¹⁰⁾. Güney Kore, İtalya ve Irak uçuşları 29 Şubat 2020 tarihinde durdurulmuş, bu ülkelerden ve Umreden dönenlere 14 gün kuralına uymaları ve evde kalmaları önerisi yapılmıştır. Umreden dönen yaklaşık 20000 kişinin, Türkiye'de henüz olgu bildirim yapılmamış olan bu dönemde 14 gün kuralına uymasını beklemek, salgının sınırlanması açısından önemli bir zayıflık yaratmıştır. Salgının bu erken döneminde büyük olasılıkla etken maruz kalmış ve/veya halen hasta olan kişilerin zorunlu karantinaya tabi tutulmayıp gönüllü olarak evde kalmalarının önerilmesi, bu nedenle kaçırılmış fırsat olarak değerlendirilmelidir.



Şekil 75.2 Pandemi sürecinde Türkiye'de alınan koruma ve kontrol önlemlerinin kronolojik akışı.⁽¹⁰⁾

Türkiye'de ilk olgunun bildirilmesinden yaklaşık bir hafta sonra, yeni bir Umre kafilesinin ülkeye dönüşünde bu kez zorunlu karantina uygulamasına geçilmiş, ülkeye giriş yapanlar merkezi bir yerde karantinaya alınarak izlenmiştir. 16.03.2020 tarihinde Konya (4.938) ve Ankara'da (5.392) karantina altına alınan 10.330 kişi olduğu bildirilmiştir⁽¹³⁾. Buna ek olarak, çeşitli illerimizde farklı ülkelerden gelen yurtdışı dönüşler (öğrenci ve diğer yurttaşlar) sonrasında da zorunlu karantina süreci devam etmiştir.

Kişilerin gönüllü olarak karantinada kalmalarının önerilmesi ile, enfekte kişilerin virüsü toplumda yayma riskini azaltmak ve alınan önlemin etkisini artırmak amacıyla zorunlu karantina uygulaması, hafifletme ve baskılama stratejileri arasındaki fark için bir örnek oluşturabilir.

Öte yandan COVID-19 testi pozitif olan kesin olguların yakın temaslıları için bu tür bir merkezi karantina hiçbir zaman uygulanmamıştır. Bunun yerine kişilerden evde kalmaları istenmiş, kişiler evde kalacaklarına dair bir onam belgesi imzalamışlar ve aile hekimleri aracılığı ile telefonla aranarak izlenmişlerdir. Ancak süreç içinde pek çok temasının karantinada kalmayıp evlerinden ayrıldıklarına dair örnekler paylaşılmıştır. T.C. Sağlık Bakanı 19 Ağustos 2020 tarihinde paylaştığı twitter mesajında

karantinada olması gereken toplam 95.000 kişinin uçak, tren, otobüs bileti alarak yolculuk yapmak istediğini, bu kişilerin HES (Hayat Eve Sığar) kodu ile tespit edilip engel olunduğunu açıklamıştır⁽¹⁴⁾. HES kodu, 1 Haziran 2020'de kaldırılan seyahat yasağından sonra, kişilerin seyahatten önce almaları gereken tek seferlik koddur. Bu kod sayesinde kişilerin nereye gideceği, kimlerle yolculuk yapacağı kayıt altına alınacak ve birilerinde hastalık saptandığı takdirde o yolculukta bulunan herkesin durumu kontrol altına alınmaya çalışılacaktır; aynı zamanda izolasyonda veya karantinada olması gereken kişilerin seyahat etmesi engellenecektir.

Evde İzlenen Hastaların Yönetimi

Benzer biçimde, Türkiye'de, evde izolasyonuna karar verilen, tedavisi ve izlemi evde yapılan hastalar için evde bakımın nasıl yapılması gerektiğini anlatan rehberlerin sağlanması dışında bir düzenleme yapılmamıştır⁽¹⁵⁾. Evde izole edilen hastaların izlemi için dijital takip uygulaması yapılacağına ait hazırlıklar oluğu bildirilmiş, ancak uygulamaya ilişkin bilgi paylaşılmamıştır⁽¹⁶⁾. Oysa mevcut bilgiler hastalığın bulaşmasında ev içi temasın önemli rolü olduğunu göstermektedir. Çin'den gelen bilgi-

lere göre, hane halkı içindeki temasın SARS-CoV-2 yayılımının yaklaşık %70'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir⁽¹⁷⁾. Wuhan'da, temel üreme sayısı (R) kapanma ve sokağa çıkma yasağı sonrasında 3,5'den 1,8'e düşmüş, ancak salgının kontrol altına alınması olguların saha hastanelerinde izole edilmesi sonrasında gerçekleşmiş, R iki hafta sonra 0,51'e düşmüştür⁽¹⁸⁾. Türkiye'de hane içi koşulların hastanın izolasyonu için uygun olmadığı, evde risk altındaki kişilerin olduğu durumlarda veya bakım için başkasına gereksinim duyan kişiler için evde izolasyon hem zorlu bir süreç olmuş, hem de ev içi temas ve bulaş açısından risk yaratmıştır. Türkiye'de bulaşın dinamiklerine ilişkin basında çıkan bazı haberler dışında verilere dayalı bir rapor yayımlanmamış olmakla birlikte, hane için bulaşın önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.

Test ile İlgili Uygulamalar

Baskılama stratejisi açısından önemli müdahalelerden birisi de salgının erken döneminde geniş bir test kapasitesi geliştirmek ve olabildiğince çok sayıda olguyu erkenden saptayarak yayılımı sınırlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Dr. Ghebreyesus 16 Mart 2020 tarihinde yaptığı basın toplantısında "bütün ülkeler için basit bir mesajım var: test, test, test" diyerek, salgının sınırlanmasında olgu tespitinin önemine işaret etmiştir⁽¹⁹⁾. Türkiye'de ilk olgunun tespitinden önceki zamanlarda COVID-19 testi sadece Ankara'daki merkez laboratuvarında yapılmaktaydı. 11 Mart 2020 tarihinde ilk olgunun bildirildiği dönemde test merkezi İstanbul ve Erzurum'un da eklenmesiyle 3 merkeze çıkarılmıştı. Bu durum, erken dönemde olgu yakalama ve sınırlama olanağını önemli ölçüde etkilemiş ve baskılama stratejisinin etkinliği açısından önemli bir kayıp yaratmıştır. Başlangıçta üç merkez olan laboratuvar sayısı 25 Mart 2020'de 23 ilde 37 merkez, daha sonra 30 Mart 2020'de 44 ilde 73 merkeze, Nisan ayı sonunda 65 ilde 114 merkeze yükselmiştir⁽²⁰⁾. Ağustos 2020 itibari ile test yapan laboratuvar sayısı 204 olmuştur. Olguların yükselmeye geçmesiyle birlikte yapılan test sayısı da artarak 20 Ağustos'ta 92175'e ulaşmıştır⁽²¹⁾.

Türkiye'de COVID-19 pandemisinde test stratejisi ile ilgili bir başka sorun, testin kimlere yapılacağı ile ilgili belirsizliktir; bu belirsizlik Ağustos 2020 sonu itibari ile hale devam etmektedir. Türkiye'de salgının başlangıcından itibaren yalnızca sempto-

mu olanlara test uygulanmakta iken, bu uygulama daha sonra 60 yaş ve üzerinde olup komorbiditesi olan temaslara 7. Günde PCR uygulanacak biçimde değiştirilmiştir⁽²²⁾. Sahadan gelen bilgiler, test uygulaması ile ilgili bir standardın olmadığını; özellikle semptomsuz temaslardan örnek alınması ile ilgili farklı uygulamalar ve teste erişimde gereksinim dışı faktörlerin söz konusu olduğunu düşündürmektedir.

Gruplara Getirilen Kısıtlamalar

Toplumsal düzeyde alınan diğer önlemler: toplu bulunan yerlerde kısıtlama kararı, 16 Mart 2020'de tüm düzeylerde eğitimin durdurulması ve 19 ülkeye uçuş yasağı getirilmesi, evde kal çağrıları yapılması, pandemi hastaneleri oluşturulması olarak gelişmiştir. Türkiye'de ülke çapında tam bir kapatmaya hiç gidilmemiş, yüksek mortalite oranları nedeniyle ilk olgunun görülmesinden 10 gün sonra 65 yaş üzerine sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Bu yasak daha sonra, Nisan başında 20 yaş altındaki kişileri kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Daha sonra yayımlanan bir genelge ile, 18-20 yaş arasında olup kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlar, özel sektörde düzenli çalıştığı sosyal güvenlik belgesiyle ortaya koyanlar ile mevsimlik tarım işçileri, sokağa çıkma yasağından muaf tutulmuşlardır⁽²³⁾. 20 yaş altındaki kişilere uygulanan yasak yaklaşık 2 ay devam etmiş, daha sonra 0-14 yaş grubu ve 15-20 yaş grubunun farklı günlerde sokağa çıkabilmesi şeklinde uygulamalar getirilmiştir.

29 Mayıs 2020 tarih ve 8483 sayılı Bakanlık Genelgesiyle 65 yaş ve üzerindeki bireyler arasında işletme sahibi, esnaf, tüccar, sanayici, serbest meslek sahipleri ile çalışanlardan durumlarını belgeleyenlerin, sokağa çıkma kısıtlamasından muaf tutulacağı açıklanmıştır⁽²⁴⁾. 65 yaş üzerindeki kişilere uygulanan bu kısıtlamanın etkisine ilişkin bir değerlendirme yapılmamış, bir rapor yayımlanmamış⁽²⁵⁾; öte yandan 71 gün süren evde kalma sınırlaması bu yaş grubunun fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali açısından önemli bir risk yaratmıştır^(24,26). Pandemi yönetiminde kullanılan uygulamalar açısından değerlendirildiğinde, evde kalma kısıtlamasının sadece seçilmiş yaş gruplarına getirilmesi, bu grubun içinde de çalışanların muaf tutulması, ekonomik kaygıların öncelendiğini ve baskılamadan çok hafifletme stratejisi izlendiğini düşündürmektedir.

Benzer biçimde, salgının yükselmeye geçtiği dönemden başlayarak topluma “evde kal” çağrıları yapılmış, ancak evden çalışma olanağı olmayan kişiler için özel bir düzenleme yapılmamıştır. Bu kişiler ve evdeki yakınları, bulaş riski açısından evde kalabilenlere göre artmış bir riske sahip olmuşlardır. Türkiye’de COVID-19 hastalığına yakalanan ve ölen kişilerin özellikleri açıklanmadığından, hafifletme stratejisini yansıtan bu “evde kalma önemi”nin kimleri nasıl etkilediği bilinmemektedir.

Türkiye’de ilki 10 Nisan 2020’de, 31 ilde sadece hafta sonunu kapsayan -zorunlu sektörlerde çalışanlar hariç- zorunlu evde kalma kısıtlamaları getirilmiştir. Zaman zaman bu hafta sonu kısıtlamaları, 23 Nisan ve 1 Mayıs gibi resmi tatil günleri ile birleştirilerek 4-5 güne kadar uzatılmıştır. Bu uygulamanın Türkiye’de salgının seyrine olan etkileri konusunda da herhangi bir değerlendirme bulunmamaktadır.

Pandemi sürecinde Türkiye’de ilk olgunun bildirilmesinden bir hafta sonra kişilerin kalabalıklar halinde bir araya gelmelerinin önlenmesine yönelik kapatmalar uygulanmaya başlamıştır. İçişleri Bakanlığının genelgesi ile tiyatro, sinema, gösteri merkezi, konser salonu, nişan/düğün salonu, çalgılı/müzikli lokanta/kafe, gazino, birahane, taverna, kahvehane, kiraathane, kafeterya, kır bahçesi, nargile salonu, nargile kafe, internet salonu, internet kafe, her türlü oyun salonları (atari, playstation vb.), her türlü kapalı çocuk oyun alanları (AVM ve lokanta içindekiler dahil), çay bahçesi, dernek lokalleri, lunapark, yüzme havuzu, hamam, sauna, kaplıca, masaj salonu, SPA ve spor merkezlerinin faaliyetleri durdurulmuş, STK’ların genel kurulları, eğitimleri ve toplantıları ertelenmiştir. Mart ayı sonunda da ören yerleri, piknik alanları ve sahil kenarlarına yasak geldiğini açıklanmıştır (27). Yine baş etme stratejisi olarak İçişleri Bakanlığı tarafından 3 Nisan 2020’de, büyükşehir statüsündeki 30 ilimiz ile Zonguldak ili için; toplu ulaşım aracı, özel araç ve yaya vb. yolla yapılacak tüm giriş/çıkışlar 03 Nisan 2020’den itibaren 15 günlük bir süre için geçici olarak durdurulmuştur (28). Bu karar daha sonra uzatılmıştır. Bunlara ek olarak tüm illerde 03 Nisan 2020 saat 24.00’den itibaren şehir içi hareketliliğinin en aza indirilmesi için alınması gereken ek önlemlerin, İl Pandemi Kurulunda görüşülmesi, İl Pandemi Kurulunca önerilen konuların İl/İlçe Umumi Hıfzıssıhha Kurullarında karara bağlanarak uygulanmaya derhal başlamasının sağlanması

kararları alınmıştır (28). Aynı genelgede il ve ilçelerde pazar yeri, market ve toplu olarak çalışılan işyerlerine vatandaşların ve çalışanların maske ile girme zorunluluğu getirilmiştir.

Son olarak, salgını kontrol altına alma stratejileri olarak, yakın temaslılara uygulanan bireysel karantina uygulamaları, toplumda yayılımla birlikte, apartman, mahalle, ilçe ve nihayet büyükşehir karantinası kararlarına evrilmiştir (29-31).

Hastalara Yönelik Tanı-Tedavi Hizmetlerinin Düzenlenmesi

Türkiye’de ilk olgunun ilan edilmesinden 9 gün sonra, 20 Mart 2020’de Sağlık Bakanlığı, 81’ilin valilikleri üzerinden il sağlık müdürlükleri ve hastanelere gönderdiği genelge ile tüm Özel ve Vakıf hastanelerinin Pandemi hastanesi ilan edildiğini duyurmuştur. Buna göre, bünyesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Göğüs hastalıkları, İç Hastalıkları uzmanı hekimlerden en az ikisinin bulunduğu ve 3. seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler Pandemi Hastanesi olarak ilan edilmiş ve COVID-19 tanısı almış (test pozitif) olguların tedavi sürecinin yapılmış olduğu hastane olarak tanımlanmıştır (32). Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), pandemi sürecinde özel hastanelere COVID-19 tedavisi gören hastalar için yoğun bakım pandemi bakım ücreti ödemesi yapmıştır. Pandemi hastaneleri oluşturulması ve pandemi- nin tanı-tedavisi ile ilgili yapılan bu düzenlemeler, sağlık sistemi kapasitesinin desteklenmesi açısından önemli uygulamalar olmuş; sağlıkta kamusal yaklaşımın önemini bir kez daha göstermiştir. SGK tarafından özel hastanelere verilen pandemi bakım ücreti ödemesi, Türkiye’de bütün sektörlerde yeniden açılmanın başlamasından yaklaşık bir ay sonra, 29 Haziran 2020’de kaldırılmıştır.

“Hızla Gerçekleşen” Yeniden Açılma Süreci

Türkiye’de 11 Mart’taki ilk olgunun bildiriminden sonra hızla yükselişe geçen salgın eğrisi 21 Nisan’da en yüksek günlük yeni olgu sayısı ile tepe noktasına ulaşmış ve bu tarihten başlayarak olgu sayılarında azalma ve salgın eğrişinde aşağıya doğru iniş başlamıştır. Bu dönem aynı zamanda Türkiye’de yeniden açılmanın da hızla gündeme geldiği bir süreç olmuştur. Yeniden açılma için gerekli ölçütlerin

tam olarak sağlanmadığı ve salgının tam olarak kontrol altına alınmadığı bu henüz erken dönemde ilk olarak alışveriş merkezlerinin açılma kararı alınmıştır. İçişleri Bakanlığının 81 il valiliğine gönderdiği genelgeye göre, AVM'ler 10.00-22.00 saatlerinde faaliyet gösterebilecek, çalışanlar ve müşteriler maske takmak zorunda olacaklardır⁽³³⁾. Kapalı ortamda bulaş riskinin arttığı iyi bilinen COVID-19 pandemisinde 11 Mayıs'ta açılması uygun bulunan AVM'lere karşılık, mesire yerleri, sahiller, parklar ve piknik yerlerinin açılması bundan yaklaşık 21 gün sonra gerçekleşmiştir.

Açılma sürecinin başlamasıyla, ek önlemler olarak bulaş hızının yüksek olduğu illerde açık hava dahil olmak üzere sürekli maske kullanma zorunluluğu getirilmiş, ayrıca Hayat Eve Sığar mobil uygulaması (HES) geliştirilmiştir. HES Mobil Uygulaması, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşların COVID-19 konusunda bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi ve yaşanabilecek salgın hastalık ile ilgili riskleri en az düzeye indirmek ve yayılmasını önlemek amacıyla geliştirilen mobil uygulamadır. Harita üzerinde hastane, eczane, market zincirleri, metro ve duraklar gibi temel ihtiyaç noktalarına kolayca ulaşılabilir, evde izolasyon, enfekte kişiler ve riskli bölgelerin yoğunluğu görülebilmektedir⁽³⁴⁾.

Sonuç

Yeni Koronavirüs Hastalığı salgını ilerledikçe, ülkeler giderek genişleyen bir yelpazede yanıtlar uygulamışlardır. Elde edilen sonuçlar, baskılama veya hafifletme stratejilerinin kapsayıcı politika hedefi olup olmadığına bakılmaksızın, birden çok müdahaleyi katmanlaştırmanın gerekli olacağını göstermektedir⁽²⁾. Müdahalelerin seçimi uygulamalarının görece uygunluğuna ve farklı sosyal bağlamlardaki olası etkililiğine bağlıdır. Farklı müdahalelerin göreceli etkililiğini ülkelerin deneyimlerinden bugüne kadar çözmek zordur çünkü birçoğu bu önlemlerin çoğunu (veya tümünü) değişen başarı dereceleriyle uygulamıştır. Türkiye'de pandemi ile baş etme stratejisine bakıldığında, sürecin başlangıcından itibaren baskılama yaklaşımı uygulanmış, ilerleyen önlemlerle giderek sıkılaştırılan bir yaklaşım sergilenmiştir⁽¹⁰⁾. Öte yandan pandemi yönetimine ilişkin bütünsel bir stratejinin var olup olmadığını ve uygulandığını gösterecek epidemiyolojik veriler bulunmamaktadır⁽¹²⁾.

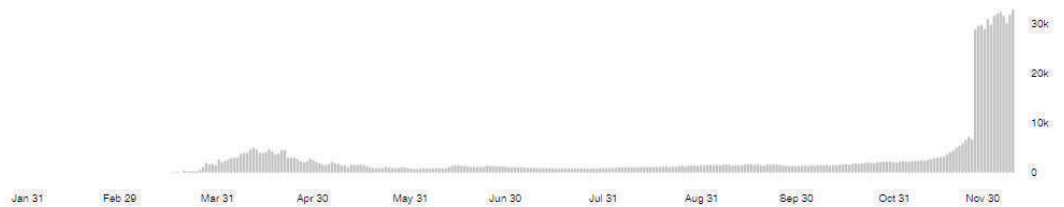
Güçlü bir sürveyans sistemi olduğunda ve verilerin sürekli değerlendirilmesine dayalı bir yönetim anlayışıyla hafifletme ve baskılama yaklaşımlarının geçişken olarak kullanılması mümkün olabilir. Her koşulda, toplumsal güvenin artırılması, hükümetlerin aldığı kararlara uyumun sağlanması ve böyle bir pandemi durumunda etkili kontrolün başarılabilmesi için toplumsal ve yönetsel düzeylerde evrensel normlara uygun hareket etmek gerekmektedir. Yönetsel açıdan kanıt dayalı karar almak kadar, nitelikli kanıtlar üretebilecek bir altyapı oluşturulması, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleriyle hareket ederek salgın hakkındaki son durumun ve alınan kararların gerekçesinin toplumla açıkça ve uygun bir dille paylaşılması yaşamsal öneme sahiptir⁽³⁾.

Kaynaklar

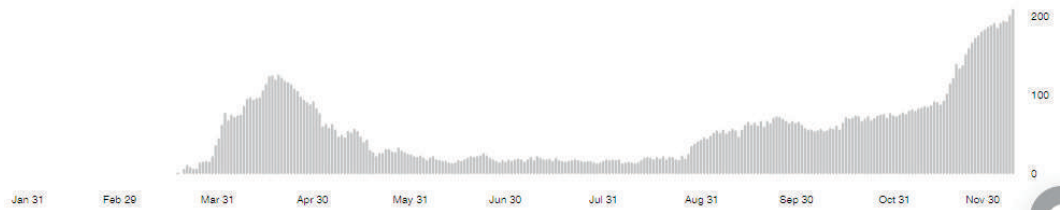
- 1) OECD Tackling Coronavirus (Covid-19) Contributing to Global Efforts. Flattening the Covid-19 peak: Containment and mitigation policies. 24 March 2020. [Internet] <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/flattening-the-covid-19-peak-containment-and-mitigation-policies-e96a4226/> Erişim: 13.09.2020.
- 2) Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College COVID-19 Response Team, March. 2020; 16.
- 3) Kayı İ, Sakarya S. Policy Analysis of Suppression and Mitigation Strategies in the Management of an Outbreak Through the Example of COVID-19 Pandemic. *Infect Dis Clin Microbiol* 2020.
- 4) McBryde ES, Meehan MT, Trauer JM. Flattening the curve is not enough, we need to squash it. An explainer using a simple model. medRxiv 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20048009>
- 5) The Guardian. Opinion. Coronavirus outbreak. [Internet] <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/15/epidemiologist-britain-herd-immunity-coronavirus-covid-19> Erişim: 13.09.2020.
- 6) Moller G. Denmark and Sweden: Very different Covid reactions. Scandasia 17 Mart 2020 [Internet] <https://scandasia.com/denmark-and-sweden-very-different-covid-reactions> Erişim: 13.09.2020.
- 7) Savage M. Did Sweden's coronavirus strategy succeed or fail? BBC news. [Internet] <https://www.bbc.com/news/world-europe-53498133#:~:text=What%20was%20Sweden's%20strategy%3F,possible%20and%20avoiding%20public%20transport>. Erişim: 13.09.2020.
- 8) Cyranoski D. What China's coronavirus response can teach the rest of the World. Nature News Explainer 2020 Mar 17. [Internet] <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00741-x> Erişim: 13.09.2020.
- 9) Pisano GP, Sadun R, Zanini M. Lessons from Italy's Response to Coronavirus. *Harvard Business Review* 2020 Mar 27. [Internet] <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus> Erişim: 13.09.2020.

- 10) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). Yeni Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) Pandemisine Türkiye’de Hazırlıklılık ve Yanıt: 28. gün değerlendirmesi (12 Nisan 2020). [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Yeni-Koronavirusu-CC%88s-Pandemisinde-Haz%C4%B1r%C4%B1k-%C4%B1l%C4%B1k-ve-Yan%C4%B1t-Tu-CC%88kiye-28.gun-CC%88n-Deg-CC%86erlendirmesi.pdf> Erişim: 13.09.2020.
- 11) TC Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. Ankara 2019. [Internet] https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf Erişim: 13.09.2020.
- 12) Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu. [Internet] <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/covid19-rapor.pdf> Erişim: 13.09.2020.
- 13) Akşam Gazetesi. Umreden gelenler nerede karantinaya alındı? 5.5.2020. [Internet] <https://www.aksam.com.tr/guncel/umreden-gelenler-karantinaya-alindi-mi-umreden-gelenler-hangi-yurtlarda-karantinaya-alindi/haber-1053618> Erişim: 13.09.2020.
- 14) Hürriyet Daily News. 21.08.2020. [Internet] <https://www.hurriyetdailynews.com/some-95-000-people-prevented-from-traveling-amid-outbreak-thanks-to-mobile-app-minister-157591> Erişim: 13.09.2020.
- 15) TC Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) TEMASLI TAKİBİ, SALGIN YÖNETİMİ, EVDE HASTA İZLEMİ VE FİLYASYON. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. 01.06.2020. [Internet] https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_TEMASLI_TAKIBI_EVDE_HASTA_IZLEMI_VE_FILYASYON.pdf Erişim: 13.09.2020.
- 16) TC Sağlık Bakanlığı. [Internet] <https://www.saglik.gov.tr/TR,64935/mucadelemizdeki-ortak-payda-insan-sagligidir.html> Erişim: 13.09.2020.
- 17) Shen M, Peng Z, Guo Y, et al. Assessing the effects of metropolitan-wide quarantine on the spread of COVID-19 in public space and households. *Int J Infect Dis*2020;96:503-5.
- 18) Hao X, Cheng S, Wu D, Wu T, Lin X, Wang C. Reconstruction of the full transmission dynamics of COVID-19 in Wuhan. *Nature* 2020. [Epub ahead of print.] doi:10.1038/s41586-020-2554-8 pmid:32674112
- 19) WHO Director General’s Opening Remarks. [Internet] <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020> Erişim: 13.09.2020.
- 20) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). Yeni Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) Pandemisine Türkiye’de Hazırlıklılık ve Yanıt: 14. gün değerlendirmesi (27 Mart 2020). [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/yeni-koronavirus-covid-19pandemisi-ilk-14-gun-degerlendirmesi/> Erişim: 13.09.2020.
- 21) TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Günlük Durum Raporu 20/08/2020 Türkiye [Internet] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38421,covid-19-gunluk-durum-raporu-20082020pdf.pdf?0&tag1=E6542E244E9F0952BF6BFB-6B9F18A5F7453FF0F2> Erişim: 13.09.2020.
- 22) TC Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı Rehberi. 29 Haziran 2020. [Internet] <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38597/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyojivetanipdf.pdf> Erişim: 13.09.2020.
- 23) TC İçişleri Bakanlığı. Sokağa Çıkma Yasağı Bulunan 18 - 20 Yaş Arasındaki Gençlerle İlgili İstisnalar. [Internet] <https://www.icisleri.gov.tr/sokaga-cikma-yasagi-bulunan-18---20-yas-arasindaki-genclerle-iligili-istisnalar> Erişim: 13.09.2020.
- 24) Türk Tabipleri Birliği. Pandemi Önlemlerinde Yaş Ayrımıcılığın Son Verilmelidir! [Internet] <https://www.ttb.org.tr/haber-goster.php?Guid=7ad41de6-cc03-11ea-ae98-95a88cc32d95> Erişim: 13.09.2020.
- 25) DW. 65 yaş üzeri: tecrit etkili oldu mu? [Internet] <https://www.dw.com/tr/65-ya%C5%9F-%C3%BCst%C3%BC-tecrit-etkili-oldu-mu/a-53754850> Erişim: 13.09.2020.
- 26) Sözcü gazetesi. 65 yaş üzerindeki imdat diyor. [Internet] <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/65-yas-ve-uzerindekiler-imdat-diyor-5789772/> Erişim: 13.09.2020.
- 27) Hürriyet Gazetesi. Pikniğe ve sahil kenarına korona yasağı. [Internet] <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/pikniğe-ve-sahil-kenarina-korona-yasagi-41479999> Erişim: 13.09.2020.
- 28) TC İçişleri Bakanlığı. 3.4.2020. [Internet] <https://www.icisleri.gov.tr/sehir-girisicikis-tebirleri-ve-yas-sinirlaması> Erişim: 13.09.2020.
- 29) Cumhuriyet Gazetesi. [Internet] <http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/5-katli-apartman-karantinaya-alindi-1731010> Erişim: 13.09.2020.
- 30) Birgün gazetesi. [Internet] <https://www.birgun.net/haber/karantinaya-alinan-yerlere-9-apartman-da-eklendi-illerde-yeni-kararlar-294376> Erişim: 13.09.2020.
- 31) Haberglobal. 28.03.2020. [Internet] <https://haberglobal.com.tr/gundem/edirne-den-kirkklareli-ye-gelen-487-gocmen-karantinaya-alindi-36765> Erişim: 13.09.2020.
- 32) T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. [Internet] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36907,pandemi-hastaneleripdf.pdf?0> Erişim: 13.09.2020.
- 33) AVM’lerle ilgili 81 il valiliğine genelge. [Internet] <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/avmlerle-iligili-81-il-valiligine-genelge/1837424> Erişim: 13.09.2020.
- 34) HES-Hayat Eve Sığar uygulaması. [Internet] <https://www.samsung.com/tr/support/mobile-devices/hayat-eve-sigar-uygulaması/> Erişim: 13.09.2020.

872,093
confirmed cases



15,314
deaths



Source: World Health Organization

Türkiye'de COVID-19

› Salgın Eğrisine Bakış

76

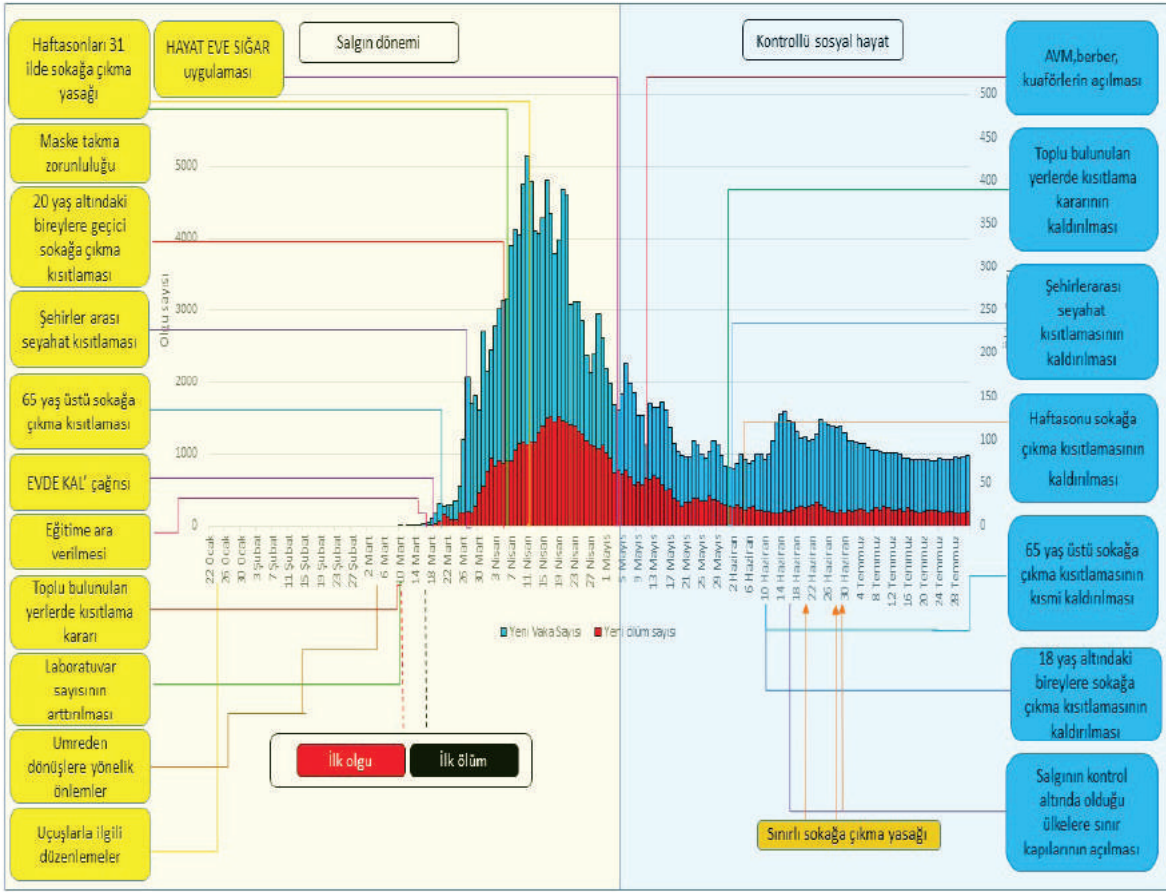
PROF. DR. GÜL ERGÖR • DR. NURCAN DURUKAN

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 31 Aralık 2019'da Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra hastalığının adı Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) olarak kabul edilmiş, virüs SARS-CoV'a yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. Çin'den daha sonra komşu ülkelere, sonra da Avrupa'ya yayıldı ve tüm kıtalarda görülmeye başladı. Sağlık Bakanlığı 22 Ocak 2020 tarihinden itibaren Pandemi Bilim Kurulu oluşturarak gelişmeleri izliyor ve durum değerlendirmesi yapıyordu ⁽¹⁾. Dünya Sağlık Örgütü, 30 Ocak 2020'de Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu ilan etti. Bu tüm ülkelerin uluslararası bir sağlık tehdidi ile karşı karşıya olduğu ve bunun için hazırlıklı olması gerektiğinin açıklanması anlamına geliyordu ⁽²⁾. Türkiye Çin'den gelen uçuşları 3 Şubat 2020 tarihinde durdurdu. 5 Şubat'ta tüm yurtdışı uçuşlardan gelen yolculara termal kamera uygulanmaya başladı, 23 Şubat'ta İran'da vakaların ortaya çıkması sonrası sınır kapıları kapatıldı. 29 Şubat'ta ise İtalya, Güney Kore ve Irak uçuşları durduruldu. Suudi Arabistan uçuşları 9 Mart'ta durduruldu, Umre'den gelenlere de 14 gün karantina uygulaması 16 Mart'ta başladı (Şekil 76.1).

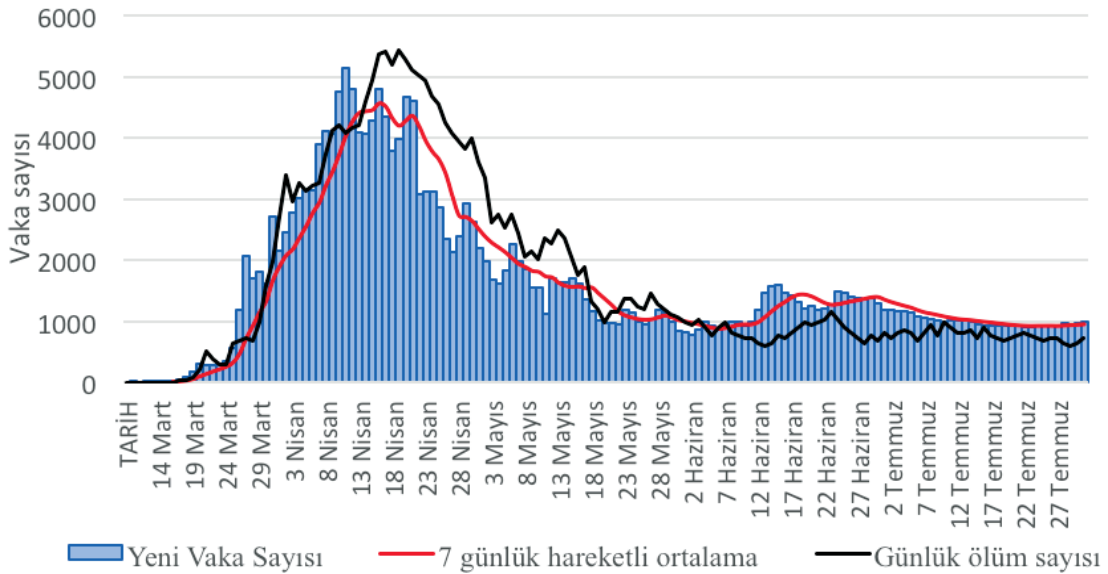
Bu raporda 11 Mart-31 Temmuz 2020 tarihlerinde Türkiye'de bildiren COVID-19 vakaları incelenecektir. 31 Temmuz 2020 tarihinde ülkemizde toplam pcr (+) 230 873 vaka ve 5691 ölüm gerçekleşti ⁽³⁾. Türkiye'de ilk vaka 11 Mart'ta İstanbul'dan bildi-

rildi. İnkübasyon süresi olarak bilinen ilk 14 günde günlük vaka sayısı 1200'e toplam vaka 3433'e ulaştı. İkinci 14 günde vaka sayısı 38 bini aştı. Bir günde en çok vaka tespit edilen gün 5138 ile 11 Nisan oldu. 10-21 Nisan salgının pik dönemini oluşturdu, (23 Nisan'da toplam vaka 100 bini geçti) bu tarihten sonra günlük vaka sayılarında düşme eğilimi başladı ⁽⁴⁾. Günlük vaka sayıları önce 3 binlere sonra 2 binlere ve binlere düşmeye devam etti. Vaka sayısı 18 Mayıs'tan itibaren 25 gün boyunca 1000 civarında sabit kaldı, 2 Haziran'da en düşük sayı olan 786'ya indi ancak 11 Haziran'dan itibaren tekrar artış trendine girdi ve 16 Haziran'da 1592 ye ulaştı. 25 Haziran'dan sonra sürekli bir iniş trendine girerek 23 Temmuz'da yaklaşık iki ay sonra yine en düşük sayı olan 902'ye ulaşıldı. 31 Temmuz da saptanan yeni vaka sayısı 982 idi (Şekil 76.2).

Ülkemizde ilk vaka görülmeden önce özellikle uluslararası seyahat önlemleri alınmaya başlanmıştı. İlk vakadan sonra, bu önlemler daha da sıkılaştırılarak, önce Çin daha sonra diğer ülkelere uçuşlar durduruldu, okullarda 16 Mart'ta eğitime ara verildi, evde kal çağrısı başlatıldı. Sırasıyla zaruri olmayan işler kapatıldı, şehirlerarası seyahat kısıtlandı, 65 yaş üzeri ve 20 yaş altının dışarı çıkması kısıtlandı, son olarak da 11 Nisan'dan itibaren hafta sonları herkes için sokağa çıkma kısıtlamaları uygulandı. Bütün bu halk sağlığı önlemlerine rağmen ilk vakanın görülmesinden sonra 40 günde vaka sayısı 100 bine ulaştı. Bir başka söylemle, salgının pik noktasına ulaşması (11-21 Nisan pik dönemi) ilk 100 vaka görüldükten sonra 24 günde gerçekleşti. Çünkü önlemler ne kadar geniş ve radikal



Şekil 76.1 Türkiye'de alınan koruma ve kontrol önlemlerinin kronolojik seyrini.



Şekil 76.2 Türkiye'de COVID-19 vaka ve ölüm sayıları.

olursa olsun hastalığın toplumda yaygınlığı, inkübasyonun uzun olması ve hastalığın asemptomatik seyretmesi salgının kontrolünü güçleştirmektedir. Bu özellikler göz önüne alındığında pikten sonra eğrinin inişe geçmesi ve salgının sönümlenmesi yani günlük 100 vakanın altına düşmesi pike ulaşmasının yaklaşık iki katı (40 gün) süre alacağı öngörülmektedir. Bu tarih 1 Haziran civarında olmakla birlikte salgın eğrisi istenen ve beklenen düşük sayılara ulaşmamıştır (1 Haziran 2020 vaka sayısı = 839) ve buna rağmen birçok kısıtlama birer birer değil toplu olarak kaldırılıp, “kontrollü sosyal hayat” dönemi başlatılmıştır. Bu tarihten sonraki ilk inkübasyon süresinin sonunda ulaşılan günlük vaka sayısı 1459’dur. Bu yüksek düzeyde gidiş hiç önlenemedi ve 29 Haziran’da 7 günlük hareketli ortalama 1349 olarak hesaplanmaktadır. 29 Haziran’dan sonra salgın eğrisinde yeni bir dönem başlamıştır, 9 Temmuz’da 7 günlük hareketli ortalama 1096, 15.07’de 1000, 22 Temmuz’da 923 olan oldukça sabit sayıların görüldüğü stabil bir dönem izlenmektedir.

Morbidite ölçütü olarak enfeksiyon hızı, 15 Haziran’da binde 2 idi. Bu hastalığın asemptomatik ve hafif semptomla geçiren oranının çok yüksek olduğu göz önüne alındığında, gerçekte vaka sayısının çok daha fazla olduğu, yapılan test sayısına bağlı olarak arttığı bilinmektedir (**Şekil 76.2**). Günlük test sayımızdaki artışa, bir miktar da vaka sayısındaki artışa bağlı olarak COVID-19 enfeksiyon hızı 31 Temmuz’da yüz binde 2,7’dir. Yeni vakalar tespit edildikçe bu hız artacaktır.

COVID-19’a bağlı 15 Haziran’a kadar 4800, keskin tanımlı ölüm meydana geldi. İlk ölüm 18 Mart’ta kaydedildi, bu tarihten sonra bir günde en yüksek ölümün (127 ölüm) görüldüğü 19 Nisan’a kadar giderek yükselme gösterdi. Ölümün vakaları 8 gün farkla izlediği ve benzer bir eğri çizdiği görülmek-

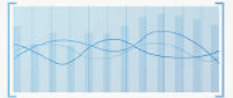
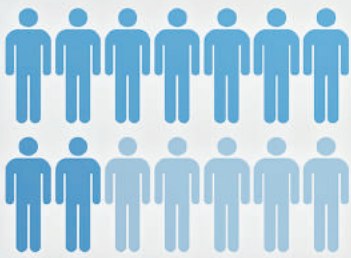
tedir. Vaka sayısına oranla ölümleri değerlendiren, vaka/fatalite oranı %2,7 iken, nüfusa göre ölümleri değerlendiren mortalite ise yüz binde 5,7’dir. 2.8.2020 tarihinde mortalite hızı yüz binde 6,9, vaka/fatalite oranı %2,4 dür ⁽⁴⁾. Ölümleri gösteren eğri vakaları 8-12 gün sonra benzer şekilde izlerken 22 Haziran’dan sonra bu benzerlik de gözlenmez olmuştur.

Salgın eğrisi, uygulanan hafifletme stratejilerinin ve kısmi baskılama stratejisiyle hızlı bir biçimde pike ulaştı, sonra inişe geçti ancak 1 Haziran’da birçok kısıtlamanın aynı anda kaldırılması; özellikle şehirlerarası seyahatin serbestleşmesiyle hiçbir zaman istenilen düşük vaka sayılarına ulaşamamıştır. Temmuz ayında vakaların 900-1000 sayılarında seyretmesi, bu düzeyde vaka varken ülkenin değişik yerlerinde oluşması beklenen kümelerin grafiğe yansımadağını düşündürmüştür.

Salgın eğrisi, salgının nasıl seyrettiğini izlememiz, hangi aşamasında olduğunu anlamamız için çok değerli bir epidemiyolojik araçtır ⁽⁵⁾. Bu nedenle çok titizlikle işlenmeli etkileyen kararlar, yasal ve uygulama değişiklikleri üzerinde belirtilerek, eğriye etkileri değerlendirilmelidir. Eğrinin gidişatına göre ileriye yönelik öngörüler ve önlemler için kullanılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı, 29.06.2020.
- 2) [Internet] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline> Erişim:23.08.2020.
- 3) [Internet] <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,66424/covid-19-situation-report-turkey.html> Erişim:23.08.2020.
- 4) [Internet] <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Erişim:23.08.2020.
- 5) Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance-United States, January 22-May 30, 2020 Weekly/June 19, 2020;69 (24);759-765.6.



Kanıtı Dayalı Salgın Yönetiminde Modelleme Çalışmaları: COVID-19

› Pandemisi Deneyimi

77

PROF. DR. BANU ÇAKIR

Salgınlarda, özellikle pandemilerde, mevcut ve yeni oluşan orijinal araştırma dayalı literatür, teknolojik olanaklar, bilişim sistemleri, simülasyon ve modellemeler benzeri tüm imkanlar değişik aşamalarda kanıt olarak kullanılmakta; bu şekilde, toplumsal müdahalelerin planlanması, sağlık politika kararlarının değerlendirilmesi ve gelecek hakkında öngörülerin kanıtı dayalı yapılması mümkün hale gelmektedir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinde, özellikle ilk dönemde, modellemeler çok sık yapılmış, özellikle politika yapıcılar tarafından da desteklenmiştir. Öte yandan, İngiliz istatistikçi George EP Box'ın meşhur “*tüm modeller yanlıştır, bazıları işe yarar*” sözünün gerçekleştiği COVID-19 pandemisinde birçok kez gözlenmiştir. Modellerin gerçeğin basit bir şekilde sunulmasına ait, teorik bir uygulama olduğu ve “gerçeğin mutlak resmi” olarak algılanmaması gerektiği uzmanlarca bilinse de COVID-19 sürecinde özellikle medyada modellerle “aşırı” yer verilmesi ve uzman olmayan kişiler tarafından yorumlanması, toplumlarda kimi zaman ciddi bir beklenti ve sonrasında hayal kırıklığına neden olmuştur. Modeller, varsayımları karşılandığı, kullanılan veriler güvenilir olduğu ve karıştırıcı faktörler dikkate alındığı sürece “yararlı tahminler” olduğu kadar; çoklu disiplinlerden (hekim, bilişim uzmanı, mühendis, matematikçi, istatistikçi, epidemiyolog vb.) bilim insanlarının, birlikte, “gerçeği irdeleme, farklılıkları ve olası nedenlerini öğrenme” süreci olarak değerlendirilirse daha etkili kullanılabilir. Bu yazı, pandemilerde kullanılabilecek modellemelerin temel özellikleri, olası kullanım

alanları ve kısıtlılıklarına dikkat çekmek üzere hazırlanmıştır. Türkiye ile ilgili yayınlanmış modeller de ileri okuma yapmak isteyenler için tanıtılmıştır.

Spesifik bir aşı ve ilacın olmadığı durumda, enfeksiyonun yayılması hastanelerin hasta yükünü artıracak, sağlık sistemini çalışamaz hale getirecek ve imkanların sınırları doğrultusunda ciddi kayıplara neden olacaktır. Bu nedenle, hemen tüm ülkeler COVID-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte, Çin deneyimini dikkate alarak, hastane, yatak, yoğun bakım yatağı ve ventilatör sayısını artırmak ve sağlık personelinin en etkili şekilde yararlanmak konusunda odaklanmıştır. Bu aşamada en önemli bilgilerden biri hastalığın ne kadar çabuk yayılacağı, salgının olası tepe noktasına ne zaman ulaşacağı ve bu aşamada en yüksek hasta sayısının ne olacağı ile salgının sönmesine kadar geçecek toplam sürenin tahmin edilmesi olacaktır. Bu nedenle, COVID-19 pandemisinde **salgın eğrisinin modellenmesi ve temel üreme sayısının (R_0) hesaplanmasına ilişkin modellemeler** hızla popüler hale gelmiştir⁽¹⁾.

R_0 değeri en basit tanımla ile toplumdaki herkesin “duyarlı” olduğu, yeni bir bulaşıcı bir hastalık salgını başlangıcında enfekte olan bir bireyin ortalama olarak kaç kişiyi “enfekte” ettiğini gösteren bir sayıdır; bu anlamda bulaşıcılığın, yayılımın, bir göstergesidir. Tek başına salgının tahmini için yeterli olmasa da, 1 üzerinde bir R_0 değeri salgına ait bir erken uyarıdır. SARS-CoV-2 için ilk dönemde (23 Ocak) Dünya Sağlık Örgütü 1.4-2.5 arasında bir R_0 değeri hesaplamış, ancak farklı ülkelerde farklı yöntemler ile bunun çok üzerinde R_0 değerleri de

hesaplanmıştır^(2,3). Aşağıdaki bölümde, bu tür farklılıkların olası (gerçek veya hatalı) nedenleri detaylı olarak tartışılmaktadır.

COVID-19 pandemisinde dünya genelinde salgın eğrisinin modellenmesi ve virüs yayılımına ilişkin tahminlerden sık kullanılan matematiksel modellerdir. **Matematiksel modeller** virüs yayılımına ilişkin bilgiler ışığında kurulan denklemler ve bunların uygun toplumsal parametrelerle çözümüne dayanır. SIR (*susceptible-infectious-recovered*) ve diğer **kompartment modelleri** (SEIR, SIRD, SIRS vb): duyarlı, bulaşıcı, iyileşen, etkenle karşılaşmış ancak henüz bulaştırıcı olmayan, asemptomatik, hastaneye yatan, ölen vb. kişileri kompartmentlara ayırarak ve kişilerin bir kompartmenttan diğerine geçme ortalama sürelerini dikkate alarak, toplumda salgının nasıl evrileceğini tahmin edebilir. Bu modeller için kişinin enfekte olma olasılığı, enfekte olduktan sonra bulaştırıcı olmaya başladığı ve devam ettiği süre, temas sayısı, ne kadar sürede iyileştiği/öldüğü benzeri süreçlere ait veriler gereklidir. Bu basamakların engellenmesi (karantina/izolasyon/evden çıkmama/maske ve mesafe ile enfeksiyon bulaşının engellenmesi) hastalığın tahmin edilen kadar etkili/hızlı bulaşmasını engelleyecektir ve bu nedenle modellemede dikkate alınmalıdır.

Kompartment modelleri salgınlarda hastalık bulaş dinamikleri üzerine kurulu iken halk sağlığı müdahalelerinin salgın eğrisi üzerindeki etkisini de ölçebilir. Ancak, toplumsal özelliklerin salgın eğrisinin farklı olması nedeniyle her ülke hatta il özelinde farklılık gösterebileceği açıktır^(4,5). Modellemeye yaş, cinsiyet, zaman vb. salgınla ilişkili faktörlere ait farklılıkların dahil edilmesi durumunda bu modellerin performansının arttığı gösterilmiştir. Verilerin elverdiği ortamlarda komorbidite, varlığı vb. özel durumlara özel bulaş paternleri ve bunların nüfus içindeki oranından yola çıkarak bu modellerin performansı artırılabilir. Bu modellerin en önemli kısıtlılığı, toplumda herkesin temas ve bulaş özelliklerinin benzer olduğunun kabul edilmesidir. Eğer bir bölge ya da zaman diliminde bu tür aşırı (outlier) değerler var ise, bunlar ortalama değer hesabında dikkate alınmalıdır.

Matematiksel modellerin çalışılan toplumu homojen görmesinden kaynaklanan problemler ile başa çıkmak üzere **ajan-tabanlı modellemeler** kullanılabilir. Ajan burada kişiler yerine kullanılmaktadır. Ajan-tabanlı çalışmalar, ajanların davranışlarını basit kurallar dahilinde tanımlayarak,

kompleks, heterojen sistemlerin modellemesi konusunda geliştirilmiş yeni yaklaşımlardır. Bu modellerde zamana göre enfeksiyon durumları dikkate alınarak, bulaşın değerlendirilmesi sağlanır. Bu tür etkileşimlerden ne kadar etkilendiğinin belirtilmesi için çalışılan ajan özelinde kişilere ait bilgiler de modelde yer alır. Ajanların sosyal hareketleri, temasları ile özellikler dikkate alınarak etkili üreme sayısının daha “doğru” olarak hesaplanmasına çalışılır. Bu simülasyonlar sık olarak aktivite anketleri, nüfus verileri, mobil telefon lokasyon verileri, toplu taşıma ve havayolları yolcu verilerinden yararlanılarak yapılmaktadır. Bu modellerde önce üreme sayısı (R) hesaplanıp, ajan-tabanlı modellere yerleştirilebilir; ya da modeller üreme sayısını tahmin için kullanılır, sonrasında değişik müdahalelerin bu R değerini nasıl etkileyeceği tahmin edilir. Her durum için hesaplanan R değeri kişi-tabanlı hesaplanır; matematiksel modellerde ise toplumun geneli için tek bir R değeri hesaplanmaktadır. Bu nedenle, kompartment modellemesine göre ajan-tabanlı modellerin performansı daha yüksektir: Zira, kişilerin verdiği kararların (örneğin evden çıkmama) grup olarak davranışları/etkili teması nasıl değiştireceğini hesaplamakta kullanılabilir⁽⁶⁾.

Los Alamos Ulusal Laboratuvarları'nda çalışan Del Valle ve ark., ikinci dalgaya neden olmadan sağlanabilecek bir normalleşme için neler yapılabileceğine dair önemli ajan-tabanlı modellemeler üzerinde çalışmıştır. Bunu yaparken kişilerin hareketlerini incelemek için nüfus istatistikleri ve federal veriler kullanılarak çalışanların ev-iş arasında nasıl seyahat ettikleri; kara ve havayolu seyahat özelliklerini ve mobil telefon kayıtları kullanılarak, kimin, ne zaman, nereye gittiği verileri kullanılmıştır. Bu bilgilerin yaşanılan bölge, eyalet, yaş ve evde kalma yasaklarına göre farklılıkları da alt kırılımlar ile incelenebilmiştir. Bu modellerin yapılabilmesi için insan hareketlerine dair detaylı bilgi gerekmesi ve hesaplama yükünün basit modellere kıyasla çok fazla simülasyon ve günler alan işlemler gerektirmesi bu tür modellemenin önemli kısıtlılıkları olarak gözlenmektedir⁽⁷⁾.

İstatistiksel modellemeler ile farklı ülkelerden elde edilen sayılar kullanılarak, seçilmiş bölgelerde salgının nasıl seyredeceğinin kestirilmesine çalışılmıştır. Örnek olarak, Washington Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)⁽⁸⁾, Wuhan ve Avrupa ülke verilerini kullanarak, ülkede vaka gözlenmeden öncesinde, Amerika Birleşik Devletleri için salgın

eğrileri çizmiştir. Bu modeller gerçek R değeri olmasa da hızlı olarak tahmini R değerleri hesaplanmasına imkan sağlar. Kısa dönemli öngörüler için kullanılabilse de salgının dinamik sürecini yansıtmaz.

Modellemelerin “yararlı olabilmesi için” öncelikle modellemenin yapılma amacı ve çıktılarının nasıl kullanılacağına iyi değerlendirilmesi olacaktır. Örnek olarak, modelleme alt yapısı güçlü iki kuruluşun modelleri incelenebilir. Imperial College of London’dan Neil Ferguson ve ekibinin stokastik birey- tabanlı modellemesi (IBM) ⁽⁹⁾, kişilerin temas sayı ve etkisi üzerinden salgın yayılımını çalışarak, bugün yaygın olarak kullandığımız “enfeksiyon şüphesi olanların karantinası, hastaların erken dönemli izolasyonu, özellikle risk grubunda sosyal mesafe korunması” kavramlarının salgının tepe noktasında erişilecek vaka sayısını 2/3 ve ölümleri ½ azaltacağı bulması açısından çok değerlidir ⁽⁹⁾. Öte yandan, modelin R_0 ve müdahale olmadan beklenen toplam ölüm sayısı tahminleri gerçekten çok uzak kalmıştır. Eş zamanlı olarak Birleşik Krallık’ta Sunetra Gupta ve ekibi, klasik determinist bir SIR modellemesi ile Birleşik Krallıkta pandemi sürecinde yoğun bakım yataklarının yeterli olup olmayacağını modellemiştir ⁽¹⁰⁾. Her iki modelin yapılma amaçlarının farklı olduğu ve farklı veri tabanları için kalibre edildiğine dikkat çekmek önemlidir; birinci modelde enfeksiyon fatalite hızı, ikinci modelde ise vaka-fatalite hızının kullanılması da salgın eğrilerinin farklı olmasına neden olmuştur. Panovska-Griffiths yazısında, iki modeli karşılaştırarak, modellerin “gerçek” olup olmamasından ziyade ne söyledikleri ve pandemi ile ilgili nelere dikkat çektiğiyle ilgilenmenin önemine dikkat çekmiştir ⁽¹¹⁾.

Modelin kestirim gücü, varsayımların ne kadar karşılandığı kadar, kullanılan değerler ile de ilişkilidir. Hastalıklarda modelleme, bazı temel varsayımlar üzerinden ve varsa yerel verilerden yoksa/yetersiz ise uluslararası verilerden yararlanılarak yapılır. Bu varsayımlar karşılanmadığı ya da veriler geçerli olmadığı durumlarda bir modelin öngördüğü dönemi yansıtamaması modelin/modellemeyi yapan kişinin başarısızlığı olarak değerlendirilmemelidir. Pandemi dinamik bir süreçtir; virüsün kendi mutasyonları kadar, aktif enfeksiyonu olan kişi sayısı, toplumdaki kişilerin davranışları, temas etkililiği (maske kullanımı, mesafe, hijyen uygulamaları, havalandırma, kalabalık vb. nin temasın etkisini etkilemesi), insan hareketleri, iç/dış göçler vb. faktörler

model tahminlerini geçersiz kılabilir. Modelleme yapılırken bu dinamik süreç unutulmamalıdır. Veri akışı sağlandıkça modeller de yenilenebilir ve kalibrasyonu sağlanabilir. Aksi durumda, bir ülkede çok “iyi” tahmin yapan bir model, diğer ülkede aynı etkiyi gösteremeyebilir; hatta zaman içinde aynı bölge içindeki tahmin gücü değişebilir. Dolayısıyla, salgının yaygınlaşıp, kişisel ve toplumsal önlemler alındıkça/gevşetildikçe, etkili üreme sayısı (R_e) tekrar hesaplanarak, takip edilmesi uygun olacaktır ⁽¹¹⁾.

COVID-19 pandemisi süresinde Türk bilim insanları Türkiye için ulusal veya diğer ülkeler ile karşılaştırmalı birkaç **üreme sayısı ve salgın eğrisi modellemesi** yapmış ve yayınlamıştır. İlgilenenler için orijinal makalelerin künyeleri kaynaklarda yer almaktadır:

1. TÜBA raporunda, Türkiye’de COVID-19 salgınının 18. gününden sonra tahmini R_0 değeri 7,5 kabul edilmiş, 70. günde 0,9’a gerilemiştir. Salgının başladığı 11 Mart’tan 20 Mayıs 2020 tarihine kadar hesaplanan R_e değerlerinin medyanı 1,52 olarak rapor edilmiştir. Hareketli ortalamalar üzerinden yapılan tahminlerde Türkiye’de üreme sayısının salgının 47. gününde 1’in altına düştüğü belirtilmiştir. R_0 hesaplamasını ortalama üreme aralığı ve büyüme hızı üzerinden yapmıştır ⁽¹²⁾.
2. Ertunç ve ark., COVID-19 salgınına bir SEIR (*susceptible-exposed-infective-removed*) modeli ve buna hastaneye gelenler, toplam tespit edilenler, hastaneye gelip iyileşenler, korunanlar ve vefat edenler için eklenen toplam 9 türevsel denklemden oluşan modeldeki zamana bağlı integralleri sayısal olarak hesaplayarak modellemiştir. Bu şekilde, salgının gelişimini ve Türkiye’de normalleşme sürecinde salgına karşı alınmış tedbirlerin kaldırılmasına ilişkin farklı senaryolara göre ikinci salgın dalgasının ne zaman ve ne büyüklükte olacağını öngörmek hedeflemiştir ⁽¹³⁾.
3. Acar ve ark., Bayesian negatif binomial çok mixt etkili düzeyli model kullanarak yerine olasılıksal bir yaklaşım ile Türkiye’de COVID-19 pandemisini modellemiştir. Modele göre takip eden 21 günlük süre (6-26 Haziran 2020) için tanı almış vaka ve toplam vaka sayısını (%80, %95 ve %99 güven aralıkları ile) projekte etmişlerdir ⁽¹⁴⁾.
4. Ankaralı ve ark., log-cubik model ile Çin, İtalya, Güney Kore ve Türkiye’de COVID-19 salgın sürecini incelemiş ve ilişkili faktörleri karşılaştırmıştır ⁽¹⁵⁾.

5. Aslan ve ark. Çin ve Türkiye için temel üreme sayısı hesabını tahmin etmek ve toplam vaka, ölüm sayıları ile salgın özelliklerini öngörmeye yönelik bir modelleme yapmışlardır. Ordiner diferensiyel denklemler ve mevcut veriler ışığında R_0 değeri ve karantina, sosyal mesafe ve COVID-19 test sayılarının salgın dinamiği üzerine etkilerini çalışmışlardır ⁽¹⁶⁾.
6. Djilali ver ark. Türkiye'yi, Brezilya ve Güney Afrika COVID-19 salgını ile karşılaştırdıkları bir matematiksel model ile salgın dağılımını çalışmışlardır ⁽¹⁷⁾.

COVID-19 pandemisinde **hastalığın doğasına ilişkin bazı özel konuların modellemede dikkate alınması** gereği ortaya çıkmıştır:

1. Enfekte kişinin virüsü aldıktan ne kadar sonra bulaşıcı hale geldiği, bulaşıcılık toplam süresi, bu süre içinde kaç kişi ile teması olduğu, bunlardan kaçının enfekte hale geldiği, tedavinin etkinliği ve hastaların iyileşme (ya da ölme) süresi gibi çok sayıda faktör hastalığın yayılma hızı ve toplumdaki toplam enfekte olmuş kişi sayısını etkileyecektir. COVID-19 pandemisinde hastalık ile mücadelede önemli bir diğer sorun, hastalık belirtilerinin spesifik olmaması, zaman içinde değişmesi, enfekte kişilerin (özellikle gençlerin) önemli kısmının hastalığı asemptomatik veya hafif semptomlarla geçirmesi ve bulaşın semptomlardan 2-3 gün önce başlaması nedeniyle erken tanı ve hastaların erken izolasyonunun zorluğudur. "Vaka"nın klinik olarak tanımlanması kadar önemlisi, enfekte kişilerin "vaka" olarak kayıtlara girmesidir. Dolayısıyla, tanı için kullanılan kriterler (PCR-pozitifliği, klinik tanı), testin var/ erişilebilir olması, test kriterleri, enfeksiyon ile karşılaşma sonrası yapılma zamanı, testin yapılma/taşınma koşulları (dolayısıyla testin geçerliliği) benzeri çok sayıda faktörün enfekte bireyin "vaka" olarak raporlanmasındaki önemi dikkate alınmalıdır ^(18,19). Zira modellerde kullanılan sayılar, yayınlanan COVID-19 vaka ve ölüm sayıları esas alınarak kullanılmaktadır.
2. COVID-19 pandemisinde enfekte kişilerin önemli kısmı hastalık sürecini tümüyle asemptomatik geçirmektedir. Asemptomatik yüzdesinin %45'e vardığına işaret eden ve bu kişilerin de hastalığı yaydığı hatta semptomlulara kıyasla daha uzun süre virüs taşıdığına dair yayınlar bulunmaktadır ⁽²⁰⁾. Asemptomatik vakaların bu-

laşıcılığının az olduğu, çünkü öksürme hapşırma benzeri virüsü bulaştırıcı semptomların az olacağı varsayılmıştır. Öte yandan, semptomlu olmamanın bu kişilerin temas sayısının normal toplumdaki daha yüksek olabileceği de varsayılabilir. Asemptomatik kişilerin sayısı, temas sayıları ve virüsü bulaştırma olasılıkları kesin olmadığı için, bu "sessiz (hayalet) taşıyıcılar" hesaplanan R_0 ve R_e değerlerinin hatalı olmasına neden olur. Asemptomatik kişi özellikleri aynı kalsa dahi, toplumdaki sayısı, örneğin, çocukların okula başlaması ya da sosyal hayata karışması öncesi ve sonrası dönemlerde değişeceği için hesaplanacak R_e değerlerinde fark olması beklenecektir. Asemptomatik vakaların sayısının doğru kestirilememesi hesaplanan enfeksiyon fatalite hızlarında da hataya neden olacaktır. Asemptomatikler, hastalığı yayacağı için, konfirme enfekte sayısına dayalı yapılan salgın eğrileri gerçekten uzaklaşacak; rapor edilen vaka sayıları azalırken fark edilmeden topluma hastalık yayılmaya başlayacak ve aniden sayılarda patlama olacaktır. Toplumda ortalama üreme aralığı (*generation interval*), yani enfekte olan kişi ile ondan enfekte olan sekonder vakanın enfekte olma zamanları arasındaki ortalama süresi 5,20 gün (%95 CI: 3,78-6,78) ⁽¹²⁾ alındığında toplumda bugün tanısı atlanmış (asemptomatik) bir enfekte vaka, 5 gün içinde toplam 3 kişiyi enfekte edecek; 1 ay içinde 243 kişinin enfekte olmasına neden olacaktır. Bu eksik sadece modellemeyi bozmakla kalmayacak, toplumda atlanan her vaka sonrasında vaka havuzuna birçok hasta ekleyecektir. Ülkemiz istatistiklerine göre %3 vaka-fatalite oranı ile, kaçırılan her bir asemptomatik kişinin izole edilememesi 2 ay sonra en az 6 kişinin vefat edeceği şeklinde yorumlanmalıdır.

3. Salgınlarda "süper bulaştırıcılar" olduğu bilinmektedir: Bu kişilerin virüs yükünün fazla olması mümkünse de, bunlar esas olarak her ortama giren, korunma önlemlerine dikkat etmeyen, çok sayıda kişiyle ederek hastalığı yayan kişilerdir. Gemilerde çalışan personel, yaşlı bakım evinde çalışan temizlik personeli, hastanelerde yiyecek servisi yapan garsonlar bu grupta yer alabilmektedir. Türkiye'de COVID-19 pandemisinde süper bulaştırıcı "kişiler"den ziyade süper bulaştırıcı "durumlar" ile karşılaşılmıştır: Asker uğurlamalar, cenaze törenleri, geçmiş olsun ziyaretleri vb. de 100 üzeri bulaş olan du-

rumlar ile karşılaşmıştır. Özellikle salgının ilk ayında yurt dışından gelen kabileler, test yapım günleri vb. de olan öbekler ve yurtdışı kaynak çevresindeki süper bulaştırıcı durumlar, ardışık bulaşlardan ayırtılamadığı için R_0 değeri hesaplanmadığı gibi, hesaplanan değer sonrasında süper bulaştırıcı durumlar beklenen vaka sayılarının fazlasıyla üstüne çıkan değerlere neden olmuştur. Modellemeleri yapan kişilerin bu tür bulaşlardan haberdar olması gereklidir ^(21,22).

Çözüm Önerileri

1. Toplumda COVID-19 vaka ve ölüm tespitlerinin tam, kapsayıcı, düzenli ve güvenilir şekilde yapılması; olduğu tarihe uygun olarak raporlanması ve süper bulaştırıcı olaylar/test yapılan topluluk özellikleri (sporcular, kapalı gruplar, çalışanlar, sağlık çalışanları vb), yapılan testin özellikleri ve yanlış pozitif ve negatif değerleri mutlaka akademik ve bilimsel çalışmalar için yayınlanmalıdır. Test sayısına göre pozitiflik yüzdesi verilse de, çalışılan kişi özelinde pozitiflikler de açıklanmalıdır. Hastane yatışları, karantina ve izolasyon özellikleri detayları ile paylaşılmalıdır. Bu değerler olmaksızın yapılacak modellemeler geçerli ve güvenilir sonuç veremeyecektir. İnsan davranışlarının yayılım üzerindeki etkisi nedeni ile ülke geneli yerine (seçilmiş) bölgeye özel yapılması daha uygun olacaktır.
2. Örneklem üzerinden yapılan tüm hesaplamalarda (hastalık prevalansı gibi, R_0 ve R_c hesaplamalarında da) tahmin edilen değerler mutlaka ilişkili güven aralığı değerleriyle birlikte sunulmalıdır.
3. Modellemelerde “yeniden duyarlı hale geçme” varsa dikkate alınmalıdır. Bu nedenle enfekte olanların ne kadar süre ile korunduğu ve/veya tekrar enfekte olma potansiyeli açısından bilgiler kesinlik kazandıkça modeller buna göre düzenlenmelidir.
4. Ulusal COVID-19 veri tabanlarının, fiyasyon (daha doğru ifade ile temaslı takibi) çalışması (elde edilen etkili temas sayısı, serial interval, asemptomatik yüzdesi, hane içi bulaş özellikleri) ve saha araştırmalarının sonuçlarının modellemeler için kullanılması ile daha geçerli ve tahmin açısından “güçlü” modeller yapılması mümkün olacaktır. Bu yoğun emek bu şekilde verimli olarak kullanılabilir.

5. Salgınlarda modellemeler salgın eğrisi dışında insan hareketlerinin salgına etkileri, belirli müdahalelerin (örneğin, okulların kapatılması, seyahatin önlenmesi, şehir sınırlarının kapatılmasının) vaka sayıları üzerine etkileri, salgına bağlı ekonomik kayıplar, potansiyel aşuların maliyet-etkililiği, hastalık ve ölüm ile ilişkili risk faktörleri, benzeri bir çok konuda yapılabilir. Enfekte kişilerin tanı ve prognozuna yönelik modellemeler de önemlidir. COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçların prognoz üzerindeki etkileri de istatistiksel modellemeler ile çalışılabilir. Wynants ve ark. Nisan ayı başında yaptıkları bir sistematik derlemede yapılan modellerin toplum genelinde pnömoni riski (0,73-0,81), tanı (0,99) ve prognoz için (0,85-0,99) C değerlerinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur ⁽²²⁾. Bu yazıda bu konu kapsama alınmamış ise de, modelleme yapanların bu konudaki emekleri değerli olacaktır.

Son olarak, modellemeler pandemide başarılı yönetim için gerekli kanıt sağlamanın yollarından sadece biridir. COVID-19 pandemisinde salgının homojen bir yayılım yerine kümeleşme gösterdiği; bazı durum ve ortamlardaki kişiler %80'lere varan yayınlıkla enfekte olurken; enfekte kişilerin erken tespit edildiği ve izole olduğu durumlarda salgın zinciri daha uzamadan kırılmaktadır. Geriye dönük temaslı takipleri ile bu tür kümelerin tespiti yoluyla çok sayıda enfekte bireyin tanımlanması ve salgın zincirinin kırılması hedeflenmiştir. Pandeminin ilk dönemlerinde yapılan bazı modellerin çalışmaması bu tür etkilerin göz ardı edilmesinden kaynaklanmış olabilir. Modelleme ya da diğer tür her türlü kanıt, geçerli olduğu sürece, pandemi mücadelesine katkı sağlayacaktır ve oluşturulması desteklenmelidir. Pandemi gibi akut, bilinmeyen fazla, dinamik süreçlerde kanıt temini kolay olmasa da, halk sağlığını korumak ve ilgili sağlık politikaları oluşturmakta objektif, ölçülebilir, karşılaştırılabilir kanıtı dayalı yaklaşım esas alınmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Alimohamadi Y, Taghdir M, Sepandi M. Estimate of the basic reproduction number for COVID-19: A systematic review and meta-analysis. J Prev Med Public Health 2020;53 (3):151-157.
- 2) Chen Q, Allot A, Lu Z. Keep us with the latest coronavirus research. Nature 2020;579 (7798):193.
- 3) Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) - WHO, January 23, 2020.

- 4) Li J, Wang Y, Gilmour S, Wang M, Yoneoka D, Wang Y, et al. Estimation of the epidemic properties of the 2019 novel coronavirus: A mathematical modeling study. *MedRxiv*. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.2.18.20024315>
- 5) Senel K, Ozdins M, Ozturkcan S. SPE approach for robust estimation of SIR model with limited and noisy data: The case for COVID-19. *Disaster Medicine Public Health Preparedness*. 2020;pp 1-22.
- 6) Cuevas E. An agent-based model to evaluate the COVID-19 transmission in facilities. *Comput Biol Med* 2020;121:103827. Doi: [10.1016/j.compbiomed.2020.103827](https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2020.103827)
- 7) Begley S. Disease modelers gaze into their computers to see the future of Covid-19, and it isn't good. February 14, 2020. [Internet] <https://www.statnews.com/2020/02/14/disease-modelers-see-future-of-covid-19/> Erişim: 12.8.2020.
- 8) IHME COVID-19 Model Comparison Team. Predictive performance of international COVID-19 mortality forecasting models. *MedRxiv* 14 July 2020. Doi: [10.1101/2020.07.13.20151233](https://doi.org/10.1101/2020.07.13.20151233).
- 9) Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Imperial College COVID-19 Response Team Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. 16 March 2020. doi: <https://doi.org/10.25561/77482>. [Internet] https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial_college_COVID-19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf. Erişim: 12.8.2020.
- 10) UK has enough intensive care units for coronavirus, expert predicts. *New Scientist*. March 25, 2020. [Internet] <https://www.newscientist.com/article/2238578-uk-has-enough-intensive-care-units-for-coronavirus-expert-predicts/>. Erişim: 12.8.2020.
- 11) Panovska-Griffiths J. Can mathematical modeling solve the current Covid-19 crisis? Editorial. *BMC Public Health* 2020;20. Article number:551. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08671-z>.
- 12) Türkiye Bilimler Akademisi. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. 20 Mayıs 2020, Ankara, TUBA Raporları No:34. ISBN: 978-605-2249-43-7.
- 13) Ertunç Ö, Mengüç MP, Küçükkaya RD. “Türkiye’de COVID-19 salgını normalleşme süreci ve dalgalanmalar” Sarıkaç. 2020. [Internet] <https://sarkac.org/2020/05/turkiyede-covid-19-salgini-normallesme-sureci-ve-dalgalanmalar/> Erişim: 12.8.2020.
- 14) Acar AC, Er AG, Burduroğlu HC, Sülkü SN, Aydın Son Y, Akın L, Ünal S. Projecting the course of COVID-19 in Turkey: A probabilistic modeling approach. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2020. Doi: [10.3906/sag-2005-378](https://doi.org/10.3906/sag-2005-378). [Internet] <https://europepmc.org/article/med/32530587>. Erişim: 12.8.2020.
- 15) Ankarali H, Ankarali S, Caskurlu H, Çag Y, Arslan F, Erdem H, et al. A Statistical Modeling of the Course of COVID-19 (SARS-CoV-2) Outbreak: A Comparative Analysis. *Asia Pac J Public Health* May 2020. Doi: [10.1177/1010539520928180](https://doi.org/10.1177/1010539520928180) [Internet] [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251623/). Erişim: 10.8.2020.
- 16) Aslan H, Wise MM, Lenhart S. “Modeling COVID-19: Forecasting and analyzing the dynamics of the outbreak in Hubei and Turkey” *medRxiv* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20061952>
- 17) Djilali S, Ghanbari B, Fractals CS. Coronavirus pandemic: A predictive analysis of the peak outbreak epidemic in South Africa, Turkey, and Brazil. *Chaos Solitons Fractals* 2020;13:109971 doi: [10.1016/j.chaos.2020.109971](https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109971). [Internet] [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274585](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274585/). Erişim: 12.8.2020.
- 18) Rhodes T, Lancaster K, Lees S, Parker M. Modelling the pandemic: attuning models to their contexts. *BMJ Global Health*. 2020. Doi: [10.1136/bmjgh-2020-002914](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002914). [Internet] [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307539/). Erişim: 12.8.2020.
- 19) Roda WC, Varughese MB, Han D, Li MY. Why is it difficult to accurately predict the COVID-19 epidemic? *Infect Dis Modelling* 2020;5:271-281.
- 20) Oran DP, Topol EJ. Prevalence of asymptomatic SARS-CoV-2 infection. *Annals of Internal Medicine* 2020 Jun 3: M20-3012. Doi: [10.7326/M20-3012](https://doi.org/10.7326/M20-3012). [Internet] <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3012>. Erişim: 12.8.2020.
- 21) Zimmer K. The SARS-CoV-2 pandemic has revealed the limitations of R_0 as no other disease outbreak has before, at a time when policymakers need accurate forecasts. *The Scientist*. July 13, 2020. [Internet] <https://www.the-scientist.com/features/why-R0-is-problematic-for-predicting-covid-19-spread-67690>. Erişim: 12.8.2020.
- 22) Wynants L, Calster BV, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, De Vos Maarten et al. Systematic review and critical appraisal of prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection. *medRxiv*. *BMJ* doi: [10.1136/bmj.m1328](https://doi.org/10.1136/bmj.m1328). [Internet] medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20041020v2. Erişim: 12.8.2020.

COVID-19 Küresel Salgını Döneminde Halk Sağlığı > Eğitimi

78

PROF. DR. NADİ BAKIRCI • INT. DR. EROL BARBUR

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 30 Ocak 2020'de COVID-19 salgınına "küresel acil durum" olarak ilan etmiştir ⁽¹⁾. Bu, son yılların en önemli halk sağlığı krizinin ve eğitim başta olmak üzere birçok alanda ciddi etkileri olacak bir dönemin başlangıcı olarak kabul edilebilir.

Bu küresel salgın tüm dünyada tıp eğitimini etkiledi ve bu süreçte birçok okul yeni duruma uyum sağlamak için hızlı bir şekilde uzaktan eğitime geçerek programlarını yeni duruma uyumlandırmaya çalıştı. Yüz yüze eğitimler çevrim içi verilmeye başlanırken stajlar ve saha uygulamaları yapılamadı. Bu sadece öğrencinin güvenliği ile ilgili değil aynı zamanda öğretim üyelerinin hasta yükü nedeniyle eğitime zaman ayıramaması ile ilgilidir. Ayrıca öğrencilerde artan endişe de bu süreçte önemli bir unsur oldu.

Tıp eğitiminde hekim yeterliklerinin oluşmasında uygulamalı eğitimler kaçınılmaz olarak hayati öneme sahiptir. Beceri ve tutum gelişimi; hastane, birinci basamak ve toplum içindeki hekimlik uygulamalarına katılma, gözlem yapma ve görev alma ile mümkündür. Bu nedenle, halk sağlığı eğitiminin önemli bir parçası olarak saha eğitiminin de bu süreçte önemli ölçüde etkilendiğini söylemek mümkündür.

Bazı ülkeler erken mezuniyet kararı verirken bazıları intörnleri sağlık çalışanları olarak salgın ile mücadelede görevlendirmişlerdir ⁽²⁾. Hekim adaylarının, bu süreçte yeterlikleri için önemli sayılan uygulamaları ve eğitim olanaklarını kaybetmiş olmaları düşünülebilir. Diğer yandan bu durum sağ-

lık sisteminin krizlerde verdiği yanıtı görmek açısından önemli deneyimler sunduğu da açıktır.

Türkiye'de 10 Mart 2020'de ilk COVID-19 vakası tespit edilmesinin ardından 13 Mart'ta eğitim ve öğretime ara verildi. 26 Mart 2020 tarihinde Yükseköğretim Kurulu (YÖK), üniversitelerde bahar döneminin geri kalanında eğitimin uzaktan ve çevrim içi olarak gerçekleşeceğini ve yüz yüze eğitimin yapılmayacağını ilan etti ⁽³⁾. Ayrıca sınavların "şeffaf ve denetlenebilir" olması şartıyla, dijital imkânlar veya ödev, proje gibi alternatif yöntemler uygulanarak yapılmasına dair bir karar aldı ⁽⁴⁾. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kalan eğitimlerine yönelik olarak öğrencinin tercihinin göre üç olanak sunuldu ⁽⁵⁾: Eğitimlerine kendi üniversite hastanelerinde devam etmek; buldukları şehirlerdeki bir başka üniversitenin hastanesinde veya Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlarında, aile hekimliği, halk sağlığı merkezleri gibi birimlerde saha uygulamalarına katılmak ve dijital imkanlarla uzaktan öğretim yoluyla ders, ödev, proje, vaka analizi gibi faaliyetlerle eğitimlerini tamamlamak. Bu durum sadece bahar döneminde yapılamayan intörnlik eğitimine yönelik olarak yaklaşık üç aylık süreyi kapsıyordu. Halk sağlığı eğitiminin de içinde olduğu saha ve hastanelerdeki intörnlik uygulamaları küçük bir grup gönüllü intörnlük katılımı dışında çevrim içi çözümlerle gerçekleşti. Bu nedenle pandemi koşullarında saha eğitime ait bir deneyimin bu dönemde oluştuğunu söylemek zor olacaktır. Birçok tıp fakültesinde 2020 yılı Temmuz ayında başlayan halk sağlığı uygulamalarında henüz bir

standart oluşmamış olmasına rağmen (Ağustos ayı itibarıyla) Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İş birliği (SEAB) Protokolleri kapsamında saha eğitimleri büyük oranda başlamış durumdadır. Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminde de farklı uygulamalar olduğu gözlenmektedir. Bazı fakültelerde uzmanlık öğrencileri sahadaki pandemi çalışmalarına katılırken bazıları eğitim hastanelerinde oluşan hasta yükünü hafifletmek için pandemi servislerinde görev almışlardır.

Türkiye’de tıp fakültelerindeki klinik eğitimin farklı şekillerde uygulanmış olduğunu görmekteyiz. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD), bilgisine ulaştığı 64 tıp fakültesinde intörnlük dönemine yönelik üç farklı uygulamanın yapıldığını bildirmiştir⁽⁶⁾:

1. Eğitime ara veren fakülteler (48 tıp fakültesi)
2. Gönüllük üzerinden intörnlük stajını sürdüren fakülteler (10 tıp fakültesi)
3. Eğitimi sürdüren tıp fakülteleri (6 tıp fakültesi)

Salgının değişkenlik göstermesi ve üniversitelerin kapasitelerine ve altyapısına bağlı olarak farklı uygulamaların oluşması doğaldır. Bundan sonraki pandeminin yarattığı olağan dışı durumlarda uygulamaların farklılaşmasını beklemek mümkündür. Burada önemli olan, her defasında vurgulanan şekliyle, temel hekimlik yeterliklerinin sağlanması ve sağlık kuruluşlarında ve toplumda yapılan eğitimin bu yeterlikleri sağlamak açısından vazgeçilmez olduğudur.

Pandemi sürecinde halk sağlığı eğitimine ait önemli bazı değişimler oldu. Öncelikle, halk sağlığı alanının ve yaklaşımının öneminin daha fazla fark edilmekte olduğu ve halk sağlığı içeriğine ve yöntemlerine olan gereksinimin belirginleştiği söylenebilir. Bireyi, sosyal ve çevresel özellikleri ile ele alan halk sağlığı yaklaşımının tıp eğitimindeki artan önemini David Sklar’ın⁽⁷⁾ ifadeleriyle vurgulayalım:

“Biyomedikal sağlık yaklaşımına verdiğimiz önem, Flexner döneminden beri tıp eğitiminde müfredatımıza ve değerlendirme sistemimize hâkim oldu, ancak müfredatımız artık sağlığı etkileyen davranışsal, sosyal ve çevresel faktörleri de içermelidir. Hastalık sürveyans sistemleri, hastalık ve kazaların önlenmesi ve afet planlaması sağlık meslekleri eğitiminin temel unsurları olmalıdır. Bu, bilimsel keşiflerin bir sonucu olarak kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti anlayışımızdaki dikkate değer ilerlemeleri karalamak değil, daha ziyade kişinin yaşadığı top-

lumu ve çevreyi kapsayan ekolojik bir çerçevenin önemini kabul etmektir. Biyomedikal model, nihayetinde COVID-19 için bir aşu oluşturacak klinisyen bilim insanları yetiştirebilirken, bir sonraki pandemiye önleyecek iş gücü üretmeyecek veya buna etkili bir şekilde yanıt verebilecek sağlık sistemini oluşturamayacaktır.”

Bu süreç, sağlığın sosyoekonomik etkenlerinin azaltılmasının önemini göstermiştir. Toplumlardaki halk sağlığı sorunları değiştikçe gelecek hekimlerin eğitimi de dönüşecektir. Küresel toplumumuzda tıbbın ve halk sağlığının beraber ele alınacağı ve birbirine entegre olacağı bir durum oluştuğunu düşünebiliriz⁽⁸⁾.

Mezuniyet öncesi ve sonrası halk sağlığı eğitiminin hedefleri doğrultusunda bazı konuların önceliğinin arttığını söyleyebiliriz:

- Epidemiyoloji ve istatistik
- Salgınların incelenmesi ve salgın mücadelesi
- Sağlık politikaları
- Sağlık yönetimi
- Sağlık okuryazarlığı ve infodemi
- Olağan dışı durumlar/afetlerde sağlık hizmetleri
- Halk sağlığı ve etik
- Enfeksiyon kontrolü
- Sağlık iletişimi
- Tanı ve tarama testleri
- Sağlık hakkı, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlıkta eşitsizlik
- Bilimsel düşünce, kanıta dayalı halk sağlığı uygulamaları, kanıta dayalı tıp
- Stres yönetimi
- Belirsiz ve değişken durumlar ile çalışabilme

Elbette bu listeyi çoğaltmak mümkündür.

Yeni Koronavirüs Hastalığı küresel salgını, tıp eğitimi programlarında pandemi hazırlığının yer alması gerekliliğini ortaya koymuştur. Pandemiye hazırlıklı olmak için tıp eğitimi programlarının güçlendirilmesi ve bu açıdan halk sağlığı alanına ait konuların ilişkilendirilmesi ile ilgili olarak Aslan ve Sayek (2020) tıp eğitiminde öne çıkan başlıkları şu şekilde gruplandırmışlardır⁽⁹⁾:

1. Pandemi simülasyonları
2. Pandemi yönetimi, epidemiyoloji
3. Sosyal hesap verebilirlik, şeffaflık gibi kavramlar
4. Etik yaklaşım ve etik ikilemler
5. Çok disiplinli ve disiplinler arası yaklaşımlar
6. Toplum temelli modeller
7. Toplum odaklı modeller

Pandeminin yarattığı etki ve bu etkinin giderilmesi kapsamında, birinci basamak ve temel sağlık hizmetleri yaklaşımı başta olmak üzere, topluma yönelik koruyucu önlemler ve sağlık iletişimi, risk algısı ve risk yönetimi gibi özellikli konuların tıp eğitimindeki yeri ve önemi önümüzdeki dönemde araştırmamız gereken konular olarak duruyor.

Tıp öğrencilerinin halk sağlığını daha iyi tanımları için öğretilebilir ve öğrenilebilir olduğu bu dönemde, sanal ortamda çalışan ve iş birliği yapan tıp eğitimcilerinin bu çalışmalarına halk sağlığını da eklemeleri önerilmektedir ⁽¹⁰⁾.

Tıp eğitiminde pandemi hazırlığı konusunda pandemi senaryoları, tartışmalar ve probleme dayalı öğretimin önemli bir yeri vardır ⁽¹¹⁻¹²⁾. Bu bağlamda, senaryolar üzerinden yapılan eğitimlerden gerçek olgulara bir geçişin sağlanabileceğini düşünebiliriz.

Halk sağlığı eğitiminin planlanması, uygulanması ve değerlendirilme aşamaları pandemi koşullarında farklılıklar gösterilebilir. Bu dönemde yürütülecek eğitimlerde özellikle öğrencilerin sağlığı ve güvenliğinin öncelikli olarak sağlanması ve yükselen kaygıları ile baş edebilmelerine yardım etmek önemli olacaktır. Bunun için düzenli olarak bir araya gelmek ve “debrifingler” yapmak önerilebilir. Ayrıca, saha eğitimcileri ve sağlık müdürlükleri ile olan düzenli iletişim de çok önemli olacaktır.

Halk sağlığı eğitiminin diğer klinik alanlarda olduğu gibi pandemi döneminde hibrit olarak yürütülmesi, bilişsel hedeflerin çevrim içi ortamlarda özellikle etkileşimli buluşmalarla yürütülmesi, bunun yanında uygulamaların ve saha eğitiminin yerinde ve sağlık hizmetlerine katılarak yürütülmesi önemli olacaktır.

Pandemi koşullarında Yükseköğretim Kurulu hazırladığı rehberde “yeni normal” dönem için sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, hastaneler ve Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatlarında yapılacak olan stajlar ve uygulamalı eğitimler için aşağıdaki önerileri sunmuştur ⁽¹³⁾:

- Bu eğitimlere başlamadan önce eğitim ve öğretim dönemi başında öğrencilere enfeksiyon kontrol önlemlerine yönelik eğitim verilmesi,
- Doğrudan ilgili stajlarda değilse, mümkün olduğunca kesin tanı COVID-19 hastası bulunan servis ve birimlerde öğrenciler bulunmayacak şekilde planlama yapılması,
- Fiziki alanların kapasiteleri ve havalandırma koşulları da gözetilerek grupların oluşturulması,

- Hastayla temas edilmesi gereken durumlarda enfeksiyon kontrol önlemleri gözetilerek uygulamalara devam edilmesi,
- Öğrencilere enfeksiyon kontrol önlemlerinde gerekli tedbirlere uyması gerektiğinin yazılı ve sözlü olarak hatırlatılması,
- Yayınlar üzerinden vaka tartışması gibi grup çalışmalarının mümkün oldukça dijital ortamlarda yapılması,
- Sağlık merkezlerinde gereksiz kalış sürelerinin azaltılarak belirli saat aralıklarında yoğunlaştırılmış pratik uygulamalar yapılacak şekilde planlama yapılması, kalan süreler için kazanımlara yönelik olarak dijital ortamda hasta görüşmeleri, vaka analizleri, proje, sunum hazırlama/makale yazımı/ödev gibi uygulamaların da ek olarak değerlendirilmesi.

Pandemi döneminde eğitimin planlanmasında önceliklerin belirlenmesi ve kaynakların değerlendirilmesi çok önemli olacaktır ⁽¹⁴⁾.

- Hangi eğitim etkinlikleri mutlaka devam ettirilmelidir?
- Neler ertelenebilir? (Örneğin seçmeli dersler)
- Neler uyarlanabilir? Eğitimin hangi kısımları çevrim içi hale getirilebilir? Uygulama ve becerilerin hangi kısımları demonstrasyon olarak çevrim içi yapılabilir?
- Neler azaltılabilir veya kısaltılabilir?

Burada önemli olan çekirdek programda mutlaka ulaşılmaması gereken yeterliklerin ve uygulamaların belirlenmesidir. Programda seçmeli hale getirilebilecek ve/veya programdan çıkartılabilecek (müfredat seyreltmesi yapmak) içerik belirlenebilirse sık tekrar ve daha etkin ve etkileşimli eğitim etkinlikleri için fırsat yaratabiliriz. Ayrıca, saha uygulamaları için ön hazırlık ve uygulamaya ait bilgilerin önceden çevrim içi şekle getirilip stajyerlere verilebileceğini unutmamak gerekir.

Tıp Eğitimi Programlarının Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD), tıp fakültelerinin yeni koşullara yönelik çalışmaları ile ilgili düzenli olarak açıkladığı görüşlerinde özellikle halk sağlığı uygulamalarının da içinde olduğu hekimlik uygulamalarının ve yeterliklerin önemini her defasında vurgulamış ve program hedeflerini karşılayacak şekilde düzenlemelerin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Buna göre staj dönemlerinde iki duruma vurgu yapılmıştır:⁽⁶⁾

- Eğitim süresinin uzaması kaygısıyla uzaktan eğitim ya da bir kısmı uzaktan yapılmak üzere planlanabilecek eğitim etkinliklerinin fakülteleri kazanımlara ulaşma hedeflerinden uzaklaşmaması,
- Öğrencilerin tanımlanan yetkinliklere/kazanımlara sahip olarak eğitim süreçlerini tamamlamaları ve uygun ölçme değerlendirme yöntem ve araçlarının kullanılması hedeflenmelidir.

İntörnlük programının meslek hayatına geçiş dönemi olarak tıp eğitiminin önemli bir aşaması olduğu vurgulanmış ve bu dönemde farklı olarak tıp fakültesi eğitim programının ilk beş yılının kazanımlarıyla bütünleşecek şekilde, araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri rehberliğinde/gözetiminde yapılan hekimlik uygulamaları ile öğrencilere yetkinlik kazandırıldığı ifade edilmiştir ⁽⁶⁾. Bu çerçevede hekimlik uygulamalarına katılımın ve saha eğitiminin vazgeçilemez olduğunu bir kez daha vurgulamak gerekir.

Eğitim ve öğretimin kalite güvence sisteminin bir parçası olarak izlem, kayıt ve paylaşım genellikle kriz dönemindeki hızlı hareket ve günlük ihtiyaçların karşılanması sürecinde atlanır ama bu da son derecede önemlidir. Bu denli ağır ve uzun süren bir krizin tüm alanlarda olduğu gibi tıp eğitiminde de kalıcı değişiklikler yaratacağı ortadadır. Zihnimizi temizleyip, gerçekten neyin gerekli olduğuna odaklanırsak ve bu mutlak gerekliliklerin karşılanmasını sağlarsak halk sağlığı ve genel olarak tıp eğitiminin kazanımlarına ulaşabiliriz.

Sorunları ve hedefleri açıkça ortaya koymak ve ortak akıl ile çözümler üretmek bu olağan dışı dönemin önemli unsurlarından biri olacaktır. Eğitimin kısa ve uzun vadeli sonuçlarını öngören stratejik planlar yapmak, koşullar değişirse veya planlarda aksamalar olursa alternatif planların devreye girmesi için bu planların esnek ve alternatifli olması önemlidir. Adil, şeffaf ve toplumsal sorumluluğu ön planda tutan bir yaklaşımla süreci yönetmek gerekir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization, 2020. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 10. WHO. [Internet] <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 2) DeWitt DE. Fighting COVID-19: Enabling Graduating Students to Start Internship Early at Their Own Medical School. *Ann Intern Med* 2020;173 (2):143-144.
- 3) Yükseköğretim Kurulu, 2020. Press Release. YÖK. [Internet] <https://www.yok.gov.tr/en/Sayfalar/news/2020/Process-of-Distance-Education-and-The-New-Exam-Date-for-YKS.aspx>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 4) Yükseköğretim Kurulu, 2020. YÖK'ten Üniversitelerdeki Sınavların Yüz Yüze Gerçekleştirilmeyeceğine İlişkin Karar. YÖK. [Internet] <https://covid19.yok.gov.tr/Sayfalar/HaberDuyuru/yok-ten-sinavlara-iliskin-karar.aspx.aspx>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 5) Yükseköğretim Kurulu, 2020. YÖK'ten Salgın Sürecinde Doktor Adaylarının Mezuniyetlerini Kolaylaştıracak Yeni Karar. YÖK. [Internet] <https://covid19.yok.gov.tr/Documents/alinan-kararlar/13-doktor-adaylarinin-mezuniyetine-iliskin-karar.pdf>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 6) Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği, 2020. COVID-19 Nedeniyle TEPDAD tarafından yapılan önerilerin tümü. TEPDAD. [Internet] <http://tepdad.org.tr/announcement/9>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 7) Sklar DP. COVID-19: Lessons From the Disaster That Can Improve Health Professions Education [published online ahead of print, 2020 Jun 15]. *Acad Med* 2020;10.1097/ACM.0000000000003547. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003547>.
- 8) Rao R, Hawkins M, Ulrich T, Gatlin G, Mabry G, Mishra C. The Evolving Role of Public Health in Medical Education. *Front Public Health* 2020;8:251.
- 9) Aslan D, Sayek İ. We need to rethink on medical education for pandemic preparedness: lessons learnt from COVID-19. *Balkan Med J* 2020;37 (4):178-179.
- 10) Maeshiro R, Carney JK. Public health is essential: COVID-19's learnable moment for medical education [published online ahead of print, 2020 May 20]. *Acad Med* 2020;10.1097/ACM.0000000000003517. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003517>.
- 11) Carney JK, Schilling LM, Frank SH, et al. Planning and incorporating public health preparedness into the medical curriculum. *Am J Prev Med* 2011;41 (4 Suppl 3):S193-S199.
- 12) Marshall CS, Yamada S, Inada MK. Using problem-based learning for pandemic preparedness. *Kaohsiung J Med Sci* 2008;24 (3 Suppl):S39-S45.
- 13) Yükseköğretim Kurulu, 2020. Küresel Salgında Yeni Normalleşme Süreci. YÖK. [Internet] <https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/2020/kuresel-salginda-yeni-normallesme-sureci-2020.pdf>. Erişim:15 Eylül 2020.
- 14) Tolsgaard MG, Cleland J, Wilkinson T, Ellaway RH. How we make choices and sacrifices in medical education during the COVID-19 pandemic. *Med Teach* 2020;42 (7):741-743.

Pandemi Mücadelesi İçin Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitim Müfredatı Nasıl > Güncellenmeli?

79

PROF. DR. FERDA ÖZYURDA • PROF. DR. DİLEK ASLAN

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Deneyimleri Üzerinden Değerlendirmeler

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) dünyada ve Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitiminin içeriğinin ve yöntemlerinin yeniden ele alınmasını gerektirmiştir. Çeşitli uzmanlık alanlarında uygulama süreçleri pandemi önlemleri kapsamında değişmekle beraber uzmanlık eğitimi süreçleri de değişmiş, web tabanlı sesli ve görüntülü video konferanslar şeklinde eğitim uygulamaları, COVID-19’u önceleyen konuların ele alınması söz konusu olmuştur ⁽¹⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 30.1.2020 tarihinde COVID-19’un acil durum ilanı ve 11.3.2020 tarihinde de pandemi ilanı sürecinde, Türkiye’de ilk vaka 10.3.2020 tarihinde bildirilmiş ve ülkede pandemi önlemleri alınmaya başlanmıştır. Halk sağlığı uzmanlarının il pandemi kurullarında, il ve ilçe sağlık müdürlüğü, halk sağlığı kurumunda görev almaları salgın yönetiminde önemli hale gelmiştir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), 30.3.2020 tarihli “*Umut ve Endişe*” başlıklı bildirisinde pandemi kontrol sürecinde halk sağlığı uzmanlarının hem pandemi kurullarında hem de bilim kurulunda yer almaları gerektiğini ve bu konuda yer almaya hazır olduklarını ifade etmişlerdir ⁽²⁾. Ulusal medyadan da takip edildiği üzere; ⁽³⁾ Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu’na 6.4 2020 tarihinde yedi halk sağlığı öğretim üyesi görevlendirilirken HASUDER’in ‘Pandeminin 28. Günü’ değerlendirmesinde il pandemi kurullarının yarısından azında halk sağlığı

uzmanları yer alabildiği bildirilmiştir. Ancak, halk sağlığı uzmanları pandemi sürecinde il, ilçe sağlık müdürlüğü, halk sağlığı kurumu ve hastane ortamlarında görev almışlardır ⁽⁴⁾.

Bu yazı kapsamında halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin pandemi mücadelesi kapsamında değerlendirilmesi güncel bir hizmet içi durum tespit çalışmasının bazı verilerinden yararlanarak yapılmaya çalışılmıştır. Yazıda aynı zamanda uzmanlık eğitiminin süreç değerlendirilmesi de yer almıştır.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu üyeleri tarafından 12.5.2020 ve 31.5.2020 tarihleri arasında çevrimiçi bir sistem aracılığı ile oluşturulan bir veri toplama formu aracılığı ile halk sağlığı uzmanlık öğrencilerine ve alanda çalışan uzmanlarına yönelik olarak 57’si uzman 133’ü uzmanlık öğrencisi 170 kişinin katıldığı durum tespiti ve hizmet geliştirilmesi çalışmasında katılımcıların %89,4’ünün pandemi sürecinde fiilen görev aldığı belirlenmiştir. Görev alınan yerler %60,5 sıklığında triyaj, poliklinik, enfeksiyon kontrol komitesi gibi daha çok hastane ortamları, %21,0 sıklığında İl Sağlık Müdürlüğü ve %15,1 sıklığında İlçe Sağlık Müdürlüğü olmuştur. Temel amacı pandemi sürecinde alınan uzmanlık eğitiminin yeterli olup olmadığı, uzmanlık eğitiminin ihtiyaç analizi olan çalışmaya katılanların sadece %26’sı aldıkları uzmanlık eğitimi pandemi sürecinde yeterli bulmuşlardır. Uzmanlık eğitimi içeriğinde %71,7’si salgın yönetimi (salgın analizi, sürveyans ve fiyasyonun ayrıntılı incelenmesi, pandemi planı hazırlama ve uygulama, acil durum eylem planı yapma, salgın eğrisi değerlendirme, salgında kriz yönetimi) konularının uygulamalı, se-

naryolar üzerinden ve simülasyon teknikleriyle ele alınmasını, %11,1'i bulaşıcı hastalıklar epidemiyoloji ve %3,9'u salgın epidemiyolojisine ilişkin matematiksel modelleme, %9,1'i çalışma ortamında iletişimde problem çözme eğitiminin ve topluma yönelik sağlık eğitimine gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

Halk sağlığı uzmanlık eğitimi halk sağlığı uzmanına salgınlar dahil her konuda toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi sorumluluğunu vermektedir.

Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitimi, 2008 yılından bu yana Tıpta Uzmanlık Kurulu çalışmaları kapsamında, Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Halk Sağlığı Uzmanlığı Eğitimi Çekirdek Müfredatı ⁽⁵⁾ ile sürmektedir. Bu değerli çalışmaların güncellenmiş formatı 11.9.2019 tarihindedir. İlgili çalışmalarda halk uzmanının yetkinlikleri arasında *sürveyans sistemi, salgın mücadelesi, girişimsel yetkinlikler kapsamında da sürveyans ve salgın kontrolünü yapma* yer almaktadır ⁽⁶⁾.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu eğitim programlarını geliştirme komisyonunun raporunda da, benzer başlıklar; *toplum sağlığı yetkinliklerinde sürveyans sistemini yönetme, bulaşıcı hastalıklarla ilgili hizmetleri yönetme ve girişimsel yetkinliklerde sürveyans sistemi kurma, salgın mücadelesi ile ilgili hizmetleri planlama ve programları değerlendirme ana başlıkları altında halk sağlığı uzmanının sahip olması gereken yetkinlikler* şeklinde tanımlanmıştır (Tablo 79.1) ⁽⁷⁾. Bu çalışmalar çok sayıda halk sağlığı

uzmanının kamusal ve/veya meslek örgütü çalışmaları kapsamında değerli ve sürekli katkısı ile geliştirilmektedir.

Pandemi sürecinde halk sağlığı uzmanlarının ve uzmanlık öğrencilerinin görüşlerine başvuran değerlendirmenin sonucuna göre, çekirdek eğitim müfredat içeriğinde bulunan eğitim içeriğinin fiilen görev alınan pandemi sürecinde etkinliğinin yetersiz olduğu katılımcıların önemli bir kısmı tarafından ifade edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan alınan geri bildirimlere dayanarak kullanılan eğitim yöntemlerinin de farklılaştırılması ve buna ilişkin ilişkin ayrıntılı çalışmaların yapılması gereklidir. Bu nedenle, halk sağlığı yeterlik kurulunun temel görevi kapsamında, tüm sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarının ve halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin katılımına açık şekilde pandemi sürecinde pandemi risklerini önleyecek biçimde dijital ortamda konunun uzmanları tarafından, senaryo, simülasyon gibi yöntemlerle webinarlar şeklinde eğitimlerin sunulması, daha sonraki süreçte de sürekli eğitim ve mesleki gelişim kapsamında eğitimlerin yaz, kış okulları, kongre kursları şeklinde yeterlik kurulunca belirlenen yetkinlikler çerçevesinde sürdürülmesi uygun olacaktır.

Geçmişten bugüne halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitimine emek veren, gönül veren her bireyin katkısı son derece değerlidir. Bu çalışmaların kolektif emek ile geliştirilerek geleceğe taşınması da alanda görev yapan herkesin sorumluluğundadır.

Tablo 79.1 Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eğitim Programları Geliştirme Komisyon raporunda yer alan salgın yönetimi ve kontrolü ile ilgili yetkinlikler.⁽⁷⁾

Yetkinlik	
Toplum Sağlığı Yetkinlikleri	
Sürveyans sistemini yönetir	<ul style="list-style-type: none"> • Sürveyansın amaçlarını açıklayabilir. • Sürveyans türlerini açıklayabilir • Endemi, epidemi, pandemi, sporadi tanımlarını açıklayabilir. • Enfeksiyon hızlarının epidemiyolojik analizini yapar. • Salgın varlığını belirler. • Retrospektif sürveyansı yönetir. • Prospektif sürveyansı yönetir. • Aktif sürveyansı yönetir. • Pasif sürveyansı yönetir. • Enfeksiyon kontrol programlarını yürütür/katılır. • Enfeksiyon kontrol önlemlerini değerlendirir. • Sürveyansla toplanan verileri bilgiye dönüştürür. • İlgili birimlere geri bildirim verir.
Bulaşıcı hastalıklarla ilgili hizmetleri yönetir	<ul style="list-style-type: none"> • Toplumda yaygın görülen bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojilerini açıklar • Bulaşıcı hastalıklarda enfeksiyon zinciri kavramını açıklar • Bulaşıcı hastalıkların toplumdaki yapısı, gelecekteki durumlarıyla ilgili tahminlerde bulunur • Bulaşıcı hastalıklarda birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemlerini sayar • Hava yoluyla bulaşan hastalıkların epidemiyolojik özelliklerini, korunma kontrol önlemlerini açıklar • Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların epidemiyolojik özelliklerini, korunma kontrol önlemlerini açıklar • Temasla bulaşan hastalıkların epidemiyolojik özelliklerini, korunma kontrol önlemlerini açıklar • Vektörlerle bulaşan hastalıkların epidemiyolojik özelliklerini, korunma kontrol önlemlerini açıklar • Zoonozların epidemiyolojik özelliklerini, korunma kontrol önlemlerini açıklar • Bulaşıcı hastalıklarla ilgili ulusal düzeyde yürütülen programları sayar • Ulusal programların öğelerini açıklar • Uluslararası boyut kazanmış hastalıklar için yürütülen uluslararası programların öğelerini sayar • Sürveyans sistemini yapılandırır • Bulaşıcı hastalıkların sürveyansını yapar • Bulaşıcı hastalıklara karşı kaynağa yönelik önlemleri sayar • Bulaşıcı hastalıklar için sağlam kişiye yönelik önlemleri önerir • Bulaşma yoluna yönelik genel önlemleri sayar • Bulaşıcı hastalıklar çıkmadan önce alınması gereken önlemleri sayabilir • Bulaşıcı hastalıklar çıkmadan önce alınması gereken önlemleri uygulayabilir • Alınan önlemleri izler, değerlendirir • Bulaşıcı hastalık kontrolünde örgüt içi işbirliğini sağlar • Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde toplum katılımını sağlar • Alınan önlemleri topluma tanıtır • Toplumla iletişim kanallarını kullanır • Bulaşıcı hastalıkların kontrolünün çok sektörlü yaklaşım gerektirdiğini benimser (tutum) • Sektörler arası iletişim kanallarını kullanır • Çok sektörlü yaklaşımı içeren bulaşıcı hastalık kontrol programları geliştirir ve uygular

Tablo 79.1 (DEVAM)⁽⁷⁾

Girişimsel yetkinlikler	
Sürveyans sistemi kurar	<ul style="list-style-type: none"> • Ulusal ihtiyaçlara göre bildirim gereken verileri belirler • Sürveyans sisteminde yer alacak sağlık sorunları ya da hastalıkları kurumsal, ulusal ve uluslararası olarak gruplandırır • Yerel ve ulusal veri kaynaklarını belirler • Bildirim sisteminde yer alan sağlık sorunları ya da hastalık bildirimlerinin kurumsal, ulusal ve uluslararası düzeyde hangi form aracılığıyla, hangi birime, ne kadar sıklıkta ve kim tarafından yapılacağını belirler • Her bir vaka için hangi bilgilerin olması gerektiğini tanımlar • Sağlık sorunları ya da hastalıklar için alınacak önlemleri tanımlar • Bildirim sisteminde verilerin toplanması, analizi, yorumlanması ve geri bildiriminde görev alacak personelleri belirler • Personelin eğitim ihtiyacını saptama ve giderme yöntemini tanımlar • Bilgilendirilecek tarafları saptar • Bilgilendirilecek taraflar için uygun bilgilendirme yöntemini ve içeriğini belirler • Bir sürveyans sisteminin denetim yöntemini hazırlar • Sürveyans hizmetlerini kurumsallaştırır
Salgın mücadelesi ile ilgili hizmetleri planlar, programlar değerlendirir	<ul style="list-style-type: none"> • Sürveyans sisteminden gelen verileri izler, analiz eder • Vaka sayılarındaki artışın salgın olup olmadığını ayırt eder • Salgın insidans eğrisi çizer • Salgın insidans eğrisini yorumlar • Vaka sayılarındaki artış gösteren hızları hesaplar • Aktif olgu arama çalışmasını uygular • Olguları olası, kuvvetle olası, kesin vaka olarak ayırır • Bulaşıcı hastalıklarda salgınlara neden olabilecek etkenleri sayar • Kaynağa yönelik vaka kontrol tipinde araştırmalar yapar • Araştırma sonucunda elde edilen sonuçları yorumlar • Vakaları kişi yer zaman yer özelliklerine göre ayırır • Risk altındaki grupları belirler • Salgınlarda risk altındaki gruplara yönelik önlemleri sayar • Hizmette öncelikli grupları belirler • Sağlam kişiye yönelik önlemleri uygular • Kişisel hijyen, konut sağlığı, sağlığı tehdit eden kuruluşlar, su ve besinleri araştırır • Salgınlarda bulaşma yönelik önlemleri uygular • Salgınlarda kaynak olabilecek durumların (insan, hayvan, gıda vb) tanımını yapar • Salgınlarda kaynağa yönelik önlemleri uygular • Salgınlarda kaynağın bulunması çalışmalarını yürütür • Kaynağa, bulaşma yoluna ve sağlam kişiye yönelik hizmetlerin sürekliliğini sağlar • Alınan önlemleri sürekli izler • Salgın süresince yapılan işleri raporlar • Salgın durumunda iletişimin, bilgi paylaşımının önemini benimser • Salgın durumunda hızlı toplum bilgilendirme çalışmaları uygular • Salgınla ilgili verileri bilgi haline dönüştürüp üst ve alt kademe yöneticilere sunmanın önemini açıklar

Kaynaklar

- 1) Juprasert JM, Gray KD, Moore MD, et al. Restructuring of a general surgery residency program in an epicenter of the coronavirus disease 2019 pandemic: lessons from New York City. *JAMA Surg*. Published online July 07, 2020. doi:10.1001/jamasurg.2020.3107.
- 2) 30 Mart 2020 tarihli Umut ve Endişe Bildirisi, HASUDER. [Internet] <https://hasuder.org.tr/umut-ve-endise/> Erişim tarihi: 12.8.2020.
- 3) [Internet] <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/saglik-bakani-koca-duyurmustu-iste-ikinci-bilim-kurulundaki-o-isimler-41487377>Erişim tarihi: 12.8.2020.
- 4) Pandeminin 28. Gün Değerlendirilmesi, HASUDER. [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/pandeminin-28-gun-degerlendirmesi/> Erişim tarihi: 12.8.2020.
- 5) Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, V1. (2008) [Internet] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13613,halksagligi2008doc.doc?0> Erişim tarihi: 12.8.2020.
- 6) Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi, Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [Internet] V4. (2019) <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50101/halk-sagligi.html> Erişim tarihi:12.8.2020.
- 7) Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu eğitim programları geliştirme komisyonu eğitim müfredatı [Internet] <https://halksagligiyeterlik.org/hasuder-yeterlilik-ogrenim-hedefleri/> Erişim tarihi: 12.8.2020.

COVID - 19

Yeni Koronavirüs Hastalığı 2019

<https://korona.hasuder.org.tr>

Pandemi Sürecinde Halk Sağlığı Uzmanları Derneği > (HASUDER) Çalışmaları

80

HASUDER YÖNETİM KURULU

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yönetim Kurulu, pandeminin erken dönemi itibari ile aşağıdaki başlıklarda çalışmalarını başlatmış ve genişleterek sürdürmektedir.

Doğru, güncel ve güvenilir bilgiye ulaşmada kaynak olmak ve toplumun doğru şekilde bilgilendirilmesi

- Basın ve medya organları ile iletişim güçlü tutulmuş ve sürdürülmüştür. Derneğimize bu süreçte birçok röportaj, program katılımına uzman önerisi ile ilgili başvuru yapılmıştır. Gönüllü uzmanlar listesi oluşturularak yazılı ve görsel basında Halk Sağlığı uzmanlarının yer alması ve toplumun en doğru şekilde bilgilendirilmesine katkı sağlanmıştır. Basın organları tarafından derneğimize yapılan başvurular Dernek sekreterimiz tarafından bu amaç doğrultusunda yönlendirilmiştir.
- HASUDER görüşleri ulusal basında çok okunan birçok köşe yazarının köşesinde yer almıştır.
- Yeni Koronavirüs Web Sayfası / Korona Postası⁽¹⁾

Yönetim Kurulumuzun üyelerine çağrısıyla 14 Mart 2020 tarihinde “Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Görev Grubu” oluşturulmuş ve COVID-19 ile ilgili çalışmalarına başlamıştır. Başlangıçta 12 üyemiz ile çalışmalarına başlayan Görev

Grubu zamanla büyüyerek ve alt çalışma gruplarına bölünerek toplamda 43 üyemiz ile yoluna devam etmektedir. Görev Grubunun çalışmalarını görünür kılmak için HASUDER çatısı altında ayrı bir web sayfası kurulmuş ve www.korona.hasuder.org.tr adresinde yayına başlamıştır. Web sitesinde farklı kategoriler altında (DSÖ kaynaklarından çeviriler, durum raporları, öneriler, infografikler, ...) çok sayıda doküman yayınlanmıştır. COVID-19 Pandemisi ile ilgili dünyada ve ülkemizdeki güncel gelişmeleri takip etmek, güncel verileri değerlendirmek ve güncel literatürü takip ederek dikkate değer bulunanları sunmak adına bir bülten yayınlanmasına karar vermiştir. “Korona Postası” adı altında başlangıçta günlük olarak yayımlanan bülten Haziran ayından itibaren haftalık olarak yayın hayatına devam etmiştir.

- KoronaTube⁽²⁾

KoronaTube COVID-19 pandemisinde topluma, sağlık çalışanları ve yöneticilere doğru bilgi ulaştırmak amacı ile, alanın uzmanlarının bir araya gelerek oluşturduğu bir platformdur. Amacı topluma bilimsel gerçekler doğrultusunda bilgi sunmak ve bilgi kirliliğine bir miktar çözüm üretmektir. Başta alanın Uzmanları olan Halk Sağlığı Uzmanları, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları, Mikrobiyoloji Uzmanları ve Yoğunbakım Uzmanlarının medya-daki konuyla ilgili videoları toplanıp, herkese tek bir platformda ulaşılabilir kılınmaktadır.

Kurum, Kuruluş, Meslek Örgütleri ile İletişim ve Dayanışma

Sağlık Bakanlığı

- Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Danışma Kurulu/Toplumda Salgın Yönetiminde üyelerimizden Prof. Dr. Levent Akın, Prof. Dr. Deniz Çalışkan, Prof. Dr. Selma Metintaş, Prof. Dr. Pınar Okyay, Prof. Dr. Ali Özer, Prof. Dr. Seçil Özkan, Prof. Dr. Mustafa Öztürk ve Prof. Dr. A. Tevfik Sünter görevlendirilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Toplum Bilimleri Kurulunda üyelerimizden Prof. Dr. Mustafa Mustafa Necmi İlhan yer almaktadır.

Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Grubu

- TTB COVID-19 İzleme Grubu 28.0.2020 tarihinde kurulmuş ve ilk toplantısının ardından Türkiye’de Koronavirüs’un son durumuna ilişkin basın toplantısını gerçekleştirmiştir⁽³⁾.
- Halk Sağlığı Uzmanları Prof. Dr. Feride Aksu Tanık, Prof. Dr. Nilay Etiler, Prof. Dr. Kayıhan Pala, Doç. Dr. Aslı Davas ve Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz yer aldığı TTB COVID-19 İzleme Grubuna HASUDER adına Prof. Dr. Sarp Üner katılmaktadır⁽⁴⁾.
- İki haftada bir toplanan kurul, güncel konularla ilgili COVID 19 pandemisinin dünya ve Türkiye’deki durumu için aylık değerlendirmelerde bulunmaktadır. Bu değerlendirmeler 1. 3. ve 5. aylarda basın toplantıları ile duyurulmuştur. Pandeminin Türkiye’deki 2. ve 4. aylarında ise basın toplantılarının yanı sıra “TTB COVID-19 Pandemisi Değerlendirme Raporu” şeklinde de kamuoyu ile paylaşılmıştır⁽⁵⁾.
- İzleme kurulu ayrıca, pandemi ile ilgili güncel konular ve sorunlarla ilgili webinarlar, podcastler de hazırlamaktadır.

Meslek Örgütleri Pandemi Süreci Değerlendirme Toplantıları

Bu süreçte yapılan birçok değerlendirme toplantısına HASUDER adına konuyla ilgili bir üyemizin katılımı sağlanmıştır.

HASUDER Resmi Görüşleri

HASUDER, COVID-19 pandemisinin başlamasından bugüne kadar toplam 6 görüş yayımlamıştır.

Bu görüşlerin her birinde pandemi sürecinin yönetiminin bütünüyle bir Halk Sağlığı Profesyonelinin görevi ve hatta sorumluluğu olduğu bütün ayrıntısı ile vurgulanmıştır.

- 12/03/2020 tarihinde ilk vakanın tespitinden hemen sonra ilk görüş yazısında vaka yönetim şemaları geliştirilmesi, izolasyon, karantina, tanı koyma kapasitesi gibi konulara değinilerek acil öneriler sunulmuştur⁽⁶⁾.
- 23/03/2020 tarihinde ikinci görüş yayımlanmış ve salgın yönetimi, surveyans, verilerin izlenmesi ve paylaşılması, tanı-tedavi ve izleme, sağlık çalışanları ile ilgili öneriler, risk iletişimi ve vatandaşların katılımı başlıklarına değinilmiştir⁽⁷⁾.
- 30/03/2020 tarihinde “Umut ve Endişe” başlıklı görüş yazısında, toplum hareketliliğinin kısıtlanması ve bunun için toplumsal ihtiyaçların bütünü ile karşılanması için gerekenler ve halk sağlığı camiası ile işbirliği olması gerekliliği ve göreve hazır olduğumuz hususunda öneriler sunulmuştur⁽⁸⁾.
- 09/04/2020 tarihinde “Bir an önce yapılması gerekenler” konulu 4. Görüş yazısında veri şeffaflığının önemi yinelerek vurgulanmış, Halk Sağlığı Anabilim Dalları ile işbirliğinin önemi tekrar edilmiştir. Ulusal düzeyde planlanan stratejilerin yerele uyarlanması gerekliliği ifade edilmiştir. Öncelikli gruplarda ve toplumda COVID-19 ile ilgili gelişmiş olan bağışıklığın değerlendirilmesine yönelik araştırmaların planlanması önerilmiştir⁽⁹⁾.
- 14/06/2020 tarihinde “Endişeliyiz” başlıklı 5. Görüş yazısında 1 Haziran sonrası “normalleşmenin” ardından vaka sayılarının hızlı bir artış göstermesinin uyandırdığı kaygılara değinilmiştir. Basamaklandırılmış normalleşmenin olması gerekliliği vurgulanmış, veri paylaşımı ve şeffaflık hususlarına bu görüş yazısında da değinilmiştir. Sağlık okuryazarlığı da göz önüne alınarak kişilerin farkındalıklarının artırılması için öneriler sunulmuş, COVID-19’un “meslek hastalığı” olarak değerlendirilmesi önerilmiştir. Sağlık Çalışanlarının her görüş yazısında maddi ve manevi desteklenmesi önemle vurgulanmış, bu görüş yazısında da yinelenmiştir. İl Pandemi Kurullarında Halk Sağlığı Uzmanlarına yer verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bir önceki görüş yazısında önerilen bağışıklığın değerlendirilmesine yönelik araştırmaların ardından Sağlık Bakanlığının planladığı seroprevalans çalışmasına

dair bilgi paylaşımı talep edilmiştir. Bu araştırmalara izin verilmesi ve desteklenmesi konusunda değerlendirilmiştir⁽¹⁰⁾.

- 06/08/2020 tarihinde “Çok zor günlerden geçiyoruz” temalı 6. Görüş yazısı yayımlanmıştır ve açılımlardan sonra gerçekleşen vaka artışları nedeniyle duyulan kaygıya değerlendirilmiştir. Yetkililere hitaben veri paylaşımı, güven duygusu, sağlık çalışanının yorgunluğu gibi konuları da içeren 10 maddeden oluşan öneriler sunulmuştur⁽¹¹⁾.

Halk Sağlığı Uzmanlarının Özlük Haklarının Korunması

- 06.07.2020 tarihinde, halk sağlığı uzmanlarının aldığı koruyucu hekimlik, epidemiyoloji ve istatistik eğitimlerine vurgu yapılarak, içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde özellikle halk sağlığı başkanlık ve başkan yardımcılıkları ile bulaşıcı hastalıklarla ilgili birimlerin ve ilçe yöneticiliklerinde halk sağlığı uzmanlarına öncelik verilmesi gerektiğine işaret edilen bir basın bildirisi yayımlanmıştır.
- Halk sağlığı uzmanlarının İçişleri Bakanlığı Genelgesi ile Alışveriş Merkezi (AVM) ve turizm işletme belgesi olan konaklama tesisi ve lokantalar dışındaki tesislerin denetiminde görevlendirilmesi ile ilgili olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne görüş yazımız iletilmiş; bu dene-

timlerinin sahadaki uzman sayımız ile mümkün olamayacağı ve pandemi sürecinde asıl görev tanımına uyan işlerin aksamasına neden olacağı belirtilmiştir. Halk Sağlığı Uzmanlarının asıl olarak süreci analiz etme ve veriler ışığında koordinasyonda aktif rol alması gerektiği vurgulanmıştır.

- 06.08.2020 tarihinde, pandemi sürecinde tüm sağlık çalışanları üzerinden vurgu yapılarak; sağlık personelinin tükendiği, daha geniş bir sağlık personeli üzerinden maddi destek sağlanması ve sağlık çalışanlarına bir tarama stratejisinin geliştirilmesi gerektiği ve COVID-19'un acilen meslek hastalığı olarak tanımlanması hakkında görüşlerimizi içeren basın bildiri yayımlanmıştır.

Hizmetiçi Eğitim Çalışmaları: Halk Sağlığı Okulu ve Webinarlar

HASUDER Halk Sağlığı Okulu pandemi döneminde çalışmalarını COVID-19 temelli yürütmüştür. Pandeminin başladığı Mart ortasından itibaren Temmuz ayına kadar toplam 10 adet sanal konferans/forum gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılarla ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Sanal toplantıların tamamı Kanal Hasuder adlı Youtube kanalında da yayınlanmıştır.

No	Tarih	Konusu	Moderatör	Konuşmacılar
1	26.03.2020	Forum: COVID-19 ve alanda çalışan halk sağlığı uzmanlarının deneyimleri	Prof.Dr. Alp Ergör	Tüm katılımcılar
2	28.03.2020	Konferans: Epidemic Calculator Kullanımı	Prof.Dr. Tacettin İnandı	Prof.Dr. Çoşkun Bakar
4	1.04.2020	Forum: COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	Prof.Dr. Yücel Demiral	Tüm katılımcılar
4	8.04.2020	Panel: COVID-19 Pandemic - Situation Update and Emerging Priorities/Actions	Prof.Dr. Pınar Okyay Doç.Dr. Toker Ergüder	Dr. Pavel Ursu (WHO) Irshad A Shaikh (WHO, Health Security Program) Isabelle Devaux (WHO, Health Security Program)
5	12.04.2020	Forum: Pandemi Sürecine Yönelik Halk Sağlığı Uzmanlarının Soruları Ve Önerileri	Prof.Dr. Tacettin İnandı Prof.Dr. Alp Ergör	Tüm katılımcılar
6	29.04.2020	Salgının Gelişim Süreci	Prof.Dr. Gül Ergör	Prof.Dr. Levent Akın Prof.Dr. Pınar Okyay Bilim Kurulu Üyesi Akademisyenler
7	18.05.2020	Forum: COVID-19 Salgınında Neredeyiz?	Prof.Dr. Alp Ergör	Tüm katılımcılar
8	30.05.2020	Konferans: Pandemi ve Çevre Sağlığına Etkileri	Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz	Prof. Dr. Çağatay Güler
9	23.06.2020	Panel: Tübitak Proje Destek Programları ve Halk Sağlığı	Prof.Dr. Gamze Çan	Prof.Dr. Murat Topbaş Prof.Dr. Burcu Tokuç
10	25.06.2020	Panel: COVID-19 Pandemisi Sağlık İşkolu Dışında Çalışma Yaşamını Nasıl Etkiledi? Metal İşkolu Örneği	Prof.Dr. Alp Ergör	Nuran Gülenç Murat Gözlükavak Doç. Dr. Ferit Serkan Öngel

Kaynaklar

- 1) HASUDER [Internet] www.korona.hasuder.org.tr
- 2) KoronaTube -Koronada Güvenilir Bilgi [Internet] <https://esaglik.site/>
- 3) TTB [Internet] https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=080b2ef4-5a24-11ea-83a0-d913d4ed2800
- 4) TTB [Internet] https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/menu_goster.php?Guid=2e6073de-7f22-11ea-bc5a-1802c1c4918a
- 5) TTB [Internet] https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin_liste.php?Guid=1e54b472-de5f-11ea-a538-cd82211f39c1
- 6) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-yeni-koronavirus-hastaligi-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-16-03-2020/>
- 7) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-hastaligi-sureci-ile-ilgili-gorusleri-2/>
- 8) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/umut-ve-ende/>
- 9) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-gorus-4/>
- 10) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-5/>
- 11) HASUDER [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-6/>

COVID-19 Açısından ➤ Risk Grupları

81

PROF. DR. RAİKA DURUSOY

SARS-CoV-2, insan türü için yeni bir etkindir dolayısıyla yol açtığı Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) hastalığı hakkında bilinenler henüz oldukça sınırlıdır ve birçoğu sürekli yenilenmekte, değişmektedir. Bu bölüm var olan yayınlar ve rehberler ışığında hazırlanmış olup ülkemizde risk faktörleriyle ilgili zaman içinde değişen uygulamalara da yer verilmiştir.

Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma yönünden en riskli meslek grubudur ve ilgili bölümde ele alınmaktadır. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, komorbiditesi (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malinite, KOAH, böbrek hastalığı vb.) olan kişiler, mevsimlik tarım işçileri ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza ve tevkif evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır ⁽¹⁾ ve bunlardan geçici koruma altındaki kişiler ve göçmenler başka bölümde ele alınmaktadır. Bu bölümde risk grupları olarak yaş grupları, cinsiyet, kronik hastalıklar, riskli davranışlar ve yeti kaybı ele alınmaktadır.

Türkiye’de COVID-19 Vakalarında Sorgulanan Risk Faktörleri

Türkiye’de COVID-19 kuşkusuyla PCR testi istenen herkes, Sağlık Bakanlığı’nın Halk Sağlığı Yönetim Sisteminin (HSYS) Vaka Takip Modülü’ne kaydedilmektedir. Bu modülde kişinin yaş ve cinsiyetinin yanı sıra sorgulanan risk faktörleri, yanıtlanması zorunlu olan sigara kullanımı (hiç kullanmamış/ her gün düzenli içiyor/ ara sıra içiyor / eski kullanı-

cı/bıraktı) ve isteğe bağlı “ek hastalıklar ve durum” başlığı altında hipertansiyon, diyabet (DM), kronik böbrek yetmezliği, KOAH, kanser, immün yetmezlik, iskemik kalp hastalığı, ileri yaş hastalıkları ve obezitedir ⁽²⁾. Obezite, Türkiye’de risk faktörü verilerine 15 Nisan 2020 tarihinden itibaren eklenmiştir. HSYS risk faktörü kaydı test istenirken, genelde hastane kullanıcıları tarafından gerçekleştirilmektedir. Testin pozitif saptanması halinde, saha ekipleri vakayla temasa geçtiğinde illere göre farklılık gösterebilecek olan filyasyon rapor formunda risk faktörleri başlığı altında gebelik, kronik respiratuar hastalık, DM, kardiyovasküler hastalık, kanser, hipertansiyon, sigara kullanımı ve diğer hastalıkları sorgulayabilmektedir.

Yaş Grupları ve Cinsiyet

Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu, risk faktörleri arasında yaşın 65 ve üzerinde olmasını belirtmiştir ⁽³⁾. Resmi Gazete’de 29 Mayıs 2020 tarihinde yayınlanan 2020/8 sayılı genelgeye göre Sağlık Bakanlığı ve MİT dışında kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan yönetici kadro ve pozisyonunda bulunanlar hariç 60 yaş ve üzerinde olan kamu çalışanlarının idari izinli sayılacağı öngörülmüştür ⁽⁴⁾.

Nüfus başına ölüm hızı görece yüksek olan ülkelerden İtalya’da 22 Temmuz 2020’ye dek gerçekleşen 34.142 ölümü inceleyen rapora göre, ölen vakaların ortanca yaşı olan 82 (kadınlarda 85, erkeklerde 79), ülkede tüm tanı konan olguların ortanca yaşı olan 61’den 21 yıl daha fazladır ⁽⁵⁾. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın ilk COVID-19 Durum Rapo-

ru'na göre ölen 5097 kişinin yaş ortancası 71'dir. Türkiye'de tanı konan tüm olguların ortanca yaşı da 50 gibidir, dolayısıyla aradaki ortanca yaş farkı yine 21 civarındadır. Türkiye nüfusunun İtalya'ya göre daha genç bir nüfus olmasıyla açıklanabilir. Yaş arttıkça ölümlerin arttığı, hem İtalya, hem Çin hem de Türkiye verilerinde görülmektedir ve 80-89 yaş grubuna dek ölümler erkeklerde daha fazladır (örneğin İtalya'da 70-79 yaş grubunda kadınların iki katıdır). Doksan yaşın üzerindeki grupta ise kadınlarda ölümler erkeklerin iki katıdır, bu da kadınların ömrünün daha fazla olması ve bu yaş grubunun çoğunluğunu oluşturmalarıyla açıklanabilir ^(5,6). Çin'de 44.672 konfirme vakanın 1023'ü (%2,3) yaşamını kaybetmiştir ve olgu fatalite oranı 70-79 yaş grubunda %8,0, 80 yaş ve üzerinde %14,8 saptanmışken İtalya'da toplam 1625 ölümün hesaba katıldığı çalışmada olgu fatalite oranı toplamda %7,2, 70-79 yaş grubunda %12,8 ve 80 ve üzeri yaş grubunda %20,2 ile Çin'den daha yüksek saptanmıştır ^(7,8). Çin'de 9 yaşın altında hiç ölüm gerçekleşmemiştir ⁽⁷⁾. İtalya'da 15 yaş altı ölümler tüm ölümlerin sadece %0,01'i (n=4) iken Türkiye'de bu oran %0,20 (n=10) ile daha fazladır ^(5,6).

Türkiye'de bildirilen vakaların %48'i kadın, %52'si erkek iken, ölen vakaların %62'si erkek, %38'i kadındır, yani cinsiyet, hastalığa yakalanma açısından bir risk faktörü değilken ölüm açısından erkeklerde risk daha fazladır ⁽⁶⁾. İtalya'da ölen vakaların %42,4'ünün kadın olması ⁽⁵⁾, kadınların daha ileri yaşta olmasıyla açıklanabilir. Ağır hastalık gelişen olgularda da erkek hakimiyeti (erkek/kadın: 2:1) mevcuttur ⁽³⁾. Çeşitli yayınlarda bu durum, erkeklerde sigara kullanım sıklığının daha fazla olmasıyla açıklanmaktadır ^(9,10).

Kronik Hastalıklar

Sağlık Bakanlığı'nın 14 Nisan 2020 tarihli COVID-19 rehberine göre hipertansiyon, diyabet, kronik akciğer hastalığı, kronik kalp hastalığı, kronik böbrek yetmezliği veya bağışıklık yetmezliği vb. olanlar, risk grubunda tanımlanmaktadır ⁽³⁾.

Resmî Gazete'de 29 Mayıs 2020 tarihinde yayınlanan "COVID-19 Kapsamında Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Normalleşme ve Alınacak Tedbirler" konulu 2020/8 sayılı genelgeyle Sağlık Bakanlığınca belirlenen kronik hastalığı bulunan kamu çalışanlarının idari izinli sayılacağı öngörülmüştür. Haziran başında dağıtımı yapılan Sağlık Hizmet-

leri Genel Müdürlüğü'nün 14500235-403.99 sayılı ve COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar konulu yazısında kamu çalışanlarından idari izne esas olmak üzere COVID-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklar;

- halen immünsüpressif tedavi alanlar,
- metastatik ve/veya kemoterapi/radyoterapi alan kanser hastaları,
- kornea nakli hariç solid organ nakli,
- kemik iliği/kök hücre nakli yapılan hastalar,
- kronik obstrüktif veya destrüktif akciğer hastalığı veya status astmatikus hikayesi olan hastalar,
- insüline bağlı diyabet ve komplike (serebrovasküler, koroner, böbrek, polinöropati) insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (DM) hastaları,
- komplike hipertansiyon (serebrovasküler, böbrek, konjestif kalp yetmezliği),
- dekompanse kalp yetmezliği,
- akut koroner sendrom geçiren hastalar,
- kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalar,
- serebrovasküler hastalık (inme, kanama) geçiren hastalar şeklinde belirtilmektedir.

Bakanlıkça belirlenen bu hastalıklardan 1 Haziran 2020 tarihinden önceki iki yıl içinde iki kez aynı tanıyı almış olan kamu çalışanlarına bakanlığın e-nabız sistemi üzerinden "İdari izne esas COVID-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalık durum belgesi" üretileceği, belgeyi alamayanların da aile hekimlerine başvurarak durumu uygun olanlara "COVID-19 idari izin" tanısı ile durum bildirir tek hekim raporu düzenleneceği belirtilmiştir ⁽⁴⁾.

Ülkemizde risk gruplarını korumak adına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Medula Eczane Provizyon Sisteminde 29 Mart 2020 tarihinden itibaren yapılan düzenleme ile 18 yaş altı ile 65 yaş ve üstü kişiler ve e-nabız sisteminde kronik hasta olarak görünen kişiler için düzenlenmiş olan; 1 Ocak 2020 tarihi itibarıyla sonlanmış veya bu tarihten sonra sonlanacak olan Medula Sisteminde kayıtlı kronik hastalık ilaç raporlarının süreleri uzatılmıştır ⁽¹¹⁾.

Hipertansiyon ve DM en sık görülen komorbid hastalıklar olmakla birlikte, ileri yaş, komorbid hastalık varlığı ağır hastalık gelişimi için risk faktördür ⁽³⁾. İtalya'da ölen vakaların %61,8'inde üç ve daha fazla, %20,4'ünde iki, %13,9'unda bir komorbid hastalık olduğu, vakaların sadece %3,9'unda

komorbidite olmadığı raporlanmıştır ⁽⁵⁾. İtalya'da ölenlerde en sık görülen komorbiditeler sırasıyla %66,0 ile hipertansiyon, %29,8 ile tip 2 DM, %27,6 ile iskemik kalp hastalığı, %23,1 ile atriyal fibrilasyondur ⁽⁵⁾. Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 44.672 konfirme olgunun kayıtlarını incelediği çalışmada olgu fatalite hızı toplamda %2,3 saptanırken kardiyovasküler hastalığı olanlarda %10,5, diyabetiklerde %7,3, kronik solunum yolu hastalığı olanlarda %6,3, hipertansiflerde %6,0, kanseri olanlarda %5,6 saptanmıştır ⁽⁷⁾. Türkiye'de ölen olguların komorbidite özelliklerine ulaşılamamıştır. Hipertansiyonun pandeminin başında sanıldığının aksine doğrudan bir risk faktörü değil, yaşla artışı nedeniyle yaş risk faktörünün dolaylı yansıması olduğu ve yaşa göre düzeltilmeden yorumlanmaması gerektiği belirtilmektedir ⁽¹²⁾. Obezitenin 60 yaş altında ağır hastalık gelişimiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir ⁽¹³⁾.

Türk Kardiyoloji Derneği'nin Uzlaş Raporuna göre COVID-19'dan en çok etkilenen ve ölüm oranı en yüksek seyreden grup, bilinen kalp ve damar hastalıkları olan yaşlılardır. Raporda COVID-19'un kardiyovasküler sisteme etkilerinin altında yatan faktörler arasında; kişide kalp damar hastalığı varlığında COVID-19 enfeksiyonunda ciddi hastalık ve ölüm riski artışı, COVID-19'un miyokardit, miyokart hasarı, aritmi ve venöz tromboemboli gibi çok sayıda doğrudan veya dolaylı kardiyovasküler komplikasyonla bağlantılı oluşu ve COVID-19 için araştırma ve geliştirme aşamasında olan ilaçların çeşitli kardiyovasküler yan etkilerinin olması belirtilmektedir ⁽¹⁴⁾.

Komorbiditesi olanların rutinde önerilen aşılarının yapılması önemlidir.

Yeni Koronavirüs Hastalığının ağır seyretmesi açısından gebeliğin fazladan risk oluşturmadığı raporlanmıştır ⁽³⁾. Çocuklarda risk faktörleri olarak altta yatan immün yetmezlik varlığı veya immünsüpresif ilaç alım öyküsü, kronik hastalıklardan da diyabet, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, hematolojik hastalıklar ve metabolik bozukluklar tanımlanmıştır ⁽³⁾.

Riskli Davranışlar

Çin'de yürütülen altı kohort çalışmasını inceleyen bir sistematik derlemeye göre sigara kullananlarda hastalığın ağır seyretme olasılığı, kullanmayanlara

göre 1,92 kat fazladır ⁽¹⁰⁾. Diğer tütün ürünlerinde de benzer şekilde risk artışı söz konusudur, bu nedenle tütün bağımlılığından kurtulmak, COVID-19 pandemisinde önem kazanmıştır ⁽¹⁵⁾.

Salgından korunmada önerilen mesafe, maske, hijyen, süre vb. önlemlere uyulmaması da riskli davranışlardır. Yine Sağlık Bakanlığı'nın yakın temaslı tanımına uyan durumlara girmek de salgın döneminde riskli davranışlar olarak tanımlanabilir. Açık alanda risk azalırken kapalı alanda ve özellikle süre uzadıkça bulaş riski de artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın sektörler için önerileri genel olarak riskli davranışları azaltmaya yönelik oldukça ayrıntılı yazılmış önlem önerileri içermektedir. Bunlar arasında sadece restoran, kafeterya vb. ikram sektörü ile ilgili önerilerde mesafenin 60 cm olarak belirtilmesi aslında riski arttırmaktadır çünkü buralarda genelde yenip içildiği ve sohbet edildiği için maskesiz ve 15 dakikadan uzun kalınmakta, izleyen 1-2 gün içinde bir masadaki kişilerden birinde hastalığın başlaması halinde aynı masayı paylaştığı kişiler yakın temaslı olup izole edilmesi gerekmektedir ^(16,17). Uygulamada buralarda da mesafenin artırılmasında yarar bulunmaktadır.

Yeti Kaybı

Farklı işlev ve düzeylerde yeti kaybı bulunan kişiler, pandemiden korunmada farklı zorluklarla karşılaşabilirler: Fiziksel yeti kaybı olanlar yakın temastan kaçınmada güçlük yaşayabilir, zihinsel yeti kaybı olanlar koruyucu önlemleri kavramada ve uygulamakta zorlanabilirler. Yeti yitimi olanlar hastalığın belirtilerini ifade etmekte veya hastalıktan korunma ve diğer önerileri uygulamakta güçlük çekebilirler. Duruma, gereksinime göre önlem almak, geliştirilen önerilerden yararlanmakta fayda vardır ⁽¹⁸⁾.

Öneriler

Risk gruplarının özel gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Bu anlamda komorbiditesi olanların ilaçlarına erişimlerinde kolaylık sağlanması ve risk grubuna özgü aşılarının yapılması olumlu bir gelişmedir. Yeterli aşı tedarikinin sağlanması ve komorbiditesi olanların tetep gibi alternatif yöntemler de kullanılarak izlemlerinin sürdürülebilmesi önem kazanmıştır.

Kaynaklar

- 1) Bilimsel Danışma Kurulu. Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).
- 2) Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Yönetim Sistemi. [Internet] <http://hsys.saglik.gov.tr>. Erişim: 22 Temmuz 2020.
- 3) Bilimsel Danışma Kurulu. COVID-19 REHBERİ. (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).
- 4) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar. 59803669 (2020).
- 5) Istituto Superiore di Sanità, (ISS). Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy Report based on available data on July 22nd, 2020. 4–8 (2020). [Internet] Erişim:20 Temmuz 2020.
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 durum raporu Türkiye. 1–7 (2020).
- 7) Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020;323:1239-1242.
- 8) Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020;323:1775-1776.
- 9) Zheng Z ve ark. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect* 2020;81:16-25.
- 10) Rodgers A, Indreberg EK, Alfallaj L, Nadkarni M ve Kabir Z. Are men who smoke at higher risk for a more severe case of COVID-19 than women who smoke? A Systematic Review. medRxiv 2020.06.18.20135111 (2020) doi:10.1101/2020.06.18.20135111.
- 11) Türk Eczacılar Birliği. Kronik Hastalığı Nedeniyle Sağlık Raporu Olan Hastaların İlaç/Tıbbi Malzeme Temini Hakkında. [Internet] <https://www.teb.org.tr/news/8963/Kronik-Hastaligi-Nedeniyle-Saglik-Raporu-Olan-Hastalarin-Ilac-Tibbi-Malzeme-Temini-Hakkinda>. Erişim: 22 Temmuz 2020.
- 12) Aydınlar A. COVID-19 Pandemisi ve Kalp-Damar Sistemi (Multidisipliner COVID-19). in (ed. Heper, C.) (Bursa Tabip Odası, 2020).
- 13) Lighter J, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for COVID-19 hospital admission. *Clin Infect Dis* 2020;71:895–896.
- 14) Aktöz M ve ark. Türk Kardiyoloji Derneği Uzlaş Raporu: COVID-19 Pandemisi ve Kardiyovasküler Hastalıklar Konusunda Bilinmesi Gerekenler (13 Mayıs 2020). *Türk Kardiyoloji Derneği* vol. 48 (2020).
- 15) Sönmez Ö, Atam Taşdemir Z, Kara HV. COVID-19 ve Tütün (in: COVID-19 ve Akciğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler). *Eurasian J Pulmonol* 2020; 22–27.
- 16) T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) (Bilim Kurulu Çalışması) TEMASLI TAKİBİ, SALGIN YÖNETİMİ, EVDE HASTA İZLEMİ VE FİLYASYON. Haziran, (2020).
- 17) Bilimsel Danışma Kurulu. Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi. (2020).
- 18) Aslan D. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Yeti Kaybı (Yeti Yitimi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi- (2019/2020-52). [Internet] http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/covid_yeti.pdf. Erişim: 22 Temmuz 2020.

Türkiye’de Bulunan Suriyeliler, Diğer Mülteciler, Uluslararası Göçmenler ve Yeni Koronavirüs Hastalığı

82

PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ

Tüm dünyayı sarsan Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinden, 134’ü mülteci barındıran toplam 216 ülke etkilenmiş durumdadır ⁽¹⁾. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü (UNCHR) tarafından bildirilen son rakamlara göre; savaş ve çatışmalar sonucu oluşan zorunlu göç nedeniyle bugün dünyada 45,7 milyonu kendi ülkeleri içinde olmak üzere, 79,5 milyon insan (dünya nüfusunun %1’inden fazlası) zorla yerinden edilmiştir. Bu insanların uluslararası göç edenleri ise; 26 milyonu mülteci, 4,2 milyonu da sığınmacı durumundadır ⁽²⁻⁴⁾. Mülteci ve sığınmacı veya göçmenlerin az sayıda olan kısmı kamplarda yaşamakta olsa da çoğu şehir, kasaba ve kentsel alanlarda göç ettikleri ülkedekiler ile ortak yaşam alanlarında birlikte yaşamaktadır. COVID-19’a yönelik tehditler, mülteci, sığınmacı ve göçmenler açısından yerleştikleri bölgelerde yaşayan ev sahibi toplumlar ile benzer özellikler göstermektedir. Ek olarak göç koşulları, bu bölgelerdeki yaşam şartları mülteci ve göçmenlerin güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Ayrıca, mülteci ve göçmenlerin sosyal hizmetlere ve sağlık politikalarına entegre edilmemiş olması COVID-19 ile mücadelenin bu kişileri kapsamamasının önünde engel olabilmektedir. COVID-19 ile mücadelede gerekli bilgiye, tespit çalışmalarına, test olanaklarına, diğer takip ve bakım hizmetlerine erişemeyen bu gruplar salgın riski ile daha çok karşı karşıyadırlar. Bu grupların da COVID-19 salgınına verilecek yanıtların bir parçası olarak görülmesi ve bu amaçla yapılacak düzenlemelerin *küresel mücadele hedeflerine, insan haklarına ve uluslararası standartlara uygun olması* gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınladığı raporda pandemide mülteciler ve göçmenler ile ilgili uyulması gereken temel ilkeleri belirtmektedir ⁽⁵⁾. Bu ilkeler kapsamında; mülteci, sığınmacı ve göçmenlerin, ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkı vardır. Bütün devletler topraklarındaki tüm insanlar için sağlık hakkını korumak ve geliştirmekle yükümlüdürler. Bu durum, mülteci ve göçmenlerin korunma, test, tanı, tedavi, sevk hizmetlerine erişimini de kapsamaktadır. Bu grupların da sağlık hizmetlerine erişim hakkı ve ayrımcılıktan korunma hakları vardır. Mülteci ve göçmenler için insan odaklı, kapsayıcı, çocuğa ve toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık sistemleri olmalıdır. Mücadelede “*Bütün ülke*” ve “*Bütün toplum*” yaklaşımı ve ortaklığı gereklidir. İşyerinde eşit muamele hakları vardır. Mülteci ve göçmenlerin “katılımı” ve sosyal olarak “dahil edilmesi” (sosyal içerme) şarttır ⁽⁵⁾.

Türkiye’de Durum

Suriye’deki savaş ve çatışmalar nedeniyle 2011 yılında 5,6 milyon Suriyeli zarar görerek ülkesini terk etmek zorunda kalmıştır. Türkiye bu kişilere en çok ev sahipliği yapan ülke durumundadır ⁽⁶⁾. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre, şu anda %1,7’si kamplarda olmak üzere, 3,594,981 “*geçici koruma altında*” olan Suriyeli (%46,1’i kadın, %53,9’u erkek) kayıtlıdır. Bu nüfusun %98,3’ü, kentsel, yarı-kentse ve kırsal bölgelerde ve çoğunluğu İstanbul, Gaziantep, Urfa ve Hatay gibi şehirlerde olmak üzere bütün illerde yaşamaktadır

(7). Türkiye’de ayrıca, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği’ne kayıtlı yaklaşık 400.000 *mülteci ve sığınmacı* bulunmaktadır (8). Ayrıca, çoğunluğu Afganistan, Suriye, Pakistan, Irak, İran ve Filistin’den gelen yaklaşık 63.808 *düzensiz göçmen* bulunmaktadır (9). Göç İdaresi’nin kayıtlarına göre, Türkiye’de *uluslararası koruma* başvurusu yapan 56, 417 kişi (10) ve ayrıca, eğitim, turistik, iş ya da aile yakınları sebebi ile *ikamet izni verilen* sayıları bir milyonu geçen kişi bulunmaktadır (11). Böylece, şu anda Türkiye’de farklı hukuki statülerde yaklaşık 5 milyondan fazla insan (geçici koruma altında, mülteci ve uluslararası göçmen) bulunmaktadır (12).

Suriyelilere, Diğer Mültecilere ve Uluslararası Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı 2011 yılından itibaren Türkiye’de bulunan Suriyeli nüfusa, TSM’ler bünyesinde başta başışıklama ve doğum öncesi bakım hizmetleri olmak üzere bazı temel sağlık hizmetlerini ve ayaktan tedavi hizmetlerini sunmaya başlamıştır. Bunların yanı sıra, uluslararası kuruluşların sağladığı fonlar aracılığı ile STK ve yerel yönetimler tarafından da bu gruplara sağlık hizmetleri sunulmuştur. 2017 yılından itibaren ise; Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini artırabilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği’nin finansal desteği ve DSÖ ile birlikte SIHHAT projesi kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşu olarak 29 ilde 180 Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) kurmuştur. Bu proje aracılığı ile 8 ilde bulunan eğitim merkezlerinde uzun bir eğitime alındıktan sonra, 1300’ün üzerinde Suriyeli doktor ve hemşire GSM’lerinde istihdam edilerek kendi dillerinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu merkezlerde Suriyeli mültecilere yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında; başışıklama, neonatal tarama programı, bebek/çocuk izlemleri, gebe/lohusa izlemleri, üreme sağlığı danışmanlığı gibi hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır (13,14). Ayrıca Sağlık Bakanlığı Suriyelilere bazı illerde ASM’ler bünyesinde bu hizmetleri sunarken, bazı illerde de TSM bünyesinde Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) oluşturmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, bir kısmı GSM’ye, bir kısmı da ASM’lere başvuran geçici koruma altındaki Suriyeliler ve uluslararası koruma altındaki mülteciler, Göç İdaresi Müdürlüğü’nün öngördüğü şehirde yaşadıkları sürece Genel Sağlık Sigortası’ndan (GSS) yararlanabilmektedir. Farklı nedenlerle

ikamet başvurusu yapan düzenli göçmenler ise Türkiye’de kaldıkları sürede özel sağlık sigortasından ya da GSS’den yararlanmaktadırlar. Kayıtsız/düzensiz göçmenler sağlık hizmetlerine erişimlerinde bir mevzuat bulunmaması nedeni ile sorunlarla karşılaşabilmektedir.

COVID-19 Sürecinde Suriyeliler, Diğer Mülteciler ve Uluslararası Göçmenler ile İlgili Uygulamalar ve Yaşanan Sorunlar

Türkiye’deki ilk COVID-19 vakası 10 Mart 2020’de bildirilmiştir, ilk ölüm 17 Mart 2020’de bir hafta sonra açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı, bu süreçte hemen sadece COVID-19 hastalarına hizmet vermek üzere Pandemi Hastanelerini kurmuştur. Nisan ayının başından itibaren de SUT’ta pandemi tedavisi “acil hal” kapsamına alınmış, COVID-19 hastalığı ile mücadele kapsamında herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar ve Suriyeli ve diğer mülteciler de dahil, herkesin kişisel koruyucu malzemelere, tanı testlerine ve ilaç tedavisine ücretsiz erişebileceği resmi olarak ilan edilmiştir. Ancak, ilk vakanın bildirilmesinden bugüne kadar Sağlık Bakanlığı resmi olarak Türkiye genelinde günlük “test sayısı, vaka sayısı, ölüm sayısı, yoğun bakımda olan, entübe edilen ve iyileşen hasta sayısı” şeklinde sınırlı bilgiyi paylaşırken Türkiye’de yaşayan Suriyeli ve diğer mülteci ve göçmenler ile ilgili herhangi bir bilgiyi kamuoyu ile paylaşmamıştır.

Pandemi sürecinde SIHHAT projesi aracılığı ile GSM’nde çalışan hekim ve sağlık çalışanları için Sağlık Bakanlığı’nın COVID-19 algoritmaları Arapçaya çevrilmiştir. GSM’de çalışan personele eldiven, maske, alkol bazlı el antiseptiği ve merkezler için yüzey dezenfektanı sağlanmıştır. Bu süreçte bazı GSM’lerde gebe izlem, çocuk izlem, aşı uygulamaları ayrı odalarda yapılmaya çalışılmıştır. Ancak, bekleme salonunda problemler yaşanabilmektedir. Bu kurumlara başvurularda ateş ölçümü yapılmakta, gerekli ise pandemi hastanelerine yönlendirme yapılmaktadır. GSM’lerin sayısal olarak azlığı, mültecilerin birinci basamak hizmet sunan GSM’lere ve rutin hizmetlere erişimini zorlaştırmaktadır. COVID şüphesi ile başvuranların hastaneye yönlendirilmesi sırasında da bu kişiler, toplu taşımayı kullanmaları nedeniyle risk altındadır.

Sağlık Bakanlığı DSÖ'nün kaynaklarından yararlanarak mültecilere yönelik temel bilgilendirme dokümanları hazırlamıştır. SIHHAT projesi kapsamında il sağlık müdürlükleri, doktorların farklı dillerde bireysel önlemleri ve Sağlık Bakanlığının 14 kuralını anlattığı videolar çekip sosyal medyada yayınlamıştır.

Bununla birlikte; COVID-19 pozitif çıkan "geçici koruma" altında ya da uluslararası koruma altındaki kişilerle tercüman olmadığı zaman dil engeli nedeni ile bir fiyasyon çalışmalarının öngörüldüğü şekilde yapılamayacağı açıktır. Bu gruplarla iletişimde problemler yaşanmakta, test pozitifliği sonunda sınır dışı edilme korkusu nitelikli hizmetin verilmesinin önüne geçmektedir. Çok kişinin yaşadığı barınma koşullarında (2018 TNSA verilerine göre ortalama hane halkı büyüklüğü 6 kişi) hijyenin sağlanması ve uygun izolasyon mümkün değildir. Kalabalık evlerde yaşayan ve hastalık belirtisi gösteren kişiler damgalanma korkusu ile sağlık hizmetlerine geç başvurmaktadır. Göçmen/mülteci ve özellikle kayıtsız/belgesiz olanların maskeye erişiminde kısıtlılıklar bulunmaktadır. Mülteciler arasında da işsizliğin artması barınma, beslenme ve sağlık giderlerini ödeme durumlarını zorlaştırmaktadır. COVID pozitifliklerinin onaylanması durumunda evden ve işten atılma korkusu ile bu bilgiyi ev veya iş yerinde paylaşmamaktadır. Kayıt dışı/güvencesiz ve kötü iş koşullarına çalışanları test pozitif olmalarına rağmen maddi gelirlerinin kısıtlı olması nedeni ile işe devam etmektedirler.

Nitekim Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği'nin (ASAM) 1,162 sığınmacı ve göçmendenden (%52,5'si kadın, %47,5'i erkek) oluşan yararlanıcısına telefon ile arayarak COVID-19 salgını ile ilgili yaptığı çalışma sonuçları bu sorunların yaşandığını doğrulamaktadır (15). Sözü edilen çalışmada ankete katılanların %82,6'sı Suriye, %11,3'ü Afganistan, %4,2'si Irak, %1,8'i İran uyrukludur. Araştırmaya katılanlar, COVID-19 hakkında %82,6'sı bilgisinin olduğunu, %15'i kısmen bilgisinin olduğunu, %2,5'inin ise hiç bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Bilgi kaynağı olarak, %64,5'i medya/sosyal medya, %19,3'ü yakın çevre, %6,6'sı STK, %5,7'si ise Sağlık Bakanlığını belirtmiştir. Katılımcıların %33,1'i fatura; %31,8'i kira; %25,7'si ise temel ihtiyaçlarıyla ilgili ödemelerinin etkilendiğini, %62,7'si gıdaya, %52,8'i hijyen malzemelerine erişimlerinin azaldığını belirtmiştir. Salgın öncesi %39,8'i düzenli çalıştığını, %42,5'i gününbirlik işler-

de çalıştığını, %17,8'inin ise çalışmadığını belirtirken, salgın sonrası %88,6'sı çalışmadığını, sadece %11,4'ü çalıştığını belirtmiştir. Salgın süresince sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumları incelendiğinde; %60,6'sı sağlık kuruluşlarına başvurmadığını, %23'ü ise sağlık hizmetlerine başvurarak yararlandığını, %15,2'si ise sağlık hizmetlerinden yararlanmadığını belirtmişlerdir. Bu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanamama nedenleri incelendiğinde; %46,9'u bu süreçte evden çıkmadığını, %24,5'i sağlık kurumlarını kapalı sandığını, %6,1'i eksik belge; %6,1'i eksik bilgi, %4,1'i ise tercüman eksikliğini belirtmiştir. Katılanların %78,2'si COVID-19'dan korunmak için gerekli kişisel önlemleri aldığını, %17,6'sı kısmen aldığını, %4,3'ü ise almadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan ve çocuğu olanların %57'si bu süreçte çocuklarının aşı takibini yaptırdığını, %13'ü kısmen yaptırdığını, %30'u ise yaptırmadığını belirtmiştir. Düzenli ilaç kullananların %67,8'i bu süreçte ilaçlarını temin edemediğini belirtmiştir (15).

Bunun yanı sıra, COVID-19 sürecinde farklı şehirlerde mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan Suriyeli mülteciler için her ne kadar valilikler ve il/ilçe sağlık müdürlükleri ve TSM başkanlıkları tarafından pandemide hijyen ve korunma koşulları ve işçilerin konaklayacakları tesis, konteyner, çadırlarda yatak araları ile ilgili kuralları ve sosyal alanlarda kişiler arası mesafenin korunması, kapalı alanların sıklıkla havalandırılması vb. gerektiğini belirtilmiş olsa da bu kuralların ne kadar uygulandığı ve denetlendiği tartışmaya açıktır.

Pandemi koşullarında *mülteci ve göçmen kadınların* durumu özel önem verilmesi gereken bir konudur. Kadınlar, kamplarda, gecekonduarda zor ve sağlıksız koşullarda yaşamaktadırlar. Sokağa çıkmama ve evde kalma sürecinde ev içinde şiddet ihtimali artmaktadır. Dil sorunu ve yabancı düşmanlığı nedeniyle şiddet uygulayan eşlerini ihbar ettiklerinde sınır dışı edilme korkusuyla güvenlik, adli kurumlar ve sağlık kurumlarından gerekli hizmeti alamamaktadır. Bu süreçte özellikle ev içi şiddet konusunda özel olarak durulmalı, kadınlar ile kendi dillerinde başvurabilecekleri yerlerin bilgisi paylaşılmalı, gerekli durumlarda kadına yönelik şiddet konusunda hizmet ve bilgiye erişimleri ile ilgili tercüman desteği sağlanmalı, şiddet gören kadınlar için şiddet acil yardım hatları (İngiltere göçmen kadınlar için "silent touch" uygulaması gibi) oluşturmalıdır.

Ne Yapılmalı?

Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirttiği gibi; mülteci ve göçmenlere COVID-19 pandemisinde sağlık hizmeti sunulabilmesi için acil durum hazırlık ve müdahale planları hazırlanmalı ve sektörler arası/kurumlar arası koordinasyon sağlanmalıdır⁽⁵⁾. Mültecilerin bu süreçte yaşadıkları sorunlara, sağlık durumlarına, sağlık hizmetlerine erişimlerine ve hizmet ihtiyaçlarına ilişkin bir durum saptama çalışması sonrasında haritalama çalışmasının yapılması gerekir. Ayrıca mülteci/göçmenler de dahil olmak üzere, tüm nüfusta COVID-19 yayılmasını önlemek için izlem, vaka soruşturması ve yönetimi, enfeksiyon kontrolüne yönelik müdahaleler uygulanmalıdır. Saha çalışmalarında farklı dil bilen (Arapça, Farsça, İngilizce gibi) sağlık çalışanlarına ihtiyaç vardır. Bu gruplar var olan sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmelidir. Mülteci ve göçmenlere yönelik ortaya çıkabilecek yabancı düşmanlığını önlemeye yönelik politikalar COVID-19 başvurusu için mevcut sağlık kurumları hakkında bilgilendirme, risk iletişimi ve bu süreçte de toplum katılımı önemlidir⁽⁵⁾.

Sonuç olarak; pandemi sürecinde virüs ülkeler arasındaki sınırları kaldırmakta ve din, dil, ırk, cinsiyet ayrımı gözetmeden herkesi etkilemektedir. COVID-19 ile mücadele, kimseyi geride bırakmadan ve tüm tarafların ortak çaba ve dayanışması ile gerçekleştirilebilir. Kriz durumlarında özel gereksinimi olan gruplara özel politikalar geliştirilmesi ve hizmetler sunulması önem taşımaktadır. Salgın kontrolünde göçmen/mültecilerin bu toplumun bir parçası olduğu unutulmadan planlama yapılmalı ve yürütülmelidir.

Kaynaklar

- 1) UNHCR. [Internet] <https://www.unhcr.org/coronavirus-covid-19.html> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 2) UNHCR. Coronavirus outbreak. [Internet] <https://data.humdata.org/organization/unhcr> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 3) Operational Portal. Refugee Situation. [Internet] <http://data.unhcr.org/> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 4) UN. The International Migration Report (Highlights) 2017. [Internet] <https://www.un.org/development/desa/publications/international-migration-report-2017.html> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 5) WHO. Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings. Interim guidance [Internet] [https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings](https://www.who.int/publications/i/item/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-(covid-19)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings) Erişim tarihi:11.07.2020.
- 6) UNHCR. Syria Emergency. [Internet] <https://www.unhcr.org/syria-emergency.html>
- 7) T.C. İçişleri Bakanlığı. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. İstatistikler. Geçici Koruma. [Internet] <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 8) UNHCR. Turkey Fact Sheet, [Internet] <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2019/11/UNHCR-Turkey-One-Pager-Fact-Sheet-Oct2019.pdf> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 9) İçişleri Bakanlığı. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Düzensiz Göçmenler, [Internet] <https://en.goc.gov.tr/irregular-migration> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 10) İçişleri Bakanlığı. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Uluslararası Koruma. [Internet] <https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-istatistikler> Erişim tarihi:11.07.2020
- 11) İçişleri Bakanlığı. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. İkamet İzinleri, [Internet] <https://en.goc.gov.tr/residence-permits> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 12) Ekmekci PE. Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey. J Immigrant Minority Health (2017) 19:1434–1441.
- 13) Delegation of the European Union to Turkey. [Internet] <https://www.avrupa.info.tr/en/pr/largest-eu-funded-health-project-turkey-launched-today-sihhat-6768> Erişim tarihi:11.07.2020.
- 14) Ursu P, Nitzan D, Şener S, Bahadır S, Şimşek M, Beqiri M, Dembech M, Karaoğlan Kahiloğulları A, Malaj A. Protracted emergency in Turkey – supporting provision of essential health services to Syrians under temporary protection, [Internet] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/364885/php-4-1-1205-emergency-turkey-eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi:11.07.2020.
- 15) COVID-19 Salgınının Türkiye’de Mülteciler Üzerindeki Etkilerinin Sektörel Analizi Mayıs’20 [Internet] www.sgdd.org.tr Erişim tarihi:11.07.2020.

Pandeminin Çevresel Boyutu

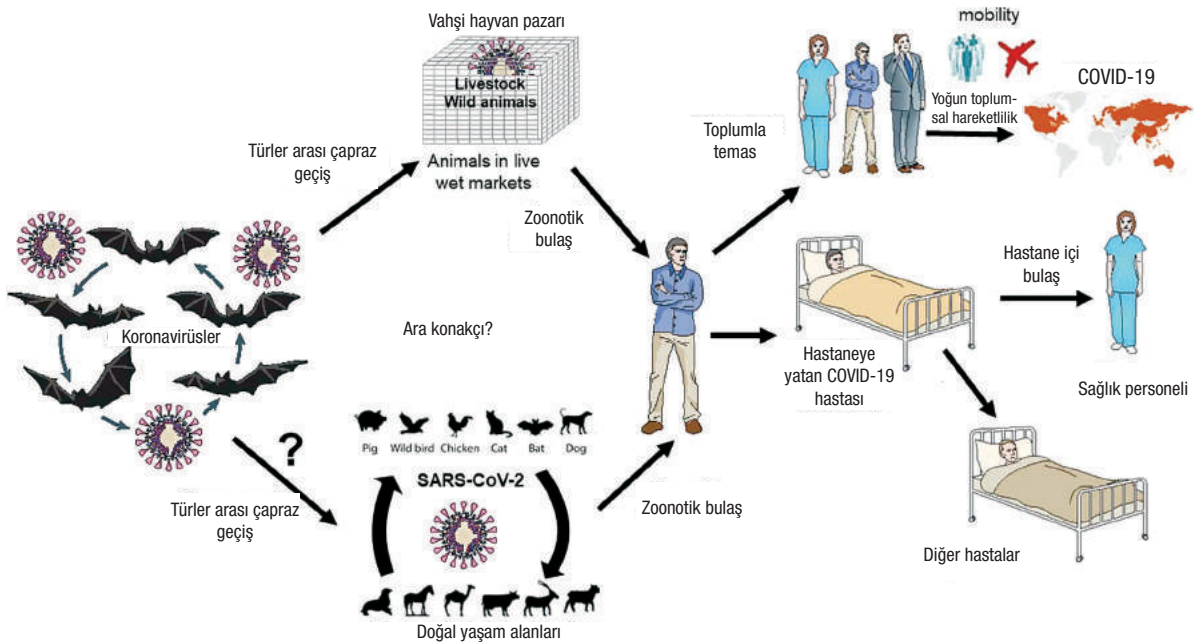
83

DR. AHMET SOYSAL

Yeni ortaya çıkan ve tekrarlayan salgınlar yapan ve zoonotik hastalıklar birkaç faktör nedeniyle küresel olarak çok artmıştır. Bu faktörlerin başında ekonomi, ticaret ve seyahat, iklim değişikliği, hızla gelişen yeni patojenler, kontrolsüz nüfus artışı, değişen toplumsal alışkanlıklar ve yaşam tarzı ile insan ile doğal yaşam arasındaki mesafenin azalması geliyor. Zoonotik olarak ortaya çıkan hastalıkların özellikle ortaya çıkmasında ve yayılmasında çevresel faktörler çok önemlidir ⁽¹⁾.

Şekil 83.1'de, virüsün varsayılmış bir kökenini ve salgın zoonotik koronavirüsün genelleştirilmiş bir bulaşma yolunu gösterilmiştir.

Wuhan'da, 2019 Aralık ayında, hastanede pnömoni teşhisi ile yatan bir vakanın kentin hayvan pazarı ile ilişkisinin tespiti ile başlayan tartışmalar bu vakanın Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bildirilmesiyle küresel bir boyut kazandı ve 26 Ocak'ta DSÖ mikroorganizmayı yeni bir Coronavirüs olarak tanımlayıp, hastalığa COVID-19 adını verdi. İlk olarak 1966'da Tyrell ve Bynoe tarafından soğuk algınlığı olan hastalardan kültür yaparak incelenen bu virüslerin günümüze kadar alfa, beta, gama ve delta olarak dört alt tipi tespit edilmiştir. Coronavirüslerin alfa ve beta alt tipleri özellikle yarasalar olmak üzere memeli, gama ve delta alt tipleri domuz



Şekil 83.1 SARS-CoV-2'nin ortaya çıkışı ve COVID-19 salgını ⁽¹⁾.

ve çeşitli kuş türleri kaynaklıdır ⁽²⁾. SARS-CoV-2 enfeksiyon öyküsünün olası arakonağı bir tür karınca yiyen olan pangolin olup, yarasalardan başladığına inanılmaktadır. SARS-CoV ve MERS-CoV gibi yarasalarda ana rezervuar olarak ortaya çıkan başka çeşitli beta Coronavirüsler de vardır. Özellikle Çin gibi ülkelerde insan yaşam alanlarıyla doğal yaşam alanları arasındaki mesafenin günden güne ortadan kalkması bu virüslerin ve başka mikroorganizmaların neden olduğu zoonotik hastalıkların giderek artmasına neden olmuştur ^(1,2).

COVID-19 ve Çevresel Yayılım Yolları

Binalar, arabalar, yollar, toplu taşıma ve diğer insan yapımı alanlar dahil olmak üzere, insanların inşa ettiği ortamların bütünü yapay çevre olarak tanımlanabilir. Çoğu insan günlük yaşamlarının % 90'dan fazlasını bu yapay çevrenin içinde geçirdiğinden, doğal olmayan bu ekosistemdeki COVID-19'un potansiyel aktarım dinamiklerini ve insan davranışını, mekânsal dinamikleri ve potansiyel olarak artıran ve azaltan faktörleri anlamak COVID-19'un yayılması ve iletimini çözmek için önemlidir ⁽³⁾. Yapay çevre bireyler arasında yakın etkileşimleri tetikleyerek COVID-19'un yayılması için potansiyel aktarım yolları olarak hizmet eder. Yayılım bulaşıcı hastalık taşıması muhtemel nesnelere veya materyaller ve hava yoluyla transfer şeklinde olabilir. Binaların tipi, doluluk durumu ve iç mekan faaliyetlerinin yoğunluğu, insanla ilişkili mikroorganizmaların bu binalarda birikmesini ve yayılımını kolaylaştırır. Alışveriş merkezleri, okullar, fabrikalar gibi daha yüksek kullanıcı yoğunluğu ve artan iç mekan aktivite seviyesi, tipik olarak bireyler arasında doğrudan teması ve bunun yanı sıra abiyotik yüzeylerle çevresel olarak sosyal etkileşimi ve bağlantıyı artırır ^(3,4). Bireyler yapıların içinde hareket ettikçe, etraflarındaki yüzeylerle doğrudan ve dolaylı temasları artar. Bu durum özellikle viral partiküllerin doğal ve mekanik hava hareketleri ile yayılmasına ve bulaşıcı hastalık taşıması muhtemel nesnelere veya materyaller üzerinde tekrar yoğunlaşmasına yol açar. Bir kişi bir yüzeye temas ettiğinde, virüslerin ağız burun veya konjunktivalar yolu ile bireye aktarılması ile bir mikrobiyal yaşam değişimi olur. Enfekte olduktan sonra, COVID-19'lu bireyler semptomlar geliştirmeden önce, sırasında ve sonrasında viral partikülleri çevrelerine yayarlar.

Bu viral partiküller daha sonra yapay çevrelerindeki abiyotik nesnelere yerleşebilir ve potansiyel olarak viral aktarım için rezervuar görevi görebilir. Kanıtlar, bulaşıcı hastalık taşıması muhtemel nesnelere veya materyallerin tükürük ve burun sıvısı gibi vücut salgıları, kirli ellerle temas ve konuşma, hapşırma, öksürme yoluyla yayılan aerosolize viral partiküllerin ve büyük damlacıkların çökmesi yoluyla enfekte kişilerden SARS-CoV-2 partikülleri ile potansiyel olarak kontamine olabileceğini göstermektedir ^(5,6). Sonuçta yeniden süspansiyon edilmiş viral partiküller daha sonra tekrar yüzeylere yerleşir ve bir kişi bu yüzeylerle temas ettiğinde, virüslerin yüzeyden kişiye aktarılması dahil olmak üzere tersine mikrobiyal yaşam alışverişi olur. Enfekte olduktan sonra, COVID-19'lu bireyler semptomlar geliştirmeden önce, sırasında ve sonrasında viral partikülleri hapşırma yolu ile aynı yoldan yayarlar. Bu viral partiküller daha sonra yapay çevremizdeki abiyotik nesnelere yerleşebilir ve potansiyel olarak viral aktarım için rezervuar görevi görebilir. Bugünkü bilgilerimiz tükürük ve burun sıvısı gibi vücut salgıları, kirli ellerle temas ve konuşma, hapşırma, öksürme, kusma yoluyla yayılan aerosolize viral partiküllerin ve büyük damlacıkların çökmesi yoluyla enfekte kişilerden SARS-CoV-2 partikülleri ile potansiyel olarak kontamine olabileceğini göstermektedir ⁽⁶⁾. MERS-CoV'den çevresel kirlenme üzerine yapılan bir araştırma, MERS-CoV hastalarının bulunduğu bir hastanedeki neredeyse tüm dokunulabilir yüzeyin virüsle kontamine olduğunu ve karantinaya alınmış bir COVID-19 hastasının da bir hastane odasında yoğun çevresel kontaminasyon neden olduğunu göstermiştir. COVID-19'un yayılım yolları ile ilgili bilginiz şu anda bile hala çok yeterli değildir. Ancak SARS ve MERS-CoV çalışmalarına, SARS-CoV-2 hakkındaki ön verilere ve bir ABD kuruluşu olan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) önerilerine bakarak SARS-CoV-2 virüsünün yüzey malzemesine bağlı olarak birkaç saat ile 5 gün arasında değişen sürelerde yüzey üzerinde kalabileceğini anlamaktayız. Çalışmalar virüsün % 40 bağıl nemde en uzun süre etkisini koruduğunu göstermiştir. Plastik yüzeylerde; yarı ömür medyan 15.9 saat ve aerosol formda en kısa; yarı ömür medyan 2.74 saat etkisini korur. Bununla birlikte, aerosolde hayatta kalma, % 65'lik bir bağıl nemde belirlenen SARS-CoV-2'nin aerosoldeki canlılığının daha düşük bağıl nem seviyelerinde muhtemelen daha uzun olacağını düşünüyoruz. SARS-CoV-2'nin

bakır; yarı ömür medyan 3,4 saat, karton; yarı ömür medyan 8,45 saat ve çelik; yarı ömür medyan 13,1 saattir. Bununla birlikte, şu ana kadar bir yüzey veya malzemeden kaynaklanan bir COVID-19 enfeksiyonunun belgelenmiş vakası olmadığı unutulmamalıdır. Dışkıda SARS-CoV-2 varlığını gösteren, bulaşmanın potansiyel olarak dışkı-oral yolla gerçekleşebileceğini gösteren ön veriler de vardır. COVID-19'un bulaşması sadece solunum damlacıklarının yayılması yoluyla belgelenmiş olsa da, aktif virüsün temas yoluyla bulaşabileceği varsayımı altında tüm potansiyel SARS-CoV-2 kaynaklarını temizlemek ve dezenfekte etmek için adımlar atılmalıdır. Çok dikkatli olmak gerekirse, virüsün aerosoller ve yüzeyler yoluyla bulaşma olasılığını dikkate almak önemlidir^(6,7) (Tablo 83.1).

SARS ile ilgili önceki araştırmalara dayanarak, aerosol halinde yayılma, özellikle yapay ortam içinde potansiyel bir ikincil bulaşma yolu olmaya devam etmektedir. Yapay ortamda yayılım hava dağıtım sistemlerinin özellikleriyle ilgilidir. Viral iletimin azaltılması, yoğunlukla bina içi hava filtrasyon kapasitesine bağlıdır. Konut ve ticari binaların havalandırma sistemleri 3.0 ila 10.0 mm arasında değişen partiküllerin % 70 ila 85'ini yakalayacak şekilde yapılmıştır. Bu minimum verimlilik değeri (MERV) olarak isimlendirilir ve çoğu konut ve ticari bina MERV-5 ila MERV-11'i kullanır. Hastanelerde kullanılan HEPA filtreleri ise en fazla nüfuz eden partikül boyutunu temsil eden 0.3 mm boyutunda partiküllerin en az % 99.97'sini giderecek şekilde derecelendirilmiştir ve hastanelerin kritik ünitelerinde MERV-13 veya üstü derecelere sahip HEPA filtreleri kullanılır. MERV-13 filtreler 0,3 ila

10,0 mm arasında değişen mikroorganizmaları ve diğer parçacıkları filtreleme potansiyeline sahiptir. CoV'ler dahil çoğu virüs 0,004 ila 1,0 m arasında değişir. Bu nedenle yüksek MERV değerine sahip filtrelerin havalandırma sistemlerinde kullanılması uygundur. Bununla birlikte, virüsler nadiren tek tek parçacıklar olarak gözlenir, bunun yerine hâlihazırda su, proteinler, tuzlar ve diğer bileşenlerle birlikte büyük damlacıklar ve aerosoller olarak vücuttan atılır. Şimdiye kadar, SARS-CoV-2, 0.25 ila 0.5 mm dahil çeşitli boyutlarda aerosol haline getirilmiş parçacıklarda gözlenmiştir. Yine de SARS-CoV gibi patojenlerin bulaşma potansiyelini azaltmak için yüksek verimli filtrasyon teknikleri gerekir⁽³⁾.

Son yıllardaki ekonomik gelişmeler yapay ortamların artmasına, kentlerin büyümesine yol açtı. İnsanların büyük çoğunluğu kentlerde yaşayıp; daha çok aynı alanları paylaşıyor. Bu durum gündün güne bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştırıyor. Ortak çalışma ortamları, evlerdeki odalar, arabalar, bisikletler, toplu ulaşım araçları ve yapay çevrenin diğer unsurları gibi paylaşılan çalışma alanları, çevresel olarak aracılık edilen maruz kalma yollarının potansiyelini artırabilir ve sosyal mesafe önlemlerini hayata geçirmeyi zorlaştırabilir.

Alınması Gereken Çevresel Önlemler

COVID-19'un yayılması hızla gelişen bir durumdur, ancak kentlerde, yerleşim merkezlerinde hastalığın yayılımını önlemek için iç ortamda ve dış ortamda alınabilecek önlemler vardır. Bireysel düzeyde, bu önlemlerin başında uygun el yıkama, maske kulla-

Tablo 83.1 Aktif maddelerine göre çok kullanılan bazı yüzey dezenfektanlarının çevre sağlık riskleri⁽⁴⁾

Aktif Madde	Kanser	Üreme Sistemi Toksikitesi	Astım	Cilt Duyarlılığı	Su Kaynaklarında Kirlilik	Direnç
Sitrik Asit	-	-	-	+	+	Düşük
Hidrojen Peroksit	-	-	-	+	Çok yüksek	Düşük
Laktik Asit	-	-	-	+	+	Düşük
OPP	+/-	+/-	-	+	Çok yüksek	Düşük
PPA	-	-	+	+	Çok yüksek	Düşük
Palmiye Yağı	+ (form-aldehit)	-	+		-	Düşük
Amonyum klorid Bileşikleri	-	+/-	+	+	Çok yüksek	Çok yüksek
Sodyum hipoklorid	-	-	+	+	Çok yüksek	Düşük

+ Etki var, - Etki yok, +/- Etki tartışmalı, OPP: Ortho phenyl phenol, PPA: Peroxyasetik asit

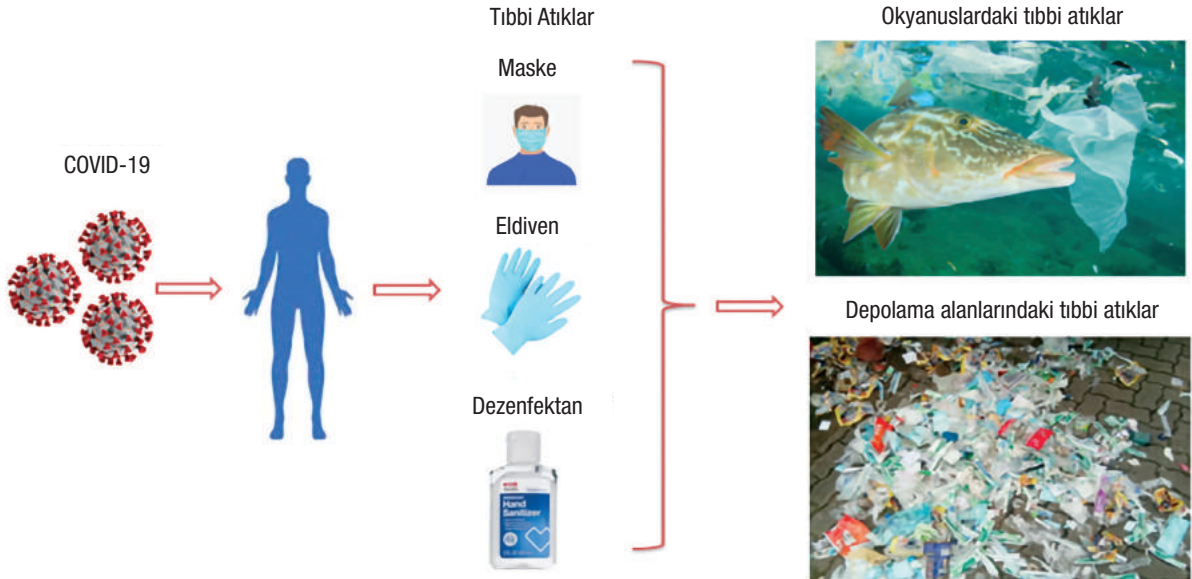
nımı, fiziksel mesafeye dikkat etme gelir. Bu bireysel önlemler SARS-CoV-2'nin yanı sıra diğer koronavirüsler ve birçok solunum yolu enfeksiyonunun da yayılmasını kontrol etmenin kritik bir yoludur.

2020 Ocak ayının sonundan bu yana birçok ülke, kişiden kişiye teması ve partikül tabanlı iletimi önlemek için seyahat yasakları çıkardı. Bu hareketlilik kısıtlamalarının, COVID-19'un yayılmasını kontrol etmeye yardımcı olduğu görüldü. Bölgesel topluluklar içinde, daha fazla yayılmayı önlemek için çeşitli önlemler de alınabilir. Bir bütün olarak, bu önlemler sosyal mesafeyi artırma önlemleri olarak bilinir. Bu önlemler arasında okullar ve işyerleri gibi yoğun kullanım alanlarının kapatılması da yer alır. Bu toplum düzeyindeki önlemler, tipik kişiden kişiye teması azaltarak, viral partikül bulaştırıcıların eşyalara, çevresel yapılara bulaşma olasılığını ve hava yoluyla bulaşma olasılığını azaltır. Dünya çapındaki seyahat kısıtlamaları da aynı mekanizmalar yoluyla hastalık bulaşmasını önlemek için yapılmaktadır. Yapay çevre içinde SARS-CoV-2'nin yayılmasını potansiyel olarak önlemek için alınabilecek çevresel önlemlerin içinde yüzeylerde viral partiküllerin kimyasal olarak dezenfeksiyonu da yer alır. MERS, SARS ve SARS-CoV-2'yi ortadan kaldırmada %62 ila 71 etanolün etkili olduğu bilinmektedir. Bu etanol konsantrasyonu, alkol bazlı el dezenfektanlarının çoğunda da vardır. Aerosol haline getirilmiş su damlacıklarının yaygın olarak kullanılan çevresel öğelere viral partikül taşıyama-

sını sağlamak için lavabo gibi alanlar ve lavaboların etrafındaki tezgahlar düzenli olarak %10 çamaşır suyu çözeltisi veya alkol bazlı bir temizleyici kullanılarak temizlenmelidir. Yine de şu unutulmamalıdır; koronavirüsün yaygın yayılma mekanizması, dışkı-ağızdan daha çok konuşma, hapsirme, öksürme ve kusmadan kaynaklanan damlacıklar olarak tanımlanmıştır. Gelişmiş bina havalandırma sistemleri kullanmak SARS-CoV-2'nin yayılma potansiyelini de azaltabilir. Virüsler sıklıkla çeşitli boyutlarda daha büyük parçacıklarla (örneğin su, proteinler, tuzlar vb.) kompleks oluşturmuş olarak bulunur. Bu parçacıklardan bazıları, potansiyel olarak yüksek verimli filtreleme nüfuz edebilecek boyutlarda olsa da, havalandırma ve filtreleme, SARS-CoV-2'nin yayılımını azaltmada önemli olmaya devam etmektedir. Uygun filtre kurulumu ve bakımı, havadan bulaşma riskini azaltmaya yardımcı olabilir, ancak havadan bulaşma riskini ortadan kaldırmak için sadece filtrelerin yeterli olmadığını anlamak önemlidir. Dış havayı almadan sadece iç ortam havasının dağıtımı, potansiyel olarak bulaşmayı artırabilir⁽⁸⁾.

Pandemi ve Tıbbi Atıklar

Dünyada SARS-CoV-2 virüsünün varlığına bağlı olarak çevrede meydana gelen değişiklikler arasında, turist sayısının, kullanımın azalması nedeniyle nehirlerin, kıyılarının ve denizlerin sularının daha



Şekil 83.2 COVID-19 salgınının yol açtığı tıbbi atıklar⁽²⁾

net ve temiz olduğu görülmektedir. Motorlu teknelerin sayısı ve tortu azalırken, su kirleticilerinin varlığı da buna göre azaltıldı. Ayrıca genel alanların boş kalması veya çok az insan tarafından kullanılması bu alanların da çok az kirlenmesine neden oldu. Pandeminin başlangıcında, Çin'de katı atık üretiminde % 30'a varan bir düşüş gözlemlendi. Ancak buna karşılık tıbbi atık (bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan) miktarıysa önemli ölçüde arttı. Bu artış pandemi öncesine göre %370'leri buldu. Bu nedenle güvenli atık yönetimi COVID-19 pandemisi sırasında özel bir önem kazandı. Bu arada ülkeler, virüsün yayılma riski nedeniyle geri dönüştürülebilir atık programlarını ise terk ettiler.

Tıbbi atık hacmindeki artış ve belediye atık geri dönüşüm faaliyetlerindeki durdurma çevreyi olumsuz etkileyebilir. Özellikle plastik atık hacmindeki artış; COVID-19 salgını karşısında ihtiyati tedbirler almak için kullanılan yüz maskeleri, koruyucu elbiseler gibi sağlık hizmetleri malzemeleri ve genel halk için kişisel korunma amacıyla kullanılan ürünlerden kaynaklanmaktadır. Artan bu miktarlar genel kullanımda olan ve şu anda geri kazanım programlarından çıkarılan boş şişeler, katı atık, kağıt ve karton gibi malzemelerle birlikte doğal karasal ve deniz habitatlarında artan kirliliğe neden olmakta ve ciddi bir çevresel sorun haline gelmektedir. Pandemi döneminde önerilen önlemler arasında kentsel atık yönetiminin değiştirilmesi, evlerde ve hastanelerde toplama, ayırma ve depolama, uygun taşıma, arıtma ve bertaraf, güvenlik protokollerine kadar ve atık toplama ekipleri için eğitim bulunmaktadır. Şu anda en önemli öncelik, atıkların güvenli bir şekilde bertaraf edilmesi için kalan patojenlerin yok edilmesidir ⁽⁴⁾.

Sonuç

COVID-19 pandemisi tüm dünyada kısa dönem için uygulanan karantina önlemleri nedeniyle insanların evlerine kapanması, ekonominin yavaşlaması ve fosil yakıt tüketiminin düşmesi gibi nedenlerle hava kalitesi üzerinde geçici olumlu etkiler yapmış, yeraltı ve yerüstü su kaynaklarının kalitesinin yükselmesini sağlamıştır.

Uzun vadede, SARS-CoV-2 virüs enfeksiyonunun getirdiği etkinin değerlendirilmesi çevre üzerinde belirsizdir. Artan ve cerrahi maske, siperlik gibi büyük çoğunluğu sağlık kuruluşları dışında çıkarılan tıbbi atıkların toplanması ve bertarafı özellikle ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkeler için büyük bir sorun kaynağıdır. Ayrıca çoğu zaman bilinçsiz ve eğitimsiz kişilerce kullanılan kimyasal dezenfektanların gerek insan sağlığı üzerine etkisi; gerekse toprak, yeraltı ve yerüstü su kaynakları gibi çevresel bileşenlerin üzerine zaman içinde ortaya çıkacak olumsuz etkisinin ne boyutta olacağı büyük bir soru işaretini oluşturmaktadır.

Bununla birlikte, günümüzdeki bilimsel gelişmeler ve kamuoyunun çevre duyarlılığı en yüksek önceliğe sahip önleyici tedbirleri teşvik ederek en azından bazı ülkelerde pandemi günlerinde iyi bir çevre politikasının daha iyi düzenlenmesini sağlayabilir.

Kaynaklar

- 1) Zowalaty M, Jarhult J. From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS-related coronavirus (SARS-CoV-2) of pandemic potential infecting humans – Call for a One Health approach. *One Health* 9 (2020) 100124
- 2) Saadat S, Rawtani D, Hussein C. Environmental perspective of COVID-19. *Science of the Total Environment* 728 (2020).
- 3) Dietz L, Horve F, Coil D, Fretz D, Eisen J, Wymelenberga K. 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Built Environment Considerations To Reduce Transmission. *American Society of Microbiology; mSystems*. March/April 2020 Volume 5 Issue 2.
- 4) SanJuan-Reyes S, Gomez-Olivan M, Islas-Flores H. COVID-19 in the environment. *Chemosphere* [Internet] 263 (2021) 127973.
- 5) Copat C, Cristaldi A, Fiore M, et al. The role of air pollution (PM and NO₂) in COVID-19 spread and lethality: A systematic review *Environmental Research* [Internet] 191 (2020) 110129.
- 6) Petersen E, Koopmans M, Go U, et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. [Internet] www.thelancet.com/infection Vol 20 August 2020.
- 7) Eslami H, Jalili M. The role of environmental factors to transmission of SARS-CoV-2 (COVID-19). [Internet] *AMB*; (2020) 10:92 <https://doi.org/10.1186/s13568-020-01028-0>
- 8) Bashir M, Benjiang A, Shahzad L. A brief review of socio-economic and environmental impact of Covid-19. *Air Quality, Atmosphere & Health*. [Internet] <https://doi.org/10.1007/s11869-020-00894-8>.



Pandemi ve Çalışan Sağlığı:

> Açlık mı? Hastalık mı?

84

UZM. DR. NERGİS KAYACAN

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi sadece bir sağlık krizi olmakla kalmayıp aynı zamanda ekonomik ve sosyal bir krizdir ve muhtemelen aşı bulunmadan da sonlanmayacaktır. Bu krizde birçok çalışan, sağlık endişelerinin yanı sıra hayatlarını idame ettirmek için maddi kaygılarla da mücadele etmek zorunda kalmıştır. Salgının tüm dünyada çok ciddi tıbbi, psikolojik ve sosyolojik etkilere sahip olduğu izlenirken, çok güçlü bir iktisadi kâbusu da ortaya çıkardığı görülmüştür. Fakat bu ekonomik kâbus tüm sınıflar için aynı şiddette yaşanmamış, yoksulları, işçileri, işsizleri ve göçmenleri daha fazla etkilemiştir ⁽¹⁾.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) (2020b), COVID-19 krizi nedeniyle çeşitli ülkelerde başvuru alan tam veya kısmi kısıtlama önlemlerinin yaklaşık 2,7 milyar işçiyi etkilediğini ve bunun da dünyadaki iş gücünün yaklaşık %81'ini temsil ettiğini ifade etmektedir ^(2,3).

Yeni Koronavirüs Hastalığının “Uluslararası Kamu Sağlığı Acil Durumu” ilan edildiği tarihten itibaren Türkiye’de de korunma planı çerçevesinde salgının başlangıcında baskılama stratejileri uygulamaya koymasına karşın daha sonra diğer batılı ülkelerdeki gibi “Etkisini azaltma” stratejisini benimsemiş, 20-64 yaş grubunun çalışmasını sağlayarak sınıfsal bağışıklama eğilimi göstermiş son dönemde DSÖ önerilerini dikkate almadan başlattığı yeniden açılma döneminde ise toplum bağışıklığı yaklaşımını benimsediği izlenimi vermektedir ^(4,5).

Bugün ilk aşamada uygulanan “Evde Kalma” gibi tedbirler özellikle sabit gelirli ve iş garantisi

olan orta sınıflar için anlamlı görünse de salgının çok sayıda esnafın zora girmesine, işçilerin işini kaybetmesine ve düzensiz işlerde çalışanların ise gelirlerini, tamamen kaybetmesine yol açacağı öngörülmektedir ⁽³⁾.

Öte yandan Türkiye genelinde pandemi ilan edilmesine rağmen salgının başında kamu alanında alınan tedbirlerin özel sektörde geçerli olmaması takip eden günlerde de hayati önemdeki ilaç, sağlık, enerji, gıda üretimi dışındaki lüks sayılacak üretim alanlarında da işçilerin çalışmayı sürdürmek zorunda kalmaları işçiler ile işverenleri karşı karşıya getirirken işçileri salgına yakalanma ile işini kaybetme riskleri arasında bırakmıştır ⁽⁸⁾.



Şekil 84.1 COVID-19 ile mücadelede kontrol hiyerarşisi ^(6,7)

Sosyoekonomik eşitsizlikler farklı kesimler için sağlığa erişim ve hastalığa yakalanma ihtimalini çok ciddi bir biçimde etkilediği gibi salgın sürecinde bu döngünün katlanarak arttığı görülmektedir. Özellikle işçi sınıfı için pandemi döneminde uygulanan bu karantina süreci kendini virüsten korumak için geçirilen bir süreçten çok başka ve zorlu bir hayatta kalma savaşına dönüşmektedir⁽⁹⁾.

Marksist tanımda, Karl Marx “işçi sınıfı” veya proletaryayı belirli bir ücret karşılığı emek gücünü satan ve üretim araçlarına sahip olmayan sayıca fazla birey yığınları olarak tanımlamaktadır. Farklı tanımlarda işçi sınıfı yaptığı işin niteliğine göre ele alınıp beyaz yakalı ve mavi yakalı olarak gelir ve eğitimleri göz önünde bulundurulurken sınıflandırılmaktadır⁽¹⁾.

Pandemi sürecinde daha çok zihin gücüyle masa başı ofis işlerinde çalışan beyaz yakalı grubun evlerine çekilip günlük işlerini “Home Ofis” şeklinde gerçekleştirme imkanlarının olması diğer işçilere göre bir ayrıcalık olarak değerlendirilse de bu yeni çalışma sistemi kısa sürede birçok yeni problemi de beraberinde getirmiştir. Çoğu evde çalışanın iş zamanı, kişisel zamanı, ev işlerini ve dinlenme alanlarını ayırmakta ve zaman kontrolü yapmakta zorlandığı, çalışma temposunun ve en önemlisi de çalışma streslerinin eskisine göre kat ve kat arttığı, sabah 9’da başlayan mesailerinin artık hiç bitmediğinden yakındıkları görülmektedir⁽³⁾.

Yerli ve yabancı sermaye şirketlerinin pandemi sürecindeki aksiyon planı hazırlıklarının iş yoğunluğunda ek bir artış yaratmasının yanı sıra evden çalışma sürecinde iletişim için kullanılan telefon ve bilgisayar sistemleri üzerinden yaşanan çeşitli teknik aksaklıklar da “Home ofis” çalışma sürecini çok daha verimsiz ve uzun bir hale getirebilmektedir. Ev çalışanları bu süreçte yalnızlaşmış, işveren için tüm gün ulaşılabilir ve çalışabilir duruma gelmişlerdir. Böylece iş dışı özel hayat kavramı da anlamını yitirmiştir. Pandemi sürecindeki ekonomik kapanmışlıkta halen gelir getiren bir işe sahip olmanın dahi şans olarak görüldüğü bir süreçte evde sürdürülebilir bir işe sahip olmalarının lüks olarak görüldüğü beyaz yakalı işçi grubu artan işveren taleplerini karşılamak için daha da çok çalışmaya başlamıştır⁽⁴⁾.

Tüm gün çalışma temposuna ek olarak birçok beyaz yakalı daha önceden satın alabildiği ev temizliği, çocuk bakımı ve yemek hizmetlerini bu süreçte kendisi halletmek zorunda kalmasıyla

özellikle kadın çalışanların iş yükleri ikiye katlanmış sonuç olarak da kadın erkek toplumsal iş bölümündeki eşitsizlik de iyice gün yüzüne çıkmaya başlamıştır⁽¹⁰⁾.

Türkiye’de erkeklere göre daha yüksek işsizlik oranları olan kadınlar COVID-19 salgını döneminde ve sonrasında özellikle kadın istihdamının yüksek olduğu sektörlerin kısıtlanması ve düşen emek talebi karşısında erkeklere göre çok daha kırılğan bir konum almışlardır. İngiliz Guardian gazetesinde yer alan bir haberde de İngiltere’de salgın nedeniyle uygulanan kısıtlamalar sürecinde, kadınların çocuk bakımı ve ev işlerini daha fazla üstlendiği, beyaz ve mavi yakalı grubun her ikisi için de kadınların işlerini kaybetme oranının erkeklerden daha fazla olduğu ve cinsiyet eşitliği konusunda elde edilmiş kazanımların geriye gitmesi riskiyle karşı karşıya olduğunu gösteren verilere ve uzman görüşlerine yer verilmiştir. Pandemi sürecindeki kısıtlamaların Avrupa çapında cinsiyet eşitsizliğini güçlendirdiğine, krizin ekonomik ve sosyal yansımalarının kadınlar bakımından çok daha ağır olduğuna ve kadınları evde geleneksel rollere geri itme tehlikesi taşıdığına dikkat çekilmiştir⁽¹¹⁾.

Bilindiği gibi pandemi sürecinin başlarında koruyucu önlemler kapsamında Türkiye’de 65 yaş ve üstüne getirilen sokağa çıkma yasağı, bir süre sonra 20 yaş ve altını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Ancak bu uygulamanın hemen sonrasında İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan yeni bir genelge ile 18-20 yaş arası genç işçi sayısının 811 bin olması nedeniyle bu gruptaki gençlerin sokağa çıkış kısıtlaması kaldırılmıştır. Öte yandan resmi yetkililer evde kalınmasını önerirken yapılan çalışmaların sonuçlarına göre Türkiye’de istihdamın sadece %24’ünün evden çalışmaya elverişli işlerde çalışıyor oluşu geriye kalan %76’lık bölümü oluşturan özellikle mavi yakalıların evde kalmasını sağlayacak şartların sağlanamaması sonucunda bu kesim pandemi sürecinde ya sağlığından ya da işinden olma riskiyle karşı karşıya bırakılmıştır⁽¹²⁾.

Görel olarak sınırlı ekonomik ve kültürel sermayeye sahip ve ağırlıklı kafa emeğinden ziyade kol emeğini kullanan mavi yakalı çalışanlar açısından bu uygulama ciddi düzeyde dezavantaj yaratmıştır. Bu bağlamda pandemi sürecinin başından itibaren fiziksel çabayla para kazanan marketlerde, çöp toplamada, dağıtım ve ulaşım alanlarında çalışanlar yeterli kişisel koruyucu önlemlerin de

alınmadığı ortamlarda çalışmak zorunda bırakılmışlardır⁽¹³⁾.

Dünya genelinde de benzer eşitsizliklerin varlığının göstergesi olarak The New York Times tarafından yapılan akıllı telefon konum verilerinin analiz sonuçlarını göre, Amerika'daki şehirlerde, pek çok düşük gelirli çalışan hareket etmeye devam ederken, yüksek gelirli olanlar ise evde kalarak koronavirüse maruz kalma ihtimallerini sınırlandırabilmektedir. Düşük eğitilmiş ve düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin evde çalışmaları güçtür ve yaşamlarını sürdürebilmek için güvencesiz işlerde ve hizmet sektöründe çalışmaya devam etme olasılığı fazladır. Bu durum, onların her gün onlarca insanla temasını ve virüse yakalanma riskini artırmaktadır^(14,15).

Türkiye'deki durum değerlendirmesinde Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK)'nin, 16 Nisan 2020'de yayımlanan raporunda DİSK üyesi işçilerdeki COVID-19 pozitif vaka sayısının 257 olduğu, 24 Nisan'da yayımlanan ikinci raporda ise 535'e ulaştığı ve 4 işçinin de yaşamını kaybettiği bildirilmiştir. Söz konusu veriler, DİSK üyesi işçiler arasında COVID-19 pozitif vaka oranının, Türkiye'deki toplam vaka oranının yaklaşık %35'i olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca DİSK verilerinin sendikalı işçileri yansıtmakta olduğu, sendikasız ve kayıtsız işyerlerinde COVID-19 pozitif oranının çok daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye'de toplam 15 milyon 799 bin işçinin 14 milyon 104 bininin herhangi bir sendikaya üye olmadığı göz önüne alındığında ise mavi yakalı emekçiler arasında COVID-19 salgının ulaştığı boyutun büyüklüğü tahmin edilebilmektedir⁽¹⁶⁾.

İş Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin (İSİG) Nisan 2020 tarihli raporunda ise sadece Nisan 2020 döneminde en az 220 işçinin iş cinayetlerinde yaşamını yitirdiği ifade edilmektedir. Bu %19 ile en fazla tarım iş kolunda gerçekleştiği ve en fazla ölüm nedeninin ise %47 ile COVID-19 enfeksiyonu olduğu belirtilmektedir. Öte yandan Mart 2020 döneminde COVID-19 nedeniyle ölen 14 işçi tespit edilmişken, Nisan ayında COVID-19'a bağlı ölüm sayısının hızla artarak 103'e ulaşması çarkların dönmeye devam etti ve işçiler evde kalamadıkları için hastalanıp öldüklerinin bir göstergesi olarak dikkat çekicidir⁽¹⁷⁾.

Salgına karşı önlem almanın işverenlerin sorumluluğuna bırakılması sonrasında birçok işyerinde yapılan risk değerlendirmelerinde yeni salgın koşullarının yeterince sağlanmadığı görülmekte-

dir. Bunlardan biri, fiziki mesafenin düzenlenmesidir. İşçilerin fiziki mesafeyi koruyabilmeleri, işyerinin fiziki koşulların yeniden düzenlenmeden, makina ve ekipmanlar arasındaki mesafeler arttırılmadan, bantlarda çalışma düzenlerinde değişiklik yapılmadan mümkün görülmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu "Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi"nde merkezi havalandırma sistemleri dışında klima sistemlerinin kullanılmaması gerektiği belirtilirken birçok işyerinde merkezi havalandırma sistemi bulunmadığı için İşçiler, sıcaklığın 40-45 dereceye ulaştığı koşullarda maskeyle çalışmak zorunda bırakılmaktadır. İşyerlerinde fiziki mesafenin uygulanması için işçilere sürekli uyarılar yapılırken, işçi servislerinde kapasite sınırlamasının kaldırılması da birbiriyle çelişen ve alınmaya çalışılan diğer önlemleri etkisiz hale getiren bir uygulamadır⁽¹⁷⁾.

Sağlık emekçileri ve evden çalışanlar dâhil faal işçilerin SARS-Cov-2 virüsü ile bulaşma sonucunda maruz kalacakları COVID-19 enfeksiyonunu "iş kazaları sonucu gelişen ölümcül seyirli mesleki bulaşıcı hastalık" olarak, enfeksiyon sonucu ölümleri ise "iş cinayeti"¹ olarak tanımlıyor olduğu görülmektedir^(18,19).

Yeni Koronavirüs Hastalığı salgını kapitalist ülke ekonomilerinde ağır ve kalıcı tahribatlar yaratırken, ekonomilerin ciddi oranlarda küçülmesine, işsizliğin, yoksulluğun ve diğer ekonomik ve toplumsal sorunların artmasına neden olmuştur. Salgın dünya genelinde yarattığı yıkıcı etkilerle kitlesel can kaybı ve piyasa merkezli sağlık sistemlerini alt üst etmekle kalmayıp tüm dünyada ekonomi, sosyal güvenlik, eğitim ve gıda üretimi gibi yaşamın tüm alanlarında yıkıcı etkileri de beraberinde getirmiştir⁽²⁰⁾.

Pakistan'da ve ABD'de yapılan araştırmalarda salgının neden olduğu ekonomik durgunluk nedeniyle COVID-19 intihar vakaları bildirilmeye başlanmıştır. İntiharların nedenlerinin ise salgın kontrolü sırasında bölgesel kapanmanın ekonomik sorunları derinleştirmesine ve kişilerdeki enfeksiyon korkusuna bağlı olduğu düşünülmektedir^(21,22).

Salgının, çok ciddi tıbbi, psikolojik ve sosyolojik etkilere sahip olduğu izlenirken, çok güçlü bir iktisadi kâbusu da ortaya çıkardığı görülmektedir.

1 "İş Cinayetleri" tanımlaması için Bakınız: Kapar R, Çocuk Emeginin En Kötü Biçimleri ve Türkiye, Çalışma ve Toplum Dergisi, <https://www.calismatoplum.org/makale/cocuk-emeginin-en-kotu-bicimleri-ve-turkiye#gsc.tab=0>, Erişim: 22.10.2020

Fakat bu ekonomik kâbus tüm sınıflar için aynı şiddette yaşanmamakta özellikle işçileri, yoksulları, işsizleri ve göçmenleri daha ciddi boyutlarda etkilemektedir⁽²⁾.

Hastalığın kendisinin sebep olduğu kayıplar ve yıkım dışında pandemiyle birlikte girilen kapanma dönemi ekonomik bir kâbusu da beraberinde getirmiştir. Günlük yevmiye usulüyle çalışanlar, pandemi sürecinde işten çıkarılanlar ve ücretsiz izne çıkarılanlar, tamamen kepenk kapatan hizmet sektöründe çalışanlar, hiçbir birikimi ve sosyal güvencesi olmayanlar, hâlihazırda işsizler hastalığın yarattığı korkunun dışında daha da büyük bir kâbusun içine itilmişlerdir⁽⁴⁾.

Hem yerel hem küresel ölçekte zamanla daha da kontrolden çıkan yoksulluğun ve sefaletin geldiği noktada halen gelir getiren bir işi olduğu için şanslı görülen işçi sınıfında mavi ve beyaz yakalı çalışanlar farklı şekillerde sömürülmeye devam edilmektedir. Bu sömürüye karşı çıkan ya da psikolojik veya beden sağlığı buna elverişli olmayan işçiler ise bir yanda sefalet ve açlık öte yanda hastalık seçimleriyle karşı karşıya bırakılmaktadır.

Sonuç olarak bulaşmanın engellenmesi için DSÖ'nün önlemler başlığında yer alan eylem alanları kapsamında sağlık iletişimi, sosyal mesafe, karantina ve izolasyon, sürveyans ve izleme, test yapma gibi korunma basamakları Türkiye'de herkes için eşit uygulamaya konulamamıştır⁽⁶⁾.

Kaynaklar

- 1) Aktan MN. Nefes Almanın Eşitsizliği. Gazete Duvar. [Internet] <https://www.gazeteduvar.com.tr/forum/2020/05/18/nefes-almanin-esitsizligi/> Erişim: 18.05.2020.
- 2) Şahin U. Salgın Eşit Etkilemiyor. Birgün. [Internet] <https://www.birgun.net/haber/salgin-esit-etkilemiyor-303048>. Erişim: 18.05.2020.
- 3) Sunar L. Salgınla Mücadelenin İlk Eşiği: Eşitsizlikler. Toplumsal Yapı. [Internet] <https://tyap.net/sgmi>.
- 4) Kolluoğlu B. Pandeminin Açığa Çıkardığı Eşitsizlikler, Kırılabilirlik ve Kızgınlık. Çatlak Zemin. [Internet] <https://www.catlaczemin.com/pandeminin-aciga-cikardigi-esitsizlikler-kiril-ganlik-ve-kizginlik/> Erişim: 18.05.2020.
- 5) World Health Organisation, Closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health. Geneva, 2008, Frieden TR. The Future Of Public Health. N Eng J Med 2015;373:1748-1754.
- 6) Eskioçak M. Koronavirüs Pandemisi, Salgın Yönetimi, Dijital İzleme ve Endişe. Hekim Postası, Haziran 2020. [Internet] https://ato.org.tr/hekim_postasi_arsiv/2020/hp_pandemi_ozel2.pdf. Erişim: 21.11.2020.
- 7) Deziel NC, Allen JG, Scheepers PTJ, Levy JI. The COVID-19 Pandemic: A moment for exposure science. Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology Jul; 2020 Apr 29.
- 8) Karakaş Ş. Covid-19 ve Otoriterizm Şovu Enternasyonal Sosyalizm, Nisan 2020.
- 9) Savaş A. İşçi Sınıfına Yeni Normal: Virüs Riski Altında Çalışmak, Kitleli İşsizlik, Gelir Kaybı. Sol Gazete. [Internet] <https://sol.org.tr/yazar/isci-sinifina-yeni-normal-virus-riski-altinda-calismak-kitleli-issizlik-gelir-kaybi-5519> Erişim: 20.05.2020.
- 10) Sullivan D, Connelly E. Why COVID-19 could make social determinants of health even worse. Advisory Board Briefing. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2020/03/25/social-determinants>. Erişim: 24.05.2020.
- 11) Tokyay M. Rapor: Pandemi Sürecinde Kadınlar Daha Da Yoksullaşıyor. [Internet] <https://tr.euronews.com/2020/05/24/rapor-pandemi-surecinde-kadınlar-daha-da-yoksullaşiyor> Erişim: 24.05.2020.
- 12) Covid-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Bileşenleri, Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları, Haziran 2020. [Internet] https://toraks.org.tr/site/community/downloads/V2VA-U_62WkmUWxYA Erişim: 21.11.2020.
- 13) Türkiye'de Kimlerin Evden Çalışması Mümkün? Birgün Gazetesi. [Internet] <https://www.birgun.net/haber/turkiye-de-kimlerin-evden-calismasi-mumkun-296722>. Erişim: 24.05.2020.
- 14) Yücel O. New York Times: Koronavirüs Eşitsizliği, Eşitsizlik İse Salgını Derinleştiriyor. Medyascope. [Internet] <https://medyascope.tv/2020/03/16/new-york-times-koronavirus-esitsizligi-esitsizlik-ise-salgini-derinlestiriyor/> Erişim: 24.05.2020.
- 15) Editorial. COVID-19 Puts Societies To The Test. Lancet Public Health 2020;5:e235.
- 16) [Internet] <http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ucuncusu-yayinlandi/> Erişim Tarihi: 08.07.2020.
- 17) [Internet] <http://isigmeclisi.org/20383-carklar-donuyor-isciler-oluyor-nisan-ayinda-en-az-220-isci-yasami>. Erişim: 08.07.2020.
- 18) Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisinde Türkiye'de Hazırlıklılık ve Yanıt: 56. Gün, HASUDER, 10.05.2020.
- 19) TTB Raporu: Türkiye'de COVID-19 Tanısı Almış Sağlık Çalışanlarının Sayısı Artıyor. [Internet] https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=e34429ca-846e-11ea-9137-e385f12afb6d. Erişim: 21.11.2020.
- 20) ILO, World Employment Social Outlook, Trend 2019, International Labour Office, Geneva. [Internet] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_670542.pdf. Erişim Tarihi: 07.07.2020.
- 21) Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and corona virus disease, A perfect storm, JAMA Psychiatry, 2020 Apr. Published online April 10, 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.
- 22) Mamun MA, Ullah I. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? - The forthcoming economic challenges for a developing country. Brain Behav Immun 2020;87:163-166. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.028.

Pandemi ve > Sağlık Çalışanları

85

PROF. DR. MERAL SAYGUN • DR. ÖĞR. ÜYESİ DİDEM DAYMAZ

Sağlık sektörü istihdam yaratmak açısından oldukça büyük bir potansiyele sahip, toplumun ve ekonominin temel sektörlerinden biri olup, ⁽¹⁾ sağlık çalışanları ise her ülkede en büyük küresel işgücü olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan hesaplamalara göre dünya genelinde 59,8 milyon sağlık çalışanı bulunmakta, bunların yaklaşık üçte ikisi (39,5 milyon) sağlık hizmeti sunumunda görev almakta, diğer üçte biri (19,8 milyon) ise yönetim ve destek hizmetlerinde yer almaktadır. Sağlık hizmetleri veren bireyler doktorlar, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, acil tıbbi müdahale ekipleri, terapistler, laboratuvar teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları ve eczacılar gibi bu alanlarda eğitim gören öğrencilerin yanı sıra yönetsel ve destek hizmetleri sunan kişileri de içermektedir ⁽²⁾.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Sağlık ve Güvenlik Riskleri

Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında; sağlık çalışanları arasında görülen işle ilgili hastalıklar ve iş kazaları, sıklık açısından oldukça fazladır. Sağlık çalışanları, her gün çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikelerine maruz kalmaktadır. Bu tehlikeler; biyolojik tehlikeler [Tüberküloz, Hepatit, HIV/AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, Ebola), vb.]; kimyasal

tehlikeler (glutaraldehit, etilen oksit, cerrahi duman, lateks vb.); fiziksel tehlikeler (gürültü, radyasyon, kayma, düşme vb); ergonomik tehlikeler (ağır kaldırma, uygunsuz duruşlar, tekrarlayan hareketler vb.); psikososyal tehlikeler (vardiyalı çalışma, şiddet, stres vb.); yangın ve patlama tehlikeleridir ⁽³⁾.

OSHA (Occupational Safety and Health Administration) çalışma alanlarına göre COVID-19 hastalığına maruz kalma riskini; çok yüksek, yüksek, orta ve düşük risk olacak şekilde dört grupta sınıflandırmış ve sağlık çalışanlarını çok yüksek ve yüksek risk grubuna dahil etmiştir. Kesin veya şüpheli COVID-19 kaynaklarına maruz kalma potansiyeli yüksek işler olarak tanımlanan yüksek risk grubunda, olası ya da kesin COVID-19 hastalarına maruz kalan (hasta odalarına girmesi gereken hastane personeli gibi) sağlık ve destek personeli yer almaktadır. Çok yüksek risk grubunda ise, belirli tıbbi, ölüm sonrası veya laboratuvar prosedürleri sırasında kesin veya şüphelenilen COVID-19 kaynaklarına maruz kalma potansiyeli çok yüksek işler olan; olası ya da kesin COVID-19 hastalarını kapalı araçlarda taşıyan tıbbi nakil çalışanları (ambulans aracı operatörleri), bilinen veya şüphelenilen COVID-19'da aerosol üreten prosedürler (entübasyon, öksürük indüksiyon prosedürleri, bronkoskopiler, bazı diş prosedürleri ve muayeneleri veya invaziv örnek toplama gibi) gerçekleştiren sağlık çalışanları, hastalarından numune toplayan veya işleyen sağlık hizmetleri veya laboratuvar personeli, ölümleri sırasında COVID-19'a sahip olduğu bilinen ya da olduğundan şüphelenilen kişilerin bedenlerin-

de, genellikle aerosol üreten prosedürleri içeren otopsi yapan morg işçileri sınıflandırılmıştır⁽⁴⁾. Bunun yanı sıra Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan rehberlere göre; COVID-19 hastasıyla temas eden sağlık çalışanları için temas şekli ve temas sırasındaki kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanım durumuna göre düşük, orta ve yüksek risk durumları belirlenmiş ve mevcut risk durumuna göre izlenecek algoritma hazırlanmıştır⁽⁵⁾.

Pandemi Sürecinin Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Sağlık çalışanları COVID-19 pandemi mücadelesi ve kontrolünde beklenildiği gibi ön saflarında yer almakta, kritik roller üstlenmekte ve bu süreçte birçok tehlikeyle karşı karşıya kalmaktadır. Çalışma ortamı için biyolojik tehlike olan SARS-CoV-2 virüsüyle enfekte olma riskinin yanında; uzun çalışma saatleri, psikolojik problemler, hastalığı yakınlarına bulaştırma korkusu, ailelerinden ayrılma, hastalığı ve meslektaşlarını kaybetme kaygısı/acısı, stres, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalama, fiziksel ve psikolojik şiddet karşılaşılan diğer zorluklardan bazılarıdır⁽⁶⁾.

Pandemi süresince ne yazık ki birçok sağlık çalışanı COVID-19 hastalığına yakalanmış ve çok sayıda sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. İngiltere’de yapılan 2020 yılı Mart sonu ve Nisan başını kapsayan altı haftalık bir çalışmada SARS-CoV-2 ile enfekte olan kişilerin %10’unu hastalara bakım veren sağlık ve sosyal çalışanların oluşturduğu ve bu iş grubunun riskinin kendi yaş grubundan dört kat fazla olduğu tespit edilmiştir⁽⁷⁾. Almanya’da 25 Mayıs 2020 tarihi itibarıyla tüm vakaların %11,9’unu sağlık çalışanı ve bakım evi çalışanları oluşturmuştur. En sık tanı alan grup hemşireler olmuş, onu hekimler takip etmiştir. Malezya Sağlık Bakanlığı özellikle COVID-19 kaynakları ile temas riski yüksek yerlerde çalışan 2000 sağlık çalışanına yönelik yaptığı takipler sonucunda %9,1’inin test sonucunu pozitif olarak bildirmiştir⁽⁸⁾. Çin’de 24 Şubat 2020 tarihine kadar 2055 sağlık çalışanının SARS-CoV-2 ile enfete olduğu bildirilmiştir⁽⁹⁾. Toplam 2.135.190 kişiyi kapsayan prospektif bir çalışmada, pandemiyle mücadelede ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının COVID-19 testinin pozitif olma olasılığı topluma göre 11,6 kat fazla bulunmuştur. Ayrıca çalışmada yeterli sayıda ve nitelikli kişisel koruyucu donanıma ulaşamayanların SARS-CoV-2 ile enfekte

olma riski daha yüksek bulunmuştur⁽¹⁰⁾. Çin’de yapılan prospektif tipte başka bir çalışmada 72 sağlık çalışanının 28’inde SARS-CoV-2 virüsü tespit edilmiş, özellikle yüksek riskli kliniklerde uzun çalışma saatlerinin enfekte olma riskini arttırdığı saptanmıştır⁽¹¹⁾. Türkiye’de ise enfekte olan sağlık çalışanı sayısı resmi olarak en son 29 Nisan’da 7428 olarak açıklanmıştır⁽¹²⁾.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanları virüsle enfekte olma riskinin yanı sıra ruhsal problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır. COVID-19 salgınının ilk ortaya çıktığı yer olan Wuhan kentinde sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada; salgının hemen sonrasında sağlık ekiplerinin %71,3’ünde eşik altı ve hafif düzeyde, %22,4’ünde orta düzeyde, %6,2’sinde ciddi düzeyde ruhsal bozuklukların ortaya çıktığı tespit edilmiştir⁽¹³⁾. Almanya’da yapılan bir derleme çalışmasında sağlık çalışanlarında ciddi depresyon ve anksiyete semptomları varlığının %2,2-14,5 arasında değiştiği belirlenmiştir⁽¹⁴⁾. İngiltere’de yapılan sistematik derleme sonuçlarına göre de COVID-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarındaki anksiyete sıklığı %23,0 depresyon sıklığı ise %22,8 olarak hesaplanmıştır⁽¹⁵⁾. Sağlık çalışanlarının öz değerlendirmelerine bağlı yapılan ölçeklerin kullanıldığı çalışmalar değerlendirildiğinde; çalışanlarının %50,4’ünde depresyon, %44,6’sında anksiyete ve %34’ünde uyku güçlüğü tespit edilmiştir⁽¹⁶⁾. Türkiye’de yapılan ve 563 katılımcının 251’ini (%44,6) sağlık çalışanını oluşturduğu kesitsel bir çalışmada, COVID-19 pandemisinde ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının COVID-19 için kaygı, depresyon ve ikincil travma puanları, diğer sağlık çalışanlarından veya sağlık çalışanı olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, bir ebeveynle birlikte yaşama ve kronik bir hastalığa sahip olma durumunda ikincil travma puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır⁽¹⁷⁾.

Türkiye’de sağlık çalışanları, pandemi döneminin başlangıcından itibaren oldukça yoğun bir şekilde planlı mesai saatleri dışında da çalışmaktadır. Hastalığın yeni olması ve özellikle pandeminin başlangıç sürecinde COVID-19 hakkındaki belirsizliklerin de getirmiş olduğu yoğun kaygı durumunun yanında, hasta olma riski ve ailelerini de aynı riske maruz bırakma ihtimalleri, sağlık çalışanlarının psikososyal açıdan oldukça zorlu bir süreçten geçmelerine neden olmaktadır. Pandemi servis/yoğun bakım çalışanları, enfeksiyon kontrol komitesi ve laboratuvar hizmetinde görev alan çalışan-

lar, birinci basamakta vaka ve temaslı filyasyonda görev alan İl/ilçe Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları aralıksız ve üstün bir gayretle çalışmaya devam etmektedir. Bu sürecin getirmiş olduğu yorgunluk iş gücü planlamalarında göz ardı edilmemelidir.

Öneriler

Sağlık çalışanlarının korunması, COVID-19 pandemisi ile mücadelenin önceliklerden biridir. Tüm riskler ve pandemi süreci göz önünde bulundurularak, sağlık kuruluşlarındaki iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin aksatılmadan, devamlılığının sağlanması gereklidir. Sağlık çalışanlarının maruz kalabileceği tehlikeler sürekli olarak değerlendirilmeli, iş sağlığı ve güvenliği risklerinin en aza indirilmesi için, gerekli tüm önleyici ve koruyucu önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bunlardan bazıları aşağıdaki bölümde sunulmuştur ⁽⁶⁾;

Yeni Koronavirüs Hastalığı konusunda ulusal rehber ve talimatlar, güncel ve kanıta dayalı veriler içerecek şekilde güncellenmeli ve düzenli aralıklarla sağlık çalışanlarıyla paylaşılmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, İl Müdürlükleri ve hastane yönetimleri tarafından sağlık çalışanlarına görev aldıkları çalışma alanına uygun olarak düzenli, yeterli sayıda ve nitelikte KKD (N95/FFP2 maske, cerrahi önlük, eldiven, gözlük, yüz koruyucu, tek kullanımlık bone, galoş, antiseptikler) sağlanmalıdır. Ayrıca KKD temininde süreklilik sağlanmalı, planlamalar eksiksiz olarak sürdürülmelidir.

Özellikle enfeksiyon kontrolü ve kişisel koruyucu ekipman kullanımını konusunda kapsamlı ve düzenli aralıklarla eğitim çalışmaları düzenlenmeli ve KKD'ların uygun kullanımı konusunda takipler yapılmalıdır.

Sağlık çalışanları hakkındaki güncel veriler (enfekte olan, iyileşen, hayatını kaybeden sağlık çalışanı sayısı gibi.) düzenli aralıklarla paylaşılmalıdır.

Yeni Koronavirüs Hastalığına maruz kalma durumunda; sağlık çalışanını suçlayıcı herhangi bir ortam yaratılmasının önüne geçilmeli, sağlık çalışanına psikolojik desteği de içerecek şekilde acil takip ve tedavi olanakları sağlanmalıdır.

Pandeminin yarattığı yoğun iş ve stres ortamı da düşünülerek, sağlık çalışanlarına; uygun çalışma saatleri düzenlenmeli, COVID-19 maruz kalma riski ve hizmet verdiği hassas gruplar da göz önünde bulundurularak, sağlık çalışanlarına aktif semptom

takibi, düzenli sağlık kontrolleri ve rutin tarama uygulamaları yapılmalıdır.

Pandemi döneminin, devam edecek olan süreç de değerlendirilerek, sağlık çalışanlarının psikolojik, ruhsal ve psikososyal ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı, sağlık çalışanlarına yönelik psikososyal destek sağlayıcı programlar geliştirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının tazminat gibi hakları kazanabilmeleri adına, görülen COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesi, riskli temasların da iş kazası olarak bildirimini yapılması sağlanmalıdır. Bu amaçla İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği (İMUD) aşağıdaki önerileri getirmiştir ⁽¹⁸⁾.

- Başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm çalışanların, COVID-19 şüpheli ya da tanılı hasta ile temaslarında iş kazası olarak değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- SARS-CoV-2 maruz kalım riskinin yüksek olduğu işlerde çalışan ve iş kazası olarak değerlendirilmeyen, COVID-19 hastalığı kesin tanısı olan çalışanların mesleki ve çevresel maruz kalımları değerlendirilmeli, meslek dışı etkilenimlerle açıklanamayan ve raslantısal olarak değerlendirilmeyen COVID-19 hastalarının mesleki olarak bildirimleri yapılmalıdır.
- Yeni Koronavirüs Hastalığıyla ilişkili iş kazalarının, maruz kalmadan ve meslek hastalıklarının izleminden sonraki aylarda, nihai raporların hazırlanarak yasal bildirimlerin yapılması için hastaların SGK tarafından yetkilendirilen Meslek Hastanelerine, Eğitim ve Araştırma Hastanelerine veya Devlet Üniversite Hastanelerine sevk edilmeleri gerekmektedir ⁽¹⁸⁾.

Kaynaklar

- 1) Health services sector [Internet] <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang--en/index.htm> Erişim:13.07.2020.
- 2) International Commission on Occupational Health (ICOH) OH for Health Workers [Internet] <http://www.icohweb.org/site/scientific-committee-detail.asp?sc=19> Erişim tarihi: 13.07.2020.
- 3) [Internet] <http://www.icohweb.org/site/scientific-committee-detail.asp?sc=19> Erişim: 13.07.2020.
- 4) Hazard Recognition [Internet] <https://www.osha.gov/SLTC/covid-19/hazardrecognition.html> Erişim:08.07.2020.
- 5) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-COV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 1 Haziran 2020, Ankara.
- 6) [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=b-cabd401_0 Erişim:08.07.2020.

- 7) Torjesen, I Covid-19: One in 10 cases in England occurred in frontline health and social care staff. *BMJ: British Medical Journal* (Online), 2020,370:m2717. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2717>
- 8) Nienhaus A, Hod R. COVID-19 among health workers in Germany and Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17 (13):4881.
- 9) Wang, J.; Zhou, M.; Liu, F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp infect*, 2020, 105.1.
- 10) Nguyen LH, Drew DA, Joshi AD, et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. *medRxiv*. (2020). <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20084111>
- 11) Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. Risk factors of healthcare workers with corona virus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clinical Infectious Diseases*. (2020). <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>.
- 12) [Internet] <https://www.haberturk.com/bakan-koca-bilim-kurulu-toplantisi-sonrasi-aciklama-yapiyor-2662608> Erişim:17.07.2020
- 13) Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross sectional study. *Brain Behav Immun* 2020; pii: S0889-1591 (20)30348-2.
- 14) Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-HELLER S. G COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers-a short current review. *Psychiatrische Praxis*, . (2020); 47 (4), 190-197.
- 15) Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsounou P. (Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;88:901–907.
- 16) Thapa B, Gita S, Chatterjee K, Devrani A. Impact of COVID-19 on the Mental Health of the Society& HCW (Healthcare workers): A Systematic. 2020;5 (2):234.
- 17) Arpacioğlu S, Gurler M, Cakiroğlu S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Healthcare Workers Exposed to the COVID-19. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1177%2F0020764020940742>
- 18) COVID-19 İlişkili İş Kazası ve Meslek Hastalığı- İMUD. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği. [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-iliskili-is-kazasi-ve-meslek-hastaligi-imud/> Erişim:13.07.2020.

COVID-19 Salgınına Doğru Kavramanın Yolu: ➤ Etkin Risk İletişimi

86

ARŞ. GÖR. DR. BURKAY BUDAK • PROF. DR. F. NUR BARAN AKSAKAL

Giriş

2019 yılının sonunda ortaya çıkan ve birkaç ay gibi kısa bir sürede etkisini bütün dünyada gösteren Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgını şüphesiz ki bütün ülkelerde gündemi en fazla etkileyen olaylardan biridir. Ülkelerin salgının kaskacında geçirdiği bu günlerde en çok tartışılan, en çok bilgilendirme amaçlı programlar yapılan ve haliyle hakkında en çok spekülasyon oluşturulan konu da COVID-19 salgınıdır. Dünyayı derinden etkileyen bu salgının gündemde geniş yer tutması ve nabzının her an takip edilmesi hem ekonomik hem de sosyolojik dinamikler açısından tabii bir durumdur.

Salgının yönetilmesi sürecinde; ülkelerin uyguladığı salgının yayılmasını yavaşlatmaya ve engellemeye yönelik önlemler, oluşturduğu hastalık tablosunu tedavi etmek için uyguladığı ilaçlar ve tedavi prosedürleri ve de salgınları kontrol altına alma noktasındaki en önemli dönüm noktalarından biri olan aşı çalışmaları geniş yer tutmaktadır. Dünya ülkelerinin tarihteki salgınların oluşturduğu etkilerden yola çıkarak bu yolları izlemeleri kaçınılmaz bir ilerleyiştir. Fakat bu sürecin yönetilmesinde salgının toplum tarafından anlaşılması, önlemlerin uygulanması ve idrak edilmesi ve salgının 'ne olup ne olmadığının' topluma tam olarak aktarılması salgının yönetilmesinde en az diğer basamaklar kadar önemlidir.

İletişim kullandığı bilim alanına göre değişik şekillerle tanımlanmış bir kavramdır. İnsanın kendisini yönlendirmek ve değişen gereksinimlerini karşılamak için, çevreden gelen uyarıları eleyerek, düzenleyerek etkin bir anlamlandırma ve bunu

paylaşma çabası olarak tanımlanabilir. Aslen bir mesaj alışverişidir ve çift yönlüdür. Bilgi aktarmak kadar toplumun algısının farkına varmak da önemlidir. **Bilim insanları, yöneticiler, konunun uzmanları tarafından konu hakkında tek yönlü bilgi akışı "enformasyon" diğer bir deyişle bilgi aktarmadır. Konu hakkındaki mevcut bilgileri paylaşmak iletişimin sadece bir unsurudur ve COVID-19 salgınında da haber programları, portallar, vs aracılığıyla bilgi aktarımı nihai olarak hedeflenen riskin algılanması ve buna uygun önlemleri alma, uygun yanıt verme, maske takma, sosyal mesafe, el hijyeni gibi temel önlemlere uyma davranışının gelişmesi için yeterli değildir ve nitekim salgın sürecinde bunun aksi davranışta bulunan toplum üyeleri çokça bulunmakta ve eleştirilmektedir. Bu tip salgınlarda ve halkın sağlığını ve/veya refahını etkileyen durumlarda "risk" in anlaşılması ve iletişimi esastır.**

Yani, iletişim sözcüğünün yalın bir ileti alışverişinden çok, toplumsal nitelikli bir etkileşim, değiş tokuş ve paylaşımı içerdiği akılda tutulmalı, toplumda uygun bir davranış geliştirilmek isteniyorsa "risk iletişimi" nin bir zorunluluk olduğu unutulmamalıdır.

Günümüzde COVID-19 salgının toplum ile birlikte yönetilmesi sürecin olmazsa olmazıdır. Salgının yönetilmesi sürecinde halkın sürece dahil edilmesi ancak etkili ve doğru bir risk iletişim ile gerçekleşebilir. Salgın gibi toplum sağlığı üzerinde oluşan kuvvetli risklerin etkileri de topluma bu riskin iyi olarak anlatılmasıyla ve toplumun bu sürece uyumuyla hafifletilebilir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı salgın sürecinin yönetilmesinde ülkemiz ve dünya ülkeleri tarafından televizyon, radyo, gazete, dergi, sosyal medya gibi toplumun üzerinde güce sahip olan iletişim organları etkin olarak kullanılmaktadır. Bu süreçte televizyon ve sosyal medya hitap edebildikleri kitlelerin daha geniş olması nedeniyle de daha ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda birçok program, bilgilendirme reklamı, medya afişleri kullanılmaktadır. Şüphesiz ki bu uygulamalardaki temel amaç toplumun sürece katılımını sağlamak ve öngörülen tedbirlerin uygulanmasını kolaylaştırmaktır. Fakat bu noktada 'risk iletişiminin' sağlıklı olması ve bilgilendirmenin doğru olarak yapılması bilhassa önemlidir.

Salgın: COVID-19 Pandemisi

Belirli bir coğrafyada bulunan bir toplumda bulaşıcı hastalığı bulunan kişi sayısına hastalığın başlangıç endemi düzeyi denilmektedir. Bu seviye eğer hiç hasta birey bulunmuyorsa sıfıra da eşit olabilmektedir. Bu toplumda hastalığın bu başlangıç endemi düzeyinde görünmesi beklenen bir durumdur. Eğer toplumda düzenli olarak hasta kişi sayısı yüksek seviyelerde görünüyorsa bu duruma hipe-rendemi denilmektedir. Eğer belirli bir coğrafyada bulunan bir toplumda hasta kişi sayısı herhangi bir dönemde bu seviyelerin üstünde görülürse bu duruma epidemiy denilmektedir. Epidemiy toplumda salgın olarak da adlandırılmaktadır. Eğer bir epidemiy durumu birden fazla ülkeye veya kıtaya yayılırsa bu duruma pandemi denilmektedir⁽¹⁾.

Günümüzde yaptığı hastalığı Covid-19 olarak adlandırdığımız SARS-CoV-2 virüsü Çin Cumhuriyeti'nden tüm dünyaya yayılarak epidemiyden pandemiye evrilmiştir. Salgının ana kaynağının Hubei Eyaletinde bulunan Wuhan şehrindeki bir canlı deniz ürünleri pazarı olduğu düşünülmektedir. İlk COVID-19 vakası 31.12.2019 tarihinde

bildirilmiştir⁽²⁾. 11 Mart 2020'de ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) salgını "pandemiy" olarak nitelendirilmiştir⁽³⁾.

Yeni Koronavirüs Hastalığı pandemisinde bu bölümün yazıldığı an itibariyle dünyada 12.552.765, ülkemizde ise 211.981 tanı konulmuş vaka bulunmaktadır. Vaka sayısı Avrupa ülkelerinde ve salgının kaynağı olan Asya ülkelerinde azalmaya başlarken Kuzey Amerika, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde artışa geçmiştir ve bu bölgeler salgının merkez üssüne dönüşmüştür⁽⁴⁾. Tüm ülkelerde salgının kontrol altına alınma gayretleri devam etmekte, ikinci bir dalga olasılığı ve beklentisi dillendirilmektedir.

Risk ve Sağlık Riskleri

Risk, DSÖ tarafından olumsuz sonuç olasılığı veya bu olasılığı artıran bir faktör olarak tanımlanmaktadır ve dört farklı açıdan değerlendirilebilir. İlk olarak bir olayın meydana gelme ihtimalini tanımlayan bir olasılıktır. Ayrıca bir sonuç, olasılığı artıran bir faktör veya potansiyel bir tehdit anlamlarına da gelir⁽⁵⁾.

Sağlık riski, bir şeyin sağlığa zarar verme veya sağlığı etkileme olasılığıdır⁽⁶⁾. **Sağlık risklerini anlamak potansiyel zararlar ve faydalar hakkında bakış açısı kazandırır ve bireylerin kendi sağlıkları için doğru kararlar alabilmelerinde kilit rol oynar.** Sağlık risklerini sosyoekonomik faktörler, çevresel ve toplumsal koşullar, genetik, bireysel davranışlar ve alışkanlıklar gibi karmaşık olaylar zincirinde gelişen bir olgu çerçevesinde değerlendirmek gerekir. Bu nedensel zincirler de müdahale için birçok giriş noktası sunmaktadır. Doğru giriş noktalarını tespit edebilmek ve doğru müdahale programları sunabilmek etkin bir risk iletişimi ile sağlanabilir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı sürecinde kişilere ve topluma yönelik olarak yukarıda belirtilen tüm

Tablo 86.1 Sağlık İçin Risk Faktörleri.

SAĞLIK İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ				
GENETİK	FİZYOLOJİK	DEMOGRAFİK	ÇEVRESEL	DAVRANIŞSAL
	Aşırı kilo	Yaş	Temiz su	Sigara kullanımı
	Obezite	Cinsiyet	Sanitasyon	Fazla alkol tüketimi
	Yüksek Tansiyon	Meslek	Çevre Kirliliği	Beslenme alışkanlıkları
	Yüksek Kan Şekerli	Gelir Seviyesi...	İşyerindeki Riskler...	Fiziksel hareketsizlik
	Yüksek Kolesterol...			Güvenli olmayan cinsel ilişki...

risk faktörlerine yönelik riskin algılanması gerekli olmuştur. Kişi infeksiyon açısından hipertansiyonu olmak gibi fizyolojik, 65 yaş ve üzeri olmak gibi demografik, temasla çevresel bulaş riski gibi çevresel ve beslenme, maske kullanımı vb davranışsal riskleri algılamalıdır.

Risk İletişimi

Risk iletişimi, sağlık, ekonomik veya sosyal alanlarda tehditle karşı karşıya kalan kişiler ile uzmanlar arasındaki bilgi ve tavsiye alışverişini ifade eder. Bireylerin algılarını, endişelerini, bilgilerini, uygulayabilme kapasitelerini doğru bir şekilde anlayabilmeyi, yanlış bilgileri ve söylentileri yönetebilmeyi gerektirir ⁽⁷⁾. Tanımdan anlaşıldığı üzere iki yönlüdür. Bilim insanları ve yöneticiler doğru risk iletişimi yaparken kişi ve toplumların riskleri ve riski algılama durumlarını da anlamalı ve izlemelidir. Başlarda bu kavram, hastalık riskleri ve bu riskleri azaltmak için davranış değişikliklerine ilişkin öneriler gibi sağlık olayları hakkında toplumun bilgilendirilmesi olarak görülüyordu. Fakat 21. yüzyılda sosyal bilimlerde, iletişim ve medya teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler bu algıyı etkilemiştir. Günümüzde risk iletişimi, bireylerin kendilerini ve çevresindekileri korumak amacıyla bilinçli kararlar alabilmeleri için çok yönlü iletişim ve etkileşim olarak kabul edilmektedir. Risk iletişiminin amaçları, sağlığı korumak, bireylerin kendilerine ve başkalarına zarar verebilecek davranışlarını değiştirmek veya en aza indirmek, hayat kurtarmak gibi konularda öneme sahip bilgileri paylaşmaktır. Bu paylaşılan bilgilerin bireyler tarafından doğru algılanması ve uygulanabilmesi de büyük öneme sahiptir ⁽⁸⁾.

Geniş bir çerçeveden bakıldığında ise risk iletişimi; bilinçlendirme, koruyucu davranışlara teşvik etme, tehlikeler ve riskler hakkında bilgi oluşturma, tedbirlerin anlaşılabilmesini ve kabul edilebilmesini sağlama, güncel veya yaklaşmakta olan olaylarda uyarı ve harekete geçirme, kaygıyı azaltma, güven ve işbirliği ağları oluşturma hedeflerine hizmet edebilmektedir. Aynı zamanda bu hedefler de ölçülmelidir. Bilgi ve davranış değişikliklerine ilişkin sonuçlar takip edilmeden ve değerlendirilmeden risk iletişim ile ilgili yapılan faaliyetler amaçlarına ulaşamaz ve anlamsız hale gelir. Böylece bir acil durumun yönetilmesine ve kontrolüne de yardımcı olamaz ⁽⁹⁾.

Etkili Risk İletişimi

Etkili bir risk iletişimi tüm risk değerlendirme ve yönetim süreçlerinde işbirliğini ve koordinasyonu geliştirebilir. Ancak etkili risk iletişimi için uyulması gereken birtakım ilkeler mevcuttur ^(10,11).

Bu ilkeler aşağıda sıralanmıştır:

- Risk iletişimi, yönetim sürecinde alınana kararlardan potansiyel olarak etkilenebilecek tarafları içermelidir. Bu tarafları dinlemek ve onlara risk bilgilerini vermek önemlidir. Bu tarafların katılımı erken aşamalarda başlamalı ve risk yönetim süreci boyunca sağlanmalıdır.
- Risk yöneticileri, yönetim süreci boyunca yeterli finansal kaynağı ve zamanı ayırmalıdır. Mümkün olan en kısa zamanda tüm bilgileri sağlamalıdır.
- Risk yöneticileri halkın kaygılarını anlamalı ve kabul etmelidir. Hangi teknik bilgilerin veya risk mesajlarının iletilmesi gerektiği konusunda halkın endişelerine öncelik verilmelidir.
- Risk yöneticileri bildikleri ve bilmedikleri konularda dürüst olmalıdır, güveni sağlamalıdır.
- Risk bilgilerini iletmek için uygun ve doğru araçlar kullanılmalıdır. Açık, basit ve halkın anlayabileceği bir dil kullanılmalı, bilimsel terimlerden uzak durulmalıdır.
- Risk yöneticileri doğru bilgi paylaşmalıdır.
- Yerel insanlar ve toplum liderleri bilgiyi yaymak için kullanılabilir.
- Daha fazla bilgi isteyen bireylerin/uzmanların talepleri karşılanmalıdır.
- Risk iletişimi devam eden bir faaliyet olduğu için sürekli olmalıdır.
- Toplumdaki bireylerin kendi kendilerini korumak için harekete geçebilmeleri sağlanmalıdır.
- Etik ve politik konularda duyarlı olunmalıdır.

Acil durumlarda risk iletişiminin başarısı, büyük ölçüde halkın devlet kurumlarına olan güvenine bağlıdır. Dolayısı ile devlet kurumlarına olan güvenin sürdürülmesi ve sürekli beslenmesi acil durum risklerinin halka iletilmesi konusunda anahtar role sahiptir. Güven, bireylerin karar alma ve uyum süreçlerinde önemli bir rol oynar çünkü bireylerin güvendikleri kişilerin veya kurumların verdiği talimatlara uyma ihtimalleri daha yüksektir. **Risk iletişimi paniğe yer vermeden gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacak hassas bir dengede olmalıdır.** Risk konusundaki bilgi az olsa da güven, hal-

kın riskin ciddiyeti hakkındaki algılarında önemli bir rol oynar.

Etkin risk iletişimi bireysel ve toplumsal politika geliştirmede de büyük öneme sahiptir. Çünkü paydaşların ve toplumun katılımını teşvik eder, yöneticilerin karar verirken ihtiyaç duydukları bilgileri zenginleştirir. Böylece ihtiyaçlar tespit edilmiş olur ve etkili politikalar geliştirilip riskin olumsuz etkileri en aza indirilebilir⁽¹²⁾.

Etkin Risk İletişimi Önündeki Engeller

Risk iletişimi, paydaşların ve toplumun katılımını gerektiren bir süreç olduğu için kaçınılmaz birtakım engeller ortaya çıkmaktadır⁽¹³⁾.

Risk iletişimindeki başlıca engeller şu şekildedir:

- Farklı bireylerin ve grupların kendi risk algıları mevcuttur ve aynı risk konusunda farklı risk algıları ortaya çıkabilir. Örneğin kültürler risk iletişimini büyük ölçüde etkiler çünkü kültürler bir grubun alışkanlıklarını, yönetim tarzını ve topluluk liderlerinin özelliklerini belirleyen etkenlerdir.
- Güven, risk iletişiminin temel unsurlarındandır. Bilgi kaynağına olan güven düzeylerindeki değişimler risk algısının boyutuna karar verir⁽¹⁴⁾. Halk daha yüksek güvenilirlik düzeyine sahip kuruluşlarla işbirliği yapma eğilimi gösterir.
- Bazen çok sektörlü işbirliğindeki bilgi paylaşımı teknik zorluklar nedeniyle engellenebilir ve risk iletişiminin kalitesi düşebilir.
- Yetersiz personel ve kaynak, yetersiz fon desteği çoğunlukla başarısız ve hedefine ulaşamayan bir risk iletişimine neden olur.

Halk Sağlığında Risk İletişimi

Günümüze kadar dünyada birçok defa salgın meydana gelmiştir ve bu salgınların yönetiminden çıkarılan dersler etkili risk iletişiminin önemini ortaya koymuştur. Doğru bilgileri halka ulaştırıp riskin ciddiyeti konusunda halkın doğru algıya sahip olabilmelerini sağlayarak etkili bir risk iletişimi kurmak, salgın kontrolü süreçlerinde epidemiyoloji, laboratuvar analizleri, klinik tanı ve tedavi süreçleri kadar büyük öneme sahiptir. Zayıf risk iletişimi salgın sürecinde büyük paniğe yol açabilir. Güven ilişkisi kurulamazsa, doğru bilgi ve öneriler payla-

şılmazsa bireyler sağlıksız seçimler yapabilir⁽¹⁵⁾. Bu nedenle salgın yönetimi için kapsamlı bir risk iletişimi kurmak önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü, salgın yönetimi için temel ilkeleri güven, erken bilgilendirme, şeffaflık, dinleme ve planlama olarak belirtmiştir. Salgında risk iletişiminin temel ilkesi güveni kurabilmektir. Bu güven sağlanamazsa halk, sağlık yetkilileri tarafından iletilen sağlık bilgilerine inanmaz ve bu bilgilere göre hareket etmez. Etkilenen grubu erkenden bilgilendirmek ve uyarmak, söylentileri ve kendiliğinden türeyen yanlış bilgileri önler. Geç duyurmak salgını yönetenlere karşı güveni aşındırır. Bu güveni korumak sürekli şeffaf olmayı da gerektirir. Salgın sırasında yeni gelişmeler meydana geldikçe halka iletilmelidir. Halkın risk algılarını, görüşlerini, endişelerini anlayabilmek için halkı dinlemek gerekir. İnsanların riski nasıl algıladığını veya mevcut inanç ve uygulamalarının ne olduğunu bilmeden sunulan önerilere karşı gerekli davranış değişiklikleri meydana gelmeyebilir. Sonuç olarak açıklanan bu ilkelere uymak önceden hazırlanmış sağlam bir planlama gerektirir. Planlama, önemli bir ilkedir ancak eyleme dönüşmesini sağlamak daha önemlidir⁽¹⁶⁾.

Infodemi

Infodemi, etkin risk iletişiminin önündeki engellerden biridir ve belirli bir konuyla veya olayla ilgili kısa sürede katlanarak ortaya çıkan bilgi hacmindeki büyük bir artışı ifade eder. İnsanların güvenilir kaynaklar ve rehberler bulmalarını zorlaştıracak kadar çok fazla bilgi içerir. Bu bilgilerin bir kısmı doğru bir kısmı yanlıştır. Bilgiler manipüle edilebilir veya söylentilere dönüşebilir ve sosyal ağlar sayesinde çok uzak noktalara dahi hızlı bir şekilde yayılabilir. Yanlış bilgilerin çoğalması ve doğru bilgilerden ayırt edilememesi de etkin risk iletişimi için büyük bir sorun ortaya çıkarır⁽¹⁷⁾.

Mevcut COVID-19 pandemisi sürecinde de büyük bir infodemi ortaya çıkmıştır. Birçok yanıltıcı bilgi arka planda kontrol olmadan çoğalmış ve yayılmıştır. Virüsün nasıl ortaya çıktığı, nasıl yayıldığı, nedenleri ve tedavisi gibi konularda yanlış bilgiler fazlaca mevcuttur. Bu yanlış bilgiler insanlar tarafından yanlış bir risk algısına neden olabilir ve insanları potansiyel olarak daha büyük riskler almaya yönlendirebilir. Tüm bunlar salgını daha ciddi hale getirir, bireylere farklı zararlar verebilir ve küresel

sağlık sistemini sürdürülebilirliğini tehlikeye atabilir⁽¹⁸⁾.

Sonuç olarak; risk iletişimi COVID-19 gibi halk sağlığı acillerinde, riski yönetenlerin gerekli önlemleri alması yanında şeffaf, doğru, etkin bilgilendirme yaparak, güven sağlayarak, hedef toplumdaki algıyı ve davranışları yerinde ve doğru mekanizmalarla izleyerek yürütmesi gereken bir süreçtir.

Türkiye’de COVID-19 Sürecinde Risk İletişimi Deneyimi

Ülkemizde vaka saptanmasını takiben 11 Mart 2020’den itibaren T.C. Sağlık Bakanı tarafından gerekli açıklama kamuoyu ile paylaşılmış ve süreç içerisinde turkuaz renkli bir tablo ile vaka ve ölüm sayıları ile entübe, yoğun bakımda yatan ve iyileşen hasta sayıları kamuoyu ile başta her gün düzenlenen basın toplantıları ile paylaşılmıştır. Halkımızın baştan itibaren konuya duyarlılığı çok yüksek olmuş, COVID ile ilgili açıklamalar toplumun hemen her kesimince ilgiyle takip edilmeye başlanmış, T.C. Sağlık Bakanı ve bakanlık sosyal medya hesapları kısa zaman içinde ülkemizde en çok takip edilen hesaplar arasına girmiştir. Basın açıklamalarının hemen her TV kanalında eş zamanlı paylaşılması, sürecin başlangıcında gösterilen şeffaflık ve doğru bilgi paylaşımı, bilim kurulunun kurulmuş olması, bilimsel rehber ve hasta yönetimi hazırlıklarının zamanında yapılarak kamuoyu ve sağlık personeliyle paylaşılması başta T.C. Sağlık Bakanlığı olmak üzere ülke yöneticilerimize ciddi bir güven telkin etmiş ve sağlık personeli arasında da memnuniyet, takdir ve minnetle karşılanmıştır. Süreçte bilim insanlarının kamuoyunu bilgilendirme amaçlı programlara katılması ile konu hakkındaki iletişim tek yönlü bilgi aktarımı halinde ilerlemiş ve toplumda risk algısının maske, mesafe ve hijyen kuralları dışında alınan tedbirlere ve ilan edilen kurallara uyumun iyileştirilmesine yönelik mesajların nasıl algılandığının belirlenmesi, davranış değişikliği oluşturabilmek için gerekli iletişim stratejilerinin uygulanması konularında eksiklikler yaşanmıştır. Yine süreç içinde 28 Temmuz 2020 tarihinde yapılan vaka tanımı ve bildirim değişikliği sürecin baştan itibaren izlenmesinde kopukluğa neden olmuş ve güven kaybını da beraberinde getirmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığının arkasındaki kamuoyu

ilgisi ve desteğinin zaman içinde maalesef azaldığı gözlenmektedir. Bu salgın kontrolünde çok önemli bir tehdittir. Zira salgın kontrolünde yöneticilere ve karar vericilere güven, halkın ve sağlık personelinin kurallara uyumu konusunda, sunulan sağlık hizmetinden çok çok daha önemli, etkili ve elzemdir. Geldiğimiz noktada baştan itibaren koşulsuz sağlanan güven ve desteğin azaldığı gözlenmekte ve bakanlık tarafından paylaşılan rakamlar hakkında toplumda ve sağlık personelinde şüphe oluşturan açıklamalar medyada yer bulmaktadır. Bu açıklamalar ve kaygılara doyurucu yanıtlar verilmesi, risk iletişiminde kilit unsurlar olan “doğruluk” ve “şeffaflık” güvenin devamının sağlanması için kilit noktalarıdır. Vaka ve ölüm sayıları, bunların yaşa, cinsiyete, risk durumuna göre dağılımları, bölgesel ve il düzeyinde dağılım, etkilenen sağlık personeli sayısı vb rakamların şeffaf paylaşımı kamuoyunun riski algılaması ve gerekli önlemlere uyumunu artıracaktır. Bunun örneklerini başta Almanya olmak üzere yöneticilere güveni sürdüren ve giderek artıran ülkelerde görmek mümkündür.

Bu metnin yazıldığı Eylül 2020 itibariyle daha fazla kişinin maske, mesafe, hijyen kurallarına ve toplu taşıma kullanımı, düğün vb toplanmalara yönelik alınan toplumsal önlemlere istinadlı uyum göstermelerini sağlamak üzere yeni bir **Risk İletişim Planı**’na, COVID-19 hasta/vefat öykülerinin, sağlık personelinin ve diğer çalışanların karşılaştıkları yükün ve kişinin günlük hayatında aldığı riskin somutlaştırıldığı ve paylaşıldığı iletişim tekniklerine ihtiyaç vardır. Zira pandemi boyutundaki COVID salgının kontrolünde yalnızca sağlık personelinin hastanelerde ve sahada fiyasyonda gösterdiği olağanüstü çabalar yeterli olamaz. Sağlık personeli tek başına bu salgını durduramaz. Gittikçe yorulan sağlık personeli ve diğer ilgili kamu/özel çalışanlarının yüklerini azaltmanın ve toplumdaki bireyleri korumanın yolu başta politika yapımcılar ve yöneticiler olmak üzere tüm toplum bireylerinin riski algılaması ve önlemlere uyumu ve kendisinden bekleneni yapmasıdır. Bunu sağlamanın yolu ise her düzeyde etkili bir risk iletişimidir.

Kaynaklar

- 1) CDC Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition an Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics, Lesson 1: Introduction to Epidemiology, Section 11: Epidemic Disease Occurrence Level of disease 18.05.2012 [Internet] <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>, Erişim: 16.06.2020.

- 2) WHO Novel Coronavirus – China 12.01.2020 [Internet] <http://origin.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> Erişim: 16.06.2020.
- 3) World Health Organization, [Internet] <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19> Erişim:8.7.2020.
- 4) WHO Coronavirusdisease (COVID-19), Situation Report – 174 15.06.2020. [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200712-covid-19-sitrep-174.pdf?sfvrsn=5d1c1b2c_2 Erişim:13.07.2020.
- 5) Qui W, Rutherford S, Chu C, et al. Risk communication and public health, GJMEDPH 2016; Vol.5, issue 4.
- 6) News in Health, [Internet] <https://newsinhealth.nih.gov/2016/10/understanding-health-risks> Erişim:09.07.2020.
- 7) WHO, [Internet] <https://www.who.int/risk-communication/background/en/> Erişim:09.07.2020
- 8) Communication Risks and Benefits: An evidence-based Users' Guide; Published by the Food and Drug Administration (FDA), US Department of Health and Human Services, August 2011.
- 9) WHO, An Introduction to Risk Communication, 2014 [Internet] <https://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf?ua=1> Erişim:09.07.2020.
- 10) Covello V, Sandman PM. Risk communication: evolutionand-revolution. Solutions to an Environment in Peril 2001;164-178.
- 11) Glik DC. Risk communication fo rpublichealthemergencies. Annu Rev Public Health 2007;28: 33- 54.
- 12) Fletcher, S. (2007). “Converting Science to Policy through Stakeholder Involvement: An Analysis of the European Marine Strategy Directive. Mar Pollut Bull 2007;54 (12):1881-1886.
- 13) Perez-Floriano L, Flores-Mora J, MacLean J. Trust in risk communication in organisations in fivecountries of North and South America. International Journal of Risk Assessment and Management 2007;7 (2): 205-223.
- 14) Eiser JR, Miles S, Frewer LJ. Trust, Perceived Risk, and Attitudes Toward Food Technologies. Journal of Applied Social Psychology 2002;32 (11):2423-2433.
- 15) Humphreys JS, Solarsh G. Populations at Special Health Risk: RuralPopulations. International Encyclopedia of Public Health, 2008. H. Kris. Oxford, AcademicPress: 242-253.
- 16) WHO, World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide, 2008 [Internet] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44014/9789241597449_eng.pdf Erişim: 9.07.2020.
- 17) Zarocostas J. How tofight an infodemic. TheLancet 2020;395 (10225), 676.
- 18) Pan American Health Organization (PAHO), Understanding The Infodemic And Misinformation In The Fight Against Covid-19, Department Of EvidenceAnd Intelligence For Action In Health Office Of The Assistant Director, 2020.

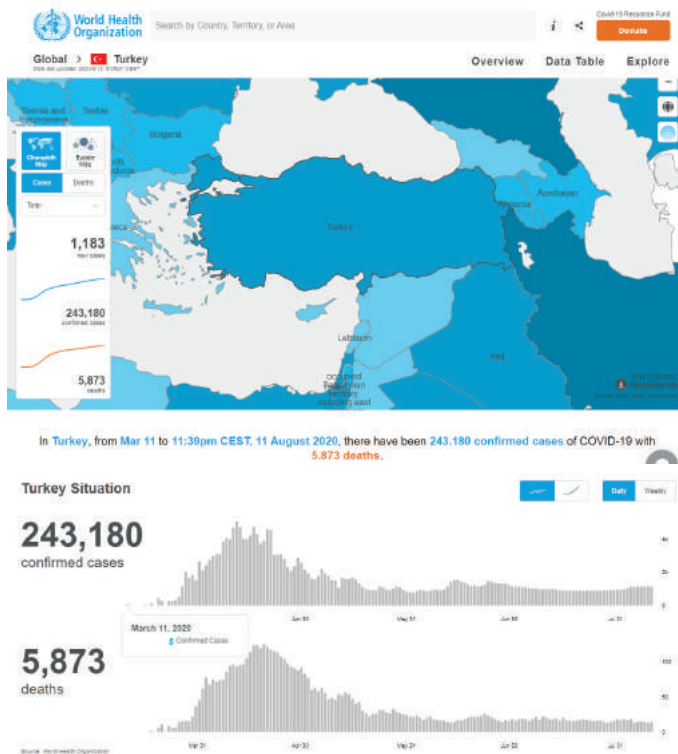
Pandemide Bir Halk Sağlığı Akademisyeninin Saha Deneyimleri: Sorunlar ve Öğrendiklerimiz*

87

PROF. DR. COŞKUN BAKAR

Çin'in Wuhan kentinde Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) hastalığı ile ilgili ilk haberler duyulmaya başladığında dünyanın diğer bölgelerinde yaşayan milyarlarca insan gibi başımıza gelecek olan olaylardan habersiz olarak kendi gündemim içinde yaşamaya devam ediyordum. Dünya Sağlık Örgütü (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından ilk acil durum çağrısı yapılan günlerde ise halen hastalık bize çok uzak gibi görülüyordu. Hastalık İran'da bildirilme-

ye başladığında ise (19/02/2020-DSÖ) durum biraz daha değişmeye başlamıştı. Çünkü artık yakınımdaydı ve ülkemize de sıçraması an meselesiydi. Daha sonra umre ziyaretinden dönenlerle ilgili tartışmalar başlamıştı. Karantinaya alınsınlar, alınmasınlar, evde izole edilsinler; derken 2020 yılı Mart ayının ilk günlerinde DSÖ pandemi durumuna geçti. 11 Mart 2020 tarihinde ülkemizdeki ilk vaka bildirildi (1,2,3).



Kaynak: World Health Organization.Global-Turkey. [Internet] <https://covid19.who.int/region/euro/country/tr>

* Yazı içeriğinde yazarın pandemi sürecindeki kişisel ve kurumsal deneyimlerine yer verilmiştir.

Ülkemizde vaka bildiriminin resmi ağızlardan sosyal medya üzerinden yapıldığı, hiçbir yetkilinin konuşmak istemediği bu dönemde salgından kaçamayacağımız artık ortaya çıkmıştı. Bir halk sağlığı uzmanı akademisyen olarak konuyu gündemime almış ve literatüre göz atmaya başlamıştım. Bu arada anabilim dalımızın öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri arasındaki tartışmaların ana konusu da COVID-19 olmuştu. Ülke genelinde de gündem hızlı bir şekilde ilerliyor ve Mart ayının ikinci haftasında Tıpta Uzmanlık Yönetmeliğinde yapılan bir değişiklikle olağan dışı durumlarda araştırma görevlilerinin il içinde bulunan sağlık kurumlarında 3 aylık süre ile görevlendirilebileceğine dair bir değişiklik yapılıyordu.

Ulusal düzeyde 16 Mart 2020 tarihi itibarıyla önemli kararlar alınacaktı; temel, orta ve üniversite eğitimine 3 haftalık ara verilecek; 65 yaş ve üzeri insanlar için sokağa çıkma yasağı ile bazı işyerlerinde kapatma, kamuda kısmi zamanlı çalışma gibi uygulamalar başlatılacaktı⁽⁴⁾.

Çanakkale ilinde doğrulanmış ilk vaka 17 Mart 2020 tarihinde bildirildi. Önce dünyada sonra Ülkemizde yaşanmaya başlanan hareketlilikte sıra Çanakkale'ye gelmişti. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanından 21 Mart 2020 tarihinde gelen telefonla araştırma görevlilerine ihtiyaç olduğu belirtildi. Bunun üzerine 23 Mart 2020 tarihinden itibaren uzman olmak üzere olan iki araştırma görevlimizi İl Sağlık Müdürlüğüne yönlendirdik. Ancak 23 Mart 2020 günü öğleden sonra İl Sağlık Müdürlüğü'nden gelen bir telefon üzerine salgınla ilgili saha çalışmalarına katılmak üzere iki öğretim üyesi ve kalan bir araştırma görevlisi ile İl Sağlık Müdürlüğü'ne geçtik. Bu tarihten itibaren yapılan Valilik görevlendirmesi ile 1 Haziran 2020 tarihine kadar iki öğretim üyesi ve üç araştırma görevlisi İl Sağlık Müdürlüğü'nde görev yaptık.

Bu makale pandemi sırasında İl Sağlık Müdürlüğü'nde yaptığımız saha çalışmalarını sırasındaki tecrübelerimizi aktarmayı amaçlamaktadır. Pandemi esnasında yaşadığımız olaylar Çanakkale iliyle ilgili olduğu için makale içinde yaptığım çıkarımlar ve yorumlar bölgesel olarak düşünülmelidir. Ayrıca makaledeki gözlem ve yorumlar kişisel düşüncelerimi yansıtmakta olup, kanıt hiyerarşisinde uzman görüşünden daha fazla bir değere sahip değildir.

Pandemi ile ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüğü'nün talebine yanıt verirken üç beklentim bulunmaktaydı. Bunlar;

- Çanakkale ilinde salgının yayılmasına engel olmak amacıyla gerekli olan epidemiyolojik danışmanlık hizmeti sunmak;
- Pandemi gibi bir durumda saha çalışması sayesinde epidemiyoloji tecrübemi iletirmek ve yeni kazanımlar elde etmek;
- Araştırma görevlilerinin tecrübe kazanmasını sağlamaktır.

Salgın esnasında İl Sağlık Müdürü ve başkanlarla sürekli olarak toplantılar ve durum değerlendirmesi yaptık. Bu toplantılar yeni verilere bağlı olarak acil yapıldığı gibi, haftalık durumun değerlendirilmesi için cumartesi ya da Pazar günleri de yapıldı.

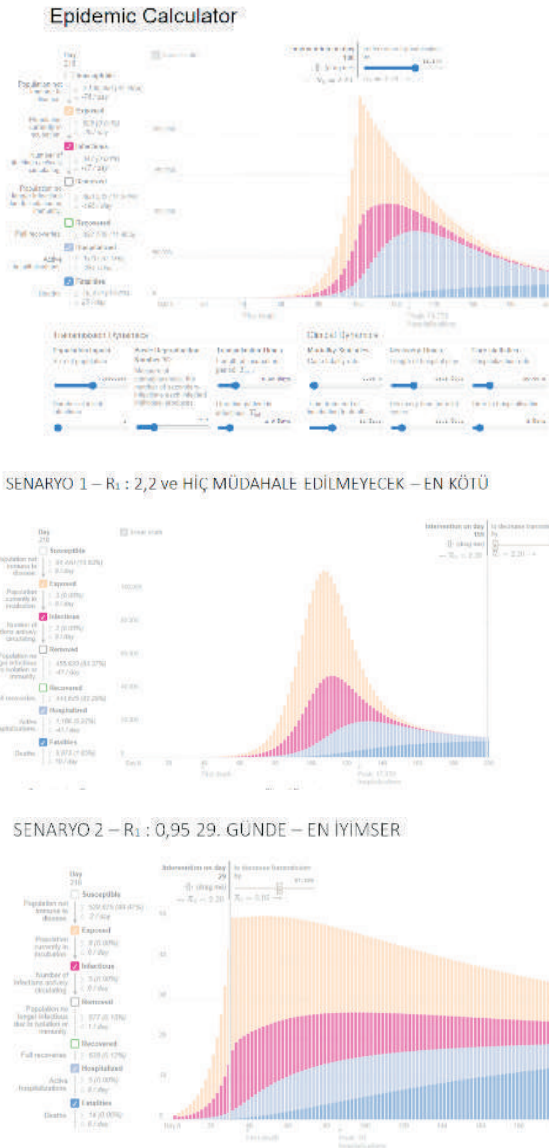
Görevimizin başladığı ilk günlerde İl Pandemi Kurullarında yapılan yeni düzenlemeyle Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı sıfatıyla pandemi kurulunda da görevlendirildim.

İlk günlerde bizden beklenen, salgın sırasında Çanakkale'nin nasıl etkileneceği sorusuna yanıt vermemizdi. İl Sağlık Müdürü beklenen hasta sayıları ile ihtiyaç duyulacak hastane ile yoğun bakım yatağı sayısını görmek istiyordu. Bir yönetici olarak bu sorulara cevap aramak onun doğal hakkı ve göreviydi. Zira o da il içinde nasıl bir sağlık örgütlenmesine ihtiyaç olacağını anlamaya çalışıyordu.

Öte yandan COVID-19 henüz insanlığın yeni tanımaya başladığı bir virüstü. Bu sorulara yanıt vermek için elimizdeki epidemiyolojik veriler son derece yetersizdi. O günlerde enfeksiyon hastalıkları uzmanları televizyonların vazgeçilmez konukları olmuştu. Kısa bir süre sonra halk sağlığı uzmanları da bu kervana katılacaklardı. Hepsi televizyonlarda bir şeyler söylüyorlar; ancak söyledikleri şeylerin sahada cevaplanmaya çalışılan sorulara bir faydası olmuyordu. Birçoğunun yaptığı tahminlerin doğru çıkmadığını da zaman bize gösterecekti. Aslında bu son derece doğal bir sonuçtu. Çünkü virüs henüz dünyaya yayılmaya başlamış ve epidemiyolojik özelliklerinin anlaşılması için yeterince zaman geçmemiş ve yayın birikmemişti.

O günlerde önümüze İngiltere'deki Imperial College tarafından 16 Mart 2020 tarihinde yayınlanan bir rapor çıktı. Bu rapor matematik modellerle farklı senaryolarda ne kadar hasta ve ölüm olabileceğini tahmin etmeye çalışıyordu. Bizde bu rapordaki tahminleri kullanarak Çanakkale için bir öngöründe bulunmaya çalıştık. Bu arada ekibimiz internette taramaya devam ederken matematik modelleme kullanılarak yapılan bir program sayfası keşfetti^(5,6).

Epidemic Calculator isimli bu program bir oyun mantığı ile hazırlanmış olup, nüfus, R_0 değeri, inkübasyon süresi, hospitalizasyon yüzdesi ve süresi ve fatalite hızı gibi değişkenleri kullanarak bölgesel senaryolar yapmaya yardımcı oluyordu. Hem Imperial College hem de Epidemic Calculator programı kullanılarak yaklaşık 200 gün sürecek salgın esnasında Çanakkale iline özel yaşanacak tablo bir rapor halinde hazırlandı ve İl Sağlık Müdürüne sunuldu. Yapılan değerlendirme sonucunda bu bilgilerin Vali ile paylaşılmasına karar verildi (5,6).



Kaynak: Epidemic Calculator. [Internet] <https://gabgh.github.io/COVID/>

Yapılan değerlendirmeler sonucunda İl genelinde sosyal mesafenin artırılması ile ilgili önlem-

leri artırılması için gerekli müdahaleler yapılmaya başlandı. Bu değerlendirmeler daha sonraki dönemlerde İl Pandemi Kuruluna da sunuldu ve alınacak önlemler burada tartışıldı.

Salgın süresince ekibimiz tarafından ilçelerde İlçe Sağlık Müdürlükleri, hastaneler, kaymakamlıklar, bazı belediye başkanlıkları ziyaret edildi. İlçelerde yapılan işlemler gözlemlendi ve alınması gereken önlemler konusunda ilçe yöneticileriyle bilgi paylaşımı yapıldı. Bunun dışında salgının odak noktası olan işyerleri ziyaret edildi ve alınması gereken önlemler yerinde izlendi. Bunlardan bir tanesi bir askeri birlik, diğeri de termik santraldi.

Ekibimiz günlük olarak İl Sağlık Müdürlüğü'nün veri tabanından hasta sayılarını takip etti ve belirli aralıklarla İl Sağlık Müdürlüğü'ne durum raporları sundu. Bu raporlar Valilik ve İl Pandemi Kuruluya paylaşıldı. Bu sayede kararların uygulaması izlendi. Örneğin Çan İlçesinde karantinaya alınan bir köyde vaka sayıları ile yapılan izlem süreç boyunca müdahalenin etkinliğini görünür kıldı.

Durum raporlarında uluslararası bazı kurumların durum örnek olarak alınarak rapor hazırlandı. Bu raporlardan birisi de Robert Koch Enstitüsü'nün hazırladığı durum raporlarıydı.

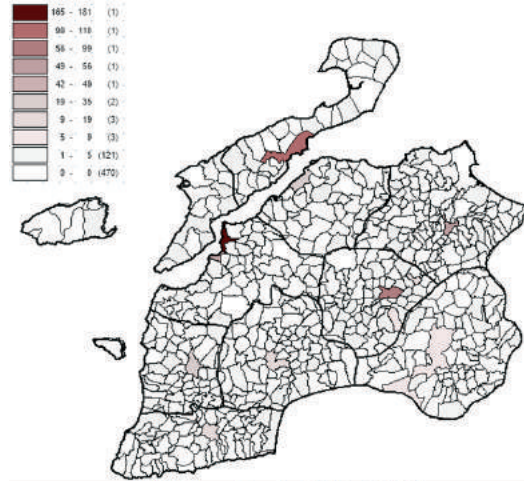
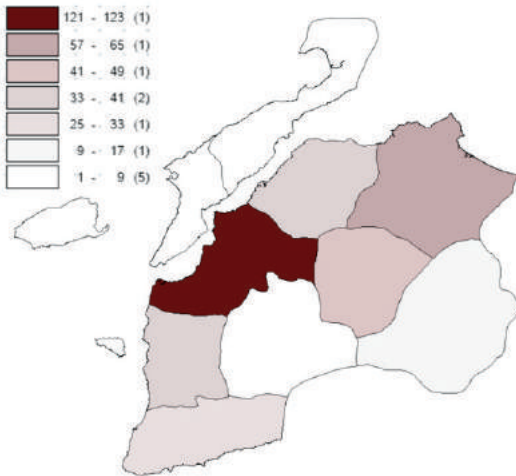
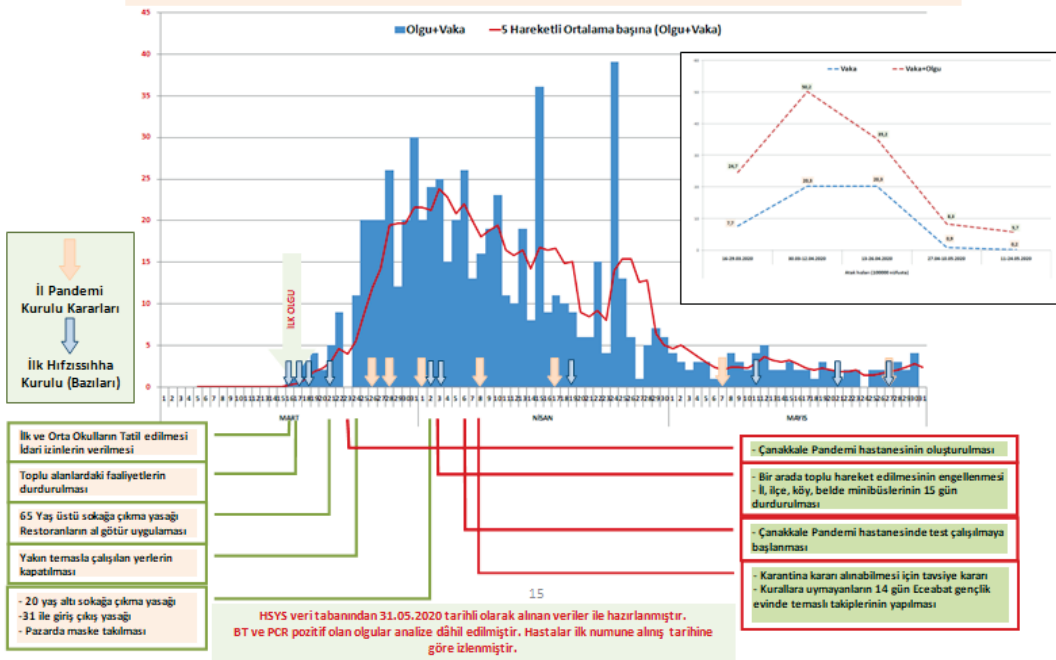
Raporda salgının zamansal değişimi, atak hızları, ilçelere göre dağılımı, ilçe, köy ve Merkez ilçe mahalle dağılımı, cinsiyete göre hastalık hızları, vaka, olgu ve ölümlerin dağılımı, ölümlerin demografik ve yerleşim yeri dağılımı gibi veriler sunulmuştur. Haritaların hazırlanması için Coğrafya Bölümünden bir öğretim üyesi destek vermiştir. Bu şekilde salgın boyunca haftalık raporlar sunulmuştur. Son olarak da 31 Mayıs 2020 tarihi ile final raporu sunulmuştur.

İlçe sağlık müdürlüklerine yapılan ziyaretlerde filyasyon çalışmaları izlenmeye çalışılmış ve değerlendirmeler yapılmıştır. İlçelere filyasyon çalışmalarında kullanmaları için bir form hazırlanarak verilmiştir.

İleryen dönemlerde Çanakkale ilinde hastalık sayılarının azalması ile birlikte topluma yönelik eğitimler vermeye başlanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün dijital alt yapısı ile uzaktan eğitim verilmiştir. Bu eğitimler berber, kuaför, güzellik salonu, lokanta, kafe, alışveriş merkezi sahip ve çalışanlarına verilmiştir. Eğitimler söz konusu işyerlerinin meslek örgütleri aracılığı ile organize edilmiştir.

Kontrollü sosyal yaşamın başladığı 1 Haziran 2020 tarihinden itibaren resmi görevlendirmemiz

Şekil 10. Çanakkale İli salgın eğrisi ve atak hızlarının alınan kararlarla olan ilişkisi, 31.05.2020



Şekil 17d. Olgular ve vaka sayıları, Mart-Nisan, 31.05.2020

sona ermiştir. Ancak bu dönemde salgın gündeminden tamamen uzaklaşmadık. Yeni gelişmeler olduğunda İl Sağlık Müdürlüğü bizi çağırdı ve alınacak önlemleri tartıştık. Haziran ayının sonunda ve Temmuz ayı başında bir ilçede işyeri kaynaklı bir kümelene saptandı. Hızlı bir şekilde işyerindeki işe ara verildi ve vakaların sık görüldüğü köylerden birisinde karantina uygulaması yapıldı.

En ciddi sorunumuz Temmuz sonunda il merkezinde bulunan büyük bir işletmede yaşandı. Binin üzerinde işçisi bulunan bu fabrikada iki ayı işletme bulunmaktaydı. Hastalık ilk önce daha az

işçi olan küçük işletmede ortaya çıktı. İşveren bir iki gün içinde bu işyerinde işe ara verdi, işçileri evine yolladı. Ancak birkaç gün içine hastalık büyük fabrikaya da sıçradı. Bu fabrikayı yönetmek çok da kolay bir iş değildi. Bine yakın işçisi vardı. Ev karantinasında işçilerin evde izlenmesi oldukça zordu. Çünkü işçiler ilin neredeyse yarısına yayılmış ilçelerden gelmekteydi. Ayrıca ev karantinasında ev içi temas riski de bulunmaktaydı. En önemli sorun da önümüzde kurban bayramı gibi dört günlük bir dönem bulunmaktaydı. Bu kadar geniş bir işçi kitlesinin riskiyle birlikte bayram kutlamalarına

katılması bizim için önemli bir sorun teşkil etmekteydi. Yapılması gereken temaslı olan tüm işçilere PCR taraması yapmak ve pozitif olan işçileri izole etmektir. Ancak Sağlık Bakanlığı semptomu olmayanların test yapılmaması konusuna ısrarlıydı. Ayrıca testin yalancı negatiflik oranı çok yüksekti ve bu durum teste rağmen pozitiflerin toplumda dolaşma riski yaratmaktaydı. Çanakkale küçük bir ildir ve bu tesiste çalışan birçok kişinin yakınları başka işyerlerinde çalışmaktaydı ve hastalık birden kontrolden çıkıp çok geniş bir alana yayılma potansiyeline sahipti. İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerince yapılan değerlendirmelerde en hızlı ve doğru önlemin işçilerin 14 günlük yurt karantinasına alınması olduğuna karar verdik. İşverenle de yapılan görüşme sonunda yurt belirlemesi ve işçilerin ihtiyaçlarının karşılanması istendi. Bu konuda bir Hıfızssıhha Kurulu kararı hazırlandı. Sağlıklı işçilerin çalışmasının salgın kontrolünde bir etkisi olmayacağı düşünüldüğü için işin durdurulması düşünülmeydi. Bu kararın sosyal nedenleri de bulunmaktaydı. İşin durdurulması durumunda hem işçiler tam olarak maaşlarını alamayacaklar hem de yurt masrafları işveren tarafından karşılanamayabilecekti.

Bu kararımız kamuoyunda çok tartışıldı. Ulusal basında çok sert ve acımasız bir şekilde eleştirildi. Kurul kararının kölelik sistemi olduğunu bile söyleyenler oldu. Çanakkale'de bu tarz çalışma biçimi ilk defa bu fabrikada yapılmadı. Daha önce de uygulandı. İşçiler işyerlerinde kalmadı, kendileri için ayrılan bir yurttaki kaldı. Bu sisteme girmek istemeyen ve çalışmak istemeyenler ayrıldılar. Ancak bunlar da evlerinde 14 gün karantina da kaldılar. İlk günden itibaren Toplum Sağlığı Merkezi hekim ve personeli hem işyerinde hem de yurttaki izlem ve eğitimler yaptı. Semptomu olanlara hemen test yapıldı ve pozitif çıkanlar hastaneye alındı. Bazı ortamlarda bahsedildiği gibi hasta işçiler fabrikada çalıştırılmadı. Zaten böyle bir şey yapmak için herhalde hastalığı hiç bilmemek ya da tıp eğitim almamış olmak gerekir. Pozitif olduğu bilinen birisinin işyerine gönderilmesi hastalığın göz göre göre yayılması demektir. Eleştirilerin büyük bir kısmı ideolojik motivasyonlaydı ve bilimsel dayanaktan tamamen yoksundu. Aklının imanının ya da ideolojinin dogmasına kapırmış bir düşünce sahibini ikna etmenin ne kadar zor olduğunu bu olayda deneyimle şansını da buldum. Burada yapılan en önemli eksik kamu yetkililerinin toplumu sağlıklı bilgilendirme konusunda zayıf davranmalarıdır. Ne yazık ki bu

konuda onları ikna edemedim. Ülkemizde kamu topluma bilimsel açıklama yapma konusunda hep bir tedirginlik yaşıyor. Doğal olarak toplumla devlet yetkilileri arasında güven sorunu yaratıyor. Bir de bunu kendi amaçları için kullanmak isteyenlerin etkileri eklenince salgın yönetiminde karar vermek uygulamak bazen son derece zor oluyor. Bu olay bize bu durumu iyi bir deneyimle öğretti.

Salgın Esnasında Yaşanılan Sorunlar

Yeni Koronavirüs Hastalığı hem mesleki olarak hem de anabilim dalı olarak yaşadığımız ilk salgın deneyimiydi. Salgınla ilgili en önemli deneyimim derslerde yaptığım senaryo çalışmalarısıyla, İl Sağlık Müdürlüğü'nün danıştığı birkaç küçük olay olmuştur. Gerçi bu boyutta bir salgın çok uzun zamandır dünyanın da tecrübe etmediği bir olaydı. Bu nedenle gerek akademi gerekse sağlık birimleri bu salgına çok da hazırlıklı yakalanmadılar.

İlk vakanın çıktığı ilk günlerde herkes endişeliydi. Nasıl bir sürecin içine girdiğimiz tam olarak bilinmiyordu. Bugüne kadar elde ettiğimiz veriler ve temel kitaplardaki salgın bilgileri ile bu salgın hakkında tahmin yapmak oldukça zordu. Bir de önümüzde Çin, İran ve İtalya'dan gelen korkutucu görüntüler hepimizi tedirgin etmekteydi.

Bir diğer zorluk bu kadar süren bir salgın dalgasına ilk defa girmemizdi. Bu durum elimizdeki ölçütlerin salgınını anlamasını ve önümüzü öngörmemizi zorlaştırıyordu. Bu nokta ilerleyen dönemlerde epidemiyoloji biliminin güçlü matematik modellemelerle zenginleşmesini sağlayacaktır.

İlk günlerde en önemli sorunlardan birisi maske ve koruyucu donanım kullanımıydı. İki sorun vardı; bunlardan birisi yeterli malzemeye ulaşma sorunuuydu. Bu sorun hızlı bir şekilde çözümlendi. İkincisi ise hekimler dâhil olmak üzere kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda yetersiz bilgi düzeyiydi. Bazı yerlerde gereksiz kullanırken bazı yerlerde sağlık personelinin gereksiz bir özgüveni nedeniyle kişisel koruyucu donanım kullanılmıyordu. Bir hekim arkadaşımız pozitif bir hastadan maskesiz bir şekilde örnek aldığı için temaslı duruma düşmüş ve 14 gün izolasyonda kalmıştı. Olayın sevindirici yanı arkadaşımızın hastalığı kapmamış olmasıydı.

Salgın ile mücadelenin en önemli kısmı ilçe sağlık müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezlerinin

yürüttüğü filyasyon çalışmalarıydı. Gerçekten bu noktada hekim ve sağlık çalışanları çok üstün bir performans göstermiştir. Hastaların sonuçları çıktığı andan itibaren aynı gün gece yarısına kadar hastaların evlerine gidiliyor ve yakınlarıyla görüşülüp gerekli izolasyon çalışmaları yapılıyordu. Burada iki noktada sorun yaşandı. Pozitif çıkan hastalar HSYS denilen (hasta yönetim sistemi) bir sisteme düşüyor ve ilçe sağlık müdürleri de buradan hasta ve yakınlarına ulaşıyordu. Bu sisteme hastaları kimlik numaralarıyla düşüklerinden, nüfus sisteminde kayıtlı kişiler otomatik olarak temashlı olarak görülüyordu. Ancak bu kişilere gidildiğinde bazen temashlıları ile hiçbir ilişkilerinin olmadığı, bunun yanında sistemde olmayan temashlılarının da olabildiği gözlenmekteydi. Bu durum ilk başta bazı ilçelerde gözden kaçtı. Salgın ilerledikçe durumu fark eden bazı sağlık müdürlükleri sistem dışındaki temashlıları da sorgulamaya aldılar.

İkinci sorun filyasyon sisteminin salgının toplum yayılımı konusunda yeterli bilgi sunamaması oldu. Filyasyonun amaçlarından birisi de hastalığın toplum içindeki yayılımının izlenmesinin sağlanmasıdır. Bu çalışmadan gelen bilgilerin bu amaçla kullanılması gerekmektedir. Ancak salgının başlangıcında Sağlık Bakanlığı'nın bu amaçla bir hazırlamış olduğu bir forma ilk başta rastlayamadık. Bu amaçla bir form hazırladık ve Müdürlükle paylaştık. Bu form bazı ilçelerde kullanıldı. Ancak bu konuda da yeterli eğitim veremediğimiz için gelen bilgiler kullanışlı olmadı. Örneğin bu formla istenilen bilgiler yeterince toplanabilmiş olsaydı, pazar yerleri, marketler gibi bazı bulaş noktalarının tespit edilmesi olanaklı olabilecekti.

Salgın sırasında önlemler merkezi olarak alındı ve büyük oranda her bölgede aynı derecede kullanıldı. Müdürlükler filyasyon çalışmasının sonuçlarını kullanabilselerdi, il ve ilçeye özel önlemlerle hastalıkla mücadele etmek olanaklı olabilecekti.

Salgın yönetimi sırasında en önemli sorun veri yönetimi konusunda yaşandı. Başından itibaren veriler sürekli olarak gizlendi. Hatta salgının başında ilçe kaymakamlarından bile gizlendiğine şahit olduk. Bu durum kaymakamlarla ilçe sağlık müdürü hekim arkadaşlar arasında sürtüşmelere yol açtı. Yaşanılan olayı il pandemi kurulunda dile getirmek durumunda kaldık. Ayrıca salgın boyunca düzenlediğimiz raporlardan pandemi kuruluna yapılan sunumlarda sayıların verilmesi istenmedi. Bu kararın kaynağı da Sağlık Bakanlığı olduğu söylendi. Ülkeye ilgili tek bilgi kaynağı ilk başlarda Sağlık Baka-

nı'nın sosyal medyadaki daha sonra da medyadaki paylaşımlarıydı. Çok sonraları Sağlık Bakanlığı durum raporları paylaşmaya başladı ki bu raporlar da son derece yetersiz veri içermekteydi. Benim süreç içinde yaşadığım en önemli sıkıntı komşu illerden bile haberdar olmamamdı. Bu salgının yönetimi ile ilgili bizi çok zorlayan bir durum yaratmıştır. Verilerin paylaşımıyla ilgili durum o kadar sancılıydı ki HASUDER çatısı altında yaptığımız tartışmalarda hiç kimse kendi bölgesiyle ilgili veri paylaşmadan tartışmaya çalışıyorduk. Bu süreç içinde kendimi karanlıkta filî tanımaya çalışan Hintli gibi hissetmişimdir. Doğal olarak bu durumun başka bir sonucu dedikoduların ve yanlış bilgilerin önünü alamıyorduk. Zira bizim bıraktığımız boşluğu sosyal medya çok iyi dolduruyordu.

Sonuç olarak söylemek gerekirse bir halk sağlığı uzmanı olarak eşsiz bir tecrübe yaşadım. Ağustos ayının ikinci haftasında halen de yaşamaya devam ediyorum. İl Sağlık Müdürlüğünde görevlendirilmem büyük bir fırsattı ve hayatımın en mutlu olduğum günlerini yaşattı diyebilirim.

Bu tür olgular insanlık tarihi boyunca hep oldu. Bundan sonra da olacak. Bilim tarihi kitapları içinde okuduğum tarzda bir olayın içinde yer alabilme şansı elde edebilmiş olmayı hekim ve halk sağlığı uzmanı olarak büyük bir şans olarak değerlendiriyorum. Bizden sonrakilerin bu şanstı yararlanabilmesi bizim bu olayı tüm detaylarıyla yazmamıza bağlı olduğunu düşünüyorum.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-1. 21 January 2020. [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4, Erişim:13.09.2020.
- 2) World Health Organization. Global-Turkey. [Internet] <https://covid19.who.int/region/euro/country/tr>, Erişim:13.09.2020.
- 3) TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Sayfası. Genel Koronavirüs Tablosu. [Internet] <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>, Erişim:13.09.2020.
- 4) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemiğine Türkiye'de Hazırlıklılık ve Yanıt: 28. Gün Değerlendirmesi (12 Nisan 2010). [Internet] <https://korona.hasuder.org.tr/pandeminin-28-gun-degerlendirmesi/>, Erişim:13.09.2020.
- 5) Imperial College London. Report 9 - Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. [Internet] <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>, Erişim:13.09.2020.
- 6) Epidemic Calculator. [Internet] <https://gabgoh.github.io/COVID/>, Erişim:13.09.2020.

Pandemi, > Sosyal Medya ve Infodemi

88

PROF. DR. TACETTİN İNANDI • UZM. DR. MEHTAP CANGİĞER ELTAŞ

Bilgi çağı olarak da adlandırılan çağımızda bir yandan bilgi üretimi hızlanırken diğer yandan bilgiye ilişkin süreçler daha karmaşık hale gelmektedir. Bilginin üretimi, niteliği, yayınlanması, arşivlenmesi, paylaşımı, kullanımı ve yönetimi gibi konuların önemi giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Bilimsel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, kanıta dayalı bilgi, kanıta dayalı uygulama, bilgi yönetimi ve bilişim bu alanda ortaya çıkan görece yeni kavramlar insanın bilgi ile olan ilişkisinin önemli gelişmelere açık olduğunu düşündürmektedir.

Pandemi Aralık 2019'da ortaya çıkan, tüm dünyayı etkileyen, endişe ve korkuya neden ve 2020 Mart ayında küresel bir salgına dönüştü bir soruna dönüştü⁽¹⁾. Etkeni yeni tanınan, salgın bilinmeyen pek çok soruyu ortaya çıkardı. Bugün bile pek çok sorunun yanıtı açık olmayan sorunda; etkenin ortaya çıkışı, tanı, tedavi, öldürücülük oranı, bağışıklık durumu ve korunma yollarına ilişkin tartışmalar sürmektedir⁽²⁻⁶⁾. Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi sonrasında ortaya çıkan durum ise bilgi politikalarının önemini bir kez daha göstermiştir.

Belirsizlikler içinde hızla yayılan bir salgında başta bilim insanları olmak üzere, yöneticiler, politikacılar, basın ve tüm toplum konu ile ilgili hızla bilgi üretme ve paylaşma çabasına girdi. Bunun sonucu olarak yoğun bir biçimde doğru-yanlış bilgi üretimi ve paylaşımı ortaya çıktı. Bu durumu tanımlamak için ilk kez 1996 yılında Eysenbach tarafından "sağlık bilgisinin ve yanlış bilginin dağılımı ile ilgili çalışmalar" olarak tanımlanan infodemi kavramı kullanıldı⁽⁷⁾.

"Bir problemle ilgili aşırı ve çözümü zorlaştıracak miktarda bilgi olması" olarak tanımlanan kavram, pandemi sonrası ortaya çıkan durum için oldukça uygun idi⁽⁸⁾. Yanlış bilgi salgını olarak Türkçeye çevirebileceğimiz "infodemi" birbiri ile çelişen bilgilerin hızla yayılmasına ve toplumda çelişkili tutum ve davranışlara neden olabilecek bir boyuta ulaştı^(3,5,6). Gerçekler, söylentiler, komplo teorileri ve korkular birbirine karıştı ve konu hakkında temel bilgileri, doğruları öğrenmek zorlaştı. Doğru bir toplumsal yanıt vermek açısından sorunlar oluştu. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başkanı 15 Şubat 2020'de "*Sadece pandemi ile mücadele etmiyoruz, infodemi ile de mücadele ediyoruz*" diye açıklama yaptı⁽⁹⁾.

Özellikle bu sorun karşısında akılcı, bilimsel stratejileri olmayan toplumlarda sorun daha da karmaşık hale geldi. Güney Kore gibi ülkeler açıklık, şeffaflık ve paylaşımcılık üzerine bir yaklaşım sergileyerek daha başarılı bir yanıt verirken⁽¹⁰⁾; Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya gibi ülkelerde üst düzey yöneticiler toplumu yanıltıcı bilgiler paylaştı. Brezilya Devlet başkanı hastalığı küçük bir gribe benzetip sosyal mesafe ve maske kuralına uymadığı gibi bu yönde çaba harcayan yerel yöneticileri de eleştirdi, kurallara uymadı ve hastalığa yakalandı⁽¹¹⁾. Amerika Birleşik Devletleri Başkanı, başlangıçta hastalığın yaz gelince geçeceğini ve ABD'ye zarar vermeyeceğini söyledi. Sonrasında hastalığın ortaya çıkmasında Çin'i suçladı. Dünya Sağlık Örgütü'nü de Çin'in tarafını tutmakla eleştirdi. Alanında uzmanların bile tartışmakta zorlandığı hidrosiklorokin kullanımına ve tedaviye ilişkin önerilerde bulundu⁽¹²⁾.

Üretilen bilgilerin önemli bir kısmı bilimsel kanıtlara dayanmıyor ve bunların başında da komplo teorileri geliyordu. Yeni Koronavirüs Hastalığının insan eliyle üretilen bir virüs olduğu ve biyolojik bir silah olarak kullanıldığına ilişkin görüşler yaygın olarak tartışıldı⁽¹³⁾. Virüsün 5G üzerinden yayıldığına ve kullanımda olan paranın değiştirilmesine ilişkin teoriler üretildi⁽¹³⁾.

Bilgi salgını yalnızca hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili değildi⁽¹⁴⁾; tedavi, korunma ve kontrol yöntemlerine ilişkin de çok miktarda bilimsel kanıtları olmayan, yanıltıcı, korku ve kaygıya neden olabilen, hatta ölümlere yol açabilecek türden bilgiler yayıldı. Alkol, sıcak su, tuzlu su, sirkenin COVID-19'dan koruduğuna ilişkin bilgiler yayıldı. Bir "uzman" korona virüsten korunmak için sabah akşam kelle paça içilmesi yönünde açıklama yaptı⁽¹⁵⁾. Bu açıklamaların bir kısmı zararsız olsa da bazılar ölümüne yol açtı. İran'da alkol zehirlenmesi nedeni ile yüzlerce, İstanbul'da 40 kişi yaşamını yitirdi⁽¹⁶⁾.

Salgınla ilgili bir alanda uzman olmayan kişilerin yanıltıcı açıklamaları oldu. Salgının abartıldığı, diğer pek çok hastalıktan kaynaklanan ölümlerin COVID-19'dan fazla olduğu ileri sürüldü. Bu da "alanın uzmanları kimlerdir?" sorusunu gündeme getirdi ve bilimsel etik kuralları tartışıldı. Bir bilim insanının uzmanlık alanı dışında akademik bir unvan kullanarak konuşma yapması da sorun alanlarından biri idi⁽¹⁷⁾.

Bir diğer sorun kısa sürede bilgi üretme çabasına giren alanın uzmanlarının ürettiği bilgilerde ortaya çıktı. Özellikle tedavilerin başarısına ilişkin çalışmalar standart akran değerlendirmesi süreçlerinden geçmeden yayımlandı, yayınlanan bazı yazılar geri çekildi⁽¹⁸⁾. Kanıta dayalı bilgilerin azlığında zaman zaman birbiri ile çelişkili uygulamalar yapıldı. Maske kullanımı konusunda da 5 Haziran 2020'de DSÖ önerilerini değiştirdi ve eleştirilene neden oldu.

Önemli bir kısmı yanlışlıklar içeren bu yoğun bilgi içinden bireylerin doğrulara ulaşması, doğru ve yanlışları ayırabilmesi de temel bir sorun olarak ortaya çıktı. Bilgileri okumak önemli bir zaman gerektirdi. Bilimsel okuryazarlığı yetersiz olan bir toplumda bireylerin eriştikleri bilgilerden doğru ve yanlış ayırt edememeleri hayati tehlikeye neden oldu.

Sonuç olarak pandemi sürecinde konuya ilişkin kısa sürede birbiri ile çelişen bol miktarda bilgi üretildi. Bireylerin bu bilgilere erişmesi, analiz edip

doğruyu yanlış olandan ayırt edebilmesi bir soruna dönüştü.

Bilgi Salgını ve Sosyal Medya

Tüm bu tartışmaların yaşandığı ortamların başında sosyal medya vardı. Zaten yaygın olan platformun kullanımı pandemi sırasında daha da arttı. Bunda evde geçirilen sürelerin (evde kal çağrılarının) da etkisi olabilir. Ocak 2020 yılında yayımlanan bir rapora göre dünya nüfusunun yarısından fazlası internet kullanıcısı olup 3,75 milyarı cep telefonu üzerinden bağlantı sağlayan 3,8 milyar aktif sosyal medya kullanıcısı bulunmaktadır ve bu sayı her yıl %9,2 büyüme göstermektedir⁽¹⁹⁾. Dünya geneli ülkelerin katılımı sağlanmış bir anket çalışmasında pandemi sürecinde Mart 2020 itibariyle %67 daha fazla haber yayını takip edilmiş, %51 daha fazla dizi film içeriği hizmeti sunan platformlar kullanılmış, %45 daha fazla Whatsapp®, Facebook® Messenger® gibi mesajlaşma ağları kullanılmış, %44 daha fazla Facebook®, Twitter®, Instagram® gibi sosyal medya araçları takip edilmiştir. Bu verilerde en çok artış gösteren ülkelerin Çin, İtalya, ABD gibi ülkeler olduğu görülmektedir⁽²⁰⁾.

Sosyal medyada hemen herkesin kolaylıkla içerik hazırlaması, paylaşması ve sosyal medyanın özgürlükçü yapısı sosyal medyayı bilgi salgınına diğer araçlara göre daha duyarlı hale getirebilir. Yeni bir etkenle ortaya çıkan bu hastalığın gündemde olduğu zaman diliminde sosyal medyanın kolay ulaşılabilirliği ve çok fazla sayıda kişi tarafından kullanılması sebebiyle, doğru olmayan, kafa karışıklığı yaratan, kaotik bir duruma yol açan sansasyonel bilgilerin yayılımı kolaylaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Acil Durumlar Program yöneticisi Sylvie Briand Lancet dergisine verdiği açıklamada her salgına bir tür bilgi tsunamisinin eşlik edeceğini bildiklerini, ancak bu kez bu durumun sosyal medya farkı ile daha hızlı ve daha ileriye taşındığını ileri sürdü⁽²¹⁾.

Bilgi salgını sosyal medya içeriklerine güven sorununa yol açtı. Altı ülkede yapılan bir çalışmada, sosyal medya bilgi kaynağı olarak ilk sırada olmasına karşın, sosyal medyadaki bilgilere güven %14-40 arasında kalmakta idi⁽²²⁾.

Pandemi sürecinde infodemi sosyal medya ağlarının güvenilirliğine zarar verdiği için Facebook®, LinkedIn®, Reddit®, Twitter® ve YouTube® gibi sosyal medya şirketleri, DSÖ'nün davetiyle harekete geçerek kurumlara ve devletlere yardımcı olacak

larını, asılsız ve zararlı içeriklerin engellenmesi için strateji geliştireceklerini bildirdiler. Twitter® koronavirus ile ilgili arama yapıldığında ilgili halk sağlığı kuruluşlarının ya da salgınla mücadele eden kamu kurumlarının Twitter® profillerine “Gerçekleri Bilin” uyarısıyla yönlendirmektedir. Aynı zamanda zararlı içerikleri bildirme yöntemleri geliştirmiştir. Instagram®, geliştirdiği bir algoritma yardımıyla paylaşılan bir görselin doğruluğunu ve manipüle edilip edilmediğini tespit etmektedir. Bu platform manipülasyonu teyit ederse kullanıcılar o görsel açılmadan “Yanlış Bilgi” uyarısını ekranında görmektedir. Facebook® Uluslararası Doğruluk Kontrolü Ağı (IFCN) üyesi doğrulama platformlarıyla insanlara zarar verebilecek yanlış bilgiler veya komplo teorileri içeren paylaşımları tespit edilip kaldırmaktadır. Google®, Tiktok® kullanıcıları doğru bilgiler için DSÖ, Sağlık Bakanlıkları gibi güvenilir kaynaklara bakmaya ve zararlı içerikleri bildirmeye teşvik etmektedir⁽²³⁾.

Sosyal medya ağları bazı içerikleri kaldırırken, yanlış bilgi veren grupların kalitesini düşürerek görünürlüğünü zorlaştırmaya çalıştılar. Bu önlemler bilgi salgınını üzerine olumlu bir etki göstermiş olsa da sosyal medyada çok sayıda yanıltıcı, gerçek dışı bilgi dolaşımı oldu⁽²⁴⁾. ABD Başkanı da sosyal medya şirketlerinin bu engellemesine takılanlar arasında idi. Bu nedenle sosyal medyayı şirketleri ile gerilim yaşandı ve denetimleri sıkılaştıran bir düzenleme yaptı⁽²⁵⁾. Türkiye’de de sosyal medya denetimine ilişkin bir tartışma başladı.

Hemen herkesin sosyal medya ortamında bilgi üretebilmesi özgürlükler açısından olumlu bir durumdur. Sosyal medyanın hızla gelişmesinin nedenlerinden biri de bu olmakla birlikte etkin sosyal medya kullanımı, kullanıcıların sosyal medya okuryazarlığı ile yakından ilişkilidir. Okunan bir bilginin doğruluğunu anlayabilme bilimsel yaklaşım, kanıta dayalı yaklaşım kavramları ile de yakından ilişkilidir. İçerik hazırlarken ya da paylaşırken akılcılık, kuşkuculuk ve kanıta dayalı bir bilimsel okuryazarlık önemlidir.

Hemen tüm yönetimde olduğu gibi salgın yönetiminde de bilgi yönetimi, iletişim ya da risk iletişimi son derece önemlidir. Etkin, hızlı ve doğru bir toplumsal yanıt ancak iyi bir iletişim ve güven ortamında gerçekleşir. Bu nedenle bilgi salgını karşısında kamunun hazırlıklı olması salgının yanı sıra bilgi salgını ile de mücadele etmesi gerekir. Proaktif

olmak, güvenilir liderlik, yanlış bilgi ile mücadele, bilimsel kanıta dayalı bilgi üretimi, sağlık okuryazarlığı gibi kavramlar önem taşımaktadır⁽²⁶⁾.

Dünya Sağlık Örgütü disiplinler arası infodemi yönetim sağlamak için 7-8 Nisan 2020’de çevrimiçi bir konferans düzenlemiştir. Bu konferansta ilk olarak müdahaleler ve mesajların bilim ve kanıtlara dayanması gerektiği ve bireylere acil sağlık durumlarında kendilerini ve toplum sağlığını nasıl koruyacaklarına dair bilinçli kararlar almalarını sağlayacak şekilde ulaşması gerektiği vurgulanmıştır. İkinci olarak bilginin toplumun her kesimindeki bireyler tarafından anlaşılabilir ve erişilebilir olacak şekilde sunulan, davranış değişikliğini sağlayacak mesajlara dönüştürülmesi gerekliliği belirtilmiştir. Üçüncü karar hükümetlerin, temsil ettikleri kitlelere hitap etmek için tavsiye ve mesajları düzenleyerek kaygılarının ve bilgi ihtiyaçlarının giderilmesi için kilit topluluklara ulaşması gerekliliğidir. Dördüncü karar olarak ise, bilgi etkisinin analizini ve güçlendirilmesini sağlamak için sosyal medya ve teknoloji sektörleri, akademi ve sivil toplum örgütleri dahil olmak üzere ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere **tüm sektörlerde stratejik ortaklıklar** kurulması zorunluluğudur. Beşinci olarak, sağlık yetkililerinin toplumun bilgi akışındaki değişiklikleri anlamalarına yardımcı olan güvenilir bir bilgilendirme sağlamaları gerekliliği belirtilmiştir⁽²⁷⁾.

Dünya Sağlık Örgütü, pandemiyle ilgili infodemi konusunda bir bilinçlendirme kampanyası yürütmek üzere Birleşik Krallık Hükümeti ile güçlerini birleştirmiştir. “Yayılmayı Durdur” adlı kampanya COVID-19 hakkındaki yanlış bilgi riskleri hakkında farkındalık yaratmayı amaçlayan, DSÖ ve ulusal sağlık otoriteleri gibi güvenilir kaynaklarla bilgileri iki kez kontrol etmeye teşvik eden küresel bir kampanyadır. Dünya Sağlık Örgütü, bu kampanyayı Afrika, Asya, Avrupa, Orta Doğu ve Latin Amerika gibi birçok ülkede tanıtmaktadır⁽²⁸⁾.

Bilgi salgını ile mücadelede sosyal medya üzerinden doğru ve gerçek bilgi üretip paylaşmak etkili bir yaklaşım olabilir. Bilimsel bilginin, doğru bilginin üretimini ve paylaşımını desteklemek, kolaylaştırmak önemli bir stratejidir. Bilim insanları ve araştırmalar desteklenmeli ve bilim insanları doğru bilgi üretmeleri konusunda teşvik edilmelidir. Üretilen bilgilerin uygun araçlarla ve yöntemlerle, anlaşılır bir dille sunulması da bir diğer yaklaşım olabilir.

Sosyal medyada grupların kendi iç denetimlerini sağlayabilmeleri ve buna ilişkin bilgi ve beceri kazanabilmeleri infodemi ile mücadelede önemli bir yaklaşım olabilir.

Elbette yasal düzenleme ve denetimler de olabilir ancak bu düzenlemeler temel hak ve özgürlüklere engel olmadan yapılmak durumundadır. Sosyal medyanın katılımcı, özgürlükçü ve kullanıcı dostu arayüzleri aynı zamanda bilgi salgını açısından bir duyarlılık yaratmış görünmektedir. Temel hak ve özgürlükleri engellemeden, sosyal medyanın olumsuz özelliklerini önlemek önemli bir çaba olacak gibi görünmektedir.

Türkiye’de Sosyal Medya Mevzuatı

Türkiye’de bilişim politikası alanında yapılan ilk düzenleme, 2000 tarihinde yürürlüğe giren 4502 sayılı Telekomünikasyon Kanunudur⁽²⁹⁾. Kanunla Türk Telekom özel hukuk hükümlerine tabi bir özel şirket statüsüne kazandırılması amaçlanmış, Avrupa Birliği’nin istediği temel şart olan liberalizasyon hukuksal olarak gerçekleştirilmiştir.

Sosyal medya hukuku bilişim hukuku, medeni hukuk, ceza hukuku, fikri ve sınai haklar hukuku gibi birçok hukuk dalının kapsamına girmektedir. İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Hakkındaki 5651 sayılı Kanun Türkiye’de bu alana ilişkin önemli bir düzenlemedir⁽³⁰⁾. Bu yasa ile içerik sağlayıcı, yer sağlayıcı ve erişim sağlayıcıların sorumlulukları belirlenmiş, yapılan paylaşımlar kişilik haklarını ihlal ediyorsa bu paylaşımlara erişimin engellenmesi ve erişimin kaldırılması düzenlemesi yapılmıştır. Sosyal medyada yapılan paylaşımların sorumluluğunun ilk yükleyen ve paylaşan kişilere ait olduğu belirtilmiştir. Gerçek hayatta olduğu gibi hakaret, küfür, iftira, özel hayatın gizliliğini ihlal etme, toplumsal karmaşa yaratma, suçta teşvik etme vs. gibi durumlar oluşturan paylaşımlar suç kabul edilmiş ve yapılan paylaşımların sorumluluk taşıdığına değinilmiştir. Bu gibi durumlarda savcılığa başvuruda bulunulabilmekle birlikte, çoğu sosyal platform yurt dışı kaynaklı olduğu için uluslararası düzenlemeler gerekmektedir⁽³¹⁾.

Koronavirüs tedbirleri kapsamında Nisan 2020’de sunulan “Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Taslağı” adını taşıyan

torba yasa teklifiyle sosyal medya ağları için de yeni düzenlemeler getirileceği, devletin sosyal ağ sağlayıcıları üzerinde geniş kapsamlı bir denetim yetkisi olacağı ve sosyal medyaya müdahalenin kolaylaşacağı öngörülmüştür. Bu yasa ile Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK)’nin Facebook®, Instagram®, Twitter® vb. gibi sosyal ağlarda geniş bir kontrol yetkisi olacağı belirtilmiştir. Yapılması muhtemel hukuki düzenlemeler için uluslararası sosyal ağların temsilcilerinin Türkiye’de bulunma zorunluluğu yer almaktadır⁽³¹⁾.

Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı tarafından Mayıs 2020’de Sosyal Medya Kullanım Kılavuzu yayınlanmıştır. Bu kılavuzun içeriğinde sosyal medya kullanım önerileri, veri güvenlik önlemleri, sosyal medya okuryazarlığı, sosyal medya bağımlılığı, sosyal medyada algı yönetimi, sosyal medya hukuku, kriz ortamında sosyal medyada dezenformasyonla mücadele yer almaktadır⁽³²⁾. Sosyal medyaya yönelik Temmuz 2020’de ise maddi ceza miktarının artıran, içeriğe erişimin engellenmesi ve içerik kaldırmaya ile birlikte “sosyal ağ sağlayıcı” kavramını getiren bir kanun çıkartıldı⁽³³⁾.

Sağlık Bakanlığı Sosyal Medya Yayınları

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı COVID-19 pandemisi ile ilgili verileri ülkemizde ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren kendi adında bulunan sosyal medya hesaplarından duyurmaktadır. Bu paylaşımlarda günlük vaka, ölüm, yoğun bakımda bulunan hasta sayısı, iyileşen sayısı, test sayısı yer almaktadır. Bunun yanı sıra [covid19.saglik.gov.tr](https://www.covid19.saglik.gov.tr) internet adresinden Türkiye günlük koronavirus tablosu altında vaka, ölüm, yoğun bakım, entübe, iyileşen hasta sayısı toplam ve günlük olarak paylaşılmaktadır. Ayrıca vaka ve vefat sayısı da tarihe göre bir grafik şeklinde sitede yer almaktadır. Bunlara ek olarak sitede koronavirus ile ilgili çeşitli sektörler için rehberler, algoritmalar, sunumlar, bilgilendirme videoları bulunmaktadır⁽³⁴⁾.

Bakanlık pandemi sürecine ilişkin kısa durum raporunu 29.06.2020 tarihinden itibaren günlük ve haftalık olarak Türkçe ve İngilizce sürümleri ile sağlık bakanlığının web sitesinde yayınlanmaktadır⁽³⁵⁾. Bunun yanı sıra Twitter®, Facebook® gibi hesaplardan topluma uyarılar yapılmaktadır^(36,37).

Sağlık Bakanlığı sosyal medya ağlarını kullanmakla birlikte içerik üretme ve bilimsel içeriğin üretilmesine destek konusunda önemli eleştiriler aldı. Üretilen içerik genellikle uyulması gereken öneriler niteliğinde idi. Pandemiye ilişkin ise sınırlı birkaç rakamdan oluşan düzenli paylaşımlar oldu.

Salgına ilişkin kişi, yer ve zaman özelliklerini gösteren ayrıntılı bir rapor paylaşmamıştır. Yine COVID-19 ile ilgili her türlü araştırmalar için Bakanlıktan izin almayı zorunlu hale getirmiş, ancak bu araştırma izinlerinin verilmesine ilişkin bir yasal düzenleme oluşturmamıştır. Bu iki durum bilim insanlarının eleştirilerine neden olmuş, bunun üzerine Bakanlık "Bilimsel araştırmaların Sağlık Bakanlığı tarafından engellendiği" haberleri üzerine bir açıklama yaparak bilime ve bilimsel araştırmalara önem verdiğini açıklama ihtiyacı duymuştur⁽³⁸⁾.

Halk Sağlığı, Sosyal Medya ve Bilgi Salgını

Halk sağlığı acillerinden biri olan pandemilerde bilgi yönetimi ve iletişim önemli bir konudur. Doğru ve zamanında kararların alınması ve uygulanması, ancak etkili bir risk iletişimi ile sağlanabilir. Uluslararası Sağlık Tüzüğü ise risk iletişimi; "Eksikleri tanımlama, tehlikeleri saptama, önlemleri belirleme ve toplumun katılımını sağlama konusunda çok aşamalı bir süreç" olarak tanımlamaktadır⁽³⁹⁾. Covello 1992'de risk iletişimini "bir riskin doğası, büyüklüğü, önemi veya kontrolü hakkında ilgili taraflar arasında bilgi alışverişi" olarak tanımlamaktadır⁽⁴⁰⁾. Risk iletişimi, halkın tehlikeler ve riskler hakkında bilgi sahibi olma ve karar verme hakkına sahip olduğu varsayımına da dayanmaktadır. Bilginin mevcudiyeti, halkın riskle ilgili bilinçli seçimler yapmasını sağlar. Bu şekilde risk iletişimi karar vermeyi ve risk paylaşımını kolaylaştırır.

Dünya Sağlık Örgütü, salgın yönetiminde iyi bir risk iletişimi için erken ilan, halka şeffaflık ve güven sağlamanın, halkı dinlemenin ve bu doğrultuda plan yapmanın önemini Salgın İletişimi Planlama Rehberi'nde belirtmiştir⁽⁴¹⁾. Güvenilirlik, mesajların inandırıcılığı ve etkinliği için önemlidir. Özellikle devlet sağlık birimleri tarafından verilen bilgiyi halkın işlemesi açısından güvenilirliğin önemi yapılan kuramsal çalışmalarda gösterilmiştir. Güvenilirlik algısının oluşması için bilgi aktarılma-

lıdır. Bu aktarım olabildiğince doğru kaynaklardan, açık, topluma ve amacına uygun olmalıdır⁽⁴²⁾. Dünya Sağlık Örgütü 2003 yılında Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu (SARS) Küresel Konferansı'nda bilginin şeffaf, doğru ve zamanında iletilmesi gerekliliği, salgın kontrolünün bir bileşeni olarak daha iyi risk iletişimi ve başlıca bulaşıcı hastalıkların sağlık, ekonomik ve psikososyal etkilerini olumlu etkileme stratejisi olduğunu vurgulamıştır⁽⁴³⁾. Kamu güveninin oluşturulması, halkın işbirliği yapması, yanlış bilgilerin yayılmasının önlenmesi, yönetimde karar verme ve öncelik belirlemenin sağlanması için doğru bilginin şeffaf bir şekilde güvenilir kaynaklardan aktarılması gerekmektedir⁽⁴⁴⁾.

Bir pandemiye yanıt toplumun tüm kesimleri ile birlikte oluşmak durumundadır. Sağlık yöneticileri, eğitim sektörü, ulaşım, merkezi yönetimler, yerel yönetimler, meslek örgütleri, bilim insanları ve pek çok sektör pandemide sorumluluk alır. Toplumsal bu yanıt her bir bireyin doğru hareket etmesi ve doğru karar vermesini, yöneticilerin de benzer şekilde hareket etmelerini zorunlu kılar. Bu ise ancak bilimsel, doğru ve güncel bilgi üretimi, paylaşımı ve kullanımı ile olanaklıdır.

Risk iletişimi ve bilgi salgını bir anlamda halk sağlığı bilimi alanı ile ilişkilidir. Halk sağlığı bilimi halk sağlığı alanında bilgi ve iletişim olarak düşünülürse, pandemi sırasında risk iletişimi bu alanın içerisinde ele alınabilir.

Sosyal medya ise en önemli kitle iletişim araçlarından biridir. Bu nedenle halk sağlığı profesyonelleri ve kurumları etik olarak sosyal medya kullanabilmeli ve bunun için de politikalar oluşturmalıdır.

Halk Sağlığı Meslek Eğitimi ve Sosyal Medya

Sosyal medya platformları halk sağlığı için sahadan veri toplama, mesaj/bilgi verme, savunuculuk ve fon yaratma ile sürekli eğitim amacıyla kullanılabilir. Halk sağlığı çalışanları sosyal medyayı benimsemeleri ve onu iletişim, bilgi toplama ve yayma, araştırma, eğitim için kullanmaları, toplum ile daha çok temasta olmalarını sağlamaktadır⁽⁴⁵⁾. Bunun yanı sıra; bireylerin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesi için bilgiye erişmesi, bilgiyi anlaması ve kullanılmasına yönelik bilişsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığının gelişmesine katkıda bulunması üzerinde durulması gereken bir konudur⁽⁴⁶⁾.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Sosyal Medya Uygulamaları

Bir meslek kuruluşu olan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) kuruluş yıllarından itibaren bir web sitesini kesintisiz ve güncel bir biçimde tutmayı başarmıştır. İlk yıllardan bu yana üyeler, çalışma grupları, anabilim dalları gibi gruplar için iletişim öbeği oluşturmuştur.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, pandeminin başlaması ile 15 Mart 2020'de korona.hasuder.org.tr alt alan adı altında bir web sitesi açarak düzenli ve hızlı bilgiler sunmaya çalıştı. Korona Postası, söyleşi, rapor, haber ve infografik türünden olmak üzere toplam 225 adet içerik paylaşıldı. 23 Temmuz 2020 tarihine kadar site 73,441 ziyaretçi ve 143729 görüntüleme elde etti. Erişimlerin %96,7'si Türkiye'den sağlanmış ve bunu izleyen 5 ülke ise Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İrlanda, Birleşik Krallık ve Hollanda şeklinde sıralanmış idi. (47) Siteye 90 farklı ülkeden erişim gerçekleşti. Siteye erişim %52'si arama motorlarından, %23,2'ü doğrudan siteye girerek ve %19,1'i sosyal medya aracılığıyla ile oldu. Sosyal medya dağılımı ise %77,6 Facebook®, %21,2 şeklinde idi. Kullanıcıların %69'u kadın, %38'i 25-34 yaş grubunda idi. Başlangıçta "Korona Postası" günlük daha sonra haftalık olmak üzere pandemi ile ilgili tüm gelişmeleri gün gün derleyen bir elektronik posta oluşturdu. Bu postalar 15.03.2020-11.05.2020 tarihleri arasında toplam 28 adet olmak üzere günlük olarak yayınlandı, 18.05.2020 tarihinden itibaren de haftalık olarak yayınlanmaya devam etmektedir. Bu postalarda DSÖ, ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi gibi uluslararası kuruluşlardan pandemi ile ilgili haberler paylaşıldı. Buna ek olarak Türkiye'den başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer bakanlıklardan duyurulan düzenlemeler, uygulamalar, haberler paylaşıldı. Günlük test sayısı, vaka ve ölüm ile ilgili veriler tablo şeklinde, kümülatif vaka sayısı ve enfeksiyon hızı, yeni vaka sayısı ve enfeksiyon hızı gibi ölçütler, yeni vaka salgın eğrisi grafikler oluşturularak yayımlandı, okuma önerileri sunuldu (47).

[KoronaTube](http://koronatube.org) adlı bir web sitesi ile çoğu halk sağlığı uzmanlarından oluşan ve pandemi üzerine

yapılan görüşme videoları, konu başlıklarına göre gruplandırılarak derlendi. Sitede 120 dolayında video derlenmiş olup 6 binin üzerinde ana sayfa erişimi elde etti (48).

Halk Sağlığı Kütüphanesi'nde özel bir klasör oluşturuldu ve pandemiye ilişkin kitaplar, raporlar ve yazılı 58 adet kaynak burada yer aldı (49).

[Kanal HASUDER](http://kanal.hasuder.org) ekibi olarak Pandemiye ilişkin konferanslar düzenlendi ve Youtube hesabına yüklendi. Kanalda 7.11.2019 tarihi ile 575 abone ve 109 adet video bulunmakta, izlenme sayısı 53 bin, izlenme süresi ise toplam 280 bin dakikadır. Haziran 2020'de ise, abone sayısı 817'ye, video sayısı da 128'e ulaştı. Benzer şekilde izlenme sayısı 80 bine, izlenme süresi ise 6800 saate erişmiştir. Pandemi sürecinde 19 yeni video eklenmiş ve 242 yeni abone gerçekleşmiştir (50).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin Facebook® ve Twitter® hesapları da bulunmaktadır (51,52). Twitter® hesabı 5 Eylül 2011 yılında açılmış, Pandemi öncesi Twitter® hesabını yaklaşık 400 takipçi izlerken, pandemi sonrası 5 ayda 1435 takipçiye erişilmiştir. Bu hesaptan toplam 651 tweet paylaşılmıştır. Facebook® sayfası 26 Ağustos 2011 de açılmış toplam 803 sayfa beğenisi bulunmaktadır. Temmuz 2020 itibarıyla gönderi erişimi %109, gönderi etkileşimi %40, sayfa görüntülemesi ise %67 artmıştır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Instagram® sayfasının 23 Temmuz 2020 itibarı ile 840 takipçisi vardır ve hareketlerin gösterimi 7345'tür (53).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ile resmi bir bağı olmasa da HASUDER üyelerinin öncülük ettiği herkese açık bir "[Halk Sağlığı](http://halksaagliği.org)" adı ile Facebook® grubu oluşturulmuş ve üye sayısı 4 bine yaklaşmıştır. Bulaşıcı hastalıklar ve salgının yanı sıra çevre sorunları, beslenme, iş sağlığı, bağışıklama, tütün kullanımı, üreme sağlığı, aile planlaması ve çocuk sağlığı gibi halk sağlığı konularını kapsar. Grup özellikle salgın döneminde sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi hedeflemektedir. Grubun amaçlarından biri de toplumun güvenilir, kolay anlaşılır bilgiye erişimini kolaylaştırmaktadır (54).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği çatısı altında pandemi döneminde önemli bir çabalar gösterilmiştir ve on binlerce sayıda kişiye sosyal medya aracılığı ile erişim sağlanmıştır. Türkiye'de halk sağlığının gelişimi ve sağlık eğitimi açısından, halk sağlığı çalışanlarının eğitimde ve hizmette halk sağlığı bilişim politikaları geliştirmesi ve uygulanması önemli bir gereksinimdir.

Sonuç ve Öneriler

Temel bir hak olan bilgiye erişim sağlık hakkının da bileşenlerinden biridir. Bu hakkın sağlanmasında kamuya önemli sorumluluklar düşmektedir. Bilişim politikaları devletlerin hak ve özgürlüklere yaklaşımı ile yakından ilişkilidir. Bilgi edinme, bilgiye erişim, paylaşma, fikir özgürlüğü ve kişisel verilerin korunması gibi kavramlar bilişimde temel kavramlar arasındadır.

Bilginin üretimi, yayınlanması, arşivlenmesi, yeniden kullanılmak üzere çağrılması, yönetimi gibi tüm süreçlere bilişim olarak adlandırılabilir. Bilgi üretimi, yöntemi, hızı, üretilen bilginin nerede nasıl yayınlandığı, arşivlendiği, üretilen bilginin niteliği, paylaşımı, yönetimi ve kullanımı gerek bireysel gerekse de toplumsal açıdan son derece önemlidir.

Bu durum pandemi gibi hızlı ve doğru hareket edilmesi, toplumsal olarak yanıt verilmesi gereken durumlarda ise daha da önemlidir. Pandemiye karşı gerekli yanıtın oluşturulmasında, bilgi üretimi ve paylaşımı politikalarının ne kadar önemli olduğunu yaşayarak deneyimledik. Bu konuda bilimsel kanıta dayalı bilgi üretmeye çalışan, açık ve paylaşımcı, güvene dayalı iletişim politikası izleyen ülkelerin pandemi de daha başarılı oldukları görülmektedir.

Doğru ve güncel bilgi toplumsal gelişme ve kalkınma açısından, toplumun tehditleri gerçekçi bir biçimde algılayabilmesi bakımından gereklidir. Bilgi bir toplumun ve bireyin gelişimi ve doğru kararlar alabilmesi bakımından vazgeçilemez bir öğedir. Bu nedenle toplumların genel olarak bilgi üretme, yayınlama ve paylaşım politikaları o toplumun gelişim hızı ile yakından ilgilidir. Bilimsel bilgi üretimi her şeyden önce araştırmacıların ve üniversitelerin özerkliği, araştırma olanakları ve araştırmacılara destek politikaları ile de yakından ilişkili bir kavramdır.

Bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı gibi kavramlar bireylerin bilgiye erişme, eriştiği bilgiyi anlayabilme ve kullanabilmesi ile ilgilidir. Bu kavramların önemleri giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Halk sağlığı bilişim alanı ve politikaları giderek önemli hale gelmektedir. Bu politikalar bilgi salgını ile mücadelede etkili ve demokratik çözüm araçlarından olabilirler.

Sosyal medya olumlu ve olumsuz yönleri ile birlikte önemli bir bilgi paylaşım aracıdır. Buradaki

düzenlemeler temel hak ve özgürlüklere saygı gösterilerek yapılmalıdır. Temel hak ve özgürlüklere saygılı, akılcı bilimsel sağlık bilişimi politikalarının ve acil durumlara özel planlar ve stratejiler geliştirilmesi hemen her çağdaş toplumun yapması gereken işler arasındadır.

Kaynaklar

- 1) Dünya Sağlık Örgütü. Timeline of WHO's response to COVID-19 [Internet]. s. <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-co>. [kaynak 16 Eylül 2020]. Available at: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
- 2) Shmerling RH. Be careful where you get your news about coronavirus [Internet]. Harvard Health Publishing. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.health.harvard.edu/blog/be-careful-where-you-get-your-news-about-coronavirus-2020020118801>
- 3) Cinelli M, Quattrociochi W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoti E, Schmidt AL, vd. The COVID-19 Social Media Infodemic. 10 Mart 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]; Available at: <http://arxiv.org/abs/2003.05004>
- 4) Majumder MS, Mandl KD. Early in the epidemic: impact of preprints on global discourse about COVID-19 transmissibility. Lancet Glob Heal [Internet]. 01 Mayıs 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020];8 (5):e627–30. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30113-3/full-text](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30113-3/full-text)
- 5) BBC News. China coronavirus: Misinformation spreads online about origin and scale. 30 Ocak 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]; Available at: <https://www.bbc.com/news/blogs-trending-51271037>
- 6) Kassam N. Disinformation and coronavirus. Interpret [Internet]. 25 Mart 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]; Available at: <https://www.lowyinstitute.org/the-interpreter/disinformation-and-coronavirus>
- 7) Eysenbach G. Infodemiology: The epidemiology of (mis)information. The American Journal of Medicine. 2002 Dec;113 (9):763-765. DOI: 10.1016/s0002-9343(02)01473-0.
- 8) Your Dictionary. Infodemic dictionary definition | infodemic defined [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.yourdictionary.com/infodemic>
- 9) Dünya Sağlık Örgütü. Munich Security Conference [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/munich-security-conference>
- 10) UNESCO. How the Republic of Korea flattened the COVID-19 curve: openness, transparency and democracy [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://en.unesco.org/news/how-republic-korea-flattened-covid-19-curve-openness-transparency-and-democracy>
- 11) Covid-19'a yakalanan Brezilya Devlet Başkanı: İyiyim, gereken önlemleri alıyorum | NTV [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.ntv.com.tr/dunya/covid-19a-yakalanan-brezilya-devlet-baskani-iyiyim-gereken-onlemleri-aliyorum,cXm0DdUpE6w6HaMGyfiMw>
- 12) Koronavirüs: Trump hidroksiklorokin ilacı kullandığını söyledi, "Hâlâ buradayım" dedi - BBC News Türkçe [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52719278>
- 13) Debunking COVID-19 Conspiracy Theories - The Medical Futurist [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Available at: <https://medicalfuturist.com/debunking-covid-19-theories/#>

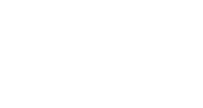
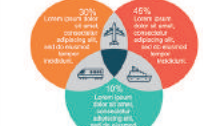
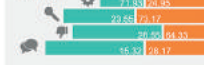
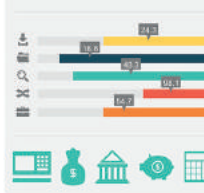
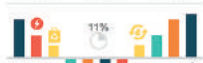
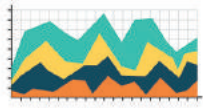
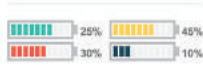
- 14) Dünya Sağlık Örgütü. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 86 [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200415-sitrep-86-covid-19.pdf?sfvrsn=c615ea20_6
- 15) Türkiye’de corona virüs vakaları ortaya çıktı, kelle paçaya talep bir anda patladı [Internet]. [kaynak 21 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.hurriyet.com.tr/lezizz/galeri-turkiyede-corona-virus-vakalari-ortaya-cikti-kelle-pacaya-talep-bir-anda-patladi-41469979>
- 16) Covid-19’a karşı sahte içki tüketimi: İran’da ölü sayısı 339’a çıktı | Euronews [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Available at: <https://tr.euronews.com/2020/04/06/covid-19-a-kars-sahte-icki-tuketimi-iran-da-olu-sayisi-339-a-cikti>
- 17) Karacan D. Corona virüsü: Salgının haberlerdeki iz düşümü [Internet]. 2020 [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: <https://journo.com.tr/corona-virus-haberler>
- 18) BBC News Türkçe. Hidroksiklorokin: Saygın tıp dergisi Lancet tartışmalı ilaçla ilgili araştırmayı nasıl yayınladı, neden geri çekti? [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52938912>
- 19) United Nations. Global social media research summary 2020 [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.smartinsights.com/social-media-marketing/social-media-strategy/new-global-social-media-research/>
- 20) Coronavirus impact: global in-home media consumption by country 2020 | Statista [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.statista.com/statistics/1106498/home-media-consumption-coronavirus-worldwide-by-country/>
- 21) Zarocostas J. How to fight an infodemic. Lancet (London, England) [Internet]. 29 Şubat 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020];395 (10225):676. Available at: www.thelancet.com
- 22) Kleis Nielsen R, Fletcher R, Newman N, Scott Brennen J, Howard PN. Navigating the “Infodemic”: How People in Six Countries Access and Rate News and Information about Coronavirus. [kaynak 16 Eylül 2020] Available at: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/infodemic-how-people-six-countries-access-and-rate-news-and-information-about-coronavirus>
- 23) Sarı MŞ. Sosyal medya platformlarının yalanla mücadelesi: Corona virüsü neyi değiştirdi? [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://journo.com.tr/sosyal-medya-corona-virusu>
- 24) News B. Social media firms fail to act on Covid-19 fake news [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.bbc.com/news/technology-52903680>
- 25) Trump sosyal medya karamamesini imzaladı | DÜNYA | DW | 29.05.2020 [Internet]. [kaynak 21 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.dw.com/tr/trump-sosyal-medya-kararnamesini-imzaladi/a-53610130>
- 26) Ratzan SC, Sommariva S, Rauh L. Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. Public Heal Res Pract [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020];30 (2). Available at: <https://www.phrp.com.au/issues/june-2020-volume-30-issue-2/enhancing-global-health-communication-during-a-crisis-lessons-from-the-covid-19-pandemic/>
- 27) Tangcharoensathien V, Calleja N, Nguyen T, Purnat T, D’Agostino M, Garcia Saiso S, vd. A Framework for Managing the COVID-19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. J Med Internet Res [Internet]. 18 Haziran 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020];22 (6):e19659. Available at: <https://www.jmir.org/2020/6/e19659/>
- 28) Dünya Sağlık Örgütü. Countering misinformation about COVID-19 [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/countering-misinformation-about-covid-19>
- 29) 4502 Sayılı Kanun. Mevzuat. 2000. [kaynak 16 Eylül 2020]. <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4502.html>
- 30) T.C. İletişim Başkanlığı. Sosyal Medya Kullanım Klavuzu. 2020. [kaynak 16 Eylül 2020]. <https://www.iletisim.gov.tr/turkce/duyurular/detay/iletisim-baskanligi-sosyal-medya-kullanim-kilavuzu-hazirladi>
- 31) T.C. Resmî Gazete. İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi Ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun [Internet]. 2007 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070523-1.htm>
- 32) Deutsche Welle Türkçe. Sosyal medyaya ilişkin resmi öneriler ne ifade ediyor? [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.dw.com/tr/sosyal-medyaya-iliskin-resmi-oneriler-ne-ifade-ediyor/a-53675172>
- 33) Sosyal medya yasası TBMM’de kabul edildi [Internet]. [kaynak 29 Temmuz 2020]. Available at: <https://t24.com.tr/haber/sosyal-medya-yasasi-tbmm-de-kabul-edildi,893557>
- 34) T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 - Yeni Koronavirüs Hastalığı [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/>
- 35) T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Situation Report Turkey | Günlük Rapor / Daily Report [Internet]. 2020. [kaynak 16 Eylül 2020]. Available at: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,66559/gunluk-rapor--daily-report.html>
- 36) T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı | Facebook [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.facebook.com/saglikbakanligi>
- 37) T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı (@saglikbakanligi) / Twitter [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: https://twitter.com/saglikbakanligi?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor
- 38) T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu [Internet]. [kaynak 21 Temmuz 2020]. Available at: https://bilimselaraştırma.saglik.gov.tr/_layouts/15/BilimselYayin_Membership/login.aspx?ReturnUrl=%2F_layouts%2F15%2FAuthenticate.aspx%3FSource%3D%252F&Source=%2F
- 39) Dünya Sağlık Örgütü. Uluslararası Sağlık Tüzüğü. 2005. [kaynak 21 Temmuz 2020] https://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararasi_antlasmalar/UluslararasıC4%B1%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20T%C3%BCz%C3%BC-C4%9F%C3%BC.pdf
- 40) Covello VT. Risk communication: An emerging area of health communication research. İçinde: Communication yearbook 15. S. A. Deet. Newbury Park , CA; 1992. s. 359–73.
- 41) Dünya Sağlık Örgütü. WHO outbreak communication planning guide. WHO [Internet]. 2017 [kaynak 20 Temmuz 2020]; Available at: <http://www.who.int/ihr/publications/outbreak-communication-guide/en/>
- 42) Trumbo CW, McComas KA. The Function of Credibility in Information Processing for Risk Perception. Risk Anal [Internet]. 01 Nisan 2003;23 (2):343–53. Available at: <https://doi.org/10.1111/1539-6924.00313>
- 43) Dünya Sağlık Örgütü. WHO Global Conference on Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) 17 - 18 June 2003. İçinde: WHO [Internet]. World Health Organization; 2015 [kaynak 20 Temmuz 2020]. Available at: https://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/en/

- 44) Florini A. The right to know : transparency for an open world. New York: Columbia University Press; 2007.
- 45) Harmancı H. Sosyal Medya ve Halk Sağlığı. 1. Baskı. Piyal B, editör. 21. Yüzyılda Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. 84–8 s.
- 46) Şener E, Samur M. Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2013;2 (4):0–0.
- 47) Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği. Yeni Koronavirüs Hastalığı 2019 [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://korona.hasuder.org.tr/>
- 48) İnandı T. KoronaTube -Koronada Güvenilir Bilgi [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://esaglik.site/>
- 49) HASUDER. E-Kütüphane [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/kitaplar/173/books>
- 50) HASUDER. Kanal HASUDER [Internet]. [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: https://www.youtube.com/channel/UCOF-veO4H0IsVLk_v5nHhDiQ
- 51) HASUDER. HASUDER Facebook [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.facebook.com/hasuder/>
- 52) HASUDER. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (@hasuder) / Twitter [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Available at: https://twitter.com/hasuder?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor
- 53) HASUDER. Instagram @halksagligiuzmanlaridernegi [Internet]. [kaynak 16 Eylül 2020]. Available at: <https://www.instagram.com/halksagligiuzmanlaridernegi/>
- 54) Halk Sağlığı | Facebook [Internet]. 2020 [kaynak 19 Temmuz 2020]. Available at: <https://www.facebook.com/groups/halk-sagligi>

INFOGRAPHIC TOOLS

59.7 1.2 34.6 7.2 1.2

>Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.



Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemi Yönetiminde İnfografik Kullanımı ile İlgili Deneyimler

89

UZM. DR. SELİM GÜLER

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgınının başlamasını takiben her alanda olduğu gibi halk sağlığı alanında da çeşitli başlıklarda ihtiyaçlar belirlenerek, bu ihtiyaçların karşılanması amacıyla planlama, örgütlenme ve insan gücü sağlama aşamaları başta olmak üzere çeşitli basamaklar devreye sokulmuştur. Salgının büyüklüğü, küresel etkisi, bilgi kirliliği gibi çeşitli sebepler, doğru bilginin halka ve sağlık çalışanına etkili bir şekilde iletimi ihtiyacını doğurmuş, bu bağlamda da bu bilgi aktarımında sağlık iletişiminde son dönemde daha sık kullanılan infografiklerden faydalanılmıştır. Bu yazıda, halk sağlığı bakış açısıyla sağlık iletişimi, infografiklerin kısaca tarihçesi ve kullanım alanlarının üzerinden geçildikten sonra Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) çatısı altında infografiklerin kullanımı ile ilgili yürütülen süreç, bu süreç sonucunda kazanılan deneyim ve gelecekte karşımıza çıkacak benzer halk sağlığı sorunlarına karşı doğru araçları kullanma konusunda öneriler yer alacaktır.

İletişim, Sağlık İletişimi

İletişim, karşılıklı bilgi alışverişi amacıyla kullanılan tüm yöntemlerin ortak adıdır. Harekete geçirmek, ihtiyaç ve gereksinimleri duyurmak, düşünce, bilgi ve inançları aktarmak, farkındalığı doğurmak ve iyi ilişkiler kurmak ve devam ettirmek amacıyla yapılır ⁽¹⁾. Konuşmanın başladığı M.Ö. 500 binli yıllara dayanan iletişim, sembollerin kullanılmaya başlaması ile mağara resimlerine, hiyerogliflerle zenginleşmiş, daha sonra M.Ö. 4 binli yıllarda yazı-

nın ve alfabenin kullanılmaya başlaması ile yaygınlaşmıştır ⁽²⁾. Çin'de 13. yüzyılda ortaya çıkan tahta bloklarla yazı yazma sanatı ile matbaanın temelleri atılmış, 1450 yılında ilk matbaa ortaya çıkmış ve 18. yüzyılın ortalarında odun hamurundan kağıt üretilmeye başlanmasıyla kitlesel iletişim büyük ivme kazanmıştır. 18. yüzyılda önce telgraflar, sonra telefonlar ve 19. yüzyılın başında radyo ve televizyon, günümüzde bilgisayarlar ve internet gibi kitle iletişim araçları bilgi alışverişini hızlandırmış ve iletişim, hayatımızda çok önemli bir konuma yerleşmiştir.

Sağlık alanında iletişim ise her zaman önemli bir konu olmasına karşın, sağlığın öznesinin sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından, toplum ve bireylere doğru yer değiştirmesiyle, halk sağlığı açısından yeni bir anlam kazanmıştır ⁽³⁾. Halkın sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmek, önemli sağlık sorunlarına dikkat çekmek, doğru bilgiyi aktarmak, programlar, sağlık politikaları ve çözüm önerileri geliştirmede sağlık iletişiminin önemi büyüktür.

Sağlık iletişiminde temel amaç, ilgili kişi veya grupta tepkinin yaratılmasıdır ⁽⁴⁾. Bu bağlamda halk sağlığında iletişimde amaç; sağlık alanındaki elde edilen tüm alanyazın bilgisini, halk, basın yayın organları ve karar vericiler ile paylaşarak, tüm dinleyicileri bilgilendirmek ve doğru tepki konusunda ikna etmektir ⁽⁵⁾.

İnfografikler

İnfografikler, verinin ya da aktarılmak istenilen bilginin görsel gösterimleri olup, karmaşık bilginin

hızlı ve açık bir biçimde sunumunu hedeflemektedir. Amaca göre veri görselleştirme, bilgi tasarımı veya bilgi mimarisi olarak da isimlendirilmektedir.

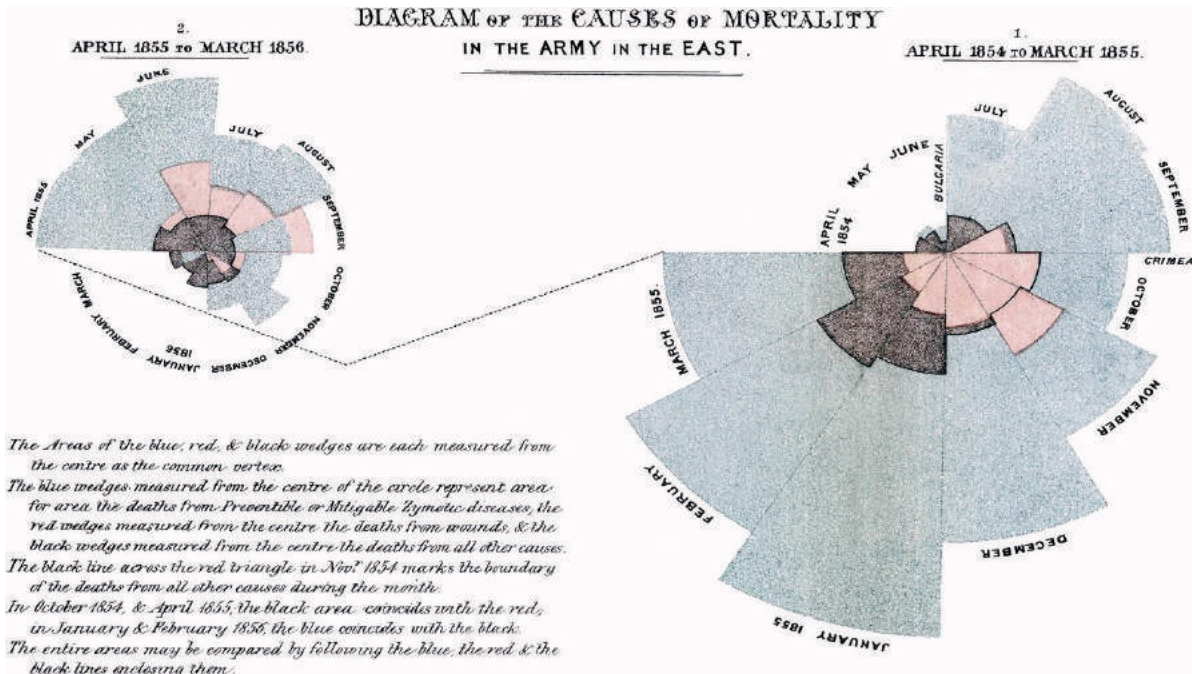
Veri görselleştirme ile ilgili ilk kayıtlara bakıldığında, metin ve görsellerin birlikte kullanıldığı ve köle ticaretinde kullanılan Brookes isimli İngiliz gemisindeki zor yaşam koşullarının gösterildiği güverte dökümü örnek olarak verilebilir ⁽⁶⁾. Londra'da 1854 yılında yaşanan kolera salgınında, John Snow'un, bir su kuyusu etrafında kolera vakalarının kümelenmesini gösteren çalışması ⁽⁷⁾ ve aynı yıllarda Kırım Savaşı sırasında o zamanki Osmanlı Devleti topraklarında yer alan bir İngiliz hastanesinde, Florence Nightingale'in iki yıl boyunca askerleri ve hastanedeki mortalite sebeplerini gözlemlemesi sonucunda oluşturduğu, ve ölümlerin büyük çoğunluğunun önlenabilir hastalıklar olduğunu gösteren görseli (**Şekil 89.1**) halk sağlığı alanındaki en önemli ve ilk örneklerdir ⁽⁸⁾.

Sayılarla gizli olan hikayeler, göze güzel gelen ve akıllıca kullanılmış bir görselle anlatılırsa daha fazla kişinin anlaması sağlanacaktır. Sayfalar dolusu veri içinde bulunan örüntüyü farketmek bir istatistikçi için bile zor olabilmektedir. Aynı veri, doğru seçilmiş grafiklerle, uygun palette seçilmiş renklerle görselleştirildiğinde saklı olan hikayeyi ortaya çıkarmak ve daha fazla kişi tarafından an-

laşılır kılmak mümkündür. Geçtiğimiz son 15 yıllık dönemde daha sık kullanılmaya başlanan infografikler, sağlık bilgisinin aktarıldığı grupta hatırlanabilirliğinin düz metne göre daha yüksek olması, kitle iletişim aracı olarak kullanılabilirliği ve temel aldığı tasarım ilkeleri sayesinde sayısal verilerin aktarılmasındaki etkinliği ile halk sağlığında iletişim alanında daha sık kullanılmaktadır ^(9,10).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Deneyimi

Salgının başlaması ile toplumu bilgilendirme konusunda çalışmalarına hız veren dernek çatısı altında, dört kişilik bir ekiple infografiklerin hazırlanması, düzenlenmesi ve organizasyonu süreçleri yürütülmüştür. Ekipte bu konuda tez yürüten bir, bu tez kapsamında infografik hazırlama eğitime katılan iki tıpta uzmanlık öğrencisi ve bir öğretim üyesi yer almıştır. Ekipte üç kişinin bireysel olarak hazırladığı infografikler tüm ekip tarafından bir ön-değerlendirme ve ilk düzenleme aşamaları sonrasında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin koronavirüs ile ilgili oluşturduğu çalışma grubu ile paylaşılmıştır. Geri bildirimler sonrasında son düzenlemeler yapıldıktan sonra HASUDER web sayfası ve instagram öncelikli olmak üzere sosyal medya üzerinden



Şekil 89.1 Florence Nightingale, "Diagram of the causes of mortality in the army in the east"⁽⁸⁾

paylaşmıştır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin koronavirüs ile ilgili oluşturduğu web sayfasında ilk infografikler 21 Mart 2020 tarihinde yerini almıştır.

İnfografiklerin hazırlığı sürecine, COVID-19 ile ilgili doğru bilgiyi halka ve sağlık çalışanlarına etkili bir biçimde aktarabilmek adına temel konu başlıkları belirlenerek başlanmıştır. Süreç başlangıcında (21.03) "Koronavirüsten Korunmak İçin;" serisi altında el yıkama, yüze dokunmama, öksürürken ve hapşırırken dikkat edilmesi gerekenler, sosyal mesafe, temel karantina/izolasyon yöntemleri, tokalaşma, sarılma gibi davranışlardan kaçınma ve hastalığın temel semptomları ile ilgili yedi adet infografik hazırlanmıştır⁽¹¹⁾.

İlerleyen günlerde "Yanlış Bilgileri Düzeltiyoruz" serisi kapsamında doğru temizlik uygulamaları, riskli yaş grupları, hastalığın tedavisi, kaynağı, sıcaklık ile ilişkisi, cerrahi maske kullanımı, hayvanlar ve koronavirüs, hastalıktan koruduğuna inanılan farklı besin ve maddeler gibi çok farklı konularda doğru bilinen yanlışlar ile ilgili 15 infografik hazırlanmıştır⁽¹¹⁾.

Bu hazırlanan infografiklere ek olarak, HASUDER çalışma gruplarında görev alan psikologların geliştirdiği sağlık çalışanlarına yönelik, 19 mesaj ve 6 çizim görselleştirilerek HASUDER'in web sayfası ve instagram sayfasından yayınlanmıştır⁽¹²⁾.

Bu süreçte infografik hazırlama sürecinde, doğru metne karar verilmesi, uygun görsellerin seçilmesi, temel tasarım ilkelerine göre yayınlanacak platforma uygun boyutta taslağın oluşturulması, tüm ekip tarafından ilk değerlendirmenin yapılması aşamaları yürütülmüş ve gerekli değişiklikler sonrası çalışma grubunun geri dönüşleri sonrasında infografiklerin son halleri verilerek web sayfasına ve instagrama yüklenmiştir. 21 Mart tarihinde ilk infografiğin yayınlanmasını takiben, web sayfasındaki infografikler bölümü 1096 kez tıklanmıştır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin instagram sayfasından da yayınlanan infografiklerle doğru sağlık bilgisi, anlaşılır, hatırdadır kalır şekilde sağlık çalışanları ve halka ulaştırılmaya çalışılmıştır.

Halk Sağlığı İletişiminde Yeni Araçlar

Kitle iletişim araçlarının, sosyal medyanın kullanılması sıklığının giderek arttığı bu dönemde, kısa zamanda doğru bilginin kişilere aktarımı önem kazanmaktadır. Kanıtı dayalı bilginin hızlı ve etkili

bir biçimde kullanılabilmesi için bu bilginin anlaşılır bir biçimde sunulması gereklidir. İnfografikler bu amaç için kullanılacak bir araç olarak yerini almıştır. Bulduğumuz yüzyıl küresel çapta meydana gelebilecek pandemi benzeri halk sağlığı acillerinin sıklığının arttığı bir dönem olacaktır⁽¹³⁾. Tasarım platformlarının erişilebilirliğinin artması, halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin ve halk sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi konusunda yeni araçları kullanabilmelerine olanak sağlamıştır. Bugün yaygın olarak kullanılan infografiklere ek olarak, yakın dönemde ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları animasyonlu infografikler, videografikler gibi yeni araçları kullanmaya da başlamıştır. Halk sağlığının sağlık iletişimi konusunda yeni araçların kullanılması konusunda öncü olabilmesi için iletişim bilimleri fakülteleri, eğitim fakülteleri, grafik tasarım bölümleri ile ortak çalışmaların artırılması, disiplinlerarası iletişimin üst düzeyde tutulması gereklidir.

Kaynaklar

- 1) Freimuth VS, Quinn SC. The contributions of health communication to eliminating health disparities2004 [Internet]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448587/pdf/0942053.pdf>. Erişim tarihi: 20.07.2020.
- 2) Lester PM. Visual Communication with Infotrac: Images with Messages 2005. sf:3.
- 3) Cone S. The impact of communication and the neonatal intensive care unit environment on parent involvement. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2007;7 (1):33-38.
- 4) Bahar Özvarış Ş. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2016. sf:7.
- 5) Wallace RB, Last JM, Kohatsu N. Public health and preventive medicine: McGraw-Hill New York, NY, USA; 2008. sf:1029.
- 6) Smiciklas M. The power of infographics: Using pictures to communicate and connect with your audiences: Que Publishing, Indiana, USA; 2012. sf:21.
- 7) Shiode S. Revisiting John Snow's map: network-based spatial demarcation of cholera area. *International Journal of Geographical Information Science* 2012;26 (1):133-150.
- 8) O'Connor S, Waite M, Duce D, O'Donnell A, Ronquillo C. Data visualization in health care: The Florence effect. *Journal of Advanced Nursing* 2020;76 (7):1488-1490.
- 9) Borkin MA, Vo AA, Bylinskii Z, Isola P, Sunkavalli S, Oliva A, et al. What makes a visualization memorable? *IEEE Transactions on Visualization Computer Graphics* 2013 19 (12):[2306-2315 pp.] [Internet]: https://www.researchgate.net/publication/33682085_Knowledge_visualization_towards_a_new_discipline_and_its_fields_of_application. Erişim tarihi: 13.08.2020.
- 10) Schapira MM, Nattinger AB, McAuliffe TL. The influence of graphic format on breast cancer risk communication. *Journal of Health Communication*. 2006;11 (6):569-582.
- 11) Halka Yönelik İnfografikler, HASUDER, [internet]: <https://korona.hasuder.org.tr/halk-yonelik-infografikler/> Erişim Tarihi: 12.08.2020

- 12) Sağlık Çalışanlarına Yönelik İnfografikler, HASUDER, [internet]; <https://korona.hasuder.org.tr/saglik-calisanlarina-yonelik-infografikler/> Erişim Tarihi: 12.08.2020
- 13) Morens DM, Fauci AS. Emerging Pandemic Diseases: How We Got to COVID-19. Cell 2020;182 (5):1077-1092.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) > ve Yerel Yönetimler

90

PROF. DR. NİLAY ETİLER

Yerel yönetimler, insanların gündelik yaşamının geçtiği mekanların idaresinden sorumludur. Türkiye’de yerel yönetim sistemi üç kademelidir: il özel idareleri bölgesel yönetim kademesini, belediyeler kentsel yerel ölçeğin yönetimini ve köyler kırsal yerel ölçeğin yönetimini yürütmektedir ⁽¹⁾. Türkiye’nin yerel yönetim sisteminde 2012 yılında dramatik bir değişim yaşanmış, 6360 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ile büyükşehir sayısı artırılmıştır ⁽²⁾. Bu düzenleme ile sosyolojik ve iktisadi olarak kırsal alan özelliklerine sahip pek çok köyün mahalle statüsüne geçirilmesiyle büyükşehirlerin yönetim alanları genişlemiştir.

Belediyeler başta çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere toplum sağlığı açısından önem taşıyan pek çok hizmetten sorumludurlar. Bu hizmetler, başlıca belediye yasaları ve diğer mevzuatta tanımlanmıştır ^(3,4). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinin yaşandığı bugünlerde salgının kontrol altına alınabilmesi için belediyelere önemli görevler düşmektedir. Bu yazıda, COVID-19 ile mücadelede yerel yönetimler düzeyinde yapılan hizmetler konu edilmiştir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 18-20. Maddesi il özel idareleri ve belediyelerin sağlık ile ilgili görev ve sorumluluklarını tanımlamaktadır ⁽⁵⁾. Kanunun 20. maddesine göre belediyelerin bulaşıcı hastalıklarla mücadele işlerine yardım etmesi ve ortak alanlarda halkın sağlığına zarar veren etkenlerin ortadan kaldırılması görevleri söz konusudur (UHK Md.20 / 9 ve 10).

Yeni Koronavirüs Hastalığı vakalarının Mart 2020’de ortaya çıkışının ardından dramatik bir biçimde artışı üzerine belediyeler de hızla birtakım girişimlerde bulundu. Pandemi döneminde be-

diyelerin rolü, görev ve sorumlulukları daha çok çevre sağlığı ve sosyal hizmetler ekseninde olmakla birlikte çok çeşitlidir.

Çevre Sağlığı Hizmetleri

Pandemi döneminde toplumun genelinde hijyen ve dezenfeksiyon her zamankinden daha önemsenen bir konu olmuştur. Örneğin pandeminin ilk aylarında İstanbul’da şebeke suyunun tüketiminde %4,5 artış yaşanmıştır ⁽⁶⁾. Ayrıca artan ihtiyaç üzerine belediyelerin bol miktarda el dezenfektanı, maske ve siperlik üreterek, gerek diğer kamu kuruluşlarına aracılığıyla gerekse doğrudan dağıttıkları da gözlenmiştir.

Kamusal alanlarda COVID-19’a ilişkin mesajlar

Belediyeler billboard, afiş panoları, toplum taşıma araçlarının içinde ya da duraklarında, reklam panolarında ve de kamu alanlarında gösterim yapılan belediye video kanallarında COVID-19 hakkında bilgi, hastalıktan korunma konularında halka yönelik mesajlar verilmiştir. Afiş ve broşürlerdeki mesajların çok dilli olması, göçmenlerin ve yabancı nüfusun anlayabilmesi için açısından önemlidir. İstanbul’da COVID-19’a ilişkin hazırlanan afiş ve broşürler İngilizce, Kürtçe, Arapça, Farsça dillerinde yayınlanmaktadır.

Dezenfeksiyon

Pandemi döneminde belediyelerde en fazla yapılan işlerden biri açık-kapalı tüm kamusal mekanla-

rın yoğun bir biçimde dezenfeksiyonu oldu. Öyle ki bu düzeyde dezenfeksiyonun başkaca toplum sağlığı sorunları ortaya çıkarması konusunda uyarılar da yapıldı⁽⁷⁾. Pek çok belediye, halkın yoğun olarak kullandığı ibadethaneler, hastaneler, adliye binaları, sağlık kuruluşları, toplu taşıma araçlarının iç mekanları, yolcu bekleme yerleri, taksiler, minibüsler, ayrıca park, bahçe gibi açık alanlarda sıklıkla dezenfeksiyon işlemi yaptığı görülmüştür. Ayrıca toplu taşıtlarda pek çok noktaya el dezenfektanları konuldu. Kent içinde kişilerin temas ettikleri butonların temassız hale getirilmesi (örneğin trafik ışığı butonları gibi) gibi uygulamalar da yaygındır.

Toplu ulaşım sistemleri

Kamusal ulaşım, fizik mesafenin korunamadığı ayrıca çok sayıda insanın dolaşımının olduğu mekanlar olarak SARS-CoV2 etkeninin yayılması açısından riskli yerlerin başında gelmektedir. Toplumsal hareketliliğin azaltılması, bazı çalışanların evden çalışma düzenine geçmesi vb. nedenlerin yanında araç sahibi olanların özel ulaşımı tercih etmesi, kamusal ulaşım yükünü epey azaltmış, büyük kentlerde toplu taşımada yolcu sayılarında %60-80 azalmalar bildirilmiştir^(6,8). Bunun dışında pek çok yerde toplu taşıma araçlarında yolcu sayısının kısıtlanmış, kapasite %50'nin altına indirilmiştir. Ayrıca metro girişlerine konulan termal kameralar ile yolcuların ateşi izlenmiş, pek çok noktaya el dezenfektanları konmuştur. Belediye otobüslerinde sürücü ile yolcuların temasının önlenmesi için şoför kabini konularak bulaşma riski azaltılmaya çalışılmaktadır.

Özel araç sahiplerinin sosyoekonomik durumu ve evden çalışmanın beyaz yakalılarda yaygın olduğu düşünüldüğünde, toplumun görece daha yoksul kesimlerinin kamusal ulaşımı kullanan kesimler olduğu söylenebilir.

Türkiye'nin metropol niteliğindeki büyük kentleri, toplu taşıma seçeneğinin yerine bisiklet gibi hem fizik aktiviteyi sağlayan hem de bireysel (özel) taşıma biçiminin yaygınlaşmasının önünde bir engel olmaktadır.

Zabıta Hizmetleri

COVID-19 pandemisi ile gıda üretimi ve satışı yapan pek çok işyeri kapatılmış ya da paket satışına geçiş yapmıştır. Buraların Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği kurallara uygunluğunun denetlenmesi belediyelerin zabıta hizmetleri aracılığıyla denetlen-

miştir. Zabıta hizmetlerinin salgınla mücadele kapsamında yaptığı çalışmalar, işyerlerinde (marketler başta olmak üzere) ve pazarlarda fiziksel mesafe kuralı, çocuk yasağı, müşteri sayısının kısıtlanması, maske kullanımı, dezenfektan bulundurma vb. kurallara uyulması yönünden denetlemelerdir.

Sosyal Hizmetler

Sosyal ve Ekonomik Destekler: Pandemi kentlerde pek çok işyerinin faaliyetine ara vermesine ya da kapanmasına neden olarak ekonomik etkinliği önemli ölçüde azaltmıştır. Bu durum özellikle güvencesiz çalışanlar, hizmet sektöründe çalışanlar ve kendi hesabına çalışan bazı esnaflar olmak üzere çalışma yaşamını önemli ölçüde etkilemiştir. Böylelikle belediyelerin kent yoksulları için sürdürmekte oldukları hizmetlerin hedef nüfusu genişlemiş, sosyal belediyecilik uygulamaları önem kazanmıştır. Yeni Koronavirüs Hastalığı döneminde belediyeler, nakdi ya da ayni yardımlar yaparak temel gıda ve hijyen malzemelerini ihtiyaç sahibi hanelere ulaştırmak için çalışmalar yürütmektedirler. Bazı belediyelerde salgın döneminde gelir kaybına uğrayan hanelerin su faturaları ve diğer belediye ödemelerinin ertelendiği açıklanmıştır. Sosyal yardım başvurusunda bulunup, sosyal yardıma hak kazanan hanelerin ödenmemiş faturalarının ödenmesi için toplumsal dayanışma mekanizmaları oluşturulmuştur. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Askıda Fatura uygulaması bunlardan biridir.

Pandeminin başlamasından kısa süre sonra sokağa çıkması kısıtlanan 65 yaş üzeri nüfusun ve engellilerin belediye kayıtlarından çıkartılması, sosyal hizmetler aracılığıyla ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmıştır.

Danışma Hatları

Pandeminin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar, işsizlik, enfeksiyon kaygısı ya da sosyal izolasyon gibi nedenlerle toplum ruh sağlığının olumsuz etkilendiği tespit edilmelidir. Bazı belediyelerin destek ya da danışma hatları kurarak psikologlar aracılığıyla toplum ruh sağlığı hizmetlerine katkı sunduğu izlenmiştir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Çalışmalar

Salgında en çok risk altında olan sağlık çalışanları, salgın nedeniyle ağırlaşan çalışma koşulları ve ilk

aylarda yoğun olarak yaşanan koruyucu donanım eksikliği gibi sorunlarla boğuşurken bir yandan da hastalık etkenini evlerine taşıyarak, hane içindeki kişileri enfekte etme konusunda yoğun kaygı yaşamışlardır. Bu durum, sağlık çalışanlarının kendi evleri dışında geçici konaklama ihtiyacını gündeme getirmiştir. Büyükşehir belediyelerinin girişimiyle İstanbul'da 1800, İzmir'de ise 500 civarında sağlık çalışanına otel, misafirhane gibi tesislerde geçici konaklama olanağı yaratılmış, buralara yerleştirilen sağlık çalışanlarının yiyecek-içecek ihtiyaçları karşılanmıştır. Yine sokağa çıkma yasağı olduğu günlerde sağlık çalışanları ve diğer kamu hizmetlerindeki görevlilerin ulaşımın belediyeler tarafından sağlanmıştır. Pek çok belediye sağlık çalışanlarına ücretsiz otopark hizmeti ve ücretsiz kamu ulaşımı temin etmektedir.

Belediye Çalışanlarının Korunması

Belediye hizmetlerinde görev yapan pek çok meslek grubu vardır. Belediye hizmetlerinin kamuya yönelik olması, belediye çalışanlarının topluma daha yoğun temas içinde olması, bu çalışanları tehlikeye sokmaktadır. Belediye çalışanları arasında; otobüs şoförleri, metro istasyonu, otopark vb. kapalı ortamlarda çalışan güvenlik görevlileri, cenaze hizmetlerinde çalışanlar, ev ziyaretinde çalışan sosyal hizmet çalışanları, sağlık çalışanları, belediyenin ekmek satış merkezlerindeki satış elemanları başta olmak çoğu belediye çalışanı risk altındadır.

Belediye çalışanlarının korunması için mesai saatlerinin kademelendirilmesi, esnek mesai saatleri, evden çalışma gibi yönetsel düzenlemeler yapılmalıdır. Belediye çalışanlarının temas yoğunluğunun daha fazla olması, hasta bir çalışanın etkeni yayma potansiyelinin daha fazla olması anlamına geldiği için, belediye çalışanlarının korunması sadece çalışan sağlığı boyutuyla değil toplumda salgının kontrolü açısından da gereklidir.

Belediye çalışanları arasında temas yoğunluğu olan kişilerin periyodik olarak taranması yönünde pek çok girişim olmuş, ancak bunlar salgın yönetiminin belirlediği test stratejileri nedeniyle mümkün olmamıştır. Oysa hastalığın toplumda yayılmasının kontrol altına alınması açısından da salgından en fazla etkilenen çalışanların (belediye otobüs şoförleri, ulaşım sisteminde güvenlik gibi hizmetlerde çalışanlar, belediye satış mağazalarında çalışanlar, sağlık çalışanları ve sosyal hizmet

çalışanları) aralıklı olarak taranmaları önemli bir girişim olacaktır. Diğer yandan evde tedavisi süren ya da karantina altında olan belediye çalışanlarının kumanya desteği de önemlidir.

Sokak Hayvanları

Pandeminin toplumsal yaşamı değiştirmesi, sokağa çıkma kısıtlamaları, gıda satışı yapan yerlerin kapanması gibi nedenlerle semtlerin sakinleri arasında yaşamını sürdüren sokak hayvanlarının gıda bulması da güçleşmiştir. Sokak hayvanları aç kaldıklarında davranış değişikliği ortaya çıkmakta, saldırganlaşarak birbirleri ve insanlar için tehdit oluşturabilmektedir. Bu salgın döneminde sokak hayvanlarının beslenmesi de belediye tarafından örgütlenmelidir. Doğrudan belediye tarafından ya da sokak hayvanları ile ilgili sivil toplum örgütlerinin ve gönüllülerin desteği ile sokağa çıkmanın kısıtlandığı dönemlerde sokak hayvanlarının beslendiği örnekler söz konusudur.

Yerel Unsurların Katılımının Örgütlenmesi

Tüm afet dönemlerinde olduğu gibi COVID-19 salgınında da yerel düzeyde tüm unsurların mücadelesine katılımının sağlanması önemlidir ve yerel yönetimler bu eşgüdümü örgütlenmeye bilecek potansiyele sahiptir. Salgın dönemleri, olağan durumlarda olduğundan daha fazla insan gücü ve finansal kaynak gerektirmekte, bu yönüyle başta kamu kurumları olmak üzere toplumun sivil toplum örgütlerinin eşgüdüm ve katılımı önem kazanmaktadır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı, konuyla ilgili meslek odaları ve derneklerle iletişim kurarak tıp doktoru, veteriner, diş hekimi, eczacı, makine mühendisi, çevre mühendisi mesleklerinden oluşan bir bilim danışma kurulu oluşturmuştur⁽⁶⁾. İzmir Büyükşehir Belediyesi de belediye çalışmalarına ışık tutması amacıyla akademisyenlerden oluşan bir bilim kurulu oluşturmuştur⁽⁹⁾.

Pandemi Süreçlerinde Belediyelerin İçinde Buldukları Zorluklar

Pandemi sürecinde, kent yönetimlerini yürüten belediyelerin yaşadıkları birtakım zorluklar aşağıda sunulmuştur:

- Türkiye’de yerel yönetimler eskiden beri ülke siyasetinin konusu olmuştur. Belediye başkanlarının iktidar partisinden olup olmayışları o kent verilen desteğin boyutunun belirlenmesinde önemli bir kriter olarak görülmüştür⁽¹⁰⁾. Türkiye siyasetinin bu özelliği COVID-19 pandemi döneminde de kendini göstermiş, yerel seçimlerde muhalefet partilerinin yönetimi kazandığı illerde belediyelerin çalışmalarının merkezi iktidar ya da iktidarın yerel dinamikleri tarafından desteklenmemesi şeklinde kendini göstermiştir. Halihazırda bazı kentlerde, halk tarafından seçilmiş belediye başkanlarının görevden alınmış olması ve kayyum tarafından yönetilmesi de not edilmelidir.
- Türkiye’de salgının yönetiminin merkezi düzeyde yapılması, yerel dinamikler göz ardı edilerek mücadele stratejilerinin ülke çapında belirlenmesi, belediye yönetimlerini sürece katılımını azaltmıştır. Ayrıca Türkiye’de salgın yönetiminde temel dinamik toplum sağlığından çok ekonomik aktivitenin sürdürülmesi olmuş, bu nedenle salgın yönetimi süreçlerinde Sağlık Bakanlığının rolü geri planda kalmıştır. Salgın döneminde ekonomik kaygının ön planda olması hem toplumun belirlenen kurallara uyumunu olumsuz olarak etkilemiş hem de yerel yönetimlerdeki pek çok çabayı boşa çıkarmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Yeni Koronavirüs Hastalığı pandemisi, yerel yönetimlere önemli deneyimler kazandırmanın yanında çok önemli dersler vermektedir. Belediyelerin pandemi sırasında yaptıkları işlerin burada anılardan çok fazla olduğu da belirtilmelidir.

Yeni Koronavirüs Hastalığı pandemisi kentlerin bulaşıcı hastalık salgınları açısından da dirençli olması gerekliliğini göstermiştir⁽¹¹⁾. Belediye yönetimlerinin COVID-19 mücadelesinde yürüttükleri hizmetlerin geliştirilmesi yanında belediye planlarında büyük salgınlara ilişkin planların yer alması gerektiği kavranmıştır.

Halen devam etmekte olan pandemi süreci, neoliberal dönemde unutulmuş olan sosyal belediyeçilik uygulamalarını hatırlatmış ve hatta geri çağırmıştır. Pandeminin halen sürdürüldüğü düşünülürken önümüzdeki dönemde kent sakinleri arasında gelir kaybına uğrayanların, yoksulların sayıca artacağı da öngörülmelidir.

Pandemi döneminde, kamusal açık alanların önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Kentsel rantın biçimlendirdiği kentlerimizde, fizik mesafeyi koruyabileceğimiz genişlikte yeşil alanların, balkonlu evlerin, asansör kullanmadan (merdiven ile) ulaşılabilir evlerin ne kadar eksik olduğu da COVID-19 pandemisi ile idrak edilmiştir.

Kaynaklar

- 1) Uğurlu Ö. Yerel Yönetimler ve Çevresel Rant Alanları. Toplum ve Hekim 2009;24 (4-5):324-332.
- 2) 6360 sayılı On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarih ve Sayı; 12/11/2012 ve 28489.
- 3) 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu. Resmi Gazete Tarih ve Sayı; 10/7/2004 ve 25531.
- 4) 5393 sayılı Belediye Kanunu. Resmi Gazete Tarih ve Sayı; 3/7/2005 ve 25874.
- 5) 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Resmi Gazete Tarih ve Sayı; 24/4/1930 ve 1489.
- 6) İstanbul Büyükşehir Belediyesi. Koronavirüsle Mücadele Faaliyet Raporu: Mart-Nisan 2020; 2020.
- 7) Soysal A. Pandemi günlerinde dezenfektanlarla zehirlenmek. Yeşil Gazete. 2020.
- 8) İzmir Büyükşehir Belediyesi. COVID-19 Dirençlilik Eylem Planı.; 2020. [İnternet] https://www.izmir.bel.tr/CKYuklenen/Covid19DirenclilikEylemPlanı_TR.pdf Erişim:8.9.2020.
- 9) İzmir’de Yeni Önlemler. Accessed March 17, 2020. [İnternet] <https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmir-de-yeni-onlemler/41395/156> Erişim:8.9.2020.
- 10) Dedeoğlu N. Yerel Yönetimler ve Sağlık: Yeniden. Toplum ve Hekim 2009;24 (4-5):357-361.
- 11) UN-Habitat. Healthy Pandemic Resilient Cities: Shelter COVID-19 Support 2020.; 2020. [İnternet] <https://unhabitat.org/a-new-report-on-post-covid-19-recovery-calls-for-resilient-cities> Erişim:8.9.2020.

Bir Üniversite Hastanesinde COVID-19 Enfeksiyonunu Önleme Çalışmaları

91

PROF. DR. ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN • DR. ÖĞR. ÜYESİ A. ALP AKER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgınını 30 Ocak 2020 tarihinde “uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu” olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak tanımlamıştır. Ülkemizde ise ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020’de görülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk vakanın saptanmasından bu yana geçen süreçte ülke olarak yaklaşımımız kademeli olarak salgının zararlarının azaltılması, salgının sınırlandırılması ve baskı altına alınması olarak açıklanmıştır ⁽¹⁾.

Bu yaklaşıma uygun olarak olası/kesin vakaların tanı ve tedavi süreçleri illerde belirlenmiş olan Pandemi Hastanelerinde (Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Devlet ve Vakıf Üniversitesi hastaneleri ile özel hastaneler) yapılmaktadır. İl ve hastaneler bazında yapılmış olan Pandemi Planına uygun olarak kesin ve olası vakaların öncelikle bu hastalar için ayrılmış olan hastane, servis ve yoğun bakımlarda takip edilmesi esastır. Pandemi hastanelerinin bulunmadığı yerlerde 2. basamak erişkin yoğun bakım ünitesi bulunan hastaneler de pandemi hastanesi olarak hizmet verebilmektedir. Pandemi hastanelerinin enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri kapsamında alınması gereken önlemler ve kurallar COVID-19 Rehberinde belirtilmiş ve bu rehber çerçevesinde her hastane kendi pandemi hazırlıklarını ve çalışmalarını sürdürmüştür ⁽²⁾.

Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği de, var olan Enfeksiyon Kontrol Komitesi yanında ilgili diğer anabilim dal-

larının katılımıyla Hastane Pandemi Kurulu oluşturularak pandemi dönemindeki çalışmaların planlanması ve koordinasyonunu sağlamayı hedeflemiştir. Bu kapsamda oluşturulan Hastane Pandemi Kurulunun yapısı **Tablo 91.1**’de gösterilmiştir.

Kocaeli’de ilk COVID-19 vakası 17 Mart 2020 tarihinde görülmüş, Hastane Pandemi Kurulu da ilk toplantısını 18 Mart 2020 tarihinde gerçekleştirmiştir. Bu ilk toplantıya Halk Sağlığı AD davet edilmiş ancak toplantıda alınan bir kararla Halk Sağlığı Anabilim Dalı (AD) ve Adli Tıp AD’nın da kurula katılması kararlaştırılmıştır. Bu dönemde üniversite hastanesi henüz pandemi hastanesi olarak ilan edilmemesine rağmen acile ve diğer polikliniklere

Tablo 91.1 Hastane pandemi kurulu yapısı

Başhekim	
Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri	Pandemi Sürecinde Eklenen Diğer Üyeler
Başhekim Yardımcısı	Göğüs Hastalıkları AD
Enfeksiyon Hastalıkları AD	Acil Tıp AD
Farmakoloji AD	Halk Sağlığı AD
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Aile Hekimliği AD
Mikrobiyoloji AD	Adli Tıp AD
İç Hastalıkları AD	Yoğun Bakım BD
Genel Cerrahi AD	Hematoloji BD
Klinik Hizmetler Müdürü	
Sağlık Bakım Hizmetleri ve Kalite Müdürü	
Baş Eczacı	
Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	

COVID-19 şüphesiyle başvuran hastaların tanısı ve test sonuçları çıkana kadar hastanede oluşturulan izolasyon odalarında takip ve tedavileri sağlanıyordu. Yatarak tedavisi gereken hastalar öncelikle pandemi hastanelerine yönlendirilirken, sevk edilemeyen hastaların tedavisi için hastanenin 5. katında bulunan tüm servisler COVID-19 hastalarına tahsis edilmişti.

Hastane Pandemi Kurulu Başhekim başkanlığında ilgili üyelerin katılımı ile günlük rutin toplantılar düzenleyerek süreci yönetmiştir. Halk Sağlığı AD olarak 19 Mart 2020 tarihinden bu yana Hastane Pandemi Kurulu üyesi olarak tüm toplantılara katılarak sürece müdahil olunmuştur. Pandeminin başlangıcından pandemi hastanesi olana kadar geçen dönemde kurulda konuşulan öncelikli sorunlar arasında sağlık çalışanları için kişisel koruyucu donanımların (KKD) temini ve sürekliliğinin sağlanması, personelin eğitimi ve çalışma biçimlerinin düzenlenmesi, hastaneye yeterli ilaç temini, poliklinik, acil servis, COVID-19 servisi ve yoğun bakım çalışmalarının düzenlenmesi yer almaktadır. Ayrıca yemekhane, kafeterya ve diğer sosyal alanların düzenlenmesi, asansörlerin kullanımı ile ilgili kontrol önlemleri hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda acil servise ön triyaj için düzenleme yapılması, poliklinik ve hastane binası ana girişlerinde ateş ölçme noktaları oluşturulması, polikliniklerde hasta muayene eden hekimlere N95 maske ve diğer KKD, doğrudan hasta bakmayan diğer çalışanlara cerrahi maske dağıtılması, N95 maskelere isim yazılarak günlük olarak hidrojen peroksit ile steril edilip yeniden kullanılması, hastane içerisinde çok, orta ve az riskli alanların belirlenerek bu bölgelerdeki çalışanlara risk grubuna uygun KKD kullanılması, yemek dağıtımında görevli personelin günlük ateş kontrollerinin yapılması, yemekhane girişine dezenfektan konulması, yere sosyal mesafe için sarı çizgi çizilmesi, hastaneye giriş ve çıkışların belirlenen kapılardan kontrollü olarak yapılması bu dönemde hastane pandemi kurulunca alınan önlemlerden başlıcaları olmuştur.

Pandemi başlangıcında COVID-19 tanısı için alınan numuneler için ilde yetkili laboratuvar bulunmadığından tanı sürecindeki gecikmeler kısa sürede izolasyon odalarının dolmasına neden olmuştur. Klinik Mikrobiyoloji AD'nın girişimleri sonucunda 25 Mart 2020 tarihinden itibaren hastanemizde PCR testlerinin başlamasıyla birlikte tanı süreci hızlanmıştır. Tanı olanaklarının artması

ve günlük test sayılarının artmasına paralel olarak vaka sayılarında da hızlı artışlar yaşanmıştır. Vaka sayılarının artması nedeniyle yatan hastalar dahil olmak üzere hastane içerisinde her hastanın cerrahi maske takması kararlaştırılmış ve yatan hastalara günde iki adet cerrahi maske dağıtılmıştır. Ayrıca hastaneye ulaşımında servisleri kullanan personelin isim listelerinin oluşturulması ve araç içinde mutlaka cerrahi maske takmaları kararlaştırılmıştır. Bu kararlar alındığında henüz ülke genelinde maske zorunluluğunun getirilmemiş olması dikkate alındığında Hastane Pandemi Kurulunun öngörülü davrandığını söylemek mümkündür. Yerel düzeyde gerçekleştirilen özgün çalışmalardan bir diğeri de o dönemde hastanede yatarak tedavisi gerekmeyen hafif COVID-19 olgularının eve gönderilmeyip yurtlarda izolasyonunun sağlanması olmuştur. Halk Sağlığı AD olarak İl Pandemi Kurulunda da görev almış olup bu kapsamda yürütülen çalışmalar sonucunda Kocaeli genelinde COVID-19 pozitif olup yatarak tedavisi gerekmeyen olguların eve gönderilmeyip yurtlarda izolasyonu sağlanmıştır. İl Pandemi Kurulunda hastaneler ile ilgili olarak sunulan diğer öneriler arasında kanser ve kronik hastaların tedavilerinin aksamaması için ilde belirli hastanelerin temiz hastane olarak kalması, tele-tıp uygulamaları yoluyla hastaneye gidemeyen kişilerin hizmete ulaşmasının sağlanması, telefonla psikososyal destek birimlerinin oluşturulması bulunmaktaydı. Bu öneriler üniversite hastanesi pandemi kurulunda da konuşularak karar bağlanmış ve 31 Mart ve 01 Nisan tarihlerinde yapılan toplantılarda temiz hastane olarak acil ve kanser vakaları için ameliyatlara devam edilmesi, diyabet, hipertansiyon, aile hekimliği vb. bölümler için tele-tıp uygulamasına başlanması gibi kararlar alınmıştır.

Artan vakalarla birlikte Sağlık Bakanlığı pandemi hastanelerine ilaveten Üniversite hastanesi de 13 Nisan 2020 tarihinde pandemi hastanesi olmuştur. Bu aşamadan sonra karşıma çıkan en önemli sorun sağlık çalışanları arasında COVID-19 olgularının görülmeye başlanması ve temaslı sağlık çalışanlarının artmasıdır. Bu gelişmeler nedeniyle 15 Nisan'da temaslı sağlık çalışanları için ayrı bir poliklinik oluşturulmasına ve temaslı sağlık çalışanlarının takibi için Halk Sağlığı AD'nın katılımıyla süreyans sisteminin kurulmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda DSÖ'nün sağlık çalışanları için risk değerlendirme rehberi ile Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu temaslı sağlık çalışanı

risk değerlendirmesi esas alınarak temaslı takip formları oluşturulmuştur. Sağlık çalışanı polikliniğinde COVID-19 temaslı her sağlık çalışanı için bu formlar doldurulmuş ve risk durumlarına göre PCR testi uygulanmıştır. COVID-19 temaslı sağlık çalışanlarının temas ettikleri olguların çoğunlukla sağlık çalışanı olması ve temas yerinin genellikle sosyalleşme alanlarında gerçekleşmesi nedeniyle hastane personelinin bu yönde eğitimlerine ağırlık verilmiştir. Bu kapsamda klinik sorumlu hemşirelerinin her gün klinik çalışanlarına KKD eğitimi vermesi ve hatırlatma yapması, Zoom sistemi ile çalışanlara hafta sonları 30 dakikalık eğitim verilmesi gibi kararlar alınmıştır. Pandemi hastanesi statüsüne geçildikten sonra alınan diğer önlemler yoğun bakım yatak sayısının artırılması, ventilatörlü odalar oluşturulması, gözlem altındaki hastaların yatırılması için klinik açılması, olası ya da kesin tüm COVID-19 hastalarının U07.3 kodu ile bildirilmesi, her gün belirli saatlerde Başhekimliğe pozitif vaka sayısının bildirilmesi olmuştur.

Mayıs ayının ilk haftası ile günlük vaka sayılarının azalması ve Sağlık Bakanlığı'nın normalleşmeye geçiş ile ilgili söylemleri ile birlikte hastanenin yeni normale geçiş süresince çalışma düzeninin belirlenmesi çalışmalarına geçilmiştir. Bu amaçla acil servisten hasta yatışı, poliklinik hasta kabulü, yatan hasta ziyaretleri, yoğun bakıma hasta yatışı, ameliyata hasta alınması vb konularda hastane içi algoritmaların hazırlanması, ameliyatların başlaması, öncelikli olarak acil ve kanser vakaları olmak üzere her cerrahi bölümün günde 1 ameliyat yapılması, elektif endoskopi ve bronkoskopi yapılmaya başlanması, bu hastalara 1 gün önceden PCR testi yapılması gibi kararlar alınmıştır. 1 Haziran 2020 tarihinden itibaren kontrollü sosyal hayat önlem-

leri kapsamında hastanelerde alınması gereken önlemlere uygun olarak çalışmalara devam edilmektedir.

Sonuç olarak; Hastane Pandemi Kurulu üyelerince güncel literatür ve Sağlık Bakanlığı rehber ve talimatları takip edilerek salgın süresince yaşanan sorunlara çözümler getirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmalarda Halk Sağlığı AD olarak sorumluluk alınarak halk sağlığı biliminin yol göstericiliğinde gerekli müdahalelerin geliştirilmesine katkı verilmiştir. Üniversite hastanesinde oluşturulan Hastane Pandemi Kurulunun multidisipliner yapıda olması, başhekimliğin kurulda alınan kararları hızla uygulamaya geçirmesi, kurulda demokratik katılımın sağlanması ve her üyenin kendi bilim alanından görüş ve katkılarını sunması gibi özellikleri nedeniyle pandemi sürecinin yönetiminde önemli bir işlev görmesini sağlamıştır. Pandeminin geleceği ile ilgili belirsizliğin sürmesi, ikinci dalga beklentisi ve gelecekte ortaya çıkması olası diğer pandemi riskleri nedeniyle hastane pandemi kurullarının kurulması, çalışması, yetki ve sorumlulukları ile ilgili bir yönergenin hazırlanarak tüm pandemi hastaneleri için yaygınlaştırılması önemli bir müdahale olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Rehberi (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU).pdf. [Internet] https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_GENEL_BILGILER_EPIDEMIOLOJI_VE_TANI.pdf Erişim tarihi: 17 Temmuz 2020.
- 2) Sağlık Bakanlığı. COVID-19 REHBERI_ENFEKSİYON_KONTROLU_VE_IZOLASYON.pdf. [Internet] https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_ENFEKSİYON_KONTROLU_VE_IZOLASYON.pdf Erişim tarihi: 17 Temmuz 2020.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin COVID-19 Deneyimi

92

DOÇ. DR. ÖZEN AŞUT • PROF. DR. SONGÜL ACAR VAİZOĞLU • PROF. DR. ŞANDA ÇALI
PROF. DR. ELÇİN YOLDAŞCAN

Dünya ülkeleri bir küresel salgınla mücadele etmektedir. İnsanlık, uzun yıllardır görülmemiş bir durumla karşı karşıyadır. Yüksek gelirli büyük kapitalist devletler bile halkın sağlığına yeterli önemi vermemenin, bilimi yeterince desteklememenin sonuçlarını yaşamaktadır. Özellikle 1980 yılından sonra tüm ülkelerde sosyal devlet ilkelerinden vazgeçilmesi, sağlığın ticarileşmesi ve metalaşması, bugün olağanüstü bir durumda karşı karşıya olduğumuz yetersiz koşulların altyapısını oluşturmaktadır⁽¹⁾.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ilk kez 31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne Çin'den bildirilmiş, etiyolojisinin bilinmediği ve pnömونيye neden olduğu belirtilmiştir^(2,3). Dünya Sağlık Örgütü Başkanı salgının uluslararası düzeyde önemli ve acil bir halk sağlığı sorunu olduğunu Şubat 2020 tarihinde açıklamıştır⁽⁴⁻⁶⁾. Daha sonra 9 Mart 2020'de toplam 103 ülkeden 109,577 olgu ve 3809 ölüm olduğu bildirilmiştir⁽⁵⁾. Bu dönemde hastalığın bir pandemi olduğu, ancak kontrol edilebileceği öngörülmüştür^(5,6). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) ilk olgu bu dönemde bildirilmiştir.

Kıbrıs adasındaki iki ülkeden biri olan KKTC'nin vatandaş nüfusu yaklaşık 400.000'dir. Ancak, oturan ve çalışan vatandaş olmayan kişiler de hesaba katıldığında nüfusun 600-700.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle son yıllarda sayıca artan üniversiteler nedeniyle öğrenci sayısı 100.000'i bulmuştur; ülkede 18'i üniversite olmak üzere 20'nin üstünde yüksek öğretim kurumu bu-

lunmaktadır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin diğer bir özel durumu uluslararası düzeyde devlet olarak tanınmamasıdır. Adada bulunan diğer devlet olan Güney Kıbrıs Avrupa Birliği üyesidir ve DSÖ Avrupa bölgesinde yer almaktadır.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin nüfusu azdır. Sağlık hizmetleri dağılık olup bu alanda özel sektörün de önemli bir ağırlığı vardır. Birinci basamakta toplam 15 sağlık merkezi, 80'e yakın daha küçük kırsal birim hizmet vermektedir. İkinci basamakta yatak kapasitesi 513 olan 5 devlet hastanesi, toplam 150 yatağı olan 11 özel hastane ve 250 yataklı YDÜ hastanesi bulunmaktadır. KKTC'de 63'ü geçici kayıtlı olmak üzere, 637 hekim ve 160 diş hekimi bulunmaktadır. Hemşire/hekim oranı 2,5'tir. Ancak 1000 kişiye düşen hemşire oranı (2,3), OECD ortalamasına göre (9,6) düşüktür. Kuzey Kıbrıs'ta çalışan 152 eczacı, ayrıca muayenehane hekimliği yapan çok sayıda hekim bulunmaktadır.

Virüsün Girişi

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sağlık sistemi böylesi sınırlı olanaklarla hizmet verirken, COVID-19 salgını baş göstermiştir. Ada'da ilk olgu 9 Mart 2020'de Güney Kıbrıs'ta görülmüş, ertesi gün ise Kuzey Kıbrıs'ta bir Alman turist kafilesinde hastalık saptanarak 31 kişi karantina altına alınmıştır. Aynı tarihte dünyada COVID-19'lu hasta sayısı yaklaşık 100 bin, ülke sayısı yaklaşık 100'dür; 9 Mart tarihinde ölüm sayısı, büyük çoğunluğu Çin'de olmak üzere 3281'dir.

Salgının Verileri

Tablo 92.1'de COVID-19 durumunun iki aylık verileri yeni olgu, toplam olgu ve ölümler olarak gösterilmiştir⁽⁷⁻¹²⁾. Yapılan testlerin dağılımı **Tablo 92.1'**de haftalık olarak yer almıştır. Toplam tarama testi, 11 Mayıs 2020'de 26073 olarak açıklanmıştır (13). Doğrulama testlerinin sayısı, tanımlanan iyileşme, tarama ve temaslı izleme tanımlarına göre daha düşüktür^(8,13).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde COVID-19'un seyri, daha çok olgu öbeklenmeleri şeklindedir. Toplam doğrulanmış olgu 108, ölüm 4, iyileşen 104'tür. Ölümlerin 2'si import, ikisi yerli olgulardır. Erkeklerin kadınlara oranı 3/1'dir; 17 Nisan 2020'den sonra yerli olgu görülmemiş, salgın sonrası ilk import olgu ise uçuşlar başladıktan sonra Türkiye üzerinden gelmiştir. Ölenlerin 3'ü 70 yaşın üzerinde olup 3'ünde komorbid hastalıklar vardı.

Sağlık Bakanlığı tarafından 108 olgunun 64'ünün yerli olduğu ve en yüksek sıklığın 50-59 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Minimum yaş 7, maksimum 82 dir.

Salgının Seyri

Son hasta 10 Mayıs 2020'de taburcu olmuştur. İyileşen hasta sayısı 108 olgunun 104 (%96,3)'ü, olgu fatalite hızı %3,7'dir. KKTC nüfusuna göre kümülatif insidans hızı 100 binde 28,9'dur (KKTC nüfusu İçişleri Bakanlığı'nca 26 Mart 2019'da 374.299 olarak açıklanmıştır). Mortalite hızı 100 binde 1,1'dir. Bir COVID-19 olgusu başına düşen test sayısı 222,7'dir.

Salgın Sürecinde Alınan Kamusal Önlemler⁽⁸⁻¹⁴⁾

Salgın Öncesi Önlemler

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı olası salgına karşı ilk etkinlikleri 23 Ocak 2020'de başlatmıştır. Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği de içinde olmak üzere, sivil toplum kuruluşları ile toplantı yapılarak alınacak önlemler belirlenmiştir. Ocak sonunda havaalanında termal kamera ve izolasyon odası uygulaması başlatılmıştır. Salgın önleme konusunda kılavuz hazırlanarak dağıtılmış; Lefkoşa Devlet Hastanesi'nde yoğun bakım birimi olan karantina bölümü açılmıştır. Bu hastane daha sonra pandemi hastanesine dönüştürülmüştür.

Çin, İran, Güney Kore, İtalya gibi riskli ülkelerden yolcu girişi yasaklanmıştır⁽⁹⁾.

Salgın Başladıktan Sonra Alınan Önlemler

Olgular saptandıktan sonra, Ada'nın her iki toplumunda diğer ülkelere göre daha hızlı olarak önlemler alınmış; kısa sürede ulaşım sınırlanmasına gidilmiş; tüm uçuşlar durdurulmuştur. Ayrıca Kuzey ve Güney arasındaki kapılar kapatılmıştır. Kuzey Kıbrıs'ta ilk olgunun çıktığı 10 Mart günü öğleden sonra, üniversiteler de içinde olmak üzere tüm okullar kapatılmış; uzaktan eğitime geçilmiştir.

On üç Mart 2020 tarihinde başka ülkelere gelmiş kişilerin 14 gün ev karantinasında kalmaları istenmiş, bu kişilerin izlenmesi sağlık personelinin denetimine bırakılmıştır. Birinci olgudan hemen sonra Sağlık Bakanlığı tarafından temaslılar için surveyans çalışmaları başlatılmıştır. Sağlık

Tablo 92.1 Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde günlük yeni olgu, ölümler, tarama testleri ve PCR testleri (10 Mart - 10 Mayıs 2020).

Hafta	Yeni olgu	Tarama testi*	PCR testi**
10-15 Mart	6	-	6
16-22 Mart	32	-	19
23-29 Mart	26	1103	81
30 Mart-5 Nisan	27	1682	-
6-12 Nisan	8	1427	-
13-19 Nisan	9	1954	-
20 Nisan-10 Mayıs	-	17878	157
1 -20 Temmuz	15	-	-
Toplam	123	24044	263

*Tarama testleri 25 Mart 2020'de başladı

** Sağlık Bakanlığı internet sayfasında yer alan verilere göre - 30 Mart - 19 Nisan arası veri bulunmamaktadır

ekibi 130 hemşire, 32 doktor, ve 11 enfeksiyon ekibi üyesinden oluşmuştur. Kuzey Kıbrıs hükümeti, COVID-19 belirtileri gösteren tüm hastalar için eve dayalı değil, kurumsal ya da hastaneye dayalı izolasyon sistemini benimsemiştir. Daha sonra karantina ev yerine kurumsal karantina durumuna getirilmiştir.

Aynı günlerde zorunlu iş kolları dışındaki kamu çalışanları izin kapsamına alınmıştır. Daha sonraki kısmi sokağa çıkma yasağı ile özel sektöre de sınırlama getirilmiştir. Kamu hizmetleri zorunlu hizmetler dışında durdurulmuş; güvenlik, sağlık ve finans sektörü dışındaki memurlar izinli sayılmıştır. Aynı kısıtlamalar özel sektör için de getirilmiş, eczacılar, gıda sektörü ve zorunlu diğer hizmetler dışında çalışma yaşamı durdurulmuştur.

Ülkeye sadece KKTC vatandaşlarının girişine, 14 günlük karantina koşuluyla izin verilmiştir. Dini törenleri de kapsamak üzere, tüm toplantı ve etkinlikler yasaklanmıştır. Daha sonra 21 Mart'ta tüm Kuzey Kıbrıs'ta kısmi sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. Kuzey Kıbrıs, eldeki verilere göre hastalıktan ölüm olmadan sokağa çıkma yasağı ilan eden ilk ülkedir.

Tüm önlemler, pek çok başka ülkeye göre daha hızlı alınmıştır. Kuşkusuz bu denli ivedi alınan köklü kararların getirdiği aksaklıklar olmuştur. Ama bunlar yeni kararlarla düzeltilmeye çalışılmıştır. Test uygulanan nüfusta pozitif olgu oranının çok yüksek olmadığı görülmüştür.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki COVID-19 mücadelesi, bir süre Sağlık Bakanlığı ve Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Koordinasyon Kurulu tarafından yürütülmüştür. Mücadele halen Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir.

Üst solunum yolu hastalığı belirtileri olanların başvurabilmeleri için 24 Mart 2020'de, Lefkoşa Devlet Hastanesi'nde ateş ve öksürük polikliniği açılmıştır. İzleyen günlerde bazı köylerde hasta öbekleri görüldüğünden 26 Mart 2020'de 15 köy karantinaya alınmış, ertesi gün bu bölgede tam sokağa çıkma ilan edilmiş ve temaslıların testle taranmaları sağlanmıştır.

Kısa bir süre sonra, 30 Mart 2020'de, 21.00-06.00 saatleri arasında genel gece sokağa çıkma yasağı kararı açıklanmıştır.

Yeni kanıtların ışığında karantina süresi de 21 güne çıkarılmıştır. Ancak karantinanın son bir haftasının evde geçirilmesi öngörülmüştür. Bu sırada karantinadaki kişi sayısı 843'tür ve kişiler kamu kuruluşlarında, ya da otellerde tutulmaktadır. Daha

sonra Sağlık Bakanlığı toplam kurumsal karantina sayısını 2634 olarak açıklamıştır.

Kapanma Önlemlerinin Kaldırılması

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde son COVID-19 olgusu 17 Nisan 2020'de görülmüştür. Bir hafta sonra da hem hükümet hem de sivil toplum tarafından açılma tartışmaları başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, açılma öncesinde özellikle risk altındaki tüm sektör üyelerine test yapmaya başlamıştır.

Mayıs'ın 4'ünde 16 günlük olgusuz dönemden sonra kısmi sokağa çıkma yasağı kaldırılmıştır ve okullar dışında işyerleri açılmıştır. Ülkeye giriş yasağının yanı sıra Güney Kıbrıs ile olan sınır kapıları yasağı ve gece sokağa çıkma yasağı sürdürülmüştür. İlerleyen günlerde Güney Kıbrıs ile olan sınır kapıları yasağı ve gece sokağa çıkma yasağı kaldırılmıştır. Uçuş ve deniz yolu girişi yasakları 1 Temmuz'da sona ermiştir. Ancak, vatandaş girişleri karantina koşulu ile her zaman mümkün olmuştur.

Sonuç

Pandemi ile mücadelede ülkeler iki yöntem uygulamaktadır. Genellikle riski azaltıcı ve salgını yavaşlatıcı önlemlerin uygulandığı birinci yöntemde virüsün girişini ertelemek ve yayılmasını yavaşlatmak hedeflenmektedir. Böylece sağlık sisteminin salgınla baş edebilecek düzeyde donanımlı kalması amaçlanmaktadır⁽¹⁶⁾.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ikinci yöntem uygulanmıştır. Küçük bir ada ülkesi olma ve düzenli bir toplu taşıma sisteminin bulunmaması avantaj oluşturmuş ve daha köktenci önlemlerle bir eliminasyon politikası uygulanabilmiştir. Virüsün girişinden önce başlatılan etkin önlemler, salgının başlamasıyla hızlı biçimde ve erken dönemde de sürdürülmüştür. Ayrıca, nüfusun küçük olması ve toplumun eğitim düzeyinin yüksek olması olumlu sonuçlara katkıda bulunmuş olabilir. Kurumsal izolasyon ve karantina, sokağa çıkma yasakları titizlikle uygulandığı için toplum içinde virus yayılması sınırlandırılmıştır.

Toplumsal önlemlere dayalı böylesi politikaların, kişisel uyuma dayalı yaklaşıma göre daha etkili olduğu başka ülke örnekleriyle de ortaya konmuştur. Bu ülkeler arasında Çin, Yeni Zelanda, İzlanda, Güney Kore bulunmaktadır⁽¹⁶⁻²²⁾. Bunlardan Güney Kore diğer ülkelerden farklı olarak kapanma yerine teknoloji ve teste dayalı bir strateji uygulamıştır.

Olgu fatalite hızı Kuzey Kıbrıs'ta %3,7 ile Güney Kore'nin %1,95 ve Çin'in 2,3 değerlerinden yüksek, ancak DSÖ'nün %4,34 olan küresel ortalama değerinden daha düşüktür ^(6,19).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin COVID-19 kümülatif insidans hızı 100 binde 28,9 ile Yeni Zelanda'nın 100 binde 22,7 olan hızından (16) daha yüksek, ancak ABD'nin 100 binde 119,6 ⁽²⁰⁾ olan hızından daha düşüktür. Bir COVID-19 pozitif olguya düşen test sayısı Kuzey Kıbrıs'ta 227,7 bulunmuştur. Bu değer Yeni Zelanda'da 195,1, Taiwan'da 156,8 olarak saptanmış olup en yüksek değerlerdir ⁽²¹⁾.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin genel toplumsal yaklaşımı Yeni Zelanda ve Çin'in politikalarına benzerdir; yani eliminasyon stratejisidir. Çin'de olduğu gibi kurumsal izolasyon politikası, virüsün yayılmasını önlemeye katkıda bulunmuştur ⁽²²⁾.

Ulaşım yasaklarının ve diğer önlemlerin kaldırılmasından sonra 20 Temmuz itibarı ile 15 import olgu saptanmıştır; ancak 17 Nisan 2020'den beri yerli olgu yoktur.

Bu arada, Kuzey Kıbrıs'ta belirlenmiş olan 108 olgunun 3 (%2,7)'ü sağlık çalışanı olup biri hemşire, diğerleri teknik personeldir ⁽²³⁾.

Açılmanın koşulları test yapma, temaslı izlemi, bağıklık durumunu belirleme, etkili tedavi ve aşırıdır. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti başarılı salgın yönetiminden sonra halen açılmanın yaratacağı risklerle karşı karşıyadır. Çünkü toplumun bağıklık düzeyi düşüktür; yeni bir salgınla baş etme konusunda savunma olanakları sınırlıdır.

Kaynaklar

- 1) Altmann DM, Douek DC, Boyton RJ. What policy makers need to know about COVID-19 protective immunity. Published: April 27 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/S01406736 (20)309855. [Internet] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30985-5/fulltext Erişim: 5 Mayıs 2020.
- 2) World Health Organization. Emergencies preparedness, response- Pneumonia of unknown cause – China. 5 January 2020. [Internet] https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/ A Erişim:5 Mayıs 2020.
- 3) European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief – Pneumonia cases possibly associated with a novel coronavirus in Wuhan, China. 9 January 2020. [Internet] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Threat-assessment-Pneumonia-cases-possibly-associated-to-a-novel-coronavirus-in-Wuhan-China.pdf Erişim:5 Mayıs 2020.
- 4) WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance 27 February 2020. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPE_use-2020.1-eng.pdf Erişim:5 Mayıs 2020.
- 5) WHO Coronavirus (COVID-19) Situation Report - 49. [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200309-sitrep-49-COVID-19.pdf?sfvrsn=70dabe61_4 Erişim: 15 Mart 2020.
- 6) Zunyou W, McGoogan JM. Characteristics of and important lesson from the corona virus disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China - Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Centre for Disease Control and Prevention. JAMA Published online February 24, 2020. [Internet] https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130/ Erişim:12 Mart 2020.
- 7) Ministry of Health. COVID-19 vaka tanımı ve vaka yönetimi (KKTC) (Case definition and management –TRNC). Ministry of Health of TRNC; 21 Feb 2020.
- 8) Kuzey Kıbrıs COVID-19 günlük tablo (Daily tables). [Internet] https://saglik.gov.ct.tr/COVID-19-GENEL-DURUM. 11 March-7 May 2020. Erişim:7 Mayıs 2020.
- 9) KKTC'de koronavirüs nedeniyle ilk olum. https://tr.euronews. Erişim:28 Mart 2020.
- 10) Kıbrıs Gazetesi. www.kibrisgazetesi.com. 11 March-7 May 2020.
- 11) Yeni Düzen Gazetesi. www.yeniduzen.com. 11 March -7 May 2020.
- 12) Gündem Kıbrıs Gazetesi. www.gundemkibris.com. 11 March-7 May 2020.
- 13) Ministry of Health of Northern Cyprus. [Internet] https://saglik.gov.ct.tr/COVID-19-GENEL-DURUM. 8-11 May 2020. Erişim:11 Mayıs 2020.
- 14) Pili A. Announcement by Minister of Health of Northern Cyprus. [Internet] https://saglik.gov.ct.tr/Haberler/ArtMID/31973/ArticleID/123618/Bakan-Pilli-DS214'n252n-a231ıklaması-ile-birlikte-olası160Korona-vir252s-salgıma-y246nelik-hazırlıklara160hemen-başladık Erişim:5 Mayıs 2020.
- 15) WHO Coronavirus Situation Report 111. [Internet] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200510COVID-19-sitrep-111.pdf?sfvrsn=1896976f_2 Erişim:5 Mayıs 2020.
- 16) Cousins S. New Zealand eliminates COVID-19. World Report| Volume 395, ISSUE 10235, P1474, May 09, 2020. Published: May 09, 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31097-7 [Internet] https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31097-7.pdf
- 17) WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 9 March 2020. [Internet] https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---9-march-2020 Erişim:12 Mart 2020.
- 18) Coronavirus: South Korea reports 161 new cases, bringing total to 763; 7th death reported. The Straits Times. 24 February 2020. Archived from the original on 24 February 2020. https://www.cdc.go.kr/cdc_eng/ Erişim: 24 Şubat 2020..
- 19) The updates on COVID-19 in Korea as of 30 March. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 30 March 2020. Erişim: 31 Mart 2020.
- 20) CDC. Geographic differences in COVID-19 cases, deaths, and incidence-United States Feb12-April7, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. April 17, 2020. Available at: www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm691e4.html. Erişim:18 Mayıs 2020.
- 21) Hasell J, Ortiz-Ospina E, Mathieu E, Ritchie H, Beltekian D, Macdonald B, Roser M. Coronavirus (COVID-19) testing statistics and research. [Internet] https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#tests-per-case-how-many-tests-to-find-one- COVID-19-case. Accessed May 18 2020.
- 22) Borame L, Dickens BL, Koo JR, Wilder-Smith A, Cook AR. Institutional, not home-based, isolation could contain the COVID-19 outbreak. correspondence. [Volume 395, ISSUE 10236, P1541-1542, May 16, 2020 Published:April 29, 2020. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31016-3. [Internet] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31016-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email Erişim: 8 Mayıs 2020.
- 23) 23. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Salgın Raporu. 30 Haziran 2020. K.K.T.C. S.B. Temel Sağlık Hizmetleri. Sayfa 16.

**> BULAŞICI OLMAYAN
KRONİK HASTALIKLAR**

BÖLÜM

8

> Sunuş

PROF. DR. SİBEL SAKARYA

Bölüm Editörü

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalığı dahil bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) dünyadaki ölümlerin yaklaşık % 70'inden sorumludur. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık dörtte üçü ile, erken ya da 70 yaşına gelmeden meydana gelen ölümlerin % 82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.

BOH'ların artmasına başlıca dört ana risk faktörü neden olmaktadır: tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, zararlı alkol kullanımı ve sağlıklı beslenme.

Türkiye de benzer biçimde, iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, diyabet, ruhsal hastalıklar (depresif bozukluklar ve anksiyetebozuklukları) gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artan etkisi ile karşı karşıyadır. 2013 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasına göre, Türkiye'de toplam hastalık yükü 2000-2013 yılları arasında iki zıt etkinin sonucunda %4.4 azalmıştır; bunlar 1 ve 5 yaş altı mortalitedeki azalma ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan morbiditedeki artıştır. Türkiye'de BOH'ların artışındaki en önemli etkenler

tütün kullanımı (aktif ve pasif), yüksek vücut kütle indeksi ve beslenmeyle ilgili riskler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu risk etkenlerinin tümü sağlık dışı sektörlerle ilgili olup; BOH ile mücadelede sektörlerarası işbirliğinin ve toplumun katılımının önemine işaret etmektedir.

Bu bölümde Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili mevcut durum ve değişim ele alınmaktadır. Raporda yer almamakla birlikte, dünyada BOH'u olan kişilerin yarısının iki veya daha fazla kronik hastalığa/duruma sahip olduğu bilinmektedir. Bu durum multimorbidite olarak bilinmektedir ve benzer bir trend Türkiye'de de izlenmektedir. Bu nedenle BOH'ın kontrolünde multimorbiditeyi dikkate alan bir yaklaşım kullanılmalıdır.

Raporda ayrıca BOH için ortak risk etkenleri ile ilgili Türkiye'deki durum da ele alınmıştır. Bu etkenler arasında en önemlilerinden birisi olan tütün kullanımının bu bölümde yer almamasının nedeni, tütün kontrolüne ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmasıdır.

Kalp Damar Hastalıkları

› Morbiditesi

93

DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN • PROF. DR. BELGİN ÜNAL • PROF. DR. GÖNÜL DİNÇ HORASAN

Giriş

Koroner kalp hastalığı (KKH) ve inme, önlenabilir hastalıklardır. Birçok ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir kısmını oluşturan kardiyovasküler hastalıkların salgın haline geldiği ve önlenmesi gerektiği kabul edilmekte, önleme-kontrol programları geliştirilmektedir. Programların etkinliğini değerlendirmek için ulusal morbidite verilerine gereksinim bulunmaktadır.

Hastalıkların morbiditesinin saptanması, mortalitesinin saptanmasından daha zordur. Sürveys sistemi kullanılarak morbidite göstergelerinin hesaplanması mümkün olmakla birlikte, bunun için sağlık sisteminin ülkeyi kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve entegre olması, kayıtların da doğru ve düzenli tutulması gereklidir. Bu koşulları sağlamak ve sürdürmek mümkün olmadığından toplumu yansıtan, tekrarlayan çalışmalarla hastalıkların ve risk faktörlerinin sıklığı izlenmektedir. Türkiye’de kalp damar hastalıklarının prevalansını saptamaya yönelik çalışmalar birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi az sayıda olmakla birlikte son yıllarda sayı ve nitelikte artış dikkati çekmektedir.

Türkiye’de Kalp-Damar Hastalıkları ile ilgili Araştırmalar

Türkiye’de kalp damar hastalıkları ile ilgili verisi olan çalışmalar sistematik olarak incelenmiş ve HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2014’de⁽¹⁾ yayımlanmıştır. Bu rapora göre Türkiye’de kardiyovaskü-

ler hastalık prevalansının bildirildiği çalışmaların çoğu bölgeseldir. Bunun yanında özellikle son yıllarda bu konuda nitelikli ve standart yöntemlerin kullanıldığı ulusal çalışmaların⁽²⁻⁹⁾ da yapıldığı görülmüştür. Türkiye’de ulusal düzeyde yapılan çalışmaların yöntemlerine ait ayrıntılı değerlendirme **Ek Tablo 93.1**’de sunulmuştur.

Bu konuda yapılan ulusal çalışmalardan olan Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2008⁽²⁾, 2010⁽³⁾ ve 2012⁽⁵⁾ sırasıyla 15 yaş ve üzerindeki 14655, 14447 ve 28055 kişi ile yapılmıştır. Örneklem, kırsal-kentsel yerleşim yerine göre, tabakalı ve küme örnekleme yöntemleri kullanılarak seçilmiştir. Ulaşılmaması gereken minimum örnek büyüklüğü belirtilmemiştir. TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁽²⁾ ve 2012⁽⁵⁾’de katılım oranları bildirilmemiştir. TÜİK Sağlık Araştırması 2010⁽³⁾’da ise katılım oranı %83’tür. Çalışmada hekim tarafından konulmuş KKH ve serebrovasküler hastalık (SVH) tanısı olup olmadığı sorgulanmış; ilgili hastalık prevalanslarının kır-kent ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir (**Ek Tablo 93.1**).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması 2011⁽⁴⁾, örneklemin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’nin (AHBS) elektronik veri tabanı kullanılarak belirlenmiş olması yönünden bir ilk olup, 15 yaş ve üstü 18477 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılmaması gereken en az örnek büyüklüğü 16622 olarak hesaplanmıştır. Evren, AHBS’ne kayıtlı 73.7 milyon kişiden oluşmaktadır. Örneklem belirlendiği sırada görev yapan 20044 aile hekiminin, kendi listesinden 2 kişiyle görüşmesine karar verilmiştir. TÜİK tarafından, her aile

hekim listesinden iki kişi rastgele belirlenmiştir. Katılım oranı %47.5'tir. Hekim tarafından KKH ve SVH tanısı konma durumu sorgulanmış; KKH ve SVH prevalanslarının dağılımı cinsiyete göre verilmiştir (Ek Tablo 93.1).

Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2014⁽⁶⁾ ve 2016⁽⁷⁾ sırasıyla tüm yaşlarda 26075 ve 23606 kişi ile yapılırken, 2019⁽⁹⁾ yılında 15 yaş ve üzeri 17084 kişide yapılmıştır. Örneklem seçiminde kırsal-kentsel yerleşim yerine göre, tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hekim tarafından KKH ve SVH tanısı konma durumu sorgulanmış; ilgili hastalık prevalanslarının kırk-ent ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2008⁽²⁾, 2010⁽³⁾ ve 2012⁽⁵⁾'den farklı olarak 2014 yılından itibaren hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları sorulmak yerine, 'Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm)

yaşadınız mı?' ve 'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' soruları sorularak hekim tarafından tanı konma kriteri kaldırılmıştır.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı", DSÖ'nün STEPwise yaklaşımı kullanılarak bulaşıcı olmayan hastalık temel risk faktörlerinin prevalansını tanımlamak amacıyla 2017 yılında gerçekleştirilmiştir.⁽⁸⁾ Çalışmada çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile seçilen 8644 hane örnek olarak belirlenmiş ve her haneden "rastgele" bir kişi ile görüşülmüş, 15 yaş üzeri toplam 6053 kişiden bilgi toplanmıştır (Ek Tablo 93.1). Çalışmada kişilerden alınan öyküye göre katılımcıların kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı (anjina) veya inme (serebrovasküler olay ya da hastalık) geçirmiş olma sıklığı %5,0 olarak tahmin edilmiştir; bu sıklık erkekler için %5,2 ve kadınlar için %4,8'dir⁽⁸⁾.

Tablo 93.1 Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre KKH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
TÜİK Sağ. Arş. 2008 ⁽²⁾	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü, 14655 kişi	4.6	5.5	5.1
TÜİK Sağ. Arş. 2010 ⁽³⁾	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 14447 kişi	4.2	4.2	4.2
TKrHRF, 2011 ⁽⁴⁾	Ulusal Çalışma, 2011	15 yaş üstü, 18477 kişi	4.0	2.3	3.1
TÜİK Sağ. Arş., 2012 ⁽⁵⁾	Ulusal Çalışma, 2012	15 yaş üstü, 28055 kişi	4.0	4.2	4.1
TÜİK Sağ. Arş., 2014 ⁽⁶⁾	Ulusal Çalışma, 2014	Tüm yaşlarda, 26075 kişi	7.4	9.5	8.5
TÜİK Sağ. Arş., 2016 ⁽⁷⁾	Ulusal Çalışma, 2016	Tüm yaşlarda 23606 kişi	5.9	7.1	6.5
TÜİK Sağ. Arş., 2019 ⁽⁹⁾	Ulusal Çalışma, 2019	15 yaş üstü 17084 kişi	6.6	7.7	7.2

Tablo 93.2 Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre SVH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
TÜİK Sağ. Arş. 2008 ⁽²⁾	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü, 14655 kişi	1.1	1.1	1.1
TÜİK Sağ. Arş. 2010 ⁽³⁾	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 14447 kişi	1.2	1.0	1.1
TKrHRF, 2011 ⁽⁴⁾	Ulusal Çalışma, 2011	15 yaş üstü, 18477 kişi	1.8	2.2	1.9
TÜİK Sağ. Arş. 2012 ⁽⁵⁾	Ulusal Çalışma, 2012	15 yaş üstü, 28055 kişi	0.9	0.9	0.9
TÜİK Sağ. Arş., 2014 ⁽⁶⁾	Ulusal Çalışma, 2014	Tüm yaşlarda, 26075 kişi	0.9	0.8	0.8
TÜİK Sağ. Arş., 2016 ⁽⁷⁾	Ulusal Çalışma, 2016	Tüm yaşlarda 23606 kişi	1.0	0.8	0.9
TÜİK Sağ. Arş., 2019 ⁽⁹⁾	Ulusal Çalışma, 2019	15 yaş üstü 17084 kişi	0.7	0.8	0.8

TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁽²⁾ verilerine göre, 15 yaş ve üzerindeki erkeklerde %4.6 ve kadınlarda %5.5 olan KKH sıklığı, 2010⁽³⁾ yılında erkeklerde ve kadınlarda %4.2, 2012⁽⁵⁾ yılında erkeklerde %4.0 ve kadınlarda %4.2 olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda⁽⁴⁾ ise 2011 yılında KKH sıklığı erkeklerde %4.0, kadınlarda ise %2.3'tür. TÜİK Sağlık Araştırması 2014⁽⁶⁾, 2016⁽⁷⁾ ve 2019⁽⁹⁾'da KKH sıklığı sırasıyla %7.4, %5.9 ve %6.6 olarak saptanmış ve önceki yıllara göre artmış görünmektedir. Bu artış KKH varlığının sorulma şeklinin değişmesi ile ilgili olabilir. Ancak sorgulama şeklinin aynı olduğu son üç TÜİK Sağlık Araştırmasından 2014⁽⁶⁾ ve 2016⁽⁷⁾ çalışmaları tüm yaş gruplarında, 2019⁽⁹⁾ araştırması 15 yaş üstünde yapıldığı halde elde edilen KKH sıklıkları oldukça benzerdir. Bu durum araştırmalar arasında sorgulama dışında da farklılıklar olabileceğini düşündürmektedir. TÜİK Sağlık Araştırması 2008⁽²⁾ verilerine göre erkekler ve kadınlarda %1.1 olan SVH sıklığı, 2010⁽³⁾ yılında erkeklerde %1.2 ve kadınlarda %1.0, 2012⁽⁵⁾ yılında erkeklerde ve kadınlarda %0.9 olarak saptanmıştır. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda⁽⁴⁾ ise 2011 yılı için SVH sıklıkları erkeklerde %1.8, kadınlarda %2.2'dir. TÜİK Sağlık Araştırması 2014⁽⁶⁾, 2016⁽⁷⁾ ve 2019⁽⁹⁾'da SVH sıklığı sırasıyla %0.9, %1.0 ve %0.7 olarak saptanmıştır KKH örneğinde olduğu gibi 2019 Sağlık Araştırması 15 yaş ve üzeri nüfusta yapılmasına rağmen 2014 ve 2016 çalışmalarına benzer hatta biraz daha düşük inme prevalansı saptanmıştır.^(6,7,9)

Türkiye'de Koroner Kalp Hastalığı ve İnme İnsidansı

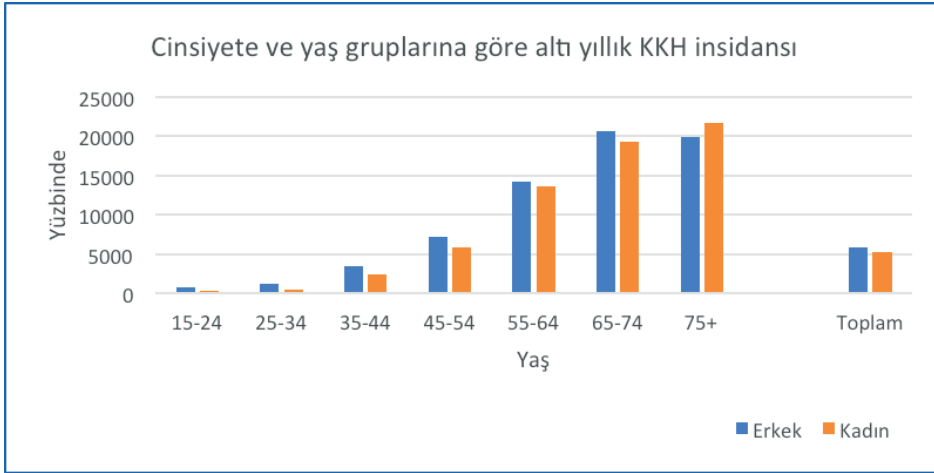
Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması 2019'da yapılmıştır. Çalışmada, Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk faktörleri Çalışması'na katılan 15 yaş üstü 18477 kişi sağlık kayıtları üzerinden veri bağlantılandırma yöntemi ile 6 yıl boyunca izlenmiş ve bulaşıcı olmayan hastalık insidansları hesaplanmıştır. **Tablo 93.3'**te yaş gruplarına ve cinsiyete göre 6 yıllık kümülatif KKH insidans hızları sunulmuştur.⁽¹⁰⁾

Türkiye'de 2012-2017 arasında erkeklerde yaşa standardize kümülatif KKH insidansı yüzde 6071, kadınlarda yüzde 5808'dir. Yıllık insidansın erkeklerde yüzde 1011, kadınlarda yüzde 968 olduğu söylenebilir. Her iki cinsiyette risk yaşla artmaktadır. Kadınlarda KKH insidans hızları 55 yaş üzeri gruplarda erkeklerdeki insidans hızlarıyla benzerdir (**Tablo 93.3**, **Şekil 93.1**).⁽¹⁰⁾

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması 2019'da 2012-2017 arası dönemde yaşa standardize kümülatif inme insidansı, erkeklerde yüzde 1292 (%95 GA 1280-1388), kadınlarda yüzde 1451 (%95 GA 1430-1478)'dir. Yıllık insidansın erkeklerde yüzde 215, kadınlarda yüzde 241 olduğu söylenebilir. İnme riski yaşla birlikte artmaktadır, 45-54 ve 65-74 yaş grubunda kadınlarda, diğer yaş gruplarında erkeklerde daha yüksektir (**Tablo 93.4**, **Şekil 93.2**).⁽¹⁰⁾

Tablo 93.3 Türkiye'de yaşa ve cinsiyete göre 6 yıllık koroner kalp hastalığı insidansı, 2012-2017

Yaş Grubu	Kümülatif Koroner Kalp Hastalığı İnsidansı			
	Erkek (n=8365)		Kadın (n=9485)	
	yüz binde	(%95 GA)	yüz binde	(%95 GA)
15-24	815	(447 - 1364)	375	(151 - 771)
25-34	1250	(794 - 1870)	493	(237 - 905)
35-44	3426	(2612 - 4406)	2401	(1759 - 3203)
45-54	7251	(5944 - 8741)	5840	(4767 - 7072)
55-64	14271	(12126 - 16636)	13572	(11567 - 15781)
65-74	20704	(17176 - 24595)	19383	(16250 - 22829)
75+	19853	(15280 - 25096)	21717	(17754 - 26109)
Yaşa standardize KKH insidansı	6071	(6062-6079)	5808	(5800-5817)



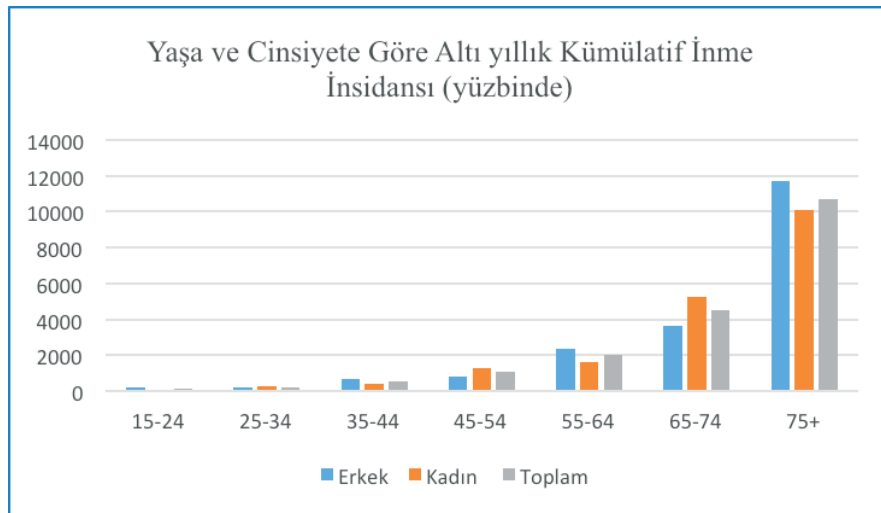
Şekil 93.1 Cinsiyete ve yaş gruplarına göre altı yıllık kümülatif koroner kalp hastalığı insidansı, 2012-2017⁽¹⁰⁾

Kaynak: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması- 2019⁽¹⁰⁾

Tablo 93.4 Türkiye'de yaşa ve cinsiyete göre 6 yıllık inme insidansı, 2012-2017⁽¹⁰⁾

Yaş Grubu	Kümülatif İnme İnsidansı,			
	Erkek (n=8365)		Kadın (n=9485)	
	Yüz binde (%95 GA)	Yüz binde (%95 GA)	Yüz binde (%95 GA)	Yüz binde (%95 GA)
15-24	175	(60-515)	54	(9-304)
25-34	218	(85-559)	249	(106-582)
35-44	708	(405-1233)	377	(183-776)
45-54	834	(478-1453)	1313	(869-1981)v
55-64	2388	(1623-3501)	1647	(1044-2588)
65-74	3610	(2349-5510)	5281	(3765-7359)
75+	11688	(8563-15757)	10127	(7525-13496)
Kümülatif insidans hızı	1304	(1085-1567)	1317	(1107-1567)
Yaşa göre standardize kümülatif inme insidansı	1292	(1280-1388)	1451	(1430-1478)

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması- 2019⁽¹⁰⁾



Şekil 93.2 Yaşa ve cinsiyete göre kümülatif inme insidansı, 2012-2017⁽¹⁰⁾

Kaynak: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması- 2019⁽¹⁰⁾

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaların ulusal düzeyde, tüm bölgeleri temsil eden, karşılaştırılabilir ve geçerli yöntemler kullanılarak yapılması hastalıkların toplumdaki boyutu ve değişimini değerlendirmek için gereklidir. Ülkemizde kalp damar hastalıklarına yönelik ulusal bir kontrol programı hazırlanmıştır.⁽¹¹⁾ Kontrol programlarının etkililiği, hastalıkların görülme sık-

lığının zaman içindeki değişimi ve seçilen göstergelerdeki değişim ile değerlendirilebilir. Prevalans ve insidans hızları bu amaçla kullanılacak en önemli göstergelerdendir. Gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye’de bu konuda yapılan ulusal çalışmalar olmasının yanında, geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu düşünülmektedir.

Ek Tablo 93.1 Türkiye’de 2008-2020 yılları arasında toplumda yapılan kalp damar hastalıkları prevalansı ile ilgili çalışmalar ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağlık Araştırması, 2008 ⁽²⁾	Kesitsel, 2008, Türkiye, kentte 4294, kırdaki 1846 olmak üzere 6140 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişidir.)	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent-kır tahmini yapabilecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği toplam örneklem 7910 hane olarak belirlenmiştir. Katılım oranı haneye göre % 78’dir.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.
TÜİK Sağlık Araştırması, 2010 ⁽³⁾	Kesitsel, 2010, Türkiye, kentte 4682, kırdaki 1869 olmak üzere 6551 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişidir.)	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Kır-kent ayrımı yapılmış. Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hanehalkından oluşan bloklar, ikinci aşama örnekleme birimi ise her bloktan sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır. Ulusal adres veritabanı kullanılmış, nüfusu 133’ün altında olan yerleşim yerleri dahil edilmemiştir. Kentte 5696, kırdaki 2190 olmak üzere 7886 hane örnek seçilmiştir. Katılım oranı haneye göre % 83’tür.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.

Ek Tablo 93.1 (DEVAMI)

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TKrHRF, 2011 ⁽⁴⁾	Kesitsel, 2012, Türkiye, 15 yaş üstü 8748 erkek, 9715 kadın 18477 kişi	Örneklem büyüklüğü %1 lik bir prevalansı %0.15 lik bir sapma ile belirleyebilmek için hesaplanmıştır. Bu durumda en küçük örnek büyüklüğü 16 622 olarak belirlenmiştir. Örneklem çerçevesini oluşturacak liste Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne kayıtlı 73,7 milyon kişiyi kapsamaktadır. Örneklem belirlendiği sırada görev yapan 20044 aile hekiminin kendi listesinden 2 kişiyle görüşmesine karar verilmiştir. TÜİK, her aile hekimi listesinden ikişer kişiyi rastgele yöntemle belirlemiştir. Ayrıca aile hekimlerinin adreslerine göre seçilen kişilerin yanına 1. düzey (12 bölge) ve 2. düzey (26 bölge) NUTS bölge kodları eklenmiştir. Katılım oranı %47.5'tir.	Akut myokard infarktüsü (AMI), "Doktorun tanı koyduğu kalp krizi ya da myokard infarktüsü geçirdiniz mi?" şeklinde sorulmuştur. Ek olarak koroner By-pass ameliyatı ya da balon anjioplasti olup olmadıkları sorulmuştur. Öyküsünde AMI, koroner by-pass ameliyatı ya da balon anjioplasti bulunan kişiler "koroner kalp hastası" olarak kabul edilmiştir.	İnme için "vücudunuzun bir tarafında 24 saatten uzun süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengebozukluk, göz hareketlerinde bozukluk oldu mu?" sorusu sorulmuştur. "Evet" yanıtı verenler inme geçirmiş olarak kabul edilmiştir. Geçici İnme/felç için "vücudunuzun bir tarafında 24 saatten kısa süren ani gelişen güçsüzlük, uyuşma, konuşma bozukluğu, görme bozukluğu, dengebozukluk, göz hareketlerinde bozukluk oldu mu?" sorusu sorulmuştur. İnme veya geçici inme öyküsüne olumlu yanıt verenler serebrovasküler hastalık var olarak kabul edilmiştir.
TÜİK Sağlık Araştırması, 2012 ⁽⁵⁾	Kesitsel, 2012, Türkiye, 15 yaş üstü 12925 erkek, 15130 kadın 28055 kişi	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kır-kent ayrımı yapılmıştır. Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hanehalkından oluşan bloklar, ikinci aşama örnekleme birimi ise her bloktan sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır. Ulusal adres veritabanı kullanılmış, nüfusu 133'ün altında olan yerleşim yerleri dahil edilmemiştir. Kentte 10656, kırdaki 3744 olmak üzere 14400 hane örnek seçilmiştir. Katılım oranı belirtilmemiştir.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.
TÜİK Sağ. Arş., 2014 ⁽⁶⁾	Kesitsel, 2014, Türkiye, tüm yaşlarda 26075 kişi	Araştırmanın örnekleme yöntemi iki aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemidir. Birinci aşamada ortalama 100 hane ihtiva eden kümeler (bloklar) büyüklüğüne orantılı olarak örneğe seçilmiştir. İkinci aşamada ise örneğe seçilen bu kümelerden sistematik seçim yöntemi kullanılarak, örnek adresler belirlenmiştir. İlk aşamada; toplam 974 küme "birinci aşama örnekleme birimi" olarak seçilmiştir. Seçilen 974 kümenin 723'ü kır-kent, 127'si ise kır-kent ve 124'ü kır-kır olan yerleşim yerlerinden oluşmaktadır. İkinci aşamada; "ikinci aşama örnekleme birimi" olarak küme içi homojenlik katsayıları dikkate alınarak 974 kümenin her birinden 10 adres örneğe seçilerek toplam örnek hacmi olarak 9 740 hane adresine ulaşılmıştır. 8634 hane ile anket sonuçlandırılmıştır.	'Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.	'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.

Ek Tablo 93.1 (DEVAM)

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağ. Arş., 2016 ⁽⁷⁾	Kesitsel, 2016, Türkiye, tüm yaşlarda 23606 kişi	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır –kent ayrımı kullanılmıştır. (Nüfusu 20000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hane adresi ihtiva eden kümelerin (bloklar) içerisinde büyüklüğüne orantılı seçimle rasgele seçilen bloklar; ikinci aşama örnekleme birimi ise seçilen her kümeden sistematik rasgele olarak seçilen hanehalkı adresleridir. İlk aşamada; toplam 947 küme "birinci aşama örnekleme birimi" olarak seçilmiştir. Seçilen 947 kümenin 711'i kent-kent, 118'si ise kır-kent ve 118'i kır-kır olan yerleşim yerlerinden oluşmaktadır. İkinci aşamada; "ikinci aşama örnekleme birimi" olarak küme içi homojenlik katsayıları dikkate alınarak 947 kümenin her birinden 10 adres örneğe seçilerek toplam örnek hacmi olarak 9 470 hane adresine ulaşılmıştır. Örneğe seçilen 9 470 haneden 8325 hane ile anket sonuçlandırılmıştır.	'Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.	'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.
STEPS, 2017 ⁽⁸⁾	Kesitsel, 2017, Türkiye, 15 yaş üstü 6053 kişi	Çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. TÜİK, örneklemede, büyüklüğü orantılı dağıtım yöntemi kullanarak 100 birincil örnekleme birimi (BÖB) belirlemiştir. BÖB'lerin her biri 10 adet ikincil örnekleme birimi (İÖB) içermektedir. Üçüncü aşamada en az 10 hanehalkı İÖB'nden basit rastgele yöntem kullanılarak belirlenmiştir. DSÖ STEPwise yaklaşımı kılavuzunda belirtildiği şekilde, rasgele seçim yöntemi kullanılarak belirlenen hanedeki tüm uygun katılımcılar arasında bir kişi seçilmiştir. Toplamda 8644 hane seçilmiştir. Hanedeki katılıma uygun tüm erişkinler listelendikten sonra bir bilgisayar programı kullanarak bir birey rastgele olarak seçilmiştir. Çalışmada her kümede 10 hanenin yer aldığı 865 kümeden 8650 hane seçilmiştir (810 küme kent, 55 küme kır düzeyindedir). Toplamda seçilen 6555 uygun kişiden 6053'ü (%92,3) çalışmaya katılmıştır.	'Hiç kalp krizi geçirdiniz mi veya kalp hastalığı nedeni ile göğüs ağrınız (anjina) oldu mu veya inme/felç (serebrovasküler hastalık veya olay) geçirdiniz mi?' sorusuna yanıt alınarak KKH ve SVH birlikte kalp damar hastalığı olarak değerlendirilmiştir.	

Ek Tablo 93.1 (DEVAMI)

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağ. Arş., 2019 ⁽⁹⁾	Kesitsel, 2019, Türkiye, 15 yaş üstü 17084 kişi	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır-kent ayrımı kullanılmıştır. (Nüfusu 20000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hane adresi ihtiva eden kümelerin (bloklar) içerisinden büyüklüğüne orantılı seçimle rasgele seçilen bloklar; ikinci aşama örnekleme birimi ise seçilen her kümeden sistematik rasgele olarak seçilen hanehalkı adresleridir. Örnek olarak seçilen 947 bloktan toplam 9470 hane adresi seçilmiştir (her bloktan 10 hane). Örneğe seçilen 9470 haneden 8166'sı ile anket sonuçlandırılmıştır.	'Son 12 ay içerisinde koroner kalp hastalığı (anjina, göğüs ağrısı, spazm) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.	'Son 12 ay içerisinde inme, felç (beyin kanaması, serebral tromboz) yaşadınız mı?' sorusuna yanıt alınarak değerlendirilmiştir.

Kaynaklar

- HASUDER. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye Halk Sağlığı Raporu. Ankara; 2014.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2008.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması. Ankara: 2013.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2012.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2014.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2016.
- DSÖ- Avrupa Bölge Ofisi- Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017.
- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. Ankara; 2019.
- TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması-2019. Ankara:2020 (Basımda).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (online). Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39047/h/plan1.pdf>. Erişim tarihi: 12/06/2012.

Kalp Damar Hastalıkları

Mortalitesi

94

PROF. DR. BELGİN ÜNAL • PROF. DR. GÖNÜL DİNÇ HORASAN • DOÇ. DR. CEYDA ŞAHAN

Giriş

Kalp damar hastalıkları (KDH) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. KDH'ların bu denli önemli olmasının temel nedeni hem sıklığının, hem de mortalitesinin yüksek olmasıdır. DSÖ verilerine göre KDH'lar gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yarısını, gelişmekte olan ülkelerde ise dörtte birini oluşturmaktadır⁽¹⁾.

Ülkemizde ise KDH mortalitesi ile ilgili ölüm verileri daha çok Türkiye İstatistik Kurumu'nun yayımladığı istatistik verilerden elde edilmektedir. TÜİK verilerine göre, 2019 yılı için ölüme neden olan hastalıklarda birinci sırada KDH'lar (%36,8), ikinci sırada %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları gelmektedir⁽²⁾.

Hastalıklar ayrıntılı incelendiğinde kalp damar hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,1'inin iskemik kalp hastalığı, %22,2'sinin serebro-vasküler hastalık, %25,7'sinin diğer kalp hastalığı ve %7,9'unun hipertansif hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir⁽²⁾.

Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Mortalite Hızı

TUIK ölüm nedeni istatistiklerinde kalp damar hastalıkları (ICD 10 sınıflamasına göre I00-I99) hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, diğer kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve serebrovasküler hastalıkları içermektedir.

Tablo 94.1'de 2019 yılı yaşa ve cinsiyete özel KDH mortalite hızları TÜİK verileri kullanılarak hesaplanmıştır. Kalp damar hastalıkları mortalite hızı erkeklerde ve kadınlarda benzer olarak yüz binde 193 olarak hesaplanmıştır. Kalp damar hastalıkları mortalite hızı 65 yaş üzeri grupta yüzbinde 1725'tir (erkeklerde yüzbinde 1785, kadınlarda yüzbinde 1678). Erişkin yaş grubu olan 15-64 yaş grubunda erkeklerdeki ölüm hızı (yüzbinde 72) kadınlardaki ölüm hızının (yüzbinde 32) iki katından fazladır ancak 65 yaş üzeri grupta kadınlardaki kalp damar hastalığına bağlı mortalite arttığından aradaki fark azalmaktadır (**Tablo 94.1**).

Tablo 94.1'de karşılaştırma açısından 15 yaş üstü gruptaki KDH ölüm hızları da sunulmuştur. Buna

Tablo 94.1 Türkiye'de 2019 yılı cinsiyete ve yaşa özel kalp damar hastalıkları mortalite hızı

Yaş Grubu	Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde
0-14	233	2	204	2	437	2
15-64	20 668	72	8 898	32	29 566	52
65 +	59 574	1785	70 686	1678	130 260	1725
Toplam	80 475	193	79 788	193	160 263	193
Toplam*	80 242	252	79 584	248	159 826	250

*15 yaş üstü için

Kaynak: 2019 yılı TUIK ölüm sayılarının ilgili yaş grubu nüfusuna bölünmesi ile hesaplanmıştır^(2,3).

göre 15 yaş üstü grupta KDH ölüm hızı erkeklerde yüzde 252 kadınlarda yüzde 248'dir.

Kalp Damar Hastalıklarına Bağlı Mortalite Hızının Değişimi

Ölüm nedeni istatistikleri, 2013 yılından başlayarak kayıt sistemi ve veri toplama yöntemindeki iyileştirmelerden sonra daha ayrıntılı doldurulmaya başlanmıştır. Ölüm belgesini hazırlayan hekimlere çeşitli eğitimler verilmiş ve bu şekilde ölüm kayıtlarının kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle 2014-2019 yılları arası toplanan ölüm nedeni verileri zaman içindeki değişimi izlemek açısından görece yeterli istatistiksel değerlendirme olanağı sağlayabilir.

Buna göre, 2014-2019 yılları arası yıllık ölüm sayılarının tüm nüfusa bölünmesi ile hesaplanan koroner kalp hastalığı, serebrovasküler kalp hastalığı ve kalp damar hastalığı ölüm hızları incelendi-

ğinde tüm hızların 2016 yılından başlayarak azalış gösterdiği söylenebilir (Tablo 94.2).

Kohort Araştırmasından Elde Edilen Ölüm Hızları

Tablo 94.3'te Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'na katılan 15 yaş üstü 18477 kişinin veri bağlantılandırma yöntemi ile 6 yıllık izlemi sonucu elde edilen ölüm nedeni verileriyle hesaplanmış ölüm hızları sunulmuştur⁽⁴⁾.

KKH'na bağlı 6 yıllık kümülatif mortalite hızı yüzde 655 (%95 GA 548-782)'dür. 2017 Türkiye nüfusuna standardize edildiğinde kümülatif KKH mortalite hızı yüzde 666 (%95 GA 664-668) olarak saptanmıştır.

KKH'na bağlı 6 yıllık kümülatif mortalite hızı erkeklerde (yüzbinde 833) kadınlara göre (yüzbinde 494) daha yüksektir. KKH'na bağlı mortalite hızında yaşa bağlı farklılıklar çarpıcıdır; 45-54 yaşından

Tablo 94.2 Koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve kalp damar hastalıkları nedeni ölüm sayısı ve hızı, 2014-2019

Yıl	Koroner Kalp Hastalığı		Serebrovasküler Hastalıklar		Kalp Damar Hastalıkları	
	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde	n	Yüzbinde
2014	61284	79	37707	49	153646	198
2015	64012	81	38412	49	157965	201
2016	67412	84	38959	49	166069	208
2017	65666	81	37885	47	165323	205
2018	64097	78	35914	44	161190	197
2019	62710	75	35610	43	160263	193

Kaynak: 2014-2019 yılları arası TÜİK yıllık ölüm sayılarının tüm nüfusa bölünmesi ile hesaplanmıştır^(2,3)

Tablo 94.3 Türkiye'de yaşa ve cinsiyete göre 6 yıllık KKH ve inme ölüm hızı, 2012-2017

	Koroner Kalp Hastalığı Ölüm Hızı		İnme Ölüm Hızı	
	Yüz binde	(%95 GA)	Yüz binde	(%95 GA)
Cinsiyet n=18477				
Erkek	833	(654 - 1047)	422	(307-582)
Kadın	494	(365 - 655)	360	(259-501)
Yaş Grubu n=18476				
15-24	0	(0 - 84)	0	(0-0)
25-34	0	(0 - 77)	26	(5-146)
35-44	139	(45 - 324)	111	(43-286)
45-54	315	(151 - 577)	94	(32-277)
55-64	1215	(802 - 1762)	450	(245-826)
65-74	2269	(1513-3263)	1297	(800-2096)
75+	6530	(4900-8497)	4866	(3565-6608)
Altı yıllık ölüm hızı	655	(548-782)	395	(314-496)
Yaşa ve cinsiyete standardize ölüm hızı	666	(664-668)	407	(406-409)

Kaynak: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması- 2019⁽⁴⁾

itibaren KKH'na bağlı kümülatif mortalite hızında hızlı bir artış gözlenmekte (yüzbinde 315), mortalite hızı 55-64, 65-74 ve 75 ve üzeri yaş gruplarında sırasıyla yüzbinde 1215, 2269 ve yüzbinde 6530'a ulaşmaktadır.

İnmeye bağlı 6 yıllık kümülatif mortalite hızı yüzbinde 395 (%95 GA 314-496)'dür. 2017 Türkiye nüfusuna standardize edildiğinde kümülatif inme mortalite hızı yüzbinde 407 (%95 GA 406-409) olarak saptanmıştır.

İnmeye bağlı kümülatif mortalite hızı erkek ve kadınlarda benzerdir. Ancak yaşa standardize hızlar değerlendirildiğinde mortalitenin erkeklerde (yüzbinde 412), kadınlardan (yüzbinde 403) daha fazla olduğu saptanmıştır. İnmeye bağlı mortalite hızında 55-64 yaşından itibaren hızlı bir artış gözlenmekte (yüzbinde 450), 65-74 ve 75 ve üzeri yaş gruplarında sırasıyla yüzbinde 1297 ve yüzbinde 4866'ya ulaşmaktadır⁽⁴⁾.

Sonuç ve Öneriler

TÜİK verileri kullanılarak Türkiye'de KDH mortalite hızı hesaplandığında son beş yıl içinde azalış görülmektedir. Dinç G. ve arkadaşlarının yine TÜİK ölüm verilerini kullanarak yaptığı "Türkiye'de 1995-2008 yıllarında kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızındaki azalma trendi" çalışma-

sında da Türkiye'de KDH'a bağlı mortalite hızında azalma trendi olduğu gösterilmiştir⁽⁵⁾. 2013 yılından itibaren yapılan değişikliklerle ölüm nedeni verisi toplanırken ulusal düzeyde daha standardize edilmiş bir yöntem kullanılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla 2014 yılından başlayarak izleyen dönemde mortalite hızlarındaki değişim KKH ve serebrovas-küler ölüm hızlarındaki gerçek bir düşüşü gösterebilir. Ancak ölüm istatistiklerinin kapsayıcılığı ve doğruluğu belli aralarla yapılacak araştırmalarla incelenmelidir.

Kaynaklar

- 1) WHO. The top 10 causes of death 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Erişim Tarihi: 08.08.2020.
- 2) TÜİK Ölüm nedeni İstatistikleri 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=Ljt2fnfV-bwpVXJg6hzptNjCv12yfKzJsLnc3RwNlcLJXzK4C-gy71!1802061844?id=30626>
- 3) TÜİK ADNKS sonuçları. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2019. Yıllara, cinsiyete ve yaş gruplarına göre nüfus. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim tarihi: 08.08.2020.
- 4) TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması-2019. Ankara:2020. (Basımda)
- 5) Dinç G, Sözman K, Gerçeklioğlu G, Arık H, Critchley J, Unal B. Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1988 and 2008. BMC Public Health. 2013 Sep 30;13:896.



DOÇ. DR. M. FATİH ÖNSÜZ

Diyabet, görülme sıklığının hızla artması, her yaş grubunu etkilemesi, ciddi sorunlara neden olması, tedavisinin yüksek maliyetlere yol açması ve ilk beş ölüm nedeni arasında bulunması nedenleri ile hem dünyada hem de ülkemizde giderek artan küresel bir halk sağlığı sorunu ve 21. yüzyılın epidemisi olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) Diyabet Atlası 2019'da, Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde 59 milyon olan diyabetli hasta sayısının %15.0'lik bir artış ile 2030 yılında 66 milyona, 2045 yılında ise 68 milyona ulaşacağını tahmin edilmektedir. IDF tarafından diyabetin üç ana tipi olarak, Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet ve Gestasyonel diyabet belirtilmiştir^(1,2).

Tip 1 diyabet çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklarından biridir. Tip 1 diyabetin küresel olarak insidansının giderek arttığı ve hem kişiler hem de toplumlar için önemli sağlık sonuçlarına yol açtığı belirtilmektedir. Diyabet hastalarının %5.0-10.0'u tip 1 diyabet hastasıdır. IDF Diyabet Atlası 2019'da tahmini 1.1 milyon 20 yaş altı çocuk ve adolesanın tip 1 diyabetli olduğu ve bu sayıya yılda 128 bin yeni vakanın eklendiği bildirilmiştir. Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu Avrupa bölgesi ise tip 1 diyabetli çocuk ve adolesan sayısının en fazla olduğu bölgedir. Avrupa bölgesinde 296.500 tip 1 diyabetli çocuk ve adolesan bulunduğu ve her yıl bu sayıya 31.100 yeni vakanın eklendiği belirtilmektedir^(1,3,4).

Literatürde, ülkemizde çocuklar arasında Tip 1 diyabet görülme sıklığı ve yaygınlığına ilişkin yapılmış az sayıda çalışma vardır. Türkiye'de 1994

yılında yapılan bir ön çalışmada çocukluk çağı tip 1 diyabet insidansı 2.8/100.000, 1996 yılında 19 bölgenin dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada ise 0-15 yaş arası insidans 2.52/100.000 olarak bildirilmiştir^(5,6). İstanbul'da Akesen ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 6-18 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada tip 1 diyabet prevalansı 0.67/1000 olarak bildirilmiştir⁽⁷⁾. Diyarbakır'da Demirbilek ve Özbek'in 6-18 yaş arasındaki çocuklarda 2012 yılında yürüttükleri çalışmalarında ise tip 1 diyabet prevalansı 0.42/1000 olarak saptanmıştır⁽⁸⁾. Türkiye'de çocuklarda tip 1 diyabet prevalansı ve insidansı ile ilgili en geniş kapsamlı çalışma Yeşilkaya ve arkadaşları tarafından 2014 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 0-18 yaş arası çocuklarda tip 1 diyabet prevalansı 0.75/1000, yaşa göre standardize insidans ise 10.8/100.000 olarak bulunmuştur⁽⁹⁾.

Ülkemizde sınırlı sayıda da olsa tip 1 diyabetin sıklığına yönelik yapılan çalışmaların sonuçları, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de tip 1 diyabet insidansının giderek arttığını göstermektedir.

IDF tarafından diyabetin üç ana tipinden biri olarak belirtilen gestasyonel diyabet, gebelik sürecinde ilk kez ortaya çıkan değişen derecelerde glikoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. Gebelerde en yaygın metabolik problem olan gestasyonel diyabet, anne ve çocuk için kısa ve uzun süreli önemli morbiditeye neden olabilir. Gebelikte oluşan geçici bir durum olarak belirtilse de uzun dönemde tip 2 diyabet gelişimi için risk taşır. Gestasyonel diyabet tanısı daha çok doğum öncesi tarama ile konur. Türkiye'de bu amaçla Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) taraması yapılmaktadır⁽¹⁰⁾

¹²⁾. Gestasyonel diyabet tanısı için tek aşamalı ve iki aşamalı olarak adlandırılan iki ayrı strateji benimsenmiştir. Tek aşamalı stratejide; daha önce bilinen diyabet tanısı olmayan gebelere, gebeliklerinin 24-28. haftalarında; en az 8 saatlik gece açlığı sonrası sabah gerçekleştirilen 75 gr Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) ile aç iken, 1. ile 2. saatlerde plazma glukoz ölçümü yapılır. Plazma glukoz değeri aç iken ≥ 92 mg/dL, 1. Saatte ≥ 180 mg/dL ve 2. Saatte ≥ 153 mg/dL değerlerinden herhangi birini karşılıyor ise gestasyonel diyabet tanısı konur. İki aşamalı stratejide ise; birinci aşamada daha önce bilinen diyabet tanısı olmayan gebelere, gebeliklerinin 24-28. haftalarında; 50 gr OGTT ile 1. saatte plazma glukoz ölçümü yapılır. Plazma glukoz değeri 140-180 mg/dL arasında tespit edilirse ikinci aşamaya geçilir. İkinci aşamada, en az 8 saatlik gece açlığı sonrası sabah 100 gr OGTT yapılır. Plazma glukoz değeri aç iken ≥ 95 mg/dL, 1. Saatte ≥ 180 mg/dL, 2. Saatte ≥ 155 mg/dL ve 3. Saatte ≥ 140 mg/dL değerlerinden en az iki tanesini karşılıyor ise gestasyonel diyabet tanısı konur ⁽¹³⁾.

Ülkemizde gestasyonel diyabet prevalansı ve risk faktörleri ile ilgili 2017 yılında yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması konu ile ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Bu meta-analiz çalışmasında 2004-2016 yılları arasında yapılmış, 10 tez ve 31 makale olmak üzere toplam 41 kesitsel çalışma analiz edilmiştir⁽¹⁴⁾. Türkiye'nin 16 farklı şehrinde ve yedi bölgesinde gerçekleştirilen çalışmaların 39'u çeşitli hastanelerde, ikisi ise Aile Sağlığı Merkezleri'nde gerçekleştirilmiştir. İncelenen çalışmalar toplam 50767 gebe ile gerçekleştirilmiş ve toplam 3891'ine gestasyonel diyabet teşhisi konmuştur. Çalışmada, birleştirilmiş bir yüzde hesaplaması yapılarak gestasyonel diyabet prevalansı %7.7 olarak hesaplanmıştır. Bu sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasına dahil edilen 41 çalışma içerisinde en düşük prevalans %1.9 ile DSÖ tanı kriterinin kullanıldığı Akış ve arkadaşlarının Bursa'da gerçekleştirdikleri çalışma iken, Aktün ve arkadaşları tarafından İstanbul'da gerçekleştirilen ve DSÖ tanı kriterlerinin kullanıldığı çalışma ise %27.9 ile en yüksek prevalansın bulunduğu çalışmadır ⁽¹⁴⁾. Ankara'da bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Özgü-Erdinç ve arkadaşları tarafından 2007-2017 tarihleri arasında poliklinik verileri incelenerek yapılan çalışmada 77227 gebenin tek aşamalı ya da çift aşamalı OGTT sonuçları değerlendirilmiştir. Bu gebelerden 4684'üne gestasyonel diyabet tanısı

konmuş ve prevalans %6.07 olarak hesaplanmıştır ⁽¹⁵⁾. Aydın ve arkadaşları tarafından 2016-2017 yıllarında ülke genelinde 12 farklı bölge ve 51 merkezde 18-45 yaş arasındaki 2643 gebe ile yürütülen çalışma, literatürde ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışma olarak göze çarpmaktadır. Bu çalışmada iki aşamalı strateji uygulanmış ve değerlendirmede Carpenter ve Coustan kriterleri kullanılmıştır. Bu çalışma sonucunda gestasyonel diyabet prevalansı %16.2 olarak bulunmuştur ⁽¹⁶⁾.

Literatürde gestasyonel diyabetle ilgili çalışmaların sonuçları kullanılan tanı kriterlerinin farklılığı nedeniyle farklılıklar gösterse de mevcut sayılar konunun önemini vurgulamaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin yaygın kullanımı ve gebelik döneminde yapılacak OGTT ile gestasyonel diyabetin olası kötü sonuçlarının önlenmesi mümkün olacaktır.

Diyabetin en yaygın formunu oluşturan tip 2 diyabet, dünya üzerindeki tüm diyabet vakalarının %90.0'ından fazlasını oluşturmaktadır ⁽¹⁷⁾. Diyabet denildiğinde ilk akla gelen diyabetin tip 2 formudur. Bundan sonraki kısımlarda da diyabet terimi ile tip 2 diyabet kastedilecektir. Günümüzde 21. yüzyılın epidemisi olarak kabul edilen diyabet, dünyada en yaygın görülen bulaşıcı olmayan hastalıklardan biridir. IDF diyabeti, coğrafi sınırlara bağımlı olmayan, yaygın bir küresel halk sağlığı sorunu olarak belirtmiştir. Genellikle 40 yaş sonrası ortaya çıkan ve yaşla birlikte görülme sıklığı artan diyabetin temelinde yaşam tarzındaki hızlı değişim yatmaktadır. Özellikle nüfusun artması ve yaşlanması ile kentleşmenin bir sonucu olarak obezite ve fiziksel inaktivitenin artması sonucunda, artış gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda çok daha yoğun olarak görülmektedir. Diyabet sonuçları itibariyle insanları engelli hale getirmekte, ölümlere neden olmakta, en üretken çağlarında insanların güçlerini azaltmakta, buna bağlı olarak ailelerin yoksullaşmasına neden olmakta ve yaşlı insanların yaşam beklentilerini azaltmaktadır. Toplamlar açısından ise, diyabet yükü ulusal sağlık hizmeti bütçelerini zorlamakta, üretkenliği azaltarak ekonomik büyümeyi yavaşlatmakta, hastalar açısından yıkıcı boyutlarda maliyetlere neden olmakta ve sağlık hizmeti sistemlerinin kaynaklarını büyük ölçüde tüketmektedir ^(1, 18-19). IDF'ye göre 2019 yılında dünyada 20-79 yaş arasında 463 milyon olan diyabet hastası bulunmaktadır ve diyabet prevalansı %9.3'tür. Bu sayının 2030'a kadar 578 milyona

(%10.2) ve 2045'e kadar 700 milyona (%10.9) ulaşacağı tahmin edilirken, Avrupa'da 2019 yılında 59.3 milyon olan (%8.9) diyabetli sayısının, 2045 yılında tahmini 68.1 milyona (%10.3) çıkacağı belirtilmektedir ⁽¹⁾.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de diyabet prevalansı artmaktadır. Burki çalışmasında ⁽²⁰⁾, acil önlem alınmazsa ülkemizin diyabet krizi ile yüzleşmek zorunda kalacağını belirtmiştir. Aynı çalışmada, Avrupa'nın hiçbir yerinde, son yirmi yılda diyabette Türkiye kadar büyük bir artış görülmediği, hastalığın her yıl yaklaşık 60 bin ölüme neden olduğu ve sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte birini tükettiği belirtilmiştir. Ayrıca, ülkemizde diyabetli hastaların yaklaşık üçte birinin retinopatisi olduğu ve yarısından fazlasının da diyabetle ilişkili en az iki komplikasyon yaşadığı bildirilmiştir. IDF Diyabet Atlası 2019'a göre Avrupa bölgesinde en yüksek karşılaştırmalı yaşa göre düzeltilmiş diyabet prevalansı %11.1 ile Türkiye'dedir. Diyabetli kişi sayısı bakımından Türkiye Avrupa'da 6.6 milyon ile Almanya ve Rusya Federasyonu'ndan sonra üçüncü sıradadır. IDF Diyabet Atlası 2019'a göre Türkiye, 2045'te 10.4 milyon diyabetli ile dünyada 10. sırada yer alacaktır ^(1,20). OECD'nin bir yayınında Türkiye'nin %12.8 diyabet prevalansı ile üye ülkeler arasında ikinci sırada olduğu belirtilmiştir. Birçok OECD ülkesinde diyabet prevalansı yavaşça artış göstererek stabilize olurken, Türkiye ve bazı üye ülkelerde belirgin şekilde artış gözlenmiştir ⁽²¹⁾.

Ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen diyabetle ilgili 90'lı yıllardan itibaren bölgesel ve ulusal düzeyde prevalans çalışmaları yapılmıştır. Ülkemizde çeşitli zamanlarda yapılmış, gerek araştırma gruplarının yaşları gerekse diyabet tanı kriterleri açısından bazı farklılıklar bulunan bölgesel çalışmalarda diyabet prevalansı %12.9 ile %21.0 arasında bulunmuştur ⁽²²⁻²⁶⁾.

Türkiye'de diyabet prevalansı ile ilgili yapılmış ulusal düzeyde çalışmalar da bulunmaktadır. Türkiye'de diyabet prevalansı konusunda yapılmış en kapsamlı çalışmalar, 1997-1998 yılları ile 2010 yılında olmak üzere iki kere yapılmış Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışmaları (TURDEP)'dir. Ülke genelinde 1997-1998 yıllarında 270 köy ve 270 mahalle merkezinde, random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişi ile yürütülen TURDEP-I çalışmasında diyabet prevalansı %7.2 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %8.0, erkeklerde ise %6.2 olarak bildirilmiştir ⁽²⁷⁾. Aynı yöntemle 2010 yılında, Türkiye'nin

aynı bölgelerinde ve yaş grubunda 26499 kişi ile yürütülen TURDEP-II çalışmasında ise kaba diyabet prevalansı %16.5 bulunmuş ve bunun %45.5'inin de yeni diyabet tanısı alanlar olduğu belirtilmiştir. TURDEP-I popülasyonuna göre standardize edilmiş diyabet prevalansı ise %13.7'dir. TURDEP-II sonucu 1998'de yapılan TURDEP-I çalışmasıyla kıyaslandığında, ülkemizde diyabet prevalansında %90.0'lık bir artışa işaret etmektedir. TURDEP-II çalışmasında diyabet prevalansı kadınlarda % 17.2, erkeklerde %16.0 olarak saptanmıştır. Yine diyabet prevalansı kentte %17.0, kırdan ise %15.5 olarak bulunmuştur. TURDEP-II'de diyabet farkındalık oranı ise %54.0 olarak belirtilmiştir. Çalışmada, Türkiye'de 6.5 milyon insanın diyabetli olduğunun ve neredeyse yarısının farkında olmadığını tahmin edildiği vurgulanmıştır ⁽²⁾.

Türkiye'de ulusal bir örneklem üzerinde yürütülen Yetişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması'nda 40 yaş üstünde diyabet prevalansındaki değişimler, 1998-2000; %7.4, 2002-2006; %11.8 ve 2007-2012; %18.4 olarak belirtilmiş ve yaklaşık 2600 kişinin izlenmesi ile diyabet genel prevalansının 12 yıl içerisinde, yaşın kontrol edilmesi durumunda %80.0 oranında arttığı ve bunun da yıllık %5.0'lik artışa denk düştüğü vurgulanmıştır ⁽²⁸⁾. Aynı çalışmanın ülke genelinde 1997-98 yıllarından 2004-05 yıllarına kadar 3401 kişinin izlendiği bölümünde, 35 yaş ve üzeri kişilerde diyabet prevalansı %11.0 olarak saptanmıştır. Ortalama 5.9 yıllık takiple 223 yeni diyabet gelişmesine karşılık, 1000 kişi-yılında erkelerde 12.4, kadınlarda 11.0 insidans hesaplanmış, bu sonucun ülke bazında yılda 300 bin kişilik insidansı ifade ettiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgeleri ortalamasının üzerinde bir yaygınlığa, Doğu Anadolu ve Ege bölgeleri ise en düşük yaygınlığa sahip bölgeler olarak belirlenmiştir ⁽²⁹⁾. Ulusal düzeyde 2008 yılında 23 şehirde 18 yaş ve üzeri 10872 kişi ile yürütülen CREDİT çalışmasında diyabet prevalansı %12.7 olarak tespit edilmiştir ⁽³⁰⁾. Ulusal düzeyde yapılan bir diğer çalışma olan PURE çalışması 25 ülkede yürütülen prospektif bir çalışmadır. Çalışmanın Türkiye kısmı, 8 bölgede 2008 yılında başlamış ve 35-70 yaş arası 4056 kişi ile yürütülmüştür. Çalışmada diyabet prevalansı %13.7 bulunmuştur. Yaygınlık kırsalda %12.6 iken, kentsel alanlarda %15.8 saptanmıştır. Diyabet farkındalığının %87.4 olarak belirlendiği çalışmada, diyabet tanısı en sık (%29.4) 60-64 yaş grubunda

görülmüştür. Çalışmanın takip verileri 2015 yılında diyabet prevalansının %21.0'e yükseldiğini göstermiştir⁽³¹⁾. Türkiye genelinde yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre (kaba) diyabet prevalansı 15 yaş ve üzeri nüfusta %11.1, Türkiye 2010 yılı nüfusuna göre standardize edilmiş diyabet prevalansı %10.0 olarak bulunmuştur. Diyabet sıklığı açısından kadın ve erkekler, kırsal ve kentsel bölgede yaşayanlar arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Çalışmada diyabet sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. Diyabet sıklığının en yüksek olduğu (%30.0) yaş grubu ise 65-74 yaş grubu olarak tespit edilmiştir. Çalışma verileri bölgeler açısından değerlendirildiğinde, diyabet prevalansı en düşük (%9.0) Ortadoğu Anadolu bölgesinde, en yüksek (%14.0) Batı Marmara ve Batı Anadolu bölgelerinde saptanmıştır. Diyabette farkındalık oranı %74.0 olup, erkeklerde daha düşük bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %29.0'unun diyabeti kontrol altında, %40.0'inin ise kontrolde olmadığı belirlenmiş ve diyabeti olduğu halde tedavisi olmayanlar da %31.0 oranında bulunmuştur⁽³²⁾. Türkiye genelinde 2017 yılında, 15 yaş ve üzeri 6053 kişi ile yürütülen STEPS çalışmasında katılımcıların beyanlarına göre yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığı genel olarak %9.1 olarak tespit edilmiştir. Diyabet sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğu ve yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir⁽³³⁾.

Tüm sonuçları belirtilen çalışmalar, ülkemizde diyabet prevalansının tahmin edilenin çok ötesinde bir hızla arttığını ve epidemik boyutlara ulaştığını göstermektedir. Bu durum, diyabet kontrolüne yönelik yapılacak müdahalelerin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır. Konu ile ilgili olarak TC Sağlık Bakanlığı önce Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) hazırlamış ve bazı etkinlikleri uygulamaya başlamış, sonrasında ise "Türkiye Diyabet Programı 2015-2020"yi hazırlamıştır. Diyabetin kontrolünde korumanın bütün basamakları önemlidir. Öncelikle hastalığın risk faktörlerine odaklanılarak birincil koruması önem taşımaktadır. Burada topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması önemlidir. İkincil koruma önlemleri uygulandığında, diyabetin erken tanısı sağlanacak, ardından uygun tedavi ile oluşabilecek komorbidite ve komplikasyonlar kontrol altına alınabilecek ve bu şekilde kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması sağlanacaktır.

Kaynaklar

- 1) IDF Diabetes Atlas 9. edition 2019: International Diabetes Federation; 2019.
- 2) Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*. 2013;28 (2):169-80.
- 3) Craig ME, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Seth A, Donaghue KC. Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*. 2014;15 (S20):4-17.
- 4) Patterson CC, Gyürüs E, Rosenbauer J, Cinek O, Neu A, Schöber E, et al. Seasonal variation in month of diagnosis in children with type 1 diabetes registered in 23 European centers during 1989–2008: little short-term influence of sunshine hours or average temperature. *Pediatric Diabetes*. 2015;16 (8):573-80.
- 5) Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.
- 6) Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 diyabet. *Güncel Pediatri*. 2007;5 (1):1-10.
- 7) Akesen E, Turan S, Güran T, Atay Z, Save D, Bereket A. Prevalence of type 1 diabetes mellitus in 6–18-yr-old school children living in Istanbul, Turkey. *Pediatric Diabetes*. 2011;12 (6):567-71.
- 8) Hüseyin D, Nuri ÖM. Prevalence of type 1 diabetes mellitus in school children 6–18 years old in Diyarbakır, Southeastern Anatolian Region of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2013;43 (5):768-74.
- 9) Yeşilkaya E, Cinaz P, Andıran N, Bideci A, Hatun Ş, Sarı E, et al. First report on the nationwide incidence and prevalence of Type 1 diabetes among children in Turkey. *Diabetic Medicine*. 2017;34 (3):405-10.
- 10) Group HSCR. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2008;358 (19):1991-2002.
- 11) Ben-Haroush A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2004;21 (2):103-13.
- 12) Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2019. 12. Baskı ed. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019.
- 13) TURKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı 2019.
- 14) -Karaçam Z, Çelik D. The prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019:1-11.
- 15) -Ozgu-Erdinc AS, Sert UY, Buyuk GN, Engin-Ustun Y. Prevalence of gestational diabetes mellitus and results of the screening tests at a tertiary referral center: A cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13 (1):74-7.
- 16) -Aydın H, Celik Ö, Yazıcı D, Altunok C, Tarçın Ö, Deyneli O, et al. Prevalence and predictors of gestational diabetes mellitus: a nationwide multicentre prospective study. *Diabetic Medicine*. 2019;36 (2):221-7.
- 17) Association AD. Standards of Medical Care in Diabetes- 2014. *Diabetes Care*. 2014;37:S14-S80.
- 18) Bommer C, Heesemann E, Sagalova V, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: a cost-of-illness study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2017;5 (6):423-30.
- 19) Dandona L, Dandona R, Kumar GA, Shukla D, Paul VK, Balakrishnan K, et al. Nations within a nation: variations in epi-

- demographical transition across the states of India, 1990–2016 in the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2017;390 (10111):2437-60.
- 20) Burki T. Country in Focus: diabetes prevalence on the rise in Turkey. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2016;4 (5):391.
 - 21) OECD Publishing; 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD; 2017.
 - 22) Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, et al. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;27 (3):89-94.
 - 23) Selçuk KT, Ünal B. Bigadiç'te 45–74 yaş bireylerde diyabet prevalansı ve farkındalık durumunun belirleyicileri/Determinants of prevalence and awareness of diabetes in a population aged 45–74 in Bigadic. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2013;11 (3):160-73.
 - 24) Selçuk KT, Sözmen MK, Toğrul BÜ. Diabetes prevalence and awareness in adults in the Balçova district in Turkey. *Turkish journal of Medical Sciences*. 2015;45 (6):1220-7.
 - 25) Çevik AB, Karaaslan MM, Koçan S, Pekmezci H, Şahin SB, Kırbaş A, et al. Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Northeast Turkey: findings from a population-based study. *Primary Care Diabetes*. 2016;10 (1):10-8.
 - 26) Bulut İ, Açıık Y, Akkuş İH, Özdemir T, Eren S, Pirinççi E, et al., editors. *Elazığ ilinde diyabet prevalansı ve etkileyen faktörler*. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.
 - 27) Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002;25 (9):1551-6.
 - 28) Onat A, Çakır H, Karadeniz Y, Dönmez İ, Karagöz A, Yüksel M, et al. TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2014;6:7.
 - 29) Onat A, Hergenç G, Uyarel H, Can G, Ozhan H. Prevalence, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2006;6 (4):314-21.
 - 30) Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, et al. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011;26 (6):1862-71.
 - 31) Oğuz A, Telci ÖÇ, Tümerdem BÇ. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: PURE Turkey. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2018;46 (7):613-23.
 - 32) Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013:224-9.
 - 33) Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi; 2018.



Kanser ve Kanser

> Kontrolü

96

PROF. DR. SULTAN ESER • DOÇ. DR. RAZİYE ÖZDEMİR

Kanser Sürveyansı

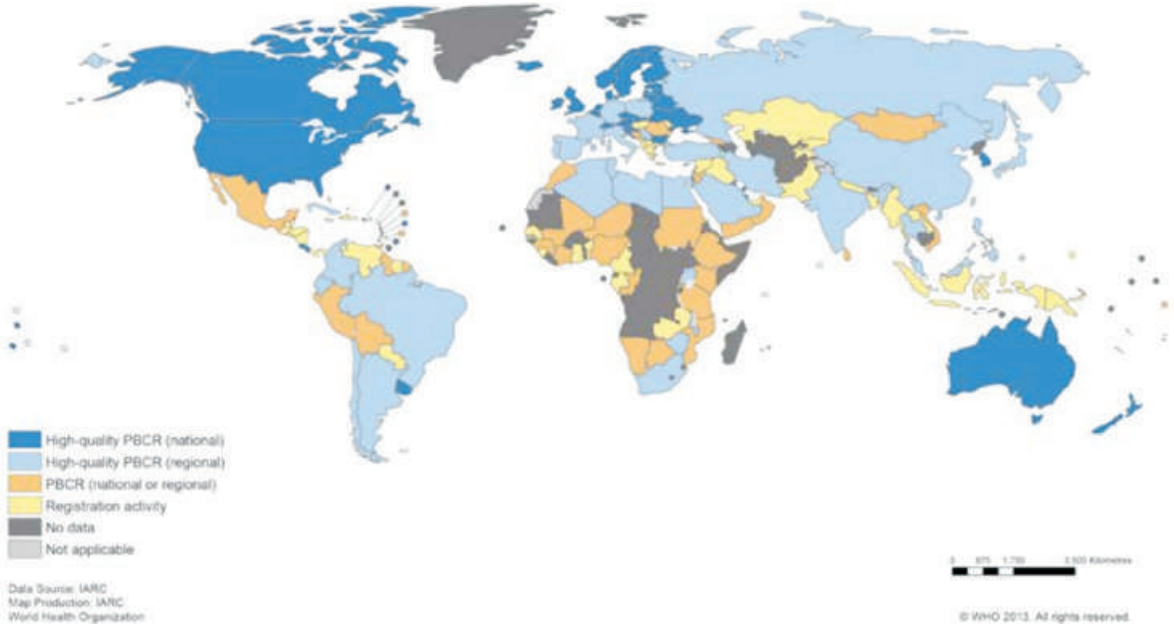
Kanser sürveyansı, malign hastalıkların toplumda ortaya çıkışı, özellikleri, sonuçları ve risk faktörleri hakkında sürekli ve sistematik olarak verilerin toplanmasını, işlenmesini, analizini ve değerlendirilmesini içeren süreçtir. Sürveyans sisteminden elde edilen veriler, kanser insidans, mortalite ve sağkalım hızlarının hesaplanmasında, epidemiyolojik araştırmalarda ve kanser kontrolüne yönelik politikaların belirlenmesinde kullanılır.⁽¹⁾

Kanser sürveyans aktiviteleri, büyük ölçüde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri tarafından gerçekleştirilir. Avrupa'da, ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi 1927'de Almanya'nın Hamburg kentinde kurulmuştur. İzleyen yıllarda Birleşik Krallık, Danimarka ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde bölgesel kanser sürveyans çalışmaları yapılmış, ilk ulusal kayıt sistemi 1942 yılında Danimarka'da kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Kopenhag'da bir araya gelen bir grup Avrupalı uzman, dünya genelinde kanser kayıt sistemlerinin yaygınlaştırılmasını ve kayıt merkezleri arasında eşgüdüm sağlamak üzere uluslararası bir kurumun kurulmasını önermişlerdir.⁽²⁾ Bu yöndeki çabalar sonucunda Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı olarak 1965 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC, International Agency for Research on Cancer) ve 1966 yılında Uluslararası Kanser Kayıt Merkezleri Birliği (IACR-International Association of Cancer Registries) kurulmuştur. IARC'ın ağırlıklı olarak kanser etiyojisi alanında sorumluluğu vardır ve 1971 yılından bu yana epidemiyolojik ve deneysel

çalışmalarda saptanan karsinojenlerin değerlendirildiği monograf programı yürütmektedir. Kanser sürveyansına yönelik aktiviteleri organize eden bir kuruluş olan IACR ise nüfus tabanlı kanser kayıt sistemleri aracılığı ile kanser insidansına ilişkin standart verilerin derlenmesini ve uluslararası düzeyde iş birliğini artırmayı amaçlar.^(1,3)

IARC ve IACR'ın kuruluşundan sonra küresel düzeyde kanser kayıt sistemlerinin kapsayıcılığı önemli ölçüde gelişmesine karşın hala dünya nüfusunun yalnızca %21'i nüfus tabanlı kanser kayıt sistemi kapsamı altındadır.⁽⁴⁾ Özellikle Asya ve Afrika'da kayıt sisteminin kapsayıcılığı çok düşüktür (sırasıyla %8 ve %11). Kanser kayıt sistemlerini geliştirmek amacı ile IARC tarafından 2011 yılında Küresel Kanser Kayıt Geliştirme Girişimi (GICR) başlatılmıştır. Bu girişim kapsamında Afrika, Asya, Karayipler, Latin Amerika ve Pasifik Adaları'nda bölgesel merkezler (IARC regional hubs) kurmuştur. IARC ile irtibat halinde olan bu merkezler veri kalitesinin değerlendirilmesi, verilerin yayımlanması ve sunumu, araştırma projelerinin koordinasyonu gibi görevleri vardır. Bu girişimler ile gelişmekte olan ülkelerde de kanser sürveyansında ilerlemeler kaydedileceği öngörülebilir. **Şekil 96.1**'de ulusal düzeyde kapsayıcılığa sahip yüksek kalitede veri üreten merkezlerin gelişmiş ülkelerde bulunduğu ve Türkiye'nin bölgesel düzeyde yüksek kaliteli veri üreten ülkeler arasında sınıflandırıldığı görülmektedir (**Şekil 96.1**).⁽⁵⁾

Türkiye'de kanserin 1983 yılında bildiri mi zorunlu hastalıklar arasına alınmasının ardından ülke genelinden pasif bildirim yöntemi ile kanser



Şekil 96.1 Küresel düzeyde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin durumu, 2013.

Kaynak: Saraiya M, Tangka FKL, Asma S, Richardson LC. Importance of economic evaluation of cancer registration in the resource limited setting: Laying the groundwork for surveillance systems. *Cancer Epidemiol.* 2016 December ; 45 (Suppl 1): S1–S3.

görülüşüne ilişkin veri toplanmaya başlanmıştır. Bu yöntem ile yeterli kalitede veri elde edilemediği için ülkemizde ortaya çıkan kanser vakalarına yönelik doğru ve geçerli bilgi üretilmesinin nüfus tabanlı aktif sürveyans sisteminin kuruluşu ile başladığı söylenebilir. Aktif sürveyansa dayalı ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi 1992 yılında İzmir’de kurulmuştur. İzleyen yıllarda İzmir Kanser Kayıt Merkezi model alınarak Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Kocaeli, Malatya, Mersin, İstanbul, Samsun ve Trabzon’u içeren 15 ilde kademeli olarak kanser kayıt merkezi kurulmuş ve ülkeyi temsil eden sentinel sürveyans sistemi oluşturulmuştur. İzmir Kanser Kayıt Merkezi’nin kuruluşundan bu yana ülkemizde kanser kayıt sisteminin kurumsallaşması açısından önemli başarılar sağlanmış ve bazı merkezlerin verileri yüksek kalitede veri sağlayan merkezlere ait istatistiklerin sunulduğu uluslararası veri tabanlarına girmiştir. Bu başarıların yanı sıra İzmir Kanser Kayıt Merkezi 2013 yılından beri IARC tarafından başlatılan GICR (Global Initiation for Cancer Registry Development) projesi kapsamında Batı ve Orta Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika’yı kapsayan bölgedeki 30 ülkeden sorumlu IARC’ın Bölgesel Hub’ı olarak seçilmiştir. Günümüzdeki bilgisayarlaşma ve enfarmasyon sistemlerinin di-

jitalleşmesindeki gelişmelere dayanarak, 2013 yılında sentinel sürveyans sistemi terkedilerek 81 ilin tamamında kanser kayıt merkezi kurulmuş ve ülke genelinden veri toplanmaya başlanmıştır. Sürveyans sistemlerinin kapsayıcılığının yüksek olması önemlidir ancak ülke genelinde aynı kalitede veri üretilmesinde sorunlar yaşanabilir. Bu nedenle, 1992 yılından bu yana işletilen sistemden uluslararası standartlara uygun nitelikli veri üretilmesine devam edebilmek için çok daha fazla çaba gerektiği açıktır. Ayrıca Türkiye gibi coğrafi alanı ve nüfusu büyük, kanser kayıtçılığı ve kanser epidemiyolojisi açısından, yetişmiş insan gücü dahil olmak üzere kaynakları sınırlı bir ülkede, kanser kayıt sistemini ülke geneline yayarak sınırlı ve düşük kaliteli ulusal veri üretmek yerine, bölgelerini sosyodemografik olarak temsilen seçili illerde kurulmuş olan kanser kayıt merkezlerinden oluşan sentinel sürveyans sistemini geliştirip, yüksek kalitede, ayrıntılı veri toplamak ve bu temel veriyi projeksiyonların ve araştırmaların temeli olarak kullanmak daha doğru olacaktır. Nitekim, bütün ülke nüfusu kapsanmış olsa da 2013 yılından bu yana verilerini uluslararası düzeyde temsil eden İzmir, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Samsun, Trabzon kanser kayıt merkezlerine ek olarak herhangi bir merkez, yüksek kaliteli veri üretir hale getirilememiştir. Halen,

Türkiye’de kanser görülüşünü bu sekiz merkezde üretilmiş veriler ortaya koymaktadır. Üstelik, 2017 yılında çıkarılan ve 2019 güncellenen Sağlık Bakanlığı yönergesinde Sağlık Bakanlığı ve taşra teşkilatının organizasyonunda değişiklik yapılmış; Ankara ve İstanbul dışındaki bütün illerde Halk Sağlığı başkanlıklarının altında örgütlenmiş olan kanser şubeleri kapatılmış; bu tarihe kadar kanser şubelerinin altında ayrı bir birim olarak faaliyet gösteren kanser kayıt merkezleri de başka birçok birimle birlikte ÇEKÜS (Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı) şubelerinin altına alınmıştır. ⁽⁶⁾ Bu yapının, başta IARC bölge merkezi olarak 30 ülkeye kanser kayıtlığı alanında destek veren ve ulusal marka haline gelmiş olan İzmir Kanser Kayıt Merkezi olmak üzere, sentinel sürveyans sistemini oluşturan 15 ildeki kanser kayıt merkezinin çalışmalarının aksamasına neden olacağı öngörülebilir.

Bu bölümde sunulan kanser insidans ve mortalite verilerinin hazırlanmasında yararlanılan veri tabanları ve ülkemizi temsil eden kanser kayıt merkezleri aşağıda sunulmuştur:

Beş Kıtada Kanser İnsidansı (Cancer Incidence in Five Continents, CI5)

IACR ve IARC iş birliği ile beş yılda bir yayımlanan ve yüksek kaliteli veri üreten nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin verilerinin yayımlandığı CI5 serisi, dünyada kanser insidansına ilişkin temel veri kaynağıdır. CI5’in birinci cildi 1966 yılında yayımlanmış ve 29 ülkedeki 32 kanser kayıt merkezinin verisi yer almıştır. ⁽²⁾ CI5 serisinin son cildi (CI5-XI) ise 2018 yılında yayımlanmış 65 ülkeden 343 kanser kayıt merkezinin 2008-2012 dönemindeki verisini içermiştir. İzmir ve Antalya kanser kayıt merkezlerinin verileri dokuzuncu ciltten bu yana CI5’te yer almaktadır. CI5-XI’de ise İzmir, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Samsun, Trabzon olmak üzere sekiz kanser kayıt merkezi Türkiye’yi temsil etmektedir. CI5’te sunulan tüm hızlar, Dünya Standart Nüfusu’na göre standardize edilir. ⁽⁷⁾

Global Cancer Observatory (GCO)

GCO, kanser kontrol aktivitelerine ve araştırmalara temel oluşturmak amacı ile küresel düzeyde kanser istatistiklerini sunan web tabanlı platformdur. GCO, GLOBOCAN Projesi kapsamında ülkelerin mevcut en iyi verilerini kullanır ve web sitesinden güncel kanser insidans ve mortalite ve sağkalm

hızlarına, hızların zaman içindeki değişimine ve kanser etiyojisine ilişkin bilgilere ulaşılabilir. GCO’da Türkiye için sunulan insidans hızları Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon kanser kayıt merkezlerinin 2010-2012 verileri temsil ettiği bölgelerin nüfusuna göre ağırlıklandırılarak hesaplanmıştır. Mortalite tahminleri ise ülkemizdeki ölüm bildirim sisteminden elde edilmiş 2009-2013 ölüm verileri kullanılarak yapılmıştır. İnsidans ve mortalite hızları 2018 nüfusuna uyarlanarak olgu sayısı tahmin edilmiştir. ⁽⁸⁾

Uluslararası Çocukluk Çağı Kanserleri (International Incidence of Childhood Cancers, IICC)

Uluslararası Çocukluk Çağı Kanserleri İnsidansı (IICC) projesi kapsamında nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin yüksek kalitedeki verilerine dayanarak uluslararası çocukluk çağı kanser insidansının sunulduğu web tabanlı platformdur. ⁽⁹⁾ IICC’nin üçüncü cildinde 82 ülke veya bölgeden 300’den fazla kayıt merkezinin yer almaktadır. Türkiye’den yedi kanser kayıt merkezinin verileri (İzmir 1992-2012, Antalya 1998-2012, Trabzon 2003-2012, Samsun 2003-2012, Bursa 2004-2012, Erzurum 2006-2012, Ankara 2008-2012) kalite kontrolleri kriterlerine uygun bulunarak IICC-3’de yayımlanmıştır. IICC-3’de bu yedi merkezin yanı sıra, olgu sayısı azlığı nedeniyle raporu ayrıca yayımlanmamış olan Edirne kanser kayıt merkezinin verilerini de içeren Türkiye’den sekiz kayıt merkezinin 1992-2012 raporu ve Türkiye Pediatrik kanser kayıt merkezi 2009-2011 raporu da yayımlanmıştır. Nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri ile Türkiye Pediatrik kanser kayıt merkezi, Türk Pediatrik Onkoloji Grubu ve Türk Pediatrik Hematoloji Derneği tarafından bütün ülkedeki pediatrik kanser gören merkezlerce gönüllü olarak oluşturulan klinik bir veri tabanıdır. ⁽¹⁰⁾ Ancak santral sinir sistemi tümörleri ve lösemiler başta olmak üzere, hemen hemen bütün maligniteler için veri tamlığı önemli ölçüde sorunludur ve çocukluk çağı kanserleri için, gerçek değerlerden oldukça düşük insidans hızları tahmin edilmiştir. Dolayısıyla, bu bölümde çocukluk çağı kanserlerine ilişkin sunulan bilgiler nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin verilerine dayanarak özetlenmiştir. ⁽⁹⁾

Küresel Kanser Sağkalımı Sürveyans (CONCORD) Programı

CONCORD programı, dünya genelinde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin verilerine dayanarak kanser sağkalım eğilimlerini izlemek amacıyla 1999 yılında başlatılmıştır. Türkiye'den dokuz kanser kayıt merkezinin (Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon) verileri CONCORD-3'te yer almaktadır.⁽¹¹⁾

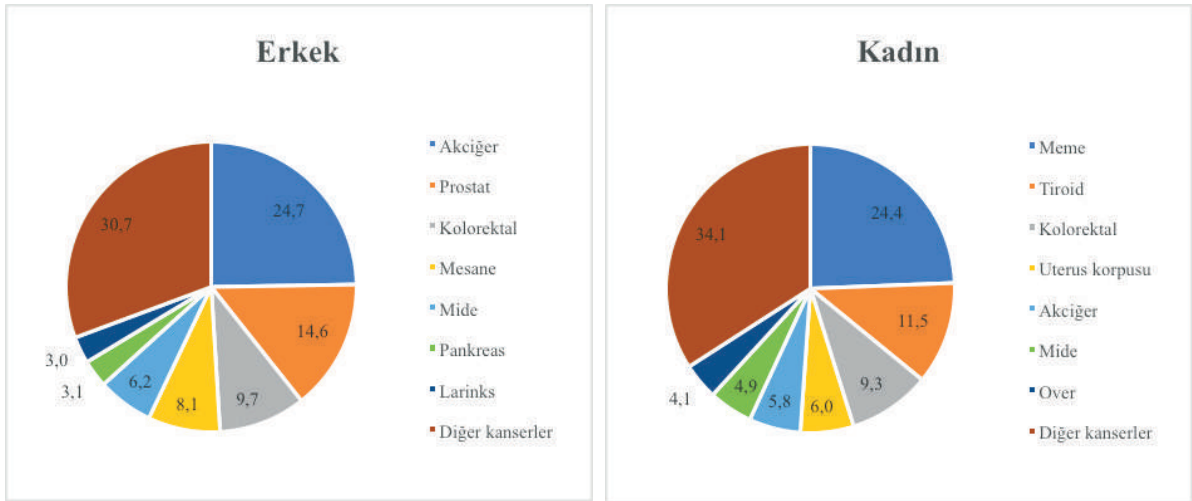
Türkiye'de Kanser Sıklığı

Türkiye genelinde kanser insidansı

Kanser hastalıkları, demografik ve epidemiyolojik dönüşüm yaşayan diğer geçiş ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de hastalık yükü açısından giderek

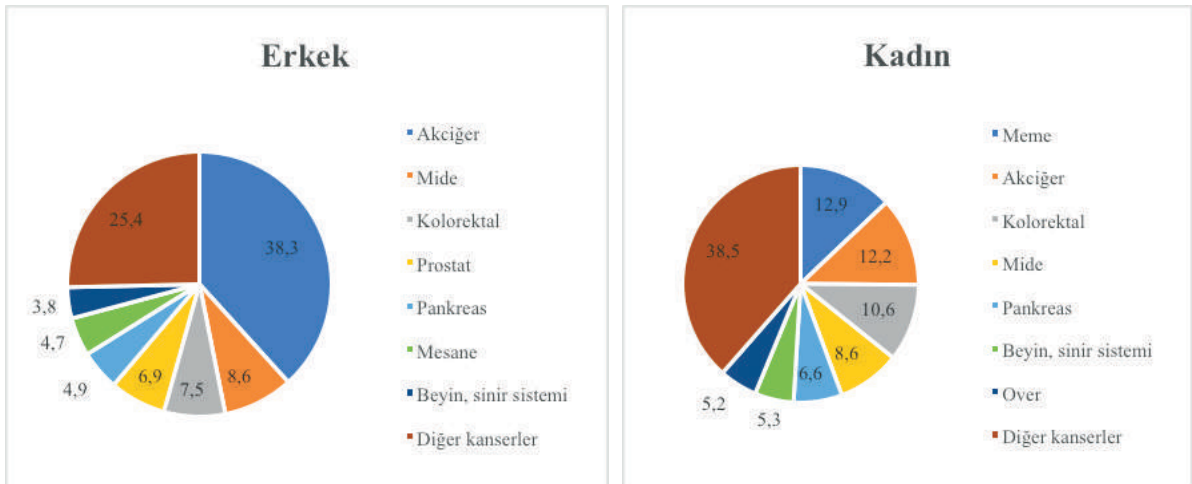
daha önemli hale gelmektedir. Kanserler, ülkemizde en fazla ölüme neden olan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıkların ardından ikinci sırada yer alır.

Türkiye'de 2018 yılı tahminlerine göre erkeklerde 118 882 ve kadınlarda 91 655 olmak üzere toplam 210 537 yeni kanser olgusu ortaya çıkmıştır.⁽⁸⁾ Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer (%24,7), prostat (%14,6), mesane (%9,7), kolorektal (%9,7), mesane (%8,1) ve mide (%6,2) kanserleridir. Etiyolojisinde sigara içiminin önemli rol oynadığı kanser türleri olan akciğer, mesane ve larinks kanserleri, bütün erkek kanserlerinin üçte birinden fazlasını (%35,8) oluşturmaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme (%24,4), tiroid (%11,5), kolorektal (%9,3), uterus korpusu (%6,0) ve akciğer (%5,8) kanserleridir (**Şekil 96.2**).



Şekil 96.2 Türkiye'de cinsiyete göre en sık ortaya çıkan kanser türlerinin yüzde dağılımı, 2018

Kaynak: GCO



Şekil 96.3 Türkiye'de cinsiyete göre kanser nedenli ölümlerin yüzde dağılımı, 2018

Kaynak: GCO

Ülkemizde 2018 yılında erkeklerde 74542, kadınlarda 42168 olmak üzere toplam 116 710 kanser nedeni ölüm gerçekleşmiştir. En fazla ölüme neden olan ilk üç kanser türü erkeklerde akciğer (%38,3), mide (%8,6) ve kolorektal (%7,5) kanserleri iken, kadınlarda meme (%12,9), akciğer (%12,2) ve kolorektal kanserleridir (%8,6).⁽⁶⁾

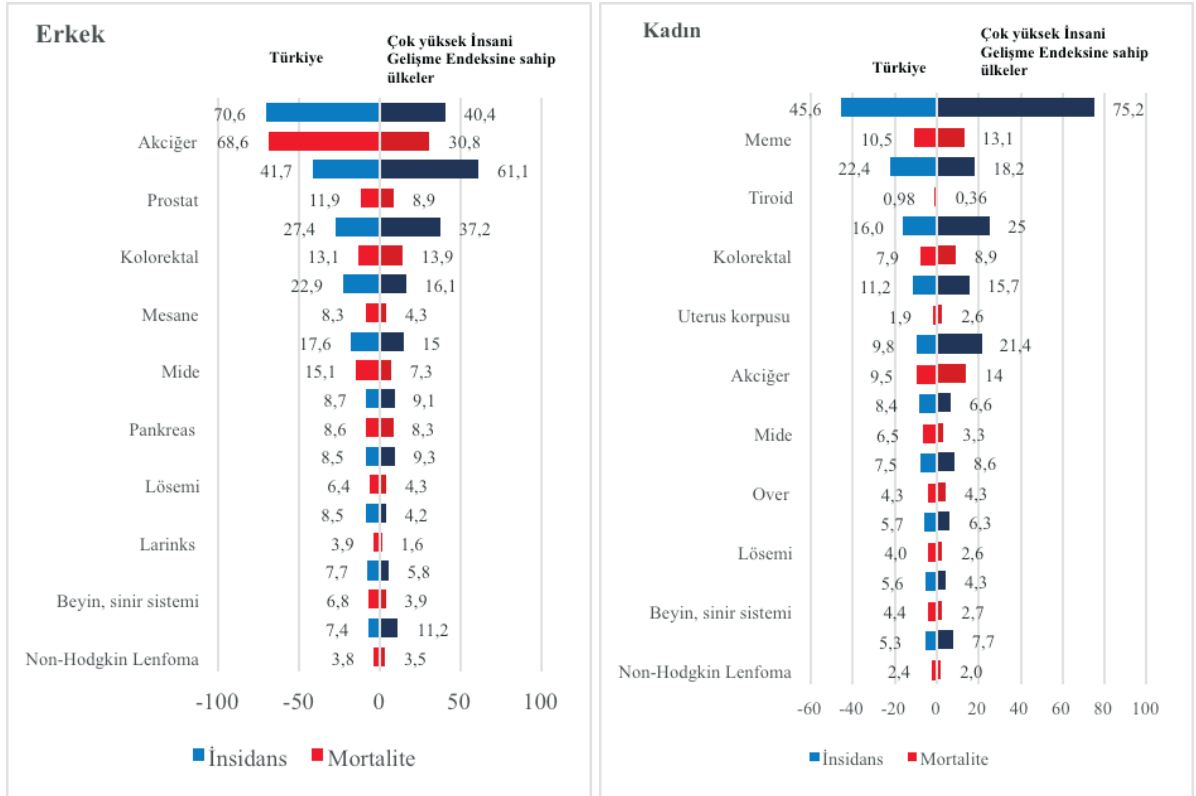
Şekil 96.4'te ülkemizde sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızı (YSİH) ve Yaşa Standardize Mortalite Hızlarının (YSMH) çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanına sahip ülkelerdeki hızlarla karşılaştırması sunulmuştur.⁽⁶⁾ Türkiye'de erkeklerde en fazla görülen kanser türü olan akciğer kanserinin YSİH ve YSMH'ları (sırasıyla yüz binde 70,6 ve 68,6), çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanlı ülkelerden oldukça yüksektir (sırasıyla yüz binde 40,4, 30,8). Akciğer dışında ülkemizde erkeklerde yaygın görülen kanserler arasında bulunan mesane, mide, larinks ve beyin, sinir sistemi kanserlerinin insidans hızları çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanına sahip ülkelerden yük-

sek iken, prostat, kolorektal, pankreas, lösemi ve Non-Hodgkin Lenfoma insidans hızları düşüktür. Ülkemizde kadınlarda gözlenen meme, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, over, lösemi, Non-Hodgkin Lenfoma insidans hızları çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanına sahip ülkelerden düşük; tiroid, mide ve beyin, sinir sistemi kanserinin insidans hızları yüksektir (**Şekil 96.4**).

Bölgelere göre kanser insidansı

Bu bölümde sunulan ve yorumlanan, CI5-XI'de verisi yayımlanan illerdeki kanser insidansları, sosyo-demografik olarak temsil ettikleri coğrafi bölgelere projekte edilebilir.

CI5-XI'de verileri yer alan sekiz kanser kayıt merkezinin verilerine göre erkeklerde tüm kanserler için YSİH'ları (yüz binde) Antalya'da 257,6, Bursa'da 264,5, Edirne'de 286,6, Erzurum'da 287,2, Eskişehir'de 292,1, İzmir'de 318,5, Samsun'da 268,9, Trabzon'da 312,7; kadınlarda Antalya'da 171,9, Bursa'da 159,9, Edirne'de 164,9, Erzurum'da 187,2,



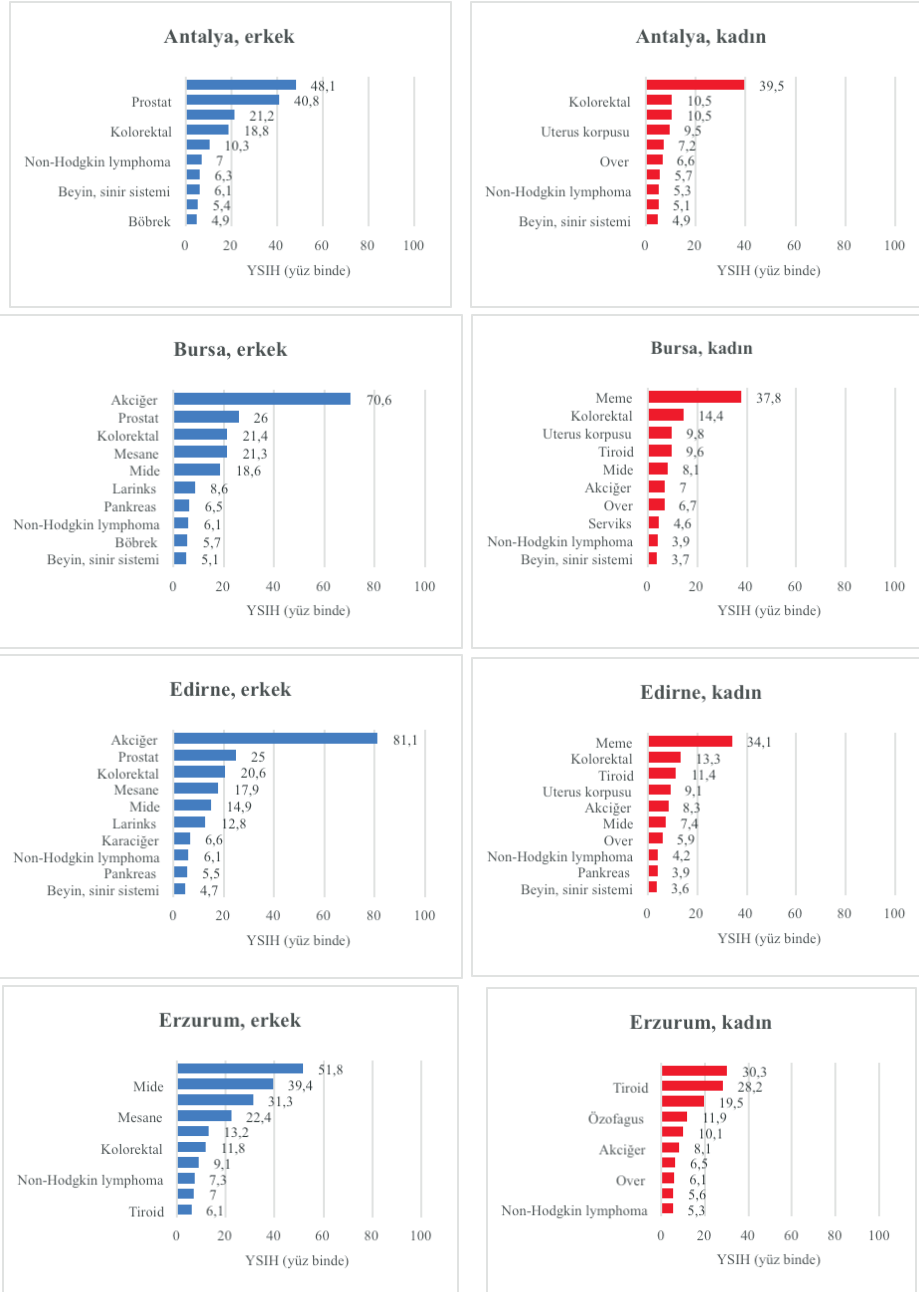
Şekil 96.4 Türkiye'de sık görülen kanserlerin yaşa standardize insidans ve mortalite hızlarının* çok yüksek İnsani Gelişme Endeksi puanına sahip ülkelerdeki hızlarla karşılaştırması, 2018.

* Dünya Standart Nüfusuna göre standardize, yüz binde

Kaynak: GCO

Eskişehir'de 199,3, İzmir'de 204,6, Samsun'da 159,7, Trabzon'da 177,0'dır. (7) Şekil 96.5'te illere göre en sık görülen on kanser türünün YSİH'ları sunulmuştur. Akciğer kanseri, tüm illerde erkeklerde en yüksek insidans hızına sahiptir. Erzurum dışındaki bütün illerde en fazla ortaya çıkan ikinci sıradaki kanser türü prostat kanseridir. Erzurum'da ikinci sıraya mide kanseri yerleşmektedir. Tüm il-

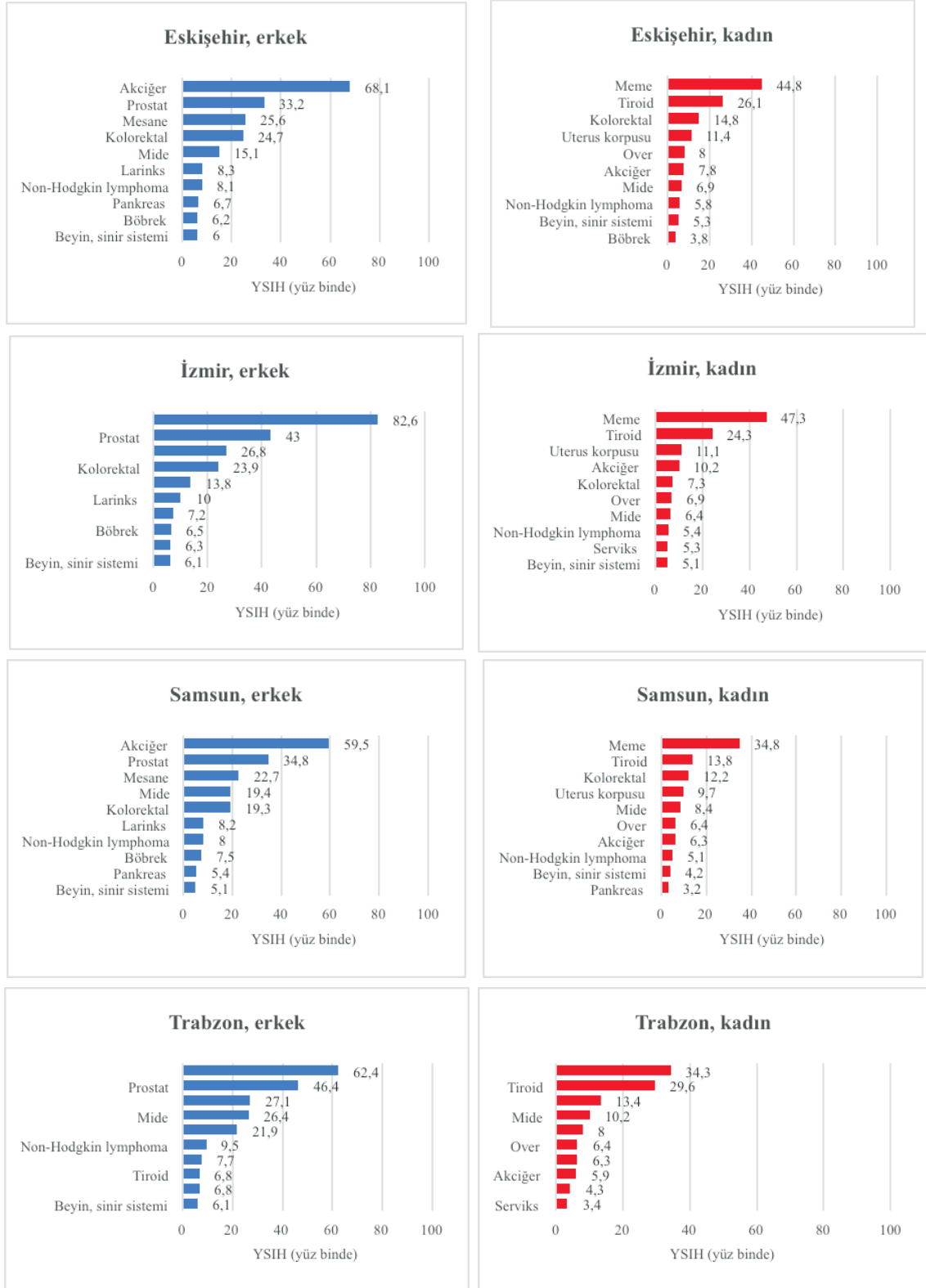
lerde kadınlarda en çok görülen kanser türü olan meme kanserinden sonra ikinci sırada yer alan kanser türü Antalya, Bursa ve Edirne'de kolorektal kanserler, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon'da tiroid kanseridir. Erzurum'da erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da mide ve özofagus kanserleri diğer illere göre daha yüksek insidansa sahiptir (Şekil 96.5).



Şekil 96.5 İllere göre en sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, yüz binde), 2008-2012

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017)

Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>



Şekil 96.5 İllere göre en sık görülen kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde), 2008-2012 (DEVAMI)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017)

Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

Türkiye'de sık görülen bazı kanserlerin yaşa standardize insidans hızlarının çeşitli popülasyonlardaki hızlarla karşılaştırılması

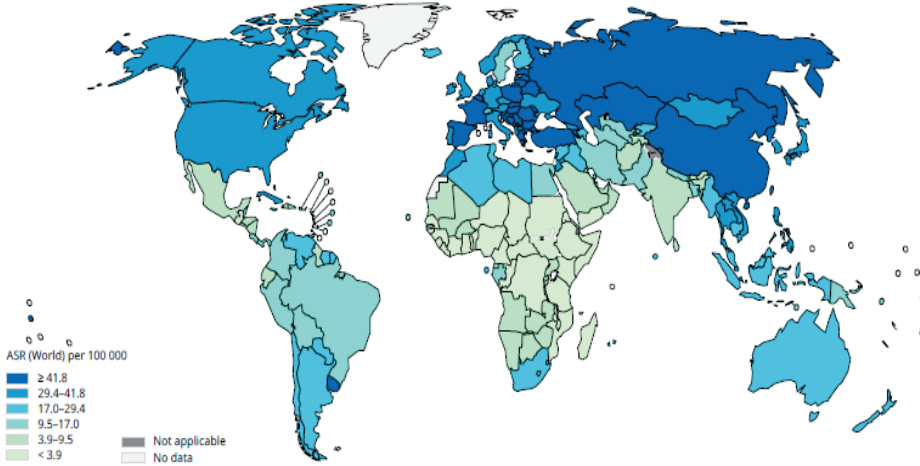
Akciğer Kanserini

Akciğer kanseri, dünya genelinde erkeklerde en yaygın görülen kanser türüdür. İki bin on sekiz yılı tahminlerine göre küresel düzeyde erkeklerde 1,368,524, kadınlarda 725,352 olmak üzere toplam 2,093,876 yeni akciğer kanseri olgusu ortaya çıkmıştır. Akciğer kanserine bağlı ölümler ise 1,761,007 olarak hesaplanmıştır (erkeklerde 1,184,947, kadınlarda 576,060). **Şekil 96.6**'da görüldüğü gibi Türkiye, erkeklerde en yüksek YSİH'ın gözlendiği bölgeler arasında yer alır iken, kadınlarda yüz binde 6,3-10 aralığında YSİH'ının gözlendiği ülkeler arasında sınıflandırılmaktadır. Afrika ve Güney Asya'daki az gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyette de akciğer kanseri insidansı düşüktür (**Şekil 96.6**).⁽⁸⁾

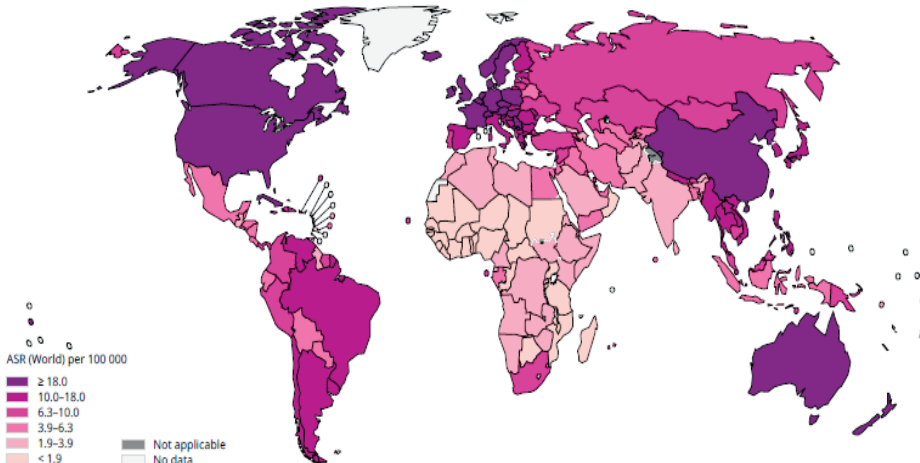
Şekil 96.7'de çeşitli kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre akciğer kanseri YSİH'ları sunulmuştur. Verisi CI5 XI'de yayımlanan kayıt merkezleri arasında erkeklerde YSİH en yüksek Çin'de (yüz binde 95,5), en düşük Hindistan'da (yüz binde 2,3) gözlenmiştir. Türkiye'de, İzmir ve Edirne'de erkeklerde en yüksek insidans görülür iken (sırasıyla yüz binde 82,6 ve 81,1), Antalya en düşük hızı sahiptir (yüz binde 48,1). Kadınlarda en yüksek akciğer kanseri insidansı Kanada-Nanavut'da (yüz binde 97,5), en düşük insidans Güney Afrika'da (yüz binde 1,9) gözlenmektedir. Türkiye'de kadınlarda insidans hızları yüz binde 5,9-10,2 arasında değişmekte olup en yüksek hız İzmir'de, en düşük hız Trabzon'dadır (**Şekil 96.7**).⁽⁷⁾

Şekil 96.8'de seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre akciğer kanseri yaşa özel insidans hızları sunulmuştur.⁽⁷⁾ Erkeklerde yüksek insidans hızlarının gözlendiği Çin'de (Yueyanglou) 40 ya-

ERKEK

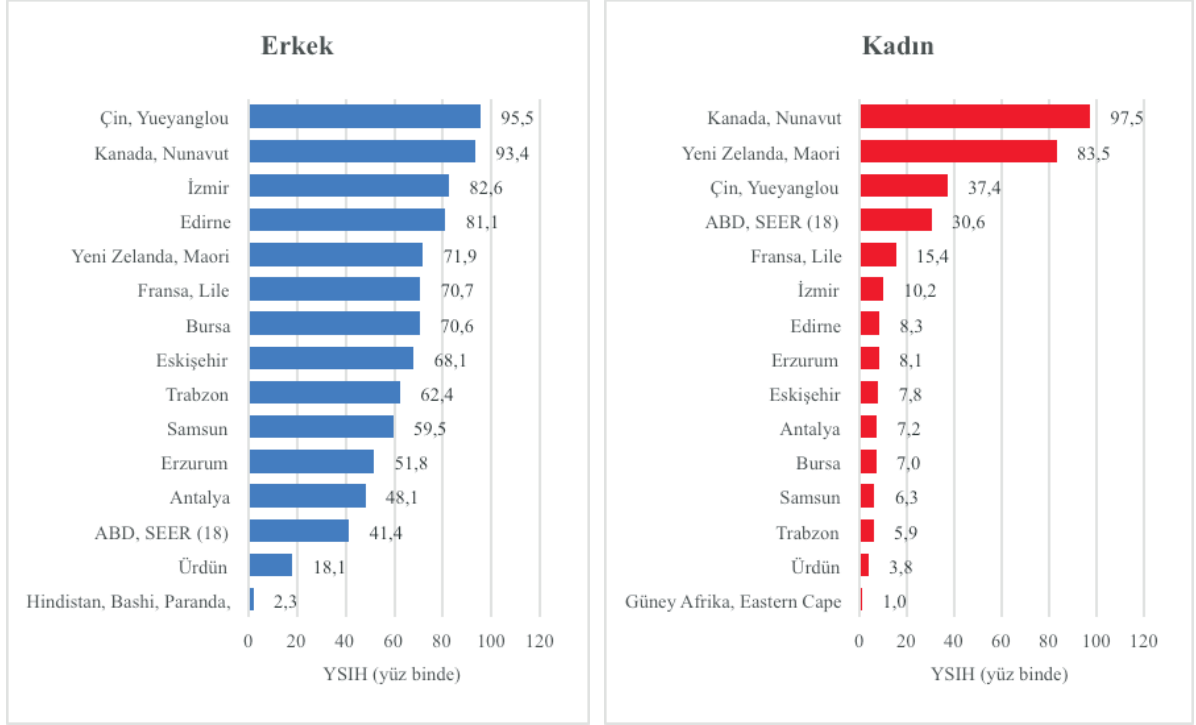


KADIN

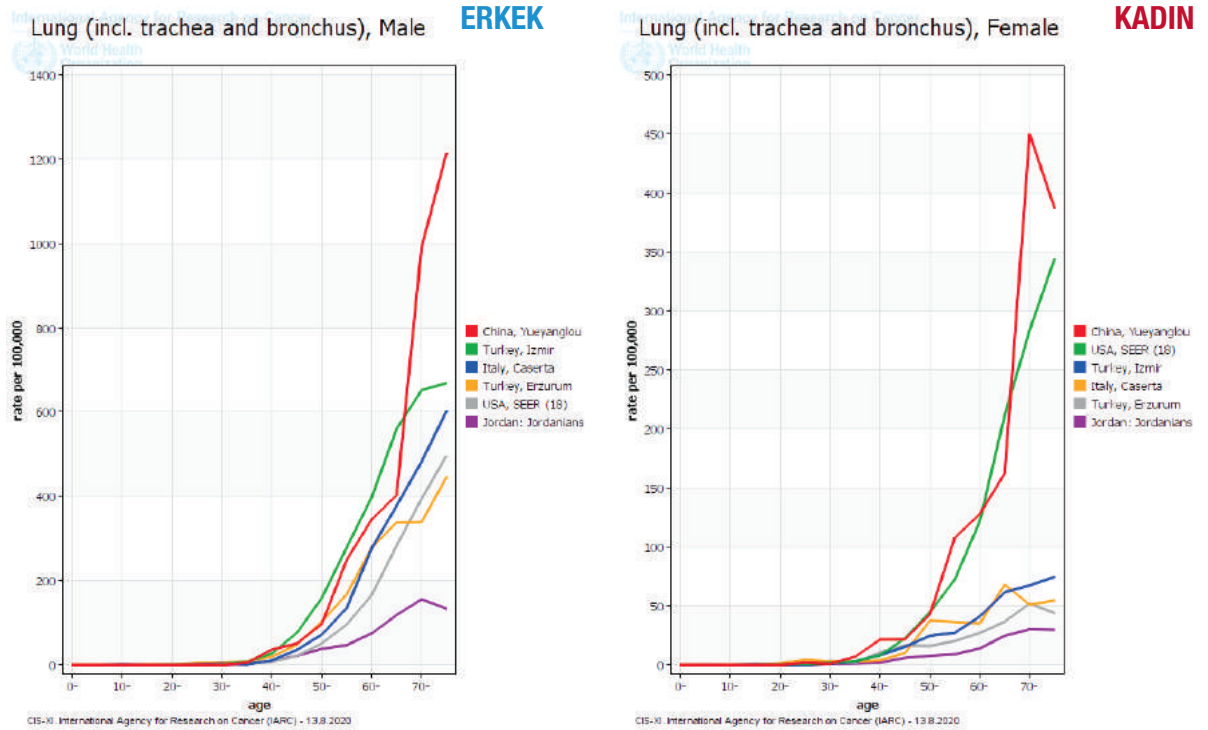


Şekil 96.6 Dünya genelinde akciğer kanseri yaşa standardize insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>



Şekil 96.7 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre akciğer kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızı (YSIH, yüz binde).
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>



Şekil 96.8 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre akciğer kanseri yaşa özel insidans hızları (yüz binde).
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

şından sonra insidans hızı artmaya başlayıp 80 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. İzmir ve Erzurum'da da 40 yaşından sonra hızlar artmakta ve en yüksek insidans hızı 75 yaşında gözlenmektedir. Kadınlarda Çin'de insidans hızları yaklaşık olarak 35 yaşından sonra yükselmekte ve 70 yaşında yüzde 450'ye ulaşmaktadır. ABD SEER verileri de kadınlarda akciğer kanseri yaşa özel insidans hızlarının yüksek olduğunu ve 75 yaşında yaklaşık olarak yüzde 350'ye çıktığını göstermektedir. İtalya (Caserta), İzmir ve Erzurum'da 40 yaşından sonra yükselmeye başlayan hızlar yaş ilerledikçe bir miktar artış göstermekte ancak daha düşük seyretmektedir. İzmir'de 75 yaşta, Erzurum'da ise 85 yaşta en yüksek hızlar görülmektedir. Ürdün'de her iki cinsiyette de karşılaştırılan bölgelere göre düşük hızlar izlenmektedir (Şekil 96.8).

Kolorektal Kanserler

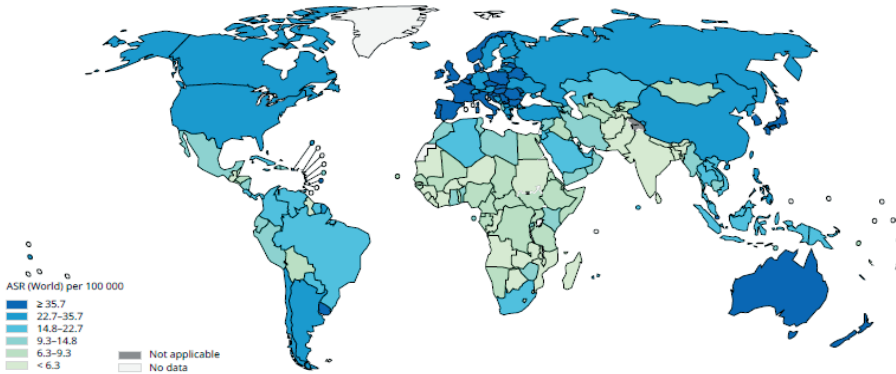
Dünya genelinde 2018 yılında erkeklerde 1,026,215, kadınlarda 823,303 olmak üzere 1,849,518 yeni kolorektal kanser olgusu ortaya çıkmıştır.⁸ Tarihsel

olarak gelişmiş ülkelerde yüksek insidans hızları ile seyreden kolorektal kanserler, diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de artış eğiliminde olup, her iki cinsiyette de yaygın görülen bir kanser türüdür (Şekil 96.9).

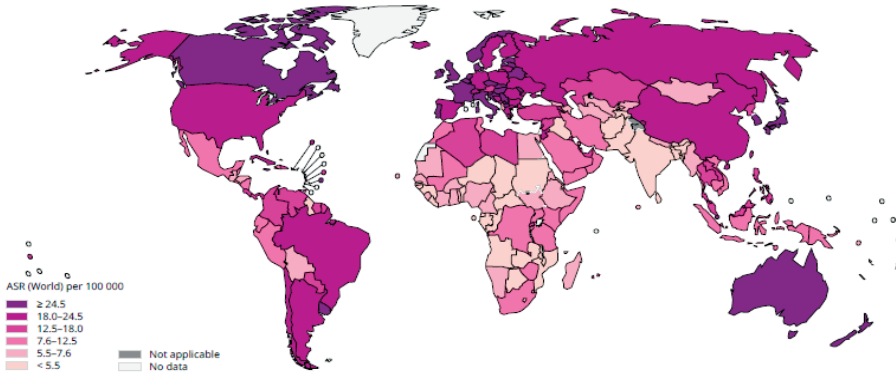
Verisi CI5 XI'de yayımlanan kayıt merkezleri arasında erkeklerde en yüksek YSİH Avustralya'daki yerli popülasyonda (yüz binde 62,1), en düşük Hindistan'da (yüz binde 2,3) gözlenmektedir. Türkiye'de erkeklerde en yüksek hızlar Eskişehir ve İzmir'e (sırasıyla yüz binde 24,7 ve 23,9); en düşük hızlar Erzurum (yüz binde 11,8) ve Antalya'ya (yüz binde 18,8) aittir. Kadınlarda en yüksek kolorektal kanser YSİH Kanada'da (yüz binde 62,2), en düşük insidans erkeklerde olduğu gibi Hindistan'da (yüz binde 1,2) gözlenmektedir. Türkiye'de kadınlardaki en yüksek hız Eskişehir'e (yüz binde 14,8), en düşük hız Erzurum'a (yüz binde 10,1) aittir (Şekil 96.10).⁽⁷⁾

Erkeklerde kolorektal kanser insidans hızları 35 yaşından sonra artmaya başlayıp 75-80 yaşlarında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. İzmir'in hızları daha düşük olmakla birlikte Bulgaristan'da gözlenen yaşa özel hızlar ile benzer eğilim gösterdiği iz-

ERKEK

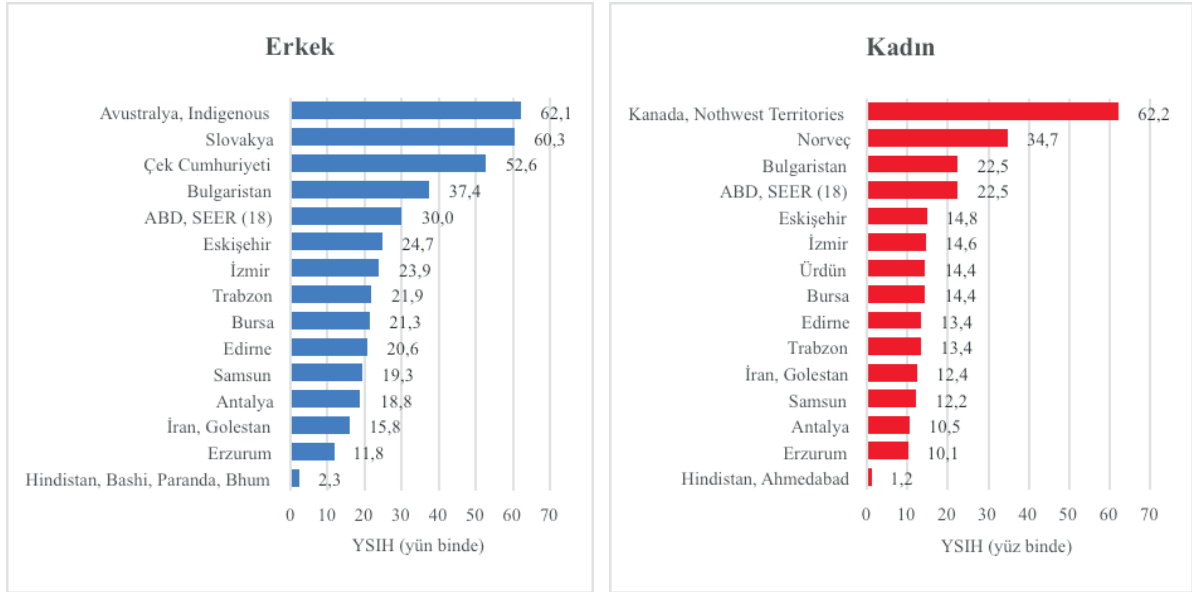


KADIN



Şekil 96.9 Dünya genelinde kolorektal kanser yaşa standardize insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>



Şekil 96.10 Seçili bazı kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre kolorektal kanser Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)

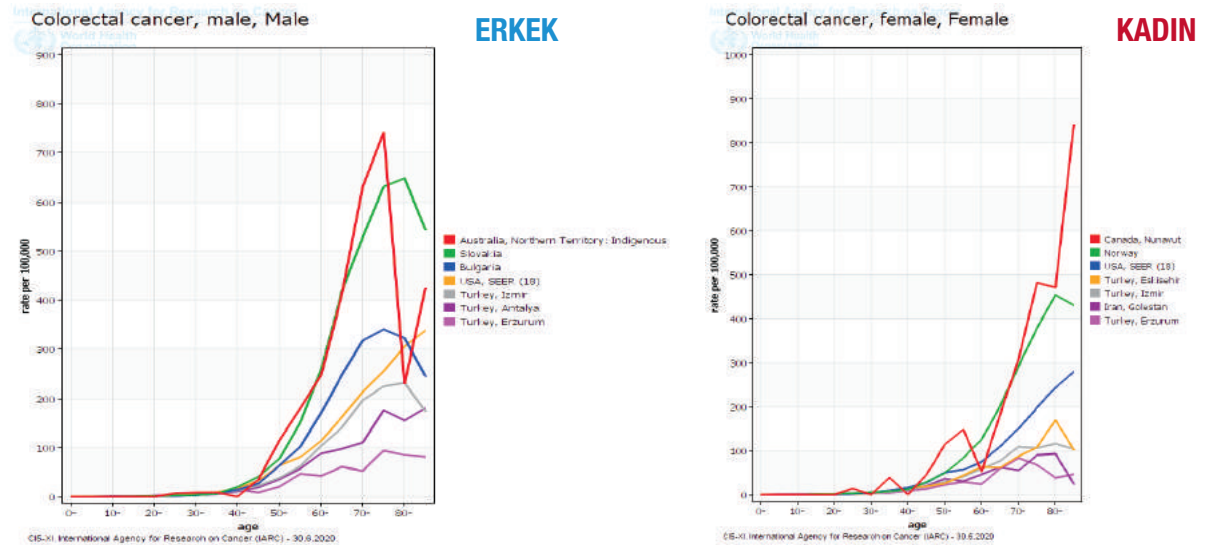
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

lenmektedir. Kadınlarda Kanada'da yirmili yaşlardan itibaren hızların yükselmeye başladığı dikkati çekmekte ve 85 yaşta hız yüz binde 800'ün üstüne çıkmaktadır. Diğer merkezlerde hızların 35 yaşından sonra hafifçe yükselmeye başlayıp yaş ilerledikçe arttığı görülmektedir (Şekil 96.11-96.12).⁽⁷⁾

Mesane kanseri

Mesane kanseri dünya genelinde erkeklerde altıncı, kadınlarda on yedinci sırada en yaygın kanser türü olup YSIH erkeklerde yüz binde 9,6, kadınlarda yüz binde 2,4'dür. Küresel düzeyde 2018 yılında 549393 yeni mesane kanseri olgusu ortaya çıkmış (erkek-



Şekil 96.11-12 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre kolorektal kanser yaşa özel insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

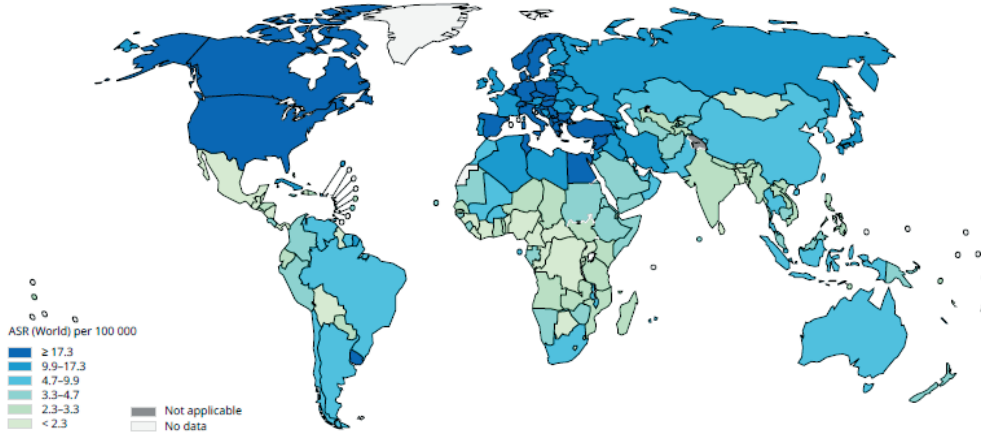
lerde 424082, kadınlarda 125311), mesane kanseri nedeni ile 199922 ölüm gerçekleşmiştir. Türkiye’de erkeklerde mesane kanseri YSİH yüz binde 22,9’dır. **Şekil 96.12**’de görüldüğü gibi olup Kuzey Amerika ve Bazı Avrupa ülkelerinde olduğu gibi en yüksek insidans hızına sahip ülkeler arasında sınıflandırılmaktadır. Ülkemizde kadınlarda mesane kanseri YSİH ise 3,1 olarak tahmin edilmiştir (**Şekil 96.13**).⁽⁸⁾

CI5’da XI’de yer alan kanser kayıt merkezleri arasında erkeklerde en yüksek mesane kanseri YSİH İtalya’nın Caserta kayıt merkezinde (yüz binde 45,7), en düşük hız ise Güney Afrika’da (yüz binde 0,6) gözlenmektedir. Türkiye’de en yüksek YSİH Trabzon’a (yüz binde 27,1), en düşük hız Edirne’ye (yüz binde 17,9) aittir. Kadınlarda en yüksek hız İspanya-Navarra’da gözlenir iken (yüz binde 8,5), en düşük Hindistan’daki Ahmedabad bölgesindedir (yüz binde 0,2). Türkiye’de kadınlarda en yüksek YSİH İzmir’de (yüz binde 4,0), en düşük

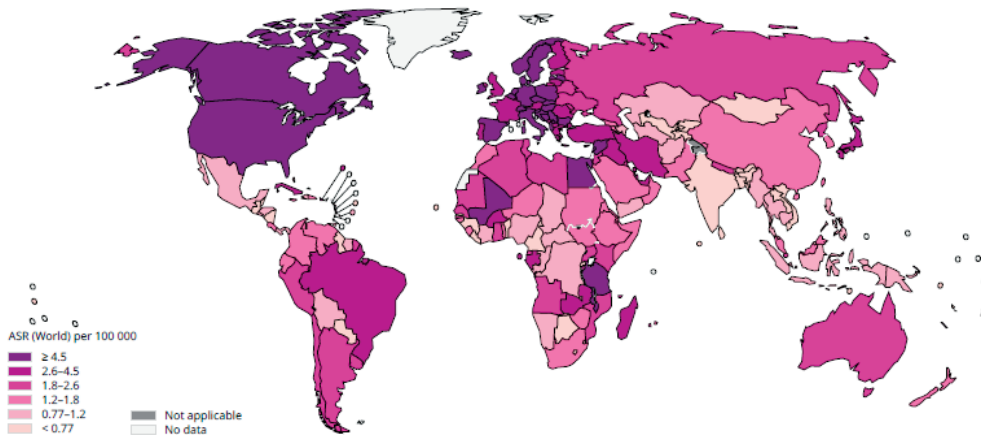
şük hız Samsun’da (yüz binde 2,3) gözlenmektedir (**Şekil 96.14**).⁽⁷⁾

Erkeklerde mesane kanseri insidansının çok yüksek olduğu İtalya’da (Caserta) 40 yaşından sonra, İspanya’da (Navarra) 35 yaşından hızlar çok yükselmekte ve İtalya’da 80 yaşında yüz binde 600’ün üstüne çıkmaktadır. İtalya ve İspanya dışındaki merkezlerin verileri de erkeklerde 40 yaşından sonra yaş ilerledikçe hızların yükseldiğini göstermekte, Trabzon ve ABD’de (SEER-18) 85 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. İzmir ve Antalya’da en yüksek hızlar 80 yaşında gözlenmekte olup daha sonra düşme eğilimi göstermektedir. Bulgaristan’da 75 yaşında en yüksek düzeye ulaşan insidans hızı daha sonra azalmaktadır. Kadınlarda İspanya’da (Navarra) 20 yaşından sonra insidans hızının yükseldiği ve 45 yaşından sonra dik bir artış gösterdiği dikkati çekmektedir. Trabzon’da da 40 yaşından sonra hızla yükselen hızların 85 ya-

ERKEK

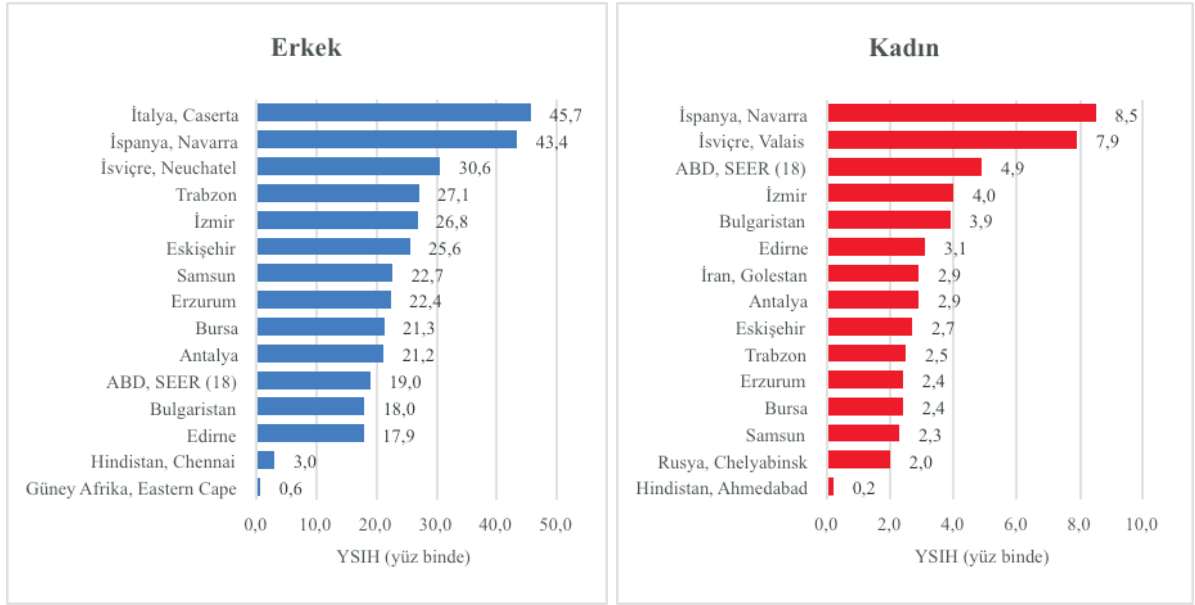


KADIN



Şekil 96.13 Dünya genelinde mesane kanser yaşa standardize insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>



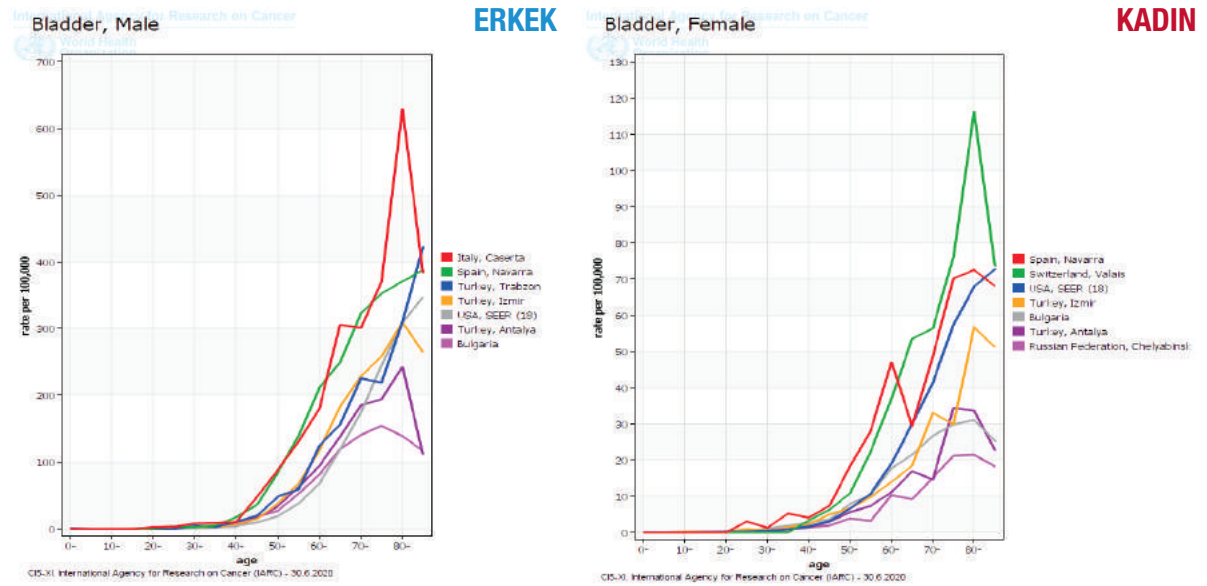
Şekil 96.14 Seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre mesane kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

şında yüz binde 70'in üstüne çıktığı görülmektedir (Şekil 96.15).⁽⁷⁾

Mide Kanseri

Mide kanseri, dünya genelinde erkeklerde en sık görülen dördüncü, kadınlarda yedinci sıradaki

kanser türüdür. YSIH erkeklerde yüz binde 15,7, kadınlarda yüz binde 7,0'dır. Olgu sayıları ise 2018 yılında erkeklerde 683754, kadınlarda 349947 olmak üzere toplam 1033701'dür. Dünya genelinde mide kanseri nedeni ile 782685 ölüm gerçekleşmiştir. Türkiye'de mide kanseri erkeklerde en sık görülen



Şekil 96.15 Seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre mesane kanseri yaşa özel insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

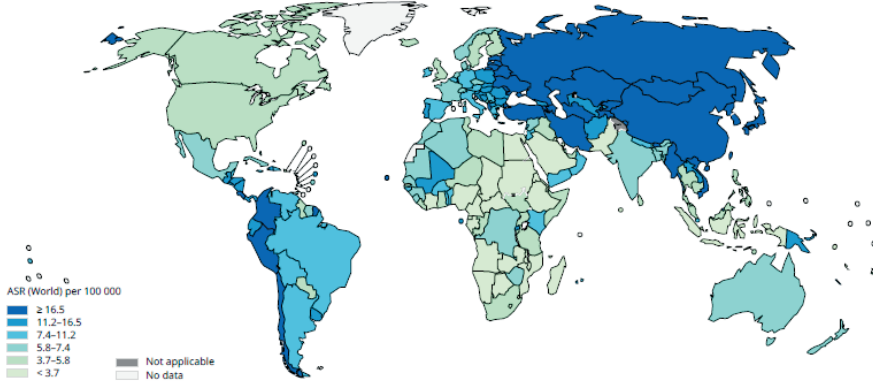
beşinci kanser türü olup YSİH yüz binde 17,6 olarak hesaplanmıştır. Kadınlarda ise en sık altıncı kanser türüdür ve YSİH yüz binde 8,4'tür (Şekil 96.16).⁽⁸⁾

CI5'da XI'de yer alan kanser kayıt merkezleri arasında en yüksek YSİH Çin'de (yüz binde 151,9), en düşük hız Hindistan'da gözlenmektedir. Tür-

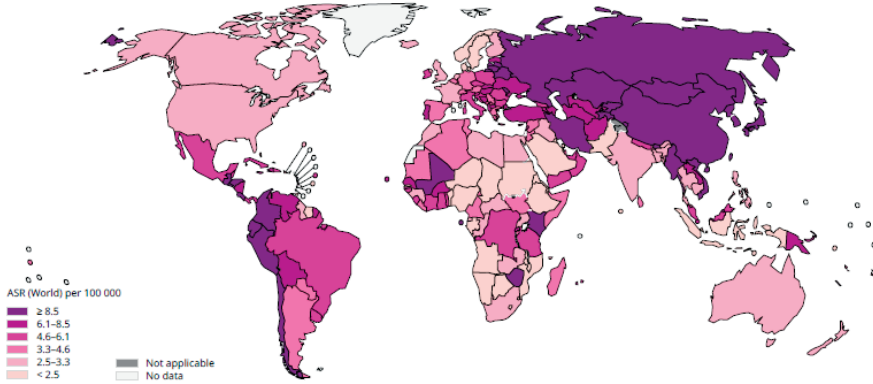
kiye'de Erzurum ve Trabzon, her iki cinsiyette de en yüksek insidans hızlarının görüldüğü illerdir (Şekil 96.17).⁽⁷⁾

Erkeklerde mide kanseri yaşa özel insidans hızları Çin ve Japonya'da 40 yaşından sonra çok yükselmektedir. Çin'de 80 yaşında insidans hızı yüz

ERKEK

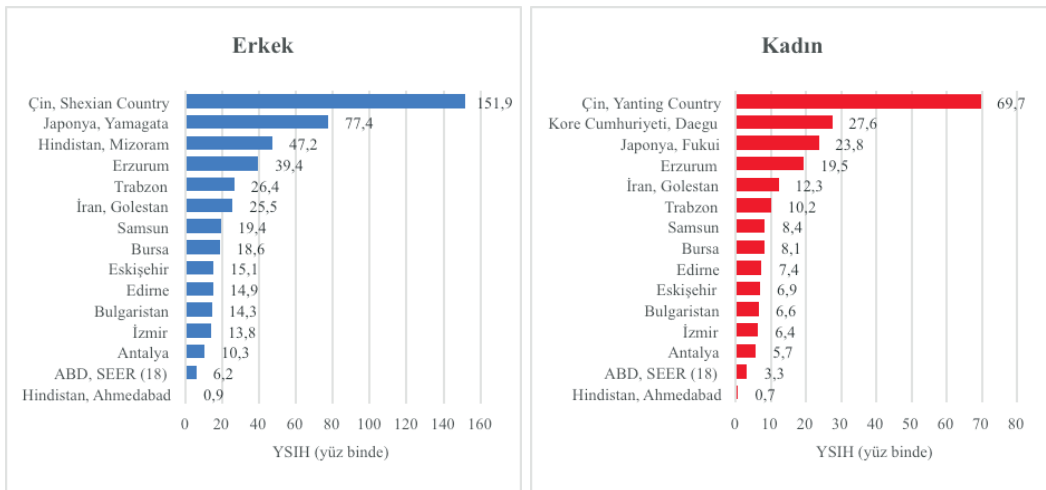


KADIN



Şekil 96.16 Dünya genelinde mide kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>



Şekil 96.17 Seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre mide kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)

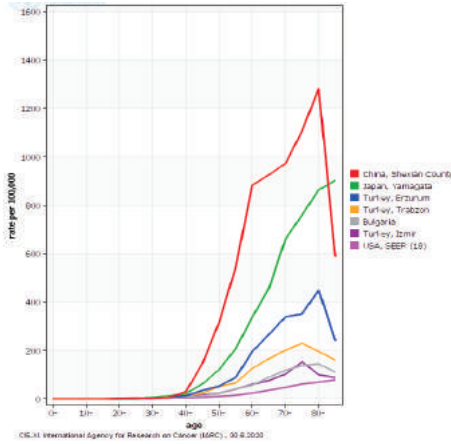
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

binde 1200'ün üstüne çıkıp, ardından düşmektedir. Erzurum'da 40 yaşından sonra artmaya başlayan hız 55 yaştan sonra daha da yükselmekte ve 85 yaşında yüz binde 400'ün üstüne çıkmaktadır. Kadınlarda 30 yaşından sonra Çin'de hızların çok yükseldiği ve 85 yaşında en yüksek düzeyine ulaştığı görülmektedir. Erzurum ve Trabzon'da gözlenen insidans hızları Çin ve Kore dışındaki merkezlerden yüksek olup, 80 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Şekil 96.18).⁽⁷⁾

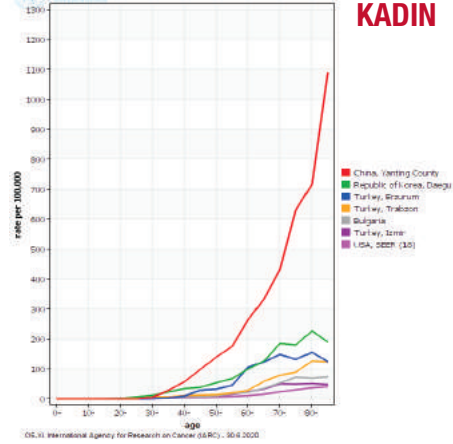
Tiroid Kanseri

Troid kanseri dünya genelinde kadınlar arasında en sık beşinci sırada görülen bir kanser türüdür. Dünyada 2018 yılında yeni ortaya çıkan olgu sayısı 130889 erkek, 436344 kadın olmak üzere toplam 567233'dir. YSİH erkeklerde yüz binde 3,1, kadınlarda 10,2 olup troid kanserine bağlı toplam 41071 ölüm gerçekleşmiştir. Ülkemizde troid kanseri YSİH erkeklerde yüz binde 5,7, kadınlarda 22,4'dir ve bu hızlar özellikle kadınlarda dünya geneline göre çok yüksektir (Şekil 96.19).⁽⁸⁾

ERKEK



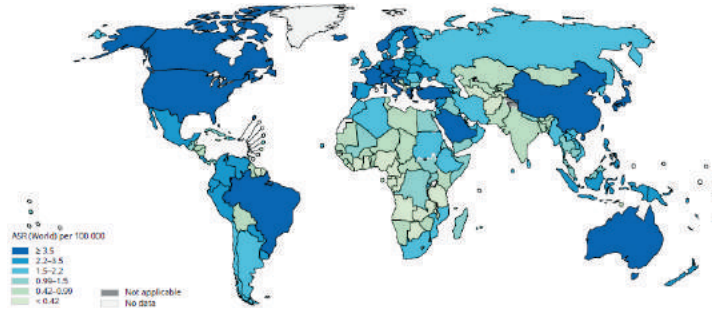
KADIN



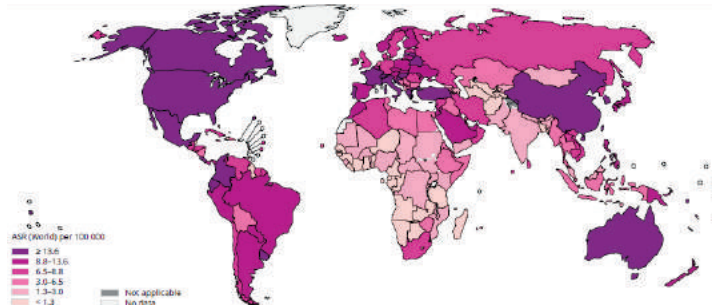
Şekil 96.18 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre mide kanseri yaşa özel insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

ERKEK



KADIN



Şekil 96.19 Dünya genelinde troid kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>

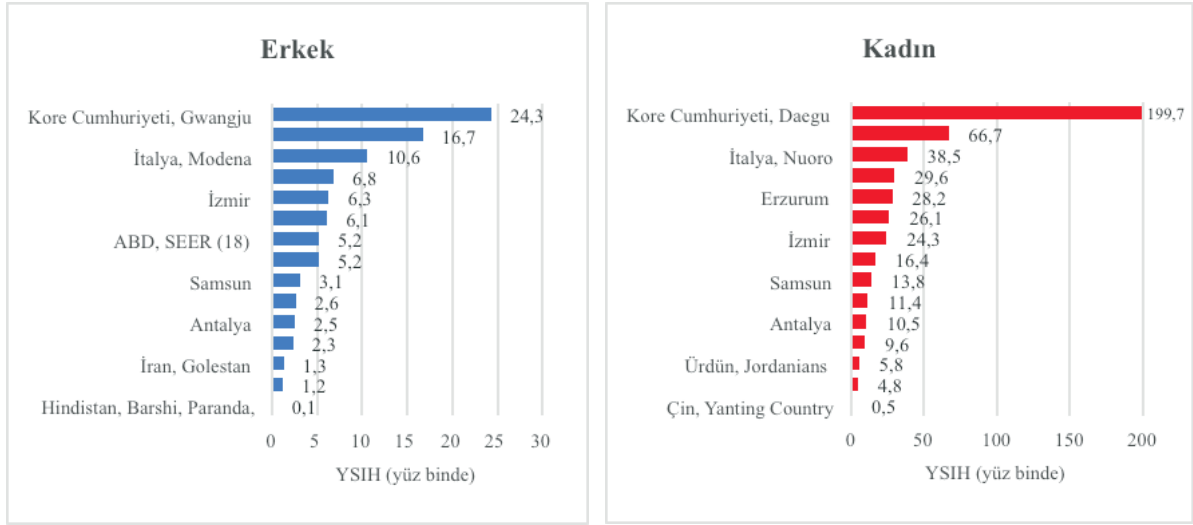
CI5'da XI'de yer alan kanser kayıt merkezleri arasında her iki cinsiyette de en yüksek YSIH Kore Cumhuriyeti'nde gözlenmektedir. En düşük hız erkeklerde Hindistan'da, kadınlarda Çin'dedir. Türkiye'de ise her iki cinsiyette de en yüksek insidans hızları Trabzon'da, en düşük hızlar Bursa'da görülmektedir (Şekil 96.20).⁽⁷⁾

Tiroid kanseri insidansı her iki cinsiyette de genç yaşlarda çok yüksektir. Kore ve Brezilya'da erkeklerde beş yaşından, kadınlarda on yaşından

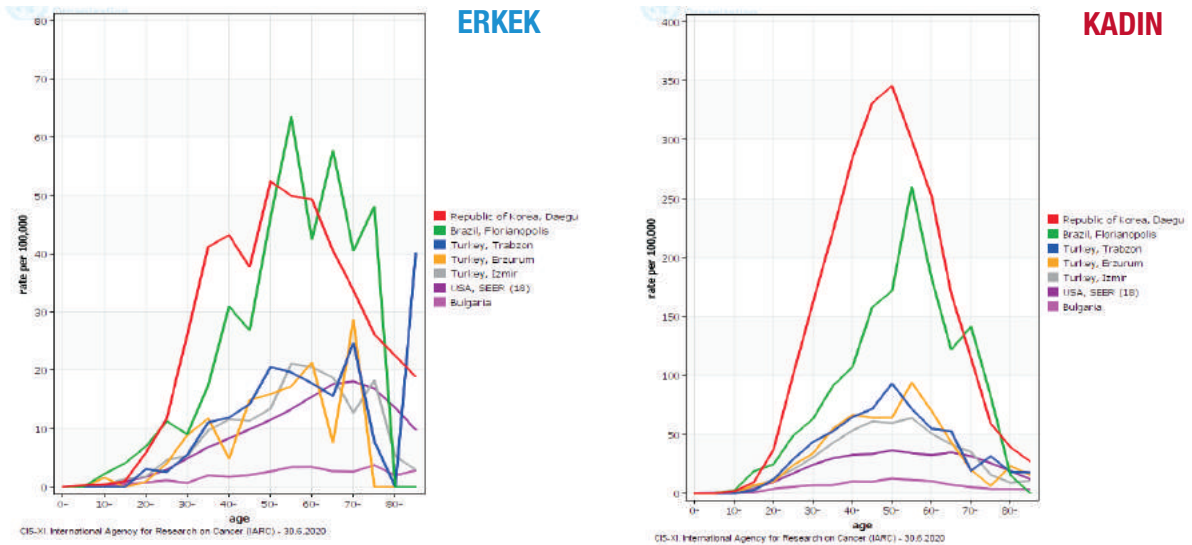
sonra hızlar artmaya başlamaktadır. Her iki cinsiyette de 50-60 yaş arasında hızlar en yüksek düzeye ulaşmakta, ardından yeniden düşmektedir. Bu durumun bir istisnası olarak Trabzon'da erkeklerde 80 yaşından sonra insidans hızı yükselmekte ve 85 yaşında yüz binde 40'a ulaşmaktadır (Şekil 96.21).⁽⁷⁾

Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür. İki bin on sekiz yılında küresel düzey-



Şekil 96.20 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre tiroid kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)
Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>



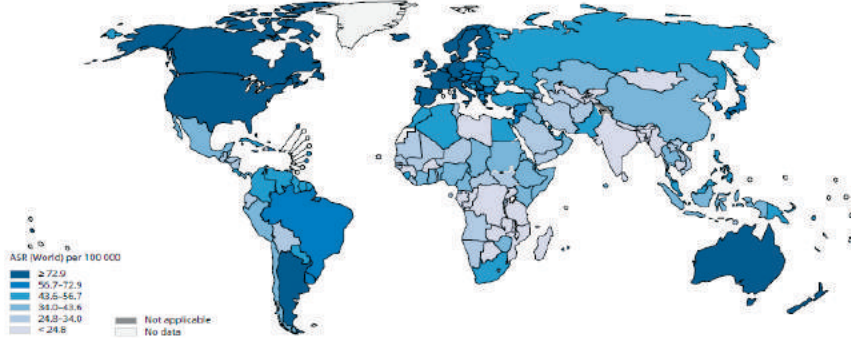
Şekil 96.21 Seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre tiroid kanseri yaşa özel insidans hızları.

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

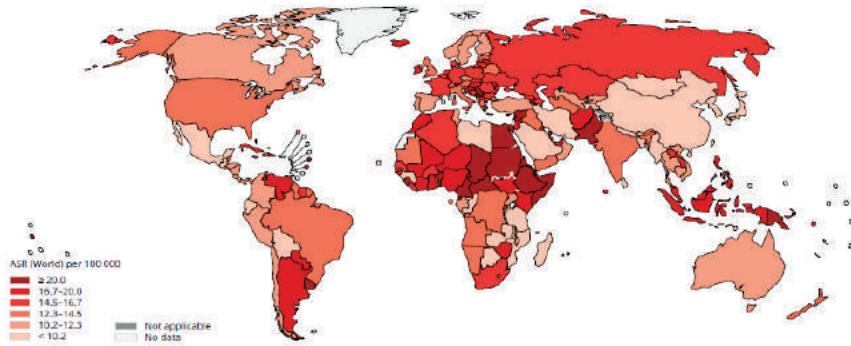
de yeni olgu sayısı 2088849, meme kanserine bağlı ölüm sayısı 626679 olarak saptanmıştır. YSIH gelişmiş ülkelerde yüksek olup, dünya genelinde yüz binde 46,3, Türkiye'de 45,6'dır. YSMH dünya genelinde yüz binde 13,0'dır. Afrika ülkelerinde en yüksek mortalite hızları gözlenmektedir (Şekil 96.22).⁽⁸⁾

Kanser kayıt merkezleri arasında en yüksek meme kanseri YSIH Yeni Zelanda'da (Maori), en düşük hız Hindistan'da (Tripura) gözlenmektedir. Türkiye'de en yüksek hız İzmir'e aittir (yüz binde 47,3) (Şekil 96.23).⁽⁷⁾

İnsidans

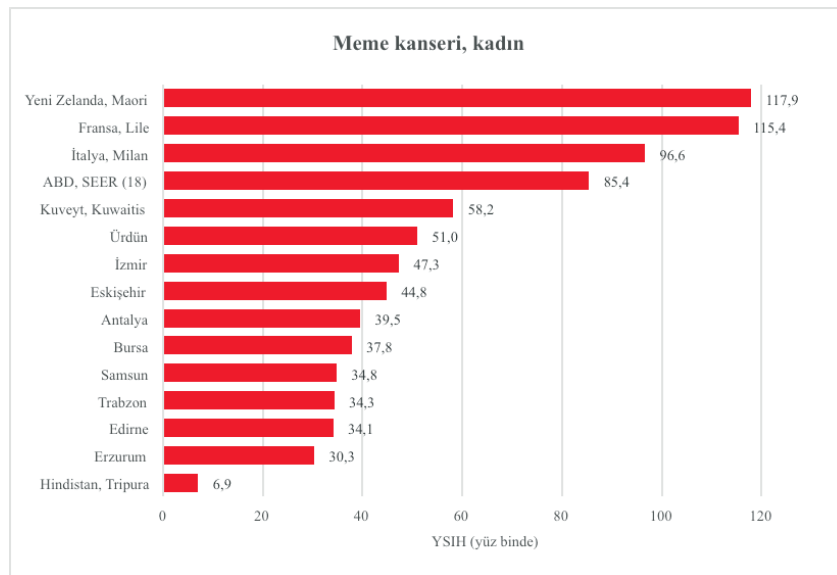


Mortalite



Şekil 96.22 Dünya genelinde meme kanseri yaşa standardize insidans ve mortalite hızları (yüz binde)

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>



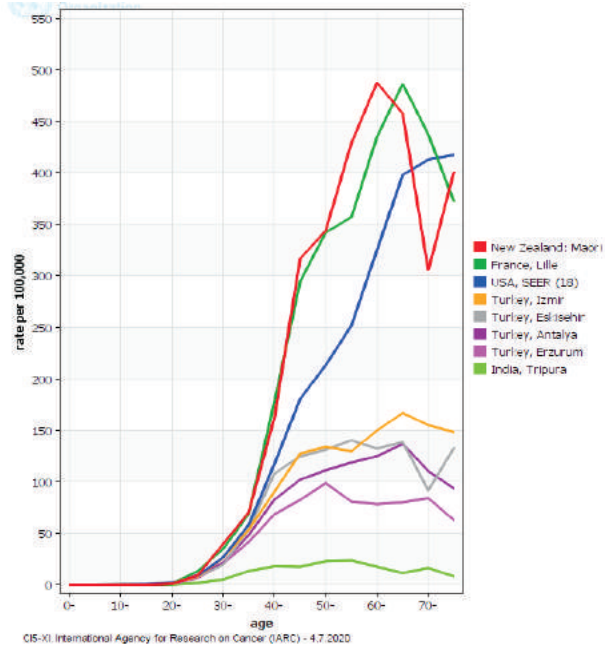
Şekil 96.23 Seçili kanser kayıt merkezinin verilerine göre meme kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

Meme kanseri yaşa özel insidans hızları yirmi yaşından sonra hafifçe yükselmeye başlamakta, gelişmiş ülkelerde özellikle 35 yaşından sonra hızla artmaktadır. İnsidans hızları Yeni Zelanda'da 60, Fransa'da 65, ABD'de 75 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Ülkemizde gözlenen insidans hızları Erzurum'da 50, Eskişehir'de 55, İzmir ve Antalya'da 65 yaşında en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Düşük insidans hızlarının gözleendiği Hindistan'da 55 yaş civarında yüksek hızlar görülmektedir. (7) **Şekil 96.24**'te sunulan meme kanseri yaşa özel insidans hızları grafiğinde de açıkça görüldüğü gibi, yaygın olarak öne sürülen, ülkemizde gençlerde meme kanseri sıklığının (riskinin) gelişmiş ülkelerdekinden yüksek olduğu iddiası doğru değildir.

Serviks Kanseri

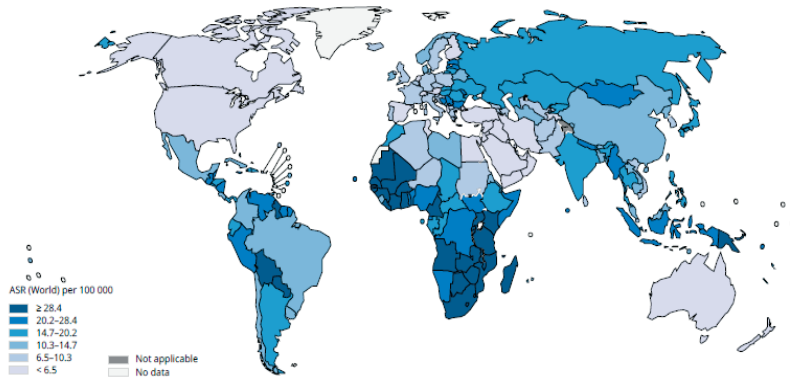
Serviks kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülen dördüncü sıradaki kanser türüdür. İki bin on sekiz yılında toplam vaka sayısı 569847, serviks kanserine bağlı ölüm sayısı 311365'dir. YSİH küresel düzeyde 6,9 olup, Türkiye'de 2,5'tir. Özellikle Afrika ülkelerinde serviks kanseri insidans ve mortalitesi çok yüksektir (**Şekil 96.25**).



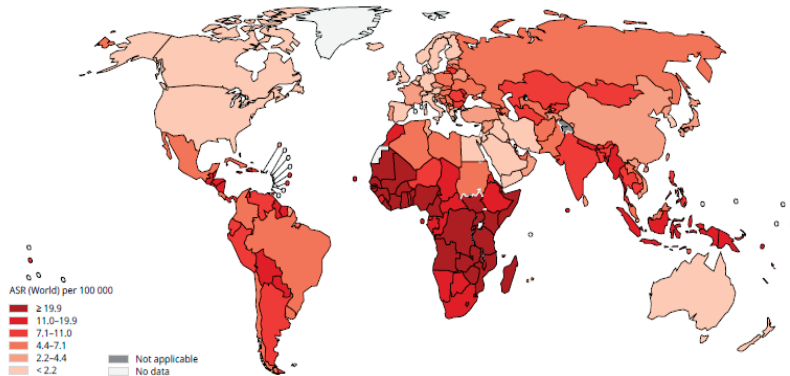
Şekil 96.24 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre meme kanseri yaşa özel insidans hızları (yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

İnsidans



Mortalite

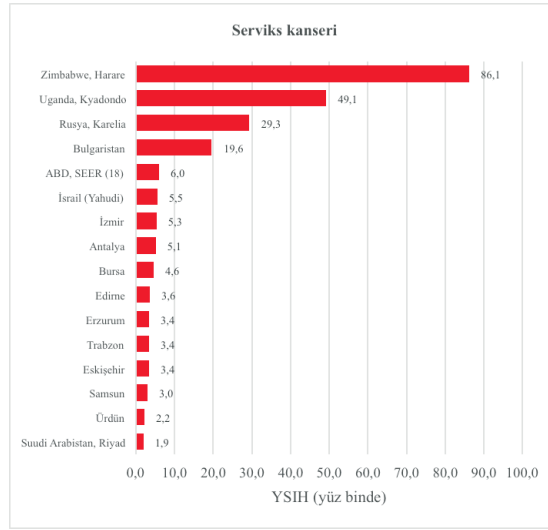


Şekil 96.25 WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>

Kaynak: WHO. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>

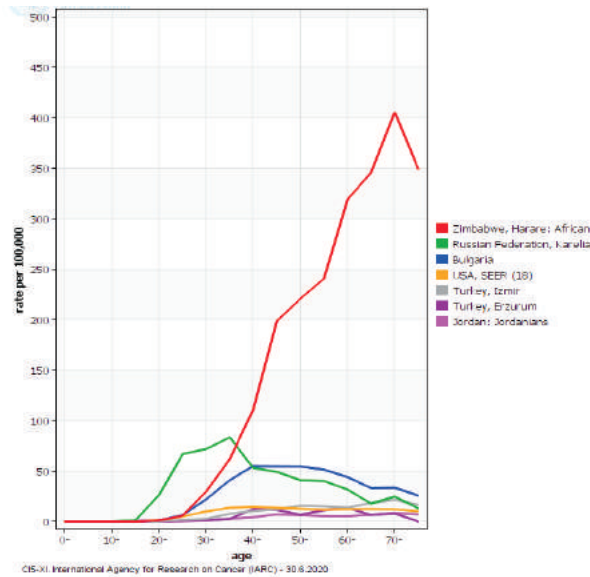
CI5'da XI'de yer alan kanser kayıt merkezleri arasında en yüksek servikal kanser YSIH Zimbabwe-Harare'de, en düşük Suudi Arabistan'da gözlenmektedir. Ülkemizin yanı sıra ABD-SEER-18'de ve İsrail'de Yahudiler arasında serviks kanseri insidansının düşük olduğu izlenmektedir. Ülkemizde serviks kanseri YSIH, diğer illerle kıyaslandığında İzmir ve Antalya'da yüksektir (sırasıyla yüz binde 5,3 ve 5,1) (Şekil 96.26).⁽⁷⁾

Zimbabve'de 20 yaşından sonra serviks kanser yaşa özel insidans hızı artmakta ve 70 yaşında yüz binde 400 düzeyine ulaşmaktadır. Rusya-Karelia'da insidans hızları 15 yaşında hızla yükselip 35 yaşında en yüksek düzeye ulaşması dikkat çekmektedir. Bulgaristan'da 40-50 yaşları arasında hızlar yüksek seyretmektedir. ABD-SEER 18, İzmir, Erzurum ve Ürdün'de gözlenen hızların diğer merkezlerin verilerine göre oldukça düşük olduğu görülmektedir (Şekil 96.27).⁽⁷⁾



Şekil 96.26 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre serviks kanseri Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde)

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>



Şekil 96.27 Seçili kanser kayıt merkezlerinin verilerine göre serviks kanseri yaşa özel insidans hızları

Kaynak: Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>

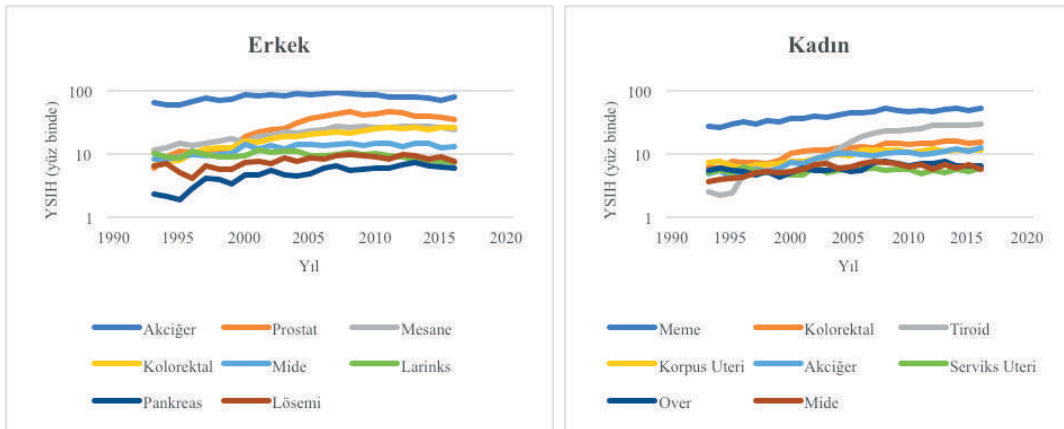
Zaman Eğimleri

Kanser insidansındaki zaman eğimleri, ülkemizde ilk kurulan kanser kayıt merkezi olduğu için en uzun süreli incelemenin yapılabileceği İzmir Kanser Kayıt Merkezi verileri üzerinden yapılmıştır. İzmir'deki trend, ulusal düzeydeki verilerin zamansal değişimi ile de benzerlik göstermektedir. İzmir'de sık görülen kanserlerin insidanslarının zaman eğimleri 1993-2016 yıllarını kapsayacak şekilde özetlenmiştir. Mortalite hızlarındaki değişim ise Dünya Sağlık Örgütü'nün mortalite veri tabanında Türkiye geneli için sunulan istatistiklerden yararlanarak sunulmuştur ve 2009-2016 yıllarını kapsamaktadır.⁽¹²⁾

Şekil 96.28'de İzmir'de sık görülen kanserlerin yıllara göre insidans hızlarındaki değişim görülmektedir. Buna göre 1993-2007 yılları arasında erkeklerde akciğer, mesane, prostat, kolorektal kanserlerinde belirgin artış vardır. Prostat kanseri insidansının artış eğilimi 2003-2009 yılları arasında daha fazla artmıştır. Larinks kanseri insidansında yıllara göre önemli değişim gözlenmez iken, pankreas kanserinin 1995 yılından sonra artış eğiliminde olduğu izlenmektedir. Kadınlarda meme, kolorektal, uterus korpusu, akciğer ve tiroid kanserlerinin insidansında belirgin artış eğilimi vardır. Tiroid kanseri insidansının 2003 yılından sonra önemli ölçüde arttığı görülmektedir. Serviks kanseri insidansı ise yıllara göre önemli değişim göstermemektedir. İzmir'de 2008-2016 yılları arasındaki trend incelendiğinde erkeklerde iki binli yılların sonundan itibaren akciğer ve prostat kanserleri insidanslarında belirgin, mesane kanseri insidansında hafif düşüş eğilimi görülmektedir. Kolorektal kanser insidansının özellikle 2003 yılından sonra

gösterdiği artış eğilimi 2011'den itibaren durağan hale gelmektedir. Larinks kanseri insidansının 2013 yılından sonra hafifçe düştüğü izlenmektedir. Kadınlarda, meme kanseri insidansının 2009 yılındaki hafif düşüşten sonra durağan bir hızla seyretmediği görülmektedir. Tiroid kanseri insidansı 2009 yılından sonra daha önce gösterdiği keskin artış hızında bir miktar azalma olsa da artmaya devam etmektedir. Kolorektal ve akciğer kanseri insidansları serinin en başından itibaren belirgin bir ivme ile artış göstermektedir. Serviks kanseri insidansı durağan seyrederken, 2003-2006 yıllarında hızla artan uterus korpusu kanseri insidansının 2007 durağan hızla seyrettiği izlenmektedir (**Şekil 96.28**).

Şekil 96.29'da ülkemizde sık görülen kanserlerin 2009-2015 yılları arasındaki YSMH sunulmuştur. Erkeklerde akciğer kanseri mortalite hızlarında 2009-2013 yılları arasında, mesane kanseri mortalite hızında 2009-2015 yılları arasında az da olsa artış vardır. Bu artış, akciğer ve mesane kanserlerinin insidansında 2008 yılından sonra gözlenen azalmanın gerçek olmadığını ve düşüş eğiliminin veri toplama pratiğindeki (özellikle bilişim sistemlerindeki gelişmelerle birlikte daha iyi duplikasyon kontrolü ve hasta adreslerinin daha doğru kaydedilebilmesine bağlı olarak) değişim ile açıklanması gerektiğine işaret edebilir. Akciğer kanseri mortalitesinde 2014 ve 2015 yıllarında gözlenen hafif azalma trendi, kalıcı olması durumunda, 18 yıldır uygulanan tütün kullanımının kontrolüne yönelik gerçekleştirilen çalışmaların erken dönemdeki olumlu yansıması olarak değerlendirilebilir. Kadınlarda en fazla ölüme neden olarak kanser türleri olan akciğer ve meme kanserlerinin mortalite hızları birbirine çok yakındır ve her iki kansere ait hızlarda hafif bir artış gözlenmektedir. Öte yandan, yukarıda sözü edilen,



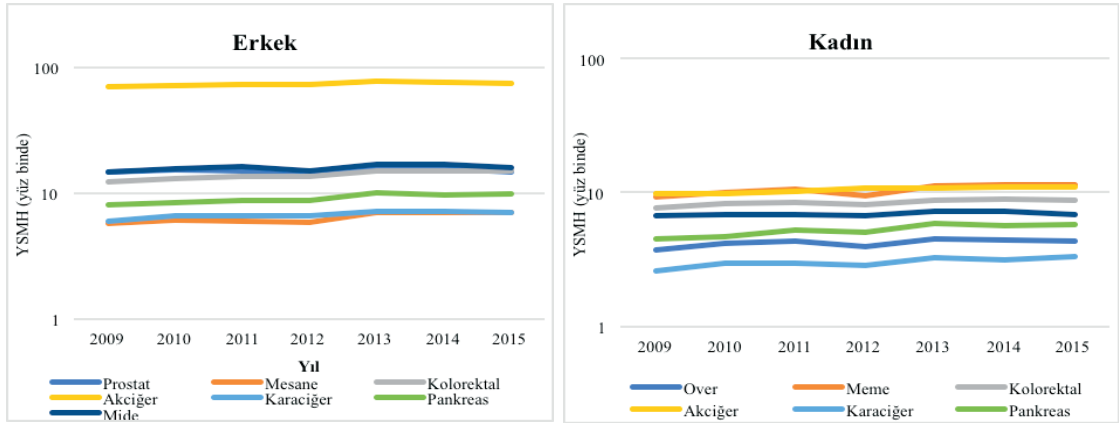
Şekil 96.28 İzmir'de sık görülen kanserlerin yıllara göre Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, yüz binde), 1993-2016

ülkemizde meme kanseri insidansının genç yaşlarda gelişmiş ülkelerdekinden daha yüksek olduğu hatalı iddiası gibi, meme kanseri insidansının genç yaş gruplarında daha büyük bir ivme ile arttığı da iddia edilmektedir. Güneydoğu Avrupa ülkelerindeki meme kanseri insidans ve mortalite hızlarının incelendiği bir çalışmada, Türkiye’de, en yüksek ivmeli ortalama yıllık yüzde değişimin (AAPC, Average Annual Percent Change) 50-59 yaş grubu için %3,8 olarak saptanmış olması (15-39 yaş grubu için %2,5, 40-49 yaş grubu için %3,4), yüksek insidans artışlarının daha genç yaşlarda değil de tarama grubunda (50-69 yaş) olduğunu ortaya koymaktadır. (13) Her iki cinsiyette de gözlenen kolorektal kanser mortalite hızındaki yükselme, insidanda görülen artış ile tutarlıdır ve gerçek bir risk artışını ortaya koymaktadır. Pankreas kanseri insidansı ve mortalitesinde her iki cinsiyette izlenen yükselmeye tan

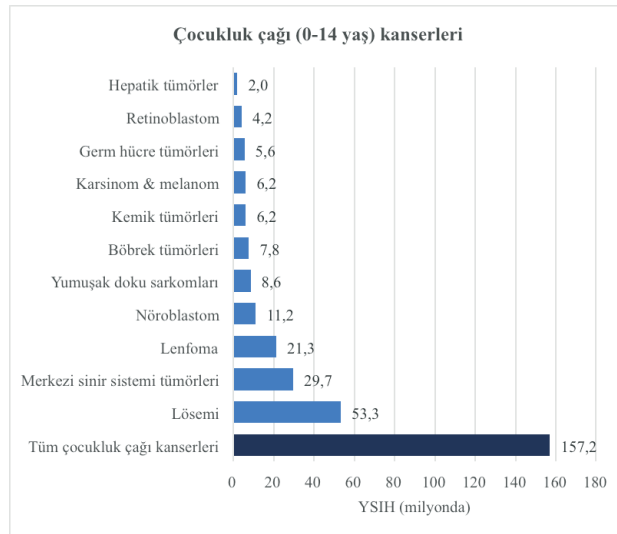
artışının etkili olabileceği söylenebilir ancak risk artışının da söz konusu olup olmadığına dair ileri çalışmalara gerek vardır (Şekil 96.29). (12)

Çocukluk Çağı Kanserleri

Bu bölümde ülkemizde çocukluk çağı (0-14 yaş) kanserlerine ilişkin YSİH’ları sunulmuştur. Türkiye için verilen hızlar sekiz kanser kayıt merkezinin (İzmir, Antalya, Trabzon, Samsun, Bursa, Erzurum, Ankara) 1992-2012 verilerinin yanı sıra Edirne Kanser Kayıt Merkezi’nin 2004-2012 yılları arasındaki verilerini içermektedir. (9) Ülkemizde 0-14 yaş grubu çocuklarda tüm kanser için YSİH milyonda 157,2’dir. En sık ortaya çıkan ilk üç kanser türü lösemi (milyonda 53,3), merkezi sinir sistemi tümörleri (milyonda 29,7) ve lenfomadır (milyonda 21,3) (Şekil 96.30).



Şekil 96.29 Türkiye’de sık görülen kanserlerin yıllara göre Yaşa Standardize Mortalite Hızları (YSMH, yüz binde), 2009-2015.



Şekil 96.30 Türkiye’de çocukluk çağı (0-14 yaş) kanserlerinin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSİH, milyonda)

Kaynak: International Incidence of Childhood Cancers 3, <https://iicc.iarc.fr/>

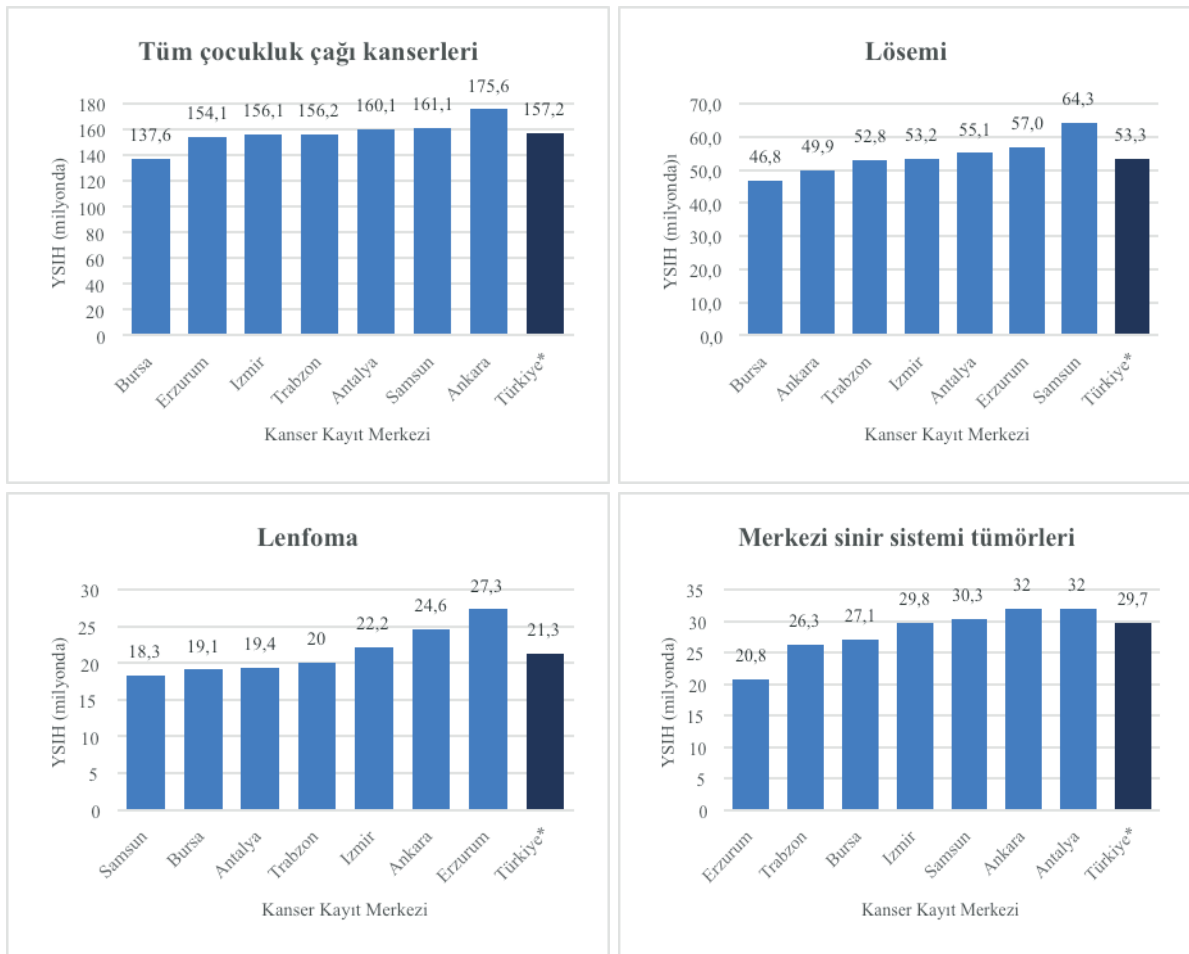
İllere göre değerlendirildiğinde tüm çocukluk kanserleri için en yüksek hız Ankara'da (milyonda 175,6), en düşük hız Bursa'da (milyonda 137,6) izlenmektedir. Lösemi insidansı Bursa'da 46,8, İzmir'de 53,2, Samsun'da 64,3'tür. Lenfoma insidansının en yüksek olduğu il Erzurum (milyonda 27,3), en düşük Samsun (milyonda 18,3); merkezi sinir sistemi tümörlerinin insidansının en yüksek olduğu iller Antalya ve Ankara (milyonda 32,0), en düşük il ise Erzurum'dur (milyonda 20,8) (Şekil 96.31).

Sağkalım

Bu bölümde sunulan sağkalım hızları, tedavi başarısını ölçen klinik sağkalımdan farklı olarak sağlık

sistemlerinin etkinliğinin ve toplumdaki kanser kontrolü aktivitelerinin başarısının göstergesi olan "Net (Rölatif) Sağkalım" hızlarını ifade eder. Net sağkalım hızlarının yüksek olması, kanserlere yönelik erken tespit, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin etkinliğini gösterir.

Tablo 96.1'de CONCORD 3'te yer alan ve Türkiye nüfusunun %23,4'ünü oluşturan dokuz kanser kayıt merkezinin (Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon) 2010-2014 yılları arasındaki verileri kullanılarak hesaplanmış olan yaşa standardize beş yıllık net sağkalım hızları (%) görülmektedir. Beş yıllık sağkalım hızı prostat ve meme kanserlerinde yüksek iken (sırasıyla %83,8 ve %82,1), pankreas ve akciğer kanserlerinde



Şekil 96.31 İllere göre tüm çocukluk çağı kanserleri ile lösemi, lenfoma ve merkezi sinir sistemi tümörlerinin Yaşa Standardize İnsidans Hızları (YSIH, milyonda)

Kaynak: International Incidence of Childhood Cancers 3, <https://iicc.iarc.fr/>

* Türkiye'deki sekiz kanser kayıt merkezinin (İzmir, Antalya, Trabzon, Samsun, Bursa, Erzurum, Ankara) 1992-2012 verileri ve Edirne Kanser Kayıt Merkezi'nin 2004-2012 yılları arasındaki verilerini içerir.

çok düşüktür (sırasıyla %10,4 ve 14,9). Yetişkinlerde (15-99 yaş arası) beş yıllık net sağkalım hızı lenfoid lösemi için %54,5, myeloid lösemi için %54, beyin kanseri için %35,6'dır. Çocukluk çağı kanserlerinde ise beş yıllık net sağkalım hızı lenfomada en yüksek olup (%82,9), lösemi için %80,9, beyin kanseri %62,5'dir (Tablo 96.1).

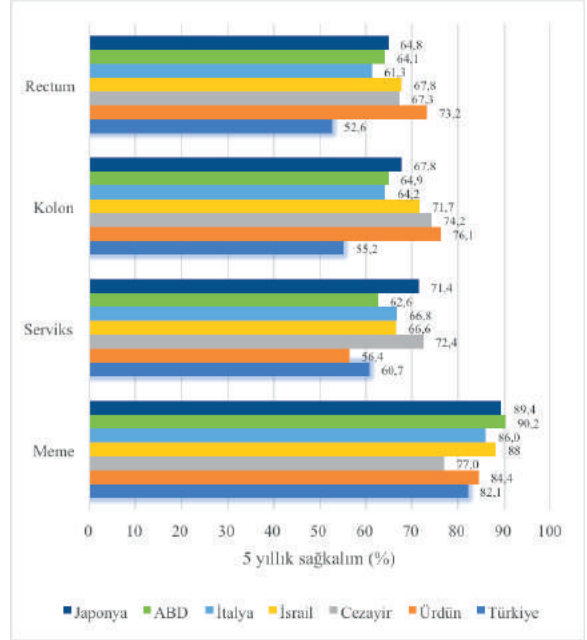
Tablo 96.1 Türkiye'de dokuz kanser kayıt merkezinin verilerine göre beş yıllık net sağkalım hızları, 2010-14

Kanser türü	5 yıllık net sağkalım (%)
Tüm yaşlar	
Prostat	83,8
Meme	82,1
Over	69,7
Deri Melanomu	60,7
Serviks	60,7
Kolon	55,2
Rectum	52,6
Mide	24,6
Özafagus	19,0
Karaciğer	15,9
Akciğer	14,9
Pankreas	10,4
15-99 yaş arası yetişkinler	
Lenfoid Lösemi	54,5
Myeloid Lösemi	54,0
Beyin	35,6
Çocukluk çağı (0-14 yaş)	
Lenfoma	82,9
Akut Lenfositör Lösemi	80,9
Beyin	62,5

Kaynak: Concord 3

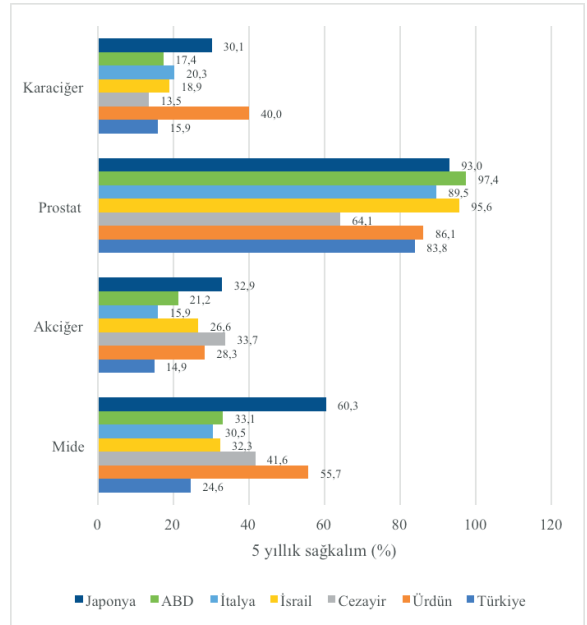
Şekil 96.32'de erken tespit programları olan kanserlerin 15-99 yaş arası yetişkinlerdeki beş yıllık net sağkalım hızları sunulmuştur. Beş yıllık sağkalım rektum ve kolon kanserlerinde en yüksek Ürdün'de (sırasıyla %73,2 ve %76,1), en düşük Türkiye'de (sırasıyla %52,6 ve %55,2); serviks kanserinde en yüksek Cezayir'de (%72,4), en düşük Ürdün'de (%56,4); meme kanserinde en yüksek ABD'de (%90,2), en düşük Cezayir'dedir (%77,0) (**Şekil 96.32**).

Şekil 96.33'de sık görülen bazı kanserlerin yetişkinlerde beş yıllık net sağkalım hızları sunulmuştur. Akciğer ve mide kanserlerine ait en düşük sağkalım hızları Türkiye'ye aittir (sırasıyla %14,9 ve 24,6). Karaciğer ve prostat kanserlerinde ise Cezayir'den sonra yine en düşük hızların Türkiye'de olduğu görülmektedir (**Şekil 96.34**).



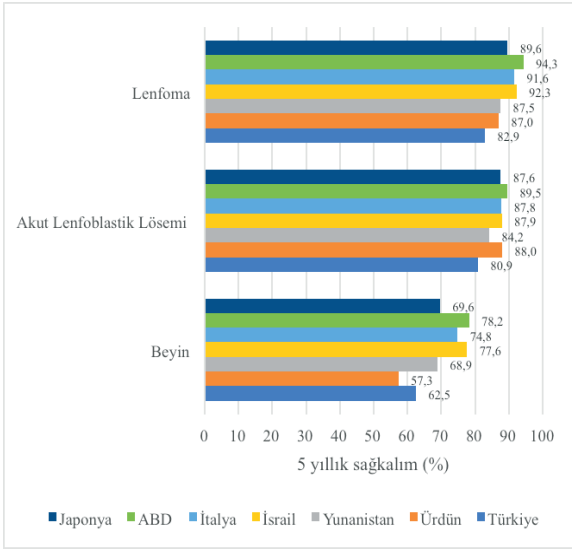
Şekil 96.32 Çeşitli ülkelerde 15-99 yaş arası yetişkinlerde erken tespit programları kapsamındaki kanserlerin beş yıllık net sağkalım hızları (yüzde), 2010-2014

Kaynak: Concord 3



Şekil 96.33 Çeşitli ülkelerde sık görülen kanserlerin yetişkinlerde beş yıllık net sağkalım hızları

Kaynak: Concord 3



Şekil 96.34 Çeşitli ülkelerde çocukluk çağı (0-14 yaş) kanserlerinin beş yıllık net sağkalım hızları

Kaynak: Concord 3

Kanserden Koruma

Bu bölümde kanser hastalıklarının kontrolüne yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetlerine yer verilmiştir. Bu hizmetlerinin başarısının her şeyden önce güçlü bir kanser sürveyans sisteminin varlığına bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Birincil Koruma

Birincil koruma, hastalık ya da sakatlığın önlenmesi amacıyla gerçekleştirilen tüm aktiviteleri içerir. Kanser hastalıkları açısından birincil koruma, kansere neden olan risk faktörlerine maruziyetin en aza indirilmesini veya bütünü ile ortadan kaldırılmasını ifade eder. Bu yaklaşım, uzun erimde halk sağlığı açısından en yararlı ve maliyet etkin uygulamaları içerir. Dünya Sağlık Örgütü, kanserin önlenmesine yönelik programların tütün kullanımının kontrolü, sağlıklı beslenmenin teşviki, fiziksel aktivite ve obezitenin önlenmesi, alkol kullanımının azaltılması, mesleki ve çevresel karsinojenlere maruziyetin azaltılması, hepatit B virüsüne karşı bağışıklama, şistosomiyazis ile mücadele, uzun süre güneş ışığına maruziyetin önlenmesi ve kanserle ilişkili cinsel ve üreme faktörlerine ilişkin sağlık eğitimi konularını kapsamalı gerektiğini vurgular. ⁽¹⁴⁾ Türkiye’de sigara, obezite, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve hava kirliliği, kanser yükünü artıran en önemli risk faktörleridir. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada 2019 yılında tütün ile ilişkili kanserler grubunda-

ki yeni tanı kanser olgularının erkeklerde %54,2-61,9’unun, kadınlarda %23,2-30,6’sının; obezite ile ilişkili kanserler grubundaki yeni tanı kanser olgularının erkeklerde %22-22,4’ünün, kadınlarda ise %23,7-24,3’ünün korunabilir olgular olduğu hesaplanmıştır. ⁽¹⁵⁾ Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda kanserin önlenmesine yönelik çalışmalar tütün ve alkol kullanımının kontrolüne, obezite ile mücadeleye, asbest ve radon maruziyetinin engellenmesine odaklanır. Bunun yanı sıra solaryum merkezlerinin ve elektromanyetik alanların sağlık etkilerinin belirlenmesine yönelik stratejileri içerir. ⁽¹⁶⁾ Virüs ilişkili kanserlerin önlenmesi açısından değerlendirildiğinde ülkemizde Hepatit B Virüsü aşısı 1998 yılında ulusal aşı programına alınmıştır. Serviks kanseri etkeni olan Human Papilloma Virüsü için geliştirilen aşı, ulusal aşı programımıza dahil değildir. Ülkemizde servikal kanser insidansı ve mortalitesinin düşük olup artma eğimi göstermesinin yanı sıra yüksek riskli karsinojenik Human Papilloma Virüs tiplerinin toplumumuzdaki düşük prevalansı da bu pahalı aşığı ulusal aşı programına almanın bir öncelik olmadığına işaret eder. ⁽¹⁷⁾

İkincil Koruma

İkincil koruma, hastalıkların ilerlemeden, en erken evrelerde tespit edilerek tedavi edilmesidir. Kanser hastalıklarına yönelik ikincil koruma stratejileri, kanseri en erken dönemde saptayarak hastalığın sonucunu iyileştirilmesini amaçlayan erken tespit (early detection) ve tedavi programlarını içerir.

Erken tespit, iki şekilde uygulanabilir. Bunlardan birincisi, semptomatik bireylerin saptanarak erken tanı konması, ikincisi risk altındaki asemptomatik bireylerin taranması ve yolu ile kanserin erken evrede yakalanmasıdır. Erken tanıya yönelik uygulamalar hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının farkındalığını artırılarak semptomlar ortaya çıktığında bireylerin hastalığın erken evresinde sağlık kuruluşuna başvurmalarını sağlanmayı amaçlanır. Tarama ise preklinik evredeki, henüz belirtileri olmayan sağlam kişilere verilen hizmetlerdir. ⁽¹⁸⁾ Belirli kanser türleri için tarama testlerinin uygulanması, kanserin insitu veya erken evrede yakalanmasını sağlayarak tedavinin etkinliğini artırır. ⁽¹⁴⁾ Taramalar fırsatçı ya da toplum tabanlı olarak uygulanabilir. Fırsatçı taramalar, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuran kişilere yapılır. Toplum tabanlı taramalar ise belirli bir hedef nüfusta, sağlıklı bireylerde asemptomatik kanserin

tespit edilmesi amacıyla uygulanır. Tarama yaş grubundaki tüm bireyler davet ile çağrılır ve etkinliği kanıtlanmış hızlı testler uygulanarak şüpheli vakalar saptanıp kesin tanı için sağlık kuruluşlarına yönlendirilir. Hedef popülasyonun tümüne eşitlikçi biçimde ulaşılabilmesi, toplum tabanlı taramalarla mümkündür.⁽¹⁸⁾

Kanser türlerinin erken tanı veya taramaya uygunlukları farklılık gösterir. Özofagus, akciğer ve over kanserleri gibi fatalitesi yüksek kanserler dışındaki pek çok kanser için evre düşürme (downstaging) programları yürütmek uygun iken, az sayıda kanser için etkinliği, yani mortalitede düşüş sağladığı kanıtlanmış tarama yöntemlerinin varlığı söz konusudur. Bu taramalara örnek olarak meme kanseri için mamografi, serviks kanseri için HPV veya pap smear testi, kolorektal kanserler için gaitada gizli kan testi (GGKT) ve kolonoskopi, akciğer kanseri için ağır sigara içicilerinde spiral tomografi ile tarama verilebilir.⁽¹⁸⁾

Ülkemizde meme, serviks ve kolorektal kanserleri, ulusal tarama programı kapsamındaki kanser türleridir. Ulusal tarama standartlarına göre meme kanseri için 40-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi; serviks kanseri için 30-65 yaş arası kadınların beş yılda bir kez HPV veya pap-smear testi; kolorektal kanserler için 50-69 yaş grubu tüm bireylerin iki yılda bir GGKT ve on yılda bir kolonoskopi ile taranması gerekmektedir (Tablo 96.2)⁽¹⁹⁾. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve sağlıklı hayat merkezlerinde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Ülkemizde halen 81 ilde en az bir tane olmak üzere 218 KETEM (120 KETEM sağlıklı hayat merkezi içinde), 36 mobil KETEM, toplamda 254 merkezde tarama programları yürütülmektedir.⁽²⁰⁾ Kanser Dairesi Başkanlığı verilerine göre 2017 yılında

2,197,753 kadın mamografi taramalarına, 2,866,757 kadın serviks kanseri taramalarına ve 1,875,767 kişi kolorektal kanser taramalarına katılmıştır.⁽²⁰⁾

Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda toplum tabanlı taramalarla hedef popülasyonun yüzde 70'ine ulaşılması öngörülmektedir.⁽²⁰⁾ Ancak ülkemizde erken tespit programları, erken tanı bileşeni göz ardı edilerek, tarama ağırlıklı olarak yürütülmektedir. Bu taramalar davetlerden başlayarak izlemlere kadar, organize bir toplum tabanlı tarama programı için gerekli basamakları içermemekte ve daha çok "tarama kriterlerine uygun kişilere testlerin önerilmesi" yoluyla "fırsatçı taramalar" olarak yürütülmektedir. Meme kanseri taramalarındaki bir başka sorun da, hastaların yaş dağılımından yola çıkılarak yapılan "Türkiye'de erken yaşta meme kanseri riskinin yüksek olduğu" yanlış yorumuna dayanarak, Kanser Daire Başkanlığı tarafından mamografi taraması için önerilen başlama yaşını 2012 yılında 50'den 40'a çekmiş olmasıdır.^(21,22) Oysa meme kanseri yaşa özel hızlarının incelendiği bölümde de belirtildiği gibi, gençlerde meme kanseri görülme sıklığı (dolayısıyla riski) daha yüksek değildir; genç yaş grubunda daha çok hasta görülmesi nüfusun genç olmasından kaynaklanmaktadır. Öte yandan, DSÖ, gelişmekte olan ülkeler için mamografi taramasını 50-69 yaş grubu için önerirken, elverişlilik, maliyet etkinlik, pilot çalışma yapılması, bütün bileşenlerin koordinasyonunun sağlanmış olması, gelişmiş bir sağlık sistemi, onaylanmış protokollerin varlığı, ölçülebilir performans ve yeterli örgütsel ve maddi kaynak gibi bileşenlerin mevcudiyetini de şart koşmaktadır. 40-49 yaş grubunda ise, tarama programını yalnızca gelişmiş ülkeler için, araştırma koşullarında yapılması koşulu ile önermektedir.⁽²³⁾ Mamografi taramasının 40-49 yaş için uygun bulunmamasının maliyet etkinliğinin düşük olması dışında; 40-49 yaş grubunda

Tablo 96.2 Türkiye'de ulusal tarama standartları belirlenmiş kanserlerin hedef popülasyonu, uygulanan tarama testleri ve tarama aralıkları

Kanser türü	Hedef nüfus	Tarama testi	Tarama sıklığı
Meme	40-69 yaş arası kadınlar (40 ve 69 yaşları dahil)	Mammografi	İki yılda bir kez
Serviks	30-65 yaş arası kadınlar (30 ve 65 yaşları dahil)	Pap-smear	Beş yılda bir kez
		HPV testi	Beş yılda bir kez
Kolorektal	50-70 yaş arası bireyler (50 ve 70 yaşları dahil)	Gaitada Gizli Kan Testi	İki yılda bir kez
		Kolonoskopi	On yılda bir kez

mamografi taraması etkinliği için güçlü kanıtlar olmaması, meme dokusunun daha yoğun olması nedeniyle, mamografi testinin duyarlılığının ve seçiciliğinin düşük olması ve ortaya çıkan olguların kalıtsal nedenselliğinin daha yüksek olması, buna bağlı olarak çok daha agresif kanserler olmaları, dolayısıyla rutin tarama programlarıyla yakalanmalarının zorluğu olarak sıralayabileceğimiz başka önemli nedenleri de vardır. Bu doğrultuda birçok gelişmiş ülkede, meme kanseri taraması 50 yaşında başlatılmaktadır.^(23,24)

Bu tür yapısal sorunların yanı sıra, ülkemizde taramalara katılımın da düşük düzeylerde olduğu izlenmektedir. 2017 yılında yapılan uluslararası bir çalışmada, 50 yaş üzeri kadınların %33,3'ünün mamografi, 20-69 yaş grubu kadınların %48'inin servikal kanser için, 50-74 yaşındaki bireylerin %20'sinin kolorektal kanser için tarama testi yaptırdığı bildirilmektedir.⁽²⁴⁾ Karabük'ün Safranbolu İlçesinde toplum tabanlı olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, Ocak 2011-Haziran 2016 arasında arasındaki 5,5 yıllık süre boyunca en az bir kez toplum tabanlı tarama yaptırmaya sıklığı serviks kanseri için %26 (30-65 yaş arası kadınlarda), meme kanseri için %28 (40-69 yaş arası kadınlarda), kolorektal kanser için %32 (50-70 yaş arası bireylerde) olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada aile hekimleri tarafından taramaya davet kapsayıcılığı ve davetten sonra tarama yaptırmaya gidenlerin düzeyi çok düşük bulunmuştur. Serviks kanseri için toplum tabanlı taramaya davet kapsayıcılığı %39, davetten sonra tarama yaptırmaya düzeyi %17, davet edilmeksizin toplum tabanlı tarama yaptıranların düzeyi %12 ve hastanede fırsatçı tarama yaptıranların düzeyi ise %35 olarak bulunmuştur. Meme kanseri için toplum tabanlı taramaya davet kapsayıcılığı %35, davetli tarama %17, davetsiz tarama %17 ve fırsatçı tarama %25 iken, kolorektal kanser için davet kapsayıcılığı %41, davetli tarama %32, davetsiz tarama %2 ve fırsatçı tarama düzeyi %3 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada şüpheli vakaların kesin tanı için yönlendirilmesinde ve izleminde de ciddi sorunlar olduğu belirlenmiştir. Servik kanseri taraması yaptıran kadınlar arasında test sonucu şüpheli olan iki kadın saptanmış, bu kadınlardan biri ileri tetkik için hastaneye başvurmuş ve intra epitelyal neoplazi tanısı konmuştur. Kolorektal kanser taramasından sonra test sonucu şüpheli olan on kişiden beşi kolonoskopi için hastaneye başvurmuş ve bu kişilerden birine in-situ kanser tanısı konulduğu

belirlenmiştir.⁽²⁵⁾ Karabük'te yapılan başka bir çalışmada, kanser kontrol programında önemli sorumlulukları vurgulanan birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin kanser kontrol hizmetlerine katılımında ve hizmetlerin işleyişinde önemli sorunlar olduğu bulunmuştur.⁽²⁶⁾

Öte yandan, gelişmiş ülkelerde de, "kişiselleştirilmiş tıp çağında kitle taramaları" gözden geçirilmekte, risk tabakalandırması yöntemiyle, riski farklı gruplara farklı modalitelerin uygulanmasını öneren görüşlerin yanı sıra, kanser kontrolünde taramaların yerine, ana strateji olarak erken tanı ve birincil korunmanın yaygınlaştırılması gerektiği de tartışılmaktadır.^(27,28)

Üçüncül Koruma

Palyatif bakım, ülkemizde önem verilmeyen bir alan olarak süregelmiştir. Kanser kontrol programının önemli bir bileşeni olan palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla 2010 yılında Palya-Türk Projesi başlatılmıştır. Projenin iki temel yaklaşımı vardır. Birincisi opioid kullanılabilirliğinin artırılması, ikincisi ise toplum tabanlı palyatif bakım modelinin uygulamaya geçirilebilmesidir.⁽²⁹⁾ Birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerini içeren Palya-Türk Projesi öncesinde, ülkemizde hiç palyatif bakım ünitesi mevcut değil iken, 2016 yılı itibari ile çoğunluğu ağrı ünitesi olarak görev yapan 172 palyatif bakım merkezi oluşturulmuştur. Ayrıca 2010 yılında İl Sağlık Müdürlükleri altında kurulan "Evde Sağlık Hizmetleri" birimleri de palyatif bakım hizmeti de vermektedirler. Ağrı kontrolünde kanser hastalarının morfin ürünlerine erişiminin iyileştirilme çalışmaları da sürmektedir. Bu gelişmelere karşın, Türkiye'de sağlık sistemi içerisinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmetini içeren üçüncül korunma, halen ülkemizde kanser kontrolü alanının geliştirilmeye en açık bileşenlerinden birisidir.⁽³⁰⁾

Sonuç

Ülkemizdeki kanser örüntüsünü büyük ölçüde sigara ilişkili kanserler şekillendirmektedir. Erkeklerde en sık görülen ve en çok öldüren akciğer kanserinin insidans ve mortalite hızları çok yüksektir. Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri iken, en çok ölüme neden olan kanser türleri meme ve akciğer kanserleridir. Birincil ve ikincil korunma

önemleri ile kontrol edilebilecek olan kolorektal kanserlerin insidans ve mortalitesi her iki cinstede artmaktadır. Türkiye'nin içinde bulunduğu demografik dönüşüm süreci göz önüne alındığında, gelecekte risk artışı olmasa bile kanser yükünün artacağı rahatlıkla görülebilir. Kaldı ki kolorektal kanserler, meme kanseri gibi kanserler için risk artışı da söz konusudur. Bu yük artışının önlenmesi, ülkemiz için uygun, bilimsel etkinliği kanıtlanmış birincil ve ikincil korunma önlemlerinin uygulanması ile mümkündür. İzleme ve değerlendirme süreçleri için ise kanser kayıt sisteminin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Günümüzde belirli bir olgunluğa ulaşan **sentinel kanser kayıtçılığı modeli** geliştirilerek sürdürülmelidir. Ayrıca, bu sistemden elde edilen yüksek kaliteli verinin başta kanser epidemiyolojisi olmak üzere, kanser araştırmalarında araştırmacılar tarafından kullanılmasının önündeki engellerin kaldırılması ve verinin bilim insanlarının kullanımına açılması için, araştırmacıların sistemden veri çekme algoritmalarını oluşturan düzenlemelerin yapılması gereklidir. Ülkemizde gerek sık görülen kanserler gerekse toplum tabanlı tarama programı kapsamındaki kanserin beş yıllık sağkalım hızları düşüktür. Bu nedenle, ülkemizde kanserden koruma, kanserin erken tespiti, uygun tedavisi ve palyatif bakım konularında ciddi bir iyileştirmeye gereksinim olduğunu vurgulayabiliriz.

Kaynaklar

- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, Cancer registration principles and methods. Jansen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS, Skeet RG. Eds. IARC Scientific Publications No 95, France, Lyon: 1991.
- Whelan SL. The International Association of Cancer Registries: a History Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2010 (11): IACR Supplement.
- Parkin DM. The evolution of the population-based cancer registry, Nature, 2006 August;6:603-12.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, Cancer registries: a worldwide endeavour, https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/IARC_Ch4.1.3_web.pdf
- Saraiya M, Tangka FKL, Asma S, Richardson LC. Importance of economic evaluation of cancer registration in the resource limited setting: Laying the groundwork for surveillance systems. Cancer Epidemiol. 2016 December;45 (Suppl 1): S1-S3.
- Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge https://www.memurlar.net/common/news/documents/861528/yonerge-tamami_.pdf
- Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://ci5.iarc.fr>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, International Incidence of Childhood Cancer <https://iicc.iarc.fr/>
- Türk Pediatrik Onkoloji Grubu Pediatrik Kanser Kayıtları <http://turkpediatrikkanserkayit.org/merkez.php>
- Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet. 2018;391 (10125):1023-75.
- World Health Organization Mortality Database http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/
- Dimitrova N, Znaor A, Agius D, Eser S, Sekerija M, Ryzhov A et al. Breast cancer in South-Eastern European countries since 2000: Rising incidence and decreasing mortality at young and middle ages. Eur J Cancer. 2017;83:43-55.
- World Health Organization. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines. 2nd ed. Geneva: 2002.
- Yüce D. Türkiye'de kanser yüküne tütün kullanımı ve obezitenin kantitatif etkileri – toplum tabanlı ulusal risk haritası çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı Doktora Tezi, Ankara 2020.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Planı 2013-2018, Özkan S, Keskinçilç B, Gültekin M, and et al. eds. Erişim adresi: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf.
- Gultekin M, Zayifoglu Karaca M, Kucukyıldız I, Dundar S, Boztas G, Turan S ve ark. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. Int J Cancer. 2018;142 (9):1952-1958
- World Health Organization, Cancer, Guide to cancer early diagnosis https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Tarama Standartları, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari>
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, <https://hsgm.saglik.gov.tr/haberler/4-subat-dunya-kanser-gunu.html>.
- Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast Cancer in Turkey; An analysis of 20.000 patients with breast cancer. Eur J Breast Health. 2019;15 (3):141-146
- Eser S, Türkiye'de Kanser Kontrolü Örgütlenmesi, içinde: Ed: Okyay P, Dedeoğlu N, Öztekin Z, Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı, HASUDER, Ankara, 2018
- WHO position paper on mammography screening, WHO, İsviçre, 2014.
- Eurostat, Healthcare activities statistics-preventive services. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services
- Özdemir R, Türkmen Çevik F, Kes D, Karaçalı M, Özgüner S. Level and factors associated with participation in population-based cancer screening in Safranbolu District of Karabük, Turkey, Iranian Journal of Public Health, 2020;49 (4): 663-672.
- Özdemir R, Ural S, Karaçalı M. Challenges in Cancer Control Services Provided by family Physicians in Primary Care: A Qualitative and Quantitative Study From Karabük Province in Turkey. Journal of Cancer Prevention, 2018;23:176-182.
- Beishon M, Population screening in the age of personalised medicine. Cancerworld, 9 Jan 2017, No= 26
- Onega, T, Beaver, E F, Sprague, B L, Barlow, WE, Haas, JS, Tosteson, AN, et al. Breast cancer screening in an era of personalized regimens: A conceptual model and National Cancer

Institute initiative for risk-based and preference-based approaches at a population level. *Cancer*, 2014;120 (19), 2955-2964.

- 29) Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu, Boztaş G, Keklik K, Gültekin M. Türkiye’de palyatif tedavi ve bakım organizasyonu ve uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji-Özel Konular*, 2017;10 (3).
- 30) Aslan Y. Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi* 2020;2 (1):19-27

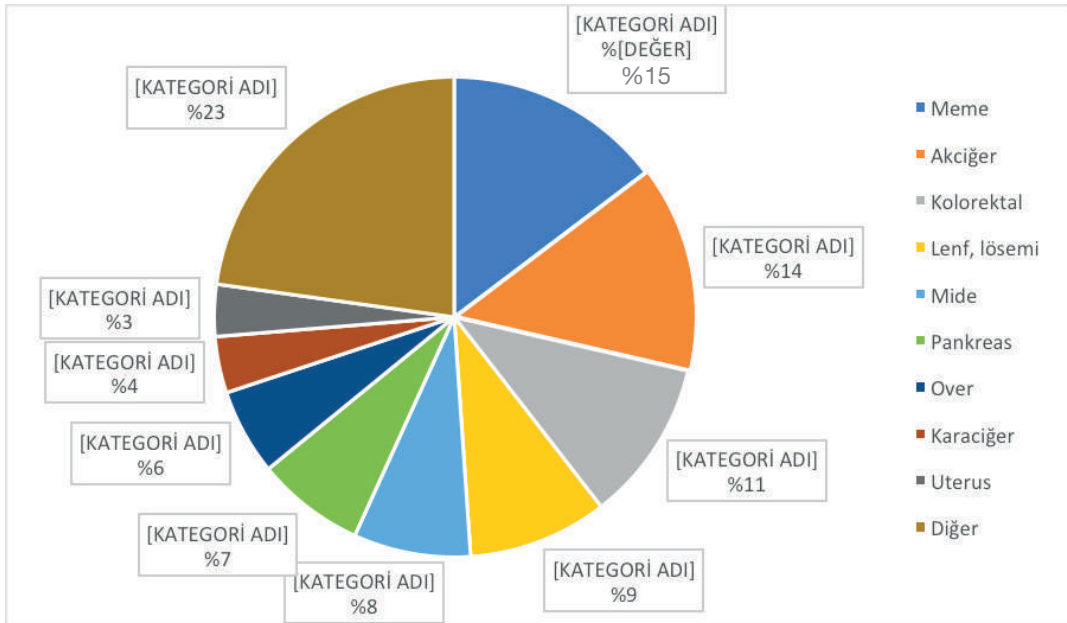
PROF. DR. GÜL ERGÖR

Kanser dünyadaki ve ülkemizdeki ölüm nedenleri içinde ikinci sıradadır. Küresel olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyledir ⁽¹⁾. 2018 yılında Türkiye’de 81129 kanser ölümü gerçekleşmiştir. Tüm ölümlerin %19.9’unu oluşturmaktadır, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sıradadır.

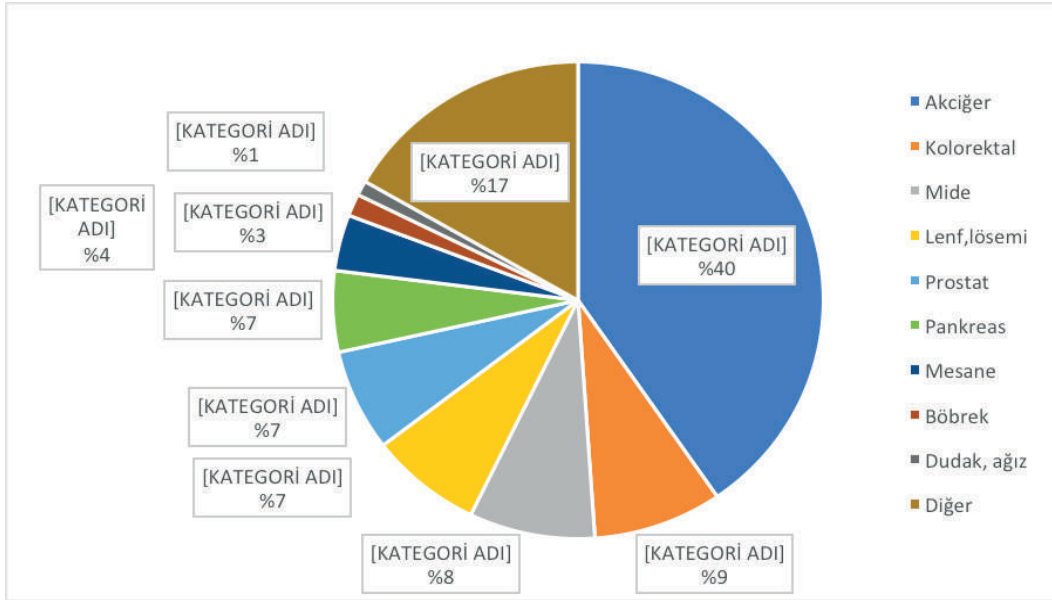
Dünyada en fazla ölüme neden olan kanser türleri sırasıyla akciğer, meme, kolorektal ve prostat kanseridir ⁽²⁾. Türkiye’de erkeklerde en sık akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir ⁽³⁾. Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri; başlıca beş davranışsal ve beslenme ile

ilgili risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır: tütün kullanımı, yüksek beden kütle indeksi (fazla kilolu ya da şişman olma), meyve ve sebze az tüketme, yetersiz fiziksel aktivite ve alkol kullanımı ⁽⁴⁾. Tütün kullanımı kanser için en önemli risk faktörüdür ve kanser ölümlerinin yaklaşık %22’sinden sorumludur ⁽¹⁾.

Meme kanseri insidansı yüzde 46, akciğer kanseri insidansı yüzde 10 olmasına karşın, mortalitede akciğer kanseri, meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bu sonuca, hem akciğer kanseri mortalitesinin meme kanserinden daha yüksek olması, hem de akciğer metastazları-



Şekil 97.1 Kadınlarda en çok ölüme neden olan 10 kanser türünün kanser ölümleri içindeki yüzde dağılımı, 2018⁽⁶⁾



Şekil 97.2 Erkeklerde en çok ölüme neden olan 10 kanser türünün kanser ölümleri içindeki yüzde dağılımı, 2018⁽⁵⁾

nın, primer kanser yerine ölüm nedeni olarak yazılmasının neden olduğu düşünülebilir.

Karaciğer kanserinin de benzer olarak ölüm nedenleri içinde yer alması, olasılıkla metastazların primer neden olarak kayıt edilmesinden kaynaklanmaktadır, çünkü kanser insidansı sıralamasında ilk on kanser içinde yer almamasına karşın mortalitede sekizinci sıradadır. Beyin tümörü ölümleri TÜİK verilerinde bildirilmemiştir⁽⁵⁾. Oysa Sağlık Bakanlığı verilerinde insidans sıralamasında 10. sırada yer almaktadır⁽³⁾; mortalitesinin yüksek olduğu düşünüldüğünde, olasılıkla kanser ölümleri içinde de mide kanseri ölümlerine yakın bir pay olması beklenir. Pankreas kanseri insidansında ilk on içinde yer almazken, ölüm nedenlerinde 6. sırada yer almıştır.

Erkeklerde kanser ölümlerinde karaciğer ve böbrek ilk on kanser içinde görülmediği halde ölüm nedenleri içinde 7. ve 9. sırada yer almaktadır. Beyin tümörü ise insidans sıralamasında 10. sırada olmasına karşın ölüm nedenlerinde ilk onda yer almamaktadır. Farinks ve oral kavite kanserleri de ölümlerde 10. sırada görülürken, insidansında ilk onda değildir.

Mortalite ile ilgili sonuçlarda, kanser bildirimlerinin diğer tanımlara göre genellikle daha doğru olduğu birçok çalışmada saptanmıştır; fakat kanser türleri açısından, ölüm nedenlerinin insidans ve sağkalım verileriyle çok uyumlu olmadığı gözlenmektedir. Burada önemli bir sorun ölüm verileri

Sağlık Bakanlığı tarafından toplanmakla birlikte sonuçta verilerin temizliği, kodlanması ve gruplanması TÜİK tarafından yapılmaktadır. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS), Kanser Kayıt Sistemi, Sağlık Net gibi sistemler sonuçta E-Nabız gibi bir sistemle birbirlerini göreyerek veri kontrolü sağlanamamaktadır. Oysa bir kişiye ait kanser tanısı bu sistemlerden birinde bulunabilirken ÖBS'ye başka bir neden girilebilmektedir.

Son yıllarda ölüm kayıtlarında nicelik ve nitelik olarak iyileşme görülmeyle birlikte farklı veri tabanlarının birleştirilmesi ve kalite kontrol sisteminin yerleştirilmesi verilerin niteliğini arttıracaktır.

Kaynaklar

- 1) World Cancer Report 2014. Ed: Stewart BW, Wild CP. Published by the International Agency for Research on Cancer, Lyon, France 2014.
- 2) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68 (6):394–424.
- 3) Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 [Internet]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf
- 4) Shams-White MM, Brockton NT, Mitrou P, Romaguera D, Brown S, Bender A, et al. Operationalizing the 2018 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR) Cancer Prevention Recommendations: A Standardized Scoring System. Nutrients 11 (7):1572, Sept 2019
- 5) Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>.

Kronik Solunum Yolu

> Hastalıkları

98

PROF. DR. LEYLA KARAOĞLU

Giriş

Havayollarının, akciğerin ve akciğerin diğer yapılarının kronik hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları olarak tanımlanmıştır. Kronik solunum yolu hastalıkları arasında en yaygın görülenler kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ), astım, mesleki akciğer hastalıkları ve pulmoner hipertansiyondur. Kronik solunum yolu hastalıkları tartışmalı bir konu olmakla birlikte tam olarak iyileşemeyen hastalıklardan sayılmaktadır. Hava yolu dilatasyonu ve semptomatik tedavi ile hastaların yaşam kalitesi artırılmakta, sağlık hizmet kullanımını artıran alevlenmeler azaltılmakta, morbidite, yeti yitimi ve erken ölümler önlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER paketi, kronik solunum yolu hastalıklarını kontrol altına almada küresel düzeyde yürütülen müdahale programlarından biridir⁽¹⁻³⁾.

Kronik Solunum Yolu Hastalıklarına özel olarak, DSÖ, 2006 yılında Pekin'de Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (GARD) programını başlatmıştır. Halen yürürlükte olan programın amacı, sağlık kurumları ve gönüllü kuruluşların da desteği ile akciğer sağlığının iyileştirilmesi, işe ve okula devamsızlık, morbidite, yeti yitimi ve pre-matür mortalitenin küresel düzeyde azaltılmasıdır. GARD Türkiye'de benimsenerek Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı (2014-2017) uygulanmış, 2018-2023 programının eylem planı hazırlanmıştır. Eylem planlarında paydaş

olarak farklı kamu sektörleri ile birlikte Türk Toraks Derneği ve Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği yer almıştır⁽⁴⁻⁷⁾.

Türkiye'de kronik solunum yolu hastalıkları ile ilgili temel veri kaynakları: Karar Destek Sistemi ve Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Ölüm Bildirim Sistemi, TÜİK tarafından iki yılda bir yapılan Türkiye Sağlık Araştırması, 2002 ve 2013 yıllarında yapılmış olan Ulusal Hastalık Yükü Araştırmaları, 2011 Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKHRFSC) ve özel araştırmalar şeklinde sıralanabilir⁽⁸⁾.

Bu bölümde, Türkiye'de kronik solunum yolu hastalıkları ile en yaygın görülen tipleri olan KOAİ ve astımla ilgili mevcut durum özetlenmiştir.

Tanımlar

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) ve tanı kriterleri

Rabe ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı için Küresel Girişim (GOLD) araştırmasında KOAİ'yi, akciğerin zararlı partikül ve gazlara karşı anormal inflamatuvar yanıtı ile ortaya çıkan, tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlılığı olarak tanımlamışlardır⁽¹⁾. DSÖ ve Amerikan Toraks Derneği'nin (ATD) KOAİ tanımları da benzer şekildedir^(2,9). ATD hastalığa primer olarak sigara içiminin neden olduğunu, temel olarak akciğerleri etkilemekle birlikte KOAİ'nin önemli sistemik sonuçlara neden olduğunu ve başka kronik hastalıklarla bir arada görülebileceğini tanıma ilave etmiştir⁽⁹⁾.

KOAH tanı kriterleri, herkes için standart bir tanı yöntemi, araştırma sonuçlarının karşılaştırılabilir olması ve istatistikler açısından önemlidir. KOAH tanısı bronkodilatasyondan sonra spirometre testi uygulanıp FEV1/FVC oranı hesaplanarak yapılır. Spirometre testi sonucunda FEV1/FVC < %70 bulgusu sabit oran ölçütü olarak tanımlanmıştır. Sabit ölçüt oranının bronkodilatasyondan sonra saptanmasındaki amaç hava akımı engelini geri dönüşümsüz olup olmadığını anlamak ve astımla ayırıcı tanısını yapmaktır. KOAH tanı ve taramalarında bu ölçütün kullanılması önerilmektedir ^(1,10,11).

Epidemiyolojik araştırmalarda KOAH tanısı

Toplum tabanlı araştırmalarda KOAH tanısı birden fazla yöntem kullanılarak konmaktadır⁽¹⁾:

1. Kişinin kendisinin daha önceden hekim tarafından KOAH, bronşit ya da amfizem tanısı aldığı bildirilmesi (Öz-bildirim)
2. Kişinin kendisi tarafından solunum bulgularının mevcut olduğunun bildirilmesi
3. Bronkodilatör kullanılarak ya da kullanılmadan yapılan spirometri testi sonucu

Literatürde hastalık tanısının öz-bildirim yoluyla yapıldığı araştırmalarda KOAH prevalansının daha düşük düzeyde saptandığı bildirilmekte, gerekçe olarak pratisyen hekimlerin KOAH tanısı koymada yetersiz kaldıkları ileri sürülmektedir. Toplum tabanlı araştırmalarda bronkodilatasyondan sonra spirometre testi şiddetle önerilmesine rağmen birçok saha araştırmasında süreci zorlaştırması nedeniyle bronkodilatasyon uygulaması yapılamamaktadır ⁽¹⁾. Son GOLD raporunda herkese spirometre testi uygulamak yerine, birinci basamakta aktif vaka bulma yöntemi önerilmektedir. Aktif vaka bulma, anket ile semptomlar sorgulandıktan sonra semptomu olanlara bronkodilatasyon yapılarak spirometre testinin uygulanmasıdır. Bu yöntemin tanı konmamış vakaları saptamada önemli katkısı olacağı düşünülmektedir ⁽¹¹⁾.

Astım ve tanı kriterleri

Astımda tanı solunum sıkıntısı öyküsü, fizik muayene ve solunum testleri ile konur. Toplum tabanlı prevalans araştırmalarında astım tanısı koymak oldukça zordur ve genellikle kişinin kendisinin

(öz-bildirim) ya da ebeveynlerinin bildirdikleri astım semptomlarına dayanarak yapılmaktadır. Düşük maliyetli bu araştırmalarda asıl sorgulanan semptom "hırıltılı solunum" ve göğüste sıkışma hissidir ⁽¹⁾. Özellikle yaşlı hastalarda görülen ve KOAH ile astımın birlikteliği olarak bilinen "üst üste binme sendromu" da (overlap syndrom) klinik tanı açısından önemlidir ⁽¹⁾. Uzun süreli astım da KOAH'a yol açabilmektedir⁽⁹⁾. Astım ve KOAH'ın ayrı hastalıklar olarak değil tek bir hastalık şeklinde KOAH olarak değerlendirilmesi gerektiği 1961'den beri tartışılmaktadır ⁽¹⁾. Toplum tabanlı araştırmalarda hem astım hem de KOAH tanısının spirometre ile sabit ölçüt oranı esas alınarak yapılması önerilmektedir ^(1,3).

Morbidite, hastalık yükü, mortalite

Morbidite-KOAH

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı için dünyada toplam 251 milyon KOAH hastası olduğunu bildirmiştir ⁽²⁾. 2004 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde KOAH prevalansı %4-11 arasında tahmin edilmiştir. 2006 yılında Halbert ve arkadaşları çoğu Kuzey Amerika ve Avrupa'da olmak üzere 28 ülkede spirometreyle yapılan araştırmaları değerlendiren metaanaliz sonucunda, 1990-2004 yılları arasındaki KOAH prevalansını %8.9 olarak tahmin etmişlerdir ⁽¹⁾. Menezes ve arkadaşları 2005 yılında, Latin Amerika ülkelerinde sabit ölçüt oranı kullanılarak yapılan PLATİNO araştırmasında KOAH prevalansının %7.8 ile %19.7 arasında değiştiğini bildirmiştir. 2007 yılında BOLD grubundan Buist ve arkadaşlarının Türkiye'nin de dahil edildiği uluslararası bir araştırmada en yüksek Evre I KOAH prevalansı Avusturya'da %26 düzeyinde saptanmıştır. Evre II ve üzeri KOAH prevalansı kadınlarda Çin'de en düşük (%5.1), Cape Town'da en yüksek (%16.7), erkeklerde Reykjavik'de (İzlanda) en düşük (% 8.5), Cape Town'da en yüksek (%22.2) bulunmuştur ⁽¹⁾. Bu çalışma grubuna Çukurova Üniversitesi'nden Kocabaş ve arkadaşlarının Adana'da yürüttükleri ve KOAH prevalansını %19.1 saptadıkları araştırma dahil edilmiştir ⁽¹²⁾.

Türkiye'de 1976 yılından günümüze kadar yürütülen KOAH prevalans araştırmaları ve elde edilen sonuçlar **Tablo 98.1**'de özetlenmiştir ^(9, 10, 12-19).

Tablo 98.1 Türkiye’de farklı yöntemler kullanılarak yapılan bölgesel bazı araştırmalarda KOAH prevalansı

Araştırmacı	Yer ve yıl	Yaş ve örneklem hacmi	Ölçüm yöntemi	Prevalans (%)		
			Spirometre ve/veya Anket	Erkek	Kadın	Toplam
Baykal Y.	Etimesgut, 1976	≥40,?	Spirometre	20.1	8.2	13.6
Çetinkaya F. ve ark.	Kayseri, 1996	≥20, 1023	Anket	17.8	10.0	13.5
Abul Y, Özlü T.	İzmir, 2003	40-69, 1404	Spirometre	13.3	7.3	10.2
Kocabaş A ve ark.	Adana, 2004	≥40, 806	Spirometre	28.5	10.3	19.1
Örnek T, Kiran S.	Zonguldak, 2005	18-87,611	Spirometre	16.5	7.1	11.1
Deveci F ve ark.	Elazığ, 2007	≥45, 1270	Spirometre	15.1	5.9	11.5
Günen H.	Malatya, 2008	≥18, 1160	Spirometre	10.5	1.5	6.0
Turan A.	Erzurum, 2007-2008	≥40, 500	Spirometre	5.1	4.9	5.0
Ankan İ.	Burdur, 2010-2011	≥40, 858	Spirometre	11.4	6.1	8.7
Arslan Z. ve ark.	Kocaeli, 2013	≥40, 946	Spirometre	16.5	8.7	13.3
Akgün D.	Isparta, 2013	≥40,1662	Anket	40.0	23.0	30.0
Timur A.	Kayseri, 2017	>40, 386	Spirometre	22.0	13.3	17.6
Tutar N. ve ark.	Gümüşhane, 2011	≥20, 368	Anket	18.8	9.0	14.1
Budak R.	İzmir,2010	≥40, 306	Spirometre	15.6	6.3	11.8

Tablo 98.1'de, 1976 yılından itibaren spirometre kullanılarak yapılan araştırmalarda KOAH prevalansının %5.0 ile %19.1 arasında değiştiği ve tüm çalışmalarda prevalansların erkeklerde kadınlardan yüksek saptandığı görülmektedir. En yüksek KOAH prevalansı 2004 yılında Kocabaş A. ve arkadaşlarının Adana'da BOLD işbirliğinde yürüttükleri araştırmada elde edilmiştir (%19.1). En güncel araştırma olarak, Timur A. 2017 yılında Kayseri'de yaptığı tez çalışmasında KOAH prevalansını %17.6 saptamıştır.

SGK verileri kullanılarak 2016 yılında yapılan bir araştırmada, Türkiye’de 3 434 262 KOAH vakası olduğu, bunların %56.2’sinin erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmada yeni tanı alan 359 392 KOAH vakası olduğu ve yeni vakaların yaş ortalamasının 60.25 ± 15.45 olduğu bildirilmiştir⁽¹⁹⁾. Aynı çalışmada en yüksek KOAH prevalansı Karadeniz bölgesinde saptanmıştır (**Şekil 98.1**). KOAH prevalansının en yüksek olduğu iller Ardahan, Kastamonu ve Çankırı (%9.4-%11.5 arasında), prevalansın en düşük olduğu iller Hakkari, Şırnak ve Van (%1.8-%2.8 arasında) olarak bulunmuştur⁽²⁰⁾.

2011 yılında yürütülen TKHRFSC’ında KOAH tanısı hem doktor tanısına göre (öz bildirim) hem de bronkodilatör sonrası spirometre ölçümlerine göre yapılmıştır. Çalışmaya göre, KOAH sıklığı

kentsel alana kıyasla kırsal alanda daha fazladır; Batı Karadeniz, Doğu Marmara, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Doğu Karadeniz ve Ege bölgelerindeki prevalanslar diğer bölgelere göre daha yüksektir⁽²¹⁾.

TÜİK web sitesinden ham hastalık sayıları elde edilerek 15 yaş üzeri nüfusta 2008-2019 yılları arasında son 12 ayda KOAH ve astım sorunu yaşama yüzdeleri hesaplanmış ve **Şekil 98.2** ve **98.3**'de sunulmuştur. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması'nı ilk kez 2008'de yaptığını ve sonrasında iki yılda bir tekrarladığını bildirmektedir. TÜİK, hanelerde yüz-yüze görüşme tekniği ile 15 yaş üzerindeki kişilere son 12 ay içinde KOAH sorunu, kronik bronşit, amfizem, astım sorunu yaşayıp yaşamadıklarını sorarak verileri toplamaktadır⁽²²⁾.

Şekil 98.2'de görüldüğü gibi, 15 yaş üzeri popülasyonda, son 12 ay için bildirilen KOAH sorunu yaşama 2008'de toplam %2.2 olarak saptanmışken 2019 yılında %7.1 olarak saptanmıştır. 2008 yılında kadınların %2.2'si KOAH sorunu bildirmişken, bu oran 2019 yılında %9.0'a yükselmiştir. 2012 yılından sonra KOAH yaşama sorununun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olmak üzere arttığı görülmektedir. Erkeklerde KOAH sorunu 2008'de %2.1 olarak bildirilmişken 2019'da %5.2 düzeyinde bildirilmiştir. 2008 yılına kıyasla artış izlense de 2014 yılın-

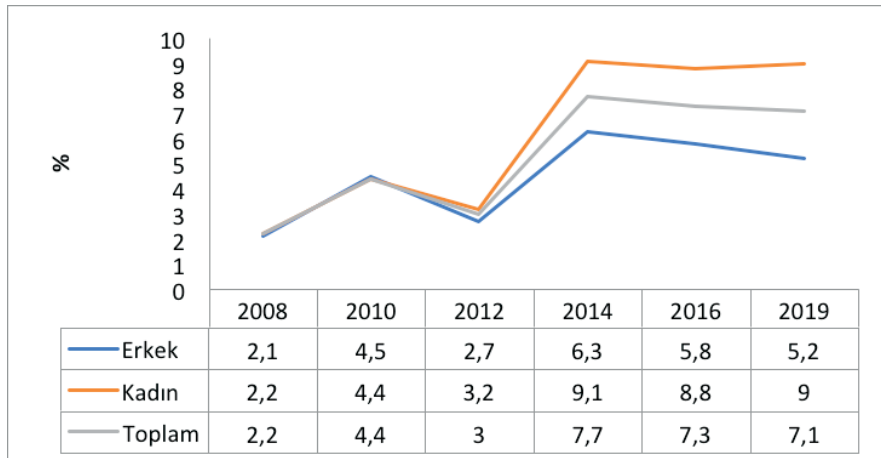


Şekil 98.1 KOAH vakalarının illere göre dağılımı⁽²⁰⁾

dan sonra toplamda ve erkeklerde KOAH sorunu yaşama prevalansının azalma eğiliminde olduğu görülmüştür. Şekilde, 2014 yılında prevalanslarda keskin bir artış görülmektedir. Bu artışın gerçek bir artış olmayabileceği, veri toplama yöntemindeki değişiklikten kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Anket formunda sorun yaşama cevap şıkları 2012 yılında “evet, hayır, bilmiyorum, cevap vermek istemiyorum” şeklinde iken, 2014 yılında sadece “evet ve hayır” şeklindedir⁽²³⁾.

TKHRFSC’na göre, doktor tanımlı KOAH prevalansı erkeklerde %3,8, kadınlarda %4,1 olmak üzere toplam %4,0 olarak saptanmıştır. Prevalansın kadınlarda daha yüksek saptanması Şekil 98.2’deki 2012 verileriyle uyum göstermektedir. TKHRFS-

Ç’ında spirometre testi ile KOAH prevalansı ise erkeklerde (%5,6) kadınlardan yüksek olmak üzere (%5,1) toplam %5,3 saptanmıştır⁽²¹⁾. TKHRFSC’ındaki bu bulgular literatürdeki spirometre ile yapılan ölçümlerde KOAH prevalansının öz-bildirim yoluyla yapılan prevalanslardan yüksek olduğu bilgisi ile uyum göstermektedir. Tablo 98.1’de sunulmuş olan bölgesel çalışmalarda saptanan prevalansların, TÜİK ham verilerinden hesaplanan ve TKHRFSC’ında saptanan prevalanslardan yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın örneklem hacmi, yaş gibi katılımcı özellikleri, spirometre kullanımı gibi tanı kriterleri ile ya da bölgesel özelliklerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.



Şekil 98.2 15 yaş üzerinde son 12 ayda KOAH sorunu yaşayanların cinsiyete göre dağılımı, Türkiye, 2008-2019*

* Yüzdeler ham hastalık rakamları toplam görümlen kişi sayısına bölünerek hesaplanmıştır.

Morbidite-Astım

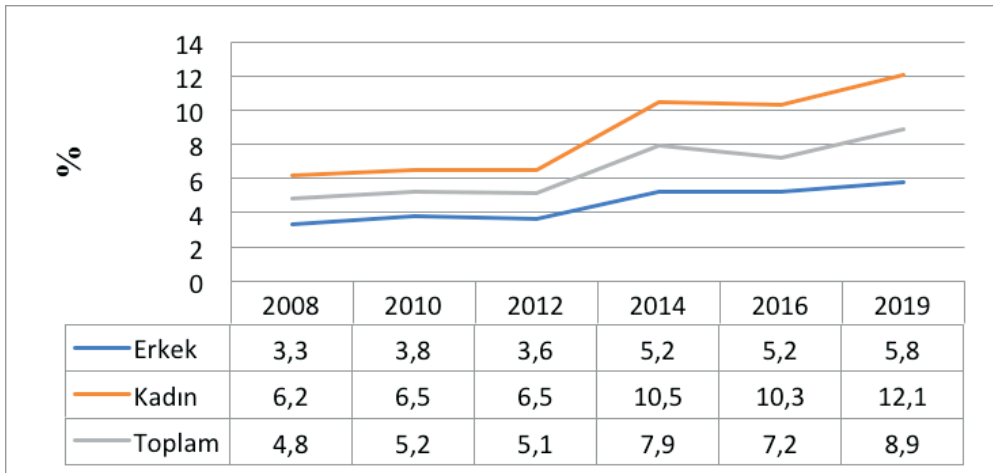
Şekil 98.3'de görüldüğü üzere, son 12 ayda astım sorunu yaşayanların sıklığı 2008'de %4.8 iken 2019 yılında %8.9'a yükselmiştir. Özellikle 2012 yılından sonra astım sıklığının arttığı görülmektedir. Astım sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. 2011 yılında yapılmış olan TKHRFSC'nda, doktor tarafından tanı konmuş yaşa standardize astım sıklığı erkeklerde % 2,8, kadınlarda % 6,2, toplam %4.5 saptanmıştır ⁽²¹⁾. Bu çalışmanın bulguları ile TÜİK'in 2012 yılı verilerinden yapılan hesaplamalar uyumlu görünmektedir; sırayla %3.6, %6.5 ve %5.1. TKHRFSC'nda doktor tarafından tanı konmuş astım sıklığı, tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklerden daha yüksek saptanmıştır ⁽²¹⁾. Kadınlarda premenstürel astım nöbetleri görüldüğü ve bu durumun kadınlarda astım prevalansının yüksek olmasına sebep olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur ^(1,24).

Türkiye'de ECRHS anketi kullanılarak yapılan kesitsel araştırmalarda saptanan şimdiki hırıltılı solunum prevalansı (astım prevalansı), yetişkinlerde %1.2-14.2 arasında değişmektedir ⁽¹⁰⁾. Sevimli N. ve arkadaşları tarafından 2010-2017 yılları arasında polikliniğe başvuran 338 hastanın retrospektif incelenmesinde astım-KOAH üst üste binme düzeyinin %11.8 olduğu saptanmıştır. Üst üste binme, 57.5 yaşından büyüklerde, 40.5 yaşından sonra astım tanısı alanlarda, yılda 14.5 paketten fazla sigara içenlerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır ⁽²⁵⁾. Parenkim harabiyetinin belirtisi olan hava akımı kısıtlılığı ve solunum sıkıntısının KOAH hastalarında genellikle

40 yaşından sonra belirgin hale geldiği, ölümlerin de 40 yaşından sonra arttığı bilinmektedir ⁽¹⁾.

Otuz yıl önceki çalışmalarda astım, sosyoekonomik düzeyi yüksek ülkelerde ve kentsel alanda yaşayanlarda daha yüksek düzeyde saptanmış ve bu durum hijyen hipotezi ile açıklanmıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise sosyoekonomik düzeyi yüksek ülkelerde astım prevalansı azalmakta, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise artmaktadır ⁽¹⁾. TKHRFSC'nda, kırsal alanda astım prevalansı kentsel alandan yüksek bulunmuştur. Türkiye'de astımın genellikle kıyı kesimleri, büyük metropoller ve düşük sosyoekonomik yaşam koşullarında daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir ⁽²¹⁾. Ekici ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada kırsal kesimde astım prevalansı daha yüksek saptanmış, yüksekliğin nedeni biomas maruziyeti ve çocukluk çağında solunum sistemi enfeksiyonu geçirme sıklığının daha yüksek olması ihtimaliyle açıklanmıştır ⁽²⁶⁾.

Astımın küresel olarak çocukların %14'ünü etkilediği literatürde yer almaktadır ⁽³⁾. SGK verileri kullanılarak yapılan bir araştırmada, 0-18 yaş grubunda 2008 ile 2013 yılları arasındaki 5 yıl içinde astım tanısı alan çocuk yüzdesinin %3'ten %5'e yükseldiği saptanmıştır. Astım tanısı erkeklerde ve 0-9 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur ⁽²⁷⁾. Astım insidans ve prevalansının genellikle 12 yaşından önce erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek, adolesan dönemde ve yetişkinlerde ise kadınlarda erkeklerden daha yüksek görüldüğü belirtilmektedir. Neden olarak hava yolları boyutlarının puberteye kadar kızlarda, puberte ve sonrasında ise



Şekil 98.3 15 yaş üzerinde son 12 ayda astım yaşayan bireylerin cinsiyete göre dağılımı, Türkiye, 2008-2019*

*Yüzdeler ham hastalık rakamları toplam görümlen kişi sayısına bölünerek hesaplanmıştır.

erkeklerde daha büyük olması ve düz kas vasküler fonksiyonları üzerindeki hormonal etkiler gösterilmektedir. Aynı çalışmada 0-18 yaş grubu çocuklarda en çok astım tanısı konan iller İstanbul, Ankara, Bursa, Kocaeli, İzmir, Adana, Antalya, Samsun ve Konya, en az tanı konan iller arasında ise Ardahan, Bayburt, Tunceli, Gümüşhane, Iğdır, Artvin ve Hakari olarak bildirilmiştir (27).

Hastalık Yükü

DSÖ dünyada orta ya da ciddi ağırlıkta 65 milyon KOAH hastası olduğunu tahmin etmektedir. Dünyada 2013 yılında erken ölüme sebep olan hastalıklar arasında KOAH ilk beşinci sırada yer almıştır. Erkeklerde ve kadınlarda, kronik solunum yolu hastalığı ile ilişkili ölümlerin ve DALY'lerin çoğu KOAH'a bağlıdır (3). Önümüzdeki yıllarda yaşam süresinin de uzamasıyla KOAH'ın daha da yaygınlaşması ve buna bağlı olarak KOAH'a sekonder yeti yitimi ile DALY'nin artacağı tahmin edilmektedir (7).

Türkiye'de KOAH, DALY'e sebep olan yirmi beş hastalık arasında 2000 yılında 7. sırada yer alırken, 2013 yılında 3. sıraya yerleşmiştir (7).

Tablo 98.2'de Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2017 Yılı KOAH DALY düzeyinin 2002 Yılına Göre Değişimi sunulmuştur (28).

Tablo 98.2'de görüldüğü üzere, KOAH'ın hastalık yükü 2002-2017 yılları arasında artmıştır. Artış yüzdesi toplamda %41.81, erkeklerde %54.62 ve kadınlarda %26.75 olarak bildirilmiştir. **Tablo 98.2'**de görüldüğü üzere, KOAH yükü kadınlarda 2002 yılında 268.496 DALY iken, 2017 yılında 340.328 DALY'e çıkmıştır.

Ekonomik maliyet veya sağlık bakım sistemine getirdiği yük açısından incelendiğinde; KOAH'ın hastaneye yatış nedenleri arasında %40'a yaklaşan oranlarla ilk sıralarda yer aldığı, dünyada 8.7 ile 20.7 gün arasında değişen ortalama hastanede yatış süresiyle en uzun süre yatışa sebep olan hastalık olduğu belirlenmiştir (11). Türkiye'de hasta başına ortalama yatış süresi bazı araştırmalarda 10.6 ile 12.1 gün arasında bulunmuştur. Yapılan araştı-

malarda hasta başına standart odada 762,80 dolar, yoğun bakımda 2500 dolara kadar çıkan yüksek ortalama maliyetler bildirilmiştir (29).

TKHRFSC'nda, kendilerine bir doktor tarafından KOAH tanısı konan hastaların %46.1'inin, astım tanısı konan hastaların %62,2'sinin düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır (21). Düzenli ilaç kullanmama akut alevlenme, sağlık hizmeti kullanımını ve prevalansı artırarak, yeti yitimi ve ölüme yol açarak direk ve dolaylı maliyetlerin artmasına neden olabilmektedir. Astım atak sıklığı yılda 1-4 olarak bildirilmektedir (30). Kayıtlı KOAH hastalarının 2008 yılında %0.32, 2016 yılında %0.59 gibi çok az bir kısmına pulmoner rehabilitasyon tedavisi önerildiği, Türkiye'de pulmoner rehabilitasyon yapacak merkez ve personel sayısının yetersiz olduğu bildirilmiştir (10,31).

Mortalite

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) ölümler arasında kronik solunum yolu hastalıklarından ölümler, kalp damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (1,8). BOH'lara bağlı ölümlerin % 10,7'si (yaklaşık 4 milyon) astım ve KOAH'dan oluşan kronik solunum yolu hastalıklarına bağlıdır (8). Ölümlerin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (2). Kronik solunum yolu hastalıkları arasında en sık ölüme neden olan KOAH'dır. TÜİK verilerine göre 2017 yılında KOAH tüm ölümler içinde 4. sırada yer almıştır (7).

Şekil 98.4'de Türkiye'de 2009-2019 yılları arasındaki KOAH ölümlerinin tüm ölümler içindeki yüzde dağılımı sunulmuştur (22). TÜİK web sitesinden KOAH nedenli ölüm sayısı toplam ölüm sayısına bölünerek hesaplama yapılmıştır (J40-J44, J47 ICD kodları).

Şekil 98.4'de görüldüğü gibi KOAH ölümlerinin toplam ölümler içindeki payı son 10 yılda, 2010 ve 2011 yıllarındaki dalgalanma dikkate alınmadığında, her iki cinsiyette ve toplamda sabit düzeyde seyretmiştir. KOAH ölümlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği, erkeklerdeki ölüm nedenleri

Tablo 98.2 2017 Yılı KOAH DALY düzeyinin 2002 Yılına Göre Değişimi (Sağlık Bakanlığı, 2018)

	2002	2017	Değişim (%)
Toplam	584.359	884.796	41,81
Erkek	315.863	488.402	54,62
Kadın	268.496	340.328	26,75

arasında KOAH ölümlerinin payının kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılından sonra ölümlerde azalma eğilimi görülmektedir.

Şekil 98.5'te Türkiye'de 2009-2019 yılları arasındaki astım nedenli ölümlerin tüm ölümler içindeki binde dağılımı sunulmuştur ⁽²²⁾. Hesaplamalarda astım nedenli ölüm sayıları (J45-J46 ICD kodları) toplam ölüm sayılarına bölünmüştür.

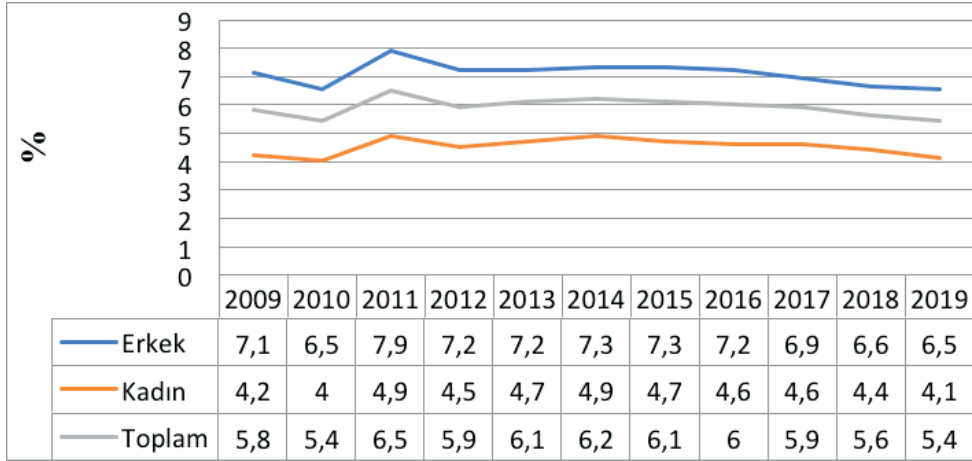
Şekil 98.5'te görüldüğü gibi toplam astım ölümleri 10 yıl öncesine göre azalma eğilimindedir. Ka-

dınlar arasındaki ölüm nedenleri arasında astımdan ölümlerin erkeklerden daha yüksek paya sahip olduğu, 10 yıl içerisinde dalgalanma şeklinde artan astıma bağlı ölüm oranının, 2019 yılında 2009 yılındaki değere (%5.2) düştüğü gözlenmektedir.

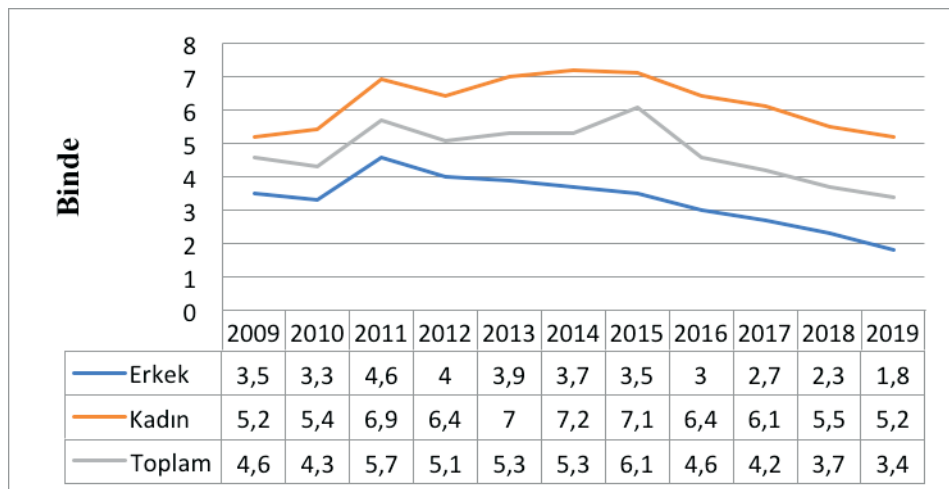
Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 30-70 yaş aralığı için kronik solunum yolu hastalıkları 100.000 nüfusta yaşa standardize erken ölüm hızlarının cinsiyete göre dağılımı **Tablo 98.3'**te sunulmuştur ⁽²⁸⁾.

Tablo 98.3 Türkiye'de 2016-2018 yılları arasında, 30-70 yaş aralığında, kronik solunum yolu hastalıklarının 100.000 nüfusta yaşa standardize erken ölüm hızları ve cinsiyete göre dağılımı

Kronik Solunum Yolu Hastalıkları	2016			2017			2018		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
KOAH	25,32	7,77	16,25	22,57	7,02	14,56	22,06	6,57	14,11
Astım	0,86	1,15	1,01	0,89	1,07	0,98	0,66	0,89	0,78



Şekil 98.4 Türkiye'de tüm ölümler içinde KOAH ölüm yüzdelerinin yıllara göre dağılımı, 2009-2019



Şekil 98.5 Türkiye'de tüm ölümler içinde astım ölüm oranlarının yıllara göre dağılımı, 2009-2019

Sağlık Bakanlığı 30-70 yaş arasında yaşa standardize ölüm hızlarını, KOAH için yüz binde 14.1, astım için yüz binde 0.78 ve kronik solunum yolu hastalıkları için yüz binde 14.99 olarak bildirmiştir. **Tablo 98.3** incelendiğinde 2016-2018 arasındaki 3 yıllık sürede, 30-70 yaş arasında hem kronik solunum yolu hastalıkları, hem KOAH hem de astım mortalite hızlarının düştüğü görülmektedir. İstatistiksel anlamlılık analizi yapılmadan incelendiğinde, KOAH mortalitesinin hem erkek hem kadınlarda astımdan yüksek düzeyde seyrettiği anlaşılmaktadır. Erkeklerde KOAH mortalitesi kadınlardan daha yüksek, kadınlarda ise astım mortalitesi erkeklerden daha yüksektir. Cinsiyetle ilişkili bu farklılıklar TÜİK verileriyle uyumludur.

Risk Faktörleri

Dünyada her yıl bir milyar sigara kullanıcısının hem kendilerini hem de kendi sayılarına eş bir nüfusu ikinci el sigara dumanına maruz bırakarak hasta ettikleri tahmin edilmektedir⁽³⁾. 2013 Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'na göre aktif ve pasif olmak üzere tütün ürünü maruziyeti kronik solunum yolu hastalık yükünde %34.9 ile önemli risk etkenlerinden biri olarak saptanmıştır⁽³²⁾. DSÖ, yüksek gelirli ülkelerdeki tüm KOAH ölümlerinin % 73'ünün, düşük ve orta gelirli ülkelere %40'ının tütün tüketiminden kaynaklandığını belirtmiştir⁽¹⁾.

Dünyada her yıl 1 milyar kişinin dış ortam hava kirliliğine maruz kalarak hastalandığı tahmin edilmektedir⁽³⁾. İç ve dış ortam hava kirliliği ve mesleki maruziyet erkeklerde ilk 10 risk faktörüne atfedilen DALY arasında yer almaktadır. Kadınlarda, yalnızca hava kirliliği ilk 10 risk faktörüne atfedilen DALY arasında yer almıştır⁽¹⁾. Hava kirlleticilerinden partikül madde, ozon, nitrojen dioksit ve sülfür dioksit astımın ve alerjik hastalıkların başlatıcı nedeni olarak gösterilmektedir. Ev içi kirlilik kaynaklarından küfler, biyomas dumanına (çalışır, odun, kömür, tezek) maruziyet ve son yıllarda mobilya yapımında kullanılan formaldehit gibi maddelere maruziyet astımda risk faktörü olarak sayılmaktadır. Her yıl 2 milyar kişinin biyomas yakatların toksik etkisine maruz kaldığı bildirilmiştir. İç ortam hava kirliliği henüz doğmamış bebeği etkileyerek ileride KOAH gelişimine neden olabilmektedir^(1,3).

1953 Londra hava kirliliğinin yol açtığı ani ölümlerden sonra bir çok sistematik inceleme ve

meta-analiz çalışması, KOAH hastalarında hava kirliliğine maruz kalmanın kısa dönemde alevlenme, enfeksiyon gelişimi, acil servis ziyaretleri, hastaneye yatış ve mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir⁽³³⁾. 2012-2016 yılları arasında kapsayan dönemde, İğdır merkezde yer alan Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonu'nun aylık sonuçları incelenerek yapılan ekolojik bir çalışmada, aylık ortalama PM₁₀ ve SO₂ düzeyleri ile hem astım hem de KOAH nedeni hastane başvuru sayıları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur⁽³⁴⁾.

İki milyona yakın kişinin işyeri ortam faktörlerine maruz kalarak işle ilgili kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle erken öldüğü tahmin edilmektedir. ATD, KOAH'ın %15-20'si ya da daha fazlasının mesleki faktörlerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Sigara içmeyenlerde bu oranın %30 gibi daha yüksek olabileceği belirtilmiştir⁽¹⁾.

KOAH etkenleri arasında genetik faktörlerin de yeri vardır. Bu faktörler tütün dumanı ya da oksidatif stres ürünlerini işleyen gen değişiklikleri ile ilgilidir. Genetik değişikliklerin nikotin bağımlılığı ile ilişkisini gösterecek kesin kanıt oluşturabilecek nitelikte araştırmalarına ihtiyaç vardır. Alfa 1 antitripsin eksikliği de etyolojide yer alan genetik faktörlerden biridir. Astımda hereditenin %35-95 arasında rolü olduğu düşünülmektedir. Yakın zamana kadar alerjik bir hastalık olarak kabul edilen astım için bu kabul artık geçerliliğini yitirmektedir. Hem çocuk hem yetişkinlerde astım vakalarının %37-38'i atopiye atfedilmektedir. Ancak atopiye atfedilen riskin uluslararası dağılımı farklılık göstermektedir. Çocukları kapsayan ISAAC çalışmasında Ankara'da atopiye atfedilen risk 0 bulunmuşken Çin'de %94 bulunmuştur. Astım'ın çocuklarda ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür, 1998 yılında çocukları kapsayan ISAAC çalışmasında, Doğu Almanya'da astım prevalansı Batı Almanya'dan düşük saptanmıştır. Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da da düşük prevalans saptanmıştır. Bu durum hijyen hipotezi ile açıklanmıştır. Yaklaşık otuz yıl önce Dr. David Strachan, astım ve alerji sorunlarının yüksek ekonomik düzeye sahip, ortalama hane sayısı düşük ve yüksek temizlik standartlarını uygulayan ailelerde daha fazla görüldüğünü bildirmiş ve bu durumu faydalı mikroorganizmalara düşük düzeyde maruziyetle açıklamıştır. Aşırı steril çevrede yaşama ile ilgili bu durum "hijyen hipotezi" olarak tanımlanmıştır⁽¹⁾. Ancak son yıllarda

yüksek gelirli ailelerde astım azalmakta, az gelirli ailelerde ise artmaktadır, dolayısıyla hijyen hipotezinin geçerliliği tartışılmaya başlanmıştır^(1,26).

Kırsal çevrede ya da çiftlikte yaşama, pastörize olmayan süt içme, evcil hayvanlarla yaşama yoluyla patojen olmayan mikroorganizmalara maruziyetin allerjik hastalıklara ve astıma karşı koruyucu olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak astım vakalarının yarıdan azında atopi ya da alerji saptanmaktadır. Astımda, obezite, hazır gıda, trans-yağlar, sebze-meyve yememe, annenin yüksek D vitamini düzeyi ve parasetamol kullanması yüksek astım prevalansı ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk ve yetişkinlikte parasetamol kullanımının nöbetleri artırdığı bildirilmiştir. Çoğunluğu viral olmak üzere hem çocukluk hem yetişkinlik döneminde geçirilen enfeksiyonlar, astımın başlamasına neden olmakta ve astım nedenli hastane yatışlarını artırmaktadır. Düşük eğitim düzeyi, yoksulluk KOAH ve astım için sosyal risk faktörleri olarak saptanmıştır. Çocuklar çevresel etkenler ve yetersiz sağlık bakımından özellikle etkilenmektedirler^(1,3).

Sonuç ve öneriler

Bu çalışma sonucunda, kronik solunum yolu hastalıklarının Türkiye’de hastalık yükü nedenleri arasında önemini koruduğu, özellikle KOAH hastalık yükünün 2002 yılından sonra artarak 2017 yılında DALY’ye sebep olan nedenler arasında üçüncü sıraya yükseldiği saptanmıştır. Yetişkin yaş grubunda KOAH mortalite hızının yüz binde 14 olduğu, toplam ölüm nedenleri içinde KOAH nedenli ölüm oranının astım nedenli ölüm oranından yüksek olduğu tespit edilmiştir. KOAH nedenli ölüm oranlarının erkeklerde kadınlardan, astım nedenli ölüm oranlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalık yükü yanında kronik solunum yolu hastalıklarının ekonomik maliyetinin yüksekliği dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Standardize olmayan KOAH ve astım prevalansları son 10 yıl içinde hem erkek hem de kadınlarda artmıştır. 2019 yılında 15 yaş üzerindeki nüfusun %7.1’i son bir yıl içinde KOAH, %8.9’u astım sorunu yaşadığını bildirmiştir. DSÖ’nün 2005 yılında yaptığı projeksiyonlarla uyumlu olarak hem astım hem de KOAH prevalanslarının kadınlarda, özellikle 2012 yılından sonra erkeklerden yüksek

seyrettiği görülmüştür. Bunun nedenleri, yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmet kullanımındaki değişiklikler, tanı olanaklarının iyileşmiş olması ya da kadınlarda sigara içmenin yaygınlaşması şeklinde değerlendirilmiştir. Tarama kriterlerinde zaman içinde oluşan farklılıkların da etkili olabileceği düşünülmüştür.

Kontrol politikalarını belirlemede önemli olan hastalık yükü, morbidite ve mortalite hızları açısından ele alındığında tüm dünyada kronik solunum yolu hastalıkları istatistikleri ile ilgili bir standardizasyon sorunu yaşandığı anlaşılmıştır. Standardizasyon sorunu hem KOAH hem astım için söz konusudur. Hastalık yükü çalışmalarında değerlendirmeye alınan ilgili ICD-10 kodları ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Örneğin pnömokonyozlar hastalık yükü çalışmalarında ve TÜİK verilerinde kullanılmamaktadır. Prevalans çalışmalarında kullanılan hastalık kodları zaman içinde de değişiklik göstermiştir. Bu karmaşıklık ve güçlüklerle beraber bir yandan standardizasyon çalışmaları yürütülürken diğer yandan geçmiş tarihlerle ve farklı ülkelerle kıyaslama yapmaya uygun süreveyans sistemlerinin, hastalık yükü çalışmalarının ve kesitsel araştırmaların devam etmesi gerekmektedir. Kısa vadede güncel GOLD kriterlerine uygun çalışmaların ulusal düzeyde uygulanması önerilmiştir.

Çalışmanın önemli bir sonucu da kronik solunum yolu hastalıkları için tanımlanmış olan çoğu risk faktörünün önlenabilir olmasıdır. Sigara içme, ikinci el sigara dumanına maruz kalma, hava kirliliği daha anne karnında etkisi başlayan iyi çalışılmış önlenabilir çevresel faktörlerdir. Ancak yeni tip nikotin salan ürünlerle KOAH-astım ilişkisini gösteren çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Aynı şekilde iç ve dış ortam hava kirliliği faktörlerinin de daha ayrıntılı incelenip atfedilir risklerinin belirlenmesi gerekli görünmektedir. 2020 yılında yaşanan yeni tip Coronavirus hastalığının akciğer ve KOAH üzerine etkilerini saptamaya yönelik kohort ve benzeri ileri araştırmaların planlanması da ihmal edilmemelidir.

Son on yıl içinde Sağlık Bakanlığı tarafından kronik solunum yolu hastalıkları ile ilgili önemli ölçüde farkındalık faaliyetleri yürütüldüğü, KOAH günleri düzenlendiği, kalite göstergeleri hazırlandıği anlaşılmıştır⁽³⁵⁾. Hastalıkların kontrolünde temel yaklaşım risk faktörlerinin primordial yöntemlerle önlenmesi olmalıdır. Korumada, doğum

öncesi dönemden başlayarak çocukluk dönemindeki risk faktörlerine maruziyetin önlenmesi hedef alınmalıdır. Bunlar arasında sigarayla mücadele faaliyetlerine ek olarak organik beslenmenin sağlanması, trafik egzozundan arındırılmış yeşil yaşam alanlarının çoğaltılması ve solunabilir temiz havaya ülkenin her yerinde herkesin ulaşmasının sağlanmasına yönelik faaliyetlerin artırılması genel öneriler olarak sıralanabilir. Bu faaliyetler arasında Birleşmiş Milletler'in sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasındaki temiz enerjinin teşvikine yönelik faaliyetler de unutulmamalıdır. Bağışıklama ve erken dönemde sigarayı bırakma primer koruma yöntemleri olarak kronik solunum yolu hastalıklarını önleyebilmektedir. Diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardaki dört değiştirilebilir risk faktörü olan diyet, alkol, tütün, fiziksel inaktivite kronik solunum yolu hastalıkları açısından da dikkate alınarak toplum ve hasta eğitimi faaliyetleri sürdürülmelidir. Erken tanı ve tarama, teknolojik gelişmelere paralel tedavi, teletıp, evde bakım ve tıbbi rehabilitasyon gibi uygulamaların birinci basamak dahil olmak üzere yaygınlaştırılması önerilmiştir

Kaynaklar

- Douwes J, Boezen M, Brooks C, Pearce N. Chronic obstructive pulmonary disease and asthma. İçinde: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC (Editörler). Oxford Textbook of Global Public Health, 6th edition. United States of America: Oxford University Press; 2015.pp 945-69.
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Key facts, last updated: 1 December 2017. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). Erişim tarihi: 29.06.2020.
- GBD Chronic Respiratory Diseases Collaborators. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Respir Med*. 2020; 8: 585–96.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 947. Ankara 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Kronik%20Hava%20Yolu%202014-2017%20Pdf.pdf>. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- World Health Organization .GARD Launch Beijing. Fact Sheet for Media, 28 March 2006. https://www.who.int/respiratory/gard/events/GARD_Fact_Sheet.pdf Erişim tarihi: 29.06.2020.
- Öner Erkekol F, Köktürk N, Mungan D, Saçkesen C, Önen Z, Özkan S. ve ark. *Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı (GARD Türkiye) birinci basamakta çalışan hekim eğitimi bilgi değerlendirme sonuçları*. *Tuberk Toraks*, 2017;65 (2):80-89. doi: 10.5578/tt.53804.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)" Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1118. Ankara, 2018. https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Kronik_Hava_Yolu_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025), Sağlık Bakanlığı Yayın No:1056, Ankara, 2017. doi:10.1002/nme.2013.
- Turan A. Erzurum ili Dadaşkent Sağlık Ocağı'na başvuran kırk yaş üstü bireylerde KOAH sıklığının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Erzurum: 2009. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/45770.pdf>. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergun B, Gürgün A. ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Turkish Thoracic Journal. Supplement 2*. 2014;Vol: 15: 1-11. <https://www.toraks.org.tr/book.aspx?-list=1682&menu=241&menu=241>. Erişim tarihi: 20 Temmuz 2020.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2020 Report. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, 2007; 370:741-50.
- Abul Y, Özlü T. Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1 (1): 7-12.
- Akçün D. Isparta il merkezinde KOAH öntanı prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 43-7.
- Örnek T, Tor M, Kıran S, Atalay F. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Zonguldak province of Turkey. *Tuberk Toraks*, 2015;63 (3):170-177. *Tuberk Toraks*, 2015;63 (3):170-177.
- Arıkan İ. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Saha Uygulaması: Burdur İlinde 40 Yaş Üstü Popülasyonda KOAH Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Klinikleri Arch Lung*, 2014;15 (1):8-17.
- Arslan S, Ilgazlı A, Etiler N, Hamzaoglu O. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in kocaali: an industrialised city in Turkey. *Balkan medical journal*, 2013; 30: 387-93.
- Timur A. Kayseri il merkezinde 40 yaş üstü bireylerin kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı. Uzmanlık tezi. T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kayseri: 2017.
- Budak R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı görülme sıklığına aktif ve pasif sigara içiciliğinin etkisi. Uzmanlık tezi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir: 2010.
- Özdemir T, Demirci NY, Kılıç H. ve ark. An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1. *Turk J Med Sci*, 2020; 50: 132-140.
- Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmén K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Yayın No:909. Ankara: 2013. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfai.pdf>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiksel tablolar. <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.

- 23) Türkiye İstatistik Kurumu. Değişken açıklamaları. Hanehalkı bireylerinin temel özellikleri anket formu. http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/sagAr_2012/turkce/downloads/2012_degiskena-ciklamasii.pdf. Erişim tarihi: 24 Ağustos 2020.
- 24) Bozkurt N, Bozkurt Aİ, Taş E, Çatak B. Denizli İl Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Astım Prevalansı. *Toraks Dergisi*, 2006; 7 (1): 5-10.
- 25) Sevimli N, Yapar D, Türktaş H. The prevalence of asthma-COPD overlap (ACO) among patients with asthma. *Turk Thorac J*, 2019; 20 (2): 97-102.
- 26) Erboy F, Altınsoy B. Astım epidemiyolojisi, insidans artıyor mu? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2015; 3 (2): 158-163.
- 27) Al S, Özcebe H. Sosyal güvenlik kurumu kayıtlarında 0-18 yaş aralığı için astım hastalığının analizi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 2017;12:28-59. doi.org/10.21441/sguz.2017.61.
- 28) Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019. <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- 29) Özdemir T, Aydın LY, Türkkan M H, Kılıç T. KOAH hastaları hastaneden çıkmıyor mu?. *Ankara Med J*, 2015; 15 (1):6-9. https://www.researchgate.net/publication/273177096_KOAH_Hastalari_Hastaneden_Cikmiyor_mu/fulltext/563f0c2a08ae8d65c014a120/KOAH-Hastalari-Hastaneden-Cikmiyor-mu.pdf. Erişim tarihi: 26 Temmuz 2020.
- 30) Memikoğlu KO, Azap A, Kurt Ö, Sözen TH, Tekeli ME. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının akut alevlenmesinde *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2005; 58:57-60. <https://dSPACE.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/63949/Kronik%20obstruktif%20akciğer%20hastalığının%20akut%20alevlenmesinde%20Moraxella%20catarrhalis%2C%20Streptococcus%20pneumoniae%2C%20Haemophilus%20influenzae%20sıklığı.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- 31) Özdemir T, Candemir İ, Ergün P, Türkkan MH, Koç O. Patients with COPD who underwent pulmonary rehabilitation in Turkey: Prevalence, distribution, and mortality. *Turk J Med Sci*, 2020; 50: 141-147. <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-20-50-1/sag-50-1-19-1901-224.pdf>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- 32) Hacettepe Üniversitesi. Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Hastalık Yükü çalışması- 2013. 6 Aralık 2016. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf. Erişim tarihi: 10 Temmuz 2020.
- 33) Annesi-Maesano I. Air Pollution and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: When Prevention Becomes Feasible. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;199 (5):547-548. doi: 10.1164/rccm.201810-1829ED.
- 34) Uzun SU. Iğdır İl Merkezinin Hava Kalitesi ve Astım-KOAH ile ilişkisi: Ekolojik bir çalışma. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Antalya 2019:752-753. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/74>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.
- 35) T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019 Faaliyet Raporu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36626,tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf?0>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2020.



Kronik Hastalıklar Ve Ruh Sağlığı

99

KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY

Ruh sağlığı ve kronik hastalıklar arasında çift yönlü etkileşim olduğu bilinmektedir. Kronik hastalıkları olan kişilerde hastalık süreçlerinin bir sonucu olarak ruhsal sorunlar görülebildiği gibi eş zamanlı olarak ruhsal sorunlar da kronik hastalıklara eşlik edebilmektedir. Örneğin kronik hastalıkları olan kişilerin kullandıkları ilaçların psikiyatrik sonuçları olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte kronik ağrıları olanlarda %20-80 oranında değişen depresyon oranları tanımlanmıştır⁽¹⁾. Ayrıca kronik ruh sağlığı sorunu olan kişilerin gerek davranışsal (tütün, hareketsizlik, kötü beslenme vb), gerekse hastalık tedavisinde kullanılan ilaçlar nedeniyle eşlik eden hastalıklar olarak diğer kronik hastalıklara sahip olma riskinin yüksek olduğu da bilinmektedir. Kalp yetmezliği, obezite ve buna bağlı hipertansiyon gibi sağlık sorunları kronik psikiyatri hastalarının en sık yaşadığı sağlık sorunları arasındadır⁽²⁾. Bu yakın etkileşime rağmen kronik hastalıklara ilişkin literatür ve hizmet sunumu dokümanlarına bakıldığında ruh sağlığı ve sorunlarının ihmal edildiği ve konuya ilişkin önleyici sağlık politikalarına yeterince yer verilmediği görülmektedir. Bu yazının amacı ülke olarak bu açıdan içinde bulunduğumuz durumu irdelemek ve konunun önemine dikkat çekmektir.

Kronik hastalıklar çoğunlukla kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, tütün kullanımı ve bağımlılığı, metabolik sendrom, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve kanserler olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıkların önemli bir özelliği olarak insanların yaşama biçimlerinden kaynaklanmasının altı çizilmekte, tütün ürünleri kullanımı, yanlış ve dengesiz bes-

lenme, fiziksel hareketin yetersiz olması, alkol kullanımında aşırılık, kronik hastalıkların altta yatan temel nedenleri olarak gösterilmektedir⁽³⁾. Burada sayılan ve kronik hastalık oluşumuna zemin hazırlayan tüm bu davranışsal öğeler ise kişilerin içinde bulunduğu psiko-sosyal koşullar ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi amacıyla uygulanan davranışsal müdahaleler ancak bu psiko-sosyal bütünlük içinde ele alındığında başarılı olabilir.

Öte yandan ulusal hastalık yükü çalışması sonuçlarına bakıldığında ruhsal hastalıkların kardiyovasküler hastalıklar ardından %19 ile hastalık yükü açısından ikinci sırada yer aldığı görülmektedir⁽³⁾. 2011 yılında 15 yaş üstü 18477 kişi ile yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre depresif bozukluk tüm toplumun %9'unda, somatizasyon bozuklukları %5'nde (kadınlarda erkeklere oranda daha fazla olmak üzere), panik bozukluk ise %2'sinde görülmektedir⁽⁴⁾. Ülkemizde hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında erkeklerde dokuzuncu sırada unipolar depresif hastalıklar (%2,6), on ikinci sırada alkol kullanım bozuklukları (%1,8), yirminci sırada (%1) şizofreni olduğu görülmektedir⁽⁵⁾.

Şizofreni, bipolar duygu durum bozuklukları, distimi gibi kronik psikiyatrik sorunları olan kişilerin morbidite ve mortalite oranları genel nüfustan daha yüksek, yaşam beklentileri daha düşüktür. İlaç yan etkileri, fiziksel belirtilerin ihmal, uyum eksikliği gibi hastalığa bağlı nedenler, sigara kullanımı, kötü beslenme, alkol, sigara ve madde kullanımı,

fiziksel aktivite ve hijyen eksikliği gibi yaşam tarzı davranışları ve çevresel etmenler nedeniyle bu hastaların fiziksel sağlığı bozulmaktadır. Anti-psikotik ilaçların metabolik sendrom ve diyabete yol açabilen yan etkileri olduğu bilinmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının birçoğu kardiyovasküler hastalıklar ya da metabolik komplikasyonlar nedeniyle ölmektedirler. Bu ilaçları sürekli kullanma ihtiyacı olan kişilerin diyetlerinin buna yönelik düzenlenmesi ve fiziksel aktivitenin sağlanması önemli bir gereksinimdir. Psikiyatri hastalarının bakımında sadece ruhsal yakınmalara odaklanılmakta, fiziksel belirtiler ihmal edilmektedir⁽²⁾. Tüm bunların yanı sıra hastaların bozulan bilişsel işlevleri ve kaybettikleri otonominin bir sonucu olarak aile bireyleri ve yakın çevreleri için uzun dönemli bakım hizmetleri sorumluluğu doğmaktadır. Hasta yakınları hastalığın tedavisi ve yaşam boyu süren etkilerini kontrol edebilmek için daha fazla sorumluluk almak durumunda kalmaktadır. Ayrıca araştırma sonuçları bakım veren konumunda olan hasta yakınlarının depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik tanıları alma olasılığının da arttığına işaret etmektedir⁽⁶⁾. Öyleyse sözü edilen çok sayıda etkileşim ile birlikte kronik ruhsal hastalıklar hastanın kendisi, yakınları, yardım arama davranışları ve sağlık sistemi yükü ile birlikte düşünüldüğünde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kronik Ruhsal Hastalıkların Yönetimi

Kronik psikiyatrik hastalıkların erken tanısı ve etkili yönetimi sağlık hizmetlerinin maliyet etkin şekilde düzenlenebilmesi için gerekli ve önceliklidir.

Bu noktada hizmetlerin maliyet etkin şekilde planlanabilmesi vurgusu yeni bir tartışmayı beraberinde getirmektedir. Ülkemizde her 100 bin kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2,20, psikolog sayısı 1,85'dir. Sosyal çalışmacı ve psikiyatri hemşiresi sayısı da toplumun ihtiyaç duyduğu rakamların altındadır⁽⁷⁾. Ayrıca yardım arama davranışı açısından bakıldığında kronik psikiyatrik hastalığı olan birey ve yakınlarının tıp dışı ve geleneksel dini uygulamalar yoluyla çözüm aradıkları görülmektedir⁽⁸⁾.

Bu noktada hastalıklarının tedavi sürecini yönetebilmelerini sağlayacak kadar yetkinlik kazanmaları kronik ruh sağlığı hastalıklarının tedavisinde çok önemlidir. Ülkemizde Kronik Hasta Bakım Modeli olarak tanımlanan yaklaşımda hasta hastalığın tedavisinde profesyoneller ile birlikte aynı takımın bir parçası ve takımın lideri olarak konumlandırılır. Profesyoneller ise sürecin tamamlayıcısı olarak değerlendirilir. Bu model hastane ve uzman temelli bir sağlık hizmet sunumu yaklaşımının ötesinde olması nedeni ile kronik hastalıkların tedavisinde çok önemlidir⁽⁹⁾.

Savaş ve göçlerin arttığı, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve büyüyen yoksulluğun hakim olduğu bir dünyada ruhsal sorunların kök nedenlerini ortadan kaldırmak zor görünmekle birlikte, ruhsal hastalıkların oluşması ve kronikleşmesi sürecinde hastaların yetkinliklerini geliştirmek önemlidir. Bu kapsamda Sağlıklı Yaşam Merkezleri'nde kronik hastalıklar için sağlanan psikolojik danışmanlık ve psiko-eğitim çalışmaları etkin ve nitelikli bir şekilde sunulduğunda önemli katkılar sağlayabilir⁽⁹⁾. Kronik psikiyatrik hastalıkların yönetiminde çevrenin düzenlenmesi ve bireylerin güçlendirilmesi olmazsa olmaz basamaklar olarak değerlendirilmelidir. Aynı zamanda erken tanı sistemlerinin geliştirilmesi ve toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi için adımlar atılmalıdır. Kronik ruh sağlığı sorunlarının önemli bir bölümünün ergenlik ve gençlik yaşlarında başladığı göz önüne alındığında, çocuklar ve gençlerle yürütülecek, çok sektörlü yaklaşımların bir parçası olarak okul çalışmalarının çok önemli olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda özellikle de sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olan kadınların güçlendirilmesi için toplum tabanlı çalışmalar geliştirilmelidir. Türkiye için ruh sağlığı sorunlarına ilişkin risk faktörleri tarandığında yaşlıların, göçmenlerin, kadın ve çocukların gündelik yaşamın stresleri ile baş edebilmelerine ilişkin güçlendirilmesi yönünde adımlar atılmalıdır⁽⁵⁾. Kuşkusuz ruh sağlığının geliştirilmesine ilişkin toplumsal düzeyde atılacak her adım ruhsal sorunların oluşması ve kronikleşmesi önünde koruyucu faktör olarak işlev görecektir.

Kaynaklar

- 1) Mete, H. E. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri;11 (Ek 3):3-18 3–18. (2008)
- 2) Kayar Erginer, D. & Parlak Günüşen, N. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg. 6, 159–164 (2013).
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023. Ankara (2014).
- 4) Ünal, B., Ergöl, G., Horasan Dinç, G., Kalaça, S. & Sözman, K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. (2013)
- 5) Erdem M & Çan G. Türkiye Sağlık Raporu 2014. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (2015).
- 6) Duman, Z & Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematiik Bir İnceleme. Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Curr. Approaches Psychiatry 5, 78 (2013).
- 7) TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara (2011).
- 8) Bademli, K. & Lök, N. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları. Psikiyatr. Guncel Yaklasimler - Curr. Approaches Psychiatry 9, 136–136 (2017).
- 9) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Hayat Merkezi İzleme ve Değerlendirme Rehberi. (2020)



Giriş

Ağız sağlığı, kapsamı geniş olan bir kavramdır; konuşma, gülme, çiğneme, yutkunma gibi birçok beceriyi yapabilmek kadar, ağrı ve/veya rahatsızlık hissi gibi duyguların olmamasını da kapsar. Ağız ve diş sağlığı bozulduğunda bireyin fonksiyonel, sosyal ve psikolojik olarak 'iyi olma hali' olumsuz yönde etkilenebilir⁽¹⁾. Gelişmekte olan ülkelere benzer şekilde Türkiye'de de ağız-diş sağlığı sorunlarına yönelik koruyucu önlemlere yeteri kadar önem verilmediği görülmektedir⁽²⁾.

Ağız-diş hastalıkları dünyada en sık görülen, ciddi sağlık sorunu ve ekonomik yük oluşturan, etkilenenlerin yaşam kalitesini azaltan hastalıklardandır⁽³⁾. Diş çürüğü, periodontal hastalıklar, diş kaybı ve dudak ile ağız kanserleri dünyada en sık görülen ağız ile ilgili hastalıklardır. Yokluk içinde yaşayan insanlar, marjinal gruplar ve yaşlılar ağız-diş sağlığı en çok etkilenen gruplar olup, üstelik ağız sağlığı hizmetlerine de zor erişimi olanlardır⁽³⁾. Ağız ve diş hastalıklarının tedavisi dünya genelinde en pahalı sağlık uygulamaları arasında yer almaktadır^(2, 4). Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de çürük önleyici programların diğer koruyucu sağlık programları içine dâhil edilmiş olması, ağız sağlığı için yapılan harcamaların yüksek olmasının başta gelen nedenlerindedir⁽²⁾. Oysa, koruyucu ağız diş sağlığı için yapılan bir dolarlık harcamanın, restoratif ve acil tedaviler ile ağız sağlığı ilişkili diğer tıbbi sorunların giderilmesi için gerekli olan 8-50 dolar arasındaki harcamayı ortadan kaldıracığı bilinmektedir. Bu nedenle,

toplumda koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi ve bu hizmetlerin geliştirilmesi önemlidir⁽⁵⁾.

Ağız-diş hastalıklarının bir çoğu önlenebilir hastalıklar olmasına rağmen, dünyada özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalansları yüksek olup sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle karşılaşmaktadır; bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için ülkelerin ayırdıkları bütçe yetersizdir⁽³⁾. Ağız-diş sağlığında eşitsizliklerin değerlendirildiği çalışmalarda sosyoekonomik faktörler, eğitim, oturulan yer (kır/kent) ve sağlık güvencesi olma durumunun eşitsizliği yaratan faktörler olduğu belirlenmiştir⁽⁶⁻⁸⁾. Türkiye'de ağız-diş sağlığına yönelik hizmetler ertelenebilir hatta zaman zaman vazgeçilebilir hizmetler olarak görülmüş, genel sağlık hizmetleri bütününden ayrı bir yapıda örgütlenmiş, kısmen sağlık güvencesi kapsamı dışında bırakılmış ve sağlığın piyasa mekanizmalarının etkilerine açık olmuştur^(2,9).

Alma-Ata Deklarasyonu ile "Herkes İçin Sağlık" sloganı geniş bir kabul görmesine karşın⁽¹⁰⁾, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu slogana uygun faaliyetler tam anlamıyla uygulanmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Diş Hekimleri Federasyonu (Federation Dentaire Internationale-FDI) 1981 yılında Rio de Janeiro toplantısında ağız-diş sağlığı açısından 2000 yılında ulaşılması gereken küresel hedefleri benimsemiştir⁽¹¹⁾. DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi 1984 yılında "2000 yılında Herkes İçin Sağlık" kapsamında 38 temel hedef belirlemiş ve 1992 yılında da bu hedefleri güncellemiştir⁽¹²⁾. Avrupa'da Sağlığı Geliştirme Faaliyet

Programı'nda bulunan hedeflerden beşi ağız-diş sağlığı ile doğrudan ilgilidir. DSÖ, FDI ve Uluslararası Diş Araştırmaları Derneği' nin (International Association for Dental Reserach-IADR) ortaklaşa formüle ettiği '2020 Yılı Ağız-Diş Sağlığı Hedefleri' 2000'lerin başında yayımlanmıştır. 2020 yılı için konulan hedefler oldukça genel hatlarla belirtilmiş ve her ülkenin kendi koşullarına göre 2020 yılına dek ulaşmayı hedeflediği noktaları belirlemesi gerektiği karara bağlanmıştır. Ağız-diş sağlığı için DSÖ'nün 2020 yılı Avrupa Bölgesi'nin temel hedefi '12 yaş için DMFT'nin 1,5'ten fazla olmaması' şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca bu hedeflerde başlıca amaçlar, ağız ve kraniyofasiyal hastalıkların sağlığı ve psikolojik gelişimi etkilememesi ve sistemik hastalıkların ağız ve kraniyofasiyal bulgularının koruma, erken tanı ve sistemik hastalığın etkili tedavisi için kullanılması olarak belirtilmiştir⁽¹³⁾.

Türkiye Sağlık Raporu'nun bu bölümü ülkemizin ağız-diş sağlığı durumunu tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu bölümde önce Türkiye'de ağız-diş sağlığı durumuna ilişkin olarak ulusal düzeydeki çalışmaların sonuçları özetlenmiş, son 10 yılda gerçekleştirilmiş olan yerel düzeydeki çalışmalara ait sonuçlar sunulmuş, daha sonra Türkiye'de diş hekimliği hizmetlerinin sunumu ve insan gücü, son on yılda gerçekleşen değişim ile birlikte irdelenmiştir. Son olarak da kısaca ülkemizde uygulanan koruyucu ağız-diş sağlığı programına ilişkin bilgi sunulmuştur.

Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığı Profili

Ağız-diş sağlığı saha araştırmaları, toplumların ağız sağlığı durumunu ve tedavi gereksinimini en sağlıklı şekilde ortaya çıkaran çalışmalardır. Bu araştırmalar bölgesel ve ulusal programların oluşturulmasında ve ağız bakımı için gerekli personel sayısının planlanmasında temel bir veri tabanı sağlar; tespitlerin ve alınan önlemlerin etkilerini değerlendirmek ve yeni hedefler oluşturabilmek için bu çalışmaların belirli aralıklarla tekrarlanması gereklidir.

DSÖ son 20 yılda üye ülkelerin ağız-diş sağlığı ile ilgili uluslararası karşılaştırmalar yapabilmeleri için standart bir metodoloji kullanmalarını sağlamaya çalışmakta, araştırmalarda belirli yaş ya da yaş bantlarının ağız-diş sağlığına ilişkin durumlarının saptanmasını önermektedir. Bu amaçla önerilen yaşlar 5-6 yaş, 12 yaş, 15 yaş, 35-44 yaş ve 65-74 yaş olarak sıralanmaktadır⁽¹⁴⁾.

Ülkemizde ağız-diş sağlığı düzeyini belirlemek için gerekli olan verilerin "sağlıklı" bir şekilde toplanmasına ve birey temelinde birleştirilmesine elveren bir kayıt sistemi henüz mevcut değildir. Bu nedenle hem ülke geneli ile ilgili durumun ortaya çıkarılabilmesi hem de Türkiye tarafından da benimsenmiş olan, DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık 2000" hedeflerine ulaşma düzeyinin belirlenmesi için durum saptama araştırmalarına gerek vardır.

Türkiye genelinde ilk ağız-diş sağlığı düzeyi belirleme araştırmasını 1988'de Saydam, Oktay ve Möller yapmıştır⁽¹⁵⁾. Bu çalışmadan sonra ülkeye genellenebilir veri üreten ilk çalışma Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili-2004 Araştırması'dır^(16, 17). Bu araştırmadan sonra, 2018 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bir durum saptama çalışması yaptırmış ancak bu çalışmanın sonuçları henüz rapor edilmemiştir.

Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili-2004 Araştırması'nda indeks yaşlarda ülkeye ve kır-kente göre genellenebilir verilere ulaşabilmek için her indeks yaştan/yaş grubundan 1.500 kişiye (toplam 7.500 kişi) ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneği, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından orantılı tabakalı küme örnekleme yöntemi ile seçilmiş, 81 ilden 68'inden 250 küme örneğe çıkmıştır. Veriler, bu çalışma için geliştirilmiş ve ön denemesi yapılmış olan bir anket formu ve bir muayene formu aracılığıyla, usta eğitimcilerle göre en az %80 düzeyinde kalibre olmuş 27 Diş Hekimliği Fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencisi tarafından toplanmıştır. Araştırmanın sonunda, toplam 6.834 haneye ulaşılarak 29.403 hane halkı hakkında temel demografik bilgiler toplanmış, 7.833 kişi muayene edilerek anket formu uygulanmıştır⁽¹⁷⁾.

Araştırmaya katılan kişilerin yaklaşık dörtte birinin sağlık güvencesi yoktur. Muayene edilen bireylerin 3/4 - 4/5'i çoğunlukla öğle öğününü atlamaktadır. Öğün arasında atıştırma alışkanlığı her yaşta yüksek düzeydedir ve en çok tüketilen yiyecek/içecekler şekerli olanlardır^(18, 19). Araştırmaya katılan kişilerin ağız hijyeni ve diş hekimine gitme alışkanlıkları **Tablo 100.1**'de özetlenmiştir.

Diş hekimine düzenli olarak kontrol için gitme yüzdesi çok düşüktür (en yüksek 5 yaşta %4,4, en düşük 65-74 yaşta %0,1). Çekim, ağrı ve dolgu bütün yaşlar için diş hekimine en son gitme nedenleri arasında ilk beş neden içine girmektedir. Yaşlılarda ise protez yaptırma birinci sıradaki nedendir^(18, 19).

Tablo 100.1 Araştırma kapsamında muayene edilen kişilerin ağız hijyeni ve diş hekimine gitme alışkanlıklarına göre dağılımı (Türkiye, 2004)

Ağız hijyeni alışkanlığı	İndeks yaşlar				
	5 yaş	12 yaş	15 yaş	35-44 yaş	65-74 yaş
<u>Diş fırçası</u>	(n=1539)	(n=1611)	(n=1507)	(n=1631)	(n=1545)
Yok	21,2	9,4	8,5	14,5	38,4
Var, paylaşıyor	1,2	1,2	0,8	1,4	0,8
Var, kendisine ait	77,6	89,4	90,8	84,0	60,9
<u>Diş fırçalama sıklığı</u>	(n=1213)	(n=1549)	(n=1381)	(n=1393)	(n=953)
Günde 2+ kez	25,8	33,3	38,3	22,2	34,7
Günde 1 kez	29,2	22,1	23,5	28,5	24,7
Fırçalamıyor	45,0	44,6	38,2	49,2	44,1
<u>Hiç diş hekimine</u>	(n=1539)	(n=1611)	(n=1507)	(n=1631)	(n=1545)
Gitmemiş	82,1	41,4	41,1	4,9	1,6
Gitmiş	17,9	58,5	58,9	95,1	98,4
<u>En son diş hekimine gitme zamanı</u>	(n=275)	(n=943)	(n=888)	(n=1551)	(n=1520)
≤ 1 yıl	85,8	61,3	52,1	42,6	20,2
> 1 yıl	14,2	38,7	47,9	57,4	79,8

Çürüksüzlük prevalansı 5 yaşta %30,2'den, 12 ve 15 yaşlarda %40'lar düzeyine yükselmekte, 35-44 yaşta %26,2'ye düşmektedir. Yüksek dişsizlik prevalansı nedeniyle 65-74 yaşta çürüksüzlük prevalansının %40,7 olduğu belirlenmiştir. Erişkin grupta hiç diş kaybı olmayan kişilerin sıklığı %8,4, yaşlı grupta yalnızca %0,9'dur. Dolgulu diş prevalansı da artan yaşla birlikte artmakta, 65-74 yaşlarda kayıp dişlerin artmasına bağlı olarak azalmaktadır. DMFT, çocuklar arasında 12 yaşta en düşük (1,9±2,2) olup 35-44 yaşta 10,8±6,9'a, 65-74 yaşta 25,8±8,5'e yükselmektedir; çocukluk çağında DMFT'nin en yüksek bileşeni çürük diş sayısı iken, erişkin ve yaşlı popülasyonda kayıp diş sayısıdır (Tablo 100.2) (18,19).

Periodontal dokuları sağlam olanların yüzdesi 15 yaşta %56,2, 35-44 yaşta %15,7 ve 65-74 yaşta %14,3'tür. En sık rastlanan periodontal sorun diş taşıdır. Ataçman kaybının en yüksek düzeyde olduğu yaş 65-74 yaş grubudur; yaş azaldıkça sağlıklı dokuya sahip olanların yüzdesi artmaktadır (15 yaşta %98,9). Erişkin yaş grubundakilerin %2,6'sı-

nın, 65-74 yaştakilerin ise yarıya yakınının (%48,0) dişsiz olduğu saptanmıştır (18,19).

2004 araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde 5 yaş grubunda çürük prevalansı, 2000 yılı için belirlenen hedeflerin dahi gerisindedir. Bu yaş grubunda saptanan dmft değeri de gelişmiş ülkelere göre çok yüksektir.

Türkiye'de DSÖ ile birlikte yürütülen 1988 çalışmasının sonuçlarına göre, DSÖ 2000 yılı küresel hedefleri arasında öngörülen '12 yaş için DMFT'nin en fazla 3 olması' hedefine ulaşıldığı görülmüştür. 2004 Türkiye Araştırması sonuçlarına göre ise DSÖ Avrupa Bölgesi'nin '12 yaş için 2010 yılında DMFT'nin 2 olması' hedefine ulaşılabilirdiği saptanmıştır (12 yaş için 2004 DMFT değeri 1,9). Hatta bu değer DSÖ Avrupa Bölgesi'nin bu yaş için '2010 yılında DMFT'nin 2 olması' hedefinin de altındadır. Birçok ülkede 12 yaşındaki çocuklarda diş çürüğü incelendiğinde, çürüksüzlük prevalansı çok yüksek olmasına rağmen DMFT değerlerinin hala yüksek olduğu görülmektedir. Ortalama DMFT değerleri çürük dağılı-

Tablo 100.2 Araştırma kapsamında muayene edilen kişilerin temel ağız diş sağlığı ölçütleri dağılımı (Türkiye, 2004)

İndeks yaşlar	Çürük kron*	Çürük kök*	Kayıp diş	Dolgulu diş*	DT/dt	MT/mt	FT/ft	dmft/DMFT	Toplam diş sayısı
5 yaş (n=1539)	69,8	**	3,4	2,1	3,6±3,9	0,05±0,3	0,05±0,4	3,7±3,9	20,5±1,3
12 yaş (n=1611)	61,1	**	7,9	6,5	1,7±2,1	0,1±0,5	0,1±0,5	1,9±2,2	26,5±1,9
15 yaş (n=1507)	61,2	5,2	16,2	12,4	1,8±2,3	0,2±0,6	0,3±1,0	2,3±2,5	27,6±1,0
35-44 yaş (n=1631)	73,8	20,1	91,6	29,5	2,9±3,1	7,4±6,8	0,9±2,2	10,8±6,9	23,6±6,6
65-74 yaş (n=1545)	59,3	28,4	99,1	14,8	1,0±2,1	24,6±9,4	0,2±1,1	25,8±8,5	7,0±9,1

* Dişsizler analize dâhil edilmemiştir; 35-44 yaş için n=1589, 65-74 yaş için n=804.

** Bu yaş grubunda incelenmemiştir.

mını tam olarak gösteremediğinden, değer düşük olduğunda çürüğün kontrol altında olduğu gibi yanlış bir sonuca varılabilmektedir. Bu durum aslında o toplumda çok sayıda çürüğü olan birey olduğu gerçeğinin gözden kaçmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, çürük sayısı fazla olanlara dikkat çekmek için DMFT'nin yanı sıra "önemli çürük indeksi"nin (significant caries index-SiC) de hesaplanması önerilmektedir. Türkiye 2004 Araştırmasında 12 yaşta DMFT 1,9 iken, SiC indeksi değerinin 4,33 olduğu görülmüştür; bu değer ise DSÖ 2015 yılı hedefi olan 3 sayısından oldukça yüksektir⁽¹⁸⁾.

Ülkemiz genelindeki ağız-diş sağlığı durumunu gösteren 1988 ve 2004 Araştırmaları sonuçlarına göre, 12 yaştan 15 yaşa gelindiğinde DMFT bir yükseliş göstermekle birlikte, 1988'de 15 yaş için 4,14 olan DMFT'nin 2004'te 2,3'e düştüğü görülmüştür. Ancak DSÖ 2000 hedefleri arasında olan '18 yaşındakilerin %85'inin tüm dişlerine sahip olması' durumuna henüz erişilemediği görülmüştür (15 yaş için 2004 Türkiye Araştırması sonuçlarına göre tüm dişlere sahip olma yüzdesi %83,3'tür).

2004 Türkiye Araştırmasında 35-44 yaş grubunda ortalama DMFT 11,2 olup, 1988 Türkiye araştırmasının sonuçlarına göre (11,6) düşüktür; çürük diş (D) düzeyi ise Avrupa'nın ortalama değerlerine yakın bir değer olarak 2,9 bulunmuştur. Türkiye'de 65-74 yaş grubunda 1988'de 28,8 olarak saptanan DMFT değeri, 2004 araştırmasında 25,8 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde 65-74 yaşta dişsizlik prevalansı 1988 yılında %78,0'dan, 2004 yılında %48,0'a düşmüş ancak fonksiyonel diş sayısı olan '21 ve üstü sayıda

doğal dişe sahip olanların yüzdesi' %12,4'te kalmıştır.

Günümüzde Avrupa'da periodontal hastalıkların 15-20 yıl öncesine göre daha az görüldüğü belirlenmiştir. Türkiye'de 1988'de yapılan araştırmada 35-44 yaş grubunda periodontal açıdan sağlıklı dokulara sahip olanların yüzdesi %3,04 iken, 2004 yılında %15,5'tir. Aynı şekilde 65-74 yaş grubunda da bu yüzde 1988 yılında %3,8'den, 2004 yılında %11,6'ya yükselmiştir.

Türkiye 2004 Araştırmasında bütün yaşlarda, tedavi gereksinimi olan dişlerde restorasyon gereksinimlerinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak çocuk yaş gruplarının üçte birinden fazlasında herhangi bir tedaviye gereksinim yoktur. Herhangi bir tedaviye gereksinimi olmayanların yüzdesi erişkinlerde %18,5, yaşlılarda ise %3,8 düzeyindedir. Çekim gereksinimi en yüksek 65-74 yaş grubundadır (%18,8)⁽²⁰⁾.

Dünya'da ağız ve diş sağlığı 2020 hedefleri oldukça geniş kapsamlı ve genel hedefler olarak konulmuştur ve her ülkenin kendi koşullarına göre 2020 yılına dek ulaşmayı hedeflediği noktaları belirlemesi gerektiği kararı vardır. Ülkeye genellenebilecek güncel tarihli başka bir çalışma bulunmaması sebebi ile DSÖ'nün ağız-diş sağlığı için 2020 yılı temel hedefleri olarak konulan hedeflerden 1988 ve 2004 çalışmalarında belirlenmiş olan ağız-diş sağlığı ölçütleri ele alınarak **Tablo 100.3**'te belirtilmiştir. Belirtilmiş hedeflerin başlıkları ağrı, fonksiyonel bozukluklar, enfeksiyöz hastalıklar, orofaringeal kanserler, HIV'in ağız bulguları, Noma, travmalar, kraniofasial anomaliler, diş çürükleri,

Tablo 100.3 Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar açısından DSÖ 2020 hedefleri ve Türkiye çalışmaları sonuçları (1988, 2004)

2020 yılı hedefleri	1988 Türkiye Araştırması	2004 Türkiye Araştırması
6 yaş altındaki çocuklarda çürüksüzlük prevalansı %80 olmalı	Çürüksüzlük prevalansı %12	Çürüksüzlük Prevalansı %30,2
12 yaşta DMFT ≤ 3 olmalı	DMFT= 2,7	DMFT= 1,9
18 yaşındakilerin %85'i tüm dişlerine sahip olmalı	15-19 yaş; %43'ü tüm dişlerine sahip	15 yaş; %83,3'ü tüm dişlerine sahip
35-44 yaş grubunda dişsizlik %50 azaltılmalı	Dişsizlik prevalansı %2,7	Dişsizlik prevalansı %2,6
65-74 yaş grubunda dişsizlik %25 azaltılmalı	Dişsizlik prevalansı %75,0	Dişsizlik prevalansı %48,0
18 yaştakilerin %90'ında en az üç periodontal olarak sağlıklı sekstant olmalı (CPI= 0)	15-19 yaşta %67,2	15 yaşta %78,0
35-44 yaş grubunun %75'inde en az 3 periodontal olarak sağlıklı sekstant olmalı (CPI=0)	%14,3	%33,9
65+ yaş grubunda derin cep varlığının %10'u geçmemesi (CPI=4, +)	% 18,75	%11,0

dişlerde gelişimsel bozukluklar, periodontal hastalıklar, oral mukozal hastalıklar, tükürük bezi bozuklukları, diş kaybı, sağlık güvencesi hizmetleri, sağlık bilgi sistemleri şeklindedir⁽¹³⁾.

Son 10 yılda Türkiye’de ağız-diş sağlığına ilişkin durum

Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004 çalışmasından bu yana ülkemizde çocuklar, erişkinler ve yaşlılar üzerinde ağız diş sağlığı düzeylerini saptamaya yönelik olarak benzer bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle bu bölümde, yerel olarak yapılmış bazı saha çalışmaları ile çeşitli sağlık kuruluşlarına başvuranlar üzerinde yapılmış ve yayımlanmış çalışmaların sonuçlarından yararlanılarak son 10 yılda ağız-diş sağlığının durumu irdelenecektir. Bu çalışmalar ‘çocuklar ve adolesanlar ile ilgili çalışmalar’ ile ‘erişkinler ve yaşlılar ile ilgili çalışmalar’ olarak iki başlık altında toplanarak incelenmiştir.

Çocukluk ve adolesan çağında ağız-diş sağlığına ilişkin durum

Son on yılda çocukların ağız-diş sağlığı durumunun değerlendirildiği çalışmaların ülkenin farklı illerinde yapıldığı görülmüştür. Bu iller Aydın, Trabzon, Eskişehir, İzmir, Bolu, Isparta, Kırklareli İstanbul, Ankara, Malatya, Erzurum ve Sivas’tır. Ayrıca, yedi bölgede farklı illerden seçilmiş bir örnek üzerinde yapılmış bir başka çalışma da mevcuttur. Bu çalışmalarda ağırlıklı olarak çürüksüzlük yüzdesi ile çürüğün şiddetini süt dişleri için gösteren dmft/dmfs indeksi ile kalıcı dişler için gösteren DMFT indeksinin saptandığı belirlenmiştir. Ağız-diş sağlığını gösteren bu ölçütlerin dışında çalışmaların bazılarında dolgulu dişli olanların yüzdesi, ortalama kayıp, dolgulu ve çürük diş sayıları, önemli çürük indeksi (SiC), florozis, maloklüzyon (dişlerde kapanış bozukluğu) ve yakınma nedeniyle diş hekimine başvurma durumu da belirlenmiştir. Çalışmalarda farklı yaş gruplarına odaklanıldığı da görülmüştür; hedef gruplar 3-6 yaştan 15-16 yaşa kadar değişmektedir.

Çalışmaların çoğunda değerlendirilen çürüksüzlük yüzdesi okul öncesi dönemdeki çocuklarda %13,4⁽²¹⁾, %26,2⁽²²⁾, %29,2⁽²³⁾, %36,9⁽²⁴⁾, %54⁽²⁵⁾ ve %70,3⁽²⁶⁾ düzeylerinde saptanmışken okul çağında farklı yaşlardaki çocuklarda %17,4 ile %65 arasında değiştiği görülmüştür^(2,27-32). Süt dişlerindeki çürük şiddetini gösteren ve çürük (d-decayed), ka-

yıp (m-missing), dolgulu (f-filled) dişlerin toplamı olarak hesaplanan dmft indeksi okul öncesi dönemdeki çocukların ağız-diş sağlığının incelendiği çalışmaların hemen hepsinde değerlendirilmiştir. Üç ile beş yaş arası çocukların değerlendirildiği bu çalışmaların sonuçlarına göre dmft indeksi 0,96 (dft) ile 5,3±3,8 (dmft) arasında değişmektedir^(21,23-26,33,34). 6 yaşındaki 763 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada önemli çürük indeksi (SiC) 9,3 olarak bulunmuştur⁽²¹⁾. Kalıcı dişler için hesaplanan ve DMFT simgesi ile gösterilen değerler ise okul çağı çocukları ve adolesanlarda 0,89 ile 2,8±2,3 arasındadır^(29,30,32,35-38). Ayrıca 11-12 yaş grubundaki çocukların ağız-diş sağlığı durumunun değerlendirildiği bir çalışmada önemli çürük indeksi (SiC) değeri 2,3, hafif florozis %39, şiddetli florozis %1 düzeyinde belirlenmiştir⁽³⁵⁾. 10-16 yaş arasındaki çocukların değerlendirildiği bir çalışmada maloklüzyon %27,4⁽³⁹⁾, 14-18 yaş arası çocukların değerlendirildiği bir çalışmada ise %21,8⁽³⁷⁾ düzeyindedir. 7-14 yaş arasındaki 3921 çocuğun sağlıklı ilgili yakınmalarının değerlendirildiği bir çalışmada ise çocukların %58,3’nün herhangi bir yakınma nedeniyle diş hekimine başvurdukları saptanmıştır⁽⁴⁰⁾. **Tablo 100.4**’te 2010-2019 yılları arasında yapılmış ve yayımlanmış çocuklara ve adolesanlara ilişkin bazı araştırmaların sonuçları özetlenmiştir.

Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığına ilişkin durum

Çocuk ve adolesanların ağız-diş sağlığı durumunun belirlenmesine ilişkin çalışmalara benzer şekilde, son on yılda erişkin ve yaşlıların ağız-diş sağlığı durumunun değerlendirildiği çalışmaların da farklı illerde yapıldığı görülmüştür. Bu iller İstanbul, Ankara, Uşak, Adıyaman, Diyarbakır, Şanlıurfa, Gaziantep, Isparta, Kayseri ve Ordu’dur; bu çalışmaların çoğu sağlık kurumuna başvuran veya kurum bakımında olan kişiler üzerinde yapılmıştır. Ayrıca, yedi bölgede farklı illerden seçilmiş bir örnek üzerinde yapılmış bir çalışma da mevcuttur. Bu çalışmalarda DMFT/DMFS, periodontal durum, ağız içi lezyonlar ve dişsizlik durumunun değerlendirildiği görülmüştür. Ağız-diş sağlığını gösteren bu ölçütlerin dışında son yıllarda ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin (ASİYK) de belirlendiği çalışmaların olduğu göze çarpmaktadır.

DMFT ve periodontal durum, çalışmaların çoğunda saptanan ağız-diş sağlığına ilişkin özellikler-

Tablo 100.4 Çocukların ve Adölesanların Ağız-Diş Sağlığı Durumuna İlişkin Bazı Araştırmaların Sonuçları (Türkiye, 2010-2020)

Yıl	Yaş (yıl)	Yapıldığı il	Belirlenen temel ölçütler
2010 ⁽²⁷⁾	6-7, 13-14	Eskişehir	Çürüksüzlük yüzdesi= %35,2
2010 ⁽²⁶⁾	3-6	İzmir	Çürüksüzlük yüzdesi= %70,3 Dolgu dişli olanların yüzdesi= %5,5 dft= 0,96
2010 ⁽²⁸⁾	6	Bolu	Çürüksüzlük yüzdesi= %51,3
2010 ⁽³⁵⁾	11-12	Isparta	Çürüksüzlük yüzdesi= %65,0 DMFT= 0,86 SiC= 2,3
2011-2012 ⁽³⁶⁾	7-9	Kırklareli	DMFT= 3,29
2011 ⁽²⁵⁾	5-6	İstanbul	Çürüksüzlük yüzdesi= %54,0
2012 ⁽³¹⁾	12	Erzurum	Çürüksüzlük yüzdesi= %21,8
2013 ⁽³³⁾	5-9	Ankara	dmft= 3,9±3,5
2013 ⁽²⁹⁾	11-13	İzmir	Çürüksüzlük yüzdesi= %39,7 DMFT= 1,6±1,4
2013 ⁽³⁰⁾	7-14	Malatya	Çürüksüzlük yüzdesi= %17,4
2013 ⁽²³⁾	4-6	Erzurum	dmft= 6,31±8,66
2009-2010 ⁽³⁹⁾	10-16	Türkiye 7 bölgeden	Maloklüzyon= %27,4
2013-2014 ⁽³⁴⁾	3-6	Ankara	dmft= 4,8 ± 4,7
2015 ⁽⁴¹⁾	11-12	Manisa	Dt= 1,5±1,48
2015 ⁽²²⁾	3-6	Ankara	dmft=4,81±4,67 EÇÇ* olmayanların yüzdesi= %26,2
2018 ⁽³⁸⁾	12-14	Isparta	DMFT= 4,1
2016-2017 ⁽²⁷⁾	14-18	Aydın	Çürüksüzlük yüzdesi= %33,7 DMFT= 2,4± 2, 5 Maloklüzyon= %21,8 Diş etleri sağlıklı olanların yüzdesi= %0,4
2017 ⁽³²⁾	8-12	Eskişehir	Çürüksüzlük yüzdesi= %18,9 dft=1,7±2,1 DMFT= 2,2±2,0 Florozis= %1,9
2019 ⁽²¹⁾	6	İzmir	Çürüksüzlük yüzdesi= %13,4 def-t**= 5,1±6,9 def-t** (SiC)= 9,3
2019 ⁽²⁴⁾	3-6	Trabzon	Çürüksüzlük yüzdesi= %36,9 dmft= 2,9 ± 3,6

*EÇÇ: Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

** def-t: Dolgulu, çekilmiş, dolgulu diş

dir. Erişkin çağda çeşitli yaş gruplarında DMFT'nin 4,3±3,6 ile 16,6±5,4 arasında değiştiği belirlenmiştir⁽⁴²⁻⁴⁵⁾. Periodontal dokularda sağlıklı olma yüzdesi ise yine çeşitli erişkin yaş gruplarında %2,0 ile %57,2 arasında değişmektedir⁽⁴²⁻⁴⁴⁾. Yaşlı grupta (65 yaş ve üstündeki kişiler) ise DMFT'nin 19,1±7,3 ile 23,6±4,7^(42,44,46), sağlıklı periodontal dokuya sahip olma yüzdesinin de %0 ile %6,8^(42,44) arasında olduğu görülmüştür. Yaşlı grupta dişsizlik yüzdesi de %37,4 - %60,0^(47,48) arasındadır. Türkiye'de 7 bölgeden seçilmiş 35 yaş üstü kişilerin periodontal durumunun değerlendirildiği bir çalışmada 3 mm'nin üzerinde ataçman kaybı olanların yüzdesi 35-44 yaşta %43 ve 65 yaş üzerinde %91 olarak saptan-

mıştır⁽⁴⁹⁾. Ağız-diş sağlığına ilişkin ölçütler ilerleyen yaş ile birlikte ağız-diş sağlığının kötüleştiğini göstermektedir; her yaş grubunda durum gelişmiş ülkelere göre daha kötü bir düzeydedir.

Tablo 100.5'te 2010-2020 yılları arasında yapılmış ve yayımlanmış erişkinlere ve yaşlılara ilişkin bazı araştırmaların sonuçları özetlenmiştir.

Ağız Sağlığı İlişkili Yaşam Kalitesi

DSÖ'nün 2020 hedeflerinin içinde ağız-diş sağlığı bağlantılı bazı sosyal yönlü hedefler de vardır⁽¹³⁾. Bu hedeflerden biri "ağrının günlük yaşam aktivitelerindeki sosyal etkilerinin azaltılması"dır. Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi (ASİYK) değerlendir-

Tablo 100.5 Erişkin ve Yaşlıların Ağız-Diş Sağlığı Durumuna İlişkin Araştırmaların Sonuçları (Türkiye, 2010-2020).

Yıl	Yapıldığı İl	Yaş	Belirlenen temel ölçüt
2011 ⁽⁴⁷⁾	İstanbul	65 üstü	Dişsizlik yüzdesi= %60,0
2016 ⁽⁵⁰⁾	Ankara	18-90	Dental anomali yüzdesi= %19,4 Mukozal lezyon yüzdesi= %47,1 Dil lezyonu yüzdesi= %12,7
2019 ⁽⁴²⁾	Uşak	18-74 üstü	DMFT= 16,98±6,62 Sağlıklı periodontal doku olanların yüzdesi=%10,1
2015 ⁽⁴³⁾	Ankara (5 bölgeden katılımcı)	18-22	DMFT= 4,3±3,6 Plak indeksi=0,8±0,3 Gingival indeks=0,7±0
2016 ⁽⁴⁶⁾	Isparta	60 üstü	DMFT= 19,1±7,3 Dişsizlik yüzdesi= %21,2
2017 ⁽⁴⁹⁾	Türkiye (7 bölgeden örnek)	35 üstü	Periodontal ataçman kaybı olma yüzdesi= %43-%91
2019 ⁽⁴⁴⁾	Adıyaman, Diyarbakır, Şanlıurfa ve Gaziantep	18-79	DMFT= 6,7±4,2 Sağlıklı periodontal doku olanları yüzdesi= %10
2020 ⁽⁴⁸⁾	Kayseri	65-85 üstü	Dişsizlik yüzdesi= %37,4
2020 ⁽⁴⁵⁾	Ordu	20-30	DMFT= 5,94±3,96

dirmeleri, belirtilen hedefe erişme ile ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Ülkemizde, ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmaların son 10 yılda arttığı göze çarpmaktadır. Araştırma sonuçlarından görüldüğü gibi ülkemizde ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi dikkate alınması gereken bir konudur. Bu araştırmalardan bazılarının sonuçlarına göre ülkemizde çeşitli yaş gruplarında ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesi düzeyine ait sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Çocukluk çağında ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesini belirlemek üzere Pahel ve ark.⁽⁵¹⁾ tarafından geliştirilmiş olan 'Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) - Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (EÇÇASEÖ)'nin 5-6 yaş çocuklar için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında yapılmış, ölçeğin Türkçe versiyonunun bu yaş grubu için kullanılabileceği gösterilmiştir⁽⁵²⁾. Erişkin ve yaşlı grupta ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan ve birçok ülkede kullanılan 'Oral Health Impact Profile-14 (Ağız Sağlığı Etki Profili-14 (OHIP-14)' Ölçeği⁽⁵³⁾ ile 'Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom (Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHQoL-UK)⁽⁵⁴⁾' Ölçeği ile ilgili Türkçe adaptasyon çalışmaları, çocuklar ile ilgili ölçeğin uyarlama çalışmalarından daha önce yapılmıştır⁽⁵⁵⁾.

EÇÇASEÖ kullanılarak yapılmış bir çalışmada erken çocukluk çağı çürüğü, maloklüzyon ve diş

yaralanmalarının çocukların ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir⁽⁵⁶⁾.

Yaşlılarda uzun süre aynı protezin kullanılmasının⁽⁵⁷⁾, periodontal hastalığa sahip olmanın^(58, 59), erişkin ve yaşlılarda diş çürüğü ve ağrının⁽⁶⁰⁾, gençlerde diş çürüğü, maloklüzyon ve periodontal sorunların⁽⁶¹⁾, çocuklarda çürüğün⁽⁶²⁾ yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir. Diyabet ve hipertansiyon⁽⁶³⁾ da ağız sağlığı ilişkili yaşam kalitesini anlamlı şekilde düşüren durumlardır⁽⁶⁴⁾.

Ağız-diş hastalıkları, sağlık sistemine ciddi mali yük oluşturmaktadır. Diş çürüğünün tedavisi hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkeler için pahalı tedavilerdendir ve endüstrileşmiş ülkelerde tüm sağlık için ayrılan kaynağın yüzde 5-10'una karşılık gelmektedir. Diğer ağız-diş sağlığı sorunlarının maliyeti de benzerdir. Ağız-diş sağlığı sorunları, diğer pek çok sağlık sorununa benzer şekilde, koruyucu programların uygulanması ile azaltılabilir. Bu programlar açısından okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar öncelikli gruplardır. Ağız-diş sağlığını koruyan ve geliştiren programların uygulanmasıyla ağız-diş hastalıklarının insidansında ve prevalansında önemli bir düşüş sağlandığı gösterilmiştir. Türkiye, 2010 yılında İngiltere'de kurulan "Çürüksüz Bir Gelecek İçin İttifak'ın (Alliance for a Cavity-Free Future-ACFF) destekçisidir. Bu kuruluşun temel amacı diş çürüğünün başlaması ve ilerlemesine karşı "savaşmak"tır⁽⁶⁵⁾.

Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu, İnsan Gücü, Koruyucu Programlar

Hizmet sunumu

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı, özel sektör ve üniversiteler tarafından sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yılığında görüldüğü gibi özel sektördeki Diş Poliklinikleri en fazla sayıda kurum ile hizmet sağlayıcıdır. Sağlık Bakanlığı’nın ağız-diş sağlığı ile ilgili en önemli hizmet birimi ise Ağız-Diş Sağlığı Merkezleridir (ADSM). Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri ile Diş Tedavi ve Protez Merkezleri ADSM’lere bağlı olarak açılan diğer hizmet birimleridir (Tablo 100.6). Kurum sayısında yıllar içindeki artışa paralel olarak diş üniti başına düşen hasta sayısı 2014 yılında 10.144’ten 2018 yılında 7.931’e düşmüş, diş hekimine başvuru sayısı ise 1,4 kat artarak 37.925.956’dan 53.115.784’e yükselmiştir⁽⁶⁶⁾.

Ülkemizde halen ağız-diş sağlığı hizmeti veren kurumlar açısından en büyük pay özel sektöre aittir. Ancak Sağlık Bakanlığı’na ait kurumların sayısında da son on yılda hızlı bir artış olmuştur. Öte yandan, bu artışa hizmet niteliğindeki bir artışın da eşlik edip etmediği belirsizdir. Sınırlı sayıda da olsa yapılan çalışmalar nitelik açısından önemli yetersizlikleri göstermektedir. Birinci kısımda özetlenen ülkemizde ağız-diş sağlığının durumu, bu dönemde toplumun ağız-diş sağlığı sorunlarında önemli bir değişimin olmadığını işaret etmektedir; Sağlık Bakanlığı’nın sağladığı hizmet sunumundaki artışın, toplumun ağız-diş sağlığı düzeyini iyileştirmede bireylerin daha nitelikli hizmetlere erişebilmesi şeklinde sonuçlanmadığı görülmektedir.

İnsan Gücü

Ağız-diş sağlığı personeli diş hekimi, diş protez teknikeri, ağız-diş sağlığı teknikeri, tıbbi görüntüleme

teknisyeni/teknikeri, hemşire, destek personeli şeklinde sınıflanmaktadır⁽⁶⁷⁾.

Diş Hekimi

Ülkemizde toplam diş hekimi sayısı 2014 yılında 22.996 iken 2018 yılında 30.615’e yükselmiştir. Sektörlere ve unvanlara göre dağılım incelendiğinde, 2018 yılında toplam 30.615 diş hekiminin 15.577’sinin özel sektörde çalıştığı, 10.814’ünün Sağlık Bakanlığı personeli, 4224 ise üniversite personeli olduğu görülmektedir⁽⁶⁶⁾.

Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB)’nin yayınladığı “Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri-Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2017 Yılı Dağılımı Raporu”na göre diş hekimlerinin %55’i özel sektörde, %31’i Sağlık Bakanlığı’nda, %12’si Diş hekimliği fakültelerinde ve %2’si de diğer kamu kurumlarında çalışmaktadır⁽⁶⁸⁾. Ayrıca yıllara göre Sağlık Bakanlığı personeli olarak çalışmakta olan diş hekimi sayısı da artmıştır. Bu durum da Sağlık bakanlığı hizmet birimlerinin sayısının artmasına bağlıdır⁽⁶⁶⁾.

Yıllara göre genel olarak 100 bin kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı 2010 yılında 29 iken, 2018 yılında asistan diş hekimleri dâhil edildiğinde 37’ye, asistan hekimler hariç bırakıldığında 35’e yükselmiştir; 100 bin kişiye düşen diş hekimi sayısı her bölgede artış göstermiştir⁽⁶⁶⁾. Diş hekimi başına hasta sayısı en az Ankara’da, en fazla Ağrı’dadır⁽⁶⁸⁾. Uzman diş hekimi yüzdesi 2018 yılı için 16,0’dır⁽⁶⁶⁾.

Ülkemizde tüm yaş gruplarında yaygın olan diş ve diş eti hastalıklarının çözümü diş hekimi sayısının artırılması ile değil, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik veren, insan gücü planlamasını ihtiyaç, talep ve nüfus kriterlerine göre belirleyen ulusal sağlık politikalarının oluşturulması ile çözülebilir. Son 10 yılda hızla çoğalan Diş Hekimliği Fakülteleri ile öğrenci kontenjanlarında ciddi artış olmuştur⁽⁶⁹⁾. Ülkemizde 30 Haziran 2020 tarihi itibarı ile 97 diş hekimliği fakültesi mevcut

Tablo 100.6 Sektörlere göre ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, Türkiye 2018⁽⁶⁶⁾

Kurum Tipi	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel sektör	Toplam
Ağız-Diş Sağlığı Merkezi	129	-	79	208
Diş Hastanesi	28	-	3	31
Diş Eğitim Hastanesi	1	46	-	47
Diş Polikliniği (Hastane)	826	15	214	1055
Diş Polikliniği	-	-	1888	1888
Toplam	984	61	2184	3229

olup, halen 66'sında aktif olarak eğitim verilmektedir⁽⁷⁰⁾. TDB'nin "Diş Hekimliğinde İnsan Gücü Planlaması 2020" raporunda durumun bu şekilde devam etmesi halinde önümüzdeki 10 yıl içinde işsiz ve mesleği dışında başka alanlarda çalışan diş hekimleri ile karşı karşıya gelinmesinin kaçınılmaz olacağı belirtilmiştir (2005 yılında 960 olan Diş Hekimliği Fakülteleri toplam kontenjan sayısı; hızla açılan fakülteler ile 6421'e ulaşmıştır)⁽⁶⁹⁾.

Diş Hekimi Yardımcılığı

Ağız-diş sağlığı insan gücünün diş hekimisi dışında bir diğer bileşeni diş hekimlerine klinik uygulamalar sırasında yardımcı olan sağlık çalışanlarıdır. Ülkemizde diş hekimisi yardımcılığı, uzun yıllardır bu alana özel bir eğitimi olmayan kişilerce yürütülmektedir. Ancak son yıllarda çeşitli özel kuruluşların, TDB'nin ve Diş hekimisi Odalarının diş hekimisi yardımcısı kurslarının yanı sıra pek çok üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarına bağlı olan Ağız-Diş Sağlığı Program'larında diş hekimisi yardımcısı yetiştirilmeye başlanmıştır. Ülkemizde ağız-diş sağlığı hizmet sunumunda ihtiyaç duyulan insan gücünü oluşturan diş hekimisi dışındaki personel sayısı henüz yetersizdir. **Tablo 100.7**'den de görüldüğü üzere, ağız-diş sağlığı insan gücü yetiştirilmesiyle ilgili olarak 2023 yılı hedefi ve 2014 yılındaki durumun devamı halinde oluşabilecek arz incelendiğinde, özellikle ağız-diş sağlığı teknikeri sayısı 2023 yılında da hedeflenen sayının çok altında kalacaktır⁽⁷¹⁾.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren ekibin içinde hemşireler de yer almaktadır ancak "diş hekimisi hemşireliği" lisans veya yüksek lisans programı olarak ülkemizde bulunmamaktadır⁽⁶⁷⁾.

Koruyucu Programlar

Koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamaları kapsamında ilköğretim birinci sınıf öğrencilerine yapılan ağız

sağlığı taraması çalışmaları dışında ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen en kapsamlı koruyucu program son beş yıldır Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından uygulanan 'Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı'dır⁽⁷²⁾. Program, ilk olarak 60 ayını doldurmuş öğrencilere okullarda "Koruyucu Florürlü Vernik Uygulaması" (yılıda 2 kez) şeklinde başlatılmış olup her yıl bir önceki yıl program kapsamına alınan yaş grubuna okula yeni başlayan 60 aylık çocukların eklenmesiyle kapsamı genişletilerek sürdürülmektedir. Programın uygulanmasına 2015-2016 eğitim-öğretim yılında başlanmıştır. Ancak uygulamayla ilgili veli onamlarının alınmasında ciddi sorunlar yaşanması nedeniyle kapsayıcılığı henüz beklenen düzeye erişememiştir. Bu çalışmalar dışında ilköğretimde, İl Sağlık Müdürlüklerinin, varsa ilde bulunan Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Bölümlerinin ve bazı ticari kuruluşların desteği ile doğru ağız-diş sağlığı hijyen davranışları geliştirilmesi amacıyla eğitimler de sürdürülmektedir.

Sonsöz

Bu raporda ülkemizde ağız-diş sağlığının durumu ile ağız-diş sağlığı hizmetleri ve insan gücü özetlenmiştir.

Eldeki verilerden hareketle, ağız-diş sağlığı sorunlarının hala ülkemizde her yaş için önemli bir halk sağlığı sorunu olma özelliğini sürdürdüğü; bu konuda koruyucu hizmetlerin ve programların yetersiz olduğu; son yıllarda ağız-diş sağlığı hizmeti sağlayan kamu kurumlarının ve diş hekimisi özelinde insan gücünün sayıca artışına karşılık bölgelere dağılımın ihtiyaca uygun olmaması ve hizmetlerin tedavi odaklı organize edilmesinin sorunların kısa erimde çözülmesine olanak vermeyeceği sonucuna varılabilir.

Tablo 100.7 Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Sunan İş Gücünün 2014 Yılındaki Durumu, 2023 Hedefi ve Mevcut Durumun Devamı Halinde Oluşabilecek Arz, Türkiye⁽⁷¹⁾

İş gücü	Mevcut durum (Sayı/2014)	2023 yılı hedefi (Sayı)	Mevcut durumun sürmesi halinde oluşabilecek arz (Sayı)
Diş Hekimi	21.268	38.000	44.800
Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	6.500	20.000	9.158
Diş Protez Teknisyeni/ Teknikeri	3.926	10.150	9.620

Kaynaklar

- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J* Dec 2016;66 (6):322-324.
- Ozyavas S. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2018;21 (4):789-805.
- Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* Jul 20 2019;394 (10194):249-260.
- Assembly UG. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 2012.
- Atasever M, Ornek M. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ve Çalışan Sorunları Analizi. Ankara: SASAM Enstitüsü 2018.
- Shen J, Wildman J, Steele J. Measuring and decomposing oral health inequalities in an UK population. *Community Dent Oral Epidemiol* Dec 2013;41 (6):481-489.
- Steele J, Shen J, Tsakos G, et al. The Interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. *J Dent Res* Jan 2015;94 (1):19-26.
- Guarnizo-Herreno CC, Watt RG, Garzon-Orjuela N, Suarez-Zuniga E, Tsakos G. Health insurance and education: major contributors to oral health inequalities in Colombia. *J Epidemiol Community Health* Aug 2019;73 (8):737-744.
- Ocek Z, Vatansever K. Piyasa mekanizmalarının ve sağlıkta dönüşüm programının baskısı altındaki bir sağlık meslek alanı: Diş Hekimliği Toplum ve Hekim 2013;28 (6):449-458.
- International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Global goals for oral health in the year 2000. *Federation Dentaire Internationale*. *Int Dent J* Mar 1982;32 (1):74-77.
- Resolution WHA 34.36: Global Strategy for Health for All by the Year 2000. . Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board., Vol II. Geneva: World Health Organization; 1985.
- Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* Oct 2003;53 (5):285-288.
- (WHO) WHO. Oral Health Surveys Basic Methods. 5 ed; 2013.
- Saydam G, Oktay İ, Möller I. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1990.
- Gokalp SG, Dogan BG, Tekcicek MT, Berberoglu A, Unluer S. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dent Health* Mar 2010;27 (1):12-17.
- Gokalp S, Guciz Dogan B. Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004. . 2 ed: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Gokalp S, Guciz Dogan B, Tekcicek M, Berberoglu A, Ünlüer S. Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2007;31 (4):3-10.
- Gokalp S, Guciz Dogan B, Tekcicek M, Berberoglu A, Unluer S. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. . *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2007;31 (4):11-18.
- Guciz Dogan B, Gokalp S. Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, 2004. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008;32 (2).
- Kuter B. İzmir İlindeki 6 Yaş Grubu Çocukların Ağız Diş Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi ve Önemli Çürük İndeksinin Önemi. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Der.* 2019;29 (2):176-181.
- Ozsın Ozler C. Altındağ İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’ne Bağlı Anaokullarındaki 3-6 Yaş Çocukların Ağız-Diş Sağlığı Durumunun Belirlenmesi. Ankara: Pedodonti Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi; 2015.
- Sengul F, Simsek Derelioglu S, Dasedemir Yıldırım M, Demirci T, Celik P, M. C. Erzurum İli’nde 4-6 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Sağlık Durumunun Gözden Geçirilmesi. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.* 2013;2:153-158.
- Aydınoglu S, Kuşgöz A. Trabzon İlinde, 3-6 Yaş Grubu Çocuklarda Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. . *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Der.* 2019;29 (4):589-596.
- Kuvvetli SS, Sandalli N, Caliskan S. Beş yaşındaki bir grup Türk çocuğunda süt dişlenmesinde kavitesiz ve kaviteli diş çürüklerinin yaygınlığının değerlendirilmesi. . *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2011;28:143-150.
- Kılınç G, Koca H, Ellidokuz H. 3-4 Yaş Grubu Çocukların Ağız Sağlık Durumlarının İki Yıllık Takibi. . *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;27 (1):25-31.
- Kalyoncu C, Metintas S, Baliz S, Arıkan İ. Eğitim Araştırma Bölgesinde İlköğretim Öğrencilerinde Sağlık Düzeyleri ve Okul Tarama Muayeneleri Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2011;10 (5):511-518.
- Gücük S, Dudak AH. İlköğretim Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Taramalarının Değerlendirilmesi: Bolu İli Örneği. . *TAF Prev Med Bull* 2012;11 (5):565-570.
- Hassoy H, Ergin I, Meseri R, Mermer G, Erdem HE. İzmir ili Kemalpaşa ilçesi ilköğretim öğrencilerinde ağız-diş sağlığı durumu ve ilişkili sosyoekonomik etmenler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2013;3 (2):97-104.
- Güler C, Eltas A, Gunes D, Gorgen VA, Ersoz M. Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. . *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;2:19-24.
- Cantekin K, Gurbuz T, Demirbuga S, Demirci T, Duruk G. Dental caries and body mass index in a sample of 12-year-old eastern Turkish children. *Journal of Dental Sciences* 2012;7:77-80.
- Egemen E. Eskişehir İlindeki Çocuklarda Diş Çürüğü ve Florozis Görülme Sıklığının Değerlendirilmesi. Eskişehir: Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 2017.
- Koksal E, Tekcicek M, Yalcin SS, Tugrul B, Yalcin S, Pekcan G. Association Between Anthropometric Measurements and Dental Caries in Turkish School Children. *Cent Eur J Public Health* 2011;19 (3):147-151.
- Ozsın Ozler C, Uzamis Tekcicek M, Ozdemir P, Guciz Dogan B. Pufa Index and Related Factors Among 36- to 71-month-old Children in Turkey: A Cross-Sectional Study. *Oral Health Prev Dent* 2018;16 (5):467-472.
- Uzer Celik E, Celik B, Onal S, Ormeci A, Ulutas H. Isparta İlindeki 11-12 Yaşındaki Çocukların Diş Çürüğü ve Florozis Prevalansının Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Dis Hek. Fak. Derg.* 2010;20 (3):170-175.
- Cerit C, Bayburtluoglu C, Arıkok O, Bozkir M. Kırklareli İli’ndeki 1. 2. 3. Sınıf Öğrencilerinin Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. . *GÜ Diş Hek Fak Derg*;29 (1).
- Kesim S, Çiçek B, Aral CA, Öztürk A, Mazicioğlu MM, Kurtoğlu S. Oral health, obesity status and nutritional habits in

- Turkish children and adolescents: An epidemiological study. *Balkan Med J* 2016;33:164-172.
- 38) Karaağaç E, Küçükeşmen Ç. Çocukların ve Ebeveynlerinin Oral Hijyen Alışkanlık (OHA) Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp 42 Fak Derg* 2018;25 (1):42-49.
- 39) Nur B, İlhan D, Fisekcioglu E, Oktay I, Arun T. Prevalence of Orthodontic Malocclusion and Evaluation Criteria in 7 Geographic Regions of Turkey. *Turkish J Orthod* 2014;26 (4).
- 40) Caliskan C, Topsakal H, Arberk OK, Bicer BK, Konsuk Unlu H, Özcebe H. The Health Complaints of School Age Children in Turkey. *J Pediatr Res* 2020;7 (2):114-120.
- 41) Sahin Buyuk D, Cetinkaya A, Ozmen D, Tayhan A, Uyar F. 11-12 Yaş Grubu Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *DEUHEFED* 2018;11 (2):78-86.
- 42) Karaaslan F, Dikilitas A, Yigit U. Oral Health Status and Associated Factors in a Subpopulation of Turkish Patients. *Cumhuriyet Dental Journal* 2019;22 (2):167-175.
- 43) Bal MV, Bengi U, Acikel N, Saygun I. Oral hygiene and oral health status of the nursing students in Turkey. *Gülhane Tıp Derg* 2015;57:264-268.
- 44) Tanik A. Evaluation of the relationship of CPITN and DMFT index of adult patients in Turkey with their demographic characteristics: an epidemiological study *Biotechnology & Biotechnological Equipment* 2019;33 (1):1626-1634.
- 45) Akarsu S, Karademir SA. Association Between Body Mass Index and Dental Caries in a Turkish Subpopulation of Adults: A Cross-Sectional Study. *Oral Health Prev Dent* 2020;18 (1):85-89.
- 46) Bozdemir E, Yilmaz HH, Orhan H. General health and oral health status in elderly dental patients in Isparta, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2016;8:579-585.
- 47) Ozkan Y, Ozcan M, Kulak Y, Kazazoglu E, Arıkan A. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul. *Gerodontology* 2011;28:28-36.
- 48) Akın S, Kesim S, Manav TY, et al. Impact of Oral Health on Nutritional Status in Community-dwelling Older Adults in Turkey. *Eur J Geriatr Gerontol* 2019;1 (1):29-35.
- 49) İlhan D, Oktay I, Nur B, et al. Percentage and severity of periodontal diseases in Turkish adults aged 35+ years, 2009-10. *J Public Health Dent Sep* 2017;77 (4):325-333.
- 50) Akcecek G, Dogru HB, Avcu N. Determination of oral health status in patients admitted to a university hospital: a pilot study. *TJFMPC* 2016;10 (4):196-204.
- 51) Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* Jan 30 2007;5:6.
- 52) Peker K, Uysal O, Bermek G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the early childhood oral health impact scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes* Dec 22 2011;9:118.
- 53) Slade D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:284-290.
- 54) McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *British Dental Journal*, 2002;193:521-552.
- 55) Mumcu G, İnanç N, Ergun T, et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Disease* 2006;12:145-151.
- 56) Sakaryali D, Bani M, Cinar C, Alacam A. Evaluation of the impact of early childhood caries, traumatic dental injury, and malocclusion on oral health-Related quality of life for Turkish preschool children and families. *Niger J Clin Pract Jun* 2019;22 (6):817-823.
- 57) Yıldız S, Isik G. Geriatrik hastalarda protezlerin ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği fakültesi Dergisi* 2012;46 (1):11-16.
- 58) Gokturk O, Ucan Yarkac F. Assessment Of Oral Health-Related Quality Of Life Among Elderly Patients With Periodontal Disease. *Turkish Journal of Geriatrics* 2018;21 (3):313-322.
- 59) Şahin Aydınıyurt H, Altındal D. Periodontal Klinik Parametreler ile Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg* 2018;25 (4):458-465.
- 60) Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yılmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal Nov* 1 2009;14 (11):e573-578.
- 61) Ustaoglu G, Atala MH, Gümüş KÇ. Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life Among Dentistry Students. *Van Tıp Derg* 2020;27 (2):190-196.
- 62) Ulu Güzel KG, Daloglu M, Sönmez I. Evaluation of Changes in Quality of Life After Dental Treatment in Children Meandros *Med Dent J* 2018;19:283-288.
- 63) Kaya SA, 2014. Sayfa: 62-63. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. . Ankara: Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Hacettepe Üniversitesi 2014.
- 64) Sonmez S, Top M. Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi: Diyabet Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* 2015;5 (2):189-217.
- 65) The ACFF Story. Available at: <https://www.acffglobal.org/about/acff-story/>. Accessed 10.07.2020.
- 66) Bora Basara B, Soyutyan Caglar I, Aygun A, et al. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019.
- 67) SASAM Enstitüsü. Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı ve Çalışan Sorunları. 2018;4 (12).
- 68) Diş hekimlerinin Çalışma Şekilleri Kurumlarda ve İl/İlçelerde 2017 Yılı Dağılımı: Türk Diş Hekimleri Birliği; 2018.
- 69) Diş Hekimliğinde İnsan Gücü planlaması. Türk Dişhekimleri Birliğinin Çağrısını Duyun! "Dişhekimlerini İşsizlik Bekliyor": Türk Diş Hekimleri Birliği; 2020.
- 70) Türk Diş Hekimleri Birliği. Geçmişten Günümüze Dişhekimliği Eğitimi. Available at: http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=344. Accessed 02.07.2020.
- 71) Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı: Sağlık Bakanlığı; 2019.
- 72) Sağlık Bakanlığı-Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları. Available at: <https://sagligim.gov.tr/agiz-dis-sagligi/liste/724-sa%C4%9F1%C4%B1k-bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-koruyucu-a%C4%9F%C4%B1z-ve-di%C5%9F-sa%C4%9F1%C4%B1%C4%9F%C4%B1-uygulamalar%C4%B1.html>. Accessed 20.07.2020.



Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri- > Yüksek Kan Basıncı

101

DR. ÖĞR. ÜYESİ NÜKET GÜLER BAYSOY

Giriş

Hipertansiyon yarattığı koroner kalp hastalığı, se-rebrovasküler hastalık, kronik böbrek hastalığı risk-leri nedeniyle ülkemizde halk sağlığı, kardiyo-loji, nefroloji, nöroloji, genel dahiliye, aile hekimliği ve hemşirelik başta olmak üzere pek çok branşı özel olarak ilgilendiren bir konudur ve hipertansiyona ilişkin çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu yazı-nın amacı, hipertansiyonun ülkemizdeki yaygınlığı ve seyrine ilişkin güncel verileri özetlemektir. Ülke genelini veya bir bölgeyi temsil yeteneği olan çalış-malara yer verilmesi; ayrıca Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından 2014 yılında hazırlanan Türkiye Halk Sağlığı Raporunda ⁽¹⁾ değinilen kısımlardan sonra meydana gelen gelişim ve eğilimlerin özet-lenmesi hedeflenmiştir.

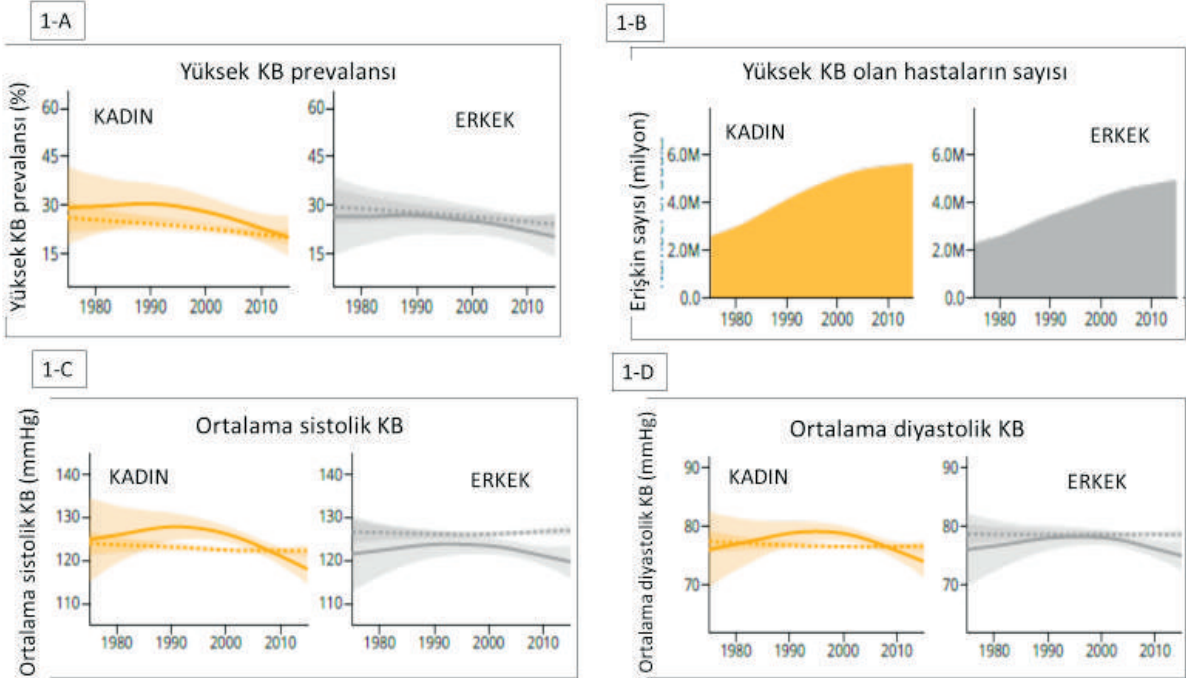
Kan basıncı değerleri açısından ülke olarak dünya genelindeki durumumuz

Bulaşıcı olmayan hastalıklar-Risk faktör İşbirliği Grubu (NCD RisC:Noncommunicable Diseases Risk Factor Collaboration) ⁽²⁾ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortak çalışan ve 1954 yılından beri 200 ülkeden veri toplayarak bulaşıcı olmayan has-talıklara ait risk faktörlerinin dünya genelindeki durumunu izleyen bir platformdur. Veriler, bilim insanlarının ülkeyi temsil eden çalışma verilerini paylaşmaları esasına dayanarak toplanmakta, ül-keleri ve aynı ülkenin yıllar içindeki durumunu kı-yaslayan yeni veriler üretilmektedir. NCD RisC'de paylaşılan en son veri 2015 yılı istatistikleridir; kayıtlı 200 ülkenin 2015 yılında dünya nüfusu-

nun %97.5'unu yansıttığı belirtilmektedir. Türkiye 1976 yılından beri bu platforma kan basıncı de-ğerleri ve hipertansiyon sıklığına ilişkin veri gön-dermektedir. **Şekil 101.1A**, **101.1C** ve **101.1D**'de gö-rüleceği gibi, dünya genelinde bildirilen kan ba-sıncı değerleri ve hipertansiyon prevalansları dik-kate alındığında (şekilde dünya ortalaması kesikli çizgiyle ifade edilmektedir) Türkiye'de 1976-2015 yılları arasında hem hipertansiyon prevalansının hem de ortalama sistolik ve diyastolik kan basın-cı değerlerinin erkeklerde neredeyse her zaman dünya değerleri ile benzer veya daha düşük oldu-ğu; kadınlarda ise 2010 yılına dek her zaman dün-ya ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmekte-dir. ⁽²⁾ Ülkemizde hipertansiyon prevalansı azalı-yor olsa bile, hipertansiyonlu birey sayısı giderek artmaktadır (**Şekil 101.1B**); ülke nüfusumuzun görece fazla olması nedeniyle hipertansif bireyle-rin sayıca önemli düzeylerde olduğu söylenebilir. **Şekil 101.1B**'de görüldüğü gibi, ülkemizde 1980'li yıllarda 5 milyon civarında hipertansif birey oldu-ğu, 2015 yılı itibarıyla bu sayının 11 milyonu aştığı tahmin edilmektedir. (**Şekil 101.1** içerisinde)

Türkiye'de hipertansiyon sıklığının ve kan basıncı düzeylerinin zaman içindeki seyri ve mevcut durumu

Türkiye Hastalık Yüklü-2013 Çalışmasına göre hip-ertansiyon, 100.000 kişi başı DALY'ye göre ka-dınlarda (yüksek beden kitle indeksi ve beslenme sorunlarını takiben) 3.sıradaki; erkeklerde ise (tü-tün kullanımı, beslenmeyle ilgili riskler ve yüksek



Şekil 101.1 Türkiye'de 1976 ile 2015 yılları arasında kan basıncı değerleri ve hipertansiyon prevalansındaki değişim

Kaynak: Kan basıncı. NCD RisC (Noncommunicable Diseases Risk Factor Colloboration) Country Profiles, Turkey'den uyarlanmıştır. ⁽²⁾ Erişim tarihi 20.06.2020.

beden kitle indeksini takiben) 4.sıradaki risk faktörüdür. ⁽³⁾

Ülkeyi temsil eden nitelikteki hipertansiyon verilerimiz ilk kez 1990 yılında yapılan Türk Erişkinlerinde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması ile elde edilmiştir. ^(4,5) Ülkemizde 2000'li yıllardan itibaren de hastalık sıklığındaki değişiklikleri izlemek amacıyla bazı yeni ulusal çalışmalar başlatılmıştır. 2010 yılına kadar yapılmış olan önemli çalışmaların dökümüne 2012 ve 2014 yılı Türkiye Halk Sağlığı Raporlarından ^(1,4) ve Pekel Ö ve ark. ⁽⁶⁾ tarafından yazılmış sistematik derlemeden ulaşılabilir. Aynı yöntemle tekrarlanmış çalışmaların eski yıllarla karşılaştırmalı sonuçları ve sonraki yıllarda yapılmış çalışmalarda hipertansiyon sıklıkları **Tablo 101.1**'de verilmiştir. Hipertansiyon farkındalığı ve kontrolüne ilişkin veriler ise **Tablo 101.2**'de sunulmuştur. Ülkemizde 2011 yılında Türkiye'deki tüm aile hekimlerine kayıtlı nüfustan örnek seçilerek yapılan Türkiye'de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı (KHRF) Çalışmasında ⁽⁷⁾ 15 yaş üzerindeki hipertansiyon prevalansı %24 olarak bildirilmiştir. 20 yaş üzerindeki popülasyonda kaba prevalans %24.8 ve yaşa

göre düzeltilmiş prevalans %27.1 (kadınlarda 29.6 ve erkeklerde %24.4, $p < 0.01$) bulunmuştur. ⁽⁸⁾ Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ve kan basıncı konusunda ulusal temsil niteliği taşıyan, 2003-2012 arasında yapılmış olan ve bias skoru düşük çalışmaların meta-analizi Kılıçkap ve ark. tarafından 2018 yılında gerçekleştirilmiştir. ⁽⁹⁾ Analize dahil edilen çalışmalar Gündoğan ve ark., METSAR, PATENT1, PATENT2, CREDIT, HAPPY, TURDEP2, KHRF, PURE, TURKSAHA'dır. Buna göre ülkemizde hipertansiyon kaba prevalansı %31.2 olarak hesaplanmış; kadınlardaki prevalansın (%36) erkeklerdeki prevalansa (%30) kıyasla yüksek olduğu, kan basıncı düzeylerinin her iki cinsiyette benzer olduğu, yıllar içinde hem hipertansiyon prevalansında hem kan basıncı değerlerinde azalma olduğu, buna rağmen hipertansif kişi sayısının 15 milyon civarında sabit kaldığı, kontrolsüz hipertansiyonu olan birey sayısının azalmakla birlikte 11 milyon kişi düzeyinde sabit kaldığı saptanmıştır. ⁽⁹⁾

Kılıçkap ve ark. ⁽⁹⁾ 2018 meta-analizinde 2012 itibarıyla 15 milyon hipertansif birey bulunduğunu hesaplamıştır. Yürekli ve ark. ⁽¹⁰⁾, Türkiye'de 2015 yılında tüm ölümlerin %13'den hipertansiyonun

Tablo 101.1 Ülkeyi temsil eden örneklemede gerçekleştirilen çalışmalarda bildirilen hipertansiyon sıklıkları

Çalışma adı	Yaş	HT sıklığı (%)			
		Genel	Kadın	Erkek	
KHRF, 2011 ⁷	≥15	23.7 (21.8)*	26.1 (24.6)*	21.1 (19.1)*	
KHRF, 2011 ⁸	≥20 yaş	24.8 (27.1)**	29.6	24.4	p<0.001
PATENT-1, 2003 ¹¹	≥18 yaş	37.7 (31.8)*	36.1	27.5	Değişim için p=0.123
PATENT-2, 2012 ¹²	≥18 yaş	30.3	32.3	28.4	
STEPS, 2017 ¹³	≥15	16.2+ 27.7++ 17.1+++	20.0+ 29.3++ 19.4+++	12.3+ 26.1++ 14.7+++	
TURDEP-1, 1997 ¹⁴	≥20 yaş	29.0*	31.3	25.6	Son 12 yılda HT'da %11'lik azalma
TURDEP-2, 2010 ¹⁵	≥20 yaş	31.3*	30.9	32.3	

*Yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş;

**Yaşa göre düzeltilmiş;

+Öz bildirme dayalı olarak belirlenen hipertansiyon sıklığı;

++Ölçüme dayalı olarak saptanan hipertansiyon (SKB ≥140 mmHg ve/veya DKB ≥90 mmHg) sıklığı;

+++Ölçüme dayalı olarak saptanan ağır hipertansiyon (SKB ≥160 mmHg ve/veya DKB ≥100 mmHg) sıklığı

HT=Hipertansiyon;

KHRF= Türkiye Kronik Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması;

PATENT= Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study);

STEPS= Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance);

TURDEP=Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı Çalışması

Tablo 101.2 Ülkeyi temsil eden örneklemede gerçekleştirilen çalışmalarda hipertansif bireylerde hipertansiyon farkındalığı ve kontrolü (%)

Çalışma adı	Farkında*		Tedavide		Tedaviyle kontrol altında**	
	Genel %	Cinsiyete göre %	Genel %	Cinsiyete göre %	Genel %	Cinsiyete göre %
KHRF, 2011 ⁷	48.0	K=58.0 E=36.0	57.9	K=65.6 E=47.0	25.4	K=33.2 E=29.9
PATENT-1, 2003 ¹¹	40.7	K=48.0 E=27.9	31.1	K=37.0 E=20.7	20.7	K=17.4 E=31.1
PATENT-2, 2012 ¹²	54.7	K=66.9 E=40.6	47.4	K=59.6 E=33.5	53.8	K=56.2 E=49.2
STEPS, 2017 ¹³	58.4	---	---	---	23.8	K=28.4 E=18.5

K=kadın, E=erkek;

*Ölçümle yüksek tansiyon saptanan kişiler arasında doktor tanısına dayalı hipertansiyon bildirenler;

**Ölçümde kan basıncının <140/90 mmHg olması

---Çalışmada kan basıncı ölçümü ile hipertansif olarak saptananlar ile ilaç kullanmakta olanları beraber değerlendirilen sonuçlar sunulduğundan hesaplanamamıştır.

HT=Hipertansiyon;

KHRF= Türkiye Kronik Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması;

PATENT= Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study);

STEPS= Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (The WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance)

Tablo 101.3 Hipertansiyon sıklığı konusunda bilgi sağlayan, bölge temsil gücü olan ve 2010 yılı sonrası tamamlanmış tezler

Yazar	Tez Bilim Alanı ve yılı	Yer	Hedef Kitle	Örnek seçim yöntemi	n	HT sıklığı (prevalans) (%)			Farkındalık (%)	Tedavide	Tedavi alırken kontrolde
						Genel	Kadın	Erkek			
Yaşar, MB ¹⁶	Nefroloji, 2016	Aydın ili ve ilçeleri	≥18 yaş	1995 AYDINHİP çalışması ile kıyaslanır özellikte 17 ilçe tabakalı örnek	2547	31.0	31.2	30.7	67.6	96.4	57.8
Sülemiş, İ ¹⁷	Halk Sağlığı, 2016	Antalya Konyaaltı ilçesi	≥20 yaş	Mahalle bazlı orantılı olasılıklı seçim	569 kişi (350 hane)	34,9*	33,6*	36,1*	39,3	Hiç=4,2	9,7
Önen, C ¹⁸	Halk Sağlığı, 2015	Bitlis il merkezi	≥30 yaş	Küme örnekleme yöntemiyle, küme ağırlığı nüfus bölgesine göre belirlenerek, 8 aile sağlığı bölgesinden	760	35,5	40,8	31	59,3	Düzenli=38,5 Hiç=8,3	26,3
Yabul, C ¹⁹	İç Hastalıkları, 2011	Konya ili ve ilçeleri	≥18 yaş	İlçe tabakalı orantısız örnek	800	50,8	57,3	43,8	G=56,9 K=57,3 E=44,7	G=49 K=55,1 E=40,6	G=28,6 K=24,6 E=34,8
Balız Erkoç, S ²⁰	Halk Sağlığı, 2013	Eskişehir Mahmutiye ilçesi	≥18 yaş erişkinler	İlçedeki tüm haneler (evrenin tümü)	1553	33,6					
						HT sıklığı (yıllık insidans) (%)					
				Çalışmaya kayıt sırasında hipertansiyonu olmayan bireyler	564	8,7					

HT=Hipertansiyon; G=Genel; K=Kadın; E=Erkek; *standardize

sorumlu olduğu bilgisinden hareketle, bu oranın hiç değişmeyeceği veya %17'ye yükseleceği varsayımıyla 2030 yılı için yaptıkları iki tahminde, ülkemizde hipertansiyon tedavisine ayrılacak maliyetin 6.7 ila 8.6 katı kadar yarar elde edileceğini hesaplamışlardır.

Türkiye'de Bildirime Dayalı Hipertansiyon Sıklığı

Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre, 2008-2019 yılları arasında 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde hipertansiyonun, bel ağrısından sonra, yaklaşık %13 ila %16 sıklığında bildirilen bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir (Tablo 101.4) ⁽²¹⁾. Ülkemizde her 10 erkekten ve her 5 kadından biri yılda en az bir kez hi-

pertansiyon sorunu yaşadığını bildirmektedir. Bu bildirim dayalı bir veri olmakla birlikte, hipertansiyon sorununun sağlık sistemi içinde oluşturduğu işyükünü, kaçırılmış tanı/tedavi fırsatlarını ve kronik hastalıkları önleme fırsatı yaratıcı potansiyelini vurgulaması bakımından paylaşılmıştır.

Ülkemizde hipertansiyon tanı ve tedavisinde standartlaşmaya katkı sunabilecek gelişmeler

Toplum sağlığını ilgilendiren diğer tüm konularda olduğu gibi, hipertansiyon konusunda da tüm sağlık çalışanlarının aynı tanı ve tedavi kriterlerini kullanması önem taşır. Ülkemizde alanda uzman dernekler tarafından ilk olarak 2015 yılında tüm hizmet basamaklarındaki hekimlerin ihtiyaç duyacağı bilgileri beraberce sunan Hipertansiyon Uzlaşma Raporu ⁽²²⁾ hazırlanmış, rapor uzman hekim

Tablo 101.4 Türkiye Sağlık Araştırmalarında son 12 ay içinde hipertansiyon sorunu yaşadığını belirtenlerin oranları (%)

Türkiye Sağlık Araştırmasının yapıldığı yıllar	Son 12 ay içinde HT sorunu yaşadığını belirtenlerin oranı (%)		
	Toplam	Erkek	Kadın
2008	14.8	9.9	19.5
2010	13.2	8.9	17.3
2012	13.2	8.7	17.6
2014	16.1	11.2	20.9
2016	15.8	11.1	20.5
2019	10,4	11.9	20.8

TUİK verilerinden aktarılmıştır. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Erişim tarihi: 20 Haziran 2020)

camiası arasında kabul görmüş ve 2018 yılında güncellenmiştir⁽²³⁾. Bu raporların birinci basamak hizmetlerinde kullanıma entegre edilmesi yararlı olabilir. Ancak bu uygulamanın standart bir eğitim eşliğinde hayata geçirilmesi gerekebilir. Zira, Avrupa ülkelerinde yapılan EURIKA çalışmasının 2012 yılında yayınlanan Türkiye sonuçlarında⁽²⁴⁾, birinci basamak hekimlerimizin %34.8'inin hipertansiyon kılavuzu kullanmadığı ve bunun en sık nedeninin bilgi eksikliği olduğu; yarısının (%51.5) ise hastalarda kardiyovasküler risk hesaplamadığı bildirilmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak hipertansiyon, an az %24'lük bir prevalans ile ülkemiz erişkinlerini etkileyen önemli bir kronik sağlık sorunu ve bir risk faktörüdür. Hipertansiyon ülkemizde kadınlarda daha sıktır. Hastalığın farkında olma ve tedavi alma düzeyleri önceki yıllara göre artmış olmasına karşın, halen istenen düzeyde değildir. Farkında olmama ve tedavi almama erkeklerde daha sıktır. Hipertansiyonu olan gruptaki kişilerin yaklaşık üçte birinin tansiyonu kontrol altında değildir. Birinci basamakta standart hipertansiyon tanı/tedavisi kılavuz kullanımının yaygınlaştırılması uygun olacaktır.

Kaynaklar

- 1) HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği). *Türkiye Sağlık Raporu 2014*. (Erdem M, Çan G, eds.); 2015.
- 2) Noncommunicable Diseases Risk Factor Collaboration (NCD RiskC) web site. Turkey. 2020:1-2. <http://ncdrisc.org/data-downloads.html>.
- 3) Akın L. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2017. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*. 2017. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf.
- 4) HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği). *Türkiye Halk*

Sağlığı Raporu 2012. (Ertem M, İnandı T, Çan G, et al., eds.); 2012.

- 5) Onat A, Can G, Yüksel H, et al. *TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*; 2017. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
- 6) Pekel Ö, Arık H, Kaan Sözen M, Ünal B, Kalaça S. Orijinal Çalışma Türkiye'de kan basıncı düzeylerindeki değişim. *Türk J Public Heal*. 2013;11 (3).
- 7) TC.Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Kronik Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013*. No[909]. (Ünal B, Ergöl G, Horasan Dinç G, Kalaça S, Sözen M, eds.). Ankara, 2013 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
- 8) Dastan I, Erem A, Cetinkaya V. Awareness, treatment, control of hypertension, and associated factors: Results from a Turkish national study. *Clin Exp Hypertens*. 2018;40 (1):90-98. doi:10.1080/10641963.2017.1334797
- 9) Kiliçkap M, Barçın C, Göksülük H, et al. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2018;46 (7):525-545. doi:10.5543/tkda.2018.15679
- 10) Yurekli AA, Bilir N, Husain MJ. Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *PLoS One*. 2019. doi:10.1371/journal.pone.0221556
- 11) Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005;23 (10):1817-1823. doi:10.1097/01.hjh.00001176789.89505.59
- 12) Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016;34 (6):1208-1217. doi:10.1097/HJH.0000000000000901
- 13) Üner S, Balcılar M, Ergüder T, eds. *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS)*. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara; 2018.
- 14) Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002. doi:10.2337/diacare.25.9.1551
- 15) Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013. doi:10.1007/s10654-013-9771-5
- 16) Yaşar MB. Aydın ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve farkındalığına ilişkin epidemiyolojik özellikler. Adnan Menderes Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın., 2016.
- 17) Sülemiş İ. Antalya ili merkez Konyaaltı ilçesi'nde tip 2 diyabet

- ve hipertansiyon prevalansının araştırılması ve erken tanı ve tarama programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Antalya. 2016.
- 18) Önen C. Bitlis il merkezindeki yetişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve yöresel beslenmeyle ilişkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Doktora Tezi, Malatya, 2015.
- 19) Yabul C. Konya ilinde hipertansiyon prevalansı ve farkındalık (Prevalence of hypertension and awareness in the province of Konya), Konya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Konya, 2011.
- 20) Erkoç SB. Eskişehir Mahmuğiye’de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2013.
- 21) TUIK (Türkiye İstatistik Kurumu) web sitesi; http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Erişim tarihi: 20.06.2020).
- 22) Arici M, Birdane A, Güler K, et al. Türk Hipertansiyon Uzmanlık Raporu. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2015;43 (4):402-409. doi:10.5543/tkda.2015.16243
- 23) Aydogdu S, Güler K, Bayram F, et al. 2019 Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2019;47 (6):535-546. doi:10.5543/tkda.2019.62565
- 24) Abaci A. Management of cardiovascular risk factors for primary prevention: evaluation of Turkey results of the EURIKA study. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2012. doi:10.5543/tkda.2012.01827

Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri- Yüksek Kan Şekeri > (Prediyabet)

102

DOÇ. DR. M.FATİH ÖNSÜZ

Yüksek kan şekeri (prediyabet), plazma glukoz düzeyinin normalden yüksek olduğu, ancak diyabet tanısı için gerekli olan sınır değerlerine ulaşmadığı durumu tanımlar⁽¹⁾. Prediyabet, bozulmuş açlık glukozu (BAG) ve bozulmuş glukoz toleransı (BGT) olan bireyleri tanımlamak için ilk olarak 2003 yılında tanımlanmıştır⁽²⁾. Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA), prediyabet terimini 2005 yılından itibaren BAG ve BGT için kullanmaktadır⁽³⁾. Buna karşın, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) BAG ve BGT tanımlarını içeren “ılımlı hiperglisemi” (intermediate hyperglycemia) terimini kullanırken, Uluslararası Uzman Komitesi ise, tanı kriterleri olarak BAG, BGT ve HbA1C’yi karşılaştırmış ve üç tanımı da içeren durum için “diyabet gelişimi için yüksek risk durumu (high risk for diabetes)” terimini prediyabetin eşdeğeri olarak kullanmıştır^(4,5).

Prediyabet tanısı için en sık BAG, BGT ve HbA1C değerleri kullanılmaktadır. Belirtilen değerlerden en az birinin tanımlanan sınırlar içinde olması bu tanıyı koymak için yeterlidir^(1,6). Prediyabet tanı kriterleri **Tablo 102.1**’de gösterilmiştir.

Tablo 102.1 Prediyabet Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri	Tanı Değerleri
BAG*	100-125 mg/dL (5.6–6.9 mmol/L)
BGT (75 gr glukozlu OGTT testinde 2. saat plazma glukozu düzeyi)	140-199 mg/dL (7.8–11.0 mmol/L)
HbA1C	% 5.7-6.4 (39–47 mmol/mol)

* DSÖ ve diğer birçok diyabet kuruluşu, BAG sınırını 110 mg/dl olarak tanımlamıştır.

Kaynak: Prediyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Balcı MK, Editor: Türkiye Diyabet Vakfı; 2019.

Prediyabet, diyabet riski ile birlikte kardiyovasküler hastalık riskini ve mortalitesini de artırmaktadır. Ayrıca prediyabet, obezite, yüksek trigliserit ve/veya düşük HDL kolesterol ile tanımlanan dislipidemi ve hipertansiyon ile de ilişkilidir^(6,7). Prediyabet terimi, glisemik değerlerin normal ile diyabet arasında değiştiği, diyabet gelişimi açısından yüksek risk grubunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Ortalama yıllık diyabet gelişim riski normoglisemili hastalarda %0.7 iken, BAG veya BGT olan bireylerde %5.0-10.0 düzeylerine yükselmektedir^(8,9). Literatürde BAG ve BGT’nin 3 ile 5 yıl içerisinde %25.0 oranında diyabete ilerlediği bildirilmiştir. Yine literatürde genel olarak BGT olanların yıllık %3.0-11.0, yaşam boyu ise %50.0 diyabet gelişme riski olduğuna yönelik araştırmalar bulunmaktadır. DSÖ de BGT olan kişilerde 5 yılda diyabet gelişme riskini %24.0 olarak belirtmiştir^(4,10-12).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), 2019 yılında dünya çapında 20-79 yaş arası 373.9 milyon yetişkinin BGT’si bulunduğunu ve BGT küresel prevalansının da %7.5 olduğunu tahmin etmektedir. Bu sayının 2030 yılına kadar 454 milyona (%8.0) ve 2045’e kadar 548 milyona (%8.6) ulaşacağını tahmin etmektedir. BGT bulunan 20-79 yaş arası yetişkinlerin %48.1’i 50 yaş altındadır⁽¹³⁾.

Ülkemizde prediyabet prevalansı ile ilgili bölgesel ve ulusal düzeyde çalışmalar bulunmaktadır. Sonuçları belirtilen bölgesel düzeyde çalışmaların üçünde OGTT kullanılırken, bir çalışmada ise açlık kan şekeri üzerinden değerlendirme yapılmıştır⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Bu çalışmalarda BAG ve BGT oranları bazen ayrı ayrı verilmiş, bazı çalışmalarda ise her ikisi birlikte olmak üzere prediyabet prevalansı hesaplanmıştır.

Bölgesel düzeyde yapılan çalışmalardan biri olan ve 1994 yılında Kayseri’de 1452 kişi ile gerçekleştirilen çalışmada, BGT sıklığı %15.9 olarak bulunmuştur⁽¹⁴⁾. Adana’da 20-79 yaş arası 1637 yetişkinde yürütülen çalışmada BAG-BGT birleşik sıklığı (toplam prediyabet sıklığı) %4.3 olarak belirlenmiştir⁽¹⁵⁾. Sivas’ta 30 yaş üzerinde 771 kişi ile yürütülen çalışmada ise BAG, BGT ile BAG-BGT birleşik prevalansları sırasıyla, %7.1, %2.6 ve %9.7 olarak bulunmuştur⁽¹⁶⁾. Elazığ’da 18 yaş ve üzeri 1453 kişide değerlendirilen açlık kan şekeri sonucunda, BAG sıklığı %20.8 saptanmıştır⁽¹⁷⁾.

Ülkemizde diyabet konusunda ulusal düzeyde yapılmış en geniş kapsamlı çalışmalar olan 1997-1998 yıllarında yürütülen Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP)-I⁽¹⁸⁾ ile 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II⁽¹⁹⁾ verileri diyabet konusunda olduğu gibi prediyabet konusunda da çarpıcı sonuçlar sunmuştur. TURDEP-I çalışmasında BGT oranı %6.7 olarak tespit edilmişken, TURDEP-II çalışmasında bu oran %14.7 tespit edilmiştir. İki çalışma arasında BGT oranı %106.0 artış göstermiştir. TURDEP-II çalışmasında prediyabetin ham prevalansı %30.8 bulunmuş, izole BAG %14.7, izole BGT %7.9 ve birleştirilmiş %8.2 olarak saptanmıştır. Ülkemizde 2030’lu yıllarda tahmini olarak 470 milyondan fazla kişide prediyabet olacağı belirtilmiştir^(18, 19). Türkiye’de 8 bölgede gerçekleştirilen ve 25 ülkede yürütülen prospektif bir çalışmanın parçası olan, 35-70 yaş arası 4056 kişinin dahil edildiği PURE çalışmasında prediyabet sıklığı %9.4 bulunurken, prevalans kırsal alanlarda %9.2, kent- sel alanlarda %9.6 olarak tespit edilmiştir⁽²⁰⁾. TEKHARF çalışmasının 2007-2008 sonuçlarına göre, 35 yaş ve üzeri nüfusta prediyabet prevalansı %13.9 olarak tahmin edilmiştir⁽²¹⁾. Ülke genelinde yapılmış bir başka çalışma olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda 15 yaş ve üzeri nüfusta prediyabet sıklığı %16.0 olarak bulunmuş ve ülkemizde 45 yaş ve üzerindeki her beş kişiden birinin prediyabetik olduğu belirtilmiştir⁽²²⁾.

Sonuçlar dünyada olduğu gibi ülkemizde de prediyabet prevalansının ciddi oranlarda arttığını göstermektedir. Bu artışta, nüfusun yaşlanması, kentleşmenin getirdiği yağ tüketiminin artması, glisemik yükü yüksek besinlerin tüketimi gibi beslenme problemleri, fiziksel inaktivite ve tüm bunların ortak sonucu olarak obezitenin artması, stres, sigara kullanımı gibi etkenler rol oynamaktadır.

Prediyabetin, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini ciddi şekilde arttırması da sorunun önemli bir sonucunu oluşturmaktadır. Önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olan prediyabette öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri önemli bir müdahale alanı oluşturmaktadır. Finlandiya’da 40-64 yaş arası 522 fazla kilolu kişi ile çok merkezli olarak yürütülen, diyet ve fiziksel aktiviteyi içeren yaşam tarzı müdahalesinin glikoz ve lipit metabolizması üzerindeki etkisinin değerlendirildiği “Finlandiya Diyabet Önleme Çalışması”nda yaşam tarzı müdahalesinin açlık kan şekeri üzerinde ciddi düşüşlere yol açtığı saptanmıştır. Çalışmada yoğun yaşam tarzı müdahalesinin kan şekeri üzerinde faydalı değişikliğe ve diyabet insidansında önemli ölçüde azalmaya neden olduğu belirtilmiştir. Diyabet riski yüksek olan kişilerde yaşam tarzı müdahalesinin, tip 2 diyabetin başlamasını önlemesi veya en azından ertelemesi çalışmanın ana bulgusu olarak vurgulanmıştır⁽²³⁾. Yine, erken tanı ile uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması da diğer önemli noktalar- dır.

Kaynaklar

- 1) Prediyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Balcı MK, editor: Türkiye Diyabet Vakfı; 2019.
- 2) Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Care, American Diabetes Association. 2003;26 (Suppl 1):33-50.
- 3) Standards Of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, American Diabetes Association. 2005;26 (1):4-36.
- 4) Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: World Health Organization; 2006.
- 5) Report on The Role of The A1C Assay in The Diagnosis of Diabetes. 32. Diabetes Care: International Expert Committee; 2009. p. 1327-34.
- 6) Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care, American Diabetes Association. 2019;42 (Suppl 1):S13-S28.
- 7) Rao Kondapally Seshasai S, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, et al. Diabetes Mellitus, Fasting Glucose, and Risk of Cause-Specific Death. N Engl J Med. 2011;364 (9):829-41.
- 8) Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimaki M. Prediabetes: A High-Risk State for Diabetes Development. Lancet. 2012;379 (9833):2279-90.
- 9) Gerstein HC, Santaguida P, Raina P, Morrison KM, Balion C, Hunt D, et al. Annual Incidence and Relative Risk of Diabetes in People with Various Categories of Dysglycemia: A Systematic Overview and Meta-Analysis of Prospective Studies. Diabetes Research and Clinical Practice. 2007;78 (3):305-12.
- 10) Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, Heine RJ, Henry RR, Pratley R, et al. Impaired Fasting Glucose and Impaired Glucose Tolerance: Implications for Care. Diabetes Care. 2007;30 (3):753-9.

- 11) Magliano DJ, Shaw JE, Shortreed SM, Nusselder WJ, Liew D, Barr EL, et al. Lifetime Risk and Projected Population Prevalence of Diabetes. *Diabetologia*. 2008;51 (12):2179-86.
- 12) Han SJ, Kim HJ, Kim DJ, Lee KW, Cho NH. Incidence and Predictors of Type 2 Diabetes Among Koreans: A 12-Year Follow Up Of The Korean Genome And Epidemiology Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;123:173-80.
- 13) Diabetes Atlas: International Diabetes Federation; 2019 [Available from: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/].
- 14) Kelestimur F, Cetin M, Pasaoglu H, Coksevim B, Cetinkaya F, Unluhizarci K, et al. The Prevalence and Identification of Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in Kayseri, Central Anatolia, Turkey. *Acta Diabetol*. 1999;36 (1-2):85-91.
- 15) Gokcel A, Ozsahin AK, Sezgin N, Karakose H, Ertoer ME, Akbaba M, et al. High Prevalence of Diabetes in Adana, A Southern Province of Turkey. *Diabetes Care*. 2003;26 (11):3031-4.
- 16) Ozdemir L, Topcu S, Nadir I, Nur N, Arslan S, Sumer H. The Prevalence of Diabetes and Impaired Glucose Tolerance in Sivas, Central Anatolia, Turkey. *Diabetes Care*. 2005;28 (4):795-8.
- 17) Bulut İ, Açıık Y, Akkuş İH, Özdemir T, Eren S, Pirinççi E, et al., editors. Elazığ İlinde Diyabet Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.
- 18) Satman I, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002;25 (9):1551-6.
- 19) Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincceg N, et al. Twelve-Year Trends in The Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28 (2):169-80.
- 20) Oguz A, Telci Caklili O, Tumerdem Calik B, Investigators P. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study: PURE Turkey. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2018;46 (7):613-23.
- 21) Onat A. Halkımızın Kusurlu Kalp Sağlığına Işık Yoluyla, Tıbbi Büyük Katkı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2001. p. 148-58.
- 22) Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.
- 23) Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003;26 (12):3230-6.



Kronik Hastalıklar

› Risk Faktörleri-Obezite

103

DOÇ. DR. FİGEN DEMİR

Obezite hemen tüm sistemlerde oluşan hastalıklar ile ilişkili olup, Avrupa ve Kuzey Amerika'da erken ölümün sigaradan sonra gelen ikinci risk faktörüdür⁽¹⁾. Fazla kilolu olma durumu ve obezite prevalansı, ekonomik ve refah seviyesinden bağımsız olarak hemen tüm ülkelerde çocukluk çağından itibaren artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa bölgesinde obezite durumunun değerlendirildiği bir çalışmada; Türkiye, kadınlarda obezite prevalansının en yüksek olduğu ülke olarak öne çıkmaktadır⁽²⁾.

2014 -2020 yılları arasında Türkiye'de beslenme durumunu saptamak ve iyileştirmek üzere pek çok tanımlayıcı ve müdahale araştırması yapılmıştır. Aşağıda bu çalışmaların sonuçlarına ait önemli bazı bilgiler özetlenmiştir:

Erişkinlerde Yapılmış Ulusal Çalışmalar

2014 yılından sonra erişkinlerde obezite ile ilgili mevcut durumu saptamak üzere yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde Türkiye'yi temsil eden örneklerde yürütülen çalışmaların giderek arttığı göze çarpmaktadır. Bu araştırmalar şunlardır:

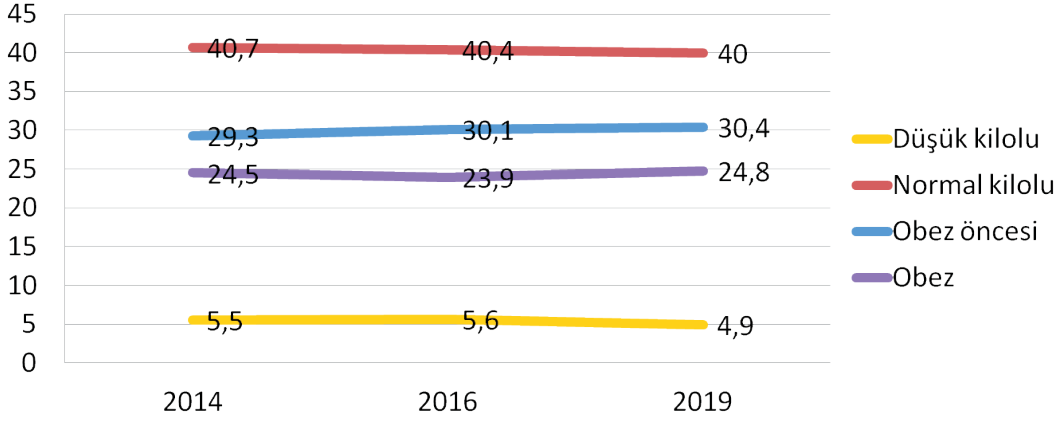
- Türkiye Sağlık Araştırmaları (2014⁽³⁾, 2016⁽⁴⁾ ve 2019⁽⁵⁾)
- Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017⁽⁶⁾
- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018⁽⁷⁾

Türkiye Sağlık Araştırmaları (2014-2019)

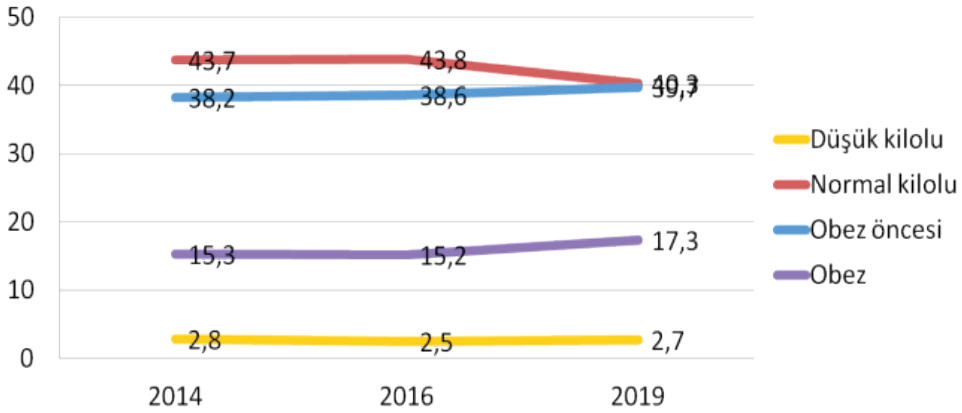
Bireylerin genel sağlık profilinin ortaya çıkarılması ve sağlık göstergelerine yönelik bilgilerin elde edilmesini amaçlayan "Türkiye Sağlık Araştırması" 2008 yılından bu yana 2-3 yılda bir Türkiye'yi temsil eden bir örnek üzerinde yapılmaktadır. 15 yaş ve üzeri bireylerin boy ve kilo değerleri ile birlikte pek çok değişken araştırmadan elde edilmektedir. 2014 -2020 yılları arasında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının sonuçları aşağıdaki şekillerde sunulmuştur⁽³⁻⁵⁾. Buna göre son beş yılda kadınlarda obez öncesi (fazla kilolu) ve obez oranı %53,8'den % 55,2'ye, erkeklerde ise; %53,5'den %57,6'ya yükselmiştir.

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017

Araştırmanın amacı, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili temel risk faktörlerinin prevalansını tanımlamak ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak ve bu hastalıkları engellemek için faaliyetlerin daha etkili olarak planlanmasını sağlamaktır. Çalışmada çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, 8644 hane örnek olarak belirlenmiş ve her haneden "rastgele" bir kişi seçilmiştir. 15 yaş üzeri toplam 6053 kişiden bilgi toplanmıştır⁽⁶⁾. Bu araştırma sonuçlarına göre her üç kişiden ikisi fazla kiloludur (BKİ ≥ 25 kg/m²). Her 10 kişiden 3'ü (%28,8) obezdir (BKİ ≥ 30 kg/m²) ve obezite kadınlarda (%35,9) erkeklerden (%21,6) 1,6 kat daha fazladır.



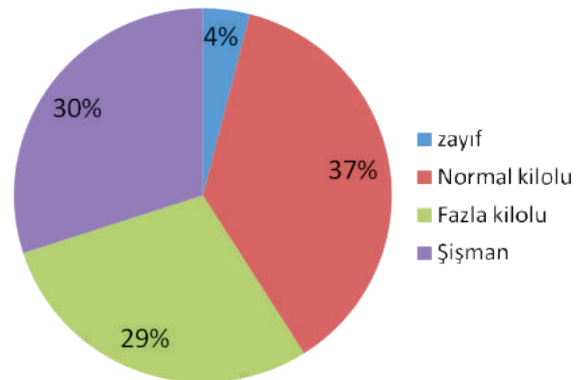
Şekil 103.1 15 yaş üstü kadınların beden kitle indekslerine göre düşük kilolu, normal kilolu, obez öncesi ve obez olma durumlarının yılları göre oranları.



Şekil 103.2 15 yaş üstü erkeklerin beden kitle indekslerine göre düşük kilolu, normal kilolu, obez öncesi ve obez olma durumlarının yılları göre oranları.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018

Kadınlarda obezite sıklığının hesaplandığı bir başka araştırma olan, temel demografik ve sağlık göstergelerine ilişkin güncel bilgi sağlamayı amaçlayan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 5 yılda bir Türkiye'yi temsil eden bir örnek üzerinde yapılmaktadır. 2018 TNSA için ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı, küme örnekleme yöntemi kullanılmış, 15775 hane halkı seçilmiştir. Seçilen hanelerde yaşayan ve / veya görüşme tarihinden 1 gece önce bu hanelerde kalmış olan 15-49 yaşlarındaki kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. 15-49 yaş kadınlar ve 0-59 yaş



Şekil 103.3 2018 TNSA'da 15-49 yaş grubu kadınlarda beden kitle indeksine göre yapılan sınıflamanın dağılımı.

çocukları için boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Bu kapsamda boy ve kilo ölçümleri yapılan kadın sayısı 6362, çocuk sayısı 2015'dir (2018 TNSA)⁽⁷⁾. Kadınların 2018 TNSA sonuçlarına göre beden kütle indeksi (BKİ) sınıflaması dağılımı aşağıdaki şekilde sunulmuştur.

Buna göre 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kilolu ve obez olma durumu yaş ile birlikte artmaktadır. 40-49 yaşlarındaki kadınların %84'ü fazla kilolu veya şişman; %53'ü şişmandır⁽⁷⁾.

2018 TNSA sonuçlarına göre; beş yaş altı çocukların %8'i fazla kilolu bulunmuştur. Bu oran 2013 TNSA'da %11 olarak saptanmıştır. Fazla kilolu olma durumu 14-17 aylıkken en yüksek seviyededir ve erkek çocuklarda %9 iken kız çocuklarında %7'dir⁽⁷⁾.

Türkiye'de 2014-20 yılları arasında erişkinlerde yürütülen obezite ile ilgili araştırma sonuçları **Tablo 103.1**'de sunulmuştur.

Çocuk ve Adolesanlarda Yapılmış Toplum Tabanlı Çalışmalar

Türkiye'de Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) ve Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık

Araştırması (COSI-TUR) dışında, çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığını araştıran ulusal ölçekli çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan alan çalışmaları değerlendirildiğinde çocukluk çağı obesitesinin 2014 yılı sonrasında da, öncesinde olduğu gibi, ülkeyi temsil eden örneklerden çok, çeşitli bölgelerde, farklı yaş gruplarını kapsayan araştırmalar olarak yapıldığı dikkat çekmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar **Tablo 103.2**'de sunulmuştur.

Çocuk ve Adolesanlarda Yapılmış Ulusal Çalışmalar

Türkiye çocukluk çağı (ilkokul 2. Sınıf öğrencileri) şişmanlık araştırması (COSI-TUR 2016)

Türkiye'de ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI) 2007-2008 okul yılı döneminde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın 2. turu 2009-2010 öğretim yılında ve 3. tur 2012-2013 öğretim yılında uygulanmıştır.

Araştırmanın 4. Turu 2016-2017 öğretim yılında yapılmış, 11523 ikinci sınıf öğrencisine ulaşılmıştır. İlkokul 2. sınıf öğrencisi çocukların BKİ-Z Skoru-

Tablo 103.1 2014-2020 yılları arasında Türkiye'de yapılan çalışmalarda BKİ sınıflaması dağılımı

Araştırma adı	Cinsiyet	Düşük kilolu (%)	Normal kilolu (%)	Obez öncesi* (%)	Obez (%)
Türkiye Sağlık Araştırması-2014 (15 yaş üstü bireyler)	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9
Türkiye Sağlık Araştırması-2016 (15 yaş üstü bireyler)	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
	Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6
Türkiye Sağlık Araştırması-2019 (15 yaş üstü bireyler)	Erkek	2,7	40,3	39,7	17,3
	Kadın	4,9	40,0	30,4	24,8
	Toplam				21,1
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (15-49 yaş kadınlar)	Kadın	4,0	37,0	29,0	30,0
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı-2017 (15 yaş üstü bireyler)	Erkek	1,5	35,7	41,2	21,6
	Kadın	2,2	31,8	30,1	35,9
	Toplam	1,8	33,8	35,6	28,8

*fazla kilolu

Tablo 103.2 Türkiye’de Çocuk ve Adolesanlarda Yapılmış Obezite Çalışmaları

Çalışma/ yazar	Yapıldığı yer / yıl	Katılımcı sayısı / Yaş grubu	Tanı kriteri	Obezite prevalansı (%)
Önsüz ve ark ⁽⁸⁾	Sakarya 2015	2166 /6- 15 yaş	BKİ-persantil*	18,0
Gökler ve ark ⁽⁹⁾	Eskişehir 2015	3918 / lise	BKİ-persantil	Kırsal;7,9, Kentsel;11,3
Savaşan ve ark ⁽¹⁰⁾	Ankara 2015	3963 / 6-11 yaş	BKİ-persantil	7,5
Önal ve ark ⁽¹¹⁾	Ankara 2016	324 / 36-72 ay	BKİ- Z skoru- (SD) **	3,4
Yardım ve ark ⁽¹²⁾	Ankara 2019	2066 / 9-11 yaş	BKİ- Z skoru- (SD)	14,6

*BKİ 85-95 persentil arasında olanlar kilolu, 95 persentil üzerinde kalanlar ise obez olarak gruplandırılmaktadır.

** ≥ %85 ile <%95 arasında fazla kilolu, ≥95% obez olarak sınıflandırılmaktadır.

na göre; %9,9’u şişman, %14,6’sı kiloludur. İlkokul 2. sınıf öğrencisi erkek çocukların BKİ-Z Skoruna göre; %11,3’ü şişman, %13,6’sı fazla kilolu, kız çocukların ise %8,5’i şişman, %15,7’si fazla kiloludur⁽¹³⁾. COSI 2013 araştırmasında ise şişmanlık %8,3 ve fazla kiloluluk %14,2 olarak bulunmuştur⁽¹⁴⁾. COSI 2013 çalışması ile karşılaştırıldığında şişmanlık ve fazla kiloluluğun arttığı görülmektedir.

Türkiye’de özellikle ülkeyi temsil eden örneklerde yürütülmüş ve belli aralıklarla tekrarlanan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde hem çocuk ve hem de yetişkin yaş gruplarında ve her iki cinsiyette fazla kilolu ve obez olma oranı artmaktadır. Özellikle erkeklerde obez olma oranı kadınlara göre daha çok artmıştır. Yetişkin yaş grubunda her iki kişiden biri obez ya da fazla kilolu, her beş kişiden biri obezdir. Kadınlarda ise her 3 kişiden biri obezdir. Gelişmiş ülkelerde ölümün en önemli nedenin obeziteye bağlı kalp damar hastalıkları olduğu ve obezitenin önlenilebilir bir risk faktörü olduğu göz önüne alındığında ulusal düzeyde obezite prevalansını azaltmaya yönelik etkili müdahale programlarının hazırlanması ve uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1) Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptege S, de Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388 (10046):776–86.

- Ricci G, Tomassoni D, Pirillo I, Sirignano A, Sciotti M, Zaami S, et al. Obesity in the European region: Social aspects, epidemiology and preventive strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2018;22 (20):6930–9.
- Türkiye Sağlık Araştırması , 2014. 2015;11–2.
- Gunal M. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni [Internet]. 2017; (18854):19–21. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>
- Türkiye Sağlık Araştırması , 2019. 2020;2008–11.
- Ofşys AB. Dünya Sağlık Örgütü [Internet]. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi . 2017. 2–3 p. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018. 148–149 p.
- Önsüz FM, Demir F. Prevalence of hypertension and its association with obesity among school children aged 6-15 living in Sakarya province in Turkey. *Turkish J Med Sci*. 2015;45 (4).
- Gökler ME, Buğrul N, Metintaş S, Kalyoncu C. Adolescent obesity and associated cardiovascular risk factors of rural and urban life (Eskisehir, TURKEY). *Cent Eur J Public Health*. 2015;23 (1):20–5.
- Savaşan Ç. Obesity frequency in school children and related risk factors. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2015;19 (1):14–21.
- Önal S, Özdemir A, Meşe C, Özer B. OKULÖNCESİ Dönem Çocuklarda Malnütrisyon Ve Obezite Prevalansını Değerlendirilmesi: Ankara Örneği Evaluation. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Derg*. 2016;56 (1):210–25.
- Yardım MS, Hilal Özcebe L, Araz OM, Uner S, Li S, Unlu HK, et al. Prevalence of childhood obesity and related parental factors across socioeconomic strata in Ankara, Turkey. *East Mediterr Heal J*. 2019;25 (6):374–84.
- Özcebe H, Bağcı Bosi T, Yıldırım N, Yardım M, Gögen S. Türkiye çocukluk çağı. 2017.
- Bakanlık LIK, Sa YEH. Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (Cosi-Tr) 2013 Ön Rapor. 2013;

Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri- > Dislipidemi

104

DOÇ. DR. FİGEN DEMİR

Tüm dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklar önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye’deki toplam ölümlerin yüzde 86’sından Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıkların (BOH) sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. BOH nedeniyle olan ölümlerin de yaklaşık yarısı (%47,0) Kalp-Damar Hastalıkları (KDH)’ından kaynaklanmaktadır⁽¹⁾.

Yapılan çalışmalar ile Kalp Damar Hastalıkları (KDH) için birçok risk faktörü ortaya konmuş, tanımlanan risk faktörlerinin büyük bölümünün önlenilebileceği gösterilmiştir.

Dislipidemi, KDH gelişiminde önemli bir risk faktörüdür ve aşağıdakilerin herhangi biri veya bunların bir kombinasyonu ile karakterize, bir grup metabolik düzensizlik olarak tanımlanmaktadır⁽²⁾:

1. Serum total kolesterol (TK) seviyesi yüksekliği
2. Serum düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (LDL-K) seviyesi yüksekliği

3. Serum yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL-K) seviyesi düşüklüğü
4. Serum trigliserid (TG) seviyesi yüksekliği

Yapılan çalışmalar serum lipidlerinin belli bir sınırdan itibaren KDH riskini arttırdığını göstermektedir. Kılavuzların bir kısmı sınıflamaya hiç yer vermezken⁽³⁾, bir kısmı KDH açısından sahip olunan risk faktörlerini de dikkate alarak bazı sınıflamalar yapmıştır⁽⁴⁾.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) dislipidemi kılavuzunda serum lipid düzeyleri ile ilgili, risk durumunu da göze alarak bir sınıflama yapmıştır. Bu sınıflama **Tablo 104.1**’de sunulmuştur⁽⁵⁾.

Dislipidemi, sadece serum kolesterol yüksekliğinin olduğu hiperkolesterolemi, sadece serum trigliserit yüksekliğinin olduğu Hipertrigliseridemi

Tablo 104.1 Serum lipid düzeylerinin sınıflandırılması

	Optimal (mg/dl)	Sınırdan Yüksek (mg/dl)	Yüksek (mg/dl)
TK	<200	200-239	>240
LDL-K	<100 <70*	130-159	>160 ≥190 (çok yüksek)
HDL	≥60	Erkek 40-59 Kadın 50-59	Erkek <40 Kadın <50
TG	<150	150-499 Hafif HTG**	500-880 Orta HTG ≥880 şiddetli HTG
Apo-B	<90 <80*		

* Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar veya risk eşdeğeri durumlar için, **HTG=Hipertrigliseridemi

ve her ikisinin de (trigliserit ve kolesterol) yüksek olduğu farklı şekillerde ortaya çıkabilir ⁽⁶⁾. Dislipidemi kalıtsal olabilir, bu örnekler arasında ailevi kombine hiperlipidemi, ailesel hipertrigliseridemi ve ailesel hiperapobetalipoproteinemi bulunur. Bununla birlikte, yüksek vücut kitle indeksi, alkol kullanımı ve bel çevresi gibi dislipidemi ile ilişkilendirilmiş birçok etken vardır. Ayrıca dislipidemi; diyabet, hipotiroidizm, Cushing sendromu, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve şiddetli enfeksiyonlar gibi başka bir tıbbi durum nedeniyle ikincil olabilir ⁽⁶⁾. Yapılan araştırmalar sonucunda hazırlanan kılavuzlar KDH'larından korunmada özellikle LDL-K düzeylerinin düşürülmesini hedeflemektedir. Korunma bireysel olabileceği gibi toplumsal müdahale programları da yürütülebilir. Bu nedenle toplumda hiperlipidemi sıklığının bilinmesi toplumsal müdahale programlarının oluşturulması, uygulanacak stratejilerin belirlenmesi açısından çok önemlidir.

Yapılan araştırmalarda Avrupa ve Kuzey Amerika'daki her iki yetişkinden birisinin dislipidemik olduğu ortaya konmuştur ^(7,8).

Ülkemizde dislipidemi sıklığını ortaya koymak üzere yapılan ve 2000-2014 yılları arasında yürütülmüş araştırmaları kapsayan bir meta-analiz çalışmasında ⁽⁹⁾;

- LDL-kolesterol sınır düzeyi 130 mg/dl olarak alındığında, hiperkolesterolemi prevalansı %29,1 (%95 GA 23,6-35,0), kadınlarda %30,2 (%95 GA 24,7-36,1) ve erkeklerde %27,8 (%95 GA 22,3-33,6) saptanmıştır.
- Düşük HDL-kolesterol sınır düzeyi kadınlarda 50 mg/dl, erkeklerde 40 mg/dl alındığında prevalans %46,1 (%95 GA 42,4-49,9), kadınlarda %50,7 (%95 GA 47,7-53,6) ve erkeklerde %41,1 (%95 GA 36,1-46,3) hesaplanmıştır.
- Trigliserit yüksekliği prevalansı (sınır >150 mg/dL kabul edildiğinde) %36,5 (%95 GA 30,6-42,5), kadınlarda %32,0 (%95 GA 26,6-37,8) ve erkeklerde %41,3 (%95 GA 34,9-47,8) saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre ülkemizde dislipidemi her 10 yetişkinden 3-4'ünde görülen, önemli bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır. Bu yazıda Türkiye'de dislipidemi (TK ve LDL-K düzeyi yüksekliği, HDL-K düzeyi düşüklüğü, TG düzeyi yüksekliği) prevalansını ortaya koymak için 2014 yılı sonrasında yayınlanmış araştırma sonuçları sunulacaktır.

2014 -2020 Yılları Arasında Türkiye'de Dislipidemi Prevalansının Belirlendiği Yetişkinlerde Yürütülmüş Çalışmalar

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017

Araştırmanın amacı, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili temel risk faktörlerinin prevalansını tanımlamak ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak ve bu hastalıkları engellemek için faaliyetlerin daha etkili olarak planlanmasını sağlamaktır. Çalışmada çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, 8644 hane örnek olarak belirlenmiş ve her haneden "rastgele" bir kişi seçilmiştir. 15 yaş üzeri toplam 6053 kişiden bilgi toplanmıştır ⁽¹⁰⁾. Bu araştırmada; yüksek total kolesterol düzeyi, "TK düzeyi ≥ 190 mg/dl veya yüksek kolesterol nedeniyle halen tedavi alıyor olmak", TG düzeyi yüksekliği "Açlık trigliserid düzeyi ≥ 180 mg/dl" ve HDL-K düzeyi düşüklüğü erkekler için HDL < 40 mg/dl ve kadınlar için < 50 mg/dl olarak tanımlanmıştır. Buna göre;

- Hiperkolesterolemi prevalansı (TK yüksekliği) %24,7, erkeklerde %20,9 ve kadınlarda %28,5 bulunmuştur.
- Düşük HDL-kolesterol düzeyi prevalansı erkeklerde %55,6 (< 40 mg/dl) ve kadınlarda %49,1 saptanmıştır (< 50 mg/dl).
- Trigliserit yüksekliği (≥ 180 mg/dl) prevalansı erkeklerde %19,9 ve kadınlarda %13,6 bulunmuştur.

"The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE)" (Prospektif Kentsel-Kırsal Epidemiyoloji) Çalışması 2008

Bu çalışma Kanada'da McMaster Üniversitesi "Population Health and Research Institute" tarafından yönetilen çok merkezli bir çalışmadır. Türkiye'de çalışmayı Metabolik Sendrom Derneği yürütmektedir. Çalışmanın amacı 35-70 yaş arası, şehirde ve kırsalda 25 farklı ülkede yaşayan katılımcılara ait sosyal, çevresel ve kişisel risk faktörleri ve kronik hastalıklar hakkında veri toplamaktır.

Araştırma 2008 yılında başlamış ve çalışma için sekiz bölge oluşturulmuş ve bu bölgelerden İstanbul (nüfus yapısı gereği doğrudan araştırmaya dahil edilmiş) doğrudan olmak üzere rastgele 7 şehir seçilmiş ve yerel yönetimlere danışılarak listeler hazırlanmış ve araştırma popülasyonu belirlenmiştir. Üç yılda bir katılımcılar ile görüşülerek veri (anket, antropometrik ölçümler, EKG, spirometre ve kan, idrar örnekleri) toplanmıştır. Bu araştırma bulgularına göre;

- Hiperkolesterolemi prevalansı (TK düzeyi, ≥ 200 mg/dl ya da lipid düşürücü ilaç kullanma) %51,7 bulunmuştur.
- Düşük HDL-kolesterol sınır düzeyi prevalansı (erkeklerde < 40 mg/dl, kadınlarda < 50 mg/dl) % 53,5 saptanmıştır.

Bu araştırma sonuçlarına göre 35 yaş üstü her iki yetişkinden biri KDH açısından önemli bir risk faktörüne (hiperkolesterolemi) sahiptir ⁽¹¹⁾.

Ulusal hane halkı çalışması sonuçları ile karşılaştırıldığında burada dislipidemi sıklığının daha yüksek çıkmasının bir nedeni hiperkolesterolemi tanısı için ikinci araştırmada lipid düşürücü ilaç kullanmanın da tanı kriteri olarak kullanılmış olması olabilir. Ülkemizde endikasyon dışı / uygun ilaç kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir.

Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR 2016)

Bu çalışma çocukluk dönemi şişmanlık sıklığını ortaya koymak amacıyla, T.C. Sağlık Bakanlığı, DSÖ Avrupa Bölgesi, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklemi Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çocukların ailelerine tanı konmuş hi-

perkolesterolemi varlığı sorulmuştur. Katılımcı sayısı 11373'tür. Bu araştırmada ailelerin beyanlarına göre sağlık personeli tarafından tespit edilmiş kan da kolesterol yüksekliği risk faktörüne sahip olma sıklığı %16,6'dır. Bölgelere göre karşılaştırıldığında, hiperkolesterolemi prevalansı, Doğu Karadeniz bölgesinde en yüksek (% 28,9) ve Batı Marmara bölgesinde en düşük (% 12,1) olarak bulunmuştur ⁽¹²⁾.

2014 -2020 Yılları Arasında Çocuklar ve Adolesanlarda Yürütülmüş Hastane Tabanlı Çalışmalar

Çocuklarda dislipidemi sıklığını ortaya koymak üzere yürütülmüş toplum tabanlı bir çalışma bulunmamaktadır ancak hastane tabanlı yürütülmüş çalışmalar vardır ve bu araştırmaların risk grubunda yer alan çocuklarda yürütüldüğü göze çarpmaktadır.

Bu araştırmalardan ilki obez çocuk ve adolesanlarda dislipidemi sıklığını ortaya koymak üzere yürütülmüş bir çalışmadır. Bu araştırmada obezite tanısı alan 823 çocuğun kayıtları incelenerek dislipidemi durumları değerlendirilmiştir. Bu araştırmada dislipidemi sıklığı %42,9 olarak bulunmuştur. Dislipidemi en sık hipertrigliseridemi olarak gözlenmiştir (Tablo 104.2). Bu araştırmada dislipidemi varlığının yaş ve vücut kütle indeksi ile korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur ⁽¹³⁾.

Bir hastanede Tip 1 diyabet nedeniyle takip edilen 3-18 yaş arasındaki 202 çocuk ve adolesanın dahil edildiği bir başka araştırmada, dislipidemi sıklığı %26,2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada dislipidemi en sık hiperkolesterolemi olarak gözlenmiştir (Tablo 104.3) ⁽¹⁴⁾.

Tablo 104.2 Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Obezite Nedeni ile Takip Edilen Çocukların (2-18 yaş) Dislipidemi Sıklığının Dağılımı

Dislipidemi	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Dislipidemi	186 (40,5)	167 (45,9)	353 (42,9)
Hiperkolesterolemi	75 (16,3)	78 (21,4)	153 (18,6)
Hipertrigliseridemi	91 (19,8)	88 (24,2)	179 (21,7)
Yüksek LDL-K düzeyi	58 (12,6)	52 (14,3)	110 (13,4)
Düşük HDL-K düzeyi	88 (19,2)	74 (20,3)	182 (19,7)

Tablo 104.3 Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Tip 1 Diyabet Nedeni ile Takip Edilen Çocukların (3-18 yaş) Dislipidemi Sıklığının Dağılımı

Dislipidemi	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Dislipidemi	30 (26,3)	23 (26,1)	53 (26,2)
Hiperkolesterolemi	19 (16,7)	13 (14,8)	32 (15,8)
Hipertrigliseridemi	15 (13,2)	11 (12,5)	26 (12,9)
Yüksek LDL-K düzeyi	15 (13,2)	6 (6,8)	21 (10,4)
Düşük HDL-K düzeyi	4 (3,5)	7 (8,0)	11 (5,4)

Sonuç olarak ülkemizde aterosklerozun en önemli nedeni olan dislipidemi sık görülen bir risk faktörüdür. Kılavuzlar, hastalığı veya kardiyovasküler risk faktörü olmayan kişilerin dahi dislipidemi açısından taranmasını önermektedir⁽⁵⁾. Aterosklerotik sürecin klinik sonuçlarının ortaya çıkmasından uzun yıllar önce gelişmeye başlaması nedeniyle çocukluk döneminde de dislipidemi taramasının yapılması önemlidir. Yapılan araştırmalarda risk grubunda (obez ya da diyabet hastalığı varlığı) yer alan çocuklarda dislipidemi sıklığının yüksek olduğu ortaya konmuştur. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin hazırladığı Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda risk faktörü olan veya ailesinde dislipidemi bulunan çocuklarda 2 yaşından itibaren tarama yapılması önerilmektedir⁽⁵⁾.

Kaynaklar

- 1) Jakab M, Hawkins L, Loring B, Tello J, Erguder T, Kontas M. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. WHO. 2014;8 (9):1-58.
- 2) VA/DOD. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF DYSLIPIDEMIA FOR CARDIOVASCULAR RISK REDUCTION. VA/DOD Guidel [Internet]. 2014; (December 2014):112. Available from: www.tricare.mil
- 3) Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, John Chapman M, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016;37 (39):2999-3058.
- 4) Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, Bloomgarden ZT, Fonseca VA, Garber AJ, et al. American Association of Clinical

Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease. Endocr Pract. 2017;23 (April):1-87.

- 5) TEMD. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2018. 11 p.
- 6) Halawani AFM, Alahmari ZS, Asiri DA, Albraheem AA, A AM. Diagnosis and Management of Dyslipidemia. 2019;10 (4):67-70.
- 7) Goff DC, Bertoni AG, Kramer H, Bonds D, Blumenthal RS, Tsai MY, et al. Dyslipidemia prevalence, treatment, and control in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA): Gender, ethnicity, and coronary artery calcium. Circulation. 2006;113 (5):647-56.
- 8) Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics-2013 update: A Report from the American Heart Association. Circulation. 2013;127 (1).
- 9) Kayıkçıoğlu M, Tokgözonlu L, Kiliçkap M, Göksülük H, Karaslan D, Özer N, et al. Data on prevalence of dyslipidemia and lipid values in Turkey: Systematic review and meta-analysis of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018;46 (7):556-74.
- 10) Ofísy AB. Dünya Sağlık Örgütü [Internet]. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi . 2017. 2-3 p. Available from: http://www.euro.who.int/pubrequest
- 11) Oğuz A, Çaklılı ÖT, Çalık BT. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: PURE Turkey. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018;46 (7):613-23.
- 12) Özcebe H, Bağcı Bosi T, Yıldırım N, Yardım M, Gögen S. Türkiye çocukluk çağı. 2017.
- 13) Elmaoğullari S, Tepe D, Uçaktürk SA, Kara FK, Demirel F. Prevalence of dyslipidemia and associated factors in obese children and adolescents. JCRPE J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2015;7 (3):228-34.
- 14) Bulut T, Demirel F, Metin A. The prevalence of dyslipidemia and associated factors in children and adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Endocrinol Metab. 2017;30 (2):181-7.

Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri- Fiziksel İnaktivite > (Hareketsizlik)

105

DR. ÖĞR. ÜYESİ ASYA BANU BABAĞLU

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre fiziksel aktivite: "Çalışırken, oynarken, ev işlerini yaparken, seyahat ederken ve eğlence amaçlı uğraşlarda yer alan faaliyetler dâhil olmak üzere enerji harcaması gerektiren iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketidir." Bu tanımıyla **fiziksel aktiviteyi**, onun bir alt kategorisi olan **egzersizden ayırmak gerekir**. Egzersiz, planlanmış, yapılandırılmış ve tekrarlayan aktiviteler iken, fiziksel aktivite egzersiz de dâhil, yaşamın içerisindeki tüm vücut hareketlerini kapsar ⁽¹⁾.

Sosyokültürel ve sosyoekonomik alt yapısı hazırlanmaksızın kentleşen ve kentleşmesi de çarpık seyreden toplumlarda, kentli nüfusun sorunlarından biri hareketsiz yaşam tarzı - fiziksel inaktivitedir ⁽²⁾. Bu toplumlarda kırsal kesimi oluşturan nüfus bile üretim biçimlerinin farklılaşması ve beslenme özellikleri nedeni ile hareketsizlik sorunu yaşamaktadır; Türkiye'de de benzer bir durum söz konusudur ⁽³⁾. Günümüzün kronik hastalıklarının sıklık ve dağılımında toplumları tehdit edecek düzeydeki artışın nedenlerinden birisi hareketsiz yaşam biçimidir. Dünya çapında, bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasında temelde yatan dört etken tütün kullanımı, alkolün zararlı tüketimi, obezite ve **fiziksel hareketsizlik** olarak sayılmaktadır ^(4,5).

Fiziksel hareketsizliğin bir risk faktörü olarak ilişkili olduğu pek çok hastalık bulunmaktadır: kalp-damar hastalıkları, obezite ve obeziteye bağlı metabolik hastalıklar, diyabet, kolon ve meme kanseri ve diğer kanserler, kas-iskelet hastalıkları, depresyon, stres ve anksiyete ⁽⁶⁾. Buna göre, bu risk faktörünün ortadan kaldırılması ve düzenli fizik-

sel aktivite yapılması, iskemik kalp hastalığı, inme, meme ve kolon kanseri ve diyabet riskini azaltacak, ayrıca kilo kontrolüne ve obezitenin önlenmesine de yardımcı olacaktır ⁽⁷⁾. Yeterli fizik aktivite, hemen hemen her kronik hastalık için evrensel olarak ilk basamak tedavi olarak reçete edilen düşük maliyetli bir tedavi yöntemi / koruyucu önlem olarak görülmelidir.

Fiziksel aktivitenin yetersizliği ise fiziksel inaktivite olarak tanımlanır ve düzeyinin değerlendirilmesinde çeşitli ölçekler kullanılır. Bunlardan yaygın kullanılanlardan birisi Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'dir (*International Physical Activity Questionnaire- IPAQ*)'dir ⁽⁸⁾. Bu ölçekte fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için Metabolik Eşdeğer (*Metabolic Equivalent, MET*) yöntemi uygulanır. Bunun dışında pek çok ölçek daha geliştirilmiştir. Bunlardan 7-günlük Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (7-g FADA), 24-saatlik Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (24-s FADA) ve Fiziksel Aktivite Alışkanlığını Değerlendirme Anketi'nin (FA-ADA) güvenilirliği ve geçerliği Türkiye'de Karaca ve Turnagöl tarafından gerçekleştirilmiştir ⁽⁹⁾.

Fiziksel İnaktivitenin Dünyada ve Türkiye'de Sıklığı

DSÖ'nün hazırladığı fiziksel inaktivitede küresel durum raporuna göre küresel olarak, her dört yetmişkinden biri fiziksel olarak yeterince aktif değildir. Ayrıca dünyadaki ergen nüfusunun %80'inden fazlası hareketsizdir. DSÖ'ye üye devletler 2025 yılına kadar yetersiz fiziksel aktiviteyi %10 azaltmayı

hedeflemişlerdir. Öte yandan yetersiz fiziksel aktivitenin azaltılmasına yönelik politikalar DSÖ üye devletlerinin sadece %56'sında yürütülmektedir ⁽¹⁾.

Dumith ve arkadaşlarının 2000'li yılların başında dünyada fiziksel inaktivitenin durumunu gözler önüne sermek için 76 ülkede yürüttüğü çalışmada, dünya genelinde (ülkelerin toplam nüfusu için ağırlıklandırma yapıldıktan sonra) fiziksel inaktivite yaygınlığı % 17.4 (%95 CI 15.1-19.7) olarak saptanmıştır. Fiziksel inaktivite sıklığı kadınlar arasında erkeklerden daha yüksektir (sırasıyla; %23.7 ve %18.9) ve gelişmiş ülkelerde fiziksel inaktivite daha az gelişmiş ülkelere göre daha yaygındır (sırasıyla %27.8 ve %18.7) ⁽¹⁰⁾. Fiziksel aktivitenin cinsiyetler arasında farklılaşması, toplumsal cinsiyet konusu üzerinden tartışılmaktadır ve ataerkil toplum yapısının etkisi üzerinde durulmaktadır ⁽¹¹⁾.

Ng ve arkadaşlarının beş Asya ülkesinde kırsal alanlardaki fiziksel hareketsizlik düzeyini inceleyen çalışmasında erkeklerin 1/4'ünün ve kadınların ise 1/3'ünün fiziksel olarak aktif olmadığını rapor edilmiştir. Özellikle kadınlarda fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi için çabaların artırılması önerilmiştir ⁽¹²⁾.

Kahan tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada, içinde Türkiye'nin de bulunduğu 38 İslam ülkesinde fiziksel inaktivite sıklığı %32.3 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada kadınların erkeklerden, Arapların Arap olmayanlardan, müslüman ülkelerin müslüman olmayan ülkelere daha yüksek fiziksel inaktiviteye sahip olduğu gösterilmiştir ⁽¹³⁾.

Türkiye'de toplumda fiziksel aktivite düzeylerinin tespitini kapsayan geniş kapsamlı çalışmalar arasında "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)" çalışması (2004), Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması (2013), Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013 ve Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (2017) yer almaktadır.

Türkiye'nin yedi coğrafik bölgesinden seçilen yedi ilde, 30 yaş üstü 15.468 bireyde yürütülen SBKK çalışmasında haftada en az 3 gün, 30 dakika düzenli olarak yapılan egzersizin düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre toplumda düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %3.5'ti. Şehir merkezinde yaşayan bireyler, kırsalda yaşayanlara göre (sırasıyla %3.9 ve

%3.0) ve erkekler, kadınlara göre (sırasıyla %4.2 ve %3.1) daha yüksek düzenli fiziksel aktivite oranına sahipti ⁽¹⁴⁾.

Fiziksel aktivite durumunun "24 saatlik fiziksel aktivite sorgulaması" ile değerlendirildiği TBSA'da Türkiye genelinde 0-5 yaş grubu, 6-11 yaş grubu, 12 yaş ve üzeri ve gebe ve emziren kadınların fiziksel aktivite durumları, yaş gruplarına, cinsiyete, yerleşim yerine (kent ve kır) ve 12 bölgeye (İstanbul, Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu) göre değerlendirilmiştir. Araştırmaya göre (tüm yaş gruplarında) Türkiye genelinde erkeklerin %67.6'sının, kadınların %76.5'nin, toplamda ise %71.9'u son yedi günde hiç egzersiz (en az otuz dakika) yapmadığı saptanmıştır. Her iki cinsiyette de yaşın ilerlemesi ile birlikte hiç egzersiz yapmayanların oranı artmaktaydı. SBKK çalışmasına benzer olarak, hiç egzersiz yapmayanların oranı kadınlarda erkeklerden ve kırsal bölgede kentten daha yüksekti: kentteki erkeklerin %66.4'ü, kadınların ise %73.3'ü hiç egzersiz yapmazken bu oranlar kırsal bölgede %71.0 ve %86.0. Hiç egzersiz yapmayanların oranının en yüksek olduğu bölge erkeklerde ve kadınlarda Kuzeydoğu Anadolu bölgesiydi. Rapora göre en çok tercih edilen aktivite "yürüyüş" idi. ⁽¹⁵⁾

Türkiye genelinde 16.622 kişi üzerinde yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda kişilerin fiziksel aktivite düzeyi anket soruları ile boş zaman, ev yaşamı, ulaşım ve çalışma ortamı için ayrı değerlendirilmiştir. Söz konusu çalışmada boş zamanlarda haftada en az beş kez, en az 30 dakika, orta veya daha ağır fiziksel aktivite "yeterli", haftada 1-4 kez, en az 30 dakika, orta veya daha ağır fiziksel aktivite "orta" ve haftada 1'den az, en az 30 dakika, orta veya daha ağır fiziksel aktivite veya hiç fiziksel aktivite yapılmaması "düşük fiziksel aktivite düzeyi" olarak tanımlanmaktadır. Bulgulara göre boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin %23'ü yeterli, %55'i düşük kadınların ise %13'ü yeterli, %69'u düşük fiziksel aktiviteye sahipti. Her iki cinsiyette de yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kişilerin oranı yaş arttıkça azalmaktaydı. Bu çalışmada katılımcıların %40'ı fiziksel aktivite düzeylerini arttırmayı düşündüklerini ifade etmiştir. SBKK ve TBSA çalışmalarından farklı olarak fiziksel aktivite düzeyi kentsel yerleşimde daha yetersiz bulunmuş

ancak bölgesel farklılıkların önemsiz olduğu belirtilmiştir⁽¹⁶⁾.

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi'nin 2017 yılında yaptığı ve 15 yaş üzeri 5848 kişinin katıldığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'nda fiziksel aktivite soruları DSÖ Küresel Fiziksel Aktivite Anketi, sürüm 2 temel alınarak hazırlanmıştır. Anket sorularının "normal bir gün veya hafta" için yanıtlanması istenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların neredeyse yarısının (% 43.6) DSÖ'nün fiziksel aktivite önerilerini karşılamadığı saptanmıştır. Toplam fiziksel aktivitede harcanan ortalama süre günde 30.0 dakika olup, erkeklerde süre daha yüksektir (erkeklerde 51.4, kadınlarda 17.1 dakika). Çalışma sonuçlarına göre etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %81,3'tür (erkekler%70,1; kadınlar %92,2) ve etkili fiziksel aktiviteye katılmama, yaşla birlikte artmaktadır⁽¹⁷⁾.

Ülkemizde okul çağı çocuklarında beslenme ve fiziksel aktivite profilini ortaya koymak üzere yürütülen Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve üye ülkelerce ortaklaşa hazırlanan DSÖ Avrupa COSI protokolüne uygun olarak yapılmıştır. Çalışmaya dahil olan okulların %96,3'ü, çocukların oynamasına ilişkin bir oyun alanlarının olduğunu ve %97,2'si beden eğitimi dersi olduğunu belirtmişlerdir. Ancak bazı okullarda beden eğitimi dersi işlenmemekteydi. Araştırma sonuç raporunda da okulların beslenme ve fizik aktivite olanakları ve uygulamaları açısından desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte her dört çocuktan üçünün (%74,2) hiç spor yapmadığı vurgulanarak çocukların sağlıklı ve dengeli beslenmeleri konusunda davranış değişikliğine gereksinimi olduğu kadar fizik aktivitelerinin de artırılması gerektiği, bunun için ailenin bakış açısı ve yaşanılan ortam olanaklarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir⁽¹⁸⁾.

Türkiye'de Fiziksel İnaktiviteyi Önleme Çabaları (2010 yılı ve sonrası)

Türkiye'de fiziksel aktivite durumunun tespiti ve artırılmasına yönelik çalışmalar ülkemiz ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da "DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı" ile hız kazanmıştır. Bu konferansta, "Avru-

pa Obezite ile Mücadele Belgesi" imzalanmıştır⁽¹⁹⁾. Obezitenin önlenmesine yönelik faaliyetlere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek ve faaliyetlerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamak amacıyla 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete'de Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014) Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu programa göre 2014 yılına kadar topluma yönelik fiziksel aktivite alanlarını arttırmak hedefiyle iki strateji geliştirilmiştir: 1. Yerel yönetimlerin işbirliğinde toplumda düzenli fiziksel aktivitenin yaygınlaştırılmasına yönelik spor tesislerinin ve rekreasyon alanlarının bütçe imkânları dahilinde oluşturulması (sağlıklı şehirler). 2. Ev içinde kolaylıkla uygulanabilecek tarzda fiziksel aktivite uygulamalarının geliştirilmesi⁽²⁰⁾.

Söz konusu plan, 2014-2017 ve 2018-2023 dönemleri için "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" olarak güncellenmiştir⁽¹⁹⁾. Bu planlar, toplumun fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmasına yönelik aktiviteleri kapsamaktadır.⁽²¹⁾

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamına Millî Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 21.01.2010 tarihinde protokol imzalanmış ve "Beslenme Dostu Okullar Programı" başlatılmıştır. Okulların gönüllülük esasına göre başvurabildiği programda, okulların öğrenciler, aileler ve okul çalışanlarının beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının geliştirilmesine odaklı çalışmalar yürütmesi beklenmekte, kriterleri yerine getiren okullar "Beslenme Dostu Okul" belgesi ile ödüllendirilmektedir⁽²²⁾.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2013-2017)'de "Hakkaniyetli Şekilde Halkımızın Sağlığını Korumak ve İyileştirmek" Nihai amacı altında Hedef 1.1'in "Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmak" olduğu görülmektedir⁽²³⁾.

Bu hedefe ulaşmak için belirlenen stratejiler şunlardır:

- Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik etmek, fiziksel aktiviteyi artırmak ve obeziteyi azaltmak için ulusal kampanyalar düzenlemek,
- Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla toplumda rol model olan kişilerin destek vereceği etkinlikler düzenlemek,

- Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla öğrencilere ve er/erbaşlara yönelik seminerler, konferanslar, müsabakalar vb. etkinlikler düzenlemek,
- Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla obezite ve fiziksel aktivite danışma hattı oluşturmak,
- Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla uygulanan davranış değişikliği programlarını takip etmek,
- Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla uygulanan programların etki ve sonuçlarının birey tarafından takibini sağlamak.

Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planında ise Stratejik Amaç 1: "Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek" kapsamı içerisinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, **fiziksel aktivite düzeyini artırmak**, obeziteyi azaltmak ve tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele yer almaktadır. Stratejik Plan'da belirttiği üzere, Türkiye'de, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması amacıyla 2017 yılında okullara, üniversitelere ve Sivil Toplum Kuruluşlarına (STK) 15 Temmuz şehit aileleri ve gazileri başta olmak üzere 330.000 adet bisiklet dağıtımı yapılmıştır. Ortaokul ve liseler için asıl karneden bağımsız bir Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi ve eğitim videoları hazırlanmıştır⁽²⁴⁾.

Yürüyüş imkânlarındaki artış fiziksel aktiviteyi de aynı oranda arttıracaktır. Sağlık Bakanlığının Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketlilik Hayat Programı (2014- 2017)'de yürüyüş yapabilirlik önemli bir faktör olarak yer almıştır⁽²¹⁾. Literatürde fiziksel aktivite ve yürüyüşü etkileyen faktörler iki ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar bireysel ve sosyal özellikler ile yapılaşmış çevreye ait parametrelerdir. Dünyada sokakların yürünebilirliğini etkileyen faktörleri ölçmek için kullanılan sokak denetim araçları Çubukçu tarafından özetlenmiştir⁽²⁵⁾. Türkiye'de kentlerde yürünebilirliğin önemi yeni anlaşılmakta olsa da kentlerimizin bugünkü geldiği noktada üzerinde durulması gereken bir kavramdır.

Sağlık Bakanlığı'nın son teşkilatlanmasında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı yer almaktadır. Bu daire başkanlığının faaliyetleri içinde iki önemli sağlık günü yer almaktadır: "10 Mayıs Sağlık İçin

Hareket Günü"nü ve "3-4 Ekim Dünya Yürüyüş Günü".

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılından itibaren Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) kurulmaya başlanmıştır. Merkezin amaçları birey ve toplumu sağlığa yönelik risklerden korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmaktır. SHM'ler, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedir; merkez içinde kronik hastalıkların yönetimi ve fiziksel aktivite danışmanlığı da yer almaktadır. Bu merkezlerdeki fiziksel aktivite danışmanlığı hizmetleri kapsamında sağlıklı bireyler için egzersiz programlarının planlanmasının yanı sıra, fazla kilolu bireyler için danışmanlık, tüm yaş grupları için eğitimler ve engellilere yönelik çalışmalar vardır.

Sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitenin toplumda teşvik edilmesi Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 ve On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) içerisinde de yer tutmaktadır^(26,27).

Ülkemizde fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik çalışmalar esas olarak Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı tarafından koordine edilmektedir. Ancak konuya çok sektörlü yaklaşım gösterilmesi gerektiği eylem planlarında açıkça belirtilmektedir⁽²¹⁾.

Türkiye için ulusal düzeyde yürütülen tüm çalışmalar, farklı tanımlar/yöntemler kullanmış olsa da, ülkemizde fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle kadınlar erkeklere göre fiziksel inaktivite açısından daha büyük risk altındadır ve ilerleyen yaşla her iki cinsiyette de fiziksel aktivite azalmaktadır. Fiziksel inaktivite sorununu ortaya koyan benzer birçok çalışma varlığını rağmen, sorunun etkili çözümüne yönelik çalışmalar yetersizdir. Toplumda fiziksel aktivitenin tüm cinsiyetler, yaş grupları ve bölgelerde artırılması için yoğun çalışmalara ihtiyaç sürmektedir. Son yıllarda hayata geçirilen eylem planları/programların etkilerinin standart ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi, farklı çalışmalardaki verilerin etkili şekilde karşılaştırılması sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) World Health Organisation. Physical activity [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- 2) Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M, Baykan Z. Noncommunicable Diseases as A New Urban Epidemic. *Turkish J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2019 Mar 22 [cited 2020 Jun 28];13 (1):75–84. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.21763/tjfmpe.528035>
- 3) Demirtaş RN, Güngör C, Demirtaş Ş. Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı. *OSMANGAZI J Med* [Internet]. 2017 Mar 9 [cited 2020 Jun 28];39 (1):100–8. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.20515/otd.292504>
- 4) NCD Alliance. The 4th leading risk factor for death worldwide: physical inactivity is an urgent public health priority | NCD Alliance [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://ncdalliance.org/news-events/blog/the-4th-leading-cause-of-death-worldwide-physical-inactivity-is-an-urgent-public-health-priority>
- 5) WHO. NCDs | Physical Inactivity: a global public health problem [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/inactivity-global-health-problem/en/>
- 6) Zengin Alpözgen A, Özdiñçler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP*. 2016;3 (1):66–72.
- 7) World Health Organisation. Global recommendations on physical activity for health. WHO. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 8) Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2020 Jun 28];35 (8):1381–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900694/>
- 9) Karaca A, Hüsrev Turnagöl H, Üniversitesi H, Bilimleri S, Yüksekokulu T. Çalışan Bireylerde Üç Farklı Fiziksel Aktivite Anketinin Güvenilirliği ve Geçerliliği [Internet]. Vol. 18, J. of Sport Sciences. 2007 Apr [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://dergipark.org.tr/pub/sbd/171441>
- 10) Dumith SC, Hallal PC, Reis RS, Kohl HW. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2011 Jul [cited 2020 Jun 28];53 (1–2):24–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21371494/>
- 11) Palència L, De Moorrel D, Artazcoz L, Salvador-Piedrafita M, Puig-Barrachina V, Hagqvist E, et al. Gender Policies and Gender Inequalities in Health in Europe: Results of the SOPHIE Project. *Int J Heal Serv* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2020 Jun 28];47 (1):61–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27530991/>
- 12) Ng N, Hakimi M, Van Minh H, Juvekar S, Razzaque A, Ashraf A, et al. Prevalence of physical inactivity in nine rural INDEPTH Health and Demographic Surveillance Systems in five Asian countries. *Glob Health Action* [Internet]. 2009 Nov 11 [cited 2020 Jun 28];2 (1):1985. Available from: [/pmc/articles/PMC2785136/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2785136/?report=abstract)
- 13) Kahan D. Adult physical inactivity prevalence in the Muslim world: Analysis of 38 countries. *Prev Med Reports* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2020 Jun 28];2:71–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26844051/>
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu. Ankara; 2004.
- 15) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 [Internet]. Ankara; 2014. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
- 16) Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması [Internet]. Ünal B, Ergör G, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013 [cited 2020 Jun 23]. Available from: www.thsk.gov.tr
- 17) Üner S, Balcılar M, Tokar E, editors. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Ankara Ofisi; 2018.
- 18) Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR), 2013. Ankara; 2014.
- 19) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2018-2023 Güncelleme Çalıştayı [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programi-2018-2023-guncelleme-calishtayi.html>
- 20) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2010.
- 21) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013.
- 22) Beslenme Dostu Okullar Programı [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/beslenme-dostu-okullar-programi.html>
- 23) T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara; 2012.
- 24) T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2019-2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2019.
- 25) Çubukçu E, Hepgüzel B, Önder Z, Tümer B. Yürünebilirliğin Sokak Bazındaki Ölçütleri: Karşıyaka Örneği Sokak Denetim Aracı Uygulama Rehberi. İzmir: DEÜ Mimarlık Fakültesi Yayınları; 2014.
- 26) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. ON BİRİNCİ KALKINMA PLANI 2019-2023. Ankara; 2019.
- 27) Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara; 2014.



Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Eşitsizlikler

106

DOÇ. DR. IŞIL ERGİN

Giriş

Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) “bolluk” hastalıkları” ya da “Batı’nın hastalıkları” olduğuna dair paradigmada son 30 yılda önemli bir değişim yaşanmıştır. Varsıl ülkelerin yaşlanan nüfuslarında kronik hastalıkların yükü elbette artmaktadır, ancak bu hastalıkların ve ilişkili risk faktörlerinin dünya üzerindeki dağılımında sadece demografik dönüşüm ile açıklanamayacak sosyoekonomik-epidemiolojik paternler gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 2000’ler sonrasında BOH’ların yaşa özel hızlarındaki ivmeli artış, yüksek gelir grubu ülkelerdeki kronik hastalık yükünün, sistematik olarak, orta ve düşük gelir grubu ülkelere kaydığına işaret etmektedir⁽¹⁾. Yüksek kan basıncı ve yüksek kan şekeri, yoksul ülkelerde küresel bir pandemiye dönüşmeye başlamıştır⁽²⁾. Son 40 yılda, çocukluk çağı obezitesi varsıl ülkelerde %30 civarında bir prevalansa ulaşmış, ancak daha da vahimi, orta ve düşük gelir grubu ülkelerde bu sıklığa ulaşma, son 20 yılda gerçekleşmiştir; turmanış kaygı vericidir⁽³⁾. Düşük ve orta gelir grubu ülkelerin devasa nüfusları düşünüldüğünde, bu eğilim ve sağlık sistemlerinin üzerinde oluşacak yük korkutucudur. Dünya Sağlık Asamblesi 2013’te “erişkin ve çocukluk çağındaki diyabet ve obeziteyi azaltma” yı küresel hedeflerinden biri olarak benimsemiş, küresel öncelik vermiştir. Yoksul ülkelerin hem beslenme yetersizliği hem de obezite ile aynı anda mücadele etmek zorunda kalması, sağlık çıktılarındaki küresel eşitsizliklerin daha da belirginleşip, bu “çifte yükün”⁽⁴⁾ yoksul ve dezavantajlı grupları daha da

fazla hasta edeceği ve öldüreceğinin işaretlerini taşımaktadır. Gerek ülkeler gerekse ülke içindeki gruplar karşılaştırıldığında, kanıtlar kötü sosyoekonomik koşulların BOH riskini, ciddi bir eşitsizlik içinde artırdığını göstermektedir.

Bu hastalıklar için *nedenlerin nedenlerine* bakıldığında; bireyin beslenme ve hareket etme alışkanlıklarının küresel ekonomik ihtiyaçlar doğrultusunda şekillendiği ve sağlıksız unsurlarla örüldüğü görülmektedir. Bireylerin içine doğduğu, yaşadığı, çalıştığı ortamların özellikleri, yoğun stres yükü, bununla baş etme çabaları (tütün, madde, alkol vb.) ve tükettiği sağlıksız besinler, onları kronik hastalıklar açısından risklerle buluşturmakta, bu buluşma olasılığı dezavantajlı gruplarda şiddetlenmektedir⁽⁵⁾. Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler de sürece eklenerek morbidite ve mortalite yükü bu gruplar için daha da artmaktadır. BOH’ların küresel düzeydeki eşitsiz dağılımını anlamamanı yanı sıra, ülke içindeki farklılıkların kaynağını bilmek, uygun politikalar geliştirmek ve doğru müdahaleler planlamak açısından hayattır. Bu makalede; BOH ve risk faktörlerindeki eşitsizlikler küresel bağlamda irdelenecek ve Türkiye’deki durum ele alınacaktır.

Sağlıkta Eşitsizlikler ve Nedenlerin Nedenleri

Yetmişlerin eşitsizleşen dünyasında sağlık için işlerin yolunda gitmediğinin işaret fişeği, 1977’de Dünya Sağlık Asamblesinde “Herkes için Sağlık” uyarısı ile geldi. Bu Asamblede, 2000 yılına kadar dezavan-

taçlı grupların ve ülkelerin sağlığı iyileştirilerek, ülkeler içindeki gruplar arasında ve ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farklarının %25 azaltılması hedefi belirlendi⁽⁶⁾. Bu hedefi küresel gündemin en önüne oturtma çabası, sağlık eşitsizliklerine ilgiyi artırdı. 1980'ler sonrası, bu alana teorik açılım getirme çabaları ile geçti. Whitehead, Kunst, Mackenbach, Wilkinson ve Marmot gibi yazarlar, ülkelerarası farkları veya aynı ülkedeki gruplar arasındaki önlenemez, sistematik, sosyal olarak üretilmiş, önlenemez ve adaletsiz olan bu sağlık farklılıklarını verilerle ortaya koydular, kavramsal açıklamalar sundular^(5,7,8,9,10). Bu kavramsal açıklamalarda bireyin sağlığında hangi sosyoekonomik değişkenlerin daha yakında (proksimal/downstream), hangisinin daha uzakta (distal/upstream) konumlandığı, nedenselliğin politikası bağlamında tartışıldı⁽¹¹⁾. Sağlıkta eşitsizlik, hakkaniyet, nedenlerin nedenleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri, bu süreçte hastalıkların oluş mekanizmalarında yerini bulmaya çalıştı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2005'te kurduğu Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu başta olmak üzere⁽¹²⁾, bu çabaların pek çoğunda uluslararası kuruluşların imzasını görmek mümkündür. Çabalar temel olarak karar vericilere durumu gösterme, sağlık politikalarında yer bulma ve önleme çabalarıyla, mevcut sağlık eşitsizliklerini azaltmayı/gidirmeyi hedefliyordu. Ancak, o günden bugüne daha da derinleşen sağlık eşitsizliklerine bakıldığında, bu alandaki durum saptamalarının net ve başarılı, ancak merhem olacağı umulan politikaların da bir o kadar başarısız olduğu söylenebilir. Bu kuruluşların dokümanlarında neoliberal politikaların sağlık üzerindeki olumsuz ve eşitsizleştiren özelliklerine eleştiriye pek rastlanmazken, Navarro başta olmak üzere neoliberal politikaların süreçteki rolüne işaret eden yazarlar da sorunun ideolojik bağlamını ele almaktaydı⁽¹³⁾. Problemi tanımlamada uluslararası kuruluşların gösterdiği hüner, ne yazık ki mücadele araçlarını üretmede tekrarlanmadı. Derinleşen eşitsizlikleri anlamada 2012 tarihli dokümandaki şu bakış, DSÖ'nün sağlıkta eşitsizlikler için çözüm önerilerini ve kendini konumlandırışını özetler;

“Sosyal eşitsizliklerin kökeninin toplumdaki sosyal ve sınıfsal yapıda bulunduğu tespitini sadece toplumdaki sınıfsal yapısı tamamen değiştirilerek sağlık eşitsizliklerinin azaltılabileceğine işaret etmez. Ancak şuna işaret eder ki farklı segmentler arasın-

daki farklılıkları azaltan girişimler sağlıkta hakkaniyeti iyileştirme olasılığı taşırlar.”⁽¹⁰⁾

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Açısından Eşitsizlikler

Küresel ve ulusal çalışmalar, BOH ve risk faktörlerine bakıldığında morbidite ve mortalitede, hem ülkeler arasında hem de aynı ülkede farklı sosyoekonomik gruplar arasında belirgin eşitsizlikler olduğunu göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde BOH ve risk faktörleri başlangıçta varsıllarda kümenlenmekte, bu yük yıllar içinde hızla orta sınıflara devredilmektedir. En son aşamada ise risk, yoksul sınıflarda yoğunlaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler ise gelişmiş ülkeleri bu yarışta hızla yakalamaktadır. Kapitalizmin daha erken aşamalarındaki bu ekonomilerde, kapitalist dinamikler tam anlamıyla oturana dek, sağlık tehdidinin yükünü, ağırlıklı olarak orta sınıflar eşitsiz bir biçimde uzun süre taşımakta, kapitalizmin ileri aşamalarında- yani “kalkındıkça”- yoksul ve kötü sosyoekonomik konumdakilerin sağlığı, bu risk faktörlerinden en kötü ve eşitsiz biçimde etkilenmektedir⁽¹⁾.

Lopez'in tütün epidemisini açıklamak için kullandığı eğri (Lopez eğrisi) bugün dünyada kronik hastalıklar (ve risk faktörleri) yükündeki nöbet devrini oldukça iyi açıklayan modellerden biridir⁽¹⁴⁾. Bu modeli sadece tütün epidemisi için değil, diğer risk faktörleri için de kullanmak mümkün olabilir. BOH ve risk faktörlerindeki sosyoekonomik eşitsizliklere dair bu ortaklaşma/benzerlik; bu eşitsiz dağılımı anlamaya çalışırken kapitalizm ve kalkınma dinamiklerini irdelememizi zorunlu kılar⁽¹⁵⁾. Lopez'in eğrisinde 4 dönem yer alır; epideminin erken dönemlerinde sıklık her iki cinsiyette önce yüksek sosyoekonomik gruplarda artar, sonraki aşamalarda nüfusun genelindeki sıklık azalırken, düşük sosyoekonomik gruplarda sıklık artar. Yani sağlık riski yoksul ve dezavantajlı gruplar aleyhinde yön değiştirir. Eşitsizliklerin yönündeki bu değişim önce erkeklerde daha sonra kadınlarda gerçekleşir⁽¹⁶⁾. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi, bu sağlık tehdidi-ne ilişkin eşitsizliğin hangi aşamasında olduğunu da belirler. Son aşamadaki gelişmiş kapitalist ülkeler, sağlık riskinin yoksul gruplar açısından en derin eşitsizliği barındırdığı fazdadır.

Obeziteyi bir olgu örneği olarak küresel eşitsizlikler açısından irdeleyecek olursak, 1965-1980 arasındaki çalışmalarını inceleyen Sobal'ın, sosyoe-

ekonomik statü (SES) ile obezite arasındaki ilişkiyi saptadığını görürüz. Sonuçlar gelişmiş ülkelerde obezitenin daha düşük statü gruplarında daha sık görüldüğüne, gelişmekte olan ülkelerde bu ilişkinin tersine döndüğüne ve orta-yüksek statü gruplarında riskin arttığına işaret eder. Kadınlarda bu patern daha belirgindir ⁽¹⁷⁾. Monteiro 1989-2003 arasındaki obezite çalışmalarını incelediğinde, gelişmekte olan ülkelerde, ülkenin gelir düzeyi arttıkça eşitsizlik paterninde farklılaşma olduğunu görür. Ülkelerin kişi başı Gayri Safi Milli Hasıla'sının (GSMH) 2500 dolara ulaşmaya başladığında ("düşük" ulusal gelir hattından yukarıya turmanır turmanmaz) sosyoekonomik durumu kötü olanlar yetersiz beslenme ile yer değiştiren ya da aynı hane onunla eş zamanlı görülen obezite tehdidini yaşamaktadır. Bu durum küresel bir eğilim göstermektedir ⁽¹⁸⁾. Yoksul, eğitimsiz, sosyal güvencesiz gruplardaki kümelenme her ülke için farklı hızda seyretmekte, erkek ve kadın için de farklı paternler göstermektedir ⁽¹⁹⁾. Ezzati ve ark. vücut kütle indeksi (VKİ)-ülke geliri ilişkisinin total kolesterol düzeyleri için de tekrarladığını ancak kan basıncı için daha zayıf düzeyde kaldığını bildirmektedir. Ülke ekonomisi geliştikçe VKİ'ndeki risk hızla artmakta, bunu total kolesterol düzeylerindeki artış izlemekte, sürece sonrasında kan basıncı artışları eklenmektedir. Bu durum; orta ve düşük gelir grubu ülkelerde, zaman içinde yoğunlaşacak bir risk havuzuna işaret eden kaygı verici bir saptamadır ⁽¹⁾.

Lopez'in eğrisindeki benzer biçimde, obezite için de ülkelerin hangi sosyoekonomik gruplarının bu risk faktöründen eşitsiz biçimde etkileneceğinin, ülkenin kalkınma düzeyi ile yakın ilişki içinde olduğu, erkek ve kadın için ardışık bir zamansallık taşıdığı ve sürecin fazlar gösterdiği görülmektedir.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de sağlıkta eşitsizlikler alanının çarpıcı saptamaları Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarında anne ve bebek sağlığına ilişkin ölçütlerde ortaya konmuştur. Yetersiz anne eğitimi, düşük hane geliri, dezavantajlı bölgelerde ve kırdan yaşamak, hem annelerin hem de bebeklerin morbidite ve mortalitesini derin bir eşitsizlik içinde belirlemiştir ⁽²⁰⁾. Kronik hastalıklar alanı ise hem hastalıklar hem de risk faktörleri açısından eşitsizliklere oldukça kör bir birikime sahiptir ⁽²¹⁾. Son yıllarda ulusal veri tabanlarını eşitsizliklere odaklanarak yeniden

değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Halk sağlıkçıların çalışmalarında uzunca yıllardır önemle yer bulan sağlığın sosyal belirleyicileri, klinik bilimlerle ilgilenenlerin ilgi alanına yavaş yavaş da olsa girmeye başlamış ⁽²²⁾ ve sosyoekonomik değişkenler, bölge, kıy/kent gibi sorgulamalar az da olsa veri toplama araçlarında ve analizlerinde kendine yer bulmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kronik hastalıklar alanında yazdığı raporlarda da eşitsizliklerin önemli bir gündem olarak yer almaya başladığı görülmektedir. Yerel düzeyde yürütülen çalışmalarda ve asistan tezlerinde de kronik hastalıklar ve risk faktörlerindeki eşitsizlikleri mercek altına alan çalışmalar artmaya başlamıştır. Ulusal çalışmalarda eşitsizlikleri açıklamaya yönelik temel sosyoekonomik değişkenlerin toplandığı ancak ne yazık ki bunların analitik karşılaştırmalarında yer almadığı veya eşitsizlik ölçütleri kullanılarak irdelenmediği görülmektedir. Küçük çalışmalarda da temel sorun örnek büyüklüklerinin bu eşitsizlikleri açıklamaya yetecek sayılara ulaşamamasıdır. Ulusal çalışmaların eşitsizlikler perspektifine bir an önce kavuşması veya erişime açılmış ulusal verilerin eşitsizlikler perspektifinden yeniden değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Aşağıda son yıllarda yürütülen kronik hastalıklar ve risk faktörlerine ilişkin ulusal değerlendirmelerde, eşitsizliklere dair saptamalar ele alınmıştır.

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 ⁽²³⁾

Bu araştırmada BOH ve risk faktörlerine ilişkin veriler DSÖ'nün STEPwise yaklaşımı içinde toplanmıştır. Araştırma, ülkede BOH alanındaki politika ve programları izleme ve geliştirmeye yardım etmeyi, BOH ve risk faktörlerinin nüfus yapısını belirlemeyi ve yıllar içindeki değişimi karşılaştırmayı, hem bireysel hem de kurumsal kapasiteyi artırmayı hedeflemektedir. Bu nedenlerle, BOH alanındaki önemli bir politika dokümanı olarak da görülebilir. Çalışmada BOH alanındaki eşitsizliklere ışık tatabilecek önemli değişkenlere dair (medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir) veri toplanmıştır. Ancak bu değişkenlerden sadece yaş ve cinsiyet farklılıkları ortaya konmuştur. Araştırmanın temel amaçlarından biri olarak belirtilen *bölgeler arası karşılaştırmalar* sadece tütün, alkol ve sebze meyve tüketimi başlıklarına sınırlı kalmıştır.

Buna göre, Türkiye’de tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi erkeklerde kadınlara göre açık ara önde bir risk faktörüdür. Tütün kullanımı Batı Marmara ve Doğu Marmara bölgelerinde, alkol tüketimi de Ege bölgesinde diğer bölgelere göre daha yüksek sıklıktadır. Meyve ve sebze tüketilen gün ortalamasının en düşük olduğu bölge 3,8 (3,4-4,3) gün ile Güneydoğu Anadolu bölgesidir.

Verisi toplanan diğer değişkenlerin, kronik hastalık sıklıkları ve risk faktörleri ile nasıl bir ilişki içinde olduğu ise irdelenmemiştir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar ⁽²⁴⁾

Bölgesel bir proje olarak yürütülen ve beş ülkenin BOH alanında güçlendirilmesine destek olmak amacıyla yapılmış bir değerlendirmedir. Burada; Türkiye’de ölüm kayıtlarında sosyoekonomik değişkenlerin isteğe bağlı girildiği bildirilmektedir. Bu durumun, eşitsizlikleri irdelleyebilmek açısından, ülkemizin ölüm kayıtlarına önemli bir kısıtlılık getirdiği anlaşılmaktadır. Ölüm kayıtlarında var olan bu sosyoekonomik veri eksikliğinin giderilmesi gereksinimine değinilmemektedir. Oysa sosyoekonomik parametrelerin *isteğe bağlı* olarak değil, *zorunlu alan* olarak tanımlanması, ölüm kayıtlarındaki bu önemli eksikliğin giderilmesini sağlayacaktır. Raporun bilişim çözümleri bölümünde ise illerin kalkınmışlık düzeyine dair sınıflandırmanın kullanılmasının mümkün olduğu ve eşitsizliklerin irdelenmesi için bunun yararlı olacağı belirtilmektedir. Sosyoekonomik özelliklerin sadece il düzeyinde değil, ilçe, mahalle ve hane düzeyinde değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu çok düzeyli yaklaşımın benimsenmesi, sağlık hizmetlerini planlarken, sağlık gereksinimlerinin en derinleştiği gruplara yoğunlaşabilmeyi, politikaların bu bağlamda eşitsizlikler perspektifinde planlanabilmesini olanaklı kılacaktır. Raporda bugüne kadar Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim açısından sadece *“coğrafi erişim”* in iyileştirildiği ancak cinsiyet, etnik, kültürel ve dil engellerinin saptanması ve giderilmesi gereksiniminin olduğu ve *“Türkiye’de BOH’lardaki eşitsizliklerin azaltılması için sağlık hizmetlerinin kendisindeki eşitsizliklerin yanı sıra, sağlığın sosyal faktörlerindeki eşitsizliklere karşı harekete geçilmesi gerekmektedir”* saptamaları önemlidir. Sağlık Bakanlığının bu alanda veri kapasitesini artırmaya

yönelik çabalarının artacağı bildirilmektedir. Ancak bu hedefe yönelik somut eylemler/girişimler tanımlanmamıştır. Ayrıca, raporun sonraki bölümlerinde yazılanlardan, eşitsizliklerin giderilmesine dair müdahalelerin ve burada sağlanan iyileşmelerin yöneticilerin performans kriterlerine ekleneceği de anlaşılmaktadır.

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 ⁽²¹⁾

Bu eylem planında ülkemizde BOH alanındaki stratejik yaklaşımda, sağlıkta eşitsizliklerin ve altta yatan sosyal belirleyicilerin azaltılması belirtilmektedir. BOH sıklıklarının refah ve eğitim düzeyleri, cinsiyet ve ikamet yeri ile ilişki içinde olduğu bildirilmektedir. Farklılıkların devam ettiği ancak eşitsizliklerde 2003-2008 yılları arasında azalma olduğu belirtilmektedir. Sigara tüketimindeki, obezitedeki ve çocukluk çağındaki beslenme ve hareket etme alışkanlıklarındaki eşitsizlik paternlerine değinilmekte, dezavantajlı grupların artan hastalık yüküne işaret edilmektedir. Hastalık yükünü artıran bu sosyoekonomik unsurların daha iyi anlaşılması gerekliliği bildirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde 2018’de Kontsevaya ve ark. ⁽²⁵⁾ tarafından, hazırlanan ve kronik hastalıklara dair durum değerlendirmesinin yer aldığı Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey. The case for investment (2018) başlıklı rapora eşitsizlikler bağlamında baktığımızda, yaş grupları, cinsiyet ve kırsal/kent arasındaki farklılıklara değinildiği görülmektedir. Buna göre tütün kullanımının 15 yaş üzeri erkeklerde 2012’deki %41.5 değerinden %43.6’ya, kadınlarda ise 13.1% den %19.7’ye tırmanması ⁽²³⁾ kadınlar aleyhinde prevalans artışının yıllar içinde şiddetlendiğine işaret etmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kentler sigara riski açısından kırsala göre daha yüksek bir tehdit altındadır ⁽²⁶⁾. Erkeklerde alkol kullanımı kadınlara göre 9 kat yüksek sıklıkta seyretmekte olup daha riskli içme patenleri (binge içicilik) görülmektedir. Hareketsizlik sıklığı (DSÖ’nün belirttiği fiziksel aktivite önerilerini karşılamayanların yüzdesi) STEPS araştırmasında erkeklerde %33,1 ve kadınlarda %53,9 olarak saptanmıştır ⁽²³⁾. **Tablo 106.1**’de de netlikle görülebileceği gibi artmış kan basıncı, artmış kan kolesterol düzeyi, diyabet ve obezite prevalansları özellikle 45 yaş sonrasındaki kadınların aleyhine olmak üzere

Tablo 106.1 Türkiye’de metabolik risk faktörlerinin yaş ve cinsiyete göre kaba prevalans değerleri (25)

	Erkek			Kadın		
	30–44 yaş (%)	45–59 yaş (%)	60–69 yaş (%)	30–44 yaş (%)	45–59 yaş (%)	60–69 yaş (%)
Artmış kan basıncı	16,3	36,6	54,8	16,3	41,8	61,9
Artmış total kolesterool	21,8	28,2	34,1	22,5	50,9	51,3
Diabet	7,8	14,5	30,6	8,9	18,4	21,8
Obezite	19,7	32,5	40,6	30,1	55,9	66,9

önemli sağlık eşitsizlikleri barındırmaktadır. Sigara erkeklerde önemli bir risk faktörü olmaya devam etmekle beraber, kadınların pek çok diğer risk faktöründe açık ara önde olması ve sigara içme prevalansının artışının da hız kazanması, Türkiye’deki kadınların kronik hastalık epidemisinde erkeklerle göre daha eşitsiz biçimde etkilendiğini göstermektedir. Üstelik ülkelerarası kadın-erkek prevalans farkları incelendiğinde-örneğin obezite için - Avrupa’da kadın erkek prevalans farkının %10’ları geçtiği tek ülke Türkiye olmaktadır⁽²⁷⁾.

SalTurk I ve SalTurk II^(28,29); Türkiye’de bireylerin tuz tüketimini ve bunun kan basıncı ile ilişkisini inceleyen bu ulusal epidemiyolojik araştırmalara bakıldığında; kırsal farkının öne çıktığı görülmektedir. Salturk I’de çoklu regresyon analizinde kentte oturmak kırsal oturmaya göre sistolik basınç artışı riskini 6,02 kat artırmaktadır ve en yüksek risk artışına neden olan değişken olmaktadır. Erkek cinsiyette risk 4,22 kat artmaktadır. Diastolik basınç için de benzer bir paternin görüldüğü, riskin yine kentte yaşayanlarda kırsalılara göre 3,13 kat daha yüksek olduğu görülmektedir⁽²⁸⁾. SalturkII’de böylesi bir çoklu regresyon analizi yapılmamıştır⁽²⁹⁾. Her iki çalışmada da eğitim, gelir, bölge gibi değişkenlere dair veri toplanmakla birlikte bunlar analitik tablolara yansımamıştır.

Dünya Sağlık Araştırması (DSA) 2002-2004 yılları arasında 70 ülkede DSÖ tarafından yürütülen ve ülkelerin erişkin nüfuslarının sağlık durumlarına ve sağlık sistemlerine dair bilgi toplamayı amaçlayan bir çalışmadır. Hassoy ve Ergin, iki farklı çalışmada DSA veri tabanında, BOH için iki temel risk faktöründe (tütün kullanımı ve VKI) eşitsizlikler perspektifinden bir yeniden değerlendirme yapmıştır. Ergin ve ark.⁽³⁰⁾ aşırı kiloluğun Türkiye’de yaş, cinsiyet, bölge, refah ve eğitim değişkenleri üzerinden dağılımını inceleyen çalışmasında; orta refah veya düşük eğitim grubundaki kadınlarda ve yüksek refah grubu erkeklerde aşırı kilolu olma

sıklığının bazı bölgelerde arttığını bildirmiştir. Aşırı kilolu ile en güçlü ilişki gösteren değişken olarak eğitim öne çıkmaktadır. Eğitim erkeklerde böylesi bir fark yaratmazken, kadınlar açısından şiddetli bir eşitsizlik göstergesi olmaktadır. Üstelik bu karşıtlık, Avrupa’da cinsiyet temelli karşılaştırmalarda obezite için benzer paterni gösteren ülkelerden çok daha şiddetlidir. Bu saptama Türkiye’de obezitenin, kadın sağlığı açısından eşitsizliklerin vücut bulduğu önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıktığını göstermektedir. Düşük eğitim grubundaki kadınların sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikler de göz önüne alındığında, bu eşitsizliğin daha da derinleşerek, çıktıkları (morbidity ve mortalite açısından) yoksul ve eğitimsiz kadınlar aleyhinde şiddetlendireceği tahmin edilebilir. Bölgesel olarak ise; Doğu bölgemiz dışında özellikli bir patern görülmediği, Doğu’da ise diğer bölgelerden belirgin biçimde farklı olarak, aşırı kilolu sıklığının yüksek gelir ve eğitim gruplarında arttığı bildirilmektedir. Doğudaki bu patern sosyoekonomik olarak gelişkin olmayan bölgelerde/ülkelerde gözlenen bir eşitsizlik paternidir. Bu çalışma; Türkiye açısından önemli bir risk faktörü olan aşırı kiloluğun eşitsizlikler açısından bölgesel ve cinsiyet temelli politika gereksinimlerine işaret etmektedir.

Hassoy ve ark.nın.⁽³¹⁾ tütün tüketimindeki eşitsizliklere odaklanan DSA değerlendirmesinde ise, genç ve yaşlı (20-39 ve 40 yaş ve üzeri) gruplarda, refah, eğitim ve bölge değişkenlerinin “halen tütün kullananlar” açısından dağılımı incelenmiştir. Tüketime Karadeniz bölgesinde genç erkeklerde %62,5, Batı Anadolu’da genç kadınlarda %23,7 gibi yüksek prevalanslara ulaştığı görülmektedir. Kadınlarda yüksek refah gruplarına ve yüksek eğitim gruplarına doğru kademeli (gradient şeklinde) bir risk artışı görülmektedir. Bu fark, daha az gelişmiş bölgelerde şiddetlenmektedir. Erkeklerde böylesi bir eşitsizlik paterni görülmemekle birlikte yüksek refah gruplarında anlamlı bir risk azalması da gö-

rılmaktadır. Kadınlardaki durumun tam tersi yönündeki bu fark, Türkiye'nin tütün epidemisindeki fazına da işaret etmektedir. Ülkemizin az gelişmiş bölgelerinde tütün tüketiminin eğitim düzeyi ile güçlü bir pozitif ilişki içinde oluşu, Lopez in eğrisinde ⁽¹³⁾ ülkenin/bölgenin tütün epidemisinin erken fazlarında olduğunu göstermektedir.

Sözmen ve ark. ⁽³²⁾ nın TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2008 verileri ile yaptıkları çalışmada, tüm kronik hastalıklar içerisinde KOAH'ın en yüksek RII değerine (derinleşen eşitsizlikleri tanımlamak için kullanılan ölçeklerden biri) sahip olduğu (RII = 2.51) saptanmıştır. KOAH, migren ve artrit bildirme olasılığı çeşitli açıklayıcı değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra, daha kötü refah gruplarında ve yaşlılarda artmaktadır. Refah ve eğitim düzeyinin eşitsizlikleri belirlemede temel değişkenler olduğu görülmektedir. KOAH'ta eşitsizliklerin %82'sini refah, %9'unu eğitim, artritte %77,7'sini refah %20,9'unu eğitim, migrende %80,4'ünü refah, %17,7'sini eğitim farklılıkları ile açıklamak mümkündür. Koroner kalp hastalıklarında eğitimin fark yaratan etkisi artmakta (%54,8) ve refah'ın etkisi azalmaktadır (%38,1).

Erkoyun ve ark. ⁽³³⁾ nın TÜİK'in Türkiye Sağlık Araştırması verileri ile yaptıkları çalışmada kronik hastalıklara bağlı eşitsizliklerde kadın ve erkeklerde farklı paternler olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde düşük mesleki sınıf ve kötü eğitimlilerde yüksek sıklıkta seyreden tek risk faktörü sigaradır (RII = 1.18 ve 1.40). Yüksek mesleki sınıflarda obezite ve aşırı kiloluluk (RII = 0.83) ve diyabet daha sık gözlenirken, düşük eğitimlilerde sadece obezite (RII = 1.32) daha sıktır. Hipertansiyonda eşitsizlik paterni saptanmamıştır. Kadınlarda ise sigara dışındaki tüm risk faktörlerinde düşük mesleki sınıf ve kötü eğitimli gruplarda sıklık artmaktadır (aşırı kilolulukta mesleki sınıf için RII = 1.14 ve eğitim için 2.98'tir. Kadınlarda sigara tüketimi yüksek sosyoekonomik gruplarda artmaktadır. (Yüksek mesleki sınıf için RII = 0.77 ve yüksek eğitim için RII = 0.36).

Sonuç

Tüm sağlık eşitsizlikleri gibi, BOH ve risk faktörlerindeki eşitsizlikler de sosyoekonomik olarak üretilmiştir ve önlenmelidir. Küresel eşitsizlikleri üreten dinamikler hem BOH'u hem de onun eşitsiz dağılımını körüklemekte, bu nedenle acilen gerekli önlemlerin harekete geçirilmesi ve doğru adreslere

yöneldiği gerekmektedir. Türkiye için ise; BOH ve risk faktörlerine dair elimizdeki kısıtlı saptama, bu epideminin henüz erken aşamalarında olduğumuza işaret etmektedir. Bu saptama; sıklıkların daha da artacağı ve eşitsizliklerin daha da derinleşeceği kaygısını beraberinde getirmektedir. Bu tehdit, ülkemizin BOH ve risk faktörlerine dair ulusal verilerinin eşitsizlikler perspektifinden incelenme ihtiyacını ve uygun müdahalelerin planlanmasını hayati kılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ (2005) Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Med.* May;2 (5):e133. Epub 2005 May 3.
- 2) Danaei G, Singh GM, Paciorek CJ, Lin JK, Cowan MJ, Finucane MM, Farzadfar F, Stevens GA, Riley LM, Lu Y, Rao, M, Ezzati M, Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group. (2013) The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation.* 2013 Apr 9;127 (14):1493502, 1502e1-8.
- 3) Lobstein, Tim, et al. "Child and adolescent obesity: part of a bigger picture." *The Lancet* 385.9986 (2015): 2510-2520.
- 4) WHO 2020. Double burden of malnutrition. <https://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/>
- 5) Wilkinson, Richard G., and Michael Marmot, eds. *Social determinants of health: the solid facts.* World Health Organization, 2003.
- 6) WHO 2013. Resolutions and decisions, sixty-sixth World Health Assembly, 20-27 May 2013. Geneva: World Health Organization; 2013. WHA66/2013/REC/1
- 7) Whitehead, Margaret. (1991): "The concepts and principles of equity and health." *Health promotion international* 6.3 217-228.
- 8) Dahlgren, Göran, and Margaret Whitehead. "European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2." (2006).
- 9) Whitehead, Margaret, and Göran Dahlgren. "Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1." *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health* 2 (2006): 460-474.
- 10) Marmot, Michael, et al. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health." *The Lancet* 372.9650 (2008): 1661-1669.
- 11) Krieger, Nancy. "Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it?." *American journal of public health* 98.2 (2008): 221-230.
- 12) Irwin, Alec, et al. "The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities." *PLoS Med* 3.6 (2006): e106.
- 13) Navarro, Vicente. *Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life.* Routledge, 2020.
- 14) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 3:242-247

- 15) U.Akçay, I.Ergin, H.Hassoy., ““Kalkınma”nın Bilançosu: Eleştirel Bir Değerlendirme”, İktisat Dergisi (Kalkınma İktisadi Özel Sayısı) , 55-70 pp., 2011
- 16) Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2005) Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control* 14:106–113
- 17) Pena M, Bacallao J. (2000) Obesity and poverty: a new public health challenge. PAHO, 1st edition, Washington DC.
- 18) Monteiro CA, Moura CE, Conde WL ve ark. (2004) Socio-economic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ* 82, 940–946
- 19) I. Ergin, Obezitede sağlık eşitsizlikleri ve Türkiye’ye dair bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, 83-90 pp., Mart-Nisan (29) 2014
- 20) Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I et al. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 382:65-99.
- 21) Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1056, Ankara 2017
- 22) Türk Toraks Derneği, Covid-19 Pandemisi Ve Sağlıkın Sosyal Bileşenleri, Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi, Haziran 2020.
- 23) Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
- 24) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar 2014. Editörler: Jakab M, Hawkins L, Loring B, Tello J, Ergüder T, Konaş M. Dünya Sağlık Örgütü, 2014
- 25) WHO 2018. Kontsevaya, A., Farrington, J., Balçılar, M., & Ergüder, T. Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey. The case for investment.
- 26) Ministry of Health (2013). Chronic diseases and risk factors survey in Turkey. Ankara: Ministry of Health (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/463>)
- 27) World Health Organization 2015. World Health Statistics 2015
- 28) Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., ... & Çağlar, S. (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood pressure*, 19 (5), 313-318.
- 29) Erdem, Yunus, et al. “Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II.” *Nutrients* 9.9 (2017): 933.
- 30) I.Ergin, H.Hassoy, A.Kunst, “Socio-economic Inequalities in Overweight Among Adults in Turkey: A Regional Evaluation. *Public Health Nutrition*. Volume 15 / Issue 01 / January 2012, pp 58-66
- 31) Hassoy, Hur, Isil Ergin, and Anton E. Kunst. “Socioeconomic inequalities in current daily smoking in five Turkish regions.” *International journal of public health* 59.2 (2014): 251-260.
- 32) Sozmen, K and Unal B. “Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and self assessed health in Turkey.” *Iranian Journal of Public Health* 43.6 (2014): 736.
- 33) Erkoyun E, and Mackenbach JP. “Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Risk Factors in Turkey, 2008-2016.” *European Journal of Public Health* 29.Supplement_4 (2019): ckz185-363.



Ulusal Düzeyde Yürütülen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri

› Programları

107

DR. ÖĞR. ÜYESİ HATİCE İKİŞİK • PROF. DR. IŞIL MARAL

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde Bulaşıcı olmayan Hastalıkların (BOH) küresel artışı mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Ülkemizde de kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı giderek artmaktadır. Bu hastalıklar sağlık hizmetlerine ve sağlık için ayrılan bütçeye önemli yük getirmektedir. BOH oluşumunda pek çok faktör etkili olsa da; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol kullanımı ve sağlıksız beslenme başlıca dört önemli risk faktörünü oluşturmaktadır ^(1,2). Ulusal düzeyde, önleme ve korunmak için geliştirilen politikalar ve risk faktörlerine yönelik farklı stratejiler ile BOH ile mücadele edilmektedir ⁽³⁾.

Ülkemizde kronik hastalıklarla mücadele; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan “Kronik Hastalıklar Şube Müdürlüğü” ile başlamış ve daha sonra ise Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde 13.12.1983 tarih ve 181 Sayılı Kararname ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. 18.01.2008 tarih ve 708 sayılı “Makam Olur”u ile, yapısında Kalp ve Damar Hastalıkları; Metabolik Hastalıklar; Kronik Solunum Sistemi Hastalıkları; Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Şube Müdürlüklerini barındıran “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” oluşturulmuştur. BOH ve risk faktörleriyle etkin bir mücadele ve ülkedeki mevcut durumun araştırılması, halkın bilinç ve farkındalık düzeyinin yükseltilmesi faaliyetlerini kapsayan bu yapı, 2011 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığına

bağlı kuruluş olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu oluşturulmuştur. Bu yeni yapı ile toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ve önceliği ortaya çıkmış ve kurum bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığına bağlı “Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı” olarak faaliyet göstermeye başlanmıştır. Bakanlık öncülüğünde, ulusal boyutta BOH ile mücadele için politikalar geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla önleme ve kontrol programları ile ilgili ülke değerlendirme çalışmaları yapılmıştır ^(4,5).

2013 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü çalışmasına göre, ülkemizde bulaşıcı hastalıklar ile anne ve bebek ölümlerinin yükünün azaldığı, 2000 yılında %68 olan bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün %81'e yükselmiş olduğu görülmüştür. 2000-2013 arasında 13 milyondan 14,8 milyona çıkan bulaşıcı olmayan hastalık yükü, 2013 yılı için yapılan hesaplara göre ölümlerin %88'ine sebep olmuştur ⁽⁶⁾.

Bu çalışmadan sonra, bakanlık tarafından BOH kaynaklı erken ölümleri önlemek için, ülkenin ihtiyaçlarına göre planlanan ve oluşturulan, basit ama etkili ve ekonomik çözümlerden oluşan önleme ve kontrol çalışmaları oluşturulmuştur. Bu kapsamda son olarak “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025” hazırlanmıştır. Bazı alt bileşenleri bünyesinde toplayan bu plan, en çok ölüm ve hastalık yüküne yol açan bulaşıcı olmayan hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik kalp hastalıkları ve diyabetin) ve or-

tak davranışsal risk faktörlerinin (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı) azaltılmasına yönelik ulusal hedeflere ulaşmak amacıyla paydaşlarla ortak çalışmaya dair yol haritasını kapsamaktadır. Planın alt bileşenleri:

- Ulusal Tütün Programı (2015-2018): 2018 yılında ise Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 olarak yayınlanmıştır.
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017): Programın Şubat 2018 tarihinde, 2018-2023 Güncelleme Çalıştayı yapılmıştır.
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)
- Alkol Tüketimini Azaltmak İçin Aktiviteler
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017): 2018 yılında Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023 yayınlanmıştır.
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
- Ulusal Kanser Programı (2013-2018): Ocak 2019 tarihinde Ulusal Kanser Kontrol Programı Çalışma Toplantısı yapılmıştır.
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017): 2018 yılında Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023 programı yayınlanmıştır.
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)'dir.

Toplumda hastalıkların önlenmesine yönelik programlar geliştirmek ve sağlığını teşviki ile yüksek risk altındaki bireylerin erken tespiti, toplumun etkili tedavi ve bakım almasına yönelik sistematik ve entegre politikalar geliştirmek stratejik yaklaşımını içeren Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, halen mevcut tüm programları kapsayan bir belgedir ⁽⁷⁾. Bu yazı kapsamında; BOH ile mücadele için ülke geneline uygun yapılandırılmış ve yürütülmekte olan ulusal bazı bulaşıcı olmayan hastalıklara ve risk faktörlerine yönelik programlara yer verilecektir. Bu programlarda ilgili hastalık ya da risk faktörünün epidemiyolojik özellikleri yanı sıra birinci basamağı da kapsayan hedefler, faaliyetler, stratejiler, paydaşlar, izleme ve değerlendirme çalışmalarına yer verilmektedir. Belirtilen program içeriklerinden detaylara ulaşılabilir.

Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

2005 yılında Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) üyesi olan Türk Toraks Derneği tarafından "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı" hazırlıkları başlamıştır. Kısa, orta ve uzun dönem eylem planlarını içeren proje 26 Ekim 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmıştır ⁽⁸⁾. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişimini önlemek, izlemek ve kontrol altına almak, ilişkili morbidite ve mortalite hızını azaltmak, hastalıklar nedeniyle meydana gelen hastalık yükünü ve ekonomik yükü azaltmak amacıyla "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı" hazırlanmıştır. Takip eden 2014 yılında plan revize edilerek "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017) olarak uygulamaya koyulmuştur. Programda, toplumun kronik hava yolu hastalıkları, tanısı, tedavisi ve risk faktörleri konusunda bilgi ve farkındalıklarını arttırmak, erken dönemde saptamak, olası komplikasyonların gelişimini önlemek, rehabilitasyon hizmeti sunmak, davranış değişiklikleri için çalışmalar yürütmek, sürveyanslarını yapmak amaçlanarak, bireylerin yüksek kaliteli bir hayat sürdürmelerini sağlamak hedeflenmiştir. "Türkiye Kronik hava yolu hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)" ile hastalıkların önlenmesine dair entegre toplum tabanlı önleme faaliyetleri (tütün kullanımının azaltılması, iç ve dış ortam hava kirliliğinin azaltılması, mesleksel risk faktörlerinin azaltılması, allerjen temasının azaltılması, çocukluk ve erişkin solunumsal enfeksiyonların önlenmesi), erken tanı ve doğru tedavi, düzenli egzersizin yaygınlaştırılması ve sağlıklı beslenmenin sağlanıp obezitenin engellenmesi vb. faaliyetleri kapsamaktadır ⁽⁹⁾.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında, kalp ve damar hastalıkları ve risk faktörleri (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) konusunda toplumun bilgi

ve farkındalığını arttırmak, olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak amacıyla “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı, Risk faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” hazırlanmıştır. Daha sonra ise kalp ve damar hastalıkları tedavi ve rehabilitasyonu konularını kapsayan “Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014” hazırlanmış ve bu plan 2014 yılında revize edilerek Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 olmuştur⁽¹⁰⁾.

Türkiye Kanser Kontrol Programı

Hem dünyada hem de ülkemizde kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci ölüm sebebi olan kanserler önemli bir halk sağlığı problemidir. Ülkemizde, kanserin kayıt altına alınması, önlenmesi, tarama ve erken teşhisi amacıyla geniş kapsamlı Ulusal Kanser Kontrol Programı hazırlanmış ve ilk fazı 2008-2013 yılları arasında yürütülmüş ve ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018 olarak revize edilmiştir. 2002 yılında kurulduktan sonra, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) giderek artan sayıları ile tarama programlarının merkezinde yerlerini almıştır. 2012 yılından sonra KETEM’ler hastane dışına çıkarak kendi bölgelerindeki toplum sağlığı merkezlerine bağlanmış ve aile sağlığı merkezleri ile yakın işbirliği içerisinde çalışmışlardır⁽¹¹⁾.

Türkiye Diyabet Programı

1994 yılında “Ulusal Diyabet Programı” adı ile geliştirilen program uygulamaya konulmuş olsa da diyabetle mücadele programları 1999 yılından itibaren geliştirilmiş ve yürütülmüştür. 2003 yılında revize edilerek “Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı” şeklini almıştır. Fakat daha sonra Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014 hazırlanmış, 2014 yılında ise revize edilerek Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 yayınlanmıştır. Diyabetin toplumsal farkındalığını, önleme, korunma ve risk faktörleri ile mücadele basamaklarını içeren programın çok kapsamlı içeriği mevcuttur⁽¹²⁾.

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH); toplumda sıkça görülen, morbidite ve mortalite oranları yüksek bir hastalıktır. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sağlık bütçelerine yük bindiren, toplumsal farkındalığı düşük olsa da erken tanı koyulduğunda önlenebilir veya seyri yavaşlatılabilen bir hastalıktır. Bu nedenle hastalıktan korunmaya yönelik amaçlar içeren, hastalığın tıbbi, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleriyle ilerlemesini engellemek, hastaların yaşam sürelerini uzatmaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017 hazırlanmış ve daha sonra 2018-2023 yılına güncellenmiştir⁽¹³⁾.

Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

Bireyin yaşam kalitesini etkileyen kas ve iskelet sistemi hastalıkları, engellilik sebepleri arasında önemli bir yer tutmaktadırlar. Hastalığın sosyoekonomik yükünü azaltacak, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin artırılması ve engelliliğin azaltılması amacıyla “Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” hazırlanmıştır⁽¹⁴⁾.

2011 yılında DSÖ tarafından küresel çapta bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele hedeflerini belirleyen Moskova Bildirgesinin ardından 2013 yılında “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve kontrolü Küresel Eylem Planı” yayımlanmıştır. Bu eylem planında BOH ile mücadele için küresel yol haritası ve yapılacak işler belirlenmiştir. 2025 yılına kadar Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara bağlı erken ölümler için %25 oranında azalmanın hedefine ilaveten, DSÖ-Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Raporu-2014 ile 2025 yılı için ulaşılması beklenen dokuz önemli küresel hedef daha açıklanmıştır. 2013 yılında yayınlanan bu eylem planı ülkemiz tarafından da kabul edilmiş ve gereği için uygulamaya geçilmiştir⁽¹⁵⁾. DSÖ tarafından belirlenen 9 hedefle uyumlu olarak ülkemiz için 8 hedef kapsama alınmıştır. Kronik hastalıkların tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların sağlanmasında %80’in üzerinde bir iyileşme sağ-

lanması nedeniyle hedeflerimiz arasında yer almamıştır:

1. Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 görelî azaltılması.
2. Alkol kullanımının artışının önlenmesi.
3. Fiziksel inaktivite sıklığında %10 azalma.
4. Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma.
5. 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 görelî azalma.
6. Kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması.
7. Diyabet ve obezite artışının durdurulması.
8. Toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması

Ruhsal Hastalıklar

Toplumlarda sanıldığından çok daha yaygın olan ruhsal hastalıklar, diğer kronik hastalıklardan farklı olarak genellikle genç yaşta ortaya çıkan, çoğu kronik olan ve ciddi yeti yitimine de sebep olabilen hastalıklardır. Türkiye nüfusunu yansıtan ruhsal hastalıklarla ilgili ilk geniş çaplı araştırma olan ve 1998 yılında yapılan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında son 12 ayda herhangi bir ruhsal hastalığın varlığı, %17.2 olarak bulunmuştur. Neredeyse toplumda altı kişiden birinde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalığın var olduğu ülkemizde son yıllarda aile hekimliği sistemi, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi uygulamalarla birinci basamakta mücadeleye yer verilmiştir. Aralık 2019 tarihinde bakanlık internet sayfasında; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi iş birliğinde Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığını ve ruhsal tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesini amaçlayan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 Araştırması” yapıldığına dair haber yer almış fakat ilgili rapor henüz yayınlanmamıştır⁽¹⁶⁾.

Değişen dünya düzeniyle birlikte ülkemizde de nüfus yaşlanmakta ve beraberinde kronik hastalıkların artmaktadır. Önlenabilir BOH ile mücadele için sadece hastalıklara yönelik programlar değil toplumu sağlıklı yaşama teşvik edecek tütün ve sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı risk faktörlerinin önlenmesine yönelik hazırlanan ve uygulamaya konulan ulusal programlar da oluşturulmuştur.

Ulusal Tütün Kontrol Programı

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), halk sağlığı için ciddi tehlike oluşturacak boyuta varan tütün kullanımı konusunda, ilk uluslararası anlaşmadır. 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmiştir. Ülkemiz tarafından bu sözleşme, 5261 sayılı Kanun ile kabul edilmiş ve 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında bir “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmıştır. 2006-2010 yıllarını kapsayan bu ilk programın ardından tütün kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmaların planlanması ve tüketiminin kontrol altına alınması amacıyla oluşturulan bu program Ulusal Tütün Kontrol Programı 2015-2018 olarak güncellenmiştir⁽¹⁷⁾.

1996 yılında tütün kullanımını sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşımada sınırlandıran, her tür reklam tanıtımını yasaklayan, TV şirketlerini zararları ile ilgili eğitsel programlar yapmakla sorumlu kılan, 18 yaşın altındakilere satışın yasaklandığı ve sigara paketlerinin üzerine sağlıkla ilgili uyarıların yerleştirildiği kanun kabul edilmiştir. Bu kanun 2008’de dumansız alanları, restoranlar, barlar, kafeler vb yerleri, taksiler ve okulların açık alanlarını kapsayacak şekilde revize edilmiş ve tanıtım veya sponsorluklara da yasaklama getirilmiştir. 2010 yılından itibaren sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarına yer verilmektedir. %100 dumansız hava sahası uygulaması kapsamında denetim sayıları arttırılmıştır. 2010 yılında ulusal sigara bırakma hattı kurulmuştur ve 7/24 sabit hatlardan ücretsiz olarak hizmet vermektedir. Ayrıca, halen sigara bırakma polikliniklerinde ücretsiz olarak hizmet sunulmaktadır. Toplumdaki tüm bireyleri, tütün ürünlerinin sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal zararlarından korumak niahi amacıyla ise “Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023” oluşturulmuştur⁽¹⁸⁾.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı

Dünya genelinde artan obezite epidemisi nedeniyle, 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul’da “DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmiş ve “Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı” imzalanmıştır. Bunun ardından ülkemizde obezite ile ilgili yol haritası için ise “Türkiye Obezite ile

Mücadele Programı 2010-2014” hazırlanmıştır. İçeriği nedeniyle programın adı “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” olarak değiştirilerek 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmî Gazete’de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. 2014-2017 yıllarını kapsayacak şekilde güncellenen “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” okullarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik, beden eğitimi ile ilgili müfredat ve okul kantinlerinde satılan yiyeceklerin düzenlenmesi gibi çeşitli önlemleri de kapsamaktadır⁽¹⁹⁾. 2014 yılında ise toplumun her kesimine yönelik önerilerin yer aldığı “Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi” yayımlanmıştır. 2011 yılında çıkarılan bir kanun ile genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen yiyecek ve içeceklerin ticari iletimine, çocuk programları ile birlikte veya bu programların içinde yer verilemeyeceğine dair düzenleme yapılmıştır. “Okul Sütü Programı” Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Süt Konseyi işbirliğiyle yürütülmekte olan “Okul Sütü” programı ile ana sınıfı dâhil olmak üzere ilkökul öğrencilerine süt içme alışkanlığı kazandırmak, bu sayede yeterli ve dengeli beslenmelerine katkıda bulunarak sağlıklı büyüme ve gelişmelerini desteklemek hedeflenmiştir. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat 2018-2023 programı için çalıştay düzenlenmiş fakat program henüz yayınlanmamıştır.

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı

Gıdalardaki tuz oranının azaltılması ile ilgili olarak Ocak 2012’de ekmekteki tuz oranının ve Haziran 2014 domates salçası gibi bazı işlenmiş gıdalardaki tuz muhteviyatının azaltılmasına gidilmiştir. Ağustos 2014 Sofralık Zeytin Tebliği ile zeytindeki tuz oranı düşürülmüştür. Temmuz 2011’de ise okul kantinlerinde cips satışı yasaklanmıştır. Ayrıca, enerji içecekleri, gazlı içecekler, aromalı içecekler ve kolalı içecekler ile kızartma ve cipslerin satışları ve otomatik satış yapan makinelerde bulundurulması da yasaklanmıştır. Bunların yerine süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkılmış meyve suyu ve tane ile satış yapılabilen meyve bulunacaktır şeklinde değiştirilmiştir. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021) şeklinde güncellenmiş içeriği ile halen uygulanmaktadır⁽²⁰⁾.

Alkol Tüketimini Azaltmak İçin Aktiviteler

Alkol satışı, reklamı ve tanıtımına kısıtlamalar getiren yasa 2013’te kabul edilmiştir. Akşam 22.00 ile sabah 06.00 saatleri arasında dükkânlarda perakende içki satışı ve vitrinlerde alkol teşhiri, okul veya ibadethane yakınlarındaki dükkânlarda içki satışı yasaklanmıştır. Aynı yasa ile içki üreticilerine, reklam yapamama veya organizasyonlara sponsor olamama yasağı da getirilmiştir. 2012 yılında Tüketicî Fiyat Endeksi’ne göre alkollü içkilerin vergilendirilmesinde alkol oranları (TÜFE) ayarlı özel tüketim vergisi artışı yapılmaya başlanmıştır.

Kaynaklar

- 1) National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP), About Chronic Diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> Erişim Tarihi: 13.07.2020
- 2) Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors, WHO. <https://www.who.int/ncds/introduction/en/> Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2020
- 3) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Türkiye Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/506> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020.
- 4) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2006 . <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/166> Erişim Tarihi : 13 Temmuz 2020
- 5) Unal B, Ergor G. eds. Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, Publication No : 909. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 6) Ulusal Hastalık Yükü Çalışması ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 18 Nisan 2017. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 7) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056, Ankara 2017. (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020.
- 8) Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2014. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/507> Erişim tarihi 13 Temmuz 2020
- 9) Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1118, Ankara 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli_db/hastaliklar/kronik_havayolu/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Kronik_Hava_Yolu_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 10) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Türkiye Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/506> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 11) Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1. Baskı, Ankara 2016. (<http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP.pdf> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 12) Türkiye Diyabet programı 2015-2020. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2014. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiye-diyabetprogrami.pdf> Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020

- 13) Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli_db/hastaliklar/bobrek_hastaliklari/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf Erişim tarihi 13 Temmuz 2020
- 14) Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/kitaplar/kas_iskelet_hastaliklari_onleme_ve_kontrol_programi_2015_2020.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 15) WHO (World Health Organization). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. WHO, 2014 Geneva.
- 16) <https://www.saglik.gov.tr/TR,60876/turkiye-ruh-sagligi-profil-2-arastirmasi-tanitim-toplantisi-yapildi.html> Erişim Tarihi: 21 Temmuz 2020
- 17) Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. http://havanikoru.org.tr/dosya/eylem_plani/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylemplani.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 18) Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020
- 19) Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2013. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf Erişim tarihi 13 Temmuz 2020
- 20) Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017 - 2021). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2016. http://beslenme.gov.tr/content/files/Tuz/turkiye_ar_tuz_tuketiminin_azaltilmas_program_2017-2021.pdf Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2020

➤ **TOPLUM RUH SAĞLIĞI**

BÖLÜM

9

> Sunuş

PROF. DR. SELMA KARABEY • DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KAYI

Bölüm Editörleri

“Ruh sağlığı söz konusu olduğunda bütün ülkeler gelişmekte olan ülkedir!”

Dr. Vikram Patel

Sağlık alanındaki araştırmalardan elde edilen sonuçlarla birlikte aşı, ilaç ve erken tanı yöntemlerindeki gelişmeler halk sağlığı uygulamalarına yansıkça, özellikle de bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde ciddi ilerlemeler kaydedildi. Oysa benzer ilerlemelerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi alanına yansması çok sınırlı oldu. Önleyici ruh sağlığı çalışmaları görece daha geç bir dönemde ve oldukça sınırlı olarak başladı. Ayrıca ruh sağlığının sosyal belirleyicileri düşünüldüğünde insanların içine doğdukları, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşullardan başlayıp ekonomik ve kültürel nedenlere kadar uzanan bir bağlam karşımıza çıkmakta. Dolayısıyla nedensellik açısından karmaşık bir örüntüye sahip ruh sağlığı sorunlarının çözümünde de çok disiplinli, çok sektörlü, çok katmanlı yaklaşımlara ihtiyaç duyulmakta. İşin bu boyutu karar vericileri ve halk sağlığı kurumlarını var olan programların yürütülmesi ve yenilikçi çözümler için harekete geçilmesi noktasında zorlamaktadır.

Oysa ruh sağlığı sorunlarının yükü giderek büyümekte. Dünya'nın durumu, çatışmalar, zorunlu göçler, aile içinden başlayarak toplumun her seviyesinde yayılan şiddet, doğrudan veya dolaylı sonuçlarıyla sağlık eşitsizliklerine yol açan sosyal-ekonomik eşitsizlikler, madde-alkol kullanım sorunlarındaki artış ruh sağlığı sorunlarının büyümesine

neden oluyor. Son aylarda tüm bu sorunların üzerine eklenen COVID-19 Pandemisi yol açtığı yas, tecrit, gelir kaybı ve korku, ruh sağlığı sorunlarını tetikliyor veya mevcut olanları kötüleştiriyor. Alkol ve uyuşturucu kullanımında artış, uykusuzluk ve anksiyete çok sayıda insanın yaşadığı sorunlar arasında. Bunun sonucunda ruh sağlığı ve psiko-sosyal desteğe olan ihtiyacın önümüzdeki aylarda ve yıllarda önemli ölçüde artacağı söylenebilir. Ne yazık ki zaten son derece yetersiz olan ruh sağlığı hizmetleri pandemi nedeniyle önemli ölçüde kesintiye uğradı.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Haziran-Ağustos 2020 arasında, altı bölgede 130 ülkede gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçlarına göre COVID-19 salgını sırasında dünya genelinde ülkelerin %93'ünde kritik ruh sağlığı hizmetleri aksadı veya durdu. Bunların içinde çocuk ve ergenlere, yaşlılara, doğum öncesi veya doğum sonrası kadınlara yönelik hizmetler, danışmanlık/psikoterapi hizmetleri, okul ve işyeri ruh sağlığı hizmetleri de yer alıyor. Çalışmada ülkelerin %89'u ruh sağlığı ve psikososyal desteğin ulusal COVID-19 müdahale planlarının bir parçası olduğunu bildirmesine rağmen, bu ülkelerin yalnızca %17'sinin bu faaliyetleri kapsamak için yeterli ek fona sahip olduğu da belirlendi. DSÖ pandemiden önce de ülkelerin ulusal sağlık bütçelerinin sadece %2'sinden daha azını ruh sağlığı için harcadıklarını belirterek, bunun yetersiz olduğunun altını çizmişti.

Bu raporun toplum ruh sağlığı bölümünde ülkemize ilişkin önemli konuları içermeye gayret

ettik. Yazarlarımız ulaşabildikleri sınırlı verilerle okuyucuya yararlı olacak bir bakış açısı sunabilmek için çabaladılar. Ülkemizde sayıları bir elin parmaklarından daha az olan, hem halk sağlığı hem de psikiyatri uzmanlığı bulunan kişilerden Prof. Dr. Ahmet Topuzoğlu Türkiye’de toplum ruh sağlığı alanında en çok öne çıkan sorunları irdeledi. Topuzoğlu ayrıca son yıllarda gençler arasında hızla büyüyen bir sorun olan bağımlılık sorununu ele aldı. Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu, Türkiye’de birinci basamakta yürütülen ruh sağlığı hizmetlerini ve çeşitli programları özetledi. Doç. Dr. Fahriye Of-laz ve Uzm. Dr. Lale Esirgen, “Türkiye’de Ruh Sağ-lığında İnsan Gücü” isimli yazılarında hekim dışı sağlık çalışanlarıyla ilgili sağlıklı veriye ulaşmanın güçlüğüne karşın, ulaşabildikleri verilerin ulus-lararası çeşitli kıyaslamalarına yer verdiler. Oflaz ruh sağlığı mevzuatını da incelediği diğer yazısın-da, ruh sağlığı alanında hizmet alan kişilerin hak kayıplarının önlenmesi ve haklarının savunulması amacıyla birçok ülkede bulunan ruh sağlığı yasası-nın ülkemizde bulunmamasının yarattığı eksikliğin altını çizdi. Prof. Dr. Bülent Kılıç, toplum yönelimli

ruh sağlığı hizmeti yaklaşımını ve bu doğrultuda ülkemizde son 15 yıldır sayıları artan toplum ruh sağlığı merkezlerinin durumunu tartıştı. Uzm. Dr. Şeyma Arslan ve Prof. Dr. Selma Karabey, araştırılıp konuşulmaya başlandıkça toplum ruh sağlığında önemi daha iyi anlaşılan “ruh sağlığı okuryazar-lığı” alanında ülkemizde henüz sınırlı olan veriyi irdelediler. Dr. Azize Tiryakioğlu, ruh sağlığını ge-liştirme konusunda Türkiye’ye de uyarlanabilecek iyi uygulama örneklerinden bir demet sundu. Ve son olarak da sahada çalışan Uzm. Psk. Erkam Ünal psikologların birinci basamak ruh sağlığı hizmetle-rindeki rolü ele aldığı yazısında sahada karşılaşılan sorunları, bunların uygulamaya olumsuz etkilerini ve ruh sağlığı hizmetlerinde psikologların daha et-kin yer alabilmeleri için önerilerini paylaştı.

Bir sonraki Türkiye Sağlık Raporu’nda toplum ruh sağlığı alanında hem nitelik hem de nicelik açı-sından daha gelişmiş hizmet ve insan gücü verile-rini, kendi toplum yapımıza ve kültürümüze uygun olarak geliştirilmiş iyi uygulama modellerini yansı-tabilmeyi diliyoruz.

Türkiyede Toplum

> Ruh Sağlığı

108

PROF. DR. AHMET TOPUZOĞLU

Giriş

Ruh sağlığı fiziksel sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli kaynağıdır. Toplumsal düzeyde ruh sağlığı yaklaşımı, ruh sağlığını teşvik etmek, gelecekteki olası ruh sağlığı sorunlarını önlemek ve ruh sağlığı sorunları oluştuğunda tedavi ve izlemi uygulamaktır. Bir ülkenin ruh sağlığı durumunu izlemek ve geliştirmek önemli bir Halk Sağlığı Uzmanlığı eylem alanıdır. Sağlık sistemi içinde ruh sağlığı bileşenleri, korunma, hastalıklarını yönetimi, engellilik, ruh sağlığı bakım hizmetlerinin işleyişi ekseninde ele alınabilir. Ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığı, oluşturduğu engellilik, intiharlar, travmatik yaşantılar önemli halk sağlığı sorun alanlarıdır.

Türkiye'nin Ruh Hali

Ruhsal Hastalık Yükü

Türkiye'de ulusal düzeyde ilk ve tek ruh sağlığı çalışması 1998'de yapılmış ve ardından bu kesitsel araştırmanın tekrarı ancak 2019'da planlanabilmiştir. Sonuçlar henüz yayımlanmamıştır,

Küresel hastalık yükü çalışmasına göre Türkiye'de engelliliğe bağlı yaşam yılı (DALY) kayıplarında ilk on hastalık arasında depresyon ve anksiyete yer almaktadır. Sağlık İstatistik Yıllığı'nda belirtilen 12 aylık depresyon insidansı %7,2'dir (Kadınlarda: %9,4-Erkeklerde: %4,9). Yerel düzeyde, farklı ruhsal bozukluklar için kesitsel araştırmalardan elde edilen sıklıklar bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda saptanan depresyon sıklığı doğum sonrasında %6,3-%40,4 aralığında, kadınlarda

depresyon %7,3-%42,2 aralığında, ergen ve çocuklarda %1,5-%37,0 aralığında, üniversite öğrencilerinde %20,6-%26,2 aralığında değişmektedir. Bazı özel gruplarda örneğin askere alınan erkeklerde depresyon %29,9 sıklığında gözlenirken, kapalı cezaevi mahkûmlarında %29,2 olarak saptanmıştır. Anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu sıklığı %9,6-%21,7 arasında bulunurken, yaygın anksiyete bozukluğu %2,8 olarak gözlenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk sıklığı %2,2-%3,0 arasında saptanmaktadır. Depremlerden sonra yapılan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) sıklığı çalışmalarında %23'den %63'e kadar değişen sonuçlar elde edilmiştir ⁽¹⁾. Türkiye'de psikoz yaygınlığı için yapılan bir meta analizde genel toplumda (birleştirilmiş veri; N=6.022) şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8,9 (Standart hata [SH]: 1,2; %95 Güven Aralığı [GA]: 6,6-11,3) olarak saptanmıştır. Psikoz yaygınlığı üniversite öğrencileri, mahkûmlar ve evsizler gibi alt gruplarda daha yüksek bildirilmiştir ⁽²⁾. Bipolar Duygudurum Bozukluğu Tip 1 yaygınlığı, İzmir'i temsil eden bir çalışmada %0,92 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada psikotik belirtilerin var olduğu ruhsal bozukluk sıklığı %2,62 olarak saptanmıştır ⁽³⁾.

Gençlerde ruhsal hastalık yükünün varlığı hakkında özellikle üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar genel toplum sıklıklarını yansıtmaya da önemli bir fikir verebilir. Ruhsal sorunların dörtte üçü 15-24 yaş arasında kendini belli etmektedir. İstanbul'da bir kamu üniversitesinin kampüsünde yapılan kesitsel çalışmada öğrencilerin %30,1'inde depresyon, %25,2'sinde yaygın anksiyete bozukluğu

ğu, %9'unda bipolar bozukluk, %2,9'unda psikotik belirti varlığı saptanmıştır (4). Türkiye'deki araştırmalar kısıtlı olsa da, eldeki kesitsel çalışmaların sonuçlarını dayanak alarak yapılacak ruhsal hastalık yükünün ağırlığına dair bir değerlendirmeyle, ruhsal hastalıkların ülke düzeyinde önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu sonucuna varılabilir.

Türkiye'de Travmatik Makro- ve Mikro-çevrenin Ruh Haline Etkisi

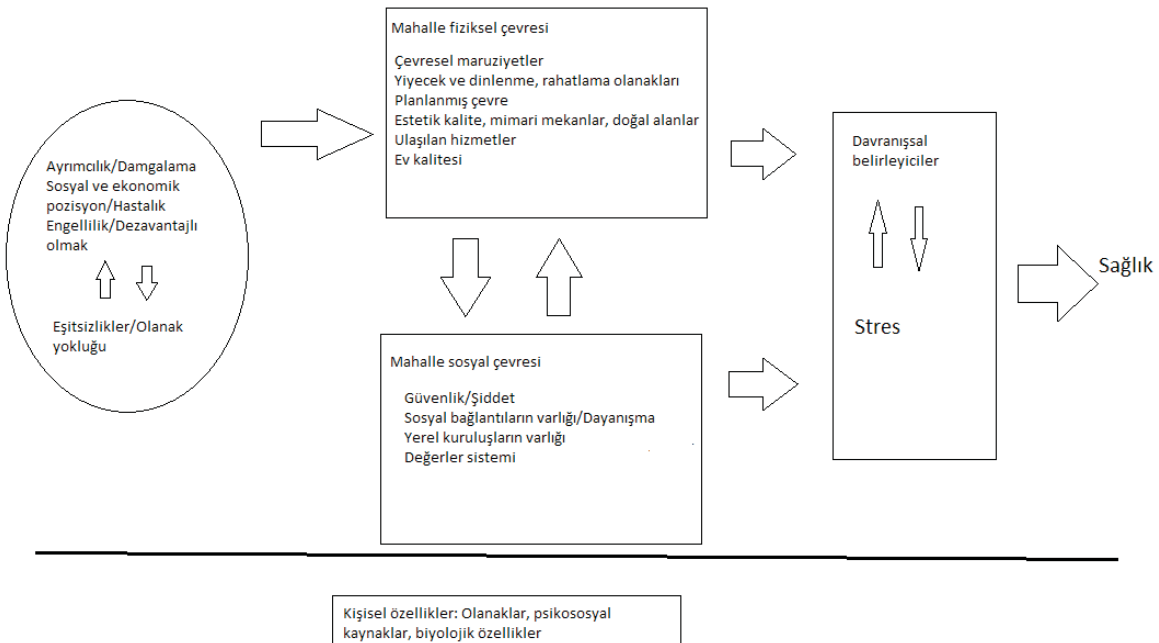
Türkiye'nin ruh halini değerlendirmeye travmatik yaşantıların sıklığının artan yükünü göz ardı ederek başlamak pek mümkün değildir. Günlük yaşamlarımızda gerçekleşen olağan yaşam streslerinin aksine, travmatik deneyimler, kişinin yaşamını ve bedensel bütünlüğünü tehdit eden, yoğun çaresizlik duygularını harekete geçiren ve güçsüzlük hissettiren olaylardır.

Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ile risk kültürü arasında güçlü bir ilişki söz konusudur (5). Her açıdan yoksulluk travmanın belirleyicisi olmaktadır. Yoksul ülkelerde travmatik yaşantılar bir salgın haline gelirken, bu ülkelerin içinde de daha yoksul olanlar, travmatik olayların sonuçlarından daha fazla etkilenmektedir.

Risk davranışı ile yaralanma arasındaki bağlantılar sosyal mikro-çevrenin yapısı ile oldukça

ilişkilidir (Şekil 108.1) (6). Mümkün olduğunca travmadan arındırılmış bir yaşam ruh sağlığının korunması açısından günümüzde önemli bir öncelik taşımaktadır (7). İnsanın tehlikelere dönük reflekslerini sürekli uyaran bir ekolojide yaşaması dayanıklılığı zorlamaktadır (8). Travmatik olaylar anlam duygusunun yitimine, bağlantı kurma güçlüğüne, kontrol duygusunun yitimine yol açmaktadır. Bu özellikler nedeniyle geniş toplum kesimlerini ruhsal açıdan etkileyebilir (9).

Türkiye'de 2018'de silahlı yaralananlar 3.762, ölenler ise 2.279 kişidir (<http://www.umut.org.tr/umut-vakfi-turkiye-silahlı-siddet-haritasi-2018/>). Sadece kadına yönelik şiddetten ölenlerin sayısı 2019'da 416'dır (www.anitsayac.org). Bu sayılar yıllar içinde giderek artmıştır. Çatışma, savaş, göç, deprem, sel, çığ düşmesi, intihar olguları, iş kazaları, trafik kazaları, kadına yönelik şiddet gibi sürekli gerçekleşen travmatik olayların yoğunluğu toplumun ruhsal sağlık rezervlerini tüketmekte ve zorlu bir yaşamla başa çıkmayı güçleştirmekte ve sürekli bir tehdit algısı oluşmaktadır. İnsanın iyilik halini sürdürebilmesi, kendini yaşamı içinde gerçekleştirmesi, huzur ve mutluluk duyabilmesi için tehlike ve risklerden korunması zorunludur. Çevresel risklerin yönetilememesi ruhsal iyilik halinin sürdürülebilirliğinin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Ölümün ve yaralanmanın ülkede



Şekil 108.1 İnsan mikroçevresinin sağlık üzerine etkisi⁽⁶⁾.

kolaylıkla gerçekleşmesi bile başlı başına ruh sağlığını bozabilecek bir etmendir. Korunma ve risk kültürünün varlığı ruhsal sağlığın geliştirilmesinde önemli köşe taşlarıdır. Çevresel risklere COVID-19 pandemisinin de eklenmesiyle ruhsal dayanıklılığın test edilmesine yönelik yeni bir yük daha toplum yaşamına dahil olmuştur. Bu da dayanıklılık rezervlerini tüketmektedir. Pandemilerin çok çeşitli ruhsal sonuçları olmaktadır. Travmaların yaygın olduğu toplumlarda pandemi daha da büyük stres kaynağı olacaktır.

Toplumda travmatik deneyimlerin yaygınlığı, çaresizlik, güvensizlik, değersizlik, belirsizlik zeminini güçlendirir. Birçok ruhsal rahatsızlığın altında yatan otomatik düşünceler böylelikle olumsuz ruhsal çevre etkisinden beslenmektedir.

Türkiye'de İntiharlar

İntihar ruh halinin bir göstergesi olarak önemli patolojik bir çıktıdır. Her intihar olgusu, aileleri, toplumu, tüm ülkede geride kalanları trajik şekilde etkilemektedir. Dünya'da her yıl 800.000'e yakın insan intihar ederek yaşamını yitirmektedir. İntihardan ölümler dünyada genç yaş ölümlerinde (15-29 yaş) 2016'da ikinci sırada yer almaktadır. Tamamlanmış intihar olgularının %79'undan fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde depresyon ve alkol bağımlılığı gibi ruhsal bozukluklar ile intihar ilişkisi iyi bir şekilde gösterilmiştir. Birçok durumda yaşam stresleriyle başa çıkamadığında oluşan kriz anında dürtüsel şekilde bir intihar davranışı gösterilebilmektedir. Bunlar finansal sorunlar, ilişki sorunları, süregelen ağrı ve hastalıklarla ilişkili olabilmektedir^(10,11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bölgeleri arasında en fazla intihar mortalite hızı Avrupa'da gözlenmektedir. Bölgeler arasındaki farklar sosyokültürel özellikler, intihardan ölümlerin tanınması ve sınıflandırılması, öldürücü araçlara ulaşım ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir⁽¹⁰⁾. Türkiye'de kaba intihar hızı birçok diğer ülkeyle karşılaştırıldığında düşüktür. DSÖ verilerine göre Doğu Akdeniz Bölgesindeki ülkelerle benzer bir sıklık gözlenmektedir ve bu benzerlik kültürel özelliklerle açıklanabilir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2018'de tamamlanmış kaba intihar hızı yüz binde 3,88'dir. DSÖ verilerine göre Türkiye'de tamamlanmış intiharların yaşa göre düzeltilmiş hızları 2016'da toplamda yüz binde 7,2,

erkeklerde yüz binde 11,3, kadınlarda yüz binde 3,3 olarak belirlenmiştir. (Tablo 108.1, Tablo 108.2). Dünyada birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de erkekler arasında tamamlanmış intihar kadınlardan daha fazla gözlenmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında tamamlanmış intihar genç yaş ölümlerinde ön sıralarda yer alan ölüm nedenidir. Özellikle genç yaş ölümlerinde ön sıralarda yer alması ve bu ölümlerin yarattığı kayıp etkisi nedeniyle intihar olguları tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir. Kent yaşantısı, ailenin çözülmesi, yalnızlık, ekonomik zorluklar genç yaş intiharlarının artışında belirleyicidir. Genel olarak gençlerde ve ileri yaşta kişilerde intihar riskinin yüksek olduğu görülmektedir^(11,12).

Tablo 104.1 Türkiye'de İntihar sayısı ve kaba intihar hızı

Yıl	İntihar sayısı	Kaba intihar hızı (Yüz binde)
2001	2.584	3,97
2002	2.301	3,49
2003	2.705	4,05
2004	2.707	4,00
2005	2.703	3,95
2006	2.829	4,08
2007	2.793	3,98
2008	2.816	3,96
2009	2.898	4,02
2010	2.933	4,01
2011	2.677	3,61
2012	3.287	4,37
2013	3.252	4,27
2014	3.169	4,11
2015	3.246	4,15
2016	3.193	4,03
2017	3.168	3,94
2018	3.161	3,88
2019	3.406	4,12

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri

Tablo 104.2 DSÖ bölgelerine göre yaşa göre düzeltilmiş intihar hızları (2016).

DSÖ Bölgesi	Kaba intihar hızı (Yüz binde)
Küresel	10,53
Afrika	11,96
Kuzey-Güney Amerika	9,25
Güney Doğu Asya	13,40
Avrupa	12,85
Doğu-Akdeniz	4,30
Batı-Pasifik	8,45
Türkiye	7,2

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri

Türkiye’de genç yaş intiharlarının yükselen sıklığını 45-49 ve 60-64 yaş aralığında iki tepe noktası izlemektedir (Şekil 108.2). İntihar nedenli ölümlerde erkeklerde daha fazla tamamlanmış intihar gözlenirken; kadınlarda intihar girişimi sayısı daha fazladır⁽¹³⁾. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yıllara göre kaba intihar hızında 1970’li yıllardan bugüne bir artış söz konusudur. Dünya’da da görüldüğü gibi erkek intiharları tüm yaşlarda kadınlara göre daha fazladır⁽¹³⁾. Diğer risk etmenleri arasında dul ya da boşanmış olmak, yalnızlık, ekonomik sıkıntılar bulunmaktadır. Ülkemizde meslek gruplarına göre intihar hızları hesabı ancak TÜİK 2011 verilerine dayanılarak ifade edilebilmektedir. TÜİK 2011 verilerine göre tamamlanmış 2.677 intiharın 1.115’i (%41,6) çalışanların arasından gerçekleşmektedir. En sık intiharların gerçekleştiği mesleklere göre bakıldığında hizmet ve satış elemanları %16,9 (N=452), nitelikli tarım ormancılık ve su işleri çalışanları %9,5 (N=254) ve nitelik gerektirmeyen işler %6,4 (N=172) başta gelmektedir. Ağır ve tehlikeli işlerden kaynaklanan intiharların ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir.

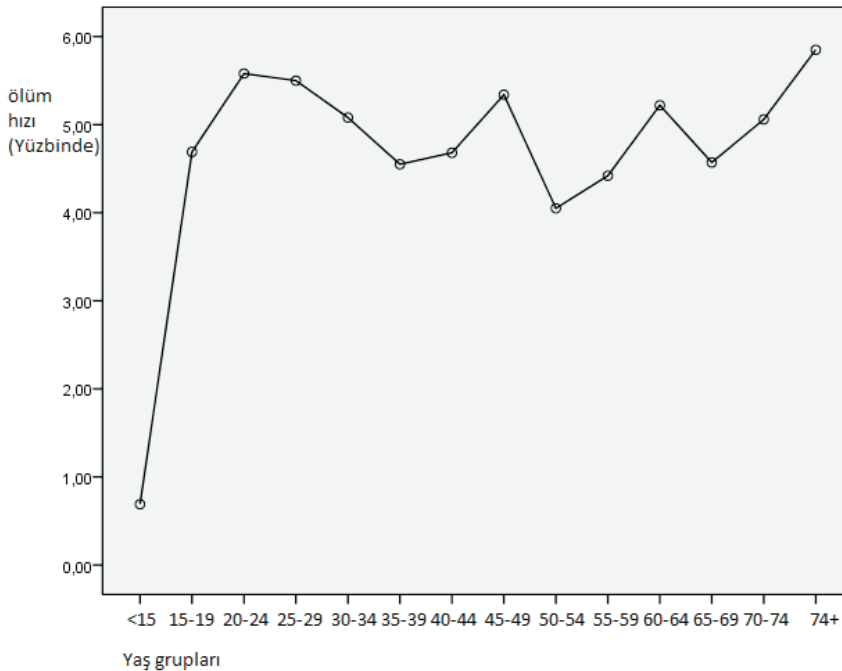
Türkiye’de İntihar Yöntemleri

İntihar yöntemleri göz önünde bulundurulduğunda ası, ateşli silah ve yüksekten atlama ta-

mamlanmış intihar yöntemleri olarak ilk üç sırayı oluşturmaktadır. Daha önce Denizli’de yapılan bir psikolojik otopsi çalışmasında da ateşli silahlarla gerçekleştirilen tamamlanmış intiharlarda artış belirlenmiştir¹⁴. Özellikle ergen ve genç erkekler bu konuda risk altındadır. Silah sahibi olmanın güçleştirilmesinin yanı sıra, yivsiz av tüfeği sahipliğinin de zorlaştırılması ve kontrol altına alınması ve ruhsatsız silah kullanımının engellenmesi gibi önlemlere gereksinim vardır⁽¹⁴⁾.

Türkiye’de İntihar Nedenleri

Türkiye’de tamamlanmış intihar nedenlerinin önemli kısmı belirlenememektedir. Belirlenenler arasında son yıllarda hastalık ön plana çıkmaktadır. Geçim zorluğu belirlenebilen nedenler arasında ikinci sırayı almaktadır. Hastalık herhangi bir hastalık olabileceği gibi ruhsal hastalıklar da olabilmektedir. Özellikle birçok çalışma intihar olgularına ruhsal hastalıkların eşlik ettiğini raporlamaktadır. Psikiyatrik hastalıkları olan kişilerde intihar davranışı ve kendine zarar verme daha sık gözlenmektedir. Ruhsal otopsi çalışmalarının meta-analiziyle elde edilen verilere göre, intihar nedeniyle ölen vakaların %87,3’ü psikiyatrik bir bozukluk tanısını karşılamaktadır⁽¹⁵⁾. İntihar düşüncesi olan kişilerin ise %66’sı, intihar planı olanların %77’si, planlan-



Şekil 108.2 Türkiye’de yaş gruplarına göre intihardan ölüm hızları (2018) (TÜİK).

miş bir intihar girişimi öyküsü olanların %83'ü ve planlanmamış bir intihar girişimi öyküsü olanların %74'ü DSM-4'e göre birinci eksen tanısı almaktadır (16) Genel olarak risk faktörleri, yaşam boyu gerçekleşme ve bireyi etkileme gücü açısından değerlendirildiğinde, genetik ve epigenetik faktörlerin yaşam boyunca etkili olduğu söylenebilir. Aile öyküsü de çocukluktan erişkinliğe kadar belirleyici olabilen bireysel bir risk faktörüdür ve yaşlılıkta etkisi azalmaktadır. Erken yaşam dönemi zorlukları da çocukluk çağından başlayarak erişkinlik döneminde devam eden bir risk faktörü olarak kendini belli eder. Psikiyatrik bozukluklar ergenlikten itibaren erişkinlik ve yaşlılık döneminde altta yatan önemli risk faktörünü oluşturmaktadır. Şiddetli ruhsal hastalık ve depresyon varlığı da intihar için ergenlikten yaşlılığa kadar belirleyici risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilik bozuklukları ergenlik ve erişkinlikte risk faktörü olarak rol oynamaktadır. Madde kullanımı ergenlikten başlayarak ve fiziksel sağlık problemleri de yaşlandıkça artan risk faktörleri olarak intiharda belirleyicidir. İntiharda belirleyici olan çevresel risk faktörleri sosyal desteğin olmayışı, ekonomik faktörler, yaşam olayları, medyanın etkileri ve öldürücü araçlara ulaşımın kolaylığı ile ilişkilidir (17,18).

İntiharların azaltılmasına yönelik girişimsel planların yaşama geçirilmesinde nedenlere yönelik çalışmalar ruh sağlığı iyileştirme çalışmalarının önemli ve kapsayıcı bir ayağını oluşturacaktır. İntiharların azaltılması entegre bir yaklaşımı ve intihar öncüllerinin toplum içinde azaltılma çabasıyla mümkündür. Başta ruhsal rahatsızlıkların erken tanınması ve iyileştirilmesi çabaları gereklidir. Kendine zarar verme ve dürtüsel davranışların özellikle gençlerde taranması ve izlenmesi gerekir.

Sonuç

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ruh sağlığı sorunları engelliliğe neden olan hastalık yükünün önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Sadece hastalıklar değil, davranışsal sağlık riskleri de hastalık ve ölümlerin oluşumunda belirleyicidir. Mortalite ve engelliliği belirleyen ve yaygın görülen hastalıkların altında yatan davranışların bir sıralaması yapıldığında, tütün bağımlılığı, beslenme davranışı, egzersiz davranışı, sedanter yaşam, iş yerinde risk kontrolüne yönelik davranışların yerleşik olmaması ile ilgili hastalıkların ön planda olduğunu söylemek mümkündür.

Travmatik olayların sıklığının yoğun olduğu bir makro ve mikro çevre söz konusudur. Sosyoekonomik eşitsizlikler ruhsal sorunların derinleşmesinde önemli bir zemin oluşturmaktadır. Covid-19 pandemisi gibi yeni sağlık tehditleri ruhsal dayanıklılık rezervleri yeterli olmayan kitlelerin dayanıklılığını daha da azaltmaktadır. Toplumda ruhsal bozukluklarla ilgili farkındalık azdır ve damgalanma, ayırmacılık olguları gündelik yaşamda, iş yerlerinde gözlenmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde karşılanmamış bakım gereksinimi söz konusudur. İntiharların önlenmesi, azaltılması için bütünsel uygulama programlarının yokluğu önemli bir sorundur. Özellikle gençler ve genç erişkinlere yönelik ruhsal bozuklukların erken tanısına yönelik programlar geliştirilmesine, davranış değişikliklerinin yaşama geçirilmesi önemli olduğu için de davranışsal müdahalelere ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) Binbay T., Direk N., Aker T. Ve ark. Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek için Öneriler, Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24.
- 2) Binbay T. Ulaş H., Elbi H., Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22 (1):40-52.
- 3) Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. Turk Psikiyatri Derg 2012; 23:149-160.
- 4) Erden C. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2019.
- 5) Yuma-Guerrero P, Orsi R, Lee P-T, Cubbin C. A systematic review of socioeconomic status measurement in 13 years of U.S. injury research. J Saf Res. 2018;64:55-72. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2017.12.017>.
- 6) Roux AVD, Mair C., Neighborhoods and Health, Annals of The New York Academy of Sciences, 2010; 1186; 125-145.
- 7) Pickett W, Dostaler S, Craig W, Janssen I, Simpson K, Shelley SD, et al. Associations between risk behavior and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children. Inj Prev. 2006;12:87-92. <https://doi.org/10.1136/ip.2005.011106>.
- 8) Phillips SP, King N, Michaelson V, Pickett W. Sex, drugs, risk and resilience: analysis of data from the Canadian health behaviour in school-aged children (HBSC) study. Eur J Pub Health. 2018;29:38-43. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky169>.
- 9) Herman, J. (1992). Trauma and recovery. New York, NY: Basic Books.
- 10) Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2016. Geneva: World Health Organization, 2018 (https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/).
- 11) Stone DM, Simon TR, Fowler KA, et al. Vital signs: trends in state suicide rates — United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide — 27 states, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018;67:617-24.

- 12) Borges G, Nock MK, Haro Abad JM ve ark . Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in The World Health Organization World Mental Health surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010; 71 (12):1617-28.
- 13) Freeman et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry* (2017) 17:234.
- 14) Demir, S., Yazar, M.E., Dereli, A.K. ve Acar, K. (2018). Denizli'deki intihar ölümlerinin analizi: 10 yıllık retrospektif otopsi çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 23 (2): 93-99.
- 15) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4 (37).
- 16) Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol psychiatry*. 2010;15 (8):868-76.
- 17) Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13: 153-60.
- 18) Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement (2016) London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Çalışmaları

109

UZM. DR. PELİN ŞAVLI EMİROĞLU

Kopenhag'da 1998 yılında yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi toplantısında "herkes için sağlık" yaklaşımı olgunlaştırılarak "Sağlık 21" başlığıyla 21'inci yüzyıl için sağlık alanında 21 hedef belirlenmiştir. Bu hedeflerden biri de ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, ruh sağlığıyla ilgili "2020 yılına kadar insanların psiko-sosyal iyilik halinin geliştirilmesi ve ruh sağlığı sorunu olan insanların erişebileceği daha kapsamlı hizmetlerin oluşturulması gerektiği" belirtilmiştir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planları ve programları oluşturmalarını önermektedir. Türkiye'de hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın amacı; bireylerin ihtiyacını merkeze alan ruh sağlığı hizmetlerinin, uygun yöntemlerle ve yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağının kurulmasıdır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan plan ile ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin yerleşmesi hedeflenmiştir ⁽¹⁾.

Günümüz ruh sağlığı hizmetlerinde amaç; bireyin içinde yaşadığı toplum ve çevrede mutlu, uyumlu ve başarılı olmasını sağlamak, ruhsal bozukluk ve hastalıkları önlemek, bireyi ve toplumu ruhsal hastalıklarından korumak ve ruhsal hastalıklarını tedavi ederek kişileri topluma yeniden kazandırmaktır.

Ruh sağlığı hizmet modelleri genel olarak 3'e ayrılmaktadır.

- Hastane temelli model,
- Toplum temelli model
- Toplum-Hastane denge modelidir ⁽¹⁾.

Dünya'da ruh sağlığı alanında hastane temelli modelden uzaklaşmakta ve toplum temelli modele geçiş sürmektedir. Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının tedavi ve bakım hizmetlerinde hastane temelli ve toplum temelli modelden bir arada yararlanılsa da; bu hizmetler ağırlıklı olarak hastane temelli modelde sunulmaktadır. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmet sunumunda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık örgütlenmesinin çalışma alanını oluştururken; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tedavi ve rehabilite edici hizmetler sunulmaktadır. Ruh sağlığı alanında birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, il ve ilçe sağlık müdürlüklerinin Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığındaki Ruh Sağlığı birimleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri oluşturmaktadır. Bu birimlerde psikologlar, sosyal çalışmacılar ve çocuk gelişimciler görev yapmaktadır.

Bu yazıda Halk Sağlığı Hizmetleri kapsamında ülkemizde uygulanmakta olan ruh sağlığı programlarından kısaca bahsedilecektir.

Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı

Beynin hızla geliştiği gebelik ve 0-6 yaş döneminde anne ve çocuk arasında düzenli ilişkinin kurulması ve koruyucu hizmetlerin verilmesi açısından birinci basamak sağlık hizmetleri çalışmalarında gebe-çocuk izlemleri önem taşımaktadır. ÇPGD Programı, bu bağlamda çocuğun psiko-sosyal gelişimini destekleme yöntemlerini birinci basamak

sağlık hizmetleri içine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğun gelişimini desteklemeyi, gelişimi etkileyebilecek risk etmenlerini erken belirleyip, erken müdahale etmeyi amaçlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) sağlıklı çocuk takip programlarına psiko-sosyal gelişimi destekleme programlarını entegre etmek hedeflerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Belirtilen hedefe ulaşılması için yapılacak en önemli aktivitelerden biri 0-6 yaş ÇPGD programı içeriğinin sağlıklı çocuk izlem protokolleri kapsamına alınmasıdır. ÇPGD programının içeriğinde gebe-lohusa izlemi, 0-6 yaş çocukluk dönemi izlemleri ve baba izlemi yer almaktadır.

Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik ÇPGD Eğitimi'nin organizasyonu İl Sağlık Müdürlükleri Halk Sağlığı Başkanlığı Ruh Sağlığı birimlerince yapılmaktadır. Bu eğitimlerde, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından verilen eğitim programı neticesinde sertifika alan il merkez eğitim ekipleri (hekim, psikolog, ebe, hemşire, sosyal çalışmacı...) görev almaktadır. Eğitim alan birimlerde uygulamaların izlenmesi ve gerekli hallerde geribildirimlerin etkin ve zamanında verilmesi için il ve ilçe ÇPGD süpervizyon ekiplerince yılda bir kez olmak üzere aile hekimliği birimlerine süpervizyonlar yapılmaktadır⁽²⁾.

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Tarama ve Tanılama Programı

Amerika Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yaptığı tanıma göre; Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), belirtilerin erken çocukluk çağına başladığı, sosyal iletişim ve etkileşimde yetersizlikler ile sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanlarıyla karakterize nöro-gelişimsel bir bozukluktur. OSB genetik ve genetik olmayan risk faktörlerinden kaynaklanan çok faktörlü bir hastalık olarak kabul edilmektedir⁽³⁾.

OSB'nin ilk tanımlandığı yıllara göre günümüzdeki sıklığı giderek artmaktadır. Amerika Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) verilerine göre 2006 yılında sıklığı 1/150; 2012'de 1/88 ve 2108'de 1/59 olarak raporlanmıştır⁽³⁾. Günümüzde OSB'nin yıllar içerisindeki artışı otizmi artık nadir bir hastalık olmaktan çıkarmış önemli bir sağlık sorunu haline getirmiştir.

Türkiye'de 2017 yılında "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı çerçevesinde, Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama ve Takip Programı" geliştirilmiştir. Bu program öncelikle çocuk ergen psikiyatri uzmanlarına tanıtılmış ve onlar tarafından da tüm ülke genelinde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına yüzyüze eğitim ile hem OSB, hem de Tarama ve Tanılama programı anlatılmıştır. Bu program sayesinde 18-36 ay arası çocuklar rutin izlemleri sırasında OSB açısından da aile hekimlerince değerlendirilmekte ve riskli bulunan çocuklar ilçe/il sağlık müdürlüklerinde çalışan OSB koordinatörlerince çocuk ergen psikiyatri uzmanlarından randevuları alınarak yönlendirilmektedir. Böylece erken tanılama imkânı olan OSB'li çocuk aile hekimince taranmakta ve ailenin ulaşabileceği en yakın hastanede Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanına yönlendirilmektedir. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanları tarafından muayene edilen riskli çocukların OSB tanısı alması halinde tanıli olarak takip süreci başlatılmaktadır. Oluşturulan bu program ve sevk yönetimi sayesinde 18-36 ay arası çocuklar OSB açısından taranmakta ve riskli bulunan çocuklar OSB ya da OSB dışında (Uyaran Eksikliği Bilişsel Gelişim Geriliği, Dil Artikülasyon Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocukluk Çağı Emosyonel Bozukluk gibi) tanılar da almakta ve gerekli yönlendirmeler yapılarak erken tedavi süreçleri başlatılmış olmaktadır.

Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) Çalışması

Çocuğa yönelik cinsel istismar CDC tarafından "Bakım veren tarafından tamamlanmış veya girişim olarak kalmış (tamamlanmamış) cinsel eylem, tacizkâr cinsel temas ya da temas içermeyen tacizkâr cinsel etkileşim" olarak tanımlanmaktadır⁽⁴⁾.Türk Ceza Kanunu (TCK) Madde 103'e göre çocuğa yönelik cinsel istismar basit ve nitelikli olarak ikiye ayrılmaktadır. Basit cinsel istismar: "15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar" olarak tanımlanmaktadır. TCK'da çocuğa cinsel istismar ve bu istismarı bildirmemenin

cezai yaptırımı olmakla birlikte, kamu çalışanlarının ve vatandaşın bu suçu bildirmekle ilgili çekinceleri bulunmaktadır. Türkiye’de cinsel istismara uğradığı bilinen, cinsel istismar kuşkusu olan ya da bu amaçla danışılması düşünülen çocukların beyanının alınması, muayenesinin yapılması, aile görüşmesinin yapılması ve raporunun hazırlanması ÇİM’de gerçekleştirilmektedir. ÇİM de amaç; cinsel istismar şüphesi ile ÇİM’e getirilen çocuğa bahsedilen işlemler yapılırken çocuğun yüksek yararı gözetilerek çocuğun ikincil örselenmesinin önüne geçmektir. Bununla birlikte ÇİM korunma altına alınması gereken olgularda, çocuğun kalabileceği uygun bir ortam sağlanıncaya kadar geçici bir süre barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik gereksinimlerinin karşılandığı yerler olarak planlanmıştır. ÇİM’in il genelinde koordinasyonu Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimince yapılmakta iken yönetimi bağlı olduğu hastane tarafından yapılmaktadır. Türkiye’de 2019 yılı itibariyle 42 ilde 45 ÇİM hizmet vermektedir ⁽²⁾. Çocuk istismarından şüphe duyulduğunda, çocuğun ÇİM’e ulaştırılması önemlidir, ancak 2012 yılında oluşturulmaya başlanmasına rağmen hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından fazla bilinmemektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının cinsel istismar konusunda farkındalıklarını artırmak, mağdur çocuğun adli sürecinin başlatılarak gerekli tıbbi bakım almasının sağlanması için ÇİM’e yönlendirmeleri amaçlanmaktadır. Bu nedenle hem hastanede hizmet sunan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarına, hem de aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik adli tıp uzmanları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çocuk ergen psikiyatrisi uzmanları tarafından eğitimler düzenlenmektedir.

Birinci Basamakta Ruh Sağlığını Güçlendirme Eğitimi (RSGÜÇ)

Temel sağlık hizmetlerinde psiko-farmakolojik ve psiko-sosyal müdahalelerin yapılmasının uygun olacağını gösterilmesi üzerine DSÖ tarafından RSGÜÇ programı geliştirilmiştir ⁽⁵⁾.

RSGÜÇ programı ile aile hekimlerinin ruh sağlığına yönelik psikososyal destek ve medikal tedavi yöntemleri hakkında farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından birinci versiyonu pek çok ülkede kullanılan programın revize edilmiş ikinci versiyonu ilk defa Türkiye’de kullanılmaya başlamıştır. Eğitimler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından aile hekimlerine düzenlenmektedir. Program kapsamında 17 ilde aile hekimlerinin eğitimi başlamış olup 81 il aile hekimliği sistemine yaygınlaştırılması planlanmıştır. Eğitim sırasında depresyon, psikoz, kendine zarar verme/intihar, epilepsi, bunama, madde kullanımına ilişkin bozukluklar ve davranış bozuklukları hakkında bilgi verilmektedir.

Psiko-sosyal Destek (PSD) Çalışmaları

Dünya ölçeğinde olan COVID-19 salgını, olağanüstü bir durum olarak hızlıca yayılım gösterirken bu salgının doğurduğu belirsizlik, bireylerin kendileri, aileleri, sevdikleri ve diğer insanlar için duyduğu endişe, hastalığa yakalanma kaygısı, oluşturduğu korku ve panik ortamı, mücadele sırasında katı kısıtlamaların alınma zorunluluğu ve bu zorunluluğun beraberinde getirdiği sosyal ve ekonomik zorluklar ruh sağlığına yönelik önleyici ve destekleyici faaliyetlerin planlanmasını ve yürütülmesini de gerekli hale getirmiştir.

Yüz yüze görüşme, psikolojik destek ihtiyacı içindeki bireyle fiziksel temas içinde olmak gibi alışılmış destek yöntemlerinin COVID-19 pandemisi sürecine uygulanamaması telefon, çevrimiçi görüşme platformlarının ve kitle iletişim araçlarının kullanılmasını gerekli kılmıştır. Bu ihtiyaç doğrultusunda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce ülke genelinde pandemi süresi boyunca PSD çalışmaları planlanmıştır. Bu kapsamda ülke genelinde kurumsal hatlar ve kitle iletişim araçları üzerinden psiko-sosyal destek aramaları yapılmaktadır.

Ruh Sağlığı Birimlerinde görev yapan meslek üyeleri (psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimci) psiko-sosyal destek vermek amaçlı evde gözlem altında olan kişilerle görüşmeler yapmaktadır. PSD aramalarında;

1. Öncelikli amaç, yüksek bulaş riski bulunan ve ev izolasyonunda olan hastaların hem bulaş riskini azaltacak davranışları sürdürmesini sağlamak; hem de kısıtlanmaya ve COVID-19 hastalığına bağlı olarak ortaya çıkacak kaygılarına karşı bireyleri psiko-sosyal açıdan güçlendirmektir.
2. Görüşme esnasında kişinin psikososyal risk durumu değerlendirilerek ihtiyaç duyduğu bilgilendirme ve yönlendirme yapılmaktadır.

3. Görüşme neticesinde yeniden aranması gereken kişiler kaydedilmekte ve sonraki aramalar belirlenen tarihlerde yapılmaktadır (kişiler ile gerekli durumda yapılacak sonraki görüşmeler PSD veren meslek üyesi ve hizmet alan kişinin kararlaştıracağı tarih olarak belirlenir).

Pandemi süresinde psiko-sosyal destek çalışmalarında kullanılmak üzere psiko-sosyal desteğe gereksinim duyan kişilerin aradıkları hatlar il ve ilçe sağlık müdürlüklerinin sosyal medya ve internet sayfalarında paylaşılmıştır. PSD ekiplerince bu hatları arayan kişiler ve COVID-19 vakaları aranmakta, psiko-soyal destek verilmekte, gerekli durumlarda da psikiyatri uzmanına yönlendirme sağlanmaktadır. Ayrıca bu süreçte COVID-19 vakalarının dışında izlemleri için sağlık kurumlarına gitmekte kaygı duyan gebe, lohusa, engelli ve yaşlı bireyler de il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde çalışan PSD ekiplerince telefon ile aranmakta ve psiko-soyal destek verilmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde, 2006 yılında Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi başlatmış olup, uygulama ülke genelinde devam etmektedir. Birçok ilde kurulan gündüz hastanesi ve TRSM'ler ile toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş yapılmıştır. TRSM'ler, 100-300 bin nüfusa hizmet verecek şekilde, coğrafi bölgesindeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psiko eğitim, iş- uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak planlanmaktadır ⁽¹⁾. Yeni açılacak olan TRSM'lerin planlanması Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimince yapılmakta iken; TRSM'ler hastanelere bağlı olarak hizmet vermektedir. Türkiye'de 2019 yılı itibariyle 79 ilde 175 TRSM bulunmaktadır ⁽²⁾.

Farkındalık Çalışmaları

İntiharı Önleme Farkındalık Çalışmaları

İntihar bütün dünyada önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. İntihar oranı, ülkeler arasında her

100 bin kişide 3 ile 45 arasında değişmektedir. İntihar girişimi biyolojik, genetik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel faktörler sonucu ortaya çıkmaktadır. İntihar dünya genelinde 15-19 yaş grubundaki gençlerin ölüm sebebinin ilk beş nedeni arasında yer almaktadır ⁽¹⁾.

İl Sağlık Müdürlükleri Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı koordinasyonunda ilgili kurum ve kuruluş temsilcileri (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Jandarma Komutanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Müftülüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Belediye, STK v.b.) ile İntiharı Önleme İl Kurulları kurulmuş ve il genelinde çalışmalarını sürdürmektedir. Bu çalışmalardan en önemlileri öncelikle sağlık çalışanları olmak üzere kamu çalışanlarında konuyla ilgili farkındalık eğitimleri planlanmak ve intihar girişimi olan bireylere il/ilçe sağlık müdürlükleri PSD ekiplerince psiko-sosyal desteğin verilmesinin sağlanmasıdır.

Damgalama ve Ayrımcılığa Karşı Farkındalığın Oluşturulmasına Yönelik Faaliyetler

Damgalanma ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin karşılaştıkları en önemli sorunlardan biridir. Hastaların kendilerine saygısını azaltan, aile ve çevreyle ilişkisini bozan, sosyalleşmelerini engelleyen, özgürce yaşama ve çalışma haklarını ellerinden alan bir tutumdur ⁽¹⁾.

Bu nedenle özellikle Dünya Ruh Sağlığı günü (10 Ekim) ve ruhsal hastalıklarla ilgili diğer özel günlerde toplumda farkındalık oluşturmak amacıyla il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde çalışan ruh sağlığı meslek üyeleri tarafından hem kurumlarda hem halk arasında düzenlenen eğitimlerle yapılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019 Birim Faaliyet Raporu, Ocak2020 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2019_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file
- 3) Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Morbidity and Mortality Weekly Report 2018).
- 4) <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/index.html>
- 5) rsGÜÇ Yaklaşım Kılavuzu: *Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal, nörolojik ve madde kullanımına ilişkin bozukluklar için*, Versiyon 2.0. Dünya Sağlık Örgütü (2016).

Türkiye’de Ruh Sağlığı

› İnsan Gücü

110

DOÇ. DR. FAHRIYE OFLAZ • UZM. DR. LALE ESİRGEN

Toplumun ve bireylerin ruh sağlığını koruması ve geliştirilmesi ruh sağlığı insan gücünün doğru planlanması, iyi bir şekilde yetiştirilmesi, yeterli ve dengeli istihdam edilmesiyle gerçekleşebilir. Sağlık insan gücü inceleme ve planlamalarında iki önemli unsur ise sayı ve niteliklerdir. Ruh sağlığı insan gücü bağlamında sağlık insan gücünün sayısal durumu, dağılımı, sağlık kuruluşlarının sayıları, istihdam kapasiteleri, görevler ve çalışma koşulları; yıllık mezun sayıları ve eğitim kurumlarının kapasiteleri; iş yaşamından çekilme sayıları ile ilgili bilgilerin toplanması gerekir ⁽¹⁾. Ülkemizde birçok alanda olduğu gibi ruh sağlığı alanındaki mevcut ve güncel insan gücünün sayı ve nitelikleri ile ilgili sağlıklı ve toplu istatistiklere ulaşımamaktadır. Bununla birlikte mevcut bazı bilgilerle bir izlenim sahibi olmak mümkün görünmektedir.

Sağlık İnsan Gücü Güncel Durum

Genel olarak ele alındığında sağlık insan gücü ile ilgili rapor ve veriler hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire sayılarını içermekle beraber hekim dışındaki sağlık profesyonellerinin nitelikleri, branşları, eğitimleri ve çalıştıkları yerler ile ilgili detaylı bilgiler bulunmamaktadır. Örneğin bazı raporlarda psikoloji ve sosyal çalışma mezunlarının sayıları verile de aktif olarak kaç kişinin, nerelerde çalıştığı ve nitelikleri bilinmemektedir.

Genel sağlık insan gücü açısından bakıldığında Ulusal İstihdam Stratejisi 5. İzleme ve Değerlendirme Kurulu Toplantısı raporuna göre ⁽²⁾ 2018 yılı iti-

barıyla Türkiye’de toplam hekim sayısı 154.318’dir. Buna göre Türkiye’de 100 bin kişiye düşen hekim sayısı 191 iken; bu sayı 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi için 321, Avrupa Birliği (AB)-28 ülkeleri için 350, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) için 330’dur. Türkiye’de bin kişiye düşen hekim sayısı 1,65’dir. Bu konuda AB ortalaması 3,20; OECD ortalaması ise 3,10’dur ^(1,2).

Toplam hemşire sayısı ise 190.299 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı 246 iken; bu sayı AB 28 ülkeleri için 864, OECD için 890’dır ⁽²⁾. Türkiye’de bin kişiye düşen hemşire sayısı 1,96’dır. Bu konuda DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 8,12; AB ortalaması ise 8,23’dür. Türkiye’de doktor başına düşen hemşire sayısı 1,23 iken bu sayı AB-28’de 2,46, OECD ülke ortalamasında ise 2,70’dır ^(1,2).

ÖSYM istatistiklerine göre klinik psikoloji alanında meslek eğitimi, yüksek lisans ya da doktora programları şeklinde yürütülmektedir; yapılan yeni kayıt sayısı 97, halen eğitimdeki öğrenci sayısı ise 157’dir. İlgili programlardan 2014 yılına kadar yaklaşık 70 mezun verilmiştir. Klinik psikoloji alanında 2023 ihtiyacı, Türk Psikologlar Derneği ile yapılan ortak çalışmalar sonucunda, her hastane için ortalama 2 klinik psikolog ve psikiyatri servisi bulunan hastaneler için servis başına (225 psikiyatri servisi öngörülmüştür) 3 klinik psikolog olmak üzere yaklaşık 3.500 olarak belirlenmiştir ⁽¹⁾.

Bu doğrultuda değerlendirdiğimizde Türkiye’de sağlık çalışanı ülke ortalaması AB, OECD ve DSÖ ortalamalarının gerisindedir. Ayrıca bölgeler ara-

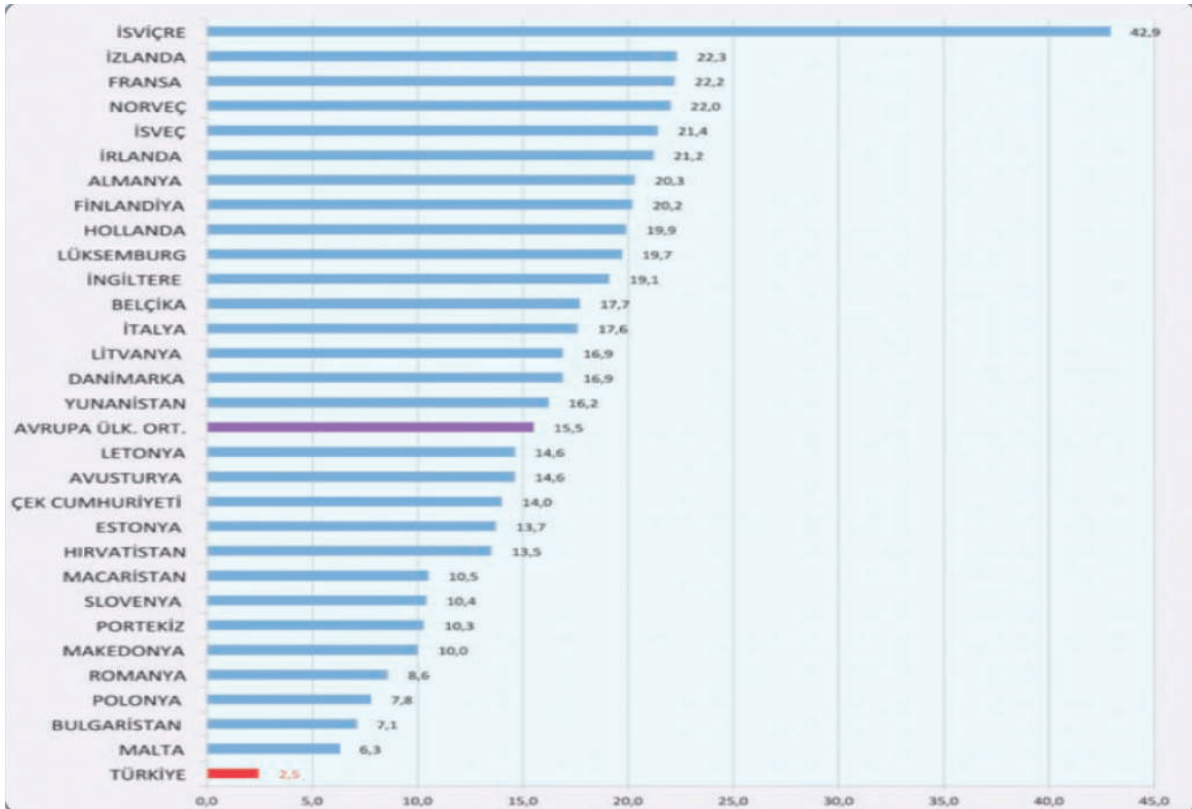
sında kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı açısından önemli gelişmeler olmakla birlikte, ülkemizde bölgesel dengesizlikler de devam etmektedir⁽²⁾.

Ruh Sağlığı İnsan Gücü

Dünyada ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısında ülkelerin gelir grubuna göre büyük farklılıklar vardır. Ülkelerin geliri arttıkça ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının da arttığı görülmektedir. Dünya genelinde 100 bin kişiye düşen toplam ruh sağlığı çalışanı sayısı 10,3'tür. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde bu sayı 50,8 iken, düşük gelirli ülkelerde 1,3'e gerilemektedir⁽³⁾. Ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısı DSÖ bölgelerine göre de farklılık göstermektedir. Dünya genelinde 100 bin kişiye düşen psikiyatri uzmanı sayısı 1,27 iken; bu oran DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 8,59; DSÖ Afrika Bölgesi'nde ise 0,05'tir. Aynı şekilde dünya genelinde 100 bin kişiye düşen ruh sağlığı hemşiresi 5,80'dir. Avrupa bölgesinde bu oran 21,93 iken, Afrika bölgesinde 0,61'dir. Dünya nüfusunun yaklaşık yarısı 200 bin kişiye bir psikiyatristin hizmet verdiği böl-

gelerde yaşamaktadır⁽³⁾. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu 2014'e göre ise 100 bin kişiye düşen aktif çalışan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 2,5 olup, AB üyesi ülke ortalaması olan 15,5'ten düşüktür⁽⁴⁾ (**Şekil 110.1**).

Ülkemizde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) yayınlandığından beri ruh sağlığı alanındaki hizmetler toplum-hastane denge modeli olarak adlandırılmaktadır⁽⁵⁾. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019 faaliyet raporuna⁽⁶⁾ göre Türkiye'de ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilere kurumsal bakım sağlayan toplamda 339 adet kurum bulunmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin büyük bir kısmı 10 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (3801 yatak kapasitesi) ve 177 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi aracılığıyla verilmektedir. Bu birimler dışında Üniversite (78 kurum) ve Devlet Hastanelerinin (731 kurum) psikiyatri servisleri ve özel psikiyatri hastaneleri (6 kurum) ile de hizmetler yürütülmektedir^(7,8). Ayrıca sağlık hizmeti alanı dışında kalan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde de



Şekil 110.1 Türkiye'de ve 29 Avrupa Ülkesinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Alanında 100 bin Kişiye Düşen Aktif Çalışan Uzman Hekim Sayıları (Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu 2014)

(104 Kamu ve 225 özel) psikiyatrik engelli bireylere hizmet verilmektedir⁽⁶⁾. Ruh sağlığı hizmeti sunan ekiplerde genellikle psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve sağlık dışı personel (sekreter, hastabakıcı, güvenlik gibi) görev almaktadır.

DSÖ Ruh Sağlığı Atlası (2017) Türkiye Raporu'nda⁽⁹⁾ toplam ruh sağlığı profesyoneli sayısı 160,784; 100 bin nüfusa ruh sağlığı çalışanı oranı 205,42, toplam çocuk psikiyatristi sayısı 240 olarak belirtilmektedir. Ruh sağlığı insan gücü olarak ise 100 bin nüfusa 1,64 psikiyatrist, 0,31 çocuk psikiyatristi, 150,25 ruh sağlığı hemşiresi, 2,54 psikolog, 48,87 diğer uzman doktor, 1,64 sosyal çalışmacı, 0,14 iş ve uğraşı terapisti, 0,03 konuşma terapisti olduğu gösterilmiştir.

Ergun ve ark. tarafından (2019) 195 psikiyatri biriminde yürütülen çalışmada psikiyatri kliniklerinin⁽¹⁰⁾;

%77,9'unda 1-10 arasında hekim bulunduğu,

%71,3 öğretim üyesi bulunmadığı;

%73,3'ünde 1-5 arasında uzman doktor bulunduğu,

%15,9'unda uzman doktor bulunmadığı;

%63,1'inde 6-10 arasında hemşire bulunduğu;

%89,2'inde 1-5 arasında psikolog bulunduğu,

%7,2 klinikte psikolog bulunmadığı,

%75,4'ünde hizmetli sayısının 1-5 arasında olduğu belirtilmiştir.

Ruh Sağlığı Hizmetleri İnsan Gücü Tanımları

Ruh Sağlığı Yasa Teklifinde (2017) yer alan ruh sağlığı meslek mensupları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır⁽¹¹⁾:

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Üniversite ya da eğitim hastanelerinin erişkin psikiyatrisi bölümlerinde, bu alandaki meslek örgütüncce tanımlanmış standartlarda psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlayarak bu alanda hizmet vermeye yetkilendirilmiş hekimlerdir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Üniversite ya da eğitim hastanelerinin çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümlerinde, bu alandaki meslek örgütüncce tanımlanmış standartlarda çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık eğitimini tamamlayarak bu alanda hizmet verme yetkisine sahip hekimlerdir.

Psikolog

Psikoloji lisans eğitimini tamamlamış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Klinik Psikolog

Psikoloji lisans eğitimi üzerine klinik psikoloji alanında yüksek lisans ve/veya doktora yapmış veya psikoloji lisans programında bir yıl bilimsel hazırlık eğitimi ve klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi üzerine klinik psikoloji doktorası yapmış meslek mensubudur.

Psikolojik Danışman

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans programını tamamlamış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Uzmanı

Üniversitelerin "Sosyal Hizmet" bölümünde en az dört yıllık lisans eğitimi almış ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Psikiyatri Klinik Hemşiresi

Üniversitelerin hemşirelik bölümlerinin lisans programlarından mezun olarak hemşire ünvanını almış ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan "psikiyatri birimlerinde hemşirelik hizmetleri" sertifikalı eğitimini tamamlamış meslek mensubudur.

Uzman Psikiyatri Hemşiresi

Üniversitelerin Sağlık Bilimleri Enstitülerinde yürütülmekte olan Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği/Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans (tezli/tezsiz) ve/veya Doktora programını tamamlamış hemşiredir.

Çocuk Gelişimcisi

Çocuk gelişimi alanında lisans eğitimi veren sağlık bilimleri fakültesi ve yüksek okullarından mezun olan ve bu alanda hizmet verme yetkisi kazanmış meslek mensubudur.

Ruh Sağlığı İnsangücü Niteliğini Geliştirmeye Yönelik Faaliyetler

T.C. Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı'nın ruh sağlığı insan gücünü güçlendirmeye yöne-

lik olarak 2019 raporunda belirttiği eğitim ve destekleme çalışmaları aşağıda özetlenmiştir⁽⁶⁾;

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kalite Haklar girişiminin bir parçası olarak hazırlanan ruh sağlığı ve insan haklarıyla ilgili "WHO QualityRights" eğitimi psikososyal, zihinsel ve bilişsel engellilikleri olan insanların yüksek kaliteli bakım ve diğer haklarını teşvik etmeye çalışmayı amaçlamaktadır.

Birinci basamakta koruyucu ruh sağlığı çalışmalarını yürütmekle görevli personelin mesleki bilgi ve becerisini artırmak, psikososyal destek hizmetleri konusunda donanımlarını güçlendirmek üzere "Psikososyal Destek Uygulayıcı Programı (PDUP)" yürütülmektedir. PDUP eğitimine birinci basamakta görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimciler katılmaktadır.

0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı birinci basamak sağlık hizmetleri içine çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını entegre ederek, gebe ve çocuğun birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısıyla izlenmesini amaçlamaktadır. Eğitimler birinci basamakta çalışan ebelere, hemşirelere ve hekimlere verilmektedir.

Göçmen Sağlığı Merkezleri ve Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin bilgi ve beceri düzeylerinin artırılması, kadın ve çocuğa sunulan ruh sağlığı hizmetlerinde standardizasyonun sağlanması amacıyla DSÖ işbirliği ile Göçmen Sağlığı Merkezlerinde hizmet veren Suriyeli sağlık personeline eğitim verilmiştir.

Sağlık personelinin toplumsal travma ve afet kavramlarını öğrenmeleri, afetlerin olumsuz ruhsal etkilerini tanımaları ve temel tedavi yaklaşımlarını öğrenmelerini sağlamak amacıyla hazırlanmış olan Toplumsal Travmalar ve Afette Psikososyal Destek Projesi gerçekleştirilmiştir.

Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ) kapsamında aile hekimlerine ve Suriyeli hekimlere eğitim verilmiştir.

Çocuk İzlem Merkezi'nde (ÇİM) görev yapacak personel için "Çocukla Adli Görüşmeciler Sertifikalı Eğitim" düzenlenmiştir.

İntihar Önleme Farkındalık Eğitimleri düzenlenmektedir.

Çocukluk Çağı Ruhsal ve Gelişimsel Bozukluklar hakkında farkındalık eğitimleri verilmektedir.

Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama ve Takip Programı kapsamında il otizm ekipleri kurulmuştur.

Sağlıklı Hayat Merkezleri Psikososyal Destek Birimlerinde görev yapan meslek elemanlarına (psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimci) "Davranışsal Bağımlılıklarla Mücadele Programı Eğitimi" verilmiştir.

Bilişim teknolojilerinin bilinçli, güvenli, etkin kullanımı, bilişim teknolojilerinin biyopsikososyal gelişime etkisi, sanal ortamda cinsel istismar ve siber zorbalık, siber saldırılar, teknoloji bağımlılığından korunma, konularında eğitimler düzenlenmiştir.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, (Edt: Şencan İ) Sağlık Bakanlığı Yayın No: 958 ISBN: 978-975-590-516-7
- 2) TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Sağlık Sektörü. Ulusal İstihdam Stratejisi. 7. İzleme ve Değerlendirme Kurulu Toplantısı raporu <http://www.uis.gov.tr/media/1515/uis-7idk.pdf>
- 3) Songur C. Saylavcı E., Kıran Ş. Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal 2017; 3 (4):276-289. DOI: 10.26449/sss.36
- 4) TC Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. *YÖK Yayın*, (2014/1). <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>
- 5) TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30333,ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf?0>
- 6) TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2019 faaliyet raporu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2019_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file
- 7) TC Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü Kamu Sağlık Tesisleri Güncel Listesi. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42870/kamu-hastaneleri-genel-mudurlugu-kamu-saglik-tesisleri-guncel-listesi.html>
- 8) Türkiye Online Hastane Rehberi. <https://www.trhastane.com/universite-hastanesi-rehberi.htm>
- 9) World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/TUR.pdf?ua=1
- 10) Ergun G, Işık I, Dikeç G. The Examination of the Some Aspects of the Therapeutic Environment of Psychiatric Inpatient Clinics in Turkey. Clin Exp Health Sci 2019; 9: 14-20
- 11) Ruh Sağlığı Yasa Teklifi. Psikiyatri Hemşireleri Derneği. Haberler: <https://www.phdnergei.org/ruh-sagligi-yasa-tasarisi-gorus-ve-onerilere-acildi/>

Ruh Sağlığı Alanında

› Yasal Mevzuat

111

DOÇ. DR. FAHRIYE OFLAZ

Giriş

Ruhsal sorunlarla ilgili hizmetler sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir alandır. Bu nedenle ruh sağlığı alanında yasal mevzuat farklı boyutları ve farklı içerikleri kapsamaktadır. Bu mevzuat Anayasanın ilgili maddelerinden başlayarak sadece tıbbi durumlarla ilgili değil toplumsal, sosyal ve kişisel haklar bakımından, çalışma koşulları ve yaşam alanları açısından da birçok düzenlemeyi gerektirir ve içerir. Ruhsal bozukluklar nedeniyle sıkıntı yaşayan bireyler açısından tedavi koşulları, suç unsuru teşkil eden durumlar ve de kişisel ve vatandaşlık hakları açısından düzenlemelerin bilinmesi ve uygulanması bu alanda hizmet sunanlar açısından gereklidir. Bu bağlamda, bu bölümde anayasada yer alan temel hükümler ve arkasından temel kanun olarak haklar çerçevesinde Türk Medeni Kanunu (TMK), suç unsuru çerçevesinde Türk Ceza Kanunu (TCK), Engellilik Hakkında Kanun (EHK) ve son olarak da henüz Meclis komisyonunda olan Ruh Sağlığı Yasa Teklifi'nin amacı ve içeriği özetlenmiştir.

Ruhsal bozuklukları olan kişilerin vatandaşlık haklarını ve alacakları hizmetleri düzenleyen bu kanunlar dışında sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak 'Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun', 'Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliği' ve 'Sağlık Mesleklerinin Görev Tanımları Yönetmeliği' gibi düzenlemelerle de bu alanda kimlerin ne tür hizmet sunacağının çerçevesi belirlenmiştir. Ulusal düzenlemeler di-

şında ruh sağlığı alanında rehberlik sağlayan uluslararası çerçeveyi ise temel olarak 'Biyotıp Sözleşmesi' ve 'Engelli Hakları Sözleşmesi' oluşturmaktadır.

T.C. Anayasası

Sağlıklı yaşama hakkı T.C. Anayasasınca belirlenmiş bir yurttaşlık hakkıdır. Sağlıklı yaşama hakkı kapsamında ruh sağlığının korunması, bozulduğunda tedavisi ve ruh hastalıklarının yol açtığı yeti yitimlerinin önlenmesi ve rehabilitasyonu kadar, bireyin hak kayıplarına uğramasının önlenmesi de yurttaşlık hakları yönünden önemlidir. Ruh sağlığı ile ilgili hizmetler kapsamında akılda kalması gereken madde 'Herkesin kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkı vardır' ifadesini içeren T.C. Anayasasının 19. maddesidir. Bir kişiyi özgürlüğünden yoksun bırakma yetkisi yalnızca mahkemelere verilmiştir.

T.C. Anayasası "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" (Madde 56); "Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar, çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar" (Madde 50); ve "Devlet, sakatların korunmasını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır" (Madde 61) ifadeleri ile ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakım, tedavi, korunma ve topluma kazandırılmasını da devletin görevi olarak belirlemiştir^(1,2).

Türk Medeni Kanunu (TMK-No:4721)

Yasal olarak, bireyin toplum yaşamına katılması ve eylemleri ile ilgili karar alma boyutu medeni hukuk başlığı altında değerlendirilir. Medeni haklardan yararlanma pasif bir hak iken (miras hakkı gibi), medeni hakları kullanma hakkı aktif bir hak olup, bu hakkın kullanılması özel yasa ve koşullara bağlıdır. TMK'ya göre herkesin *hak ehliyeti* vardır ancak ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların *fil ehliyeti* yoktur. Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir (Madde 13). Başka bir deyişle kişinin yaptığı hukuki işlemlerin geçerli sayılması için ayırt etme gücünün bulunması, ergin olması, kısıtlı olmaması gerekir. Ayırt etme gücüne sahip ve ergin olan herkes medeni haklarını kullanmaya yetkilidir (evlenme, alım satım işleri, vasiyet düzenleme, bağış yapma, taahhüde girme). Bireyin bazı hastalıklar da olduğu gibi bilişsel yetileri ileri derecede bozulursa kendi kendini yönetecek çevreye uyum yapabilecek durumda olamayacaktır. Böyle biri hekim raporu ve mahkeme kararı ile "*hacir*" altına alınır. Bu durum, medeni haklarının kısıtlanması ve hakları hasta adına kullanacak (imza atma, vekaletname verme vb) bir vasinin mahkemece tayin edilmesi anlamına gelir ^(5,6,7).

TMK'ya göre **Evlenme ehliyetinin** koşulları yaş, ayırt etme gücü ve yasal temsilci iznidir. Evlenmeyle ilgili hak ve ehliyet TMK'nın 124, 125, 126, 127, 128 ve 133. maddelerinde açıklanmıştır. Madde 124, yaşla ilgili koşulu düzenler ve erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenilemeyeceğini belirtir. Madde 125 ise 'ayırt etme gücü olmayan birey evlenemez' der. Madde 126, 127, 128 küçük ve kısıtlı kişilerle ilgili yasal temsilcilerin ve mahkemenin izninin gerekliliğini tanımlar. TMK'ya göre yasal kısıtlılığı olanlar ancak yasal temsilcisinin izni ve ayrıca eğer kısıtlanmasına neden olan akıl hastalığı ise evlenmesinde sakınca olmadığına dair sağlık kurulu raporu ile evlenebilir (Madde 133). Evlendirme memurlukları kuşkulu durumlarda evlenmek isteyen kişileri sağlık kurumuna gönderebilir ^(6,8).

Evlilik ile ilgili önemli maddelerden biri de 145. maddedir. Bu maddeye göre eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması ve eşlerden birinde

evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması *butlan* sebebidir. Ayrıca eşlerden birinde sağaltım yoluyla düzelme göstermeyen bir akıl hastalığının olması nedeniyle evliliğin çekilmez olması boşanma gerekçesi sayılmaktadır ^(6,8).

Medeni Kanun'un üçüncü kısmı **vesayetle** ilgili durumları düzenleyen maddeler içerir. Burada akıl hastalığı veya zayıflığı vesayet gerektiren durumlardan biri olarak tanımlanmıştır. Madde 405'e göre akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanı. Madde 432'ye göre ise akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Hem 405 hem de 432'de, görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlilerinin, idarî makamlar, noterler ve mahkemelerin bu durumu yetkili vesayet makamına bildirmek zorunda olduğu belirtilmiştir. Yerleştirme veya alıkoymaya karar verme yetkisi, ilgilinin yerleşim yeri veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bulunduğu yer vesayet makamına aittir (Madde 433). Ancak akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilebilir. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir (Madde 409). Vesayetin kaldırılması ile ilgili olarak ise Madde 474 bir açıklama getirir. Bu maddeye göre 'Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir'. Vesayeti kaldırma yetkisi yine vesayet makamındadır ⁽⁸⁾.

Cinsiyet değiştirme, TMK'nın 40. maddesinde düzenlenmiştir. Cinsiyetini değiştirmek isteyen kimse, şahsen başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir. İzin verilebilmesi için istem sahibinin; 18 yaşını doldurmuş olması, evli olmaması transseksüel olup, bir eğitim araştırma hastanesinden cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu belirten sağlık kurulu raporu alması gerekmektedir.

Verilen izne bağlı olarak amaç ve tıbbî yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmî sağlık kurulu raporuyla doğrulanması hâlinde, mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir ⁽⁸⁾.

Türk Ceza Kanunu (No:5237): Ruhsal bozukluklara ilişkin suçlu ya da suç mağduru olma ile ilgili konular

Ruhsal bozukluklarla ilişkili olarak TCK'da suç işleme (Tablo 111.1) ve suç mağduru olma (Tablo 111.2) ile ilgili maddeler yer almaktadır. Bu Kanunda ruh sağlığı ile ilgili maddeleri anlayabilmek için 'ceza sorumluluğu' kavramını açıklamak gerekir. TCK'ya göre *ceza sorumluluğu*, kişinin gerçekleştirdiği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını kavraması, değerlendirebilmesi ve bu eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunmasıdır. TCK'da ceza sorumluluğunun olmadığı üç durum, yaş küçüklüğü, sağırlık-dilsizlik ve akıl hastalığıdır ^(3,4). TCK'da ruhsal bozukluk için 'akıl hastalığı' terimi kullanılmaktadır. Akıl hastalığının ne olduğu; hangi hallerde isnat yeteneğini (kişinin işlediği fi-

ilinin sorumluluğunu üstlenebilme erki) tamamen ortadan kaldırdığının veya önemli derecede azaltıldığının ya da etkileyip etkilemediğinin tespiti ise hukuki değil, teknik ve bilimsel bir meseledir. Bu nedenle, TCK'da isnat yeteneğine etki eden ruhsal bozukluklar tek tek sayılmamıştır. Bir akıl hastalığının cezai sorumluluğu kaldırıp kaldırmadığına yönelik tespitin psikiyatr tarafından yapılması gerekmektedir ^(3,4,5).

Yasalarımız bir suç işlemeyen önce herhangi bir kişiyi suç işleyebilir yargısı ile tutuklamaya ve yargılamaya izin vermemektedir. Bu bağlamda akıl hastalığı olan bir kişi elde kesin deliller yoksa, suç işleyebilir kanısıyla cezaevine ya da hastaneye konamaz. Ancak psikiyatrik tanısı olsun olmasın kamu düzenini bozucu, tehdit edici tutum ve davranışlar gösteren herhangi bir kişinin suç işleme-sini önlemek, kamu düzenini korumak amacıyla valilere, güvenlik görevlilerine ve köy muhtarlarına yetkiler verilmiştir. Bu yetkiler, çevreyi tehdit eden davranışlar gösteren herhangi bir kişinin yargıç önüne çıkarılmak üzere karakola, eğer bir ruh hastalığı kanısı varsa hastaneye götürülmesi

Tablo 111.1 Suç işleme ile ilgili TCK maddeleri

Madde 32. Akıl hastalığı	<ul style="list-style-type: none"> Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur. Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir.
Madde 34. Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma	<ul style="list-style-type: none"> Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.
Madde 57. Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri	<ul style="list-style-type: none"> Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.
Madde 191. Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak	<ul style="list-style-type: none"> Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendisi tarafından kullanılmak üzere uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğurucu bitkileri yetiştiren kişi, bu fıkra hükmüne göre cezalandırılır. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunur. Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hakime verir.

Tablo 111.2 Suç mağduru olma ile ilgili TCK maddeleri

Madde 86. Kasten yaralama suçu	<ul style="list-style-type: none"> Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kasten yaralama suçunun; <ol style="list-style-type: none"> Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı, Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle, Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, Silahla, (Ek:14/4/2020-7242/11 md.) Canavarca hisle işlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında, (f) bendi bakımından ise bir kat artırılır.
Madde 89. Taksirle yaralama suçu	<ul style="list-style-type: none"> Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Taksirle yaralama fiili, mağdurun; <ol style="list-style-type: none"> İyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, Yüzünün sürekli değişikliğine, Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.
Madde 94. İşkence suçu	<ul style="list-style-type: none"> Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Suçun; <ul style="list-style-type: none"> Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu suçun ihmalî davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz. Bu suçtan dolayı zamanaşımı işlemez.
Madde 96. Eziyet suçu	<ul style="list-style-type: none"> Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin; <ol style="list-style-type: none"> Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı işlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
Madde 102. Cinsel saldırı suçu	<ul style="list-style-type: none"> Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır. Cinsel saldırı suçunun; <ul style="list-style-type: none"> Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır. Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü halinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.
Madde 104. Reşit Olmayanla Cinsel İlişki	<ul style="list-style-type: none"> Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun, mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Fail mağdurdan beş yaştan daha büyük ise, şikâyet koşulu aranmaksızın cezası iki kat artırılır.

yönündedir. Fakat ne güvenlik güçleri ne de yargıç suç işlememiş birinin hastanede tutulmasına karar veremez. Hastaneye yatırmak ve orada tutup tedavi etmek yetkisi ve sorumluluğu hekimdedir^(3,4,5,10).

Türkiye'nin hukuk sistemine göre, işlenen bir fiil bireyin/mağdurun bedensel sağlığının yanında ruhsal sağlığını da olumsuz yönde etkiliyorsa ya da bu fiil ruhsal sorunu olan bir bireye karşı işlenmiş ise yasalarla belirlenen cezai yaptırımda artırmaya

gidilir. Eğer bu fiili işleyen birey hastanın bakımından sorumlu bir devlet memuru ise yine belirlenen cezai yaptırımda artırma uygulanır.

Türk Ceza Kanunu'na göre, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubunun da cezai sorumluluğu vardır (*TCK Madde 280*).

Engelliler Hakkında Kanun (EHK - No: 5378)

Türkiye’de “Engelliler Hakkında Kanun” engellilere yönelik birçok alanda düzenlemeler getirmektedir. Kanunda *Engelli*, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyu-sal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey olarak tanımlanmıştır^(7,9). Bu Kanunun amacı; engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır. Bu kanunda yer alan engelli tanımı ile ruhsal bozukluk tanısı olan kişilerde engelli kapsamı içinde sayılmaktadır. Ancak Türkiye’de engellilik tıbbi değerlendirilmelere göre belirlenen ölçütlere dayanmaktadır. Bu durum hukusal olarak bazı sorunlara neden olabilmektedir. Örneğin, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma bakımından, çalışma gücü kaybı oranına başvurularak hak sahipliğinin belirlenmesi, belli bir oranın altında kalan engellilerin bu haktan mahrum bırakılmasına neden olabilmektedir. Aynı şekilde gelir garantisi sağlamaya yönelik sosyal yardım düzenlemelerinde, %60’dan daha az oranda çalışma gücü kaybına sahip engellilerin kapsam dışı bırakılması, sosyal yardımın niteliğiyle uyumlu değildir. Çünkü engellilerin istihdam dışı kalmalarının ve gelir garantisine ihtiyaç duymalarının, tek ya da başta gelen sebebi, çalışma gücü kaybıdır^(7,9).

Ruh Sağlığı Yasası

Gelişmiş ülkelerin tamamında, gelişmekte olan ülkelerin ise çoğunda “Ruh Sağlığı Yasası” bulunmaktadır. Ruh Sağlığı Yasalarının öncelikli amacı, ruh sağlığı alanında hizmet alan kişilerin hak kayıplarının önlenmesi ve haklarının savunulmasıdır. Ruh sağlığı yasaları, ruhsal bozukluklarla ilgili diğer yasalarla çözümlenemeyen konulara odaklanır. Ruhsal bozukluk tanısı olan bireyler ve toplumun diğer bireyleri arasında hak ve özgürlükleri dengelemeyi amaçlar. Ruhsal bozukluğu olan bireyler için istemsiz muayene, istemsiz yatış ve koruma ile ilgili uygulamaları ve sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve nitelik açısından eşit ve adil şekilde yararlanmayı düzenler.

Ülkemizde bugüne kadar bir ruh sağlığı yasası olmamıştır ve mevcut mevzuat 2009’da imzalanan BM Engelli Hakları Sözleşmesi (EHS) ile kabul edilmiş olan “topluma dahil olma ve toplum içinde yaşamayı desteklemek için gerekli...toplum içinde destek hizmetleri alma hakkı dahil engelli kişilerin bu haktan tam olarak faydalanmasını ve topluma tam olarak dahil olmasını ve katılımını sağlayacak etkili ve uygun önlemleri alma...” (Madde 19) açısından yetersizdir. Ruh sağlığı alanında çalışanlar ve hizmet alanlar her zaman karmaşık ve sadece sağlık hizmeti sınırlarında kalmayan birçok sorunla karşı karşıyadır. Değişen ve karmaşıklaşan yaşam şartları da buna eklendikçe, ruh sağlığı hizmetlerinde felsefe ve hizmet değişimi zorunlu hale gelmektedir.

“Ruh Sağlığı Yasası” ruh sağlığı hizmetlerinin yasal bir çerçeveye oturtulması, alan içi sorumlulukların sınırlarının çizilmesi, ruh sağlığı hizmeti almak isteyenlerin ekonomik istismarı ile sonuçlanacak durumların bertaraf edilmesi ve yanlış ve riskli sağlık uygulamalarının önüne geçilmesi açısından çok önemlidir. Son 40 yılda dünyada ruh sağlığı alanında genel eğilim, insan, topluluk ve iyileşme odaklı anlayışın uygulama bulması ve yasaların da buna göre düzenlenmesi yönündedir. Hazırlanan yasa teklifinde de bu bakış açısı temel alınmıştır⁽¹¹⁾. Ruh sağlığı yasa teklifi Türkiye’de ilk kez, ruh sağlığı alanında faaliyet gösteren 8 meslek örgütünün (Tablo 111.3) ve hasta temsilcilerinin katılımı ile hazırlanmış bir metindir. Yasa teklifi mecliste halen görüşülmemiş olup, kadük kalmıştır. Ancak ülkemizin sorunlarla programlı bir şekilde başa çıkabilmek ve alanda ihtiyaç duyulan değişimleri gerçekleştirebilmek için, hakların, sınırların, yetkilerin, açık ve net olarak belirlendiği bir toplumsal sözleşme olarak Ruh Sağlığı Yasasına ihtiyacı vardır.

Tablo 111.3 Ruh sağlığı yasa teklifine katkı veren dernekler

Türkiye Psikiyatri Derneği
Türk Psikologlar Derneği
Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği
Psikiyatri Hemşireleri Derneği
Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Çocuk Gelişimi ve Eğitimcileri Derneği
RUSİHAK

Ruh sağlığı yasa teklifinin hedef kitlesi, kronik ve ciddi ruh sağlığı problemleri yaşayan kişilerdir.

Yasa ile ciddi ruhsal bozuklukları olan bireylerin, ihtiyaç duydukları hizmetleri ve destekleri, mümkün olduğunca gönüllü olarak almalarını ve kendi iyileşme süreçlerine dahil olmalarını sağlamak ve kişileri bu konuda yetkilendirmek hedeflenmektedir. Yasanın bir diğer amacı, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin alabileceği kurumsal hizmetlere erişimi, yararlanımı ile ilgili uygulamalarda; hizmetlerin kalitesi konusunda; bireylerin potansiyellerine tam olarak ulaşabilmelerini sağlamada devletin sorumluluklarını düzenlemektir. 2017'de Meclis Komisyonuna sunulan Ruh Sağlığı Yasa Teklifinin amacı şu şekilde açıklanmıştır ⁽¹¹⁾;

“..insan hakları ve çocuk hakları ilkeleri doğrultusunda toplum ve bireyin ruh sağlığının korunmasına ve ruhsal yönden sağlıklı gelişimin sağlanmasına yönelik temel ilkeleri belirlemek, ruh sağlığı sorunu olan bireyleri saptamak, ilgili hizmet standartlarını tanımlamak, ruh sağlığı hizmet ve desteklerine acil erişim ihtiyacı duyan bireylerin, ihtiyaç duydukları hizmet ve destekleri, mümkün olan en kapsamlı ölçüde ve gönüllü temelde almalarını ve kendi iyileşme süreçlerine dahil olmalarını, bu doğrultuda verilecek önleyici, destekleyici ve iyileştirici hizmetleri mümkün olan en az kısıtlayıcı ve en uygun yöntemlerle sağlamaktır. Ayrıca sosyal bağlar kurulmasını, ekonomik kendine yeterlik sağlayacak hizmetler ağı düzenlenmesini ve denetlenmesini de sağlamaktır.”

Yasa teklifindeki ana bölümler, kapsam, tanımlar ve ilkeler/esaslar; koruyucu, önleyici ve geliştirici ruh sağlığı hizmetleri; hizmet alan, bakım veren ve hizmet sunan kişilerin hakları ve devletin

yükümlülükleri; ruhsal hastalıkların tanınması, tedavisi ve iyileşme yönelimli hizmetler; istemsiz tedavi ve yatış ile denetleme mekanizmaları ve ruh sağlığı hizmetlerinin denetimi şeklinde düzenlenmiştir.

Kaynaklar

- 1) Türk Tabipler Birliği. Türkiye’de Ruhsal Bozukluğu Olan Kişilere Yönelik Yasal Düzenlemeler. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=78:tkede-ruhsal-bozuklu-olan-ke-re-yel-yasal-denlemeler&catid=3:tebligengelge&Itemid=35
- 2) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www.tbmm.gov.tr/ana-yasa/anayasa_2018.pdf
- 3) Baysan Arabacı L. Ruh Sağlığında Hasta Hakları, Etik ve Yasal Konular. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları (Edt: Oflaz F & Yıldırım N). Ankara Nobel Tıp Kitabevi, s.50-69, Ankara, 2020.
- 4) Atik Tosunlar HE, Albal E. Adli Vakalara Ait Psikiyatrik Süreçler. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları (Edt: Oflaz F & Yıldırım N). Ankara Nobel Tıp Kitabevi, s.680-696, Ankara, 2020.
- 5) Yılmaz C. Kriminolojik Açıdan: Akıl Hastalığı ve Suç. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi • Cilt 24, Sayı 2, Aralık 2018, ISSN 2146-0590, ss. 743-765
- 6) Öztürk O & Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13.Basımlı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 2015
- 7) İsbir EG, Çubukçu H. Engellilerin Anayasal Haklarını Kullanmalarını Zorlaştıran Sebepler Hukuk Fakültesi Dergisi, 2018; 1: 1-30
- 8) Türk Medeni Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
- 9) Engelliler Hakkında Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>
- 10) Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- 11) Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı. <https://www.phdernegi.org/wp-content/uploads/2017/11/RSY-24-11-2017.pdf>

Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin

› Durumu

112

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

Giriş

Sağlık Bakanı sayın Fahrettin Koca 2020 yılı Sağlık Bakanlığı bütçe sunumunda birinci basamakta koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirme programını yürüttüklerini, Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla 78 ilde 172 adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) bulunduğunu ve hedeflerinin 236 TRSM’ye ulaşmak olduğunu açıklamıştır ⁽¹⁾. Bilindiği üzere Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaklaşık 50 yıldır ruh sağlığı hastanelerine alternatif olarak toplum yönelimli bir ruh sağlığı modeli ve ruh sağlığı hizmetlerinde “kurumsuzlaştırma” politikası uygulanırken, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri genellikle hastaneler aracılığıyla sunulmaktadır ⁽²⁾. Halen Fransa’da her 100.000 kişiye 3, İtalya ve ABD’de ise yaklaşık 1 TRSM düşmektedir ⁽³⁾. Türkiye’de ise her 100.000-300.000 nüfusa 1 TRSM şeklinde bir planlama yapılmış olsa da ülkemizde henüz her 500.000 kişiye 1 TRSM düşmektedir.

Ülkemizde ancak son on beş yılda toplum yönelimli bir ruh sağlığı hizmeti yaklaşımı başlamıştır. Bu modelin ilk uygulaması 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ile bağlantılı olarak açılan Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı “Korumalı Ev Projesi”dir. Ayrıca Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı Bahçelievler Toplum Ruh Sağlığı projesi ve gündüz hastanesi de önemli bir diğer örnektir ⁽²⁾. 2008 yılında ise ülkemizde ilk TRSM, Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı olarak açılmış, 2015 yılında ülkemizdeki TRSM sayısı 106’ya ulaşmıştır ⁽⁴⁾.

Bu merkezlerin amacı Sağlık Bakanlığı tarafından ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastaların) ve ailelerinin bilgilendirilmesi, hastanın yatırılarak tedavi yerine öncelikle ayaktan tedavisinin yapılması ve izlenmesi olarak tanımlanmıştır. Bu doğrultuda TRSM’ler ağır ruh sağlığı sorunu bulunan hastaların ailelerine de destek vermektedir. Bu sayede hastaların psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemler kullanılarak toplum içinde yaşama becerilerinin artırılması hedeflenmektedir ⁽⁵⁾. Bu merkezlerde psikiyatri uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve iş uğraş terapisti görev yapmaktadır. TRSM’ler ülkemizde halen hastanelere bağlı olarak hizmet vermektedir.

TRSM Hizmetleri ve Sorunlar

TRSM’lerden hizmet alınması 2014 yılında yayınlanan TRSM Hakkında Yönergede şöyle açıklanmaktadır: “TRSM’ler hastanelerin bildirimleri, psikiyatristlerin sevk etmesi, aile hekimi veya Toplum Sağlığı Merkezi (İlçe Sağlık Müdürlüğü) aracılığıyla gelen hasta bildirimleri doğrultusunda hastalarla iletişim kurmaktadır. Buna ek olarak kişinin kendisi, ailesi veya diğer kurumlar da (Belediye vb) doğrudan TRSM ile iletişime geçebilir. Kişilerin kendisi merkeze ulaşamadığı takdirde TRSM’lerin gezici ekipleri kişiye evinde ulaşmaktadır” ⁽⁶⁾.

Toplumsal bakışla ruh sağlığı hizmetlerinde beklenen paradigma değişikliği öncelikle sağlığa bütünsel bakış açısı olması yani koruyucu, gelişti-

rici, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinin TRSM'lerde bir arada sunulması gerektiğidir. Türkiye'de koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliği bilinen bir gerçektir. Buradaki kritik nokta hizmetin hastane temelli değil toplum temelli olması gerektiğidir. İkinci önemli nokta TRSM'lerde hizmetin çeşitlendirilmesi gerekliliğidir⁽⁷⁾. Bu anlamda TRSM'lerde sosyal destek mekanizmaları ve gündüz bakım hizmetleri artırılmalıdır. Nitekim bir çalışmada ülkemizde TRSM'ye yapılan başvuruların ancak %8'inin düzenli izlem olduğu ve %92'sinin ise düzenli olarak izlenmediği saptanmıştır⁽⁴⁾. Üçüncü nokta stigmatizasyon ve bilgi eksikliği konusudur. Yapılan çalışmalarda hastaların damgalanması sorunu en büyük ve en tehlikeli sorunlardan birisi olarak saptanmıştır^(7,8). Bu konuda toplumsal farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede Türkiye'deki TRSM'lerin sorunları 5 ana başlık altında sıralanabilir^(2,4,7,8):

- TRSM'lerde çalışan insan gücünün nicelik ve niteliği oldukça önemli bir sorundur. İnsan gücü sayısı ve hizmet içi eğitimler yetersizdir. TRSM'lerde çalışacak yetişmiş (donanımlı) insan gücüne ihtiyaç vardır.
- TRSM hizmetlerinin çeşitlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ülkemizde TRSM'ler arasındaki farklılıklar giderilmeli, TRSM'lerin belli bir standardı tutturması sağlanmalıdır. Ayrıca vaka yönetimi, sosyal destek, gündüz bakımı, hasta kayıt sistemi geliştirilmeli, insangücü buna uygun olarak eğitilmelidir.
- TRSM'lerin birinci basamağa entegrasyonu yetersizdir. Aile hekimliği sistemi ile entegrasyon için özel bir çalışma yürütülmelidir.
- TRSM personelinin motivasyonu düşüktür. Personelin talepleri karşılanmalı, ücret ve döner sermaye sorunları çözülmelidir.
- TRSM'ler için ciddi bir finansman sorunu vardır. Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM hizmetleri için ayrı bir bütçe sağlanmalıdır.

TRSM'lerin sayısının artması, psikolog ve benzeri sosyal çalışmacıların TRSM'lerde istihdamı, hastaların sosyalleşmesinin desteklenmesi olumlu olmakla birlikte TRSM'lerin halen oldukça fazla eksikliği vardır. Bu sorunların bir kısmı makro sorunlardır. Örneğin Türkiye'de sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe payının düşük olması ve bu bütçeden TRSM'lere düşen payın daha da düşük olması gibi

⁽⁹⁾. Öte yandan Türkiye'nin genel sosyal ve ekonomik sorunları, savaş ve şiddet ortamı, yoğun dış göç vb etkenler de Türkiye'de ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen diğer makro nedenlerdir. Bununla birlikte özellikle mevzuat açısından yönerge ve çalışma rehberinin yetersiz kalması, detaylı bir görev dağılımının olmaması, TRSM projesinin hedeflerinin gerçekleşmesinde büyük bir engel oluşturmaktadır. Ulusal ruh sağlığı yasasının halen mecliste beklemede oluşu da ruh sağlığı açısından mevzuat yönündeki önemli engellerden birisidir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu dile getirilmiştir. Ancak Türkiye'de TRSM'ler hastanelerin birer "polikliniği" gibi hizmet veren yerler halini almaktadır. Nitekim yapılan bir çalışmada Türkiye'de TRSM'lerin büyük çoğunluğunun hastane bahçelerinde yer aldığı saptanmıştır⁽⁴⁾. Hizmeti sunan personelin sorunlarının giderilmesi bir diğer öncelik olmalıdır. Hekimler TRSM'de hastaneye göre daha az kişiye hizmet vermekte ancak daha emek yoğun bir çalışma göstermektedirler. TRSM'de bakılan hasta sayısının daha az olması performans kaygısını ve ücretin azalmasını getirirken, zahmetli bir çalışma ve artan sorumluluklar sebebiyle hekimler tarafından TRSM'de görev yapmak daha az tercih edilmektedir. Nitekim bir araştırmada bu merkezlerin hekimler tarafından "sürgün yeri" olarak görüldüğü dile getirilmiştir⁽⁷⁾.

Tüm eksikliklerine rağmen Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin olumlu sonuçlarına dair bulgular da ortaya çıkmaya başlamıştır. Bolu TRSM'de bir yıllık bir hasta takibi sonucunda merkezde sunulan hizmetlerin hastaların yaşam kalitesini, genel ve sosyal işlevselliğini belirgin olarak artırdığı; yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı bulgusu ortaya konmuştur⁽¹⁰⁾. Küçük Çekmece TRSM'de şizofreni hastalarına verilen hizmet sonucunda yaşam kalitelerinde belirgin düzelme saptanmıştır⁽¹¹⁾. TRSM'den hizmet alan hastalar da hastalıklarının alevlenmesinin azaldığını, hastane yatışlarının azaldığını, tıbbi tedavi maliyetlerinin düştüğünü ve aldıkları hizmetin son derece yararlı olduğunu ifade etmektedirler⁽⁸⁾.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde TRSM'lerin kurulmaya başlanması oldukça olumlu bir gelişme olmakla birlikte, yapılanlar 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı

Eylem Planı'nda yer alan önerilerin oldukça gerisinde kalmış ve yeterli sayıda TRSM açılmamış, açılanlar da birinci basamakla entegre olamamıştır⁽²⁾. TRSM projesi halen eksiklikleri çok fazla olan bir projedir. Türkiye'de TRSM'lerde çalışan insan gücünün nicelik ve niteliğinin artırılması gerekmektedir. Bunun için öncelikle hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmeli, vaka yönetimi ve ekip çalışması güçlendirilmeli, ayrıca TRSM'lerde çalışma koşulları da özendirilmelidir. Başhekimliğe bağlı bir TRSM yapılması toplum temelli hizmet yaklaşımıyla uyusmamaktadır. Bu merkezlerin yeniden bir örgütlenmeye ihtiyacı vardır. Bu örgütlenme gerek yönetim gerekse de merkezlerin konumlandırılması açısından bölge tabanlı ve hastanelerden yönetsel açıdan bağımsız olarak gerçekleştirilmelidir. İlçe veya semt (mahalle) temelli bir yapılanma toplum temelli bir hizmet sunumu için gereklidir.

Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla 172 adet TRSM hizmet vermekte ve her yıl sayıları hızlı bir biçimde artmaktadır. TRSM'ler arasındaki farklılıklar bir an önce azaltılmalı, hizmetler daha standart bir hale getirilmelidir. Bu gelişmenin yanında asıl üzerinde durulması gereken konu, bu merkezlerin niteliğinin geliştirilmesi, toplumun bu konuda farkındalığının artırılması ve toplum ruh sağlığı hizmetlerine karşı daha bilinçli hale gelmesidir⁽¹²⁾. Öte yandan değişen toplum yapısı, ülkemizde yeni ruh sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle toplum ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlerin sürekli geliştirilmeye ihtiyacı vardır. Özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmeli, hastaların sosyalleşmesi desteklenmelidir. Bu alanda birinci basamak desteklenmeli ve TRSM'lerde gündüz bakım çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Kaynaklar

- 1) Koca F. Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 12 Kasım 2019, Ankara.
- 2) Tükel R. Dünden Bugüne Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri: Nasıl Olmalı? Toplum ve Hekim, 2020, Mayıs-Haziran, cilt:35, s:3:165-178.
- 3) National Mental Health Services Survey. Center for Behavioral Health Statistics and Quality (CBHSQ), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2018, USA. (Internet erişim adresi: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NMHSS-2018.pdf> Erişim tarihi: 27.07.2020)
- 4) Bilge A, Mermer G, Çam O ve ark. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 yıllarının Profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Mayıs 2016, Cilt:2, s:2:1-5.
- 5) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017. (Internet erişim adresi: <https://www.trsmproje.com/wp-content/uploads/2017/01/TRSM-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fma-rehberi.pdf> Erişim tarihi: 27.07.2020)
- 6) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, Ankara, 2011. (Internet erişim adresi: <http://saqlik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html> Erişim tarihi: 27.07.2020)
- 7) Artukoğlu P. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 2019, İzmir.
- 8) Özden SA, Çoban Aİ. Community Based Mental Health Services in the eye of community mental health professionals. Journal of Psychiatric Nursing, 2018;9 (3):186-194.
- 9) Soygür H. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis?, Türk Nöropsikiyatri Derneği Nöropsikiyatri Arşivi, 2016, 53:1-3.
- 10) Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A. ve ark. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013, 14:108-114.
- 11) Söğütü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, vol. 18, no. 2, 2017, s:121-125.
- 12) Artukoğlu P, Kılıç B. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma. XXI. Ulusal - III. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, 26-30 Kasım 2019, Antalya, Kongre Kitabı, s:799-806.



Bir Toplum Ruh Sağlığı Sorunu Olarak > Bağımlılık

113

PROF. DR. AHMET TOPUZOĞLU

Bağımlılık Kavramı ve Bağımlılık Gelişimi

Bağımlılık kavramı kapsamlı ve karmaşık bir sendromu açıklamaktadır. Bir madde kullanıma bağlı olduğu gibi bir davranışsal bağımlılık da söz konusu olabilir. Bağımlılıktan bahsetmek için kullanılan maddenin ya da gösterilen davranışın oluşturduğu hazza karşı bir tolerans gelişmesi söz konusudur. Haz veren durum kesildiğinde ya da azaltıldığında bir yoksunluk gelişmesi beklenir. Madde kullanımı ya da bağımlı olunan davranışı kesme çabası birçok kez başarısız olmuş olabilir. Kişi haz aldığı eylemlerini yeniden oluşturmak için zamanının büyük kısmını aynı koşulları yaratmak için kullanır hale gelir. Sosyal ya da mesleki işlevlerini düzenli sürdüremez hale gelir. Daha fazla haz almak için sürekli etki dozunu artırma çabası söz konusudur. Kişi bedensel ve ruhsal olarak zarar görmesine rağmen haz alma davranışını sonlandıramaz. Bu kriterlerden üç veya daha fazlasının varlığında bir bağımlılıktan söz edilebilir ve tedavi gereksinimi söz konusudur ^(1,2,3).

Bir kişinin uyuşturucu kullanmasına yol açan etmenler çok bileşenli olarak gerçekleşir ve bu bileşenler arasında çok etkileşimli nedensellik, bağımlılığın ardında yatan karmaşık sistemi oluşturur. İnsanı yaşama bağlayan önemli beyin yollarından biri haz yolağıdır. Beyin çok çeşitli işlevleri yine çeşitliliğini artırarak, yeni durumlara adapte olarak sürdürürken bağımlılık geliştiğinde bu çeşitlilik kaybolur ve sadece haz arama, haz almaya odaklı tek yönlü bir yolağa saplanma söz konusu olur ⁽⁴⁾. Bu şekilde bir gelişimin oluşmaması için koruyucu

faktörler söz konusudur. Güçlü ve pozitif aile bağları; ebeveynlerin çocuklarının arkadaşlarından ve neler yaptıklarından haberdar olması; aile içi kuralların açık olması ve herkesin bunlara uyması; ebeveynlerin çocuklarının yaşamlarına ilgili olmaları; okulda başarılı olma; okul, kulüpler gibi kurumlarla kurulmuş güçlü bir bağ; uyuşturucu kullanımıyla ilgili doğru bilgilenme koruyucudur. Uyuşturucu madde kullanımına başlama süreci için olumsuz bir mikro çevre oluşması önemli bir etmendir. Ebeveynlerin çeşitli ruhsal sorunları ya da davranışsal problemleri olması, sosyal etkileşimin yetersizliği, çocuklarla bağlanma sorunları yaşamaları, ev içi şiddet varlığı, çocukların ise aşırı içe kapanıklığı, uyuşturucu kullanımının onaylandığı bir ortamda bulunmaları, davranışsal sorunları olan akranların yeterli yönlendirilmediği ya da değişim için desteklenmediği ortamlarda yaşamaları, uyuşturucu maddelere ulaşımın kolay olması bağımlılığı besler ^(5,6).

Özünde içinde yaşadığımız sistem tüketime dayalı olduğu için 'çabuk tüket, çabuk hazza ulaş ve tekrar tüketmek için hazzın peşinden git' mesajını fazlasıyla beslemektedir. Bireylerin dürtüleri sürekli uyarılmaktadır. Bu da önemli bir bağımlılık zemini oluşturmaktadır. Bir toplumda yoksulluk, eşitsizlikler, salgın hastalıklar, intiharlar ve şiddet olayları fazla ise yaygın madde kullanımı da bu tabloya rahatlıkla eşlik edebilir. Toplumda bağımlılık artışı sindemik bir fenomendir ^(7,8). Sindemide birden fazla salgının benzer hazırlayıcı faktörlerle aynı anda toplumda patlaması söz konusudur. Biyolojik açıdan da uyuşturucu maddeler, haz yolağındaki

etkileriyle haz alma davranışını zorlantılı hale getirme kapasitesi yüksek moleküllerdir. Genetik ve epigenetik özelliklerle birlikte, hücresel düzeyden sosyal çevreye kadar yükselen bir sarmalda bağımlılık gerçekleşir. Bireyde dürtüsellik ve zorlantının bir madde aracılığıyla pekişmesi bağımlılığın biyolojik mekanizmasını oluşturmaktadır⁽⁴⁾. Bağımlılık, zararlı madde kullanımının devam etmesiyle gelişen bir süreçtir. Kişi önce sigara, alkol veya maddeyi dener. Daha sonra bunları daha sık ve riskli bir şekilde kullanmaya başlar ve sonrasında bağımlılık gelişir. Dolayısıyla bağımlı olmadan önce kişi için bir 'kullanıcı olma' ve/veya 'alışma' süreci vardır. Bu yüzden bir kere bile madde denemek oldukça riskli bir davranıştır. Sigaranın bir kez denenmesiyle ortaya çıkan bağımlılık olasılığı eroin, kokain ve diğer uyuşturucu maddelerden bile daha fazla bağımlılık yapma potansiyeli taşır⁽¹⁾.

Tablo 113.1 Çeşitli maddeler için en az bir kez denemeyle bağımlılık oluşma olasılıkları.

Madde türü	Yüzde (%)
Tütün	32
Eroin	23
Kokain	17
Alkol	15
Uyarıcılar	11
Anksiyolitikler	9
Esrar	9
Analjezikler	8
Uçucular	4

Madde Bağımlılığının Yaygınlığı

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de tütün ürünleri kullanımı, alkol kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı önemli halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yıllara göre değerlendirildiğinde Türkiye'de 2013'te uyuşturucu maddeye bağlı ölümler 232 iken giderek artmış ve 2017'de 941'e ulaşmış, 2018'de ise bir düşüş göstererek 657'ye inmiştir⁽⁹⁾. Ülkemizde hane halkında alkol, tütün ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırmasında 2018 yılında Türkiye'yi temsilen kesitsel olarak seçilen bir örneklem üzerinden çalışma yürütülmüştür. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) Genel Nüfus Araştırması çalışma grubu tarafından belirlenen illerde, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafın-

dan seçilen adreslerde yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Yirmialtı ilde yapılan çalışmada TÜİK'in belirlediği 100.000 kişilik örneklemden, 42.754 kişi ile başarılı görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %52'si kadın (22.214 kişi), %48'i erkektir (20.540 kişi). Bu çalışmada son on iki ayda tütün ürünleri kullanımı sıklığı %33,3; alkol kullanımı %12,6; yatıştırıcı-sakinleştirici ilaç kullanımı %2,8; yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı ise %3,1 olarak saptanmıştır⁽⁹⁾.

Bir diğer çalışmada yine Türkiye'yi temsil eden bir örneklemden yaşam boyu (YB), bir yıl (BY) ve son bir ay (SBA) içinde tütün (YB: %51,8; BY: %35,1; SBA: %33,2), alkol (YB: %28,3; BY: %14,3; SBA: %10,1), madde (YB: %2,8) ve reçeteli uyuşturucu/yatıştırıcı (YB: %10,5; BY: %5,1; SBA: %3,7) ilaç kullanımı sıklıkları belirlenmiştir⁽¹⁰⁾. Bu çalışmaya göre tütün, alkol, madde kullanımı ve madde bağımlılığı Türkiye'de önemli sağlık sorunları olarak tanımlanmıştır. Reçeteli ilaç kullanımının daha ayrıntılı incelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Çalışma, yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum, medeni durum gibi özelliklerin bağımlılık ile ilişkili olduğunu göstermektedir⁽¹⁰⁾.

İstanbul'da bir kamu üniversitesi kampüsünde yapılan kesitsel çalışmada, son bir yıldaki alkol kullanımı sorgulandığında; katılımcıların %65,9'u hiç alkol kullanmadığını, %15,5'i ortalama ayda bir kereden az, %11,1'i ayda 1-2 kez, %5,5'i haftada 1-2 kez kullandığını belirtmişlerdir. İki kişinin (%0,6) ise alkol kullanım sıklığı her gün şeklindedir. Son bir yıldaki uyuşturucu madde kullanımı sorgulandığında; katılımcıların %94,8'i hiç kullanmadığını, %3,2'si 1 kez denediğini, %0,6'sı toplam 5 defa, %0,6'sı ise haftada 1-2 gün kullandığını belirtmiştir. Üç kişi (%0,9) ise haftada 3-4 gün uyuşturucu madde kullanmaktadır. Anne veya babası alkol/uyuşturucu madde kullananların oranı %10,1'dir.

Davranışsal Bağımlılıkların Yaygınlığı

Günlük yaşam ve kişilerarası ilişkilerdeki işlevselliği etkileyen yineleyici davranış bozukluklarının, bağımlılık kavramı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Geçmişte madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı kategorisi yeni sürüm DSM-V'de madde kullanım bozuklukları tanı kategorisi olarak değiştirilmiştir. Geçmişte sadece madde ile ilgili bozuklukları kapsayan bağımlılık kavramı maddeyle iliş-

kili olmayan davranışlar bütünü de kapsar duruma gelmiştir. Davranışsal bağımlılıkların temelinde yineleyici davranışlar yer almaktadır. Bireylere haz veren davranışlar, yinedikçe zamanla alışkanlık durumuna gelmektedir. Davranışsal bağımlılık türleri oldukça çeşitlidir (dijital oyun bağımlılığı, internet bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, seks bağımlılığı, kumar oynama bozukluğu, egzersiz bağımlılığı, yemek bağımlılığı, kişilerarası ilişki bağımlılığı, çalışma bağımlılığı).

Yirmi birinci yüzyılda alkol ve madde bağımlılığı artarken bunun yanına davranışsal bağımlılıklar da eklenmektedir. Oyun sektörü yıllık yaklaşık 75 milyar Dolarlık ciro ile önemli bir ticaret sahası haline gelmiştir. Cep telefonlarının oyun özelliği taşınmasıyla birlikte insanlar sürekli bir oyun makinesi taşıyor hale gelmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayanlarla yapılan bir çalışmada video oyunları oynayanların %58, oyun konsolu sahipliğinin %51, cep telefonunda oyun oynayanların ise %36 oranında olduğu gösterilmiştir. İnternet oyun bağımlılığı ruhsal bozukluklar arasında kategorize edilmeye başlanmıştır. Kumar bağımlılığı zaten ruhsal bozukluklar arasında tanımlanmaktadır ⁽¹¹⁾. Akıllı telefon bağımlılığı (NOMO: *Nomophobia - No Mobile Phone Phobia*) yaygın bir bağımlılık olarak incelenmeye devam etmektedir. İstanbul'da bir lisede yapılan kesitsel araştırmada cep telefonu bağımlılığı olmayan öğrenci tespit edilmemiştir. Değerlendirilen tüm öğrencilerde hafif (%48,5), orta (%45,6) ve ağır (%5,9) düzeyde NOMO saptanmıştır ⁽¹²⁾.

Bağımlılıkların Kontrolü ve Önlenmesi

Madde kullanım sıklıkları Avrupa ve ABD ile karşılaştırıldığında düşük gözlense bile artış eğilimi bir müdahale çalışmasını gerektirmektedir. Ekonomik ve sosyal yozlaşmanın sonucu olarak şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde kullanımında ve intiharlarda artış dönemleri bir sindemi içinde olduğumuzu düşündürmektedir ⁽⁸⁾. Sindemi bitirmenin yolu bütünsel bir sağlık anlayışı ile topluma müdahale programlarını yaşama geçirmektir. Bu yönde bütünsel sistemlerin kurulması gereksinimi vardır ⁽¹³⁾. Toplum içinde madde kullanımı sorunları kendini gösterince aileler ve mahalle sakinleri yaşadıkları ilçelerde bu talebi yükseltmişlerdir. Büyükşehirlerde halkın isteği ile madde kullanımının

biraktırılmasına yönelik poliklinik hizmeti veren merkezler kaymakamlık binalarında kurulmuştur. Bu talebe yanıt verilmiş olmasına karşın, bir sağlık örgütlenmesine ve çok sektörlü müdahalelere gereksinim vardır ve artmaktadır. Yanı sıra kronik hastalıkları önlemek için açılan koruyucu merkezlerde psikolog ve sosyal çalışmacılar bulunduğu için çeşitli ilçelerde madde bağımlıları bu merkezlere yönlendirilmişlerdir. Sağlıklı Hayat Merkezleri, amaçları bakımından bağımlılık açısından hizmet vermekte güçlük çekebilirler. İnsanın sadece tüketime odaklandığı, kendini gerçekleştirilmeye ve sağlıklı doyum alma olanaklarını bulamadığı bir ortamdan insanı ve toplum yararını önceleyen politikalarla yaşamın daha iyiye doğru evrilmesine yönelik çaba sarf edilmelidir. Uyuşturucu kullanımını doğuran mikro çevreleri sağlıklı çevrelere dönüştürme yönünde kentsel girişimler gerekmektedir.

Halk sağlığı için daha çok sigara mücadelesi, sağlıklı yaşamın geliştirilmesi, bunun için sistemler kurulmasına dair yaygın savunuculuk yapmaktadır. Bağımlılık sorunu, daha yaygın ve basit maddelerle gelişen bağımlılıklar üzerinden gelişmektedir. Erken yaşta sigara kullanımına başlama ya da alkol tüketimine başlama gibi davranışlar ileride gelişecek daha ağır bağımlılıkların öncülü olmaktadır. Türkiye'nin uyuşturucuyla mücadele konusunda ulusal eylem planı mevcuttur. Bu planın amacı uyuşturucu maddenin yarattığı zararları azaltmak toplumu bu sağlık tehlikesinden korumaktır. Madde bağımlılığı ile ilgili çok sektörlü bir mücadele yürütülmesi gereği bu planda da kendini göstermektedir. Planın hayata geçmesi için entegre bir ruh sağlığı hizmet sisteminin kurulmasına gereksinim vardır ⁽¹³⁾. Özellikle büyükşehirlerde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin daha bütünsel bir hizmet vermesi, birinci basamak sağlık sisteminin hastane sistemiyle entegre olması önemli bir gelişme olacaktır.

Bağımlılık yapıcı maddelerin topluma ulaşması ve tedavi ile ilgili çalışmalar sürse de maliyet etkinlik açısından sonuçları yüz güldürücü değildir, hem çok çaba ve masraf gerektirirler hem de sonuçları madde kullanımı tablosunu değiştirecek gücü barındırmaz. İnsanın psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin doyurulmasıyla ilgili sistem kurguları daha yüksek başarıya aday müdahaleleri içermelidir. Bu müdahalelerde insana yatırım daha fazla olmalıdır. Tam okullaşma, okulların niteliklerinin yükseltilmesi, öğretmenlere yatırım

yapılması, sportif, kültürel ve hobi faaliyetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Kişini kendini gerçekleştirmesinden haz almasını sağlayacak programlar geliştirilmesi böylece maddeden ve zararlı davranışlardan uzak bir şekilde haz alınan alanlar yaratılması gerekmektedir. Daha çok doğada zaman geçirmek de önemli bir koruyucu etkinliktir ve bu olanakların da sistematik olarak geliştirilmesine gereksinim vardır⁽¹⁴⁾. Kısa yoldan dürtüsel şekilde hazların madde uyarımı ile doyurulmasının yarattığı bağımlılık tüketici toplumun bir hastalığıdır ve ihmal edilmiş kitlelerin yozlaşmayla karşı karşıya kaldığının bir göstergesidir. Kentlerde kapsamlı sosyal müdahaleler ve daha eşitlikçi, olanaklara sahip, sosyal sermayesini geliştiren insanlar için madde bağımlılığı bir seçenek olmayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Babaoğlu, A. N. Uyuşturucu Tarihi. Ankara: Kaynak Yayınları, 1997.
- 2) Köknel, Ö. Bağımlılık (Alkol ve Madde Bağımlılığı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1998.
- 3) APA, A. P. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Amerika Birleşik Devletleri: Amerikan Psikiyatri Derneği Yayınları, 2013.
- 4) Stahl S. M., Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, Bölüm 14, İmpulsivite, Kompulsivite ve Bağımlılık, Dördüncü baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015.
- 5) El Rawas R, Amaral IM, Hofer A. Social interaction reward: A resilience approach to overcome vulnerability to drugs of abuse [published online ahead of print, 2020 Jul 2]. *EurNeuropsychopharmacol*.2020;S0924-977X (20)30193-0. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.06.008.
- 6) Ögel, K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 2010.
- 7) Perlman DC, Jordan AE. The Syndemic of Opioid Misuse, Overdose, HCV, and HIV: Structural-Level Causes and Interventions. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2018;15 (2):96-112. doi:10.1007/s11904-018-0390-3.
- 8) Dobbs G, Fogger SA. Caught in the Crossfire of the Syndemic. *J Addict Nurs*. 2018;29 (3):205-210. doi:10.1097/JAN.0000000000000238.
- 9) Türkiye Uyuşturucu Raporu-2019, T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, EGM Yayın Katalog No:73. Ankara, 2019.
- 10) İlhan MN, Arıkan Z, Kotan Z, et al. Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. *Noro Psikiyatr Ars*. 2016;53 (3):205-212. doi:10.5152/npa.2015.10050.
- 11) Evren C. Ed. Davranışsal Bağımlılıklar, Psikiyatride Güncel, Cilt 6; Sayı 3, 2016.
- 12) Eren B., Kılıç Z. N., Günel S. E. Kırçalı M. F., Öznacar B. B., Topuzoğlu A. Evaluation of nomophobia and related factors in high school students Anadolu Psikiyatri Derg. Year: 2020, Volume: 21, Issue: 2: 133-140. DOI: 10.5455/apd.56124.
- 13) NHS. (2007). Standards for integrated care pathways for mental health. Available at: http://www.healthcareimprovementscotland.org/programmes/mental_health/icps_for_mental_health/standards_for_integrated_care.aspx.
- 14) Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement (2016) London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation.

Ruh Sağlığı

> Okuryazarlığı

114

UZM. DR. ŞEYMA ARSLAN • PROF. DR. SELMA KARABEY

Ruh sağlığı okuryazarlığı ruhsal bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır⁽¹⁾. Ruhsal bozuklukların tanınması pozitif ruh sağlığı kavramını, ruhsal bozuklukların nedenleri ve risk faktörlerini içeren bir kavramdır. Ruhsal bozuklukların yönetilmesi kavramı ise ruhsal bozuklukların tanı sürecini, ruhsal hastalıkların tedavi bilgisini, uygun yardım arama davranışını ve takip sürecini içinde barındırır. Bunlara ek olarak zamanla ruh sağlığı okuryazarlığı tanımına ruhsal bozukluklara karşı damgalamanın azaltılması da dahil edilmiştir^(2,3).

Ruh sağlığı okuryazarlığı tüm bu bileşenlerin değerlendirilmesi ile ele alınmaktadır. Bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalar iki başlıkta inceleyebiliriz:

1. Ruhsal hastalık bilgisine yönelik çalışmalar: Tanı, tedavi, yardım arama bilgilerini ele alanlar
2. Ruhsal bozukluklara karşı damgalamayı değerlendiren çalışmalar

Ruhsal Hastalık Bilgisine Yönelik Çalışmalar

Yıldız ve arkadaşları tarafından yapılan ruhsal hastalıkları olan bireylerin kullandıkları ilaçların isimlerini bilme durumlarını değerlendiren bir çalışmada hastaların %44'ü kullandıkları herhangi bir ilacı doğrudan hatırlayamazken, %30'u ipuçları ile anımsatılsa bile doğru biçimde seslendirememiştir. Bazı ilaçlar için, ilaç kullanım süresi ve eğitim düzeyi arttıkça daha kolay hatırlayıp seslendirdik-

leri görülmüştür. Ancak bu oran bile beklenenin onda biri kadar gerçekleşmiştir⁽⁴⁾.

Eğitim fakültesinde öğrenim gören 724 öğretmen adayı ile yapılan çalışmada ruhsal bozuklara yönelik yardım arama davranışları değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan öğretmen adaylarının %67,3'ü yardım arama konusunda istekli bulunmuştur. Öğretmen adaylarının ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek amacıyla daha çok informal kaynaklara başvurduğu, %39,2'sinin ise yardım aramadığı bulunmuştur. Yardım aramada engelleyici faktörler olarak ileri sürülen anlaşılma, yardımcı olunacağına inanmama kaygıları ve başkaları tarafından yargılanma korkuları, yardım almakta çekinme ve nereye başvurulacağına bilememe ruhsal belirtilerle ilişkili bulunmuştur⁽⁵⁾.

Yaşlı bireylerin psikolojik yardım arama tutumlarını inceleyen bir çalışmada 428 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmayan katılan ve son bir yılda ruh sağlığı şikâyeti yaşadığını belirtenlerin %45,5'i şikâyetiyle ilgili sağlık kurumuna başvurmuştur. Çalışmada Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği uygulanarak puan ortalaması 16,70±4,99 olarak hesaplanmıştır. Daha önceki çalışmalara göre değerlendirildiğinde yaşlı bireylerin psikolojik yardım aramaya ilgili tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur⁽⁶⁾.

Lise öğrenci ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığının değerlendirildiği bir çalışmaya 743 öğrenci ve 253 öğretmen katılmıştır. Çalışmada öğrencilerin depresyon, şizofreni ve sosyal fobi senaryolarını tanıma oranları sırasıyla %27,5, %47,7, %6,2 olarak bulunurken, öğretmenlerin ise sırası-

la %46,5, %42,7, %26,1 olarak bulunmuştur. Öğretmen ve öğrencilerin hastalıklara yönelik ilaç bilme oranları şizofreni ve sosyal fobide %1'in altında kalmıştır. Öğrencilerin senaryoları doğru tanıma oranları ile cinsiyet, yaş, anne eğitim düzeyleri ve baba eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır. Psikolojik yardım arama da psikolog ve psikiyatristlerin yanında yakın aile üyeleri ve arkadaşlara güvenildiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin profesyonel yardım almasına engel olabilecek en sık nedenler arasında, "Hiçbir şeyin yardımcı olmayacağını düşünmek", "Çok mahcup / utangaç olmak", "Kişinin sizle ilgili olumsuz düşüneceği endişesi" ve "Yardım almanın ücreti" sıralanırken öğretmenlerin en sık nedenleri ise "Yardım almanın ücreti", "Tedavinin yan etkileri konusunda endişelenmek", "Randevu almanın zor olması" ve "Kişinin söyleyeceğinin yanlış olabileceği endişesi" olarak belirlenmiştir (7).

Sarıkoç ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ruhsal hastalığa sahip bireylerin %40'ı yakınlarının hastası için tıbbi tedavi dışındaki uygulamalarda bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %89,3'ü geleneksel dini uygulamalara başvurmuş, %81,2'si tıbbi tedavi dışındaki uygulamaların hastalarına zararı olmayacağını düşünmektedir (8).

Ruhsal Bozukluklara Karşı Damgalamayı Değerlendiren Çalışmalar

Ülkemizde ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar birçok araştırmada ele alınmıştır. Bu araştırmaları bir araya getirmek amacıyla Çam ve Bilge tarafından 2013 yılında sistematik derleme çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada 27.11.2012-29.08.2013 tarih aralığında Google ve Google Akademi veri tabanında ruhsal hastalıklara yönelik tutumları değerlendiren 59 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmaya göre kırsal kesimde yaşama, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hasta kişilerle deneyimin olması, ruhsal hastalık ve hastaya karşı inanç, tutum ve damgalamayı etkilemektedir. Ruhsal hastalıklar arasında damgalamadan en çok etkilenenlerin şizofreni hastası oldukları bulunmuştur. Bunun yanında hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin hastalığın şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Hasta yakınları toplum damgalama-

sından çekindikleri için hastalık tanısını gizleme eğilimindedir. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler hariç psikiyatristlerin, pratisyen hekimlerin, psikiyatri dışı hekimlerin damgalayıcı tutumlara sahip oldukları bildirilmiştir (9). Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmada 5 yıllık izlem yapılmış ve son sınıf öğrencilerinin daha olumlu tutumda oldukları gözlenmiştir (10). Niteliksel bir çalışmada ise alanda çalışan hemşireler hastalara yönelik en çok tedirginlik ve şefkat duygularını yaşadıklarını, hastalara yönelik damgalama nedeniyle hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin güçleştiğini belirtmişlerdir (11).

Sonuç

Ruh sağlığı okur yazarlığının düşük olması iyi ruh sağlığı bilgisinin yetersizliğine, ruhsal bozukluk durumlarında tanı gecikmesine, ruhsal hastalıklara yönelik uygun yardım arama davranışının erelenmesine ve dolayısıyla tedavinin gecikmesine, tedavi sürecindeki hastalar için ise tedavide uyumsuzluklara yol açmaktadır. Ülkemizde damgalamayı azaltacak, ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirecek daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997 Feb;166 (4):182-6.
- 2) Jorm AF. Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67 (3):231-43.
- 3) Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. Vol. 25, *European Child and Adolescent Psychiatry.* Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2016. p. 567-9.
- 4) Yıldız M, Boşgelmez Ş, Çakır U, Bülent YAZICI A, Turgut C, Yazıcı E, et al. Kabul tarihi: 20.11. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2013;15:275-81.
- 5) Uzman E, Telef BB. Öğretmen Adaylarının Ruh Sağlığı ve Yardım Arama Davranışları. *Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2015;28 (3).
- 6) Yılmaz F. Yaşlı Bireylerin Psikolojik Yardım Arama Tutumlarını Etkileyen Faktörler: Ankara'da Toplum Tabanlı Bir Araştırma. *Uluslararası Hakemli Psikiyatr Ve Psikol Araştırmaları Derg [Internet].* 2016 [cited 2020 Jul 26];3 (5). Available from: <https://baskent.elsevierpure.com/tr/publications/yaşlı-bireylerin-psikolojik-yardım-arama-tutumlarını-etkileyen-fa>
- 7) Arslan Ş. İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi; 2020.

- 8) Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açıkel CH, Askeri G, Akademisi T, et al. Ruhsal hastalılarda yardım arama: Hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. Balıkesir Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 26];4 (1):32–7. Available from: www.bau-sbdergisi.com
- 9) Üniversitesi E, Fakültesi H, Sağlığı R, Hemşireliği H, Dalı A, Çam O, et al. Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme The Process of Stigmatization, Attitude, and Belief about Mental Illness and Patient in Turkey: A Systematic Review. J Psychiatr Nurs. 2013;4 (2):91–101.
- 10) Esen Danacı A, Balıkçı K, Aydın O, Cengiz C, Burak UYKUR A, Esen Danacı A. Tıp Eğitiminin Şizofreniye Yönelik Tutumlar Üzerine Etkisi; 5 Yıllık İzlem Çalışması 2. 2016;27 (3).
- 11) Ceylan B, Uyaroğlu A. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşleri ve önerileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2018;21 (2):97–103.



Toplum Ruh Sağlığında Türkiye'ye Uyarlanabilecek İyi > Uygulama Örnekleri

115

DR. AZİZE TİRYAKIOĞLU

Zihinsel, fiziksel ve sosyal sağlık tüm bireyler için yaşamsal ve iç içe geçmiş parçalardır. Sağlığın bileşenleri arasındaki bu ilişkiyi daha iyi kavradıkça, ruh sağlığının kişilerin, toplumların ve ülkelerin iyilik hali için önemi daha da ön plana çıkmaktadır. Ruh sağlığı bireyin; yeteneklerini fark etmesi, günlük hayatın stresleriyle baş etmesi, çalışma verimliliği ve doyumu, topluma katkıda bulunmasını sağlayan iyilik hali olarak tanımlanabilir. Ruh sağlığı sorunları sadece kişinin kendisini değil, aile, sosyal çevre ve tüm toplumu etkiler⁽¹⁾.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre her altı kişiden birinde tanı konulacak düzeyde ruhsal hastalık bulunduğu ifade edilmektedir. Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında genetik ve çevresel etmenler ve bu etmenlerin birbiriyle etkileşimi önemli rol oynamaktadır. Ruh sağlığının korunması, ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi, nitelikli ruh sağlığı hizmetleri kadar, ebeveynlerin ruhsal, bedensel, sosyal iyilik hallerinin korunması, sağlıklı gebelik ve sağlıklı ebeveyn-bebek/çocuk ilişkisinin oluşması ve korunması da önemlidir⁽²⁾.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine baktığımızda daha çok hastane temelli yaklaşımın devam ettiği, hastaneden belli tanıları alan hastalara yönelik hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) hizmet verdiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığında birincil korumaya yönelik çocuğun psikososyal gelişiminin desteklenmesi programı aile hekimliklerince yürütülmektedir. Tanı almamış olan ağır ruh sağlığı sorunları için hastaların veya yakınlarının başvurabilecekleri kendilerine en yakın sağlık kuruluşu

aile hekimliğidir. Buradan sonuç alamayan bireylerin şikayetleri ise ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı ruh sağlığı biriminde görev yapan doktor, psikolog ve sosyal çalışmacıdan oluşan ekipçe (coğrafi konuma göre ekip üyeleri farklılık gösterebilir) yerinde incelenerek ilgili kuruluşa, genellikle de hastane psikiyatri polikliniği veya servisine yönlendirilmektedir. Bu yazıda ruh sağlığı alanında ülkemize uyarlanabilecek iki iyi uygulama örneğinden bahsedilecektir.

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Modeli

Tarihsel olarak değişen koşullar ve dünya ile beraber ruh sağlığı hizmetlerinin de değişip dönüştüğü görülebilir. Hızla artan kentleşmeyle beraber, ruh sağlığı hizmetlerine daha iyi erişebilmek, daha iyi klinik ve toplumsal sonuçlar elde etmek, artan hizmet ihtiyacına cevap verebilmek ve insan haklarını korumak için büyük ruh sağlığı hastanelerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş öngörülmüştür⁽³⁾.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli; hastaların hastaneye yatışları önlenerek toplumsal yaşamdan kopmalarının engellenmesi, işlevselliklerinin geri kazandırılması, takip ve tedavilerinin devamlılığının sağlanması, hastanın yaşadığı çevrede temel yaşam gereksinimlerinin karşılanması, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve özerkliğini sürdürmesi için ihtiyacı olan desteğin sağlanması hedeflenir⁽³⁾.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri çerçevesi, ruhsal ve fiziksel sağlık; sağlık ve sosyal bakım,

sivil toplum kuruluşları, yerel topluluklar; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki bariyerleri kırarak entegre, kişiselleştirilmiş, coğrafya temelli ve iyi koordine edilmiş ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasına öncülük eder. Ruh sağlığı sorunu olan kişilerin ihtiyacı olan yerde ve zamanda hizmete ulaşabilmesini, kendi durumlarına uygun ve kişiselleştirilmiş programlar sunulmasını ve kişinin aktif katılımcı olduğu bir toplulukta bulunmasını sağlar. Bu esnada kişinin ailesi, sosyal çevresi ve yerel paydaşlarla çevrili olmasına özen gösterir.

Entegrasyonu sağlanmamış bir sağlık hizmet sunumunda, başvuranın bir kereden fazla değerlendirilmesi yaygındır. Bu durum kişinin strese maruz kalmasına ve tedaviyi bırakmasına, ertelemesine veya sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmasına sebep olur. Öte yandan bu durum karşılanmamış ruh sağlığı hizmetleri ihtiyacı ile başvuruları artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerine yansır⁽⁴⁾.

Birçok Avrupa ülkesi toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeline geçiş yapmıştır veya geçiş yapmayı planlamaktadır. İlk olarak 1978 yılında ruh sağlığı yasasını çıkartan İtalya modelin ilk uygulayıcılarından olmuştur. İtalya deneyiminde öğrenilen ilk ders, psikiyatri hastanelerinin gerekli olmadığıdır. Psikiyatri hastaneleri tedavi ve bakım hizmetlerinin verildiği, toplumdaki uzak kurumlardır. Uzun yatışlardan sonra hastanın kendi başına yaşamını idame ettirmekte zorlandığı görülmüştür⁽³⁾. İtalya'da, psikiyatri hastanelerindeki kişi sayısı 1978'de 78.538 kişiden 1998'de 7704'e düşmüştür. 2000 yılına kadar tüm psikiyatri hastaneleri kapatılmıştır. Şu anda, psikiyatri hastanelerinde yatak bulunmamaktadır; bununla birlikte, 100.000 nüfus başına genel hastanelerde psikiyatri servislerinde 10 yatak ve 100.000 nüfus başına toplum yerleşim tesislerinde 46 yatak bulunmaktadır. Azalan yatak sayısı intihar sayılarında artışa yol açmamıştır. OECD verilerine göre, intihar oranları İtalya'da stabil kalmıştır: 1978'de 100.000 kişi başına 7.1 intihar olurken, 2012 yılında 100.000 kişi başına 6.3 intihar olmuştur. Toplam psikiyatrik yatak sayısının azaltılması zorunlu yatışların artmasına neden olmamıştır. İtalyan reformunun uygulanmasından sonra, zorunlu yatışların mutlak sayısı 1978'de 20.000'den 2015'te 9000'den az olmak üzere kademeli olarak azalmıştır. Benzer şekilde, zorunlu psikiyatrik yatış oranı 1978 ve 2005 arasında kademeli olarak azalmış ve bundan sonra da sabit kalmıştır.

2015 yılında 187,205 psikiyatrik yatışın % 5'inden azıdır (8,815)⁽⁵⁾.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, kapsamlı bir ruh sağlığı sisteminin ayakta tedaviyi, toplum bakımını, genel hastanelerde akut yatan hasta bakımını ve toplum temelli yatılı bakımı içermesi ve entegre etmesi gerektiğini öne süren toplum hastane dengesi modeliyle (balanced care model) çelişmektedir⁽⁵⁾.

Türkiye'de, 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'yla birlikte toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmesi hedeflenmiştir. TRSM'ler de bu hedef çerçevesinde kurulmuş, ancak henüz hedeflenen sayı ve kapsama ulaşamamıştır⁽³⁾.

Sağlıklı Düşünmek Programı

Çocuklar geleceğin ebeveynleri, çalışanları ve yaşlı nüfusu olarak toplumu etkiler. Toplum sağlığının iyiliği ve iyilik halinin devamlılığı her çocuğun yaşamına en uygun sağlıklı başlangıcın sağlanmasından geçer⁽⁶⁾.

Perinatal depresyon yenidoğanın büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkilerken aile içi sorunlara da sebep olmaktadır. Pakistan'da nüfusun yarısından fazlasının kırsal kesimde yaşadığı, okur yazarlık oranının düşük olduğu, 20.000 kişiye bir doktor, bir ebe, bir aşıcıdan oluşan temel sağlık biriminin sağlık hizmetlerini yürüttüğü Rawalpindi şehrinde ülkede yaygın görülen bu soruna yönelik geliştirilen **sağlıklı düşünmek programı** bir psikolojik müdahale programıdır. Teorik temeli bilişsel davranışçı terapiye (BDT) dayanan bu program, planlanma aşamasında yürütülen çalışmalar ışığında perinatal depresyonun psikolojik müdahalesinde hasta/aile, sağlık çalışanı, sağlık sistemi düzeylerinde de uygulanabilir, sürdürülebilir, ulaşılabilir olmayı hedeflemektedir.

Programın planlanma aşamasında yürütülen çalışmalarda, depresyona yönelik konuşma terapisi ailelerce fayda sağlayacak bir yöntem olarak görülmediğinden ve depresyon tanısı konulan bireyler kendilerini stigmatize edilmiş hissettiklerinden, tüm aileyi kapsayacak gündem olan bebeğin gelişimini desteklemek; annenin ruh sağlığına yapılacak bir müdahale için fırsat penceresi olarak değerlendirilmiştir. Böylece direnç ve stigma ile karşılaşmadan, farklılıklar bir kenara bırakılarak, annenin (birincil bakım verenin) fiziksel psikolojik sağlığının geliştirilmesi çabaları ele alınabilmektedir.

Müdahale anneyi izole etmeden tüm aile bireylerini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Annenin pasif bir şekilde tavsiye alması değil, sağlığı geliştirici uygulamalarda aktif olarak yer alması hedeflenmiştir.

Programın yürütücüsü olarak doğum öncesi ve sonrası bakımda yer alan, ev ziyareti yapan genellikle lise mezunu, altı aylık anne-çocuk koruyucu sağlık hizmetleri eğitimi almış, köy kökenli kadın sağlık çalışanları (Lady Health Worker) belirlenmiştir. Müdahale programı, ağır çalışma yükü olan sağlık çalışanlarına ekstra iş yükü getirilmeden, var olan çalışmanın içine entegre edilmiştir. Programın içeriği, annenin ve bebeğin dönemsel ihtiyaçlarına cevap verebilecek, stigmadan kaçınacak ve kültürel uygunluğu gözetilecek şekilde planlanmıştır.

BDT ilkeleri yerel sağlık çalışanlarının kullanımı için basitleştirilmiş, müdahale için kullanılabilecekleri Sağlıklı Düşünmek Program Kılavuzunda üç adımlı bir yaklaşım benimsenmiş ve tüm program boyunca bu adımlar tekrar edilmiştir. Program toplam beş modül ve 16 oturumdan oluşmakta ve her oturum yaklaşık 45 dk sürmektedir.

Modül 1 (4 oturum): Bebek için hazırlık (Gebeliğin son ayında haftalık oturumlar)

Modül 2 (3 oturum): Bebeğin gelişi (Doğum sonrası ilk ayda haftada iki oturum)

Modül 3-4-5 (9 oturum): Erken, Orta ve Geç Bebeklik (Aylık oturumlar)

Her modül; annenin iyilik hali (ruh hali ve kişisel sağlık), anne-bebek ilişkisi, annenin çevre ile ilişkisini kapsarken; oturumlar ise aktif dinleme seansının ardından üç adım yaklaşımını içermektedir. Birinci adım, sağlıksız düşünceyi tanımlamayı öğrenmek; annelere nasıl hissettiklerini ve ne zaman harekete geçebileceklerini inceleme kabiliyeti kazandırmayı amaçlamaktadır. İkinci adım, sağlıksız düşüncenin faydalı düşünce ile yer değiştirilmesidir. Program annelere bu düşüncelerin doğruluğunu sorgulatmaya yardımcı olarak, daha uyarlanabilir/adapte edilebilir alternatif düşünceler önermektedir. Geleneksel BDT modifiye edilerek, sağlıklı düşünme önerilerine aile bireyleri de dahil edilmiş, böylece aile üyeleri de anneye sağlıksız düşüncelerle başa çıkma ve değiştirme konusunda yardımcı olabilmıştır. Üçüncü adım, annelerin 'sağlıklı' düşünme pratiğine yardımcı olacak öneriler ve 'ödevler'dir. Bu faaliyetlerin yürütülmesi programın başarısı için önemle değerlendirilmiştir. Annelere, oturumlar arasında ilerlemelerine yardımcı olmak için bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış

sağlık eğitimi ve diğer materyaller verilmiştir. Bu faaliyetlerin odak noktası her evde "sağlık köşesi" ve her anneye verilen "sağlık takvimi"dir. Takvim, hem sağlık çalışanı hem de annenin ödev ve grafik ilerlemesini izlemesine yardımcı olur.

Programın uygulayıcısı olan sağlık çalışanları iki günlük eğitimin ardından dört ay sonra bir günlük tazeleme eğitimi almışlardır. Müdahalenin yürütülmesinde her seansı yürütmek için adım adım talimatlar içeren eğitim kılavuzu; anneler için aktivite çalışma kitapları; sağlık ilerleme ve faaliyetleri izlemek için takvim, sağlık çalışanları için eğitim kılavuzu kullanılmıştır. Müdahalenin yürütülmesi esnasında aylık olarak tüm sağlık çalışanları için 10 kişilik gruplar oluşturularak, bir psikiyatri ve halk sağlığı uzmanı tarafından süpervizyon toplantıları düzenlenmiş, karşılaşılan problemler tartışılarak, deneyim paylaşımında bulunulmuştur. Süpervizyonlarda çözüm önermek yerine 'beyin fırtınası' yöntemiyle ilerlenmiştir. Yerel dil, gelenekler ve günlük pratikler ortaya çıkan çözümlere eklenmiştir. Sağlıklı Düşünmek Programı, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği hafif psikolojik müdahale programları kapsamına alınmıştır. Her ülkenin kendi dinamikleri ve kültürel bileşenleri göz önüne alınarak programın ülkelerdeki mevcut sisteme entegre edilmesi önerilmektedir (7-10).

Kaynaklar

- 1) WHO. Investing in Mental Health https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf (Erişim tarihi: 24.07.2020)2003
- 2) Kılıç C. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözümler Önerileri http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf (Erişim tarihi: 23.07.2020)2017
- 3) Tükel R. Dünden Bugüne Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri: Nasilde Nasıl Olmalı? Toplum ve Hekim. 2020;35 (3):167-78.
- 4) NHS. The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.pdf> (Erişim tarihi: 20.06.2020)2019
- 5) Barbui C., Papola D., Benedetto S. The Italian mental health-care reform: public health lessons. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96:731-A.
- 6) Blair M., Rigby M., Alexander D. Work Package 1: Final Report on Current Models of Primary Care for Children. 2017.
- 7) WHO. Thinking Healthy A manual for psychological management of perinatal depression https://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/ (Erişim Tarihi: 24.10.2019)2015
- 8) Rahman A. Challenges and opportunities in developing a psychological intervention for perinatal depression in rural Pakistan@ a multi-method study. Archives of Women's Mental Health. 2007;10:211-9.

- 9) Rahman A. Treating perinatal depression for 2 cups of coffee
https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/ThinkingHealthy_PolicyBrief_FINAL.pdf
(Erişim tarihi: 21.03.2020)2016
- 10) Rahman A., Malik A., Sikander S., Roberts C., Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2008;372:902-9.

Psikolog Gözünden Birinci Basamak Ruh > Sağlığı Hizmeti

116

UZM. PSK. ERKAM ÜNAL

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olması sebebiyle, biyo-psiko-sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmak olarak tanımlamaktadır. Sağlık, salt fizyolojik olarak bütünlüğü korumak ve iyi olmak değil, psikolojik ve sosyolojik olarak da iyi olmaktır. Sağlıktan söz edildiğinde beden ve ruh sağlığının birlikte iyi olması olarak tanımlanmış olsa da beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, diğer yandan ruh sağlığının beden sağlığına göre daha soyut konuları kapsamaması, uygulamada ruh sağlığına ve ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmesini engellemiştir. Öncelikle kanun koyucular ve hizmet sağlayıcılar tarafından ruhsal sorunlar ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmeli ve her ne kadar her ruh sağlığı sorunu için risk grupları değişiyor olsa da toplumun tüm kesimlerinin özgül risk altında olduğu bilinciyle ortak akılla eyleme geçilmelidir. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalar ve saha taramaları ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığını ele almış, birçok sağlık sorununda olduğu gibi, sorunun yalnızca bireysel değil, toplumsal bir mesele olduğunu ortaya koymuş, ruh sağlığı sorunlarının olumsuz sonuçlarının gözle görülebilir bir hale gelmesini sağlamıştır.

Bu sebeple tüm dünya ile birlikte, ülkemiz de ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamakta yeterli şekilde sunmaya çalışmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından 1995 yılından bu yana çeşitli projeler yürütülmüş, ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği hizmetlerine (birinci basamak sağlık hizmetlerine) entegre edilmesi hedeflenmiştir.

Bu yazıda ruh sağlığı hizmetinde önemli bir yeri olan psikologların birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerindeki rolü ele alınacaktır. Ruh sağlığı hizmetinde meslek elemanı olan psikologların daha etkin yer alabilmeleri için sahada karşılaşılan sorunlar, sorunların uygulamaya olumsuz etkileri ve öneriler birlikte sunulacaktır.

Ruh sağlığı çalışanları olarak hepimiz hizmet sektöründeyiz. Psikiyatri uzmanları, pratisyen hekimler, aile hekimleri, psikologlar, klinik psikologlar, hemşireler, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları, psikolojik danışmanlar, insan sağlığına hizmet ediyoruz. Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların önemli bir bölümü birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alır. Birinci basamak sağlık hizmetleri korunma ve tedavi yönünden ilk başvuru yeri olması nedeni ile önemli bir konuma sahiptir. Türkiye’de ruh sağlığı alanındaki mevcut çalışmalar sadece tedavi edici hekimlik üzerinden yürütülmektedir. Dolayısıyla koruyucu-önleyici ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Planlamalarda birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri yer alsa da, uygulama için elverişli koşulları olmayan birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin iş yükünü ikinci basamak sağlık hizmetleri taşımaktadır. Oysa ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta verilmesini aksatan meseleler belirlenip çözüme kavuşturulmalıdır. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinde karşılaşılan en büyük problemlerden biri sağlık hizmetini kimin nasıl vereceği ile ilgilidir. Böyle bir tabloda psikologların ruh sağlığı hizmetindeki rolleri ve yerleri muğlaktır.

22 Mayıs 2014 Tarihli ve 29007 Sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik özellikle psikologların klinik psikologlar ya da psikiyatri hekimleri gözetiminde hizmet sunması gerektiğini belirtir. Ülkemizde bu koşulu sağlayabilecek yeterli sayıda psikiyatri hekimi ve klinik psikolog ne yazık ki yoktur. Bu koşulun dışında psikologların ruh sağlığı hizmetinde nasıl rol alabilecekleri net ve yeterli şekilde belirtilmemiştir. Ruh sağlığı yasası oluşturulmamıştır. Devlet eliyle sağlık politikalarının oluşturulması için ruh sağlığı ve meslek yasaları şarttır. Tanımlamaların olmadığı yerde belirsizlik oluşur. Belirsizlik bilime dayalı, etkin ve standart uygulamaların yapılmasını engeller. Sağlık hizmetini uygulayan kişilerin görev tanımları, sınırları, sınırlılıkları, becerileri, yeterlilikleri netleştirilmediğinde yapılan planlar ne kadar iyi olsalar da uygulayıcılar etkin olmadığında, planlar sadece uygulanamamış planlar olarak kalır.

Tasarıda iyi bir plan olarak duran hali hazırda var olan devlet sağlık politikası projeleri mevcuttur. Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan ve 01.02.2019 tarih ve 23859870/279 sayılı yazısında yer alan “*Sağlıklı Hayat Merkezi Psiko-sosyal Destek Uygulamaları İş Akış Rehberi*” nde ruh sağlığı hizmetlerine dair tanımlama yapılmıştır ⁽¹⁾. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından ruh sağlığı hizmetinde yapılan tanımlamalarda belirtilen psikologların, psikiyatri hekimi ve/veya klinik psikolog gözetiminde psikolojik destek sunma şartı Sağlıklı Hayat Merkezi İş Akış Rehberi’nde belirtilmemiştir. Psikoloğun sunacağı bireysel ruh sağlığı hizmetlerini “danışmanlık vermek” olarak tanımlamış ve bireysel ruh sağlığı hizmetini psikiyatri hekimi/ klinik psikolog gözetimi olmadan verebileceğini aktarmıştır. Bu durum hizmet sunan ve hizmet alanlar için kafa karıştırıcıdır. Psikolog ikinci basamak sağlık hizmetlerinde (hastanede) görev aldığı takdirde bireysel görüşmeleri psikiyatri hekimi-klinik psikolog olmadan yapamaz; fakat aynı psikolog birinci basamak sağlık hizmetlerinde (SHM’de) bireysel görüşmeler yapabilir. Ruh sağlığı hizmeti almak isteyen kişi bu şartlar altında aynı psikologtan SHM’de hizmet alabilir fakat hastanede hizmet alamaz. Bu ikircikli durum ortadan kaldırılmalıdır. Psikologların birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde etkin rol alması desteklenmelidir.

Psikologların öncelikle sundukları hizmetleri kelimelerle tanımlamak yerine (danışmanlık, psikolojik destek, bireysel görüşme, tedavi, terapi, psikoterapi vb.) sunulacak hizmetin tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bilimin kanıtlandığı, en etkin, en güncel yaklaşımın içeriği ile detaylı tanımlanması ve standart hale getirilmesi gerekir. Birinci basamak tıbbi sağlık hizmetinin standartları, çerçevesi ve içeriği ülkemizin farklı birçok bölgesinde özgül durumlar dışında aynıdır. Sunulan hizmetin ismi, tanımı, içeriği, ulaşılma biçimi aynıdır. Tıbbi sağlık hizmetini sunan kişilerin (aile hekimi, aile sağlığı elemanı) görevleri, eğitimleri, yetkinlikleri, sorumlulukları, sınırları, sınırlılıkları aynıdır. Fakat özellikle birinci basamak ruh sağlığı hizmetinde ülkemizin farklı bölgelerinde şartlara özgü durumları kenara bırakıyor olsak bile, aynı kişilerce aynı uygulamaların yapıldığından bahsetmek ne yazık ki mümkün değildir. Sunulan/sunulacak hizmetin standart isim, standart uygulama, standart uygulama şekli, standart uygulayıcı ve hizmete standart ulaşma şekli detaylı olarak tanımlanmalıdır.

Elbette birinci basamakta yer alan ruh sağlığı çalışanları, ruh sağlığı hizmetini en iyi şekilde sunabilmek için tüm iyi niyetiyle çabalamaktadır. Ancak kişiye özgü iyi niyet, işlevsel ruh sağlığı hizmeti için ön koşul olsa da yeterli değildir. İnsan sağlığı ile ilgilenen ve insanların acılarını dindirmeye çalışan kişilerin minimum değil maksimum eğitim standartları ile donanmaları gerekir. Eğer bu mümkün değilse optimal düzeyde eğitim almaları gerekir. Peki bu nasıl sağlanır? Bu hedef doğrultusunda gitmek için çok çeşitli yol var. Fakat ruh sağlığı hizmetini sunmak için gerekli olan optimal bilgi ve arzu edilen maksimum bilgi düzeyine ulaşmak için gidilecek yollar “nitelikli” olmak zorundadır. Bu şartı yerine getirmek sadece bilimsel bilgi ile mümkündür. Meslek elemanı olan psikologların ruh sağlığı hizmetini en etkin şekilde yürütebilmeleri için uygulamalı, iyi bir eğitim sürecinden geçmeleri pek tabii elzemdir. Kısa vadeli değil, uzun vadeli, çok değişkenli olmasına rağmen stabil ve sistematik meslek elemanı yetiştirme programı yürürlüğe konmalıdır. Standart “psikolog” yetiştirme programının uygulanmayışı, ruh sağlığı hizmetinde görev alan tüm çalışanların etkin olmamasına, uygun görev dağılımının yapılmamasına, sadece ekip çalışmasıyla en iyi sonuçların elde edilebileceği ruh sağlığı hizmetinin ekip ruhu oluşturulmadan yürütülmesine sebep olmaktadır. Bu durum, ruh sağlığı

ğı hizmeti alan kişilerin de faydadan ziyade, hatta kimi zaman zarar görme ihtimalini ortaya çıkarır. İnsan sağlığına hizmet bir ekip çalışması ürünüdür. Ruh sağlığı çalışanları arasında, işbirliği, en alt değil en üst düzeyde olmalıdır. Belirgin görev tanımı ve dağılımının olmaması işbirliği içinde ruh sağlığı hizmeti verilmesini engeller.

Bilimsel bilgi yani kanıta dayalı bilgi de ancak pratik edilerek beceri haline dönüşür. Bir beceride ne kadar çok pratik edilirse o kadar çok uzmanlık sağlanır. Bilimsel bilginin ışığında uygulamalı ruh sağlığı eğitiminin neden önemli olduğunu şöyle anlatmak mümkün: Kanser olsaydınız önce kimden tedavi almayı seçerdiniz? Bilimden uzak uygulamalar yapan, işinin ehli olmayan birinden mi, yoksa en güncel bilimsel bilgiye dayalı teknikleri uygulayan uzman hekimden mi?

Akademik eğitimin nihai amacı öğretmekten ziyade eğitmektir. Bu sebeple lisans eğitimlerinin tümü eğitimin sonunda “ünvan” verir; yani lisans eğitiminin amacı kişinin “olmasını” sağlamaktır. Lisans eğitimi kişinin, öğretilen bilgiyi uygulayabilecek kişiye dönüşmesini hedefler. Belge sahibi olmak, bilgi sahibi olmak değildir. Bilgi sahibi olmak bilgiyi kullanma becerisi vermez. Uygulamaya dönük meslekler kâğıt üzerinden değil, okul üzerinden edinilir. Okul neyin nasıl yapılacağını, en iyi yapma biçimini, pratik etme fırsatını vere vere “kişinin olmasını” sağlayan sistemli ve disiplinli bir işleyiştir. **Avrupa Psikolog Dernekleri Federasyonu (EFPA) psikoloji lisans eğitiminde dahi klinik eğitimin esas olduğunu ve bu eğitimlerin de “sağlık kurumlarında” yapılması gerektiğini belirtmektedir. Diğer bir deyişle hasta ile karşılaşmadan, klinik uygulama olmaksızın yapılacak teoriye dayalı doktora programları ile klinik psikolojide yeterlik kazanılamaz.** Bu durumda karşımıza iki yol çıkar; birinci yol, psikolog yetiştirme programlarını kalıcı fayda sağlamak için yeniden yapılandırmak; ikinci yol, var olan sisteme karşı geçici fakat etkin bir çözüm yolu olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek, daha öncesinde adı “psikolojinin tıbbi uygulamaları sertifika programı” olan uygulamayı ya da benzer uygulamaları, alanda söz sahibi olmuş akademisyenlerce planlamak ve uygulamaya dönük eğitim modülü şeklinde yürürlüğe koymak.

Yukarı bahsi geçen şekilde devletin ruh sağlığı hizmet politikalarını tanımlaması ve bu tanıma uymayan hizmet ve uygulayıcıları denetlemesi ile

etkin olan ruh sağlığı hizmetinin sunulmasına olanak tanınabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetinde aksaklıklar sadece uygulayıcılar bazında değil hizmeti alan kişiler tarafından da ele alınmalıdır. **Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu olması büyük önem taşır.** Türkiye’de ruh sağlığı sorunlarının gerçek prevalansı bilinmemektedir. Doğum ve erken çocukluk dönemi travmaları, göçler, ekonomik yetersizlikler, eğitim eksikliği gibi sık karşılaşılan risk etkenleri yeterince incelenememiş, daha özgün risk etkenleri üzerinde çalışılmamıştır. Tam olarak tanımlanamayan risk etmenleri özellikli grupların teşhisi ve bu gruplara özel koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılmasına müsaade etmemiştir. Tarama çalışmaları yeterince yapılmadığında karşılaşılan sorunları tanımlamak, bu sorunların sorunu yaşayan kişilerce fark edilmesini (ruh sağlığı okur-yazarlığı) sağlamak da zordur. Ruh sağlığı sorunu ile bir ailenin karşılaşmama ihtimali yok denecek kadar az olmasına rağmen, utanç ve korkunun yaygın olması, yaşanan sorun hakkında bilgi eksikliği profesyonel yardım almayı engellemektedir. Oysa birçok ruhsal bozukluk tedavi edilebilir, erken tanı ile yaşanan sıkıntılar ileri boyuta gelmeden çözüm yolları bulunabilir. Kişiler sağlıklı, topluma yararlı bireyler olarak yaşayabilirler. Dolayısıyla ruh sağlığı problemlerinin de normal bir sağlık sorunu olarak kabul görmesi için toplumun eğitimi gerekmektedir. Yaygın, etkin, standart eğitimlerin bilgi vermek dışında farkındalık kazandırması geri plana atılan bu sorunlar için yardım arayışını artıracak, gizli tutmaya, saklamaya, paylaşmamaya dair tutumların ortadan kalkması ile kişinin zamanında tanı ve tedavi olma şansı artacaktır.

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri sadece bilgilendirici eğitimlerin verilmesi düzeyinde kalmıştır. Oysa bilgilendirici olmasının yanı sıra, hastalığı ve nöksü önleyici de olmalıdır. Tüm bu hizmetlerin sunulması için ilk adım toplumun ruh sağlığı haritası çıkarılmalı ve elde edilen verilerin ışığında koruyucu/önleyici faaliyetler bilimin gösterdiği doğrultuda sağlık politikası haline dönüştürülmelidir. Psikologların birinci basamak sağlık hizmetlerinde saha taramalarında aktif rol alması, toplum ruh sağlığı haritasının çıkarılmasını oldukça kolaylaştırır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta gerektiği gibi ilgi görmemesinde, ruh sağlığı hiz-

metini sunan kişilerin (pratisyen hekimler, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları, psikologlar, klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, psikolojik danışmanlar) genel olarak psikiyatrik görüşme becerilerinde eksiklik olması ve bu uygulamaların iş yüklerini artırması (özellikle pratisyen hekimler, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları) nedeni ile isteksiz olmalarının rolü de vardır. Hizmet verenler arasında bu konunun birinci basamakta yürütülemeyecek bir konu olduğu şeklindeki düşüncelerin temel nedeni, bu konuda mesleki ve hizmet içi eğitimlerin eksikliğidir. Meslek elemanlarının eğitiminde bu konuya (psikoloji okur-yazarlığına) yeterli ağırlık verilememektedir. Psikoloji okur-yazarlığına ilişkin hizmet içi eğitimlere daha çok süre ayrılması, eğitimlerin kapsamlı, ayrıntılı ve beceri kazandırmaya yönelik olması gerekmektedir. Sonrasında da sürekli eğitim etkinlikleriyle konuyla ilgili bilgiler pekiştirilmeli ve geliştirilmelidir. Ayrıca uzman hekimler ile bağlantı ve bilgi alışverişi ortamı sağlanmalıdır.

Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin etkin olmasında kişilerin diğer sağlık sorunları gibi bu sorunları da olağan kabul ederek yardım aramaktan çekinmemesi ve ruh sağlığı çalışanlarının da bu kişilerin başvurularında kendilerini yeterli hisse-

derek tanıma, yönlendirme, tedavi hizmetlerini rahatlıkla sunabilme becerilerinin olması en önemli konudur. Ancak, ruhsal sorunlar, sadece sağlık kurumlarının bir kademesinde değil, ailede, toplumda, iletişim organlarında, eğitim kurumlarında, işyerlerinde ve tüm sektörlerde hak ettiği önemi bulmak zorundadır. Halkın bilgilendirme çalışmaları farkındalık kazandırma odaklı olmalıdır. Gerçekçi bir çözüm ancak kapsamlı bir yaklaşımla ve koruyucu davranışların geliştirilmesiyle mümkündür.

Ruh sağlığı hizmetinin yetkin ve etkin sunulması hak ve haklılık üzerinden götürülecek bir tartışma değildir. Özellikle içinde bulunduğumuz şu pandemi günlerinde daha çok farkına vardık ki insanlık bir zincir ve bir zincir en zayıf halkası kadar sağlam. Bu hizmete ihtiyacı olan insanların hizmete yetkin ve etkin kişilerce ulaşması elzemdir. Yetkin ve etkin ruh sağlığı hizmetinin sunulması mesleki bir sorun değil, insanî bir sorundur.

Kaynaklar

- 1) Sağlıklı Hayat Merkezi İş Akış Rehberi (<https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/55-ruh-sa%C4%9F1%C4%B1%C4%9F%C4%B1-dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.html>) (Erişim tarihi: 28.07.2020)

➤ **ENGELLİLERLE İLGİLİ HİZMET PLANLAMASINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM**

BÖLÜM

10

> Sunuş

PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL • PROF. DR. HATİCE ŞAHİN
Bölüm Editörleri

Engellilik konusu, Türkiye Sağlık Raporu 2020’de ilk kez yer almaktadır. Bu bölümde engellilik ile ilgili mevcut verilerin yanı sıra, engellilerin sağlık, eğitim, istihdam gibi en temel alanlarda hizmetlere erişimleri ile ilgili karşılaştıkları sorunlara, topluma katılım boyutunda yaşadıkları eşitsizliklere ve ayrımcılığa dikkat çekilmiştir. Engellilerin engelsiz yaşayabilmeleri için gerek ulusal, gerek uluslararası pek çok düzenleme mevcuttur ancak söz konusu düzenlemelerin uygulama aşamasında sorunlar vardır. **ENGELLİLERLE İLGİLİ HİZMET**

PLANLAMASINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM bölümü bu çerçevede şekillenmiştir. Bu bölümün, konu ile ilgili çalışan tüm kesimlere -devlet kurumlarında, akademik birimlerde, sivil toplum kuruluşlarında, yerel yönetimlerde ve özel sektörde çalışanlara yararlı olmasını dileriz. Raporun bu bölümünün hazırlanmasında emek veren çalışma grubu üyelerimize teşekkür eder, mevcut içeriğin gelecekte hazırlanacak raporlar için temel oluşturmasını temenni ederiz.

Engellilik İlgili Tanımlar > ve Mevcut Durum

117

PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL • ARAŞ. GÖR. DR. BEYZA KERMAN

Giriş

Günümüzde engellilik konusu insan hakları ekseninde değerlendirilmesi gereken bir konudur. Bu bağlamda, engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını sağlamak, korumak, doğuştan sahip oldukları onuru ve saygıyı güçlendirmek için 13 Aralık 2006 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından “Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme” kabul edilmiştir. Ülkemiz Sözleşmeyi imzaya açıldığı tarih olan 30 Mart 2007’de imzalamış ve 28.10.2009 tarihi itibarıyla Sözleşmeye taraf olmuştur ⁽¹⁾. Bu sözleşmede engellilik; “Diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler” şeklinde açıklanmaktadır ⁽²⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engelliliği; bozuklukları, faaliyet kısıtlamalarını ve katılım kısıtlamalarını kapsayan şemsiye bir terim olarak, bireyin sağlık durumu, çevresel ve kişisel faktörleri arasındaki etkileşimleri olarak tanımlamaktadır. Bozulma, vücut işlevinde veya yapısında bir problemdir; faaliyet kısıtlaması, bir bireyin bir görevi veya eylemi yerine getirmesinde karşılaşılan zorluktur. Katılım kısıtlaması ise, bir bireyin yaşam koşullarına katılımında yaşanan problemdir ⁽³⁾.

Dünya üzerinde yaşayan bir milyardan fazla insanın (dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15’inin) en az bir tür engellilik ile yaşadığı, bunların %2-4’ünün fonksiyonel olarak önemli derecede kısıtlığa sahip olduğu tahmin edilmektedir. Dünya ge-

nelinde engelli insanların sayısı artmaktadır. 2025 yılına kadar bu rakamın 2 milyarı bulacağı belirtilmekle birlikte, pek çoğunun görme, işitme ve tekerlekli sandalyeler gibi yardımcı teknoloji araçlarına ihtiyaç duyacağı ifade edilmektedir ⁽⁴⁾. Engelli birey sayısındaki artışın temel nedenleri nüfusların yaşlanıyor olması (yaşlı insanlarda engellilik riski daha yüksektir) ve diyabet, kalp ve damar hastalıkları ve akıl hastalığı gibi engellilik ile ilgili kronik sağlık sorunlarının dünya çapında artıyor olmasıdır ⁽⁵⁾. Kadınlarda, yaşlılarda, düşük-orta gelirli ülkelerde engellilik daha sık görülmektedir. Yine ülke içinde yerinden edilmiş kişiler, mülteciler, göçmenler, engelli mahkumlar hizmetlere erişimde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar ⁽⁴⁾. Engelli insanların topluma katılımını kısıtlayan faktörler; yetersiz politikalar ve standartlar, olumsuz tavırlar, yeterli hizmet sağlanmaması, hizmet iletimi sorunları, yetersiz finansman, yetersiz erişilebilirlik, danışma ve katılım yetersizliği ile veri ve bulguların yetersizliğidir ⁽⁵⁾. 2018 yılında CDC tarafından yayınlanan Mortalite ve Morbidite Haftalık Raporundaki bir makalede 2016 Davranışsal Risk Faktörü Gözetim Sistemi (BRFSS) Verileri kullanılarak Amerika Birleşik Devletleri’nde her 4 yetişkinden birinin (yaklaşık 61 milyon Amerikalı) esas yaşam faaliyetlerinden birini etkileyen bir engeli olduğu bulunmuştur. En yaygın olan engellilik türü ise ortopedik engelliliktir (%13,7) ve bunu zihinsel engellilik (%10,8) takip etmektedir ⁽⁶⁾.

Ülkemizde engellilere yönelik yürütülen hizmetler, 1981 yılından itibaren, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı’nın başkanlığında “Sakatları Koruma Mil-

li Koordinasyon Kurulu" bünyesinde gerçekleştirilmiş, ardından 30.05.1997 tarihinde Başbakanlığa bağlı olarak Özürlüler İdaresi Başkanlığı kurularak konu ile ilgili çalışmalar devam etmiştir. Bir dönem Sosyal hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü yapılanması içerisinde yürütülen faaliyetler, 2013 yılından itibaren TC. Aile, Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülmektedir⁽⁷⁾. Bu Genel Müdürlüğe bağlı 266 özel bakım merkezi, 152 umut evi, 135 bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezi bulunmaktadır⁽⁸⁾.

Engelliliğin nedenleri dikkatle incelendiğinde bunların önemli bir bölümünün aslında kaçınılmaz ve önlenemez nedenler olduğu görülmektedir. Engellilik kaynağına ve sebeplerine göre değişik şekillerde sınıflandırılmaktadır⁽⁹⁾.

Türkiye Özürlüler Araştırması (2002)'nda engellilik sınıflandırılması şu şekilde yapılmıştır⁽¹⁰⁾:

Ortopedik Özürlü

Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan kişilerdir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında; kısıklık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi hastaları ve spina bifida olanlar bu gruba girmektedir.

Görme Özürlü

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybına veya bozukluğuna sahip olan kişilerdir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü olanlar da bu gruba girer.

İşitme Özürlü

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişilerdir. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girer.

Dil ve Konuşma Özürlü

Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızı, akıcılığı veya ifadesinde bozukluk olan ya da ses bozukluğu olan kişilerdir. Duyabildiği halde konuşamayan, gırtlaklı alnan, konuşmak için alet kullanan, kekeme olan, afazisi olan, dil-dudak-damak-çene yapısında bozukluk olanlar bu gruptadırlar.

Zihinsel Özürlü

Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişilerdir.

Süreğen Hastalık

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan ve sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (Kan hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları, HIV).

DSÖ'nün İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Uluslararası Sınıflandırılması (ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health)'nda engellilik 3 kısımda değerlendirilir: Noksanlık, Özürlülük ve Maluliyet.

Noksanlık; sağlık bakımından geçici veya kalıcı şekilde vücudun psikolojik veya yapısal fonksiyonlarında kayıp veya dengesizlik oluşudur. Anatomik olan bozukluklardır ve hastalığın belirti ve bulgularını içerir.

Özürlülük; sağlık bakımından bir noksanlık dolayısıyla bir insan için normal kabul edilebilecek herhangi bir işi yapabilme yeteneğinin kısıtlanması veya ortadan kaybolmasıdır. Bireysel düzeydeki zihinsel veya fiziksel yeti kaybıdır.

Maluliyet ise bir noksanlık veya sakatlık sonucunda kişinin yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyetlerde bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumdur⁽¹¹⁾.

Türkiye'de 2002 yılında yapılan kapsamlı çalışmalardan biri olan Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre, engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29'dur. Bu araştırmaya göre ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı %2.58 iken kronik hastalığı olanların oranı %9.70 'tir⁽¹⁰⁾.

Engellilik tanımı ve sınıflandırmasındaki yeni yaklaşımlarla beraber 2011 yılında gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Konut Araştırmasında engellilik; tıbbi yaklaşımdan (organ kaybı, işlev bozuklukları) ziyade fonksiyonlardaki sınırlılıklara odaklanmıştır. Araştırmada engellilik; görme, duyma, konuşma, yaşlarına göre öğrenme/basit dört işlem yapma, hatırlama/dikkatini toplama alanlarıyla hareket gücü (yürüme, taşıma, tutma ve merdi-

ven inip çıkma) alanlarında tanımlanmıştır. Araştırma kapsamında bu alanlardan en az birinde çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten kişiler en az bir engeli olan nüfus kapsamına alınmıştır. Söz konusu çalışma DSÖ'nün İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlık Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)'na uyumludur. Bu araştırmaya göre tüm yaş grupları için en az bir fonksiyonda zorluk yaşadığını beyan eden kişi sayısı 4 882 841'dir (%6,9). Engellilik kadınlarda %7,9, erkeklerde %5,9 olarak belirtilmiştir. İllerin kendi nüfusuna göre engellilik oranlarına bakıldığında Giresun (%13,5), Çorum (%12,4) ve Erzincan (%12,4) en yüksek oranlara sahipken; engellilik oranı en düşük olan iller ise Muş (%4,3), Kocaeli (%4,6) ve Ankara (%5)'dir. Görmede zorluk yaşadığını (gözlük veya lens kullandıkları halde zorluk çekenler dâhil) ifade edenlerin oranı %1,4'tür. Duyma fonksiyonunda zorluk çeken (işitme cihazı / implant kullandıkları halde zorluk çekenler dâhil) nüfusun oranı ise %1,1'dir. 3 ve üzeri yaştaki kişilerin %0,7'si konuşma zorluğu; %3,3'ü yürüme, merdiven çıkma ve inmede; %2'si yaşlılarına göre öğrenmede, basit dört işlem yapmada, hatırlama veya dikkatini toplamada, %4,1'i ise bir şeyler taşıma veya tutmada zorluk çektiklerini beyan etmişlerdir. Araştırmanın verilerine göre; duymada zorluk çektiğini belirtenlerin oranının en yüksek olduğu il Tunceli (%2,7) en düşük olduğu il ise Muş

(%0,5)'tur. Konuşma zorluğu çektiğini belirten 3 ve üzeri yaştaki kişilerin oranının en yüksek olduğu il yine Tunceli (%1,8), en düşük olduğu il ise Ankara (%0,5)'dir. Yürüme, merdiven çıkma ve inmede zorluk çektiğini belirtenlerin oranının en yüksek olduğu il yine Tunceli (%6,2), en düşük olduğu il ise yine Muş (%2)'tur. Yaşlılarına göre öğrenmede, basit dört işlem yapmada, hatırlama ve dikkatini toplamada zorluk yaşadığını belirtenlerin oranının en yüksek olduğu il Giresun (%5,5) ve en düşük olduğu il ise Kocaeli (%1,1)'dir. Bir şeyler taşıma veya tutmada zorlandığını beyan edenlerin oranının en yüksek olduğu il Giresun (%9), en düşük olduğu il ise Muş (%2,5)'tur⁽¹²⁾.

Engelli nüfusa ilişkin veri ihtiyacını gidermek için T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde kamu kurum ve kuruluşlarındaki Engelli Sağlık Kurulu Raporlarını esas alan "Ulusal Engelli Veri Sistemi" oluşturulmuştur. Ulusal Engelli Veri Sisteminde kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı; 1.423.334'ü erkek, 1.109.875'i kadın olmak üzere 2.533.209'dur. Ağır engeli olan kişi sayısı ise 777.569'dur. Bu veri sistemi kayıtlarına göre görme engeli olanlar %11,12; işitme engeli olanlar %9,11; dil-konuşma engeli olanlar %1,69; ortopedik engeli olanlar %15,38; zihinsel engeli olanlar %20,03; ruhsal ve duygusal engeli olanlar %8,65; süregen hastalık tanımlaması yapılanlar %43,87; diğer %2,79

Tablo 117.1 Genel nüfus içinde yaş grubu ve cinsiyete göre en az bir engeli olan nüfus*, 2011

Engelli Birey	Nüfus Oranı (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Tüm yaş grupları	6,9	5,9	7,9
3-9	2,3	2,5	2,1
10-14	2,1	2,4	1,8
15-19	2,3	2,6	2,0
20-24	2,7	3,4	2,0
25-29	2,6	3,0	2,3
30-34	3,2	3,4	3,0
35-39	4,0	4,0	4,1
40-44	5,1	4,7	5,6
45-49	6,9	5,9	7,8
50-54	8,8	7,1	10,7
55-59	12,1	9,2	15,0
60-64	16,5	12,3	20,4
65-69	23,0	18,3	27,2
70-74	31,9	26,3	36,3
75+	46,5	40,9	50,3

*En az bir engeli olan nüfus" engellilikle ilgili en az bir işlevi (fonksiyonu) yerine getirmede çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten 3 ve daha yukarı yaştaki nüfustur.

Tablo 117.2 Engellilik Türü ve Oranı

Engellilik Türü	Oran (%)
Görmede zorluk yaşayanlar	1,4
Duyumada zorluk yaşayanlar	1,1
Konuşmada zorluk yaşayanlar	0,7
Yürüme, merdiven çıkma veya inmede zorluk yaşayanlar	3,3
Bir şeyler taşımada veya tutmada zorluk yaşayanlar	4,1
Yaşıtlarına göre öğrenmede, basit dört işle yapabilmeye, hatırlama veya dikkatini toplamada zorluk yaşayanlar	2,0
Toplam	12,6

Kaynak: TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011

Tablo 117.3 Cinsiyete göre engellilikle ilişkili göstergeler

Engellilik göstergeleri	2016 (%)			2019 (%)		
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
Görme sorunu olan	8,6	5,3	6,9	7,2	4,4	5,8
İşitme sorunu olan	5,0	3,9	4,5	5,0	3,8	4,4
Yürüyemeyenler	8,9	4,0	6,5	7,9	3,1	5,5
Merdiven inip çıkamayanlar	12,4	5,0	8,7	11,1	4,6	7,9
Öğrenmede ve hatırlamada zorluk çekenler	10,0	3,3	6,7	7,4	3,3	5,4

Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırması, 2016, 2019

olarak raporlanmıştır⁽¹³⁾. Ancak bu oranların Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak için hastanelere başvurmayan ve hizmet almak için devletle temasa geçmemiş olan bireyleri içermediği unutulmamalıdır.

Ülkemizde engellilikle ilgili göstergelerin elde edildiği bir diğer araştırma da Türkiye Sağlık Araştırması'dır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2008 yılından itibaren iki yılda bir düzenli olarak bireylerin genel sağlık durumunun ortaya çıkarılması amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu araştırma ile 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin genel sağlık durumu, kronik hastalıkları, günlük aktivitelerini yürütmedeki fonksiyonel yeterlilikleri (görme/işitme sorunu olanlar, yürüyemeyenler/merdiven inip çıkamayanlar, öğrenmede/hatırlamada zorluk çekenler, giyinme, tuvalet kullanımı, banyo yapma gibi), kişisel bakım, sağlık hizmetleri kullanımı gibi pek çok değişken elde edilebilmektedir. Araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir⁽¹³⁾.

Engellilik karmaşık ve çok boyutlu bir konudur. Engellilik tanımı, boyutları açısından farklılıklar, ölçüm ve metodoloji farklılıkları, yaş gibi bazı bireysel faktörlerin işlevselliğin değerlendirilmesinde güçlükler yol açması, kültürel olarak uygun tanı ve tedavi hizmetlerine yetersiz erişim engellilik düzeyinin belirlenmesinde sorunlara neden

olmakta, bu durumda da engellilik ile ilgili gerçek ve karşılaştırılabilir verilerin ortaya konmasında sıkıntılar yaşanmaktadır⁽¹⁴⁾. Ülkemizde ve dünyada topluma dayalı engellilik çalışmaları, tüm engelli bireyleri kapsayacak şekilde geliştirilmeli, engelli bireylere ilişkin bilgiler ulusal sürveyans sisteminin bir parçası olarak toplanmalı, izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Türkiye Sağlık Raporu'nun "engellilik" konusunun işlendiği bu bölümünde engellilik ile ilgili temel konular üzerinde durulmuştur. Engellilik ile ilgili verilerin yanı sıra konu ile ilgili ulusal, uluslararası düzenlemelere, engellilerin topluma katılımında karşılaştığı sorunlara dikkat çekilmiştir. Engellilerin engelsiz yaşayabilmeleri için gerek ulusal, gerek uluslararası pek çok düzenleme mevcuttur ancak söz konusu düzenlemelerin uygulama aşamasında sorunlar vardır ve giderilmelidir. İyi uygulama örnekleri ile ilgili kanıtlar toplanmalı, mevcut düzende bu yöndeki eksiklikler giderilmelidir. Engeli sağlığını geliştirmek amacıyla yapılacak düzenlemelerin **her engel grubunu kapsayacak şekilde, sürekli, eşit, politik kararlılık içinde sistemin her alanına entegre edilmiş, kapsayıcı, ücretsiz, devlet tarafından desteklenen, çok sektörlü ve çok paydaşlı hizmet yaklaşımı ile gerçekleştirilmesi yönünde çalışmalar sürdürülmelidir.** Engelli

bireylerin toplumsal hayatın her alanına katılacak şekilde bağımsız olabilmeleri için devlete bağlı kurumsal yapıların yanı sıra, sivil toplum kuruluşları, medya, akademik yapılar, özel sektör, yerel yönetimler ve toplum gibi tüm paydaşların sorumluluk alması son derece önemli ve gereklidir.

Kaynaklar

- 1) Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme. Available at: <https://ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme/>.
- 2) Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi. (2009). Available at: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarina-k-slee&catid=6:uluslararasılg&Itemid=36.
- 3) WHO, Disabilities. Available at: <https://www.who.int/topics/disabilities/en/>.
- 4) https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1.
- 5) World Health Organization & The World Bank. World Report on Disability. Disability and Society (2011).
- 6) Okoro, C. A., Hollis, N. T. D., Cyrus, A. C. & Griffin-Blake, S. Prevalence of disabilities and health care access by disability status and type among adults — United States, 2016. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **67**, 882–887 (2018).
- 7) <https://ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/kurumsal/kurum-hakkinda/>.
- 8) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/engelli/>.
- 9) Koca, C. Engelsiz Şehir Planlama Raporu. 1–35 (2010).
- 10) Türkiye Özürlüler Araştırması Turkey Disability Survey 2002, TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. (2002).
- 11) Inan, S., Peker, G. C., Tekiner, S., Ak, F. & Dağlı, Z. Engellilik, Türkiye’de Engellilerin Durumu ve Sağlık Hizmet Sunumuna Bir Bakış. *TAF Prev. Med. Bull.* **12**, 723–728 (2013).
- 12) Republic of Turkey Ministry of Family and Social Policy. Nüfus ve Konut Araştırması (Population and Housing Census). (2011).
- 13) T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- 14) WHO & UNICEF. Early Childhood: Development and Disability. **33**, 269 (2012).



DR. ÖĞR. ÜYESİ EZEL BİLGE YERLİ

Giriş

İnsanlık tarihinde uzun bir süre engellilerin yasal haklara sahip olması gerekliliği düşünülmemiştir. Antik Çağ'dan yakın geçmişimize kadar Batı dünyasında engellilik, tanrının cezalandırdıkları, doğüstü güçlerin yeryüzündeki tezahürleri olarak var olmuş; zihniyet, engellileri yok saymak ve hatta yok etmekten; engelliler üzerinden gerçekleştirilebilecek iktsadi bir fırsatçılığa, bir sömürüye kadar uzanmıştır.

Tüm toplumlar için geçerli yetimlerin, yoksulların, görme engellilerin, fiziksel veya zihinsel engeli bireylerin ve hastaların gereksinimlerini karşılama sorumluluğu, Sanayi Devrimi öncesinde büyük ölçüde aileler, komşular ve Kilise tarafından karşılanmıştır. 18. yüzyıldan önce, engelli bireylerin toplumla etkileşimine genellikle sadece nezaret altında izin verilmiştir. Sanayi Devrimi engellilerin hayatını son derece zorlaştırmıştır. Engellilere yönelik devlet desteği, bir süre engellilerin çalışma yaşamına dâhil edilmesi şeklinde gerçekleşmiştir.

Dünya Savaşları sonucu Batı coğrafyasında gerek Avrupa ülkelerinde gerek Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) engelli sayısının artışı konuya yönelik ilgiyi arttırmıştır. Engelliliğin sosyal ve siyasi bir konu haline gelmesi, engellilerin yasal hak sahibi olmaları ve korunmalarına yönelik köklü değişimler ise ancak 20. yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşmiştir.⁽¹⁾

Engellilik ile ilgili Modeller

Geçmişten günümüze tüm toplumlarda engellilik konusuna olan yaklaşımlar ve engelliliğe ilişkin ta-

nımlamalar dönemsel olarak farklılaşmış ve şekillenmiştir. Bu durum, ilgili dönemlerde toplumun engelliliğe yüklediği anlamlarla ve aynı zamanda engellilerin kendilerini nasıl tanımladığıyla bağlantılı olarak da değişmektedir. 19. yüzyılın ortalarından itibaren engellilik; bireysel ve medikal bir durum olarak değerlendirilmiştir. Bireysel ve medikal yaklaşım engelliliği genellikle fiziksel, duyuşsal ya da bilişsel bozuklukların sonucunda ortaya çıkan bireysel bir sorun olarak görmektedir. Bu yaklaşıma göre getirilen çözüm ise, ya kişinin geliştirilmiş tıbbi olanaklarla veya rehabilitasyon hizmetleriyle tedavi edilmesi ya da engellilerin "sınırlılıklarının" korumalı istihdam, bakım hizmetleri, sosyal güvenlik ödemeleri vb. şeklinde uygulamalar ile telafi edilmesidir.

1970'li yıllarda ise sosyal model yaklaşımı adı altında yeni bakış açısıyla engellilerin yaşadıkları sınırlılıklar ile çevresel etkenler ve toplumda engellilere yönelik davranışlar arasındaki yakın ilişkiye vurgu yapılarak engelliliğin toplumsal yanı ön plana çıkarılmaya başlanmıştır.

Bu yaklaşıma göre, engellilerin yaşadığı olumsuz tecrübelerin nedeni engellilerin kısıtlılığından değil toplumdaki kısıtlılıklardan kaynaklanmaktadır. Sosyal model yaklaşımı, tıbbi olanaklar ve rehabilitasyon hizmetlerini de içeren daha geniş kapsamlı bir model olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde de çoğu ülkede benimsenen sosyal model yaklaşımı engellilerin her yönüyle topluma eşit vatandaşlar olarak katılabilmelerini sağlamaya çalışmaktadır.^(2,3)

Uluslararası Kuruluşlar ve Engellilik Haklarına Yaklaşım

Engellilere yönelik farklı dönemlerde ortaya çıkan yaklaşımlar, dönemin siyasal, sosyal ve ekonomik koşullarından ayrı düşünülemez. Örneğin, Dünya Savaşları sonucu engelli sayısındaki artış ile savaş karşıtı hareket ve kampanyaların oluşturulması, engelli haklarına yönelik eksikler bağlamında toplumsal farkındalığın artışında ve konuya dair düzenlemelerin gerçekleşmesinde itici bir unsur olmuştur. ABD, Fransa, İngiltere ve diğer ülkelerin; bir zorunluluk çerçevesinde engellilik sorununun farkına vardığı bu süreçte ülkeler, Birleşmiş Milletler (BM) başta olmak üzere uluslararası politikalarda faaliyete geçmiştir.

Birleşmiş Milletler ve Engelliliğe Yönelik Gelişmeler

BM'in engellilikle ilgili çalışmaları 1945 yılında başlamıştır. Bu yıldan 1969 yılına kadar geçen süreçte eğitim, tedavi, mesleki rehabilitasyon, istihdam ve engelliliği önlemek vb. konular öncelikli olmuştur.⁽⁴⁾

Engellilik ise ilk kez, 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde dile getirilmiştir. 1969 yılında yürürlüğe giren BM Genel Konseyi Sosyal Kalkınma ve Kalkınma Sürecine Dair Bildirgesi, hem zihinsel hem de fiziksel engellilerin toplumsal faaliyetlere tam katılımının artırılması ile sağlık ve sosyal güvenlik gibi konularda önlemlerin alınması öngörülmekte olup toplumsal katılımı vurgulaması dolayısıyla tıbbi modelden sosyal modele geçişin de bir göstergesi durumundadır.

9 Aralık 1975 tarihinde BM Engelli Hakları Beyanamesi'nin kabul edilmesi, sosyal model için milat kabul edilmektedir. 13 maddeden oluşan, engellilerin doğuştan sahip oldukları insanlık onurunu vurgulayan ve uluslararası tarihi bir belge niteliğinde olan bu beyanname, engellilerin toplumda yer alarak yaşamaları ve üretken bireyler olarak topluma katılmaları konusunda olduğu kadar toplumun engellilere karşı yükümlülüklerini belirlemede de etkin olmuştur.⁽⁴⁾

BM'nin 1981 yılını "Özürlüler Yılı" ilan etmesi, engellilik konusunda yaşanan önemli gelişmelerden biridir. BM'nin engellileri de içeren dünya eylem planında; engellilere yönelik rehabilitasyon ve

fırsat eşitliğinin sağlanması konuları eylem planının ana teması olarak işlenmiştir.⁽⁵⁾

BM çerçevesinde on yıllık bir engelliler programı oluşturularak 1983-1992 yılları arası "Dünya Engelliler On Yılı" olarak ilan edilerek, engelliler için fırsat eşitlikleri kılavuzu hazırlanmış ve tüm ülkelerin engelliler için eylem planı yapmaları ve uygulamaları istenmiştir.⁽⁴⁾

1993 yılında BM tarafından günümüzde halen uluslararası kurumların engelli politikalarına temel teşkil eden "Fırsat Eşitliği Standart Kuralları" yayınlanmıştır. Bu standart, tıbbi bakım, rehabilitasyon ve yardım servisleri ön koşul alındıktan sonra ulaşılabilirlik, eğitim, istihdam, gelirin korunması, sosyal güvenlik, kültür, spor ve din konularında eşit katılımı temel alan çeşitli hedeflere sahiptir.⁽⁵⁾ Bu sebeple Dünya Körler Birliği'nin Genel Kurul toplantısında standart kuralların uluslararası bir sözleşme haline getirilmesi yönünde karar alınmış ve 30 Mart 2007 tarihinde üye devletlerin imzasına sunularak Türkiye dahil 81 ülke tarafından imzalanmıştır.⁽⁴⁾

Engelliliğe yönelik, uluslararası alandaki gelişmelerin en önemlisi olarak ise 2006 tarihli "Birleşmiş Milletler Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme" gösterilmektedir. Sözleşmenin amacı; engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını sağlamak, teşvik etmek, korumak ve doğuştan sahip oldukları onura yönelik saygıyı güçlendirmektir.⁽⁶⁾

Avrupa Birliği ve Engelliliğe Yönelik Gelişmeler

Batı ülkeleri özellikle 1950 yılından sonra engellilere birçok sosyoekonomik haklar tanımışlardır. Avrupa Sosyal Şartı (AŞŞ), 1961 yılında Torino'da imzalanmış ve 1965 yılında yürürlüğe girmiştir. AŞŞ, toplamda 19 sosyal hakkı (sendikalaşma, toplu pazarlık ve grev ile çalışma hakkı vb.) güvence altına almıştır. Engelli bireylerin toplumsal yapıyla bütünleşme ve bağımsız yaşam haklarının sağlanması da AŞŞ ile güvence altına alınmıştır.

1996 yılında kabul edilen "Gözden Geçirilmiş AŞŞ"da ise, engelli bireyleri de kapsayan toplam 31 hak güvence altına alınmıştır. Söz konusu sosyal bütünleşme ve katılım konuları sosyal modelin bütünleştirici etkisinin uluslararası düzeyde düzenlenmesi bakımından engelliliği daha görünür kılmaktadır.^(7, 8, 9)

Amerika Birleşik Devletleri ve Engelliliğe Yönelik Gelişmeler

Engelliliğe yönelik ilk yasal uygulama 1972 yılında çıkarılan ve 1973 yılında onaylanan "Rehabilitasyon Kanunu" ile gerçekleşmiştir. Bu Kanun, engelli haklarını yasal olarak koruyan ilk kanun olma özelliğine sahiptir. Kanun'da 504. Bölümde istihdamda ve çalışmada eşit fırsatlar sunulması ve fiziksel ya da zihinsel engelli temelindeki ayrımcılığın yasaklanması konuları yer almıştır. Yine aynı bölümde Mimari ve Ulaşım Uyum Komisyonu'na engellilere yönelik kamu hizmetlerine (toplu konut ve toplu taşıma vb.) eşit erişim sunulması yönünde talimat verilmektedir.⁽¹⁰⁾

1980'lerde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) engelli hakları savunucuları İnsan Hakları Bildirgesi'nde bulunan ve ayrımcılığa son veren bir maddenin engellilik için bulunmadığını söyleyerek yeni düzenlemeler talep etmişlerdir.⁽⁵⁾ Engelli Amerikalılar Yasası (Americans with Disabilities Act - ADA) 1990 yılında yürürlüğe girmiştir. ADA ile engellilerin diğer bireylerle eşit muamele görmesi, çalışma imkânlarına ve kamu konaklama yerlerine eşit erişim hakları garanti altına alınmıştır. Ayrıca, istihdam, devlet ve yerel yönetimler çerçevesinde sunulan hizmetler, toplu konaklama alanları, ulaşım ve telekomünikasyon gibi hizmetlerdeki ayrımcılık da yasaklanmıştır. Yine Yasa kapsamında, işletmeler makul sayılarda engelli çalıştırmakla mükelleftir. Kamu hizmet ve servisleri ise, engelli insanların ulaşabilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmak mecburiyetindedir.^(11,12)

Türkiye için özellikle 1950'li yıllardan itibaren engelliler ilgili birçok düzenleme yapılmıştır. Günümüz, Türkiye'sinde engellilerle ilgili hizmetlerinin başlıca yasal dayanakları 1982 Anayasası, 1997 yılında yürürlüğe giren 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 2005 yılında yürürlüğe giren 5378 Sayılı Engelliler Kanunu'dur.⁽¹³⁾

Çalışma Hayatında Engelli Hakları

Uluslararası Hukukta Engellinin Çalışma Hayatında Hakları

Engelli bireylerin istihdamının sağlanması ve sosyalleşmesi adına çalışma haklarının yasal olarak tanımlanması büyük önem arz etmektedir. Bu nok-

tadan hareketle engelli bireylerin istihdamı ile ilgili olarak süreç içerisinde farklı teşkilat ve devletler tarafından çalışmalar başlatılmış ve çalışma yaşamına katılabilmeleri için yasal alt yapının oluşumu sağlanmıştır. Nitekim Birleşmiş Milletler, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Konseyi tarafından yapılmış uluslararası düzenlemeler engelli hakları açısından taraf devletlerin mevzuatlarına yön vermektedir.⁽¹⁴⁾

Birleşmiş Milletlerin 3447 sayılı karar ve 1975 tarihli "Engelli Kişilerin Hakları Bildirisi" engelli kişilerin toplumda yer almalarını, üretkenliğe katılmalarının ve toplumun da onlara karşı görevlerini yerine getirmesi gerekliliğinden bahseder. Aynı bildirinin 5. Maddesinde engellinin kimseye bağımlı olmadan yaşaması için çalışma yaşamına dahil edilmesi ifade edilir.⁽⁶⁾

Engelli Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi 2008 yılında yürürlüğe girmiş, 2009 tarihinde TBMM tarafından onaylanarak kabul edilmiş ve Resmi Gazetede yayımlanmıştır.^(5,6)

Sözleşme, "engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik ve temin etmek ve insanlık onuruna saygıyı" güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Sözleşmenin 27. maddesi engellinin istihdamı ve çalışma koşulları ile ilgili konuları kapsarken aynı zamanda devletlerin engellinin çalışma hayatı için tüm tedbirleri alması gerektiğini vurgulamış ve engelliliğe dayalı her konuda ayrımcılığı yasaklamıştır.⁽⁶⁾

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) engelliye fiziksel veya zihinsel zayıflıklar sonucunda uygun bir işi güvenceye alma, koruma ve ilerleme ihtimali önemli ölçüde azalmış bir kişi olarak tanımlamaktadır. ILO'nun 1983'te kabul edilen ve Türkiye tarafından 1999'da onaylanan "159 sayılı Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında Sözleşmesi 1. Bölüm 2. maddesinde sözleşmenin amaçlarından birinin engelli istihdamı için mesleki rehabilitasyon gerekliliğidir. Sözleşmenin 7. Maddesi mesleki rehberliğin engelliye iş sağlamada ve çalıştığı işte sürekliliğin ve devamında yükselmesi için gerekliliğinden ve ilgili makamlarca yeterli önlemlerin alınmasına ve Madde 9'da ise mesleki rehabilitasyon için yetkin danışmanların sağlanması ve yine yetkili makamların sorumlulukları olduğu belirtilir.⁽¹⁵⁾

Avrupa Sosyal Şartı'nın 15. maddesi toplumsal yaşamda bağımsız olma, sosyal bütünleşme ve katılma hakkı ele alınmıştır. Sözleşmenin birinci

bendinde engellinin topluma katılımı sağlamak ve mesleki eğitim ikinci bendinde engellinin istihdamı için çalışma koşullarının engelli ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemek ve üçüncü bendinde iş yeri ortam koşullarının engelliye göre düzenlenmesinde işverenleri özendirmek için yetkin makamların teşvikinin gerekliliği vurgulanır.⁽⁸⁾

Mevzuatımızda Çalışma Hayatında Engelli Hakları

Türkiye’de, engellilerin istihdamına ilişkin ilk düzenleme, 1967 tarih ve 854 sayılı Deniz İş Kanununun 13.maddesi ile Sakat ve Eski Hükümlü Çalıştırma” başlığı ile yapılmıştır. 1971 tarih ve 1475 sayılı İş Kanunu 25. maddesinde aynı başlık altında çalışma hayatında engellilere ilişkin haklar öngörülmüş ve çalıştırılacak sakat ve eski hükümlülerin özellikleri ve çalıştırılabileceği iş kolları işveren yükümlülükleri düzenlenmiştir.^(16,17)

Öncelikli olarak sakat sözcüğü önce özürlü kelimesi ile yer değiştirmiş sonrasında engelli olarak son şeklini almıştır. İş hukuku mevzuatında “engelli” kavramı kullanılmasının yanında, sosyal güvenlik hukukunda engelliliğin farklı görünüş biçimleri bulunmaktadır. Bu nedenle engellilik kavramı ile beraber, “maluliyet”, “iş göremezlik” gibi terimlere de yer verilmiştir.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin 3/e maddesine göre, ise; “engelli, doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerden tüm vücut fonksiyon kaybının en az %40 olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenen kişidir”. Engellilik durumunun tespiti ve uygulama esasları “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmektedir.^(21,22)

Anayasanın 49/1 maddesinde, çalışma herkesin hakkı olarak görülürken, 50. Maddesinde engelli çalışma hayatında özel gruplar içine dahil eder ve 61/2. maddesinde engellinin çalışma hayatında korunması ve topluma katılımı için devletin gerekli tedbirleri alması gerektiğini ifade eder.⁽²³⁾

4857 sayılı İş Kanunu çalışma hayatında engelli bireyler için önemli haklar getirmiştir. İş Kanununun

30. maddesinde, işveren 50 veya daha fazla işçi çalıştırdığı takdirde, kanunda öngörülen oranda engelli, eski hükümlü ve terör mağduru çalıştırmak zorundadır. İşyerinde çalışan işçi sayısına göre İş Kanunu kapsamına giren kamu işyerlerinde %4, özel sektör işyerlerinde ise %3 engelli çalıştırma yükümlülüğü mevcuttur Bu hükme uyulmaması halinde idari para cezası verilir.

Ayrıca bir işyerinden malulen ayrılmak zorunda kalan işçinin maluliyeti ortadan kalktıktan sonra eski işyerine dönmesi konusuna ilişkin düzenleme getirilmiştir. İşverenin işe alınma isteğinde bulunan eski işçi ile iş sözleşmesi yapma yükümlülüğü vardır, yerine getirmediği durumda, altı aylık ücreti tutarında tazminat ödemesi gerekir.⁽²⁰⁾

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 53. Maddesine göre; kamu kurum ve kuruluşlarında da bu oran %3 tür. Emniyet Genel Müdürlüğü’nde engelli kontenjan oranı, emniyet hizmetleri sınıfındaki kadrolar hariç tutulmak üzere %5 olarak uygulanmaktadır. Türkiye’de ilk kez 2012 yılından itibaren Özürlü Memur Seçme Sınavı (ÖMSS) düzenlenmiş. 2014 yılında ise sınavın ismi Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı (EKPS) olarak değiştirilmiştir.⁽²⁴⁾

Engelliler Hakkında Kanun’da engellilere yönelik belediyeler için öngörmüş olduğu düzenlemeler kapsamında erişilebilirlik ve mesleki rehabilitasyona ilişkin belediyelere görev verilmiştir.⁽²⁵⁾

Engelli istihdamı ile ilgili yapılan düzenlemelelere bakıldığında 50 ve üzeri işçi çalıştıran işletmeler için engelli işçi çalıştırmada belirli bir kota sistemi var olduğu ve uygulanmadığında cezai yükümlülükleri olduğu görülmektedir. Bu kapsama giren iş yeri oranı Türkiye’de sadece %2’dir.⁽²⁶⁾ Aynı zamanda çoğu iş yeri, bu uygulamada sadece ceza bedelini ödeyerek yükümlülüğü yerine getirmektedir. Özel sektörde kontenjan dahilinde veya kontenjan fazlası olarak yada yükümlülüğü olmadığı halde engelli işçi çalıştırmaya yönelik teşvikleri engelliye yönelik iyi uygulamalar olsa da kota sistemindeki yeni düzenlemeler yapılmalı iyi uygulamaların yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.^(27, 28)

Engelli istihdamında diğer bir sorun iş verenin engelliye düşük ücretli ve vasıfsız işçi konumunda görmesidir. Nitekim engelli bireylerin ortaokuldan sonra gidebilecekleri özel eğitim meslek liseleri, iş okulları ve iş eğitim merkezleri bulunmakla birlikte bu okulları bitirenlere yönelik iş imkânlarının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Engelli öğ-

rencilerin de meslek liselerinden mezun diğer öğrenciler gibi üniversite eğitimi almadıkları sürece iş bulmakta zorlandıkları dikkat çekmektedir. Her ne kadar engelli öğrenciler diğer öğrenciler gibi üniversite sınavına girebiliyor olsalar da bu yarışa dezavantajlı şartlarda katılmakta oldukları söylenebilir. (29,30)

Eğitim programlarının başarılı olabilmesi için uzun vadeli politikalar uygulanmalıdır. İŞKUR'un mesleki eğitimlere yönelik iyi uygulamaları olsa da engellinin mesleki eğitimi sadece devlet tekelinde değildir özel sektörün engellinin mesleki eğitiminde desteği yaygınlaştırılmalıdır. Özellikle eğitimlerin çeşidi sayısı artırılabilir. Halk eğitim merkezlerinde iş hayatına yönelik güncel eğitim programlarını içeren eğitimlerinde verilmesi sağlanabilir. Uzaktan eğitimle ile desteklenerek engellilere yeni beceriler kazandırılabilir. (31)

İstihdamdaki problemler içinde engelliler için fiziksel koşullardaki yetersizlikler de önemli bir yer tutmaktadır.

Korumalı işyeri yönetmeliği zihinsel engelli işçiler için daraltılmış olsa da istihdam için yapılmış iyi bir uygulamadır. İŞKUR'la yürütülen "Korumalı İşyerleri Projesi", 2014-2018 yılları arasında "İşe Katıl Hayata Atıl Projesi" ve 8 ilde başlatılan iş koçluğu ve tüm illerde yaygınlaştırma hedefi yine iyi uygulama örnekleridir. Yine de korumalı işyeri kapsamı diğer engelli bireyler içine alacak şekilde genişletilip fiziksel koşulların iyileştirilmesi yönünde çalışmalar desteklenmelidir. (32)

Engellilerin Eğitim Hakkı

Uluslararası Mevzuatta Engellilerin Eğitim Hakkı

Eğitim hakkından resmi ve açık bir şekilde söz eden ilk yazılı belge İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi olmuştur. Türkiye'nin de taraf olduğu bu beyannamenin 26/1. maddesinde eğitimin herkesin sahip olduğu bir hak olduğu ilköğretimin ücretsiz olması gerektiği ifade edilir. (33)

Eğitim hakkı konusunda en kapsamlı belge Türkiye'nin de taraf olduğu Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesidir (ESKHUS). ESKHUS'ta 13 no'lu Genel Yorumda eğitimin taşınması gereken varlık, ulaşılabilirlik, kabul görebilirlik, uyarlanabilirlik özelliklerinden bahsedilir. Sözü edilen bu özellikler, engellilerin eğitim hakkı

açısından değerlendirildiğinde, engellilerin eğitim gördüğü kurumların fiziki şartları, erişilebilirliği uygulanan eğitim programlarının engelliler için uygun hale getirilmesi için gerekliliğini vurgular. (34)

Türkiye'nin de taraf olduğu diğer bir sözleşme Çocuk Haklarına Dair Sözleşmedir Sözleşmenin eğitim hakkı ile ilgili ve onu diğer uluslararası belgelerden ayıran özellikleri, eğitim hakkının hem koruyucu hem güçlendirici bir bakış açısıyla 'çocuk' temelli olarak ifade edilmiş olması, özel korunmaya ihtiyaç duyan risk altındaki çocuklara yönelik özel hükümleri barındırmasıdır. (35)

Son olarak Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesinin 24. Maddesinde engelliler için eğitimde fırsat eşitliği, eğitimin her seviyesinde yaşam boyu eğitim ve tüm bunların taraf devletlerce güvence altına alınması ifade edilmiştir. (6)

Mevzuatımızda Eğitimde Engelli Hakları ve Özel Eğitim

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 42. maddesinde kimsenin eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılmayacağı ve devletin, özel eğitime ihtiyacı olanlar için de tedbirler alacağı ifade edilir. (23)

Engelliler Hakkında Kanun'un eğitim-öğretimle ilgili 15. maddesinde engellilerin eğitim hakkının hiçbir gerekçeyle engellenemeyeceği, engelli çocukların genel eğitim sistemi içerisinde her seviyede eğitim almasına imkân sağlayacak bütünleştirici planlara yer verilmesinin ve örgün eğitim sistemine çeşitli nedenlerle geç başlamış engelli çocukların bu eğitime dâhil edilmesi için gerekli önlemlerin alınmasının gerekliliği öne çıkmaktadır. Aynı maddede, engelli üniversite öğrencilerinin öğrenime aktif katılımının sağlanması amacıyla Yükseköğretim Kurulu'nun eş güdümlü çalışması gerekliliği ifade edilir. (25)

Özel Eğitim Hakkı

Özel gereksinimi olan bireylere özgü ilk kapsamlı yasa 1983 yılında 2916 sayılı "Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu'dur. Bu kanun ile özel eğitimle ilgili tanımlar, ilkeler, kurumlar ve görevleri, özel eğitime gereksinimi olan çocukların belirlenmeleri, yerleştirilmeleri, izlenmeleri ile ilgili bölümler yer almış ve bu kanun doğrultusunda çeşitli yönetmelikler yayımlanmıştır. Bir başka yasal düzenleme de 1986 yılında özel eğitime gereksinimi olan bireylerin iş yaşamına katılımlarını artırma yönünde kar-

şımıza çıkmaktadır. Bu yasa 3308 sayılı “Çıracılık ve Mesleki Eğitim Yasası”dır. Bu yasaya göre, bakanlığın özel eğitime gereksinimi olan bireyleri bir işin gereklerine ve iş yaşamına hazırlayıcı kurslar düzenlemeleri hükme bağlanmıştır. 1992 yılında 3797 sayılı Kanun’la Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü şekline dönüşmüş ve bir teşkilat haline gelmiştir. ⁽³⁶⁻³⁸⁾

Özel eğitimle ilgili bir diğer düzenleme 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamedir. Bu kararnamenin 18. maddesinde özel eğitim gerektiren bireylerin özelliklerine uygun okulların açılması ve mesleki eğitim hakları ile ilgili düzenlemeler açıklanır. 20. maddesinde ise özel eğitim gerektiren bireylerin uygun derslerde ve teneffüslerde akranlarıyla birlikte olmaları sağlanmalıdır ifadesi ile kaynaştırma eğitiminden de bahsedilir. Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği ile de engelli bireylere sağlanacak hizmetler yasal olarak güvence altında alınmıştır. Yönetmelikte özel eğitim süreçleri; eğitsel değerlendirme ve tanılama ile yönlendirme, yerleştirme ve izleme şeklinde aile katılımı gözetilerek tanımlanmış ve genel ilkeleri belirlenmiştir. ^(39, 40)

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki eğitim giderlerinin ödenmesiyle ilgili düzenlemeler 572 sayılı Kanun hükmünde kararname ile daha geniş bir engelli bireyi kapsayacak şekilde genişletilmiş 5793 sayılı kanunla engellilik oranı düşürülmüş yaş sınırı kaldırılmıştır. ^(41, 42)

Ülkemizde engelli bireyin eğitim anlamında yaşadığı en büyük sorunun özel eğitim ve kaynaştırma eğitiminin uygulamasında olduğu görülmektedir.

Türkiye’de Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu’yla başlatılan ve 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında oluşturulan “Kaynaştırma Uygulamaları Sistemi” ile akranlarıyla birlikte genel eğitim sınıflarında eğitim gören özel gereksinimli öğrencilerin sayısında hızlı bir artış yaşanmıştır. Kaynaştırma eğitimi alan öğrencilerin sayılarının her geçen sene artması sevindirici bir gelişme olmakla birlikte, bu sayının daha hızlı bir şekilde artması ve mevcut uygulamaların daha etkili hale getirilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de kaynaştırma uygulamaları üzerine yapılan araştırmalar, sınıf öğretmenlerinin, müdürlerin, velilerin ve özel gereksinimli öğrencilerin kaynaştırma eğitiminde yaşadığı sorunlara dikkat çekmektedir. Bu sorunların temelinde, kaynaştırma eğitiminin ayrılmaz bir parçası olan destek

eğitim hizmetlerinin yetersizliği önemli bir yere sahiptir. Kaynaştırma destek eğitim hizmetlerinin en önemlilerinden biri olan, mevzuatta yer almasına rağmen uygulanmayan gezici öğretmenlik, danışmanlık ve yardımcı öğretmenlik düzenlemesinin yaşama geçirilmesi gereklidir. ⁽⁴³⁾

Eğitim konusunda ikinci bir problem, engelli bireylerin üniversite eğitimidir. İstihdamda da bahsedildiği gibi üniversite eğitimi iş yaşamını etkileyen bir faktördür. Engelli üniversite öğrenci sayısı en yüksek 2013-2014 yılında olmakla birlikte daha sonraki yıllarda azalışa geçse de 2018-2019 yılları itibari ile yaklaşık 50.000 civarı engelli öğrenci mevcuttur. Bu engellilerin çoğunun fiziksel görme ve işitme engelli olduğu görülmektedir. ⁽⁴⁴⁾

Engelsiz üniversite programı kapsamında üniversiteler başvuruları dahilinde, mekan eğitim ve sosyokültürel faaliyet alanlarında değerlendirilmekte ve uygun görülürse bu kategorilerde nişan almaktadır. Yıllar içinde başvuru sayılarının artması iyiye dönük bir uygulamadır. Eğitimin her kademesinde başvuru sayılarının giderek artması güzel bir sonuç iken mekânsal anlamda hala yetersizlikler mevcuttur. Özellikle üniversitelerde engelli sayılarının artırılması için fiziksel koşulların iyileştirilme için teşvikler sağlanmalıdır. ⁽⁴⁵⁾

Engellilerin Erişilebilirlik Hakkı

Uluslararası Hukukta Engellilerin Erişilebilirlik Hakkı

Engelliler, “erişilebilirlik” kapsamında fiziksel çevrenin ve çeşitli işlevlere sahip yapılara ait mimari çözümlerin yetersiz olması, toplu ulaşım sistemlerinin uygun olmayışı ile eğitim, istihdam, sosyal hayata katılım, iletişim ve bilgilendirme, sosyal destek ve sağlık hizmetlerinden faydalanamama gibi sorunlar ile karşılaşmaktadır.

Erişilebilirliği en geniş anlamıyla kavramlaştıran ve bağımsız bir hükümle düzenleyen ilk ve en yakın tarihli sözleşme ise, BM Engelli Hakları Sözleşmesi’dir. Sözleşme’nin erişilebilirliğe ilişkin özel hükmünde engellilerin kamusal alanda verilen her türlü hizmetten yararlanabilmeleri için devletlerin alacakları gerekli tedbirler sıralanmış, engellilerin bina ve kurumlar ile bilgiye rahatça erişebilmelerinin sağlanması ayrıntılı biçimde düzenlenmiştir. ⁽⁶⁾

Avrupa Komisyonu 12 Mayıs 2000 tarihinde “Özürlü Bireyler İçin Engelsiz bir Avrupa’ya Doğru” başlıklı bir tebliğ yayımlamıştır. Bu tebliğde engelli kişilerin sosyal ve ekonomik olanaklara ulaşmalarını kısıtlayan sosyal, mimari ve tasarım engellerinin ortadan kaldırılmasına yönelik kapsamlı ve bütüncül bir stratejiye vurgu yapılmaktadır.⁽⁷⁾

‘Avrupa Konseyi Engelliler Eylem Planı 2006 – 2015: “Avrupa’da Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi’ Engellilerin yaşamın tüm alanlarına tam olarak katılması hedefini yansıtan temel eylem alanları, ağırlıklı olarak engellilerin hak ve hizmetlere erişimine yöneliktir.⁽¹⁵⁾ Eylem alanı içinde engelli bireyler için; iletişim ve bilgilendirme hizmetlerine erişim (Eylem Alanı 3), istihdama erişim (Eylem Alanı 6) evrensel tasarım ilkelerinin uygulandığı erişilebilir bir çevre, her seviyede erişilebilir ulaşım (Eylem Alanı 7), kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişim (Eylem Alanı 10), sosyal güvenlik, sosyal destek ve sosyal yardımı da kapsayan sosyal koruma sistemlerinden faydalanabilme ve bu hizmetlere erişim (Eylem Alanı 11), diğer vatandaşlar gibi eşit şekilde yasal sisteme erişim (Eylem Alanı 12) gerekliliği vurgulanmıştır.^(46, 47)

Mevzuatımızda Engellilerin Erişilebilirlik Hakkı

Engellilerin erişilebilirliğine yönelik yapılan ilk yasal düzenleme 572 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’dir. Bu kararname ile 3194 sayılı İmar Kanununa “Fiziksel çevrenin engelliler için ulaşılabilir ve yaşanabilir kılınması için, imar planları ile kentsel, sosyal, teknik altyapı alanlarında ve yapılarda Türk Standartları Enstitüsü’nün ilgili standartlarına uyulması zorunludur” maddesi eklenmiştir.⁽⁴¹⁾

Toplu Taşıma Araçları Tip Onay Yönetmeliği ile Hareket Engelli Yolcuların Araca Giriş-Çıkışlarını Kolaylaştıran Teknik Donanımla İlgili Şartlar” getirilmiştir.⁽⁴⁸⁾

2005 yılında 5378 sayılı Kanun, Kamu kurum ve kuruluşlarına ait mevcut resmî yapılar, mevcut tüm yol, kaldırım, yaya geçidi, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel alt yapı alanları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından yapılmış ve umuma açık hizmet veren her türlü yapıların kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren yedi yıl içinde engellilerin erişilebilirliğine uygun hale getirilme zorunluluğu getirilmiştir.⁽²⁵⁾

2011 yılında Şehir içi Toplu Ulaşım Hizmetinde Yer Alan Otobüsler İle İlgili İçişleri Bakanlığı Genelgesi ile şehir içi toplu ulaşımında kullanılan otobüs durak yerlerinin ve engellilerin iniş ve binilerinin kolaylaştırarak fiziksel şartların sağlanması, otobüslerin içindeki bilgilendirmeyi sağlayan sesli ve görsel uyarı sistemlerinin eklenmesi zorunluluğu getirilmiş⁽³⁸⁾, 2013 yılında ise erişilebilirlik ile ilgili denetim ve izleme getirilmiştir.^(48, 49)

Günümüzde dezavantajlı gruplar için kentsel anlamdaki yeni düzenlemeler (yaşlı dostu, çocuk dostu, kadın dostu şehir vb.) yapılmaktadır. Engelliler içinse evrensel tasarım kavramı ile birlikte erişilebilirlik adına iyi yönde değişen kentler ve erişilebilir kent ödülleri ile de farkındalığı artırıcı katkılar iyi uygulamalara örnek verilebilir.⁽⁵⁰⁾

Yine de toplumun engelliye bakışı ve bu algının yaşadıkları çevreye yansımalarının engelliler açısından doğurduğu sonuçlar ne yazık ki onların hayata katılımını etkilemektedir. Uluslararası ve ulusal mevzuatın getirdiği düzenlemeler uygulamada eksiklikler olsa da zaman içinde iyi uygulama örneklerinin artması ve daha da teşviki sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Çetin Bİ. Sanayi Devrimi’nden 21. Yüzyıla Batı Dünyasında Engellilik. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi. 2017; 7:91-122.
- 2) Erdugan FE. Türkiye’de özürlü yoksulluğu ve mücadele politikalarının değerlendirilmesi: Ankara-Keçiören örneği: TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; 2010.
- 3) Dursun S, Aytaç S. Çalışma yaşamında özel gruplar. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım Dücan, E & Atay Polat, M (2017) Kadın istihdamının ekonomik büyümeye etkisi: OECD ülkeleri için panel veri analizi ÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 26:155-70.
- 4) Gökmen F. Türkiye’de özürlü haklarının gelişimi. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, ÖZ-VERİ Dergisi. 2007.
- 5) Özgökçeler S, Alper Y. Özürlüler Kanunu’nun Sosyal Model Açısından Değerlendirilmesi*/An Assessment of The Turkish Disability Act in View of Social Model. Business and Economics Research Journal. 2010; 1:33.
- 6) Birleşmiş Milletler Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesme/>.
- 7) Kolat S. Avrupa Birliği sosyal politikası çerçevesinde özürlülere yönelik ayrımcılıkla mücadele ve Türkiye’deki yansımaları: TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; 2010.
- 8) Avrupa Sosyal Şartı. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>.
- 9) Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/04/20070409-1.htm>.
- 10) Amerika Rehabilitasyon Yasası 1973 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.dol.gov/agencies/oasam/centers-offices/civil-rights-center/statutes/section-504-rehabilitation-act-of-1973>.

- 11) Engelli Amerikalılar Yasası [cited 2020 29.06]; Available from: <https://adata.org/learn-about-ada>.
- 12) ÇAKMAK MN. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDEKİ ENGELLİ TANIMI HAKKINDA BİR İNCELEME. 2008.
- 13) ÇİTİL M, ÜÇÜNCÜ MK. Türkiye'de Engelli Hakları ve Engelliler Hukuku'nun Du. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi.233-78.
- 14) HÜSEYİNLİ N, Göçmen S, Nasibov D. Çalışma Hayatında Engelli Haklarına İlişkin Yasal Düzenlemeler ve Engellilerin Haklara İlişkin Farkındalıkları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017; 6:138-52.
- 15) 159 sayılı Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında Sözleşmesi [cited 2020 29.06]; Available from: https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377302/lang--tr/index.htm
- 16) Deniz İş Kanunu. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.854.pdf>.
- 17) 1475 Sayılı İş Kanunu. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.1475.pdf>.
- 18) 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname. [cited 2020 29.06]; Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23011_1.pdf.
- 19) 6462 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130503-1.htm>.
- 20) 4857 Sayılı İş Kanunu. 2003 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>.
- 21) Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13013&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
- 22) Erişkinler için engellilik değerlendirilmesi ile ilgili yönetmelik [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>.
- 23) T.C Anayasası. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>.
- 24) Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. 2019 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/25262/istatistik-bulteni-2019ekim.pdf>.
- 25) 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>.
- 26) SGK İstatistik Yıllıkları. 2018 [cited 2020 29.06]; Available from: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari.
- 27) Engelli İstihdam Teşviki. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.iskur.gov.tr/isveren/tesvikler/engelli-istihdami-tesviki/>.
- 28) Şen M. TÜRKİYE'DE ENGELLİLERİN İSTİHDAMINDA KOTA UYGULAMASI VE BİR MODEL ÖNERİSİ. 4Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Kongresi; 21-22 Aralık Ankara2019. p. 474-89.
- 29) Tufan İ. Status of the disabled in Turkey. A theoretical approach to the perception of the disabled in Turkey. Disability and Rehabilitation. 2007; 29:173-8.
- 30) ÇİMŞİR E. TÜRKİYE'DE MESLEKİ REHABİLİTASYON HİZMETLERİ VE İHMAL EDİLMİŞ BİR ALAN OLARAK REHABİLİTASYON DANIŞMANLIĞI. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 19:114-24.
- 31) AVER ÖF. ENGELLİLERİN MESLEKİ EĞİTİMİ VE İSTİHDAMI. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 5:327-54.
- 32) Çavuş ÖH, Tekin A. Türkiye'de engellilerin istihdam yöntemi olarak korumalı işyeri. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 30.
- 33) İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
- 34) Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.
- 35) Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>
- 36) 2916 Sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu. 1983 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18192.pdf>
- 37) 3308 sayılı Çıkraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu 1986 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4702.html>.
- 38) 3797 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun [cited 2020 29.06]; Available from: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanunbmmc075/kanunbmmc075/kanunbmmc07503797.pdf.
- 39) 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararname. [cited 2020 29.06]; Available from: https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2012_10/10111011_ozel_egitim_kanun_hukumunda_kararname.pdf
- 40) Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180707-8.htm>.
- 41) 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname. [cited 2020 20.06]; Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23011_1.pdf.
- 42) 5793 Sayılı Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080806-2.htm>.
- 43) TÜRKİYE'DE KAYNAŞTIRMA/BÜTÜNLEŞTİRME YOLUYLA EĞİTİMİN DURUMU. [cited 2020 29.06]; Available from: https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2018/06/Egitimin_Durumu.pdf
- 44) Engelli Öğrenci Sayı Raporu. [cited 2020 29.06]; Available from: <https://istatistik.yok.gov.tr/>.
- 45) Engelsiz Üniversiteler Ödül Töreni ve Engelsiz Eğitim Çalıştayı. 2019 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://engelsiz.yok.gov.tr/calistay-raporlari>.
- 46) Avrupa Konseyi Engelliler Eylem Planı 2006 – 2015. [cited 2020 29.06]; Available from: <http://www.teday.org/avrupa-konseyi-2006-2015-ozurluler-eylem-plan/>.
- 47) Çağlar S. Engellilerin erişebilirlik hakkı ve Türkiye'de erişebilirlikleri. 2012.
- 48) Tiyek R, ERYİĞİT BH, Emrah B. ENGELLİLERİN ERİŞİLEBİLİRLİK SORUNU ve TSE STANDARTLARI ÇERÇEVESİNDE BİR ARAŞTIRMA. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016; 12:225-61.
- 49) BAKANLIĞI AVSP. Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği. 2013 [cited 2020 29.06]; Available from: <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/kurum/24304011>.
- 50) Yavuz N. Engelli hakları ve engellilerin kente erişilebilirliğinin kentli hakları perspektifinden değerlendirilmesi. 2019.

Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Engellilik

119

PROF. DR. HATİCE ŞAHİN

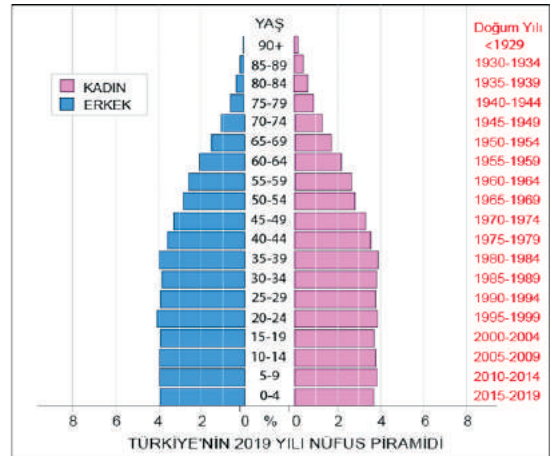
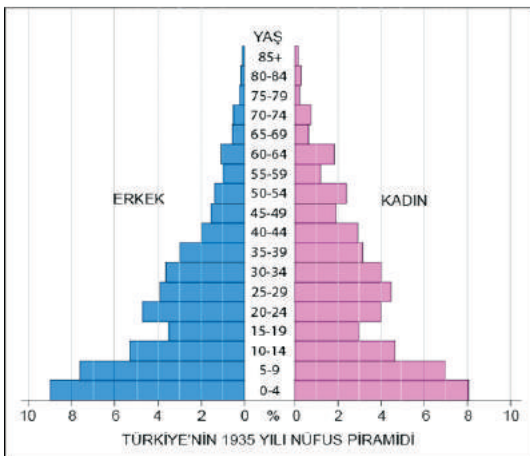
Nüfus piramidi; toplumların gelişmişlik düzeyleri başta olmak üzere pek çok konudaki bilgiyi yorumlamaya ve karşılaştırma yapmaya olanak sağlar. Ülkemiz için nüfus piramidi incelendiğinde (Şekil 119.1), 20.yy'ın başı ile günümüz arasında ciddi değişimlerin olduğu görülecektir⁽¹⁾. Nüfus piramidinde en göze çarpan bulgu geçmiş dönemlere göre doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasıdır. Yaşam süresinin uzaması, toplumsal dinamiklerdeki iyileşmeleri göstermesinin yanında doğuştan engellilikler yerine kronik hastalıklar ve kazalardan kaynaklı engelliliklerin artmasına da neden olmaktadır (Şekil 119.1).^(2,3,4)

Nüfus yapısındaki ve engellilik nedenlerindeki bu değişim engelli bireylerin sağlıklı kalma davranışlarının da değişmesini gerektirmektedir. Çünkü erken yaşta ortaya çıkan bir engellilik hem bireye hem de topluma uzun süre maddi manevi yük ol-

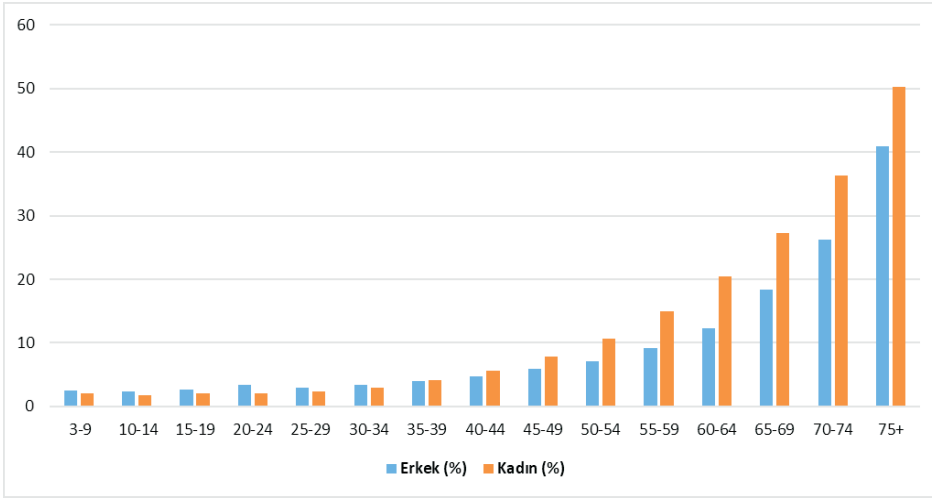
maktadır. Buna bir de sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunlar eklendiğinde durum daha da vahim hale gelmektedir.

Ülkemizde engelli bireylerin yaş ve cinsiyete göre engel türü değişkenine göre dağılımına bakıldığında 50 yaş ve üzerinde yoğunluk olduğu, tüm engellilik alanlarında kadınların daha fazla olduğu görülmektedir (Şekil 119.2 ve 119.3). Yaşın artması, cinsiyete özel durumlar engelli bireylerin sağlık gereksinimlerinin artmasına ve farklılaşmasına neden olmaktadır.

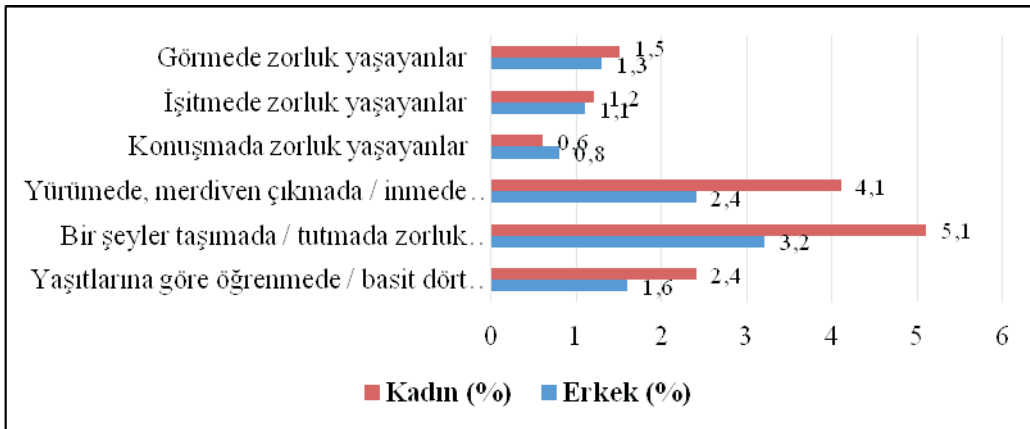
Anayasamız⁽⁶⁾ bireylerin sağlıklı yaşam hakkına vurguda bulunurken, BM engelli hakları sözleşmesi⁽⁷⁾ ise engelli bireylerin sağlık hakkı üzerinde durmaktadır. Sözleşmeye göre; "engelli bireylerin engelliliğe dayalı ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir, en yüksek sağlık standardından yararlanması esastır". Sağlık hakkı özetle şu başlıkları içermektedir.



Şekil 119.1 Türkiye'de 1935 ve 2019 yılları nüfus piramitleri.



Şekil 119.2 Ülkemizde erkek ve kadınlarda yaşa göre en az bir engeli olan nüfus oranları⁽⁵⁾
(Engeli ve yaşlı istatistikleri bülteni Nisan 2020'den uyarlanmıştır)



Şekil 119.3 Ülkemizde erkek ve kadınlarda engel türlerinin dağılımı⁽⁵⁾

- Sağlık hizmetlerinin tam ve eşit koşullarda sağlanması,
 - Ayrımcılığa uğramadan yararlanması,
 - Sağlık kurum ve kuruluşlarına erişim hakkı
 - Özel gereksinimlerine uygun makul düzenlemelerin yapılması,
 - Kişisel bilgilerinin güvenliğine ve mahremiyetine saygı
 - Kendi bedeni üzerinde söz söyleme hakkının esas alınması ile ruh ve beden bütünlüklerinin korunması,
 - Sağlık hakkını kullanmaları sürecinde bilgi edinme ve aydınlatılmış onam hakkının sağlanması: tedaviyi reddetme, durdurulmasını isteme, rıza olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama,
 - Sağlık personeline ve topluma yönelik farkındalık ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması,
 - Sağlık hizmetlerinin yaygın, kolay erişilebilir ve ekonomik olarak karşılanabilir olmasının temin edilmesi,
 - Engelli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik şu tedbirlerin alınması;
 - Bağışıklama ve tarama programları
 - Erken tanı, önleme ve müdahale programları
 - Gebe takibi, bebek ve çocuk takip ve izlemi programları
 - Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri
 - Çevre sağlığı
 - İş kazası ve meslek hastalıkları
 - Besin güvenliği, ilaç ve ilaç dışı destek ürünleri
- Sağlık hakkı konusu kapsam olarak incelendiğinde "sağlık hizmetlerine erişim" kavramı öne çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim aynı zamanda

sağlıkta eşitsizliklerde önemli rolü olan bir değişkendir^(8,9).

Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlıklılık hallerinin devamı için ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personelince sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulması şeklinde tanımlanmaktadır⁽¹⁰⁾.

Sağlık hizmetlerine erişimin değerlendirilmesinde farklı değişkenler kullanılmaktadır⁽¹¹⁾. Aday'ın aktardığına göre Donabedian sosyal-organizasyonel ve coğrafik erişilebilirlikten bahsederken, Aday ve Anderson sağlık hizmetlerinde erişilebilirliği toplumun nüfus yapısına ilişkin özellikler ve sağlık hizmet sisteminin özellikleri olmak üzere iki başlık altında değerlendirmektedir. Nüfus yapısına ilişkin özellikler altında gelir, sigorta kapsamı, sağlık hizmetleri kullanma davranışları yer alırken, sağlık hizmet sisteminin özellikleri başlığı altında ise kaynak dağıtımı, işgücünün organizasyonu ve olanaklar gibi değişkenler yer almaktadır⁽¹¹⁾.

Kurt'un aktardığına göre sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği kavramı, ayrımcılık yapılmaması, fiziksel olarak ulaşılabilirlik, parasal olarak karşılanabilirlik ve bilgiye ulaşılabilirlik kavramlarından oluşmaktadır⁽¹⁰⁾.

Bu yazının amacı engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunu bazı temel başlıklarda ele almak ve ülkemizde engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi konusundaki durum hakkında bilgi vermektir. Konunun anlaşılabilirliğini artırmak amacıyla engelli bireylerin sağlık hizmetine erişimi dört kavram üzerinden irdelenecektir.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Ayrımcılık Yapılmaması İlkesi

Birleşmiş Milletler Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme⁽⁷⁾ ve Engelliler Hakkındaki Kanun⁽¹²⁾ engelli bireylerin doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalacakları ayrımcılık durumlarına dikkat çekmekte ve engellilerle ilgili politikalarla ilişkisi yoğun biçimde ele alınmaktadır. Alkan ve arkadaşlarının derlemesinde "ayrımcılık" kavramının tarihsel durumu ortaya konmuş ve sağlık alanındaki ayrımcı davranışların kökeni incelenmiştir⁽¹³⁾. Alkanın aktardığı bir ayrımcılık tanımı "ayrımcılık bir vatandaşın herhangi bir gruba aidiyeti ya da diğer vatandaşlardan farklı bir özelliği sebebiyle fiziksel veya ruhen mağdur edilecek şekilde diğerinden farklı

muamele görmesi" şeklindedir. Kısaca ayrımcılık, toplumun çoğunluğuna göre azınlık konumunda olan bireylerin ya da grupların, yasal bir temele dayandırılmadan toplumun çoğunluğu olarak kabul edilenlerin faydalandığı hak ve özgürlükten yararlanmalarının doğrudan veya dolaylı olarak engellenmesi ya da kısıtlanması demektir. Çocuklar, yaşlılar, engelliler, eğitim ve gelir seviyesi düşük bireyler veya azınlık konumundaki diğer bireyler dolaylı ya da direkt olarak ayrımcılığa maruz kalma potansiyeli yüksek olan gruplardır. Engelli bireyler bedensel veya yaşam tarzı olarak diğer bireylerden farklıdır, aynı zamanda bu farklılıktan kaynaklı ayrımcı tutumlarla karşılaşmaktadırlar. Engelli bireyler, sağlık hizmeti alma sırasında karşılaştıkları ayrımcı tutumların sonucunda sağlık hizmetine karşı güvenini kaybetmekte, hizmeti reddetme, hizmeti yarıda bırakmaya kadar varan davranışlar göstermektedir. Ülkemizde sağlık hizmeti sunumunda ayrımcılıkla ilgili yaşananlar ve önlemeye ilişkin yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Farkındalığı

Sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılık yapılmaması için sağlık çalışanlarının engelli bireylerin gereksinimleri ve sosyal yaşama entegrasyonundaki rollerinin farkında olması, sağlık hizmetleri içinde başta işaret dili tercümanı olmak üzere engelli bireylerle iletişim ve engelli bireylerin sağlık hizmeti içinde tanı ve tedavi sürecine dahil edilmesi gereklidir. Bu konuda yapılan çalışmalarda engelli bireylerin sağlık çalışanlarının tutumlarından memnun olmadıkları saptanmıştır^(14,15). Özellikle görme ve işitme engelli bireylerin hizmet alımı sırasında kendileri yerine aileleri ile iletişim kurulması ve tanı tedavide dikkate alınmadıkları saptanması önemlidir^(16,17,18). Ülkemizde yapılan çalışmalar engelli bireylerin sağlık hizmet sunumundan memnun olmadıklarını göstermiştir^(14,19). Ailelerin yaklaşık yarısının sağlık hizmetlerinden, ilgi, kolaylık, öncelik, fiziki ve psikolojik yardım, ücretsiz tedavi ve cihaz sağlanması gibi beklentileri olduğu saptanmıştır⁽¹⁹⁾. Engelli bireylerin kamu kurum ve kuruluşlarından beklentileri değerlendirildiğinde %77'sinin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini istedikleri saptanmıştır⁽¹⁵⁾.

Bu konuda ülkemizde yasal olarak adımlar atılmış ve 2005 yılında 5378 Sayılı Engelliler Hakkında

Kanun çıkarılmıştır⁽¹²⁾. Bu kanun ile engelli bireylere yönelik planlanan hizmetlerin sunulmasında temel insan hakları ilkelerinin gözetilmesi, engelli bireylerin her türlü istismar ve dışlanmaya karşı sosyal politikaların üretilmesi, engelli bireylere yönelik ayrımcılık yapılmaması ve ayrımcılıkla mücadele etme gerekliliği vurgulanmıştır. 2000'li yılların başına kadar tıp eğitimi programları engelliliğin medical boyutunu ele almakta, sonrasında yapılan çalışmalar ile^(20,21,22,23,24) engelliliğin sosyal boyutu ve engelli birey-sağlık çalışanı iletişimi ve etkileşimi konusunda dersler eğitim programına dahil edilmiştir. Bunun yanı sıra otizm eylem planında sağlık çalışanının engellilik konusunda sürekli mesleki gelişim etkinlikleri ve bu konudaki kurumlar arası işbirliği konularına değinilmektedir⁽²⁵⁾.

Engelli Bireylere Karşı Tutum ve İletişim

Sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı tutumlarını değerlendiren araştırmaların son on yılda ülkemizde yapıldığını görüyoruz^(16,26). Küçükşen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı tutumları değerlendirildiğinde; tutumların sağlık kurumlarına göre değişim gösterdiği, sağlık çalışanlarının engelli bireylerle ilgili istihdamda yer alabilecekleri, engelli bireylerin bencil, saldırgan ve öfkeli olduklarına ilişkin algıları olduğu ve engelli bireylere yönelik tutumların bir kurum kültürü olarak algılanmadığı saptanmıştır^(26,27). Sağlık hizmeti alan engelli bireylerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetleri engelliler için yeterli bulmadığı, muayenelerden memnun olmadığı, sağlık çalışanları ile iletişimde problem yaşadıkları ve sağlık çalışanlarıyla her konuyu rahatça konuşamadıkları ortaya çıkmıştır^(3,19,27). Ayrıca Karip'in aktardığına göre ülkemizde engelli bireylerin %47,5'i sağlık personelinin engeli ve tedavisi hakkında yeterli bilgi veremediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarından olumsuz tutum deneyimi yaşayan engelli bireylerin aynı zamanda sağlık çalışanlarıyla iletişimde de memnun olmadığı görülmektedir. Engelli bireylerin %53,3'ü sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kurmadığını ve %47,5'i sağlık çalışanı tarafından sağlık sorunu konusunda yeterli bilgi verilmediğini ifade etmektedir⁽¹⁹⁾.

Ülkemizde kültürümüze uygun işaret dilinin oluşturulması amacıyla 2006 yılında Türk İşaret

Dili Sisteminin Oluşturulması ve Uygulanmasına Yönelik Usul ve Esasların Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik çıkarılmıştır^(28,29). Yönetmelikle işitme engelli, dil ve konuşma bozukluğu olan bireylerin iletişim ihtiyaçlarını desteklemek için işaret dilinin dil bilimi yönünden çözümlemesi ve değerlendirmesini yapmak, yazılı ve görsel eğitim araç ve gereçlerini hazırlamak, Türk işaret dili sistemini oluşturmak, işaret dili tercümanları ile öğreticilerini yetiştirmek ve bu konuda farklı uygulamaları önlemek üzere usul ve esasları düzenlemektir. Yönetmelik ile Türk işaret dili tercümanı tanımı yapılmış ve tercümanın çalışma alanlarından biri de sağlık hizmeti olarak belirtilmiştir⁽³⁰⁾. İşitme engelli bireylerin sağlık hizmetinden yararlanmaları sırasında işaret tercümanı taleplerinin de zeminini oluşturmuştur.

Sağlık bakanlığı tarafından yayımlanan Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkındaki 2010/73-80 sayılı Genelge ile sağlık kurumlarında engelli bireylere sunulacak hizmetlerde öncelik verilmesi ile işaret dili tercümanı sağlanması gibi engel türüne uygun iletişim tekniklerinin oluşturulması kararı alınmıştır^(31,32). Engelli bireylerin sağlık kurumlarında yaşadıkları sorunlar ifade edildikçe özellikle kamu hastanelerinde işaret dili tercümanının istihdam edilmesi yönünde uygulamalar da olmuştur⁽³³⁾. İşaret dili tercümanının bulunduğu kurumlarda cinsiyete uygun tercümanlık hizmetleri verilememesi ve tek tercümanın tüm kuruma eş zamanlı hizmet verememesi gibi durumlar da yaşanmaktadır. İşitme engellilerin %76,6'sında işaret dili tercümanından yararlanamamaktadır⁽³⁾. Başta sağlık çalışanları olmak üzere engelli bireylerle iletişimde etik ilkelerin de gözetilmesi hizmetten yararlanan açısından yararlı olacaktır⁽³⁴⁾.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Fiziksel Erişilebilirlik İlkesi

Engelliler Hakkındaki Kanun 2005 yılında yürürlüğe girdiğinde kamu kurum ve kuruluşlarının engelli bireyler için erişilebilir olmasını sağlamak amacıyla yedi yıllık bir uyum süresi tanımlamıştır⁽¹²⁾. Yedinci yılın sonunda yeterli fiziksel düzenlemelerin yapılmadığı saptanmış ve ek üç yıllık bir süre daha tanınmıştır. Böylece ülkemizde sağlık kuruluşlarının da dahil olduğu kamu kurum ve kuruluşlarının fiziksel olarak engelli bireylere uygun hale getirilmesi için on yıllık bir süre tanınmış

oldu. Bu arada binaların uygunluğuna rehberlik etmesi amacıyla erişilebilirlik izleme ve denetleme formları⁽³⁵⁾ hazırlanmış, yapılan değişikliklerin uygunluğunu izlemek için ise Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği⁽³⁶⁾ yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik gereği il bazında izleme komisyonları oluşturulmuş ve kamu hastaneleri başta olmak üzere denetimler yapılmıştır. Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonlarınca 2017 yılı içerisinde toplam 4797 bina, açık alan ve toplu taşıma aracı, 2019 yılı içinde 6898 bina, açık alan ve toplu taşıma aracı denetlenmiştir. 2018 yılında 7225, 2019 yılında ise toplam 6898 denetim gerçekleştirilmiştir. 2014-2019 yılları arasında 382'i bina, 9'u açık alan ve 504'ü toplu taşıma aracına olmak üzere toplam 895 "Erişilebilirlik Belgesi" düzenlenmiştir. Sadece 2019 yılı içerisinde verilen belge sayısı 241'dir⁽⁵⁾. Tüm bu çabalara rağmen ülkemizde hala kamu binalarının engelli bireylerin erişimi konusunda fiziksel olarak uygun olmadığı görülmektedir. Sağlık kuruluşlarında rampaların, park yerlerinin, erişilebilir muayene odalarının, uygun araç gerecin olmaması, sağlık hizmetinin sunum biçimi fiziksel engeller olarak dikkati çekmektedir⁽¹⁹⁾. Ülkemizde fiziksel engeli olan bireyler sağlık kuruluşlarına erişiminde ulaşım konusunda güçlük yaşamaktadır. Ulaşılabilirliğin temeli niteliğinde olan toplu ulaşım konusunda engellilerin %52-69 arasında sorun yaşamaktadır^(3,15,37). Engelli bireylerin %45,6'sı sağlık kuruluşuna giderken ulaşımında engellerin olduğunu belirtmiştir⁽¹⁵⁾. Diğer bir çalışmada fiziksel çevre ve ulaşım açısından ortak alanların engellilerin kullanımına uygunluğu olması incelenmiş, engellilerin %54,7'si düzenlemelerin yetersiz olduğunu ifade etmiştir⁽¹⁴⁾. Hastane yönetimlerinin engelli otoparklarını denetimsiz bırakması, başkalarının da park etmesi bu durumun en sık nedenidir⁽³⁾. Engelli bireylerin % 47,4'ü sağlık kuruluşu içinde hareket güçlüğü yaşadıklarını belirtmiştir⁽³⁷⁾. Özellikle bedensel engelli bireyler ile yakını olmadan sağlık kuruluşuna gelenler bu sorunu daha fazla yaşamaktadır. Sağlık kurumunda hareket zorluğu çekmede cinsiyetler arası farkın olduğu, kadınların daha fazla sorun yaşadığı bildirilmektedir. Sağlık kuruluşlarında erişimin kolaylaştıracağı düşünülen diğer bir konu da hizmette öncelik hakkıdır. Engelli bireylerin %68'inin öncelik hakkından yararlanmadığı saptanmıştır⁽³⁾. Öncelik hakkından yararlanmada hizmet sunan kuruluşun öncelikli ilgili politikası kadar, engelli bireyler arasında ça-

tışma yaşanmayacak biçimde ayarlanması gereklidir. Örneğin; poliklinik önünde beklemede bacağı ampüte olan bir hasta ile görme engelli bir hasta arasında kimin öncelik alacağı konusu tartışmalıdır. Ülkemizde hastanelerde muayene odalarının, muayene masalarının ve tuvaletlerin engelli bireylere uygunluğu konusunda hala yaşanan sorunlar bulunmaktadır ve sağlık kuruluşlarının %26'sında engelli bireyleri yönlendirecek yazılı ve görsel uyarılar bulunmamaktadır⁽³⁾.

Ülkemizde son 10 yılda çıkarılan ve çoğunluğunun Avrupa Birliğine uyum çalışmaları kapsamında çıkarılan fiziksel düzenlemeler ile ilgili yasal metinler oldukça yeterlidir. Ancak yasaların uygulanması ve izlenmesinde sorun yaşanmaktadır. Engelliler Hakkındaki Kanun gereği 2005 yılı öncesinde inşa edilen binalar için "makul uyarılma" kavramı ile ifade edilen bir kolaylaştırmaya rağmen sağlık kuruluşlarındaki fiziksel engeller hala engelli bireyler için zorlayıcı ve hatta hizmet almaktan caydırıcı özellik taşımaktadır.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Hizmetin Parasal Karşılabilirliği İlkesi

Ülkemizde sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmış ve genel sağlık sigortası tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiştir. Bu durum teorik olarak engelli bireylerin alacağı hizmetin maliyetinin devlet tarafından karşılanmasını sağlanmasını ve engelli aylığından yararlanmayı sağlamıştır^(38,39,40). 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenen Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen şekilde yardımcı araç-gereçler, tıbbi malzeme, sarf malzemeleri, ortez-protez gibi malzemelerin ödemeleri SGK tarafından yapılmaktadır. Kullanılan malzemelerin SUT tarafından ödenmesinde engelli bireyleri zora sokan iki konu olduğu görülmektedir. Birinci sorun; SUT hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili malzemeleri karşılamaktadır. Yaşamı sürdürmeyi, engelli bireyi esenlendirmeyi sağlayacak destekler tedavi gideri olarak tanımlanmamaktadır ve ödemesi yapılmamaktadır. Diğer bir sorun ise SUT kapsamındaki malzemelerin ödeme oranları çok düşüktür, ödemeye esas olan fiyatlar güncellenmektedir ve ödeme miktarı çok azdır. Günümüzde

engelli bireyleri ilgilendiren ve EK-3/C-3'de belirtilen malzemeler engelli bireyler için tedavi amacı taşıyamamakta ancak yaşamlarını sürdürmek için önem taşımaktadır. Bu ekte yer alan herhangi bir malzeme için piyasa fiyatının ancak 1/3'ü SUT kapsamında karşılanmakta, geri kalan kısmı engelli birey tarafından cepten ödenmektedir. Bu ek en son 2017 yılında güncellenmiştir ve hala aynı fiyatlar geçerlidir, bu durum da engelli bireylerin SUT kapsamındaki malzemelerden yararlanırken cepten daha fazla katkı vermelerine neden olmaktadır⁽⁴¹⁾.

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde doğrudan ve dolaylı etkisi olan bir diğer değişken aylık kazançtır. Yukarıda da ifade edildiği gibi son dekatta ülkemizde sağlık hizmeti almada cepten harcama da artmıştır. Oysa ülkemizde en az bir engeli olan nüfusun işgücüne katılma oranı erkeklerde %35,4, kadınlarda %12,5, toplamda ise %22,1'dir⁽⁵⁾. Bu düşük oran aynı zamanda sağlık hizmet maliyetini karşılamak için sosyal güvenceye sahip olma konusunda da sorunlara neden olmaktadır. Engelli bireylerin birden fazla sağlık sorunu ve sağlık hizmetinden yararlanma sayısı diğer bireylere göre daha fazla olduğu dikkate alındığında sosyal güvencenin önemi daha da artmaktadır. İşgücüne katılımın az olduğu ortamda sosyal yardımlar engelli bireyler için vazgeçilmez olmaktadır. 2022 sayılı Kanun kapsamında 2019 yılında %70 ve üzeri engeli olan 287.820 birey 2.287 milyon TL, %40-69 arası engelli 352.125 birey 1.855 milyon TL ve 18 yaş altı engelli yakını olan 96.210 kişi 471 milyon TL sosyal yardımdan yararlanmış⁽⁵⁾. Yıllar içinde sosyal yardımdan yararlanan kişi sayısı yaklaşık dört kat artarken yardım miktarı ise 1,2 kat artmıştır⁽⁵⁾. Bu rakamlar bile engelli nüfusun kendi emeğiyle kazanıp bağımsız yaşama için ortam oluşturulmadığının ve ciddi oranda sosyal yardıma muhtaç haline getirildiğinin de göstergesidir. Arca ve Saka'nın araştırmasında engelli bireylerin %8'i ekonomik nedenlerle temel hizmetlere ulaşamadığını, sosyal yardımların sağlık hizmetine erişimde etkili olmadığını göstermektedir⁽⁴²⁾. Bu koşullarda sağlık hizmeti için cepten harcama gerektiğinde hizmetten kaçınma davranışı gelişmektedir.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Bilgiye Ulaşılabilirlik İlkesi

Ülkemizde engelli bireylerin eğitim durumu değerlendirildiğinde %41,6 okuryazar olmadığı, %18,2'si-

nin okuryazar olup herhangi bir okul bitirmediği, %32,6'sının ise lise altı eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir⁽¹⁵⁾. Bilgiyi erişimde ve sağlık okuryazarlığında eğitim seviyesinin önemi dikkate alındığında engelli bireylerin oldukça dezavantajlı olduğu görülmektedir. Bu dezavantajı ortadan kaldırmak amacıyla Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından bir rehber hazırlanmış ve özet olarak engelli bireylerin hakları konusunda bilgi verilmektedir⁽⁴³⁾.

Engelli bireylerin, engelli aylığı, evde bakım yardımı, bakım hizmetleri, özel eğitim, istihdam ve sağlık gibi alanlarda tanımlanmış hak ve hizmetlerden yararlanmak için engelliler için sağlık kurulu raporu alması gereklidir^(43,44). Engelliler için sağlık kurulu raporu kişilerin engellilik durumlarını, engel gruplarını, engellilik tür ve derecelerini değerlendiren Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş heyetler tarafından düzenlenen bir belgedir ve engelli haklarından yararlanmada temel belge niteliindedir. 2019 yılı başında çıkarılan bir yönetmelik ile Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) 18 yaş altı çocuklar için Engelli Sağlık Kurulu Rapor süreçleri ve raporun içeriği değişmiştir⁽⁴⁵⁾. Böylece engelli bireyler 18 yaş altı ise farklı, 18 yaş üzeri ise farklı içerik ve amaçta sağlık kurulu raporu alacaklardır. Bu yönetmelik ile engelli çocuklar için engel oranları kaldırılmış, aynı engel ve durumdaki çocuklar için farklı yüzdelere hesaplanması gibi karışıklıklar ortadan kaldırılmış, çocuğun gereksinimi tespit edilmektedir. Yetişkinler ve çocuklar için engelli raporu alma prosedürü hakkında Engelli Bilgilendirme Rehberi ve Sağlık bakanlığının e-rapor web sitesinden yararlanmak mümkündür^(43,46).

Dalbay çalışmasında engelli bireylerin yaklaşık %50'sinin kendileri ile ilgili yasal düzenlemeleri takip etmediklerini ve %35'inin kendileri ile ilgili politikalar konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını bildirmiştir⁽¹⁴⁾. Yapılan diğer bir çalışmada engelli bireylerin %45,7'si hastane randevularını telefon aracılığıyla alabildiği, %27,6'sının ise randevu hizmetini kullanmadığı saptanmıştır⁽³⁾. Engelli bireyler Merkezi Hastane Randevu Sistemi'nde öncelikli hasta randevu sistemi bulunmadığı için sorun yaşanmaktadır. Engelli bireyler öncelikle aile hekimliğine başvurmaktadır⁽³⁾. Şanlıurfa Kalkınma Derneği tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporuna göre engelli bireylerin %45,3'ünün sağlık kurumlarında sıra

beklemekten şikayetçi oldukları belirlenmiştir⁽⁴⁷⁾. Engelli bireylerin ancak yaklaşık yarısının (%24,5-%44,7) sağlık kuruluşlarındaki öncelikleri ve sağlık hizmeti ile ilgili hakları konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır^(3,14). Sağlık hizmetlerine erişimde engelli bireyler açısından önemli bir durum da sağlık kuruluşlarında refakat hizmetidir. Engelli bireylerin %69,8'i hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duymaktadır⁽¹⁵⁾. Engelli bireylerin %48,3'ü sağlık hizmeti alımında bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Görme engellilerin, kadınların ve bekarların bu yardıma daha fazla oranda ihtiyacı olduğu saptanmıştır⁽³⁾.

Ülkemizdeki engelli bireyleri bazı değişkenler bakımından tanıyacak olursak; bireylerin %18'inde çoklu engel, %25'inde kronik sağlık sorunu vardır. %62'si kentsel alanda yaşamaktadır. %85'inde %40 ve üzerinde engellilik oranı mevcuttur. %41,6'sı okuryazar değildir, eğitim seviyesi düşük olanların çoğunluğu kırsal alanda yaşamaktadır. %96,5'i engel, ortaya çıktıktan sonra mesleki eğitim almamıştır, ancak %14,3'ü gelir getirici herhangi bir işte çalışmaktadır. Çalışanların %34'ünün SGK kaydı bulunmamaktadır. %34,8'i çoğunluğu engelli aylığı olmak üzere sosyal yardımlardan düzenli olarak yararlanmaktadır, %75'i doğum sonrası nedenlerle engellidir ve %66,4'ünde kaza ve hastalıklara bağlı engellilik gelişmiştir⁽¹⁵⁾. Bu veriler ile engelli bireylerin pek çok alanda dezavantajlı olduğu görülmektedir. Tek başına engelli olma durumu toplumsal yaşam için bir eşitsizlik durumu iken⁽⁴⁸⁾ eğitim seviyesinin düşük olması, kadın olma, kırsal alanda yaşama, mesleki eğitim almama ve sosyal güveneye sahip olmama gibi değişkenler eklendiğinde eşitsizlikler derinleşmektedir. Bu nedenle engelli bireylerin başta sağlık hizmetlerine erişimi olmak üzere her alandaki erişiminde asıl mücadele alanının engellilik değil, eşitsizlikler olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Son Söz

Bu yazıda engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi konusu bazı temel başlıklar altında ele alınmış ve ülkemizde engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi konusundaki durum hakkında bilgi verilmiştir.

Sunulan verilere dayanarak engelli bireylerin sağlık hizmetine erişimini iyileştirme/geliştirmek amacıyla aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Eğitim

2002-2010 yıllarında yapılan çalışmalar^(15,37) okuma yazma bilmeyenlerin oranının yıllar içinde değişmediğini hatta artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Temel eğitimi bile olmayan bir kitlede sağlıklılık bilincinin oluşturulması neredeyse imkansızdır. Engelli bireylerin sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam, mevcut sağlık sorunlarının ilerlemesinin durdurulması konusunda önemli bir değişken olan eğitim seviyesi yükseltilmelidir.

Sağlık çalışanlarının engellilik ve engelli bireylerle iletişim konusunda lisans veya hizmet içi eğitimler alması, sağlık kurumlarında bu konuyu sürekli gündemde tutan küçük değerlendirme toplantılarının yapılması önerilir

Birey Olma ve Bedeni Tasarruflu Kullanma Sorumluluğu

Sağlık çalışanları ile engelli bireyler arasındaki etkileşimde yaşanan sorunlarda "engelli bireylerin negatif stereotip kişilik özelliğine" ilişkin algı önemlidir. Engelli bireylerin öfke kontrolü, kendini iyi ifade etme, toplumsal yaşamda bağımsız yaşamaya dönük bir hayat anlayışına sahip olması kısacası iyi birey olma sorumluluğu da gözden kaçırılmamalıdır. Oysa ülkemizde engelli bireylerin %87'si kamu kurum ve kuruluşlarından nakit para istemektedir⁽¹⁵⁾. Ekonomik güce sahip olmak bağımsız yaşama bilincinin gelişmesine katkı sağlamamaktadır. Küreselleşme ile birlikte daha da belirginleşen bireyci davranış kalıbı, engelli bireylerin yakınları tarafından korunup, kollanmasını da giderek zayıflatmaktadır ve engelli bireyin "iyi gelir getiren mesleklere sahip olmasını ve bağımsız yaşama ortamını yaratmasını" zorunlu kılmaktadır.

Sağlık çalışanları da "engelli bireylerin toplum entegrasyonu" konusundaki rollerinin farkında olmalıdır. Sağlık çalışanlarının eğitim programları içine engelliliğin sosyal yönü konularının dahil edilmesi önemlidir. UÇEP2020 kapsamındaki başlıkların tıp eğitimi programlarına yerleştirilmesi zorunluluğu bu konuda ilk adımın atılmasını sağlayacaktır.

Hakların Farkında Olma ve Hak Arama Davranışı

Sosyal yardım alan engelli bireylerin son on yılda sayısının giderek artması endişe vericidir. Sosyal

yardım verilmesi engellilik alanında sosyal politikaların uygulanması gibi görünebilir. Ancak aynı zamanda engelli bireyler için istihdam yaratılmadığının, engelli bireyin kendini geçindirecek parayı kazanamadığının, yönetimlerin engelli politikaları konusundaki sorumluluğunu para vererek ailelere aktardığının göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Sosyal yardımların engelli bireylerde “karşılıksız verilen paranın minnet borcu” diye adlandırabileceğimiz bir duygu oluşturduğu açıktır. Bu duygu da başta SUT ödemelerinde kısıtlılık olmasına rağmen hakları için mücadele etmeyip, cepten ödemeyi kabul etme davranışına neden olmaktadır. Oysa ülkemizde Sivil toplum kuruluşları ile yapılan toplantılarda bu durum engelli aileleri tarafından “dava açarsak engelli maaşımızı keserler hocam” şeklinde dile getirilmektedir. Engelli bireylerde geliştirilen bu duygu yalnızca sağlık hakkı ile ilgili haklarını arayamamalarına veya koruyamamalarına değil aynı zamanda politik tercihlerine de yansımaktadır. Bu nedenle engelli bireylerle her temasta bu duygunun doğru olmadığı ve “hak” kavramı özellikle vurgulanmalıdır.

Engellilik Araştırmaları ve Veri Kalitesi

Ülkemizde engellilik konusunda resmi verilere ulaşmak çok zordur. Verilerin elde edildiği zaman dilimi, engellilik tanımlarının zaman içinde değişimi engelli bireylere ilişkin yaşananları araştırma bakımından sınırlılık yaratmaktadır.

Bu yazının yazılması aşamasında ülkemizde engellilikle ilgili yapılan yazın taranmış ve yapılan araştırmalara ilişkin de bazı önerilerin sunulmasının da uygun olacağı düşünülmüştür. Araştırmalarda genellikle veri toplama aracı olarak tutum ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Tutumun değerlendirilmesi amacıyla yapılacak çalışmalarda toplanan niceliksel veriler yanında niteliksel verilerin de toplanması tutumlar konusunda daha derin bilgiler edinmemizi sağlayacaktır.

Araştırmalarda engel türüne göre veri toplama araçlarının değişeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Pek çok araştırmada anket ile veri toplanmıştır, ancak görme engelli bireylerin nasıl yanıtladığı veya okuma-yazma akademik becerileri iyi olmayan işitme ve konuşma engelli bireylerde veri toplamanın özellikleri konusunda bilgi yer almamaktadır. Dolayısı ile engellilik alanında yapılan çalışmaların tanımlayıcı olmadan öteye gidemediği

görülmüştür. Oysa engellilik alanında politikaların belirlenmesinde yer almak için daha derin ve çeşitli veri ihtiyacımız vardır.

Evden Sağlık Kuruluşuna Ulaşma

Merkezi Hastane Randevu Sistemi içine “engelli bireylere öncelik getirmesi” ara yüzü eklenebilir.

Sağlık kuruluşlarına ulaşımında toplu taşımanın fazlaca kullanıldığı dikkate alındığında toplum taşıma olanaklarının engelli bireylere/engel türlerine uygun olarak iyileştirilmesi gereklidir.

Başta aile hekimliği binaları olmak üzere sağlık kuruluşlarının fiziksel olarak erişilebilir olmasının sağlanması gereklidir.

Hastane-sağlık kuruluşlarının bilgiye erişim ve hastanın tek başına sağlık kuruluşunda işlerini yapabilecek şekilde bağımsızlaştırılması için fiziksel erişilebilirlik yanında talep edenlere refakat hizmeti verilebilir.

Muayene odaları ve muayene masalarının engelli bireylere uygun olacak şekilde planlanması gereklidir.

Sağlık hizmetlerine erişim ve engellilik konusu multidisipliner çalışılması gereken bir konudur. Tek başına sağlık sektörü veya engelli birey tarafından çözülemeyen erişilebilirlik sorunlarının olduğu dikkate alınmalı ve hizmetin etkin olabilmesi için engelli birey, sağlık yöneticileri, politika yapıcılar, sosyal güvenlik uzmanlarının dahil olduğu entegre bakış açısı ve çalışma alışkanlığı geliştirilmelidir.

Ülkemizde engelli sağlık kurulu raporu alanların ve raporların kullanım alanlarına ilişkin doğrudan veriye ulaşamaması bu yazının bir sınırlılığıdır.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Nüfus Piramitleri [İnternet]. [kaynak 22 Haziran 2020]. Available at: http://cografyaharita.com/nufus_piramitleri1.html
- 2) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020). 2020;1-26.
- 3) Salih Karip. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi: Konya örneği. Yüksek Lisans Tezi. 2016;
- 4) AB’de Yaşam Süresi Ülkemizden Daha Fazla - Alomaliye.com [İnternet]. [kaynak 25 Haziran 2020]. Available at: <https://www.alomaliye.com/2016/10/18/abde-yasam-suresi-ulkemizde-daha-fazla/>
- 5) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve yaşlı istatistikleri bülteni- Nisan 2020 [İnternet]. Available at: https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/47370/istatistik-bulteni_nisan2020.pdf

- 6) Anayasa. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası [Internet]. [kaynak 25 Haziran 2020]. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>
- 7) Birleşmiş Milletler. Engellilerin haklarına ilişkin sözleşme [Internet]. 2009. Available at: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarına-k-slee&catid=6:uluslararasılg&Itemid=36
- 8) Gülbiye Yenimahalleli Yaşar. Sağlıktaki eşitsizliklerde hizmete erişim boyutu_OECD ülkeleri incelemesi. Eğitim Toplum Bilim Derg. 2018;16 (61):65–96.
- 9) Margaret Whitehead. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği; 2001. 55 s.
- 10) Öner Kurt. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? AH bu sorunu çözebilir mi? İçinde: Eskiocak M, editör. Kentel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz için Uygun Bir Model midir? 2007. s. 69–78.
- 11) Lu Ann Aday ; Ronald Andersen. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;208–20.
- 12) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelliler Hakkında Kanun [Internet]. 2005. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>
- 13) Ahmet Alkan RE. Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2016;19 (3):365–90.
- 14) Saim Dalbay. Özürlü Yakınlarının özürlülere yönelik sosyal politikalara ilişkin bilgi, beklenti ve memnuniyet dereceleri (İsparta örneği). İsparta Süleyman Demirel Üniversitesi; 2009.
- 15) Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. 2010.
- 16) Hatice Şahin AA. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. J Clin Nurs. 2010;19 (15–16):2271–9.
- 17) Ruth Northway. Disability and oppression: Some implications for nurses and nursing. J Adv Nurs. 1997;26 (4):736–43.
- 18) Ruth Northway. Disability, nursing research and the importance of reflexivity. J Adv Nurs. 2000;32:391–397.
- 19) Özürlüler İdaresi Başkanlığı Proje Ekibi. Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması. 2010.
- 20) Tıp Dekanları Konseyi. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020 [Internet]. 2020. Available at: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1049738>
- 21) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Programı_Evre 2 Blok 3. Engellilik, bedensel bütünlük, ayrımcılık [Internet]. 2020. Available at: http://med.ege.edu.tr/files/med/icerik/2_sinif_evre_2_blok_3.pdf
- 22) Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Programı_Dönem 1. Engelliliğe Yaklaşım [Internet]. 2020. Available at: https://tip.mcbu.edu.tr/db_images/file/2019-2020-ders-programi-donem-i-14143TR.pdf
- 23) Hatice Şahin. Engellilik: Sağlık Çalışanlarının ve Tıp Eğitiminin Bakış Açısı Nedir? Toplum ve Hekim Derg. 2005;20 (3):219–28.
- 24) Hatice Şahin. What Do Medical Students Think About Disability? Int Assoc Soc Sci Res. 2015;3 (1):40–4.
- 25) Resmi Gazete 2016/8 sayılı. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı (2016-2019) [Internet]. 2016. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161203-16.htm>
- 26) Kübra Küçükşen, Şerife Didem Kaya, Ayhan Uludağ, Aydan Yüceler, Yusuf Yalçın İleri HHT. Sağlık Çalışanlarının Engellilere Yönelik Tutumlarının Örgüt Kültürü Açısından Değerlendirilmesi. Akad Sos Araştırmalar Derg. 2017;5 (42):91–101.
- 27) Deniz Ergüden. Sosyal Dışlanma Açısından Bedensel Engelli Bireylerin Yaşantılarının İncelenmesi. 2008.
- 28) Resmi Gazete 26264 sayılı. İşaret Dili Tercümanlığı Hizmeti Verecek Personelin Yetiştirilmesi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik [Internet]. 2006. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/08/20060819-1.htm>
- 29) Sağlık Bakanlığı. İşaret Dili Eğitimi Protokolü [Internet]. 2018. Available at: <https://khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr/TR,44434/isaret-dili-egitimi-protokolü.html#>
- 30) Resmi Gazete 26139 sayılı. Türk İşaret Dili Sisteminin Oluşturulması ve Uygulanması.
- 31) Sağlık Bakanlığı. Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge. 2010.
- 32) Sağlık Bakanlığı. Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası. 2010.
- 33) Devlet Hastanesine işaret dili tercümanı [Internet]. [kaynak 23 Haziran 2020]. Available at: <http://www.nehir.net/haber-devlet-hastanesine-isaret-dili-tercumani-33955.html>
- 34) İzmir Üniversiteleri Platformu EÜK. Engellilik ve Etik [Internet]. 2017. 10 s. Available at: <http://www.kutuphane.deu.edu.tr/wp-content/uploads/2017/03/engellilik-ve-etik.pdf>
- 35) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Kitabı [Internet]. 2017. Available at: <https://ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/yayin-kaynak/>
- 36) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği [Internet]. 2013. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130720-9.htm>
- 37) TÜİK. Türkiye Özürlüler Araştırması [Internet]. 2002. Available at: <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>
- 38) Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik [Internet]. 1992. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4846&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- 39) 2022 sayılı kanun. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli Ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik [Internet]. 2013. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17049&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- 40) 5510 sayılı kanun. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [Internet]. 2006. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>
- 41) Sosyal Güvenlik Kurumu. Sağlık Uygulama Tebliği_EK-3/C-3 [Internet]. 2017. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170325-50.htm>
- 42) Muhammed Arca GS. Engellilerin temel hizmetlere ulaşılabilirliği ve beklenti durumları. Euras J Fam Med. 2019;8 (2):69–77.
- 43) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli bilgilendirme rehberi. 2019.
- 44) Resmi Gazete 28727 sayılı. Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği. 2013.
- 45) AÇSHB Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu. 2019.
- 46) Sağlık Bakanlığı. e-Rapor [Internet]. [kaynak 24 Haziran 2020]. Available at: <https://erapor.saglik.gov.tr/portal>
- 47) Şanlıurfa Kalkınma Derneği. Engelli Bireylerin Ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporu [Internet]. 2014. Available at: https://www.karacadag.gov.tr/Dokuman/Dosya/www.karacadag.org.tr_57_DI9M42EL_engelli_bireylerin_ve_ailelerinin_toplumsal_hayatta_yasadiklari_zorluklar_arastirma_raporu.pdf
- 48) Hatice Şahin. Eşitsizlikler ve Engellilik. İçinde: Ayşe Akın, editör. Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları [Internet]. Türkiye Klinikleri; 2018. s. 68–72. Available at: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-esitsizlikler-ve-engellilik-83443.html>



Engelli Bireylerin İstihdamında Yaşanan

› Sorunlar

120

PROF. DR. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

Ülkemizde Engellilerin İstihdamı

Anayasamız ve buna bağlı çıkarılan yasalar evrensel boyutta oluşturulan ilkeler ışığında devleti engellilerin sorunlarına ilişkin olarak yükümlü kılmıştır. Bu çerçevede, engelliler için istihdam zorunluluğu da getirilmiştir. Türkiye’de engellilerin işçi olarak istihdamı, 4857 sayılı İş Kanununun 30 uncu maddesinde öngörülen kota sistemi ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Engelli istihdamına yönelik olarak İş Kanunu’nun “Engelli ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğu başlıklı” 30 uncu maddesine göre; İşverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde % 3 engelli, kamu işyerlerinde ise % 4 engelli ve % 2 eski hükümlü işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler⁽¹⁾.

Engelliler engel durumuna göre tüm vücut fonksiyon kayıplarının en az %40’ından yoksun olduklarını, yetkili sağlık kuruluşlarından alacakları engelli sağlık kurulu raporu ile belgeledikleri takdirde İŞKUR Kurum İl Müdürlüklerine/ Hizmet Merkezlerine başvurarak “engelli” statüsünde kayıt yaptırabilmektedirler. İŞKUR tarafından engelli kaydı yapılabilmesi için Meslekte çalışma güç kaybı oranı vb. oranlar dikkate alınmamakta olup tüm vücut fonksiyon kaybı oranına bakılmaktadır. Engelli sağlık raporunda çalışamaz ifadesi yer alıyorsa kişinin engelli kaydı yapılmamaktadır. Kamu işyerlerinde engelli istihdamında ise EKPS puanı istenmektedir⁽²⁾. 4857 sayılı İş Kanunu’nun 30 uncu maddesi gereğince istihdamı zorunlu engelli

kontenjanlarının takibi aylık olarak Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüklerince yapılmaktadır. Söz konusu Kanun hükmü gereğince, işverenlerin engelli işçileri meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlü olmaları nedeniyle, işverenin talebine uygun şartları sağlayarak başvuru yapan ve görüşmeye gelen engellileri işverenin uygun bulmayarak işe almaması veya engelli kontenjan açığı için talep vermeyerek yükümlülüğünü yerine getirmemesi durumunda ise; işverene 4857 sayılı İş Kanununun 101 inci maddesine istinaden çalıştırmadığı her engelli ve çalıştırmadığı her ay için Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğünce idari para cezası uygulanmaktadır. Engelli işçi çalıştırmadığı için işverenlerden tahsil edilen ceza paraları ise; engellilerin kendi işini kurmaları, engellinin iş bulmasını sağlayacak destek teknolojileri, engellinin işe yerleştirilmesi, işe ve işyerine uyumunun sağlanması gibi projelerde kullanılmaktadır⁽²⁾.

Mevcut Durum

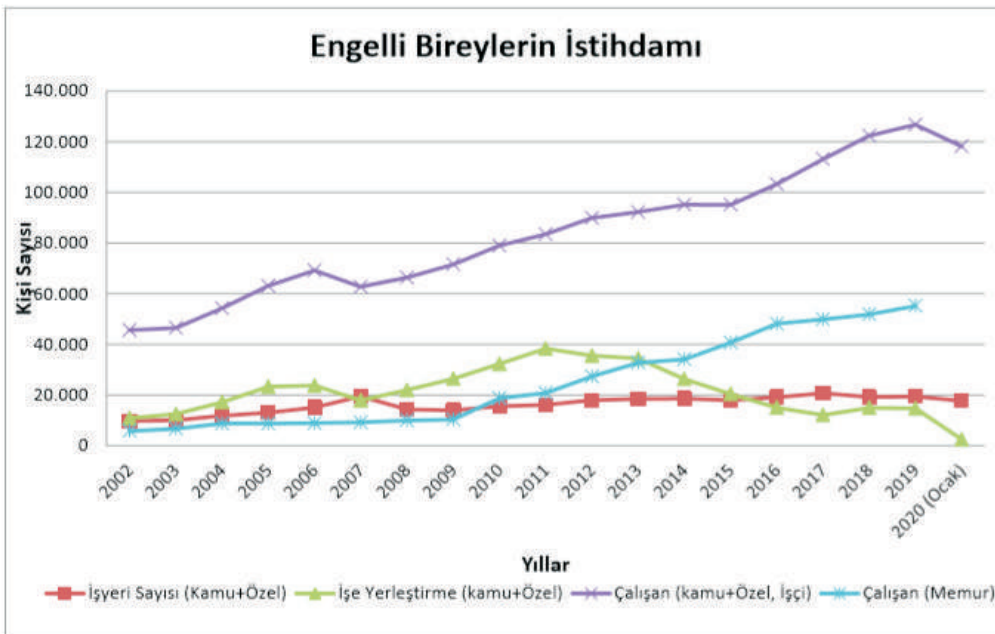
Türkiye İstatistik Kurumu’nun Aralık 2019 verilerine göre ülkemizde işgücüne katılma oranı erkeklerde %72,0, kadınlarda %34,4, toplamda ise %53,0’dur. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Avrupa Birliği üye ülkeleri ile eş zamanlı olarak idari kayıtlara dayalı geniş kapsamlı bir örneklem araştırması şeklinde 2011 yılında gerçekleştirilen Nüfus ve Konut Araştırması’na göre en az bir engeli olan nüfusun işgücüne katılma oranı erkeklerde %35,4, kadınlarda %12,5, toplamda ise %22,1’dir yani her beş engelliden biri işgücüne katılmaktadır (Tablo 120.1).

Tablo 120.1 Engeli ve genel nüfusun işgücüne katılım oranı

İşgücüne katılım oranı	Erkek	Kadın	Toplam
Engelli nüfus	35.4	12.5	22.1
Genel nüfus	72.0	34.4	53.0

Başka bir ifadeyle, engelli nüfusun % 78'i işgücüne dahil değildir yani bu kesim istihdamda olmayan ve de iş aramayan engelli bireyleri içermektedir. Engelli bireylerin işgücüne dahil olmamasının bir çok sebebi olmakla birlikte, işgücüne dahil olmayan engellilerin büyük çoğunluğunu cesareti kırılmış ve iş aramaktan vazgeçmiş ve bu nedenle de tanım gereği işgücünde görünmeyen kesim oluşturmaktadır ve bu engelliler işsiz sayılmamaktadır. Esas olarak, bu kesimde dahil edilirse engelli işsiz oranlarının çok daha büyük boyutlarda olduğu tahmin edilmektedir. Engelli kadınların işgücü oranlarına bakıldığında ise daha vahim sonuçlarla karşılaşmaktadır. Engelli kadınların %88'i işgücüne katılmamıştır. Kadınların işgücüne katılma oranı, erkekler için de düşük bir oran olan % 35,4'ün oldukça altındadır. Bu durum kadının işgücü piyasasındaki dezavantajlı durumunun engelli kadınlar söz konusu olduğunda çok daha ciddi boyutlara ulaştığının açık bir göstergesidir⁽³⁾.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Nisan 2020 tarihli İstatistik Bültenine göre Engelli çalıştırmakla yükümlü işyerlerinde işçi olarak çalışan engelli birey sayısının yıllara göre dağılımı (Şekil 120.1, Tablo 120.2), Engelli birey çalıştırmakla yükümlü işyerlerinde kota açığı/ fazlası engelli birey sayısı (Tablo 120.3) ve Kamu kurumlarında ve özel sektörde engelli kotasından başvuru yapan ve istihdam edilen işçilerin yıllara göre dağılımı (Tablo 120.3) görülmektedir. Tablolar incelendiğinde engelli başvuru sayısı fazlalığına karşın, işe yerleştirme düzeyinin azlığı dikkat çekicidir. Çalışan engelli birey sayısında özel sektörün desteği görülmektedir. Tablo 120.2'ye bakıldığında Engelli Birey Çalıştırmakla Yükümlü Olan Kurumlarda 18.732 Kota Açığı bulunurken, Engelli Kotasının Üzerinde Çalışan 10.482 Engelli Birey bulunmaktadır⁽⁴⁾

**Şekil 120.1** Yıllara göre engelli bireylerin istihdamı.

Tablo 120.2 Engelli çalıştırmakla yükümlü işyerlerinde işçi olarak çalışan engelli birey sayısının yıllara göre dağılımı

Yıllar	Çalıştırılmakla Yükümlü Olunan Engelli Birey Sayısı		Çalışan Engelli Birey Sayısı	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
2020 (Ocak)	16.197	102.109	16.597	101.544
2019	16.664	126.238	16.965	109.705
2018	16.157	107.373	15.486	106.809
2017	7.801	117.687	10.323	102.751
2016	8.206	104.966	10.822	92.413
2015	8.432	99.262	10.696	84.370
2014	8.417	101.823	10.422	84.706
2013	9.514	97.689	11.804	80.434
2012	10.246	97.322	12.358	77.547
2011	10.496	86.607	12.347	71.088

Tablo 120.3 Engelli birey çalıştırmakla yükümlü işyerlerinde kota açığı /fazlası

Yıllar	Engelli birey çalıştırmakla yükümlü olan kurumlarda kota açığı		Engelli kotasının üzerinde çalışan engelli birey sayısı	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
2020 (Ocak)	3.836	14.896	3.191	7.291
2019	3.958	33.082	3.222	8.221
2018	4.775	17.871	3.071	8.391
2017	466	23.232	2.988	8.296
2016	387	20.336	3.003	7.783
2015	472	22.037	2.736	7.145
2014	712	23.637	2.717	6.520
2013	700	23.075	2.990	5.820
2012	931	25.250	3.043	5.475
2011	1.164	20.789	3.015	5.270
2010	1.863	18.299	2.748	4.715
2009	1.981	16.367	2.548	4.693
2008	2.380	20.117	2.073	4.868
2007	3.417	22.175	2.208	4.032
2006	2.331	19.427	1.442	3.276
2005	2.990	21.824	1.211	1.680
2004	-	-	1.104	1.164
2003	-	-	2.033	990
2002	-	-	2.351	964

Tablo 120.4 Kamu kurumlarında ve özel sektörde engelli kotasından başvuru yapan ve istihdam edilen işçilerin yıllara göre dağılımı

Yıllar	Engelli Başvuru Sayısı	İşe Yerleştirme		
		Kamu	Özel	Toplam
2018 (Haziran)	65.985	49	6.677	6.726
2017	100.201	192	11.959	12.151
2016	79.321	236	14.795	15.031
2015	65.255	258	20.197	20.455
2014	77.632	232	26.118	26.350
2013	76.235	287	34.189	34.476
2012	83.955	398	35.133	35.531
2011	35.151	455	37.894	38.349

Çalışma Hayatında Engellilerin Yaşadığı Sorunlar

ILO'nun değerlendirmelerine göre, çalışma hayatında engelli bireylerin engeli olmayan diğer bireylere göre yüksek oranda işsizlikle karşılaştıkları ve istihdamda olanların ise düşük ücretlerle çalışma eğiliminde oldukları görülmektedir. Genellikle niteliksiz, düşük ücretli, sosyal güvencesi olmayan ya da korumalı işyerlerinde çalışmaya itilmişlerdir. Çoğu engelli birey işsizdir ve bu durum kendine güvenleri konusunda olumsuz bir unsur oluşturmaktadır. Birçoğu da işten ayrılmış ya da cesareti kırılmış durumdadır⁽⁵⁾.

Engelli bireylerin istihdam edilmesi, onların bir biçimde toplumdaki soyutlanmalarını önlemek ve sosyal ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine katkı sağlamaktadır. Çünkü kendilerini toplumun bir parçası olarak görebilmeleri, onlara yetenekleri dahilinde çalışma fırsatı vermek ve verimli olabileceklerini göstermekle mümkündür. Ancak engellilerin istihdamını arttırmak amacıyla yapılan birçok çalışmaya rağmen, bugün tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de engelli bireylerin büyük bir kısmı işsiz ve işgücü piyasasından bir şekilde dışlanmış durumdadırlar. Üstelik engelliler çalışmak istemedikleri için değil, çalışmak istedikleri halde istihdam edilmeleri önündeki engelleri aşamadıkları için çalışmamaktadırlar.

Engelli bireylerin %78 gibi büyük bir kesimi işgücüne katılmamaktadır. Engellilerin işgücüne katılma oranının bu denli düşük olmasının nedenlerinin başında, sosyal yaşam alanlarının hareket edebilirliklerini kısıtlaması ve işyerlerinde uygun bir fiziki ortamın yaratılmaması gelmektedir. Toplum hayatına katılımda yaşamın tüm alanlarındaki hak ve hizmetlere ulaşabilmek ve bunlardan yararlanabilmek büyük önem taşımaktadır. Bireyin toplumsal faaliyetlerini yerine getirmesinde engel oluşturmayan özürlü, toplumsal veya mekansal düzenlemelerdeki yetersizlikler ya da yanlışlıklar nedeniyle bir engel haline gelebilmektedir⁽⁶⁾.

T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2011 yılında hazırladığı "İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi" başlıklı çalışmada işveren ve işveren temsilcileri özürlülerin istihdamında yaşanan sorunları eğitim eksikliği, çıkarılan işin kalitesinin düşüklüğü, özürlülerin çalışma konusundaki isteksizliği vb. olarak sıralamışlardır⁽⁷⁾.

Engellilerin istihdamını güçleştiren sayısız neden arasında eğitim konusundaki yetersizlikler, temel ve mesleki eğitim olanaklarının yeterli olmaması ve mevcut olanaklardan yeteri kadar yararlanamamaları büyük yer tutmaktadır. Engelli bireylerin mesleki başarıyı ve ekonomik olarak kendine yeterli ve bağımsız bir yaşamı sağlayacak beşeri sermayeyi edinme açısından engeli olmayan diğer bireyler gibi eğitim imkanından faydalanabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Ancak, genelde engelli bireylerin eğitim düzeyleri, toplumun geneline göre düşük kalmakta ve çoğunlukla engellilerin, herhangi bir mesleki vasıfları bulunmamaktadır. İşgücü piyasasının özürlüler açısından analiz raporuna göre işverenlerin engelli istihdam etmeme gerekçeleri içerisinde en yüksek oranlar %31.6 ile işe -sektöre uygun engelli bulunmaması ve %19.2 ile vasıflı, mesleki eğitilmiş ve kalifiyeli engellilerin bulunmaması olarak belirtilmektedir. Engellilerin eğitim fırsatlarından yeterince yararlanamamalarında; engelli ailelerinin ve eğitim kurumlarındaki personelin engellilerin eğitim ve öğretimine yönelik bilgi düzeylerinin sınırlı olması, "erişilebilir" eğitim kurumları ve eğitim ortamlarının yaygın olmaması, engellilerin eğitim ve öğretimine uygun olarak hazırlanmış araç, gereç ve diğer donatıların yetersiz olması ve yeni teknolojilerin engellilere tanıtılmasında gecikilmesi gibi birçok neden etkili olmaktadır. Engellilere yönelik mesleki eğitimler, işgücü piyasasının ihtiyaçlarını karşılayacak doğrultuda düzenlenmediğinden, engellilerin nitelikleri, aldıkları eğitim ve tecrübeleri, işgücü piyasasının taleplerini karşılayamamaktadır. Yeterli eğitim olanaklarına ulaşamayan engelliler, işgücü piyasasının gerektirdiği nitelikleri taşıyamamalarından dolayı ya istihdam edilememekte ya da düşük ücretli, az vasıf gerektiren basit işlerde çalışmaktadırlar.⁽⁷⁻⁹⁾

Engellilerin işgücü piyasasına katılmamalarının nedenlerinden biri de sosyal anlamda olumlu olarak karşılanan ve engelli bireylerin lehine yapılan sosyal yardım ve koruma kapsamında engellilere bağlanan maaşlardır. 2022 sayılı Kanunda yapılan düzenlemeler sonrası muhtaç engellilere özür gruplarına göre değişen oranlarda maaş bağlanmaktadır. Bu yardımlar, asgari ücret dikkate alındığında, engellileri işgücü piyasasından uzaklaştırıcı bir etki yapmaktadır. Çalışması halinde alacağı ücrete yakın toplam aynı ve nakdi geliri çalışmadan elde eden engelli kişi çalışmaya pek de sıcak bak-

mamaktadır. Ancak, çalışma güçlerini %40 ile % 69 arasında kaybeden engellilerin özürlü aylığından yararlanabilmeleri, 2022 sayılı Kanun gereğince İŞKUR'a kayıtlı olarak iş arıyor olmaları şartına bağlı olduğundan engelli işsizler, kanuni zorunluluk dolayısıyla Kuruma kayıt olup iş arıyor olarak gözükmektedirler. Dolayısıyla da işe girdiklerinde engelli aylıkları kesileceğinden dolayı kendilerine önerilen işlere bazen sıcak bakmamakta ve gönderdikleri işverenlerle yaptıkları görüşmeleri de olumsuz sonuçlandırmaktadırlar⁽¹⁰⁾.

Engellilere eğitim imkânı sunmadan, meslek ve beceri eğitimi vermeden onları işgücü piyasasına ve sosyal hayata yeterince hazırlamadan, yaşama alanlarını engellilerin rahat hareket edebilecekleri fiziksel imkânlara kavuşturmadan, sadece yasayla getirilen zorunlu istihdam yükümlülüğü sorunu çözememektedir. Bu nedenle engelli işgücünün de genel eğitim, mesleki eğitim ve rehabilitasyon konularında sistemli bir programdan geçirilmeleri gerekmektedir. Engelli kişilerin hangi meslek veya işlerde başarılı olabileceklerinin belirlenmesi, bu meslek ve işlerin işgücü piyasasının talepleri ile uyumunun sağlanması, engel durumlarına uygun mesleki eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, engelli istihdamında ilerleme kaydedilmesini sağlayacaktır. Sivil toplum örgütlerinin ve yerel yönetimlerinde engellilerin yetiştirilmesi ve istih-

dam edilmesi gibi durumlarda daha fazla rol üstlenmesi gerekmektedir. Engellilerin işgücü piyasasına daha rahat girebilmeleri ve istihdam edilen engelli kişi sayısının arttırılabilmesi için piyasadaki tüm aktörlerin sosyal sorumluluk bilinciyle işbirliğine ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) 4857 sayılı İş Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat-Metin/1.5.4857.pdf> Erişim tarihi:22.06.2020
- 2) İŞKUR Engelli İstihdamı <https://www.iskur.gov.tr/isveren/engelli-istihdam/> Erişim tarihi:24.06.2020
- 3) TÜİK Nüfus ve Konut Araştırması 2011
- 4) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni Nisan 2020 https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/47370/istatistik-bulteni_nisan2020.pdf
- 5) Facts On Disability in the World of Work https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_087707.pdf Erişim Tarihi:25.06.2020
- 6) Bekci B. Fiziksel Engelli Kullanıcılar İçin En Uygun Ulaşım Akslarının Erişebilirlik Açısından İrdelenmesi: Bartın Kenti Örneği. Bartın Orman Fakültesi Dergisi 2012, özel sayı: 26-36
- 7) İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011, Ankara
- 8) Şen M. Türkiye’de engellilere yönelik istihdam politikaları: Sorunlar ve öneriler Sosyal Güvenlik Dergisi 2018: 8 (2): 129-152
- 9) İren G. Ülkemizdeki engelli istihdamı ve yaşanan sorunlar. TİSK İşveren Dergisi 2018: 56 (6):28-29
- 10) Kayacı E. Özürlüler İçin Verimli Bir İstihdam Politikası Oluşturulması. Uzmanlık tezi, İŞKUR, Ankara, 2007, s. 77.



Engellilik ve > Yerel Yönetimler

121

DOÇ. DR. NURHAN MEYDAN ACIMIŞ

Sosyal Devlet Kavramı

Sosyal politika kavramını ortaya atan 19. yy'da Wilhelm Heinrich Riehl dir. ⁽¹⁾ Bilim dalı haline gelmesini sağlayan önemli gelişme ise 1911 yılındaki Otto v. Zwiedineck Südenhorst'un "Sosyal Politika" eseridir. ⁽²⁾ Türkiye'de kavramın gelişmesine en çok katkıyı Alman Profesör Gerhard Kessler sunmuştur. ⁽³⁾

Türkiye'de geçmiş yıllarda yerel yönetimlerde sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin çoğu Büyükşehir Belediyeleri tarafından karşılanmaktaydı. 1990'lı yıllara doğru, belediyelerde hizmetlerin bir kısmı; eğitim, konut, sosyal yardım ve sağlığa doğru yönelmeye başladı. Özellikle kadın, yaşlı, çocuk, engelli, muhtaç vb bireylere hizmet eden birimler ya da merkezler oluşturuldu. İlerleyen yıllarda gelişen sosyal politika anlayışı tüm yerel yönetimlerde yardım hizmeti çeşitliliğini artırdı. Bu hizmetler birkaç büyükşehir belediyesi ile sınırlı idi. Ancak başka belediye sınırlarında yaşayan vatandaşlar tarafından da talep edilince, belediyeler bu hizmetleri sunmaya talip oldular. ⁽³⁾

"Sosyal Belediyecilik Anlayışı" yerel Yönetimlerdeki kamu kaynaklarının etkin kullanılmasını, konut, sağlık, eğitim ve çevre korunmasını ve sosyal dayanışmayı (işsiz, yoksul, kimsesiz vb..) etkin hale getirmeyi amaçlamaktadır. 1990'lı yıllardan itibaren engelli merkezleri, huzurevleri, kadın sığınma merkezleri vb. yerlerin açılması birçok büyükşehir belediyesinin ana hizmeti arasına girmiştir. ⁽³⁾

Yerel Yönetimler 5216 ve 5393 Sayılı Kanun

"5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu", "5393 Sayılı Belediye Kanunu" ve "5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu" yerel yönetimlerin hizmetlerinde belirleyicidir. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 7. Maddesi'ne göre; hastane, sağlık merkezleri, gezici sağlık üniteleri açmak ve uygulamak belediye hizmetlerindedir. Yaşlı, yetişkin, kadın, genç, engelliler ve çocukları içine alan sosyo-kültürel hizmetleri sürdürme yerel yönetimlerin görevleri arasındadır. Aynı kanununun 24. Maddesi'nde, dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ve engellilere ayrılacak sosyal yardımlardan söz edilmektedir. ⁽⁴⁾ 5393 Sayılı Belediye Kanununun 38. Maddesi'ne göre; yetki belediye başkanında olmak üzere, bütçeden ihtiyaç sahipleri ve yoksullara pay ayrılabilir, engellilere yönelik hizmetler sürdürülebilir, gerekirse engelli merkezleri açılabilir. Belediye Kanunu'nun 14. Maddesi, hizmetlerin vatandaşlara (engelli, yaşlı, düşükün ve dar gelirli vb..) en yakın yerlerde sunulur olması gerekliliğinin üzerinde durmaktadır. ⁽⁵⁾

Engellikle İlgili Genel Tanımlar Küresel ve Ülkemizdeki Mevcut Durum

Engellilik çok boyutlu bir olgudur. Dünyada başlayan engelli hareketi sosyal ve sağlık bilimleri

alanında yapılan birçok çalışma sosyal ve fiziksel engellik kavramını anlamamıza yardım etmiştir. Sosyal modele göre engellilik insanların bedenleri tarafından değil toplum tarafından belirlenmekte olan bir olgudur. (6,7,8,9,10)

Buna karşın, engellilik sadece tıbbi ya da sosyal bir durumu anlatmaz. Keza engelli bireyler beraberrinde herhangi bir sağlık sorunu da yaşıyor olabilirler. (11) İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) kavramsal olarak, Dünya Engellilik Raporu için çerçeve oluşturmakta engelliliği “biyo-psiko-sosyal” konuma oturtmaktadır. (14) Bir çatı terimi olarak engellilik; yetersizlikler, aktivite ve katılım kısıtlamaları içinde bireyin hem çevresel hem de kendisi ile ilintili bir takım faktörlerdeki olumsuzluklarını anlatır. (12) Konuya ilişkin son güncellemeler engelliliğe yeni bakış açısı kazandırmıştır. Engellilik, yetersizlikleri bulunan bireylerle bu bireylerin topluma başkalarıyla eşit olarak tam ve etkili katılmalarına engel olan tutumlara dikkat çekmekte, çevresel engeller arasındaki etkileşimden kaynaklandığına vurgu yapmaktadır.

Ülkelerin Bildirdiği Engellilik Yaygınlığı

Veri toplayan ülkelerin sayısı giderek artmaktadır. Pek çok ülke “yetersizlik” yaklaşımı yerine “işlevsellik güçlükleri” yaklaşımını tercih etmektedir. Ülke içinde ve ülkeler arasında tahmini yaygınlık oranları değişiklik göstermektedir. (13,14,15) Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda veri toplamada yetersizlikleri nedeniyle engelli sıklığı düşük çıkmaktadır. Engelliğin toplumda görülme sıklığı %1’i ile %30’u arasında değiştiği öngörülmektedir. Ulusal araştırmalarda nüfus sayımlarında ICF çerçeve setini kullanılması yukarıdaki oranı değiştirebilir.

Küresel Engellilik Yaygınlığı Tahminleri

Bu raporda küresel engellilik yaygınlığının hesaplanmasında bilgi kaynağı olarak sıklıkla Dünya Sağlık Araştırması ve Küresel Hastalık Yükü Araştırması kullanılmıştır. Dünya Sağlık Araştırması kavramsal çerçevesi ICF’den alınmıştır. (16,17) Araştırma 70 ülkede uygulanmış, veri setleri 18 yaş ve üzeri nüfusta engellilik yaygınlığını hesaplamak için kullanılmıştır. (19) Örnekler, o ülkenin araştırma yapıldığı sırada olan örneklem çerçevesinden çekilmiş, rapor için DSÖ’nün Çok Ülkeli Anket Çalışmasında (MCSS) yer alan; etki, biliş, kişisel ilişkiler, hareketlilik, ağrı, uyku, enerji, öz bakım, görme alanları seçilmiştir.

Dünya Sağlık Araştırması 59 ülkede 18 yaş ve üzeri yetişkin nüfusta ortalama yaygınlık oranı %15,6 olarak bildirmiştir. (20) Yüksek gelirli ülkelerde %11,8, olan oran düşük gelirli ülkelerde %18,0’dır. Günlük yaşamlarında ciddi güçlükler yaşayan yetişkinlerdir. Küresel engellilik yaygınlığı hakkında ikinci kaynak güncel 2004 Küresel Hastalık Yükü Araştırmasıdır. DALY’de (Disability Adjusted Life Years – Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları) kullanılan engellilik ağırlıkları (engelli olarak yaşanan yıllar) ile bireylerin kapasiteleri bakımından işlev durumları sayıya dökülmeye çalışılmakta, çevresel faktörler göz ardı edilmektedir. Engellilikle Kaybedilen Yıllar (YLD)’da hareketlilik, etki, ağrı, biliş, görme ve işitme gibi bir dizi temel sağlık alanı kullanılmaktadır. Bu rapora göre, dünya nüfusunun %15,3’ü “orta veya ağır engelli”, %2,9’u “ağır engelli” olarak hesaplanmıştır. (20) Bu rakamlar 0-14 yaş grubu için %5,1; 15 yaş ve üstü bireyler için %19,4 ve %3,8 idi.

Ülkemizde Engellikle İlgili Mevcut Durum

ICF Sınıflaması 2004 yılında Türkçeye çevrilmiş engelliliğin ölçülmesinde temel alınması benimsenmiştir. (21) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre; 2011 yılında tüm yaş gruplarında engelli birey nüfus oranı %6,9, erkekte %5,9 ve kadında %7,9 olarak açıklanmıştır. Aynı raporda; *Görmede* zorluk yaşayanlar %1,4, *Duymada* zorluk yaşayanlar %1,1, *Konuşmada* zorluk yaşayanlar % 0,7, *Yürümede*, merdiven çıkmada / inmede zorluk yaşayanlar %3,3, *Bir şeyler taşımada / tutmada* zorluk yaşayanlar %4,1, *Yaşıtlarına göre öğrenmede / basit dört işlem yapmada / hatırlamada dikkatini toplamada* zorluk yaşayanlar % 2,0 olarak rapor edilmiştir. (22) TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre; *Görme sorunu* olan birey %6,9, *İşitme sorunu* olan birey %4,5 *Yürüyemeyen* %6,5, *Merdiven inip çıkamayan* %8,7, *Öğrenmede zorluk çeken* %5,1, *Hatırlamada zorluk çekenler* % 3,5 olarak bildirilmiştir. (23)

Yerel Yönetimlerde Engelli Hizmetleri

Türkiye’de Büyükşehir Belediyeleri’nin eğitim alanına yönelik faaliyetler, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununda yer almaktadır. İlgili kanunun 7. Maddesine göre belediyelerin “...yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik sosyal ve

kültürel hizmetler sunmak; mesleki eğitim ve beceri kursları açmak..." gibi sorumlulukları belirtilmiştir. (24) Türkiye'de, engellilere yönelik politikaların oluşması, 1997 yılında T.C. Başbakanlık bünyesinde oluşturulan "Özürsüzlüler İdaresi Başkanlığı'nın" kurulması ile başlamış, başkanlıkça gerçekleştirilen şuralarla 2005'te "Özürsüzlüler Kanunu" şekillenmiştir. Hemen sonra Türkiye'de belediye ve büyükşehir belediyelerine çeşitli görev ve sorumluluklar yüklenmiştir. Bu görev ve sorumluluklar "Özürsüzlü Hizmet Birimlerinin" kurulması şeklinde olmuştur. Bu hizmetlerin başında eğitim hizmetleri gelmektedir. Yerel yönetim birimleri içerisinde özellikle de Büyükşehir Belediyeleri, meslek ve beceri kazandırma kursları, yoksul çevrelere ve engelli bireylere eğitim hizmeti sunmaktadır. Engellilerin eğitim olanaklarının artırılması ile üretken hale gelmesi toplumsal bütünleşmede arzu edilen gelişmedir. (24)

Büyükşehir belediyelerince kurulan ve özürsüzlü bireylere sunulan hizmetler genel olarak şu başlıklar altında toplanabilir; Özel Merkezler Kurmak, Günlük Hizmetlerin Görülmesi, Akşam Bakım Hizmetleri, Yaşamı Kolaylaştırıcı Araç Desteği, Ulaşım Hizmetlerinde Kolaylık, Kentsel Düzenlemeler (üst geçit, bina düzenlemeleri, yeşil alanlar), Teknolojik Destek Sunumları, Kültürel Etkinler, Eğitim Seminerleri, Görme Engelliler Okuma, Bilgisayar Kullanımı Lise Destek ve Üniversiteye Hazırlık Kursları, Meslek-İş Edinme Kursları, Doğrudan Ekonomik Yardım, Engelli Spor Takımları, Engelli Dans Grubu, Ortak Gezi Programları. (25) Türkiye'nin idari yapılanması içerisinde İl Özel İdareleri, Belediyeler ve Köy yönetimi bulunmaktadır.

Ülkemizde uzun zaman engellilerin bakılması ve korunmasında temel rolü ailenin üstlendiği "medikal model yaklaşımı" uygulanmıştır. 2005'te engellilere yönelik kapsayıcı bir takım yasal düzenlemeler sosyal politikaların gündeme gelmesini sağlarken merkezi yönetimin yanında yerel yönetimlerin işlevlerini arttırmıştır. (26) Nitekim 2000'li yıllarda yerel yönetim birimlerine ilişkin çıkarılan yasalarda yerel yönetimlere, özellikle de belediyelere sosyal politika alanında önemli görev ve sorumluluklar verilmiştir.

İstanbul Büyük Şehir Belediyesi (İBB) Tarafından Sunulan Engelli Hizmetleri

İBB'nin engellilere yönelik çalışmaları Sağlık Daire Başkanlığı bünyesinde hizmet veren Engelliler Mü-

dürlüğü yürütmektedir. "Özürsüzlüler Koordinasyon Merkezi" 1994 yılında kurulmuş, bu merkez Temmuz 2006 tarihinde müdürlüğe dönüştürülmüştür. Engelliler Müdürlüğü, İstanbul'da Avrupa ve Anadolu yakasında çeşitli noktalardaki merkezlerde, irtibat büroları üzerinden engelli bireylere ve yakınlarına hizmet vermektedir. İBB Engelliler Müdürlüğü, kendi otomasyon sistemine kaydı bulunan ve İstanbul'da yaşayan engellilerin, İstanbul sınırları içerisinde engellilere sunulan hizmet ve kaynaklardan olabildiğince faydalanması, en uygun hizmeti almaları, fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin artırılması, bağımsız bir birey olabilmelerini sağlayacak uygun ve modern rehabilitasyon programlarının uygulanması, toplumsal olaylardan pay almalarını sağlamak, üretimde aktif rol almalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmayı hedeflemektedir. (27) İBB Engelliler Müdürlüğü'nce engelli ve ailelerine verilen kurumsal hizmetler sırasıyla; Psiko-Sosyal Servis Hizmetleri, Eğitim, Ulaşım Hizmetleri, Sağlık Destek, Kuaförlük Hizmetleri, Engelli Kamp ve Toplumun Bilinçlendirilmesi hizmetleridir.

Beşiktaş Belediyesi Engelli Koordinasyon Merkezi

Temel bilgisayar eğitimi, İngilizce, Fotoğrafçılık, Resim, Yoga, Stretching, Beden Farkındalık, Pilates, İşaret Dili, Tiyatro, Müzik, Ahşap Boyama kursları düzenlemekte, psikolojik danışmanlık hizmeti, iş arayan engellilere iş bulma süreçlerinde istihdam danışmanlık hizmeti, engelsiz sinema kapsamında, Levent Kültür Merkezi'nde görme ve işitme engelliler için sesli, yazılı betimleme ve işaret dili ile uyarlanmış film gösterisi, hukuki danışmanlık hizmeti, diyetisyen desteği hizmeti ve ağız ve diş sağlığı hizmeti vermektedir. (28)

Çankaya Belediyesi Engelli Destek Hizmetleri

Belediye sınırları içinde yeni inşa edilen tüm yaya yolu, kaldırım, açık alan, belediye hizmet binaları ve spor alanları 2009 yılından beri engelsiz tasarım ölçütleri ile hazırlanmaktadır. İki liftli minibüs fiziksel engelli bireylerin hizmetindedir. Kamusal kullanımı sahip bina yönetimleri engelli erişilebilirliğini sağlaması yönünden gerekli düzenlemeler yapmaya davet edilmektedir. Çankaya Belediyesi, engellilerin erişimi konusunda yaptığı çalışmalar nedeniyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca 2011 yılında "Ulaşılabilirlik Kalite Teşvik Ödülü"

nü almaya hak kazanmıştır. Engelsiz eğitime destek vermekte, belediye sınırları içindeki tüm okullara engelli rampası desteği sağlamaktadır. ⁽²⁹⁾

İzmir Büyük Şehir Belediyesi

2005 yılında Başbakanlık Özürlüler İdaresi'nce 'Engelli Dostu Belediye' unvanı alınmıştır. Ayrıca, 2010-2011-2012 yıllarında, İzmir Büyükşehir Belediyesi Meclis kararıyla 'Engelliler Yılı' ilan edilmiştir. İzmir Büyükşehir Belediyesi Sosyal Yaşam Kampüsü'nde, Engelli Hizmetleri Şube Müdürlüğü'ne bağlı dört "Hizmet Merkezi" vardır.

Buca Hizmet Merkezi

Engelli bireylere, okul öncesi ve okul dönemi eğitimleri, kişisel gelişim, sosyal rehberlik, spor aktiviteleri, el sanatları, resim, drama eğitimleri verilmekte, engelli yakınları için; Aile Eğitim Programı, Kadın Sağlığı Eğitimi Projesi (KSEP), Kadının İnsan Hakları Eğitimi Projesi (KİHEP) pilates, step-aerobik çalışmaları sürdürülmekte, engellilere yönelik psikolojik rehberlik ve danışmanlık ile sosyal danışmanlık hizmetleri devam etmektedir.

Konak Hizmet Merkezi

Halen resim, drama, masa tenisi, boccia, okuma-yazma, yaratıcı drama gibi kurslar verilmektedir. Konak İl Halk Kütüphanesi işbirliğinde "Görme Engelliler Eğitim Destek Proje"si hayata geçirilmiştir. Görme engelli bireyler ile birlikte gönüllü okuma etkinlikleri yapılmaktadır.

İnciraltı Hizmet Merkezi

Okuma-yazma eğitimi, modern dans, latin dansları, klasik dans, beden eğitimi, el sanatları, masa tenisi, halk oyunları, step-aerobik, bağlama ve müzik kursları mevcuttur. Koro çalışmaları yapılmakta ve özel günlerde konserler düzenlenmektedir. 100 m² büyüklüğündeki "Hobi Bahçesi" ile engellilerin toprakla buluşmasını sağlanmıştır.

Türkiye'de engelli bireylerden oluşan tek izci grubu Engelsiz İzciler

Çalışmalarına İnciraltı Hizmet Merkezi'nde devam etmektedir. **Farkındalık Merkezi**, engelli bireylerde farkındalığı artırmak amacı ile hayata geçirilmiştir. Merkez hizmeti için Dokuz Eylül Üniversite-

si Buca Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü'nden danışmanlık sağlanmıştır. ⁽³⁰⁾

Kayseri Büyükşehir Belediyesi

Engelliler Koordinasyon Şube Müdürlüğü'nün hizmetleri devam etmektedir. Bünyesinde "**Engelsiz Çocuk Evi**" yer almaktadır. Çocukların öz bakım becerilerini geliştirmek, kişisel bakımlarını desteklemek, sosyal gelişim alanlarını desteklemek, toplumsal becerileri destekleme, zihinsel, bilişsel ve psiko-motor alanları destekleme faaliyetleri sürdürülmektedir. ⁽³¹⁾

Tuzla Belediyesi Engelli Koordinasyon Merkezi

Engelli bireylere yönelik sosyal ve kültürel faaliyetler tek çatı altına toplamıştır. Engelli bireylere ücretsiz kurslar düzenlenmektedir. ⁽³²⁾

Erzurum Belediyesi Engelli Destek Birimi

Engelli istihdamı, engelli bakım ve hasta bakım kurslarını bitiren engelli yakınlarının işe yerleştirilmesine yardımcı olmak, engelli vatandaşın su faturalarını yüzde 50 indirimli ödemesini, sosyal destek hizmetleri kapsamında onları bilgilendirmek, danışmanlık, gezi ve sinema gibi sosyal hizmetler sunmak, eğitim merkezlerinde engelli bireyler için sanatsal ve mesleki eğitimler vermek, aileleri ve yakınları için aile içi eğitim seminerleri düzenlemek, engelli bakım kursları açmak, tespit edilen engelli öğrencilere servis hizmeti sunmak, ihtiyaç sahibi engellilere, akülü araba, tekerlekli sandalye, beyaz baston ve işitme cihazı gibi medikal malzemeleri temin etmek gibi faaliyetleri yer almaktadır. ⁽³³⁾

Esenyurt Belediyesi Engelli Koordinasyon Merkezi

Engelli vatandaşların ve ailelerinin sorunları ile ilgilenmek ve çözüm bulmak amacı ile kurulmuş olup, engelli bireylerin başta eğitim olmak üzere sağlık hizmeti, gıda yardımı, tıbbi cihaz yardımı, sosyal ve kültürel etkinlikler düzenlemekte ve gereken desteği sağlamaktır ⁽³⁴⁾.

Keçiören Belediyesi Engelli Danışma Merkezi

Engellilere yönelik Belediye'nin Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü'ne bağlı Engelli Birimi tarafından sunulan hizmetler ağırlıklı olarak engelli bilgilendir-

dirme, danışmanlık ve sosyal yardım hizmetlerinden oluşmaktadır. Belediye tarafından engellilere yönelik olarak yürütülen diğer hizmetler, engellilerin sosyal ve kültürel olanaklardan yararlanmalarını kolaylaştırmaktadır. Park ve okulların engellilerin erişimine uygun hale getirilmesi ve engellilerin spor tesislerinden indirimli yararlandırılması, gezi, sinema, tiyatro etkinlikleri de hizmet kapsamındadır. Sınırlı düzeyde de olsa onların istihdamını destekleyen faaliyetlere rastlanmaktadır.⁽²⁶⁾

Bursa Engelliler Şube Müdürlüğü ve Bursa Kent Konseyi Engelliler Meclisi

Engellilere yönelik eğitim, bakım, sağlık, erişilebilirlik ve ulaşılabilirlik, sosyal yardım, sosyal hizmet, sosyal yaşam ve istihdam hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler projeler ile desteklenmektedir. Bursa Büyükşehir Belediyesi engelliye erişebilir ve ulaşılabilir hizmetler verirken Engelsiz Yaşam Merkezi ise sosyal yaşama ait hizmetler sunmaktadır. Amacı engellileri toplumsal yaşama dahil etmek, istihdamını, kent içinde ulaşımını, sosyalleşmelerini ve sağlıklı yaşam sürdürmelerini sağlamaktır. Engelli bireylerin diğer kişilerde farkındalığının yaratılması önemsenmektedir⁽³⁶⁾.

Ülkemizde yerel yönetimler; politik görüşü, kurumsal alt yapısı, gelir gider durumu ne olursa olsun, kamu hizmet ve sosyal devlet anlayışına göre, belediye sınırları içinde yaşayan engelli bireylere ve aile yakınlarına yasaların öngördüğü şekilde, ihtiyaç duydukları hizmeti sunmak zorundadır. Bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal engelle sahip vatandaşların korunma, bakım, esenlendirme, danışmanlık, yönlendirme, kişisel gelişim ve destek hizmetlerine olan ihtiyacı ilgili belediyeler tarafından, düzenli, etkin ve verimli bir şekilde karşılanmalıdır. Engelli çocuklar için oyun alanlarının uygun hale getirilmesi sağlanmalı⁽³⁵⁾ yerel yönetimler; ergoterapistler, Türk Standartları Enstitüsü ve konuya ilişkin diğer yetkili branşlarla işbirliği içinde olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Ersöz, H.Y. Sosyal Politika Perspektifinden Yerel Yönetimler (İngiltere, İsveç ve Türkiye Örneği), Filiz Kitabevi 2004
- 2) Aydın, M. Sosyal Politika ve Yerel Yönetimler, Yedirenk 2009.
- 3) *Yerel Yönetimlerde Yoksul, Yaşlı ve Engellilere Sunulan Sosyal Destek Hizmetleri'ne Bir Bakış: İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ ÖRNEĞİ Sosyal Çalışma Dergisi Yıl: 2019, Cilt: 3, Sayı: 1, syf. 15-27.*
- 4) <https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5216.pdf> (20.06.2019).
- 5) <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5393.pdf>
- 6) Charlton J. Nothing about us without us: disability, oppression and empowerment. Berkeley, University of California Press, 1998,
- 7) Driedger D. The last civil rights movement. London, Hurst, 1989.
- 8) Barnes C. Disabled people in Britain and discrimination. London, Hurst, 1991.
- 9) McConachie H et al. Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? Disability and Rehabilitation, 2006,28:1157-1164. doi:10.1080/09638280500534507 PMID:16966237.
- 10) Oliver M. The politics of disablement. Basingstoke, Macmillan and St Martin's Press, 1990.
- 11) Thomas C. Female forms: experiencing and understanding disability. Buckingham, Open University Press,1999.
- 12) The International Classification of Functioning. Disability and Health. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 13) Leonardi M et al. MHADIE Consortium The definition of disability: what is in a name? Lancet, 2006,368:1219-19.1221. doi:10.1016/S0140-6736 (06)69498-1 PMID:17027711.
- 14) Mont D. Measuring disability prevalence. Washington, World Bank, 2007 (SP Discussion Paper No.0706 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Data/MontPrevalence.pdf>, erişim tarihi: 9 Aralık 2009)
- 15) Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Lorhandicap Group Prevalence of impairments, disabilities, handicaps 11. and quality of life in the general population: a review of recent literature. Bulletin of the World Health Organization, 2001,79:1047-1055. PMID:11731812
- 16) United Nations demographic yearbook, special issue: population ageing and the situation of elderly persons. New York, United Nations, 1993.
- 17) International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF). Geneva, World Health)
- 18) Üstün TB et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001. In: Murray CJL, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization, 2003:761–796. Organization, 2001).
- 19) Üstün TB et al. The World Health Surveys. In: Murray CJL, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 20) 2004 demographic yearbook- fifty-sixth issue department of Economic and Social Affairs, New York, United Nations, 2007 (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/2004%20DYB.pdf>, erişim tarihi:??)
- 21) ICF Kitabı (icf.zip) (2004). İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması. Dünya Sağlık Örgütü, 2001. Çeviren: Kabakci E, Gogus A. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Bilge Matbaacılık; 2004.
- 22) (<https://ailevecalisma.gov.tr/media/9085/buelten-haziran2019-son.pdf> sayfa 44).
- 23) (<https://ailevecalisma.gov.tr/media/9085/buelten-haziran2019-son.pdf> sayfa 46)
- 24) ABMYO Dergisi Sayı 42 - (2016) - (131-143) Yerel Yönetimlerin Engellilere Yönelik Eğitim Faaliyetleri Metin GÜREK, syf 137.
- 25) Fırat, Serap A. 2008. "Social Service Projects for Disabled People in Municipalities." Toplum ve Sosyal Hizmet, 89–100.

- 26) Metin, B. Engellilere Yönelik Sosyal Politikalarda Yerel Yönetimlerin Rolü: Keçiören Belediyesi Örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19/1 (2017) syf 320-344.
- 27) isper.istanbul/menü/istem-engellilermerkezi-ve-bagli-birimler (25.03.2020).
- 28) <http://besiktas.bel.tr/sayfa/1341/Engelli-Koordinasyon-Merkezi> erişim tarihi 25.03.2020)
- 29) (<http://www.cankaya.bel.tr/pages/341/Engelsiz-Egitim/> erişim tarihi 25.03.2020)
- 30) <https://www.izmir.bel.tr/tr/engelli-hizmet-merkezlerimiz/31/307> erişim tarihi 25.03.2020)
- 31) <https://www.kayseri.bel.tr/engelliler-koordinasyon-sube-murdurlugu> erişim tarihi 25.03.2020)
- 32) <https://www.tuzla.bel.tr/icerik/725/5999/engelli-koordinasyon-merkezi.aspx> erişim tarihi 25.03.2020)
- 33) <https://www.erzurum.bel.tr/GuncelHaber-buyuksehir-den-engelli-meclisi-bulusmasi/29/763721.html> erişim tarihi 25.03.2020)
- 34) [file:///C:/Users/Pau/Downloads/j8AxxhD2kxmSVEY5C-3yavDu47qkXwgQ9DsQ940Z4%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Pau/Downloads/j8AxxhD2kxmSVEY5C-3yavDu47qkXwgQ9DsQ940Z4%20(2).pdf) (erişim tarihi 23.03.2020)
- 35) Ece Banu ŞENİ, Çiğdem ÖKSÜZ. Ankara'daki Engelsiz Parkların Engelli Çocukların Kullanımına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2016; Cilt 4, Sayı 1syf 15-25.
- 36) Hatice A. Engellilere Yönelik Yerel Yönetim Hizmetleri: Bursa Büyükşehir Belediyesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Uşak 2018. [file:///C:/Users/dell/Desktop/TSR%202020%20ENGELLİK%20VE%20YEREL%20YÖNETİMLER/Yüksek%20Lisans%20Tezi\[5065\].pdf](file:///C:/Users/dell/Desktop/TSR%202020%20ENGELLİK%20VE%20YEREL%20YÖNETİMLER/Yüksek%20Lisans%20Tezi[5065].pdf) (erişim tarihi 7.07.2020)

Türkiye’de Engellilik, > Eşitsizlikler ve Ayrımcılık

122

PROF. DR. TACETTİN İNANDI • ARAŞ. GÖR. DR. CANSU KARABİBER

Uluslararası İşlevsellik, Yeti Kaybı ve Sağlık Sınıflamasına göre; “bozukluk”, bedensel yapıdaki sapma veya kayıp ile tanımlanırken, “yeti kaybı”, bu bozukluğun yol açtığı işlev yitimini, “engellilik” ise günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması sonucu bireyin topluma katılımının engellenmesi ve sonuç olarak kişinin toplumsal rolünün sınırlandırılması olarak ifade edilmektedir.⁽¹⁾

Tanımda da görüldüğü üzere engellilik, bozukluk ve yeti kaybı üzerine çevresel ve sosyal faktörlerin eklenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bozukluğu ya da buna bağlı yeti kaybı olan bir kişinin hareketi ve topluma katılımı bireysel faktörler kadar sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerden de etkilenir. Toplumun bozukluğu olan bireylere bakışı, değer yargıları ve yaşam tarzı engelliliğin ortaya çıkışında önemli bir rol oynar.

Öte yandan engellilik kimi zaman bir şemsiye kavram olarak da kullanılmaktadır. Bu durum tüm bu kavramları kapsayan bir şemsiye kavramın eksikliğinden de kaynaklanabilir. Bozukluk ve yeti kaybı her zaman engelliliği doğurmaz. Bunun en iyi örneği Stephen W. Hawking’de kendini göstermiştir. Bozukluk > yeti kaybı > engellilik şeklinde sıralanması beklenir. Bozukluk ve yeti kayıplarının büyük bir kısmı önlenemez. Engelliliğin ise, bozukluk ve yeti kayıplarına göre daha büyük bir kısmı önlenemez.

“Engelliliğin başarının önünde engel olması söz konusu değil. Bütün yetişkin yıllarımı motor nöron hastalığıyla geçirdim. Ama bu hastalık astrofizikte parlak bir kariyer elde etmemi ve mutlu bir aile yaşamı sürmemi engellemedi.

Ben birinci sınıf sağlık hizmetlerinden ve tıbbi bakımdan faydalanma talihini yaşadım. Etrafımda rahat, onurlu yaşamamı ve çalışmamı temin eden kişisel yardımcıları var. Bilgisayar uzmanları benim için bir iletişim destek sistemi ve konuşma sentezleme cihazı geliştirdiler; bu sayede konuşmalarımı ve makalelerimi hazırlıyor, insanlarla farklı ortamlarda iletişim kurabiliyorum.

Gelgelelim, pek farklı açılardan şanslı bir insan olduğumun farkındayım. Kuramsal fizikteki başarılarım sayesinde yararlı ve değerli bir hayat sürecektesteği alabiliyorum. Oysa, dünyadaki engelli bireylerin büyük çoğunluğu, bir işte çalışma ve kişisel açıdan tatmin edici bir yaşam sürdürmek bir yana, günlerini hayatta kalmaya gayret ederek geçiriyorlar.

Aslında, engelli bireylerin topluma ve hayata katılımının önündeki engelleri kaldırmak, o büyük potansiyellerinin önünü açacak teknik ve mali yatırımları yapmak bizim ahlaki sorumluluğumuzdur. Dünyanın neresinde olursa olsun hükümetler sağlık, rehabilitasyon, eğitim ve istihdam destek hizmetlerinden mahrum yaşayan, etrafına ışık saçma fırsatına hiç kavuşamamış milyonlarca engelli insanı görmezden gelmemelidirler.”

Prof. Dr. Stephen W. Hawking⁽¹⁾

Engellilik tüm dünyada sıktır; 2011 yılında yayınlanan Dünya Engellilik Raporu içerisinde 15 yaş ve üstünde kişiler arasında engellilik prevalansını Dünya Sağlık Araştırması %15,6 olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yüklü Çalışması %19,4 olarak tahmin etmektedir.⁽¹⁾

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de engellilik yaygındır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2002 yılında yaptığı Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre engellilik prevalansı %12,29 olup, bu oran da yaklaşık 8,5 milyon engelliye karşılık gelmektedir. Aynı araştırma en yüksek engelli grubunun (kronik hastalıklar hariç) %1,25 ile ortopedik engelliler olduğunu ortaya koymuştur.⁽²⁾ Ülkemizde 2011 yılında yapılan Nüfus ve Konut Araştırması’nda üç yaş üzeri bireylerde “ciddi güçlük/hiç yapamama” düzeyinde en az bir engeli olan nüfusun oranı %6,9 olarak bulunmuştur.⁽³⁾

Ülkemizde 2010 yılında Ulusal Özürlüler Veri Tabanında kayıtlı 280.014 kişide yapılan bir çalışmada engellilik türlerinin görülme sıklığı, zihinsel engelli %29,2, süregen hastalık %25,6, çoklu engellilik %18,0, görme engelli %8,4 işitme engelli % 5,9, ortopedik engelli %8,8, ruhsal ve duygusal engelli %3,9 olarak görülmüştür.⁽⁴⁾

Türkiye’de Engelliler ve Eşitlik

Eşitlik ilkesi Anayasa’nın “Genel Esaslar” bölümü, 10. Maddede düzenlenmiştir⁽⁵⁾ ‘Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.’ İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin ilk iki maddesi de bu ilkeyle doğrudan ilişkilidir⁽⁶⁾; 1948 tarihinde ilan edilen Bildirgenin ilk maddesi ‘Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranmalıdırlar.’ demektedir. İkinci madde ‘Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir ayırım gözetilmeksizin bu Bildirge ile ilan olunan bütün haklardan ve bütün özgürlüklerden yararlanabilir’ şeklindedir.⁽⁶⁾ Eşitlik ilkesi, 1950’de imzalanan ve ülkemizce de imzalanmış olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 14.maddesinde ayrımcılık yasağı olarak ‘Bu Sözleşme’de tanınan hak ve özgürlüklerden yararlanma, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasal veya diğer kanaatler, ulusal veya toplumsal köken, ulusal bir

azınlığa aidiyet, servet, doğum başta olmak üzere herhangi başka bir duruma dayalı hiçbir ayrımcılık gözetilmeksizin sağlanmalıdır.’ şeklinde yer almaktadır.⁽⁷⁾

Eşitlik tartışması yeni olmasa da, bu alanda bildirgelerin, sözleşmelerin ortaya çıkması, kavramların tartışılarak tanımlanması ve bilimsel araştırmaların yapılması olumlu gelişmelerdir. Kuşkusuz bu belgelerdeki eşitlik kavramının sosyal eşitlik olduğu açıktır. Bireylerin toplumsal düzende, ilişkilerde eşit hak ve özgürlüklere sahip olması anlamındadır. Toplumsal eşitliğin zıddı ayrımcılıktır.

Engelliler hastalık ve sakatlıklarının yanı sıra toplumdan topluma önemli ölçüde farklılık gösteren sosyal ve kültürel sorunlarla karşılaşır. Bu sorunların büyük kısmı eşitlik ilkesinin ihlali anlamına gelmektedir. Herhangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeni ile dezavantajlı duruma düşürülmek, eğitim, çalışma ve dolaşım gibi temel hak ve özgürlüklere erişememek yaygın bir sorundur. Oysa çoğu kez bu sorunlara çözüm üretilebilir ve birey hasta ya da sakat olsa da engelli olmayabilir.

Türkiye’de Engelliler ve Ayrımcılık

Engellilerin yaşadığı en önemli sorunlardan biri ayrımcılıktır. Ayrımcılık bir grup insanın dil, din, cinsiyet ya da bedensel farklılıklarından dolayı diğer insanlarla eşit koşullar altında temel hak ve özgürlüklerini kullanmasını veya bunlardan yararlanmasını engelleyen her türlü ayırım, dışlama veya kısıtlama olarak tanımlanmaktadır.⁽⁸⁾

Ayrımcılığın dört şekli tanımlanmaktadır; ayrıştırma-damgalama, marjinalleştirme, ötekileştirme ve sosyal dışlanma olarak karşımıza çıkar.⁽⁹⁾

Damgalama-Ayrıştırma; bireyin onur kırıcı bir tutumla karşı karşıya kalması olarak tanımlanırken, *marjinalleştirme*; bireyin sosyal hayatın dışında kalması olarak tanımlanmaktadır. Marjinal birey sosyal hayatın idarî ve ekonomik işleyişinden dışlanır, kişinin kendi hayatı üzerindeki otoritesi elinden alınır. İkisi arasındaki önemli farklılık, damgalamanın genellikle birebir ilişkilerin yaşandığı aile, arkadaş çevresi, komşular ve iş yerindeki samimî gruplarda kendiliğinden meydana gelen “bireysel ve resmî olmayan bir yapıda olmasıdır.” Marjinalleşme ise; bürokrasi gibi samimî olmayan “resmî ve kendiliğinden meydana gelmeyen” ilişkilerin yaşandığı daha ikincil bir çevrede ortaya çıkar.⁽⁹⁾

Bu anlayış ve tutumlar nedeniyle engelli bireyler toplum içinde hak ettiği yeri alamaz, dışlanarak “şeyleştirmeye” bağlı olarak yaşamlarını sürdürmeleri istenir. Şeyleştirme veya ötekileştirme de diyebileceğimiz bu durum kurumsal yapılarla da desteklenir.⁽⁹⁾

Sosyal dışlanma ise; sivil, politik, ekonomik, kültürel ve sosyal vatandaşlık haklarından mahrum olma/edilme durumu olarak tanımlanmaktadır.⁽⁹⁾

Hemen tüm belgeler eşitliğin sağlanması ve ayrımcılığın önlenmesi konusunda başta devletleri sorumlu tutar. Engelliler ile ilgili 5378 Sayılı Kanun’un 4. Maddesi ‘Devlet, insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, engellilerin ve engelliliğin her tür istismarına karşı sosyal politikalar geliştirir. Engelliler aleyhine ayrımcılık yapılamaz; ayrımcılıkla mücadele özürülere yönelik politikaların temel esasıdır.’ şeklindedir.⁽¹⁰⁾

Ülkemizce kabul edilen Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’nin ‘Ayrımcılık Yapılmaması ve Eşitlik’ konusunu içeren 5. Maddesi ‘1. Taraf devletler herkesin hukuk önünde ve karşısında eşit olduğunu ve ayrımcılığa uğramaksızın hukuk tarafından eşit korunma ve hukuktan eşit yararlanma hakkına sahip olduğunu kabul eder. 2. Taraf devletler engelliliğe dayalı her türlü ayrımcılığı yasaklar ve engellilerin herhangi bir nedene dayalı ayrımcılığa karşı eşit ve etkin bir şekilde korunmasını güvence altına alır. 3. Taraf devletler eşitliği sağlamak ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak üzere engellilere yönelik makul düzenlemelerin yapılması için gerekli tüm adımları atar. 4. Engellilerin fiili eşitliğini hızlandırmak veya sağlamak için gerekli özel tedbirler işbu Sözleşme amaçları doğrultusunda ayrımcılık olarak nitelendirilmez.’ şeklindedir.⁽¹¹⁾

Var olan çok sayıda yasal düzenlemeye karşın, eşitlik ve erişilebilirlik açısından engelliler önemli sorunlar yaşamaktadır.

Türkiye’de 1507 engelli üzerinde yapılan ‘Özürüllüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %23,7’si tanımadığı kişilerin engelli olmaları nedeniyle kendilerine olumsuz (aşağılama, umursamama, dalga geçme vb.) davrandığını, %12,3’ü kamu kuruluşlarındaki görevliler tarafından engelli olmaları nedeniyle kötü muameleye (aşağılama, umursamama, dalga geçme vb.) maruz kaldığını ve %25,0’i yasada öngörülmediği halde resmi kurum ve/veya bankalarda imza gerektiren işlemlerde kendilerine diğer bireylerden

farklı davranıldığını (şahit isteme, talebi reddetme gibi) belirtmiştir.⁽⁸⁾

Hemşirelerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %21,5’i klinikte engelli hastaların damgalandığını düşünmektedir.⁽¹²⁾ Aynı çalışmada toplumun engelliye bakış açısının, acıma %55,0, aldırma-yok sayma %19,2, kısıtlama %12,0, aşırı koruyup kollama %9,8 ve alay / küçümseme %4,0 olduğu düşünülmektedir.⁽¹²⁾ Özürülülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’nda engellilerin %22,3’ü ayrımcılığa uğradığını düşünmektedir.⁽⁴⁾

‘Özürüllüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %75,0’i engellilere yönelik ayrımcılık olduğunu düşünmekte ve %63,0’ü ayrımcılığı yaşadığını belirtmektedir. Aynı çalışmada katılımcıların %82,6’sı engellilerin çoğu zaman ya da her zaman toplumun diğer üyelerine göre daha fazla ayrımcılığa uğradığını düşünmektedir. Ayrıca katılımcıların %28,7’si engelliliğe dayalı ayrımcılıkla ilgili mevzuatı ve %47,5’i Türk Ceza Kanunu’nda özürülülere yönelik ayrımcılığın suç olarak tanımlandığını bildiğini belirtmektedir. Ancak engellilerin %56,9’u ayrımcılığa uğradıklarında hak arayacakları yerleri bilmediğini söylemiştir.⁽⁸⁾

Ayrımcılığın örnekleri çeşitli alanlarda karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan en önemlileri eğitim, çalışma ve sağlık alanlarıdır.

Engellilerin ayrımcılığa uğradıkları önemli alanların başında eğitim gelir. ‘Özürüllüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %59,4’ü eğitim alanında engellilere yönelik ayrımcılık olduğunu düşünmekte idi.⁽⁸⁾ Her zaman ya da çoğu zaman ayrımcılık yaşadıkları konular sıklık sırasıyla %46,6 özürülülere uygun iletişim araç ve teknolojilerinin kullanılmaması, %47,4 eğitim alınan kurumda eğitimcilerin engellilik konusunda eğitilmiş olmamaları, %37,8 engellilere yönelik düzenlemeler yapılmadığı için yetişkin eğitime yönelik kurslar veya programlardan yararlanamama, %34,2 eğitim sistemi içinde engellilere yönelik ihtiyaç duyulan destek hizmetlerinin sağlanamaması ve %34,0 engellilere yönelik düzenlemeler yapılmadığı için meslek edindirmeye yönelik eğitim imkânlarından yararlanamama idi.⁽⁸⁾

Görme Özürülüler Derneği, Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği, Türkiye Kas Hastalıkları Derneği ve Türkiye Sakatlar Derneği’nin yasalarda yer alan ayrımcılık yasağına aykırılık gerekçesiyle adli başvurusuna konu olan 2009 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu’nda bir üni-

versitenin tercih yapacak öğrencilere yönelik olarak belirlediği koşul ve açıklamalar içinde yer alan “Özürlü öğrencilere eğitim-öğretim verecek olanamız olmadığundan; özürlü öğrencilerin tercih etmemesi gerekir” ifadesi engellilere yönelik ayrımcı bir uygulama örneği olarak karşımıza çıkmaktadır.⁽⁸⁾

Engellilerin ayrımcılığa uğradıkları diğer önemli alan çalışma alanıdır. ‘Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %71,8’i çalışma alanında her zaman ya da çoğu zaman engellilere yönelik ayrımcılık olduğunu düşünmekteydi.⁽⁸⁾ Ayrımcılık yaşadıkları konular ise sıklık sırasıyla %43,0 işyerinde özürüne uygun fiziksel düzenlemeler yapılmaması, %35,2 engelli olmayan bir adayla aynı ya da daha yüksek vasıflara sahip olmasına karşın işe alınmama, %37,2 engelli olmayan çalışanlara göre yükselmeye açık bir pozisyonda çalıştırılmama, %32,9 kapasitesinin altında işlerde çalıştırılma, %31,7 mesleki kariyere yönelik eğitim hizmetlerinden yararlandırılmama ve %16,7 yasal düzenlemelerle yasaklanmış olan işverenleri ve/veya diğer çalışanlar tarafından doğrudan ayrımcılık uygulamalarından olan kötü muamele ve yıldırıcı davranışlarla karşılaşma idi.⁽⁸⁾

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, engellilerin yapabilecekleri işler yerine yapamayacakları işlerde istihdam edilmek istenmeleri ya da örneğin görme engelli bireylerin yalnızca belirli türden işlerde istihdam edilerek sosyal etkileşimden uzak tutulup dolaylı olarak ayrımcılığa uğradıkları gösterilmiştir.⁽¹³⁾

Engellilerin ayrımcılığa uğradıkları diğer önemli alan sağlıkır. ‘Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %36,3’ü sağlık alanında her zaman ya da çoğu zaman engellilere yönelik ayrımcılık olduğunu düşünmekteydi.⁽⁸⁾ Her zaman ya da çoğu zaman ayrımcılık yaşadıkları konular sıklık sırasıyla %29,3 sağlık hizmeti veren kurumda engellilere uygun fiziksel düzenlemeler bulunmadığı için sağlık hizmetinden yararlanmakta zorluk yaşama, %33,9 engellikten dolayı alınması gereken sağlık hizmetlerinin (araç gereç ve cihazlar dahil) sağlık sigortası kapsamına alınmadığı için sağlık hizmetinden yararlanamama, %15,0 engelli oldukları için toplumun diğer fertlerine göre daha düşük standart ve kalitede sağlık hizmeti verilmesi, %14,3 sağlık hizmeti veren kurumların engelleri nedeniyle gereksinim duyulan sağlık hizmetlerini sağlamaması, %10,8 sağlık personeli-

nin engelleri nedeniyle kendilerine toplumun diğer bireylerine kıyasla olumsuz davranması idi.⁽⁸⁾

‘Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması’na göre engellilerin %30,8’i adalete erişimde, %49,4’ü boş zaman ve dinlenme faaliyetlerine katılım alanında, %57,6’sı topluma dahil olma alanında ve %41,6’sı bilgiye erişim alanında çoğu zaman ya da her zaman ayrımcılık yaşadığını belirtmiştir.⁽⁸⁾

Damgalanma ve önyargı engelliler için önemli sorunlardır; çok sık görülmekte ve önemli sorunlara neden olmaktadır. Toplumda yaygın olan olumsuz görüşler birçok sorunun ve engelliliğin esas nedenidir. Engelli bireyler kendilerine acıma duygusuyla yaklaşılmasından ziyade saygıyla yaklaşılmasını tercih etmektedir. Bunu sağlayacak en önemli yaklaşım onlar için engelsiz, bağımsız ve özgür hayatın hedeflenmesidir.

Türkiye’de Engelliler ve Erişilebilirlik

Erişilebilirlik, insan yapımı ve doğal fiziksel çevre başta olmak üzere, ekonomik, sosyal ve kültürel çevreye ulaşabilme, bu çevrelerde verilen hizmetlerden yararlanma ve katkıda bulunma olanaklarına sahip olmayı ifade eden bir kavramdır.⁽¹⁴⁾ Erişilebilirlik bireyin temel hak ve özgürlüklerine erişebilmesi ve haklarını toplumsal, siyasal, ekonomik ve kültürel yaşama katılımı kullanabilmesidir. Hakların kullanımında önemli bir faktör olan erişilebilirlik eşitliğin de önemli göstergelerinden biridir.

Erişilebilirliği en geniş anlamıyla kavramlaştıran en yakın tarihli sözleşme Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’dir. Sözleşme’nin ‘Erişilebilirlik’ konusunu içeren 9. Maddesi ‘Taraf devletler engellilerin bağımsız yaşayabilmelerini ve yaşamın tüm alanlarına etkin katılımını sağlamak ve engellilerin diğer bireylerle eşit koşullarda fiziki çevreye, ulaşım, bilgi ve iletişim teknolojileri ve sistemleri dahil olacak şekilde bilgi ve iletişim olanaklarına, hem kırsal hem de kentsel alanlarda halka açık diğer tesislere ve hizmetlere erişimini sağlamak için uygun tedbirleri alacaklardır.’ demektedir.⁽¹¹⁾ Aynı sözleşmenin ‘Bağımsız Yaşayabilme ve Topluma Dahil Olma’ konusunu içeren 19. Maddesinde ‘Taraf devletler tüm engellilerin diğer bireylerle eşit koşullar altında toplum içinde yaşama hakkına sahip olduğunu kabul eder ve engellilerin bu haktan eksiksiz yararlanabilmeleri ve topluma

tam katılımlarını kolaylaştırmak için gerekli tedbirleri etkin bir şekilde alır.’ hükmü yer almaktadır.⁽¹¹⁾

Görüldüğü üzere, ulusal ve uluslararası düzeyde eşitliğin sağlanması, ayrımcılığın önlenmesi, fırsat eşitliği ve erişilebilirlik konularında önemli düzenlemeler yapılmıştır. Ancak tüm bu düzenlemeler önemli olmakla birlikte sorunun çözümü için tek başına yetersiz kalmaktadır. Bu düzenlemeler sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel alanda çabalarla desteklenmelidir.

Engelliler olumsuz toplumsal tutumlar, istihdam koşullarının yetersizliği, işsizlik, yoksulluk ve düşük gelir, engellileri dikkate almayan yapılaşma, kaynaşmış değil ayrılmış eğitim sistemi, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet gibi çok çeşitli ve çok boyutlu sorunlarla karşı karşıyadırlar.⁽¹⁵⁾

Engelli bireylerin yaşadıkları zorlukları ele alan bir çalışmada, işsizlik %31,9, maddi sıkıntı %35,8, fiziksel zorluk %24,9, ilgi gösterilmeme/toplumdan dışlanma %7,9, fizik çevre engellileri %7,9, sağlık sorunları/tedavide sıkıntı yaşama %5,7 ve yeterince sosyal imkân tanınmaması %1,7 şeklinde rapor edilmiştir.⁽¹⁶⁾

Türkiye’de Engelliler ve Eğitim

Engelliler için önemli sorunların başında eğitim olanağı ve eğitimdeki eşitsizlikler gelir. Engelliler ile ilgili 5378 Sayılı Kanun’un 15. maddesi engellilerin eğitim ve öğretimi konusunda ilgili olup ‘Hiçbir gerekçeyle özürülülerin eğitim alması engellenemez. Özürülü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünlendirilmiş ortamlarda ve özürülü olmayanlarla eşit eğitim imkânı sağlanır.’ şeklindedir.⁽¹⁰⁾ Engelli Hakları Sözleşmesi’nin ‘Eğitim’ konusunu içeren 24. Maddesi ‘Taraf devletler engellilerin eğitim hakkını tanır. Taraf devletler, bu hakkın fırsat eşitliği teme-

linde ve ayrımcılık yapılmaksızın sağlanması için eğitim sisteminin bütünlendirici bir şekilde her seviyede engellileri içine almasını ve ömür boyu öğrenim imkânını sağlar.’ demektedir.⁽¹¹⁾

Bu olumlu yasal düzenlemelere karşın uygulamada önemli sorunlar mevcuttur. Türkiye Özürülüler Araştırması’nda, altı yaş ve üzeri okuma yazma bilmeyenlerin oranı ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile yeti kaybı olan bireylerde % 36,3, süregelen hastalığı olanlarda % 24,8 ve toplam nüfus içinde %12,9 olarak belirtilmektedir.⁽²⁾ Aynı araştırmaya göre 25 yaş ve üzeri nüfusta tamamlanmış eğitim oranları **Tablo 122.1**’de görülmektedir.⁽²⁾ Görüldüğü üzere engelli nüfustaki eğitim düzeyi toplumdaki daha düşük seyretmektedir.

Özürülülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması da eğitim düzeyi hakkında bize bilgi veren diğer önemli çalışma olup bu çalışmadaki veriler **Tablo 122.2**’de gösterilmiştir.⁽⁴⁾ Görüldüğü gibi bir bozukluğu ve yeti kaybı olanlarda engelliliğe giden süreç açısından önemli bir hak olan eğitim hakkına erişememe yaygındır.

Özürülülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’na göre eğitim kuruluşuna devam eden engellilerin %54’ü engelli olmayan akranları ile aynı sınıfta, %21’i engellilere özel eğitim sınıfında ve %47’si rehabilitasyon merkezinde eğitim görmekte idi.⁽⁴⁾ Bununla birlikte mesleki eğitim alma oranı %4 olup; alınan mesleki eğitimin %40,3’ü örgün eğitim, %53,8’ü yaygın eğitim ve %12,3’ü çıraklık eğitimi idi.

Engellilerin mesleki eğitimden yararlanmama nedenleri sıklık sırasıyla iş bulmasına katkısı olacağını düşünmeme %88,4, sağlık problemi olması %36,1, yaşının geçtiğini düşünme %29,5, hizmetten haberdar olmama %18,6, uygun meslek edindirme hizmeti olmaması %14,6, eğitime devam etme %8,1, eğitim programının ilgi/isteğine uygun olma-

Tablo 122.1 Yirmi Beş Yaş ve Üzeri Engelli Nüfusta Tamamlanmış Eğitim Durumu, 2002

	Okuma yazma bilmeyen	Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	Bitirilen Okul			
			İlkokul	Ortaokul/dengi meslek okulları	Lise/dengi meslek okulları	Yüksek öğretim
Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel engelli nüfus	36,37	7,69	40,97	5,64	6,90	2,42
Süregelen hastalığa sahip olan nüfus	26,64	8,10	47,10	6,31	7,61	4,23

Kaynak: 2002 Türkiye Özürülüler Araştırması⁽²⁾

Tablo 122.2 Engel Türüne Göre Eğitim Durumu, 2010

Engel Türü	Okuryazar Değil	Okuryazar ama bir okul bitirmemiş	İlkokul	İlköğretim/Ortaokul ve dengi	Lise veya daha üstü
Görme	32,1	11,8	29,0	12,5	14,6
İşitme	31,6	23,0	17,9	16,4	11,1
Dil ve konuşma	33,6	38,6	10,7	11,0	6,1
Ortopedik	26,4	10,9	32,9	13,4	16,4
Zihinsel	57,5	28,9	4,6	8,2	0,7
Ruhsal ve duygusal	24,0	12,7	33,0	15,2	15,1
Süreçten hastalık	32,2	12,8	34,9	10,2	9,9
Çoklu engellilik	48,5	15,3	22,9	8,0	5,3
Genel	41,6	18,2	22,3	10,3	7,7

Kaynak: 2010 Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması⁽⁴⁾

ması %5,4, ailelerin dışarı çıkmasına izin vermesi %5,2, ulaşım sorunu olması %2,8 ve fiziksel düzenleme/egitim ekipmanların engeline uygun olmaması %1,7 idi.⁽⁴⁾

Örgün eğitim alan engelli öğrencilerin yıllara göre dağılımı **Tablo 122.3**'te gösterilmiştir.⁽¹⁷⁾ Beş yıllık sürede eğitim alan engelli birey sayısında 110.894 kişilik bir artış olmuştur.

Ülkemizde uygulanan bir diğer uygulama taşınabilir eğitim programıdır. Uygulamanın amacı engelli öğrencilerin okula gitme oranlarının artırılması, eğitim ve öğretimin teşvik edilmesi, okul sevgisinin oluşması, öğrencilerin ulaşımında yaşadıkları sorunların giderilmesi, sonuç olarak engelli bireylerin eğitilerek sosyal hayatta kendilerine yer bulabilmeleridir.⁽¹⁷⁾

Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki 652 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine göre; "Engelliler için sağlık kurulu raporu düzenlemeye yetkili sağlık kurum veya kuruluşlarınca verilen sağlık kurulu raporuyla asgari %20 oranında engelli olduğu tespit edilen ve özel eğitim değerlendirme kurulları tarafından da eğitsel değerlendirme ve tanılamaları yapılarak 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu kapsamında açılan özel eğitim okulları ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen

destek eğitimini almaları uygun görülen görme, işitme, dil-konuşma, spastik, zihinsel, ortopedik veya ruhsal engelli bireylerin eğitim giderlerinin her yıl Maliye Bakanlığınca belirlenen tutarı, Bakanlık bütçesine bu amaçla konulan ödenekten karşılanır. Bu engelli bireylerin engel grupları ve dereceleri ile engelinin niteliğine göre eğitim programlarının kapsamı ve eğitim süreleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşü alınmak suretiyle yönetmelikle belirlenir."⁽¹⁷⁾ Bu kapsamda özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde öğrenim gören engelli öğrenci sayıları yıllara göre dağılımı **Tablo 122.4**'de yer almaktadır.⁽¹⁷⁾

Ülkemizde 2010 yılında yapılan bir çalışmada engelli bireylerin %37,9'u aynı engele sahip akranlarının gittiği okullarda/sınıflarda eğitim alınması gerektiğini ve %30,9'u engelli olmayan akranları ile aynı sınıfta eğitim alınması gerektiğini düşünmektedir.⁽⁴⁾

Trabzon'da otizmli çocuğa sahip aileler üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim sürecinde yaşanan en büyük zorluğun diğer veliler tarafından çocukların dışlanması ve genel olarak eğitim hizmetlerinin yetersizliği olduğu belirtilmiştir.⁽¹⁸⁾

Ülkemizde özellikle otizmli çocukların akranlarıyla birlikte eğitim imkânı bulunduğu kaynaştırma programı uygulanmaktadır. Ancak toplumda dışla-

Tablo 122.3 Örgün Eğitim Alan Engelli Öğrencilerin Yıllara Göre Dağılımı, 2019

	Özel Eğitim Okullarında	Özel Eğitim Sınıflarında	Kaynaştırma Eğitiminde	Toplam
2017-2018	50.025	45.815	257.770	353.610
2016-2017	48.212	42.900	242.486	333.598
2015-2016	49.206	36.742	202.541	288.489
2014-2015	43.796	32.265	183.221	259.282
2013-2014	40.505	29.094	173.117	242.716

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni,2019⁽¹⁷⁾

Tablo 122.4 Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Öğrenim Gören Engelli Öğrenci Sayıları, 2019

2016-2017	2.437
2015-2016	2.074
2014-2015	1.950
2013-2014	1.902
2012-2013	1.795

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2019⁽¹⁷⁾

yıcı ve ötekileştirici davranışlar bunun önünde büyük bir sorun oluşturmaktadır.

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden hizmet alanlar üzerinde yapılan bir araştırmada engellilerin %70,3’ü öğretmenlerin bilgi düzeyini, %89,5’i ulaşım imkanlarını, %60,1’i eğitimin içeriğini ve %42,9’u ders saatlerini yeterli bulmakla birlikte %78,9’u fiziksel ortamı engellilere uygun bulmaktaydı.⁽⁴⁾

Araştırmalar ve raporlar engellilerin eğitime erişebilmede önemli ölçüde zorluk yaşadığını göstermektedir. Bunun nedenleri arasında kamusal düzenleme eksiklikleri ve toplumsal dışlanma en başta gelmektedir. Oysa eğitim hakkına erişememek pek çok fırsatı kaçırmak demektir. Engellilerin eğitim hakkına erişebilmeleri için mevcut politikaların güçlendirilmesi, içselleştirilmesi için çok yönlü programlar ve uygulama planları gerçekleştirilebilir.

Türkiye’de Engelliler ve İş Hayatı

Tüm insanlar hayatlarını insana yakışır düzeyde yaşayacak şekilde kazanç sağlamalı ve bağımsız olabilmelidir. Koşulsuz insan hakkı olan çalışma hakkına erişememe, olanaklarının azlığı ve ücret eşitsizlikleri engellilerin önündeki önemli sorunlardır. Engellilerin toplum tarafından yetersiz ya da tehlikeli oldukları önyargısı ya da olumsuz bakış açısı hem bu durumun nedeni hem de aşılması gereken önemli bir diğer sorun alanıdır.⁽¹⁹⁾ Bozukluğu

ve yeti kaybı olan insanların büyük bir kısmı eğitimi, bilgisi ve becerisi doğrultusunda bir işe sahip olabilir ve gelir elde edebilir.

Tüm haklarda olduğu gibi bu hakkın gerçekleştirilmesinde de, mevzuatlarda devletler en başta sorumlu tutulmuştur. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’nin ‘Çalışma ve İstihdam’ konusunu içeren 27. maddesi ‘Taraflar devletler engellilerin diğer bireylerle eşit koşullar altında çalışma hakkına sahip olduğunu kabul eder. Bu hak, engellilerin, açık, bütünlendirici ve erişilebilir bir iş piyasası ve çalışma ortamında serbestçe seçtikleri bir işle hayatlarını kazanmaları fırsatını da içerir. Taraflar devletler çalışırken engelli olanlar dahil olmak üzere tüm engellilerin çalışma hakkının yaşama geçmesini yasama çalışmalarını da içeren uygun tüm tedbirleri alarak güvence altına alır.’ şeklindedir.⁽¹¹⁾

Engelliler ile ilgili 5378 Sayılı Kanun’un 14. maddesi engellilerin istihdamı ile ilgili olup ‘İşe alımda; iş seçiminden, başvuru formları, seçim süreci, teknik değerlendirme, önerilen çalışma süreleri ve şartlarına kadar olan safhaların hiçbirinde özür-lülerin aleyhine ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz. Çalışan özür-lülerin aleyhinde sonuç doğuracak şekilde, özüyle ilgili olarak diğer kişilerden farklı muamelede bulunulamaz.’ şeklindedir.⁽¹⁰⁾

Mevzuatlardaki bu açık tanımlara karşın uygulamada, iş gücüne katılım oranları çok düşük kalmaktadır. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli nüfus içinde işgücüne dahil olmayan engelli nüfus oranı %78,3 iken süregen hastalığı olanlarda bu oran %77,1’dir. İşsizlik oranı ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli olanlarda %15,5, süregen hastalığı olanlarda %10,8’dir. 2002’de yapılan bu çalışmada sosyal güvenliğe sahip olmama oranı ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli olanlarda % 52,5, süregen hastalığı olanlarda ise %36,3’tür.⁽²⁾ (Tablo 122.5).

Özür-lülerin Sorun ve Beklentileri Araştırmasında 2010 yılındaki 15 yaş ve üzeri engelli birey-

Tablo 122.5 Engelli Nüfusun İşgücü, İşsizlik Ve Sosyal Güvenlik Durumu, 2002

	İşgücüne Katılmama Oranı	İşsizlik Oranı	Sosyal Güvenliğe Sahip Olmama Oranı
Ortopedik, görme, işitme, dil, konuşma ve zihinsel engelli nüfus	78,3	15,5	52,5
Süregen hastalığa sahip olan nüfus	77,1	10,8	36,3

Kaynak: 2002 Türkiye Özür-lüler Araştırması⁽²⁾

lerde engel türüne göre çalışma ve sosyal güvenlik durumu **Tablo 122.6**'da gösterilmiştir. ⁽⁴⁾

Engelli bireylerin çalışmama veya iş aramama nedenleri ise; çalışmayacak durumda ağır engelli olma %51,4, emekli/öğrenci/ev işleri ile meşgul/yaşlı olma %29,2, engeli nedeniyle kendisine iş verilmeyeceğini düşünme %16,6 ve ailelerinin çalışmalarına izin vermemesi %3,3 olarak belirtilmiştir. ⁽⁴⁾

Önemli bir kısmının çalışmayacak durumda ağır bir engeli olduğunu düşünmesi, içselleştirilmiş etiketleme ve yetersiz eğitim sonucu ile de ilişkili olabilir. Hawking örneğinde olduğu gibi ileri düzey fiziksel yeti kaybı bile, onun çalışmasına ve iyi bir kariyer yapmasına engel olamamıştır. ⁽¹⁾

İş Kanununun (4857 sayılı) 30 uncu maddesi kapsamında; "İşverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde % 3 engelli; kamu işyerlerinde ise % 4 engelli bireyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Tablo 122.7'de çalıştırmakla yükümlü engelli sayısı ve çalışan engelli sayısı gö-

rülmektedir. ⁽¹⁷⁾ Yıllar itibarı ile kamuda çalışması gereken ile çalışan birey oranı olumsuz bir durum göstermektedir. Önceki yıllarda çalışması gerekenden daha çok çalışan engelli var iken 2018'den itibaren tersine dönmüştür. Özel sektör ise genellikle çalışması gerekenden bir miktar daha düşük çalışan engelli istihdam etmektedir (**Tablo 122.7**).

Devlet Memurları Kanununun 53'üncü maddesine göre; kurum ve kuruluşlar bu Kanuna göre çalıştırdıkları personele ait kadrolarda %3,0 oranında engelli çalıştırmak zorundadır. Kamu kurumlarında engelli kotasında istihdam edilen memurların yıllara göre dağılımı **Tablo 122.8**'de gösterilmiştir. ⁽¹⁷⁾ İstihdam edilen engelli memur sayısında 2011'den 2018'e önemli bir artış olduğu söylenebilir, ancak çalışanların 2018 yılındaki memur sayısının 2.422.252 olduğu göz önüne alındığında, engelli istihdam oranı % 2,2 de kalmakta, yasal olarak öngörülen %3 sınırının altında kalmaktadır. Öte yandan %3 rakamını en az olarak düşünmek gereklidir, ideal olan toplumdaki engelli birey yüzdesi ile aynı ya da yakın olmasıdır. Toplumdaki engelli birey sık-

Tablo 122.6 Engel Türüne Göre Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na Kayıtlı Olma Durumu

	Çalışmama Oranı	Çalışanların Sosyal Güvenlik Kurumu'na Kayıtlı Olmama Oranı
Görme engelli	24,8	29,8
İşitme engelli	26,8	24,8
Dil ve konuşma engelli	18,0	30,7
Ortopedik engelli	25,5	20,3
Zihinsel engelli	5,8	52,6
Ruhsal ve duygusal engelli	7,6	58,4
Süreçten hastalık	13,6	29,6
Çoklu engellilik	11,4	31,5
Genel	14,3	30,4

Kaynak: 2010 Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması ⁽⁴⁾

Tablo 122.7 Çalıştırmakla Yükümlü İşyerlerinde İşçi Olarak Çalışan Engelli Birey Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Çalıştırmakla Yükümlü Olunan Engelli Birey Sayısı		Çalışan Engelli Birey Sayısı	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
2019	16.566	107.632	15.814	104.006
2018	16.157	107.373	15.486	106.809
2017	7.801	117.687	10.323	102.751
2016	8.206	104.966	10.822	92.413
2015	8.432	99.262	10.696	84.370
2014	8.417	101.823	10.422	84.706
2013	9.514	97.689	11.804	80.434
2012	10.246	97.322	12.358	77.547
2011	10.496	86.607	12.347	71.088

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2019 ⁽¹⁷⁾

Tablo 122.8 Kamu Kurumlarında Engelli Kotasında İstihdam Edilen Memurların Yıllara Göre Dağılımı

2018	53.017
2017	49.873
2016	48.134
2015	40.655
2014	34.078
2013	32.787
2012	27.314
2011	20.829

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2019⁽¹⁷⁾

lığının çok daha yüksek olduğuna yukarıda değinmiş idik.

Bir diğer önemli konu da engellilerin çalışırken karşılaştığı güçlüklerdir. Engellilerin çalıştığı işyerinde engellilere yönelik yapılan düzenlemeler/faaliyetleri irdeleyen bir araştırmada katılımcıların %54,3’ü tedaviler için izin almada kolaylık sağlanmadığını, %73,2’si ulaşım için servis sağlanmadığını, %78,0’i çalışma saatlerinin düzenlenmediğini, %79,3’ü diğer personellerin, engellilerle çalışma konusunda bilgilendirilmediğini, %84,1’i fiziksel düzenlemelerin yapılmadığını, %84,8’i işe uyum eğitiminin verilmediğini ve %88,0’i mesleki teknolojik destek sağlanmadığını belirtmektedir.⁽⁴⁾ Aynı çalışmada engellilerin %34,3’ü engelli olmayan çalışanlar ile karşılaştırdığında işyerinde yükselme imkânını daha az olarak düşünmektedir.⁽⁴⁾

Engelli bireylerin özgür ve bağımsız bir hayat sürmesi için gelir getiren bir işte çalışması son derece önemlidir. Bunun önündeki en önemli engel ise toplumların ya da ailelerin ayrımcı ve ötekileştirici yaklaşımlarıdır. Dışsal damgalanma yetersiz eğitim alan ve yeti kaybı olan bireylerde içsel damgalanmayı da birlikte getirebilir. Böylelikle kendi temel hak ve özgürlüklerinin bile farkına varamayabilirler.

Türkiye’de Engelliler ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık doğuştan kazanılmış temel insan hakkıdır. Bu hak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde ‘tıbbi bakım alma hakkı yaş, cinsiyet, ekonomi gibi durumlara bağlı olmaksızın sağlık hizmetinden yararlanma olarak tanımlanmıştır.⁽⁶⁾ Engelli Hakları Sözleşmesi’nin ‘Sağlık’ konusunu içeren 25. Maddesi ‘Taraflar devletler engellilerin engelliliğe dayalı

ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkını tanırlar. Taraflar devletler engellilerin sağlıkla ilgili olarak rehabilitasyon da dahil olmak üzere, cinsiyete duyarlı sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılmak için uygun tüm tedbirleri alır.’ şeklindedir.⁽¹¹⁾

Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’nda sağlık, rehabilitasyon ve eğitim hizmetlerinden yararlanma oranı %14,0 olmakla birlikte yararlanılan hizmetler psikoterapi, psikolojik destek ve danışmanlık %7,3, fizik tedavi-rehabilitasyon %6,8, öz bakım becerileri/ bağımsız yaşam becerileri eğitimi %3,2 ve iş- uğraşı terapisi %2,4 idi.⁽⁴⁾ Aynı çalışmada katılımcıların sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaştıkları sorunlar sıklık sırasına göre %69,8 ile hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duymaları, %53,3 ile sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramama, %47,5 ile sağlık personelinin engeli ve tedavisi hakkında yeterli bilgi verememesi, %47,4 ile sağlık kuruluşu içinde hareket güçlüğü yaşama ve %45,6 ile sağlık kuruluşuna giderken ulaşımında engellerin olmasıydı.⁽⁴⁾

Sağlık haklarına erişim konusunda yaşadıkları zorluklar, engellileri hizmet almaktan vazgeçirmekte bu da doğrudan sağlıklarını etkilemektedir. Erken tanı ve tedavi şanslarını kaybetmektedirler. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır. Eğitim verilerek sağlık okuryazarlığı artırılmalı ve kamu hizmetleri onlara uygun düzenlenmelidir.

Türkiye’de Engelliler ve Beklentileri

Engelli olan kişilerin kamu kurum ve kuruluşlarından en önemli beklentilerinin sırasıyla parasal katkı %61,2, eğitim olanakları yaratma %3,3, iş bulmaya yardım etme %9,6, yasal hakları savunma %3,5, evde uzman personel tarafından bakım ve tedavi hizmeti verilmesi % 4,1 olduğu görülmektedir.⁽²⁾ Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’nda kamu kurum ve kuruluşlarından beklentiler sıklık sırasıyla sosyal yardım ve desteklerin artırılması %85,7, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi %77,0, bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması %40,4, iş bulma olanaklarının artırılması %28,7, eğitim olanaklarının artırılması %25,6 ve fiziksel çevre ve ulaşım imkanları konusunda düzenlemelerin yapılması %17,7 idi.⁽⁴⁾

Yapılan bir araştırmada engelli yakınlarının sağlık hizmetine erişmekte en çok talep edilenin %33,8 ile süreçle ilgili pozitif ayrımcılık yapılması ve katkı payı alınmaması olduğu, sağlık hizmetinin ücretsiz olması talebiyle birleştiğinde özürülü yakınlarının sağlık hizmetine erişim açısından %52,8'inin sürecin ve sağlık hizmetinin bedelinin düzenlenmesini talep ettiği söylenebilir. ⁽²⁰⁾

Bu bulgularda dikkat çeken bozukluğu ya da yeti kaybı olan bireylerin önemli ölçüde yardım ve parasal destek beklemesi daha az eğitim ve istihdam talebidir. Bu da yine bir sorun alanının göstergesi olabilir; içselleştirilmiş ayrımcılığı gösteren bir veri olabilir. Oysa hemen her birey üretken olabilir, üretkenlik ve iş ise iyi bir eğitimle başlar.

Yine aynı araştırmada belediyeden beklentiler sıklık sırasıyla sağlık hizmeti desteği %92,7, alışveriş, fatura yatırma vb. destekler %90,2, su ücreti indirimi %90,0, rehberlik ve danışmanlık hizmeti %87,1, engellilere uygun belediye tesisleri %83,5, ev temizliği ve yaş desteği %83,3, evde bakım desteği %82,0, sosyal, kültürel ve sportif aktiviteler %81,8, engelli aracı ile taşıma hizmeti %77,4, toplu taşıma ücreti indirimi %76,9 ile mesleki ve sosyal rehabilitasyon hizmeti %75,5 idi. ⁽⁴⁾

Engelliler de kendi içlerinde örgütlenerek haklarını ve isteklerini duyurmalıdırlar. Engellilerin yalnızca %5,1'inin engelli dernek ve vakıflara üye olduğu görülmektedir. ⁽⁴⁾ Bu oranın düşük olduğu görülmektedir. Engelsiz bir toplum, engelsiz dünya için örgütsel bir mücadele fark yaratabilir.

Engelli bireylerin sorunlarına hak temelli yaklaşmalı başka bir deyişle engelli istekleri insan hakları yönünden desteklenmelidir. Bu yaklaşım, bütünleşme/entegrasyon söylemlerinden ziyade yetkinleştirme ve kendi bağımsız yaşam imkânlarının sunulması gibi talepleri öne çıkarmaktadır. ⁽²¹⁾ Temelde eşit yurttaşlık hedefiyle çabalar yürütülmelidir. Sadece toplumsal hayata değil; siyasi, ekonomik, kültürel tüm yaşam alanlarında engelli bireylerin katılımı amaçlanmalıdır. Yine aynı bakış açısıyla kamusal idare de insan hakları gereğince engellilere yönelik politikalarını düzenlemek durumundadır. Engelli bireyin yaşadığı problemlerin bir insan hakkı ihlâli sorunu olduğu kabul edilmelidir. Engellilere yönelik politikaların eşit yurttaşlık temelinde ve farklılıklara tahammül çerçevesinde geliştirilmesi gerekmektedir. Çünkü engellilere fırsat sunulması yeterli bir çözüm değildir, fırsatlara işlerlik kazandırılması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Ulusal ve uluslararası düzeyde engellilere yönelik ayrımcılığın önlenmesi ve eşitliğin sağlanmasına ilişkin önemli yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu tür sorunlarla mücadele, yasal düzenlemelere ek olarak, eğitim, ekonomik, sosyal ve kültürel alanda da olmak üzere çok yönlü yapılmalıdır.

Hakların yerine getirilmesine her bir birey aile ve toplum sorumlu olmakla birlikte başta devletler sorumludur.

Bu yasal düzenlemelere karşı ayrımcılık yaygındır. Temel bir hak olan eşitlik ilkesi bakımından, engelli bireyler önemli sorunlar yaşamakta, eğitim ve iş olanakları başta olmak üzere erişimde ayrımcılığa uğramaktadır. Eğitim, iş ve toplumsal yaşama katılımında toplum ortalamasının çok gerisindedir.

Bu ayrımcılığın temel nedeni bozukluğu ya da yeti kaybı olan bireylere karşı toplumsal değerler, yaklaşımlar ve bakış açısıdır. Bunun için her düzeydeki eğitim müfredatı içerisine engellilere doğru yaklaşım, eşitlik, ayrımcılık kavramı, insan hakları eğitimi eklenmelidir. Eğitim kurumlarında eşitlik ve ayrımcılığı toplumsal ahlak, hukuk, etik ve felsefi yönleri ile tartışmak yarar sağlayabilir.

Özellikle mevcut politikaların yöneticiler tarafından içselleştirilmesi, savunulması, güçlendirilmesi ve etkin bir biçimde uygulanması için çaba harcanabilir. Değerlendirme ve denetim mekanizmaları güçlendirilebilir ve sosyal, ekonomik çok yönlü programlar ve uygulama planları geliştirilebilir.

Bozukluğu ya da onun neden olduğu yeti kaybı olan bireylerin üretken, özgür, bağımsız ve engelsiz bir yaşam sürmesi hedeflenmelidir. Bunun için bir yandan toplumun geneline yönelik öte yandan da bozukluğu ya da yeti kaybı olan bireylere yönelik çabalar birbiri ile benzer amaçta ve aynı doğrultuda olmalıdır. İçselleştirilmiş önyargılara ve etiketlemelere yönelik çabalar verilmeli, ilköğretimden başlamak üzere müfredata eklenmelidir. Eğitim, ulaşım ve iş olanaklarına erişebilme derecesi önemlidir. Bunların önündeki engellerle çok yönlü mücadele programları ve eylem planları hayata geçirilebilir.

Bozukluk ve yeti kaybı önemli ölçüde önlenilebilir. Engellilik ise daha büyük oranlarda önlenilecek bir durumdur. Engelsiz bir yaşam için alınması gereken epey bir yolumuz olduğu açıktır. Bu yolu hızlı alabilmek için, bilimsel, açık, eşitlikçi,

katılımcı, barışçıl ve demokratik çok yönlü bir mücadelenin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization (WHO). Summary World Report On Disability 2011.
- 2) Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Özürlüler Çalışması 2002.
- 3) Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Konut Araştırması 2011.
- 4) Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2011.
- 5) Türkiye Cumhuriyeti Devleti Anayasası. Resmi Gazete, 09.11.1982, No: 17863. (Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>).
- 6) Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi. 10.12.1948.
- 7) Avrupa Konseyi. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. 04.11.1950.
- 8) T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması 2010. ISBN:978-975-19-5002-4.
- 9) Köksal A. Türkiye’de Engelli İstihdamı ve Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2010.
- 10) Engelliler Hakkında Kanun. Resmi Gazete, 07.07.2005, No: 25868. (Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>).
- 11) Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 13.12.2006.
- 12) Çömez T, Altan Sarıkaya N. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Engelli Bireyleri Damgalamaya İlişkin Düşünceleri ve Uygulamaları. JAREN 2017;3 (3):145–52.
- 13) Burcu E. Türkiye’de Özürlü Birey Olma, Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2007.
- 14) Çağlar S. Engellilerin erişebilirlik hakkı ve Türkiye’de erişebilirlikleri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2012;61 (2):541–98.
- 15) Arkan Ç. Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım. Ufuk Ötesi Bilim Dergisi 2002; 2 (1).
- 16) Şanlıurfa Kalkınma Derneği. Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Toplumsal Hayatta Yaşadıkları Zorluklar Araştırma Raporu 2014. ISBN: 978-605-125-909-3.
- 17) TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2019.
- 18) Altun T, Kasım Ş. Otizmle Yolculuk: Otizmliler Çocuklara Sahip Ailelerin Çocuklarının Eğitimine Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2019;19 (42):11-40.
- 19) Mamatoğlu P, Tasa H. Engelliye Yönelik Ayrımcılık ve İş Yeri Engelli. Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics 2018;3 (1):1-10.
- 20) Dalbay RS. Özürlü Yakınlarının Özürlülere Yönelik Sosyal Politikalara İlişkin Bilgi, Beklenti ve Memnuniyet Dereceleri (Isparta Örneği), Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- 21) Babaoğlu C. Türkiye’de Anakentlerde Engellilere Yönelik Hizmetler ve Sorun Alanları. TESAM Akademi Dergisi Yerel Yönetimler Özel Sayısı 2018; 79-110. ISSN: 2148 –2462.



Engelli Bireylerin > Beslenmesi

123

PROF. DR. ELÇİN BALCI • DR. ÖĞR. ÜYESİ MUHAMMET BAYRAKTAR

Beslenme

Yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi, sağlığın temini ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin varlığı ve devamlılığının sağlanması için gerekli öğeleri sağlayan besinlerin alınması ve vücut için kullanılmasına **beslenme** denir ⁽¹⁾. Sağlıklı ve kaliteli bir yaşamın devamı için bu besin öğelerinin yeterli ve çeşitli olarak dengeli olarak alınması da yeterli ve dengeli beslenmeyi ifade eder ^(2,3). Sağlıklı sürdürülmeye çalışılan her yaş döneminde dengesiz ve yetersiz olacak beslenme şekli bireyin yaşam kalitesini düşürür, sağlığını olumsuz etkiler ve sağlık harcamalarının artmasına neden olur. Tam tersine dengeli, yeterli, döneme ve özel sağlık durumlarına özgü beslenme şekli de koruyucu ve sağlığı geliştiricidir ^(4,5). Kişinin sağlık sorunu veya içinde bulunduğu durumda bizzat hastalık yüzünden veya hastalığın oluşturduğu sekonder şartlar nedeniyle beslenme sorunları da ortaya çıkabilir. Örneğin: engelli çocuklarda malnutrisyon ve obezite gibi beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülebilmektedir. Konuyla ilgili engelli ve zihinsel engelli çocuklarda yapılmış çalışmalarda günlük alınması gerekenden az veya çok alınan temel besin öğelerinin varlığı ortaya konmuştur ⁽⁶⁾. Bu durum sağlıklı gelişme ve büyüme için gerekli olan maddelerin karşılanamamasının yanında aşırı şişmanlık ya da zayıflık gibi farklı sorunları beraberinde getirebilir. Kişinin bağışıklığının zayıflaması gibi hallerde de ikincil sağlık sorunları yaşanabilmektedir. Ayrıca son yıllarda kişiler arasında farklı genetik özellikler zemininde nütrigenetik ve kişiye özel beslenme şe-

killerinin gösterilmesi de gündemdedir ^(7,8). Kişinin genotipik özelliklerine göre beslenme, diyet ilişkili hastalıkları engellemeyi ve yaşam kalitesini artırmayı amaçladığı ⁽⁹⁾ için nutrigenetik konusu belki de engelli bireylerde daha da önem kazanacaktır. Beslenmenin en temel ilkeleri bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ile enfeksiyona direncin artırılması, vücut yapısı ve durumuna göre beslenmenin düzenlenmesi, ihtiyaç büyüdükçe artan enerjinin karşılanması veya azalan ihtiyaçla enerji alımının kısıtlanması, büyüme gelişme ve sağlıklı yaşamın sağlanması için en uygun besin alımının sağlanmasıdır. Zihinsel ve engelli bireylerin beslenme sorunları da bu temel ilkeler unutulmadan “bireye özgü” değerlendirilmeli ve sorunların çözümünde özellikli yaklaşım sağlanmalıdır ⁽³⁾.

Engelli bireylerde engelin şekline bakılmaksızın besin alımında genel olarak sorun yaşanmasına neden olan durumlar; besini kendi başına yiyeme, ağza yiyecek götürmemeye, sürekli sıvı veya katı gıda alımına bağlı konstipasyon gibi gastrointestinal sorunlar, yemeği yutamama veya geri çıkarma, kusma, reflü, çiğneme ve yutma zorlukları, bozulmuş ağız hijyeni, diş kayıpları yüzünden çiğneme sorunları, yetersiz beslenmeye bağlı sağlık sorunları sayılabilir. Engelli çocuklara çağlarına uygun gerekli enerjiyi içeren, iyi kalite proteinlerin ve elzem yağ asitlerinin eklendiği dengeli bir diyet verilmesi, gerekirse günlük öğün sayısının artırılması, mineral ve vitamin desteğinin verilmesi önerilmektedir ⁽³⁾. Böylece sağlanan yeterli ve dengeli beslenme ile enfeksiyonlara karşı direnç artışı sağlanmakta, bağışıklık sistemi güçlendirilmekte ve beslenme kay-

naklı gelişme geriliklerinin önüne geçilebilmektedir⁽¹⁰⁾.

Engellilik

Engelli kişiler: “İşlevsellik, yeti yitimi ve sağlık açısından, beden duyuşsal, zihinsel, işlevsel ve ruşsal farklılıkları sebebiyle; toplumsal tutum ve tercihler sonucunda, hayatın birçok alanında kısıtlamalar yaşayan” kişilerdir. Yine Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre engellilik: “Beyin felci, Down Sendromu, depresyon gibi benzeri sağlık sorunları olan bireylerin olumsuz tavırlar, erişilemeyen kamu kurumları binaları, ulaşım ve sınırlı sosyal destek, kişisel ve çevresel faktörlerle etkileşimlerinde ortaya çıkan olumsuz durumlar” şeklinde ifade edilmektedir⁽¹¹⁾. Bu tanıma göre dünya genelinde, küresel nüfusun % 15.0’ine karşılık gelen bir milyardan fazla insan bir tür engellilik yaşamaktadır ve bunların % 2.0 ile %4.0’ü ağır engelli olarak nitelendirilen gruptadırlar. Bu sayının 2050 yılına kadar 2 katına çıkacağı tahmin edilmektedir⁽¹²⁾.

Ülkemizde 5378 Sayılı Özürlü Kanunu’na göre engelli kişi, “Doğum öncesi, doğum anı veya doğum sonrası, herhangi bir sebeple bedensel, zihinsel, ruşsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi ile toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve birçok alanda destek hizmetlerine ihtiyaç duyabilen bireydir”⁽¹³⁾. Tablo 123.1’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen “Türkiye Sağlık Araştırması” kapsamında sorgulanan engellilik göstergelerinin tüm yaş gruplarında toplam görülme oranının yıllara göre değişimi görülebilir⁽¹⁴⁾. Buna göre engellilikle ilgili göstergelerin yüzdeleri yıllar içerisinde değişiklik göstermekle birlikte; %2.2 ile %9.0 arasında değişen oranlarda toplumda bulunduğu söylenebilir. Yine sonucusu 2017 yılında ger-

çekleştirilen ama ülke geneli sonuç raporu bu bölümün yazım tarihi itibarıyla yayınlanmayan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları’nın (TBSA) 2010 yılı verilerine göre; Türkiye genelinde 0-5 yaş arası çocukların %1,0’inin, 6-11 yaş grubunun %3,2’sinin, 12 yaş ve üzerindeki bireylerin de %1,3’ünün zihinsel ve/veya bedensel engelli olduğu belirlenmiştir⁽¹⁵⁾.

Bununla birlikte DSÖ’nün yapılması gerekenlere yönelik olarak özel toplantılar düzenlediği; birçok düşük ve orta gelirli ülkede yaygınlığı halen tam olarak bilinmeyen, bazı kontrollü çalışmalarda görülme sıklığı oldukça yüksek olarak bildirilen, tüm küresel hastalık yükünün %0,3’ünü oluşturan ve 7,6 milyondan fazla engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılından sorumlu tutulan otizm spektrum bozuklukları 1/160 küresel prevalansı ile önemli bir engellilik türüdür⁽¹⁶⁾. Türkiye’de ise görülme sıklığına ilişkin kesin bir veri yoktur, 550.000 civarında otizmlili kişinin ve 0-14 yaş grubunda 150.000 kadar otizmlili çocuğun bulunduğu tahmin edilmiştir⁽¹⁷⁾.

Sağlıklı bir gebelik döneminin geçirilmesi ve gebenin yeterli dengeli beslenmesinin sağlanması ile doğacak bebeğin intrauterin dönemden doğuma kadar olan döneme ait sağlık durumu ilişkilidir. Ayrıca bu dönemde kullanılan ilaçlara, gıdalarda mevcut tarım ilaçlarına ve kimyasallara ve küflü besinlerin tüketilmemesine de dikkat edilmesi önemlidir. Gıdaların saklanma koşullarına dikkat edilmemesi, meyve sebzelerin iyice yıkanmadan yenmesi vb fetüse zarar verebilir. Engellilik ve buna bağlı beslenme gibi başlıklar yalnızca normal gebelik sürecindeki bu sonuçları açısından değil, ülkemiz gibi akraba evliliğinin yüksek olduğu (%17-27) yerlerde “önlenebilir” olması nedeniyle daha bir önem kazanmaktadır. Akraba evliliklerinin sebep olduğu metabolik ve nörolojik hastalığı olan engellilerde beslenme şekilleri de özel olmak zorundadır ve ailelere genetik danışmanlık verilerek bunların önüne geçilebilir⁽³⁾.

Tablo 123.1 Engellilikle ilgili göstergeler⁽¹⁴⁾

	Görme sorunu olanlar	İşitme sorunu olanlar	Yardımsız Yürüyemeyenler	Merdiven inip çıkamayanlar	Öğrenmede ve hatırlamada zorluk çekenler
2012	%5,5	%2,2	%4,5	%5,3	%3,4
2014	%6,9	%5,3	%7,3	%9,0	%6,7
2016	%6,9	%4,5	%6,5	%8,7	%6,7
2019	%5,8	%4,4	%5,5	%7,9	%5,4

Engellilerde Beslenmenin Önemi

Sağlıklı bir insan için kişilerin üretkenliği, yaşam kalitesi ve verimliliği açısından dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemlidir⁽⁴⁾. Yeti yitimi ve engeli olan kişilerde (özellikle çocuklarda) karşılanmayan besin desteği, malnutrisyon, obezite gibi durumlarda enfeksiyona direnç azalır. Bunun önüne geçmek için bireyin engeli göz önünde bulundurularak hazırlanacak "kişiye özgü besin planlaması" ile gerekiyorsa öğün sayısının artırılıp azaltılması veya mineral vitamin desteğinin sağlanması ile olumsuz durumların önüne geçilebilir⁽¹⁰⁾.

Anne sütü, miadında doğan her yeni doğan bebeğin ilk 6 aylık döneminde tek başına normal gelişme ve büyümesine yetecek besin öğelerini sağlayan en doğal ve en uygun besindir. Anne sütü özellikli içeriği nedeniyle, doğan her bebek için son derece önemlidir. İlk 6 ay içerisinde ek gıda olmaksızın tek başına yalnızca anne sütünün verilmesi yetişkinlik dönemindeki kronik hastalıkların pek çoğu için koruyucudur. Engelli bireyler; engellerinin niteliğine göre (emme bozukluğu, anatomik bozukluklar, metabolik sorunlar, özel bakım gerektiren durumlar vb) anne sütünden büyük oranda mahrum kalmaları nedeniyle de sütün ömür boyu koruyucu etkisinden yararlanamamaktadır⁽⁴⁾.

Malnutrisyon; besin öğesinin vücudun dengesini bozacak şekilde uzun süre dengesiz veya yetersiz alımı sonucu ortaya çıkar. Çocuğun eksik aldığı besin öğesine göre tipleri farklı olup tedavisi eksik alınan öğeye göre düzenlenir. Malnutrisyon sadece klasik bir klinik tablo oluşturmayıp zekâ eksikliklerine, büyüme gelişme geriliğine, engelliliklere ve hatta sonucu ölüm olabilecek hastalıklara da yol açabilmektedir. Aynı şekilde obezite de uygun beslenme şekli ve fizik aktivite ile önlenemeyen ve engellenemezse ölümcül komplikasyonları (tromboz, emboli, infarktlar vb) olabilen bir hastalık durumudur⁽³⁾. Toplumun geneline göre engelli bireylerin fiziksel aktivitede bulunma düzeyleri daha düşük olduğu için sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olmalarının önemi yüksektir. Örneğin tüm çocukların %5-6'sında görüldüğü bildirilen gelişimsel koordinasyon bozukluğuna sahip çocuklar daha az fiziksel aktifken; aynı şekilde serebral palsi hastalarının, inflamatuvar eklem hastaları gibi eklem rahatsızlıkları olanlar elverişsiz durumlarından dolayı toplumun geneline nazaran daha kısıtlı fiziksel ak-

tivitelerde bulunabilmektedirler⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Sağlık ve bakım hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda engelli bireyler için hayat beklentileri de arttığından; bu özel popülasyondakilerin sağ kalımlarına etki eden faktörlerin anlaşılması için çaba gösterilmekte, çeşitli biyokimyasal parametrelerin analizi yapılmakta, fiziksel aktivitede bulunmaları gibi beslenme davranışları da incelenmektedir^(21,22). Bazı grup engellilerde beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi, neredeyse imkansız olan fiziksel aktivite düzeylerini arttırmaya göre sağlık durumlarına daha fazla katkı sağlayacaktır. Bu noktada onlara, ailelerine ve bakıcılarına gerekli rehberliği sağlamak ve sağlıklı beslenme alışkanlığı geliştirmelerine katkı sağlamak ayrı bir önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalar; engelli bireylerin beslenme ile ilgili doğru bilgi ve pratik beceriler edinmeye istekli olduklarını ve durumlarına uygun şekilde diyet kalitelerini arttırmak için, kalifiye personelden beslenme danışmanlığına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.⁽²⁰⁾

Klinik beslenme veya tıbbi beslenme tedavisi; "hastanede yatan veya evde tedavi gören hastaların doğrudan prognozunu etkileyen yaşam kalitesi üzerine fazlası ile etkili olan destek tedavisi"dir. Kas kaybı aşırı olup güçsüz düşen hastalara, sık enfeksiyon geçirip düşkünleşen kişilere, besin alımının zor ve imkansız hale geldiği klinik aşamalarda, fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınan engellilerde, uzun süreli hastanede yatış gerektiren durumların varlığında beslenme tıbbi olarak da desteklenmelidir.⁽³⁾

Engelli çocukların beslenme durumlarıyla ilgili araştırmaların sayısı az olmakla birlikte zihinsel hastalıkları olanlarda yaşanan sorunların genellikle beslenme merkezli olduğu görülmektedir.⁽²³⁾ Bu çocuklarda beslenme ile ilgili sorunların, öğün atlama, çoğunlukla şekerli gıdalar ve asitli içecekler olmak üzere bazı gıdalara aşırı yönelim olduğu görülmektedir^(24,25). Zihinsel engellilerde sağlıklı gıdalara ve şekere aşırı yönelim sık karşılaşılan bir durumdur⁽²⁴⁾.

Engelli hastalarda diğer çok rastlanılan beslenme sorunları; çiğneme ve yutma güçlüğü ve reflüdür. Bu hastalara oral beslenme, gastrotomi tüpleriyle beslenme ve besini red hali gelişmesi durumunda enteral beslenme ürünleri önerilebilir. Bu hastalarda enerji, protein, vitamin, mineral ve iz element açısından zengin ürünler tercih edilir. Merkezi sinir sistemini destekleyen karnitin, taurin, kolin, inositol ve biotin gibi besin öğelerini

içermesi fayda sağlayabilir. Ayrıca bu hastalarda karbonhidrat ve protein modülleri de kullanılabilir. Maltodekstrin içeren karbonhidrat modülleri polisakkaritlere göre kolay çözünür, sindirilirler. Bu modüller; dengesiz beslenme hallerinde, besin tüketimin yetersiz kaldığı durumlarda, sık geçirilen enfeksiyon hastalıklarında, bağışıklığın zayıfladığı durumlarda, kas gücünün azaldığı engel hallerinde vb kullanılır.⁽³⁾

Beslenme tek başına direk etkileri nedeniyle olduğu kadar hastalıkların tedavisine katkı sağladığı düşünülen özel etkileri nedeniyle de engelli kişilerde önemlidir. Örneğin yapılan çalışma sonuçlarına göre otizmlilerde kronik ishal veya kabızlık, gastrointestinal inflamasyon ve sınırlı besin tercihi nedeniyle yeterli beslenemeyecekleri düşüncesinden yola çıkılarak yetersizliği belirlenen besin öğesinin suplement şeklinde alımı önerilmektedir.⁽²⁶⁾ Otizmlilerde bireylerin çoğunda görülen aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve konsantrasyon güçlüğü için plazma bakır ve çinko düzeylerindeki farklılıkların nedenlerden biri olabileceği öngörülmüştür⁽²⁷⁾. Yine otizmlilerde çocuklarda omega-3 seviyesini gösteren güçlü kanıtlar olmamakla birlikte, bu çocuklarda n-6/n-3 oranının artmış olduğu görülmüştür⁽²⁸⁾. Otizmde kısmi olarak vücutta omega-3 yağ asitlerinin eksikliği sonucu oluşabileceği kabul edilen semptomların, suplement olarak omega-3 alınmasıyla azalacağı ve klinik tablonun iyileştirilmesine katkıda bulunacağını tahmin eden görüşler vardır^(29,30). Yine otizmlilerde, mineral ve vitamin seviyelerinin olması gerekenden düşük olduğunu gösteren ve eksiklerin takviyesi ile sorunların azalacağını iddia eden çalışmalar vardır⁽³¹⁻³³⁾. Yapılan bir çalışmada 14 yaşında otizmlilerde bir erkek çocuğuna verilen B12 vitamini ile çocukta daha iyi göz teması, tekrarlayan davranışlarda azalma, dokunma ve yürümede iyileşmeler gözlemlendiği belirtilmiştir⁽³⁴⁾. Otizmlilerde her üç çocuktan birinde beslenme anormallikleri, gastroözofajiyal reflü, karın ağrısı, konstipasyon, diyare gibi çeşitli gastrointestinal sorunlar olduğu bilinmektedir⁽³⁵⁾. Başka bir çalışmada yaşları 3-8 arasında olan 20 otizmlilerde çocuğa 3 ay boyunca verilen B6 ve C vitamini desteğinin çocukların uyku problemlerinde, gastrointestinal sorunlarında iyileştirme sağladığı rapor edilmiştir⁽²⁶⁾.

Yine otizmlilerde çocuklarda probiyotik kullanımının gut mikrobiyotasını iyileştiren, inflamasyonu azaltan, epitelyal bariyer fonksiyonunu düzelten

ve davranışsal semptomları iyileştiren terapötik bir yol olduğunu iddia eden çalışmalar da mevcuttur⁽³⁶⁾.

Sonuç ve Öneriler

Çeşitli nedenlerle engellilik ve yeti yitimi yaşayan kişilerde “kişiyeye özel” bir yaklaşımla; günlük öğün sayısı düzenlenmeli, gerekiyorsa gece bile beslenme desteği verilmeli, yaşa ve belirlenen ihtiyaca uygun iyi kalite protein içeren besinler ile vitamin ve mineral desteği sağlanmalı, besin alımının zorluğu halinde gastrostomi tüpleri veya nazogastrik tüpler uygulanabilmelidir. Bu hastalara yeterli enerji veren, vücutta yapılmayan elzem yağ asitleri ve bazı vitaminler de eklenerek, vücutlarından çeşitli nedenlerle meydana gelen kayıplarını karşılamaya yetecek miktarda su ve organik maddeler içeren ve vücut proteinlerinin korunmasını sağlayacak miktarda aminoasit sağlayan dengeli bir diyet verilmesi sağlanmalıdır. Bu besinlerin içeriği kadar; gıdanın kişilere verilmesini zorlaştıran bedensel ve zihinsel engelleri kontrol edebilmeyi, aşabilmeyi ve aspirasyon, solunum durması vb riskleri en aza indirecek uygulamaları yapabilecek ehil kişilerin varlığı da çok önemlidir. Engelli kişinin beslenmesi ve bakımını sağlayan acil durumlarda hayat kurtarıcı müdahaleleri yapabilecek yetkinlikte kişiler; uygun olmayan beslenme şekillerinden kaynaklanabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından da önemlidir. Ayrıca bu alanda yapılacak ülkemizdeki durumu gösterecek bilimsel saha araştırmalarına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) Pekcan A, Şanlıer N, Baş M, eds. *Türkiye Beslenme Rehberi 2015*. Vol 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.
- 2) Seçken N, Morgil Fİ. Ortaöğretim kurumlarındaki öğrencilerin beslenme sorunları ve ders kitaplarında beslenme konusunun incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2000;18 (18):123-127.
- 3) Köksal G. *Engellilerde Beslenme*; 2008.
- 4) T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Published online 2004.
- 5) Özbaş S, Uskun E, Küçükşoku B, Hocaoglu Ü, Akalın S, Özbaş H. Eğitilebilir Zihinsel Engelli Çocukların Besin Tüketim Kayıtlarına Göre Beslenme Durumları. *Akad Gıda*. 2018;16 (2):192-196. doi:10.24323/akademik-gida.449854
- 6) Aktaş N, Şanlıer N. Özel Gereksinimli Bebek ve Çocuklarda Beslenme. In: Yıldırım S, Öz AŞ, eds. *Tüm Yönleriyle Özel Bebekler & Çocukların Gelişimi ve Etkinlik Örnekleri*. Eğiten Kitap Yayınları; 2013:167-175.

- 7) Ghosh D. Personalised food: How personal is it? *Genes Nutr.* 2010;5 (1):51-53. doi:10.1007/s12263-009-0139-0
- 8) Van Ommen B, Stierum R. Nutrigenomics: Exploiting systems biology in the nutrition and health arena. *Curr Opin Biotechnol.* 2002;13 (5):517-521. doi:10.1016/S0958-1669 (02)00349-X
- 9) Gulluoglu S, Yesim Ekinci F. Diyetle İlişkili Hastalıkların Önlenmesi ve Hayat Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Genotipleme-yeye Dayalı Kişiyeye Özel Beslenme. 2011; (December 2014).
- 10) Baysal A. *Beslenme*. Hatiboğlu Yayınları; 1999.
- 11) WHO. *World Report on Disability 2011*. World Health Organization; 2011.
- 12) WHO. Disability. Published 2020. Accessed July 8, 2020. <https://www.who.int/health-topics/disability>
- 13) Kanun-5378. *Engelliler Hakkında Kanun.*; 2014:1. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>
- 14) TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması. Published 2020. Accessed July 8, 2020. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
- 15) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010*. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.
- 16) WHO. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: From raising awareness to building capacity. *World Heal Organ Geneva, Switz.* 2013;1 (September):1-36.
- 17) Otizm Dernekleri Federasyonu. Published 2013. Accessed July 9, 2020. <http://www.odfed.org/otizm/>
- 18) Kwan MYW, Cairney J, Hay JA, Faught BE. Understanding physical activity and motivations for children with Developmental Coordination Disorder: An investigation using the Theory of Planned Behavior. *Res Dev Disabil.* 2013;34 (11):3691-3698. doi:10.1016/j.ridd.2013.08.020
- 19) Calis EAC, Veugelers R, Rieken R, Tibboel D, Evenhuis HM, Penning C. Energy intake does not correlate with nutritional state in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Clin Nutr.* 2010;29 (5):617-621. doi:10.1016/j.clnu.2010.02.006
- 20) Bennett R, Demmers TA, Plourde H, et al. Identifying Barriers of Arthritis-Related Disability on Food Behaviors to Guide Nutrition Interventions. *J Nutr Educ Behav.* 2019;51 (9):1058-1066. doi:10.1016/j.jneb.2019.06.030
- 21) Ohwada H, Nakayama T, Tomono Y, Yamanaka K. Predictors, including blood, urine, anthropometry, and nutritional indices, of all-cause mortality among institutionalized individuals with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2013;34 (1):650-655. doi:10.1016/j.ridd.2012.10.006
- 22) Nosek MA, Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Howland CA. Physical activity and nutritional behaviors of women with physical disabilities: Physical, psychological, social, and environmental influences. *Women's Heal Issues.* 2006;16 (6):323-333. doi:10.1016/j.whi.2006.08.002
- 23) Nogay NH. Nutritional status in mentally disabled children and adolescents: A study from Western Turkey. *Pakistan J Med Sci.* 2013;29 (2):614-619. doi:10.12669/pjms.292.3194
- 24) Marshall D, McConkey R, Moore G. Obesity in people with intellectual disabilities: The impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *J Adv Nurs.* 2003;41 (2):147-153. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02522.x
- 25) Girli A, Özgönenel S, Sarı H AE. Otizmi Olan Çocukların Beslenme Durumunun Değerlendirilme. *Çocuk ve Medeni.* 2016;1:87-99.
- 26) Adams JB, Holloway C. Pilot study of a moderate dose multi-vitamin/mineral supplement for children with autistic spectrum disorder. *J Altern Complement Med.* 2004;10 (6):1033-1039. doi:10.1089/acm.2004.10.1033
- 27) Yorbık Ö, Olgun A, Kırmızıgül P, Akman Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuklarda Plazma Çinko ve Bakır Düzeyleri. Published online 2004.
- 28) Vancassel S, Durand G, Barthélémy C, et al. Plasma fatty acid levels in autistic children. *Prostaglandins Leukot Essent Fat Acids.* 2001;65 (1):1-7. doi:10.1054/plef.2001.0281
- 29) Özeren GS. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2013;4 (2):57-63.
- 30) Meguid NA, Atta HM, Gouda AS, Khalil RO. Role of polyunsaturated fatty acids in the management of Egyptian children with autism. *Clin Biochem.* 2008;41 (13):1044-1048. doi:10.1016/j.clinbiochem.2008.05.013
- 31) Bener A, Khattab A, Al-Dabbagh M. Is high prevalence of Vitamin D deficiency evidence for autism disorder?: In a highly endogamous population. *J Pediatr Neurosci.* 2014;9 (3):227-233. doi:10.4103/1817-1745.147574
- 32) Stewart PA, Hyman SL, Schmidt BL, et al. Dietary Supplementation in Children with Autism Spectrum Disorders: Common, Insufficient, and Excessive. *J Acad Nutr Diet.* 2015;115 (8):1237-1248. doi:10.1016/j.jand.2015.03.026
- 33) Xia W, Zhou Y, Sun C, Wang J, Wu L. A preliminary study on nutritional status and intake in Chinese children with autism. *Eur J Pediatr.* 2010;169 (10):1201-1206. doi:10.1007/s00431-010-1203-x
- 34) Malhotra S, Subodh BN, Parakh P, Lahariya S. Brief Report: Childhood disintegrative disorder as a likely manifestation of vitamin B12 deficiency. *J Autism Dev Disord.* 2013;43 (9):2207-2210. doi:10.1007/s10803-013-1762-6
- 35) Horvath K, Perman JA. Autism and gastrointestinal symptoms. *Curr Gastroenterol Rep.* 2002;4 (3):251-258. doi:10.1007/s11894-002-0071-6
- 36) Critchfield JW, Van Hemert S, Ash M, Mulder L, Ashwood P. The potential role of probiotics in the management of childhood autism spectrum disorders. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011. doi:10.1155/2011/161358



› Engeli Olan Çocuklar

124

DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN ARAS

İnsanların engellilik durumları, organ kaybı ya da yetersizliğine göre birbirinden farklıdır. Engellilik, bedensel ve/veya zihinsel olabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engellilik tanımını, bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi olarak tanımlamaktadır. ⁽¹⁾

Dünyadaki engelli birey sayısını tam olarak yansıtan veriler gerçek rakamın daha altını göstermektedir. Birçok toplumda bu net sayı istatistiklere tam olarak yansımamıştır, kaynakların göstermediği/gizli tutulan/göz ardı edilmiş birçok engelli insan bu şekilde yaşamaktadır. ⁽²⁾

DSÖ'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %15'i engelli bireylerden oluşmaktadır, bu da yaklaşık 1 milyar engelli insan anlamına gelmektedir. Dünyada 15 yaş altı çocukların ise %5'i yani yaklaşık 93 milyon çocuk da orta veya ağır bir engeli sahiptir. ⁽³⁾

Engelli nüfus içinde çocuklar önemli bir orana sahiptir. Türkstat araştırmasına göre 2002 yılı itibarıyla 0-9 yaş grubundaki çocukların yüzde 1,54'ü ve 10-19 yaş grubundakilerin yüzde 1,96'sı bir şekilde engellidir. Erkek çocuklar söz konusu olduğunda bu oran yüzde 1,70 ve yüzde 2,26 ile daha yüksek şeklindedir. Bu araştırmaya göre 0-9 yaş grubundan çocukların yüzde 2,60'ı ve 10-19 yaş grubundan çocukların yüzde 2,67'si kronik hastadır. ⁽⁴⁾

Bireyin engelli olması sağlıklı bir yaşam sürdürmesine engel değildir. Dünyada engelli bireyler sağlık eşitsizlikleri yaşayan bir nüfus olarak kabul edilmektedir. ⁽⁵⁾ Engelli bireyler, koruyucu sağlık

hizmetlerini daha az kullanmaktadır ve sağlık bakım ihtiyaçlarının tam karşılanmadığını ve sağlık hizmeti almada çeşitli engellerin olduğunu göstermektedir. ⁽⁶⁾

“Özürlülerin Sorun ve Beklentileri” isimli TÜİK'nun araştırması 2010 yılında, Ulusal Özürlüler Veri Tabanı'nda (ÖZVERİ) kayıtlı bireyler çalışmasıdır. Araştırmaya göre, sağlık raporu almış ve veri tabanına kayıtlı bireylerin % 4,9'u 0-6 yaşlarında, %16,2'si 7-14 yaşlarında ve %17,2'si 15-24 yaşlarında. ⁽⁷⁾

Otizm Spektrum Bozukluğu Özelinde Rapor Özetinde verilen bilgilere göre ise Sağlık Bakanlığının istatistiki verilerine göre 19 yaş altında yaklaşık 14.834 Down Sendromlu, 32306 Otizimli, 76.555 Dikkat Eksikliği olan, 696.798 Hiperaktiviteli, 110877 Serebral Palsi ve 48099 zihinsel engelli çocuk bulunmaktadır. 2019 MEB istatistiklerine göre de ülkemizde tam zamanlı kaynaştırma/bütünleştirme yoluyla eğitime devam eden özel eğitim öğrencisi sayısı 284.224, destek eğitim odası sayısı 12.807'dir. Aynı verilere göre özel eğitim sınıflarında 65.399, 1.706 özel eğitim kurumunda 93.398 öğrenciye eğitim verilmektedir. ⁽⁸⁾

Durduran'ın engelli çocuklarda yaptığı çalışmada, çocukların engelliliklerinin ortaya çıkış zamanları üçte iki doğumsal, üçte bir sonradandır. ⁽⁹⁾ Fransa'da; 7 yaş altındaki engelli çocukların % 26,4'ünün nöromusküler hastalığı olduğu, % 21,1'inin ciddi psikiyatrik bozukluk, % 19,8'inin zihinsel bozukluk, % 9,0'unun işitme bozukluğu, % 4,0'ının de görme bozukluğu olduğu ve % 19,7'sinin diğer hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. ⁽¹⁰⁾

Ege Üniversitesi Hastanesi Engelli Sağlık Kurulu'nca 2013 yılına ait düzenlenen 18 yaş altındaki olgulara ait raporların incelendiği çalışmada olguların büyük çoğunluğunun 0-4 yaş (%36,0) grubundaki ve 5-9 yaş (%34,4) grubundaki çocukların oluşturduğu, yaş arttıkça olgu sayılarının azaldığı saptanmış. Ailelerin erken dönemde çocukları için rapor almalarının çocuk sağlığına karşı duyarlılığın artması ve engelli haklarına ve imkânların artması ile etkili olabileceği düşünülmüştür.⁽¹¹⁾

Çocuklar, fiziksel engeli nedeniyle sağlık sıkıntısı yaşarlar ise beraberinde duygusal ve sosyal problemler de yaşamaktadırlar. Engelli çocukların kendi bakımlarını tek başına karşılayamadıklarından dolayı ebeveynlerine özellikle de annelerine olan bağımlılıkları artar, anneden ayrılmada güçlük yaşamalarına, düşük benlik saygısına sahip olurlar.⁽¹²⁾

Çocukların yaşından beklenen birçok aktiviteyi yapamamaları, yapabilmeye duyulan özlem psikolojik olarak duygusal durumlarını bozarak hırçın, içine kapanık bir ruh hali ve fiziksel engel dışarıdan görünebilir hale geldiğinde ise çocukta utanç, insanlardan çekinme, sağlıklı yaşatlarına karşı öfke ve düşmanlık hissetme gibi duygular ortaya çıkarılmaktadır.⁽¹³⁾

Engelli Çocukların Haklarına İlişkin Yasal Düzenlemeler

Engelli çocukların hakları, Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme'nin atıfta bulunduğu Çocuk Haklarına dair Sözleşme'nin 23. Maddesi'nde değinilmektedir. Çocuk Haklarına dair Sözleşme'ye göre taraf devletler, engelli çocukların saygınlıklarını güvence altına almalı ve özgüvenlerini geliştirerek toplumsal yaşama etkin biçimde katılımlarını kolaylaştırmalıdır. Bu sözleşme, taraf devletlere gelişmekte olan ülkelerin konuyla ilgili ihtiyaçları göz önünde bulundurularak uluslararası iş birliğine gidilmesi sorumluluğunu bulundurmaktadır.⁽¹⁴⁾

Lise ve dengi öğrenim görülmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 67. Maddesinin 4. fıkrasına göre:20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler.⁽¹⁵⁾ Down sendromu, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) gibi

engellilik durumlarına sahip çocukların hizmet alımında karşılaştığı güçlüklerin ortadan kaldırılması amacıyla da 2019 yılında çocukların engel durumlarının değerlendirilmesi ve derecelendirilmesine ilişkin bazı belirlemeler yaparak çocuklarda engel oranı belirlemek yerine “**Özel Gereksinimi Vardır**” ifadesine yer verilmeye başlandığı rapor da Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) olarak isimlendirilmiştir ve yürürlüğe girmiştir.⁽¹⁶⁾

Engellilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sorunları

Her normal insan bir engelli adaydır. Özellikle engellilerin sağlık sorunları, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında kolaylaştırıcı olunması ve düzenli sağlık hizmeti almalarının sağlanması gerekmektedir. Engelli çocuğu olan ailelerin, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında kolaylık getirilmelidir, ileride engelli çocukların ve ailelerinin geleceğe daha güvenli, sağlıklı hazırlanmalarını sağlayacaktır.

Çocuk Haklarına dair Sözleşme (ÇHS) ve Engelli Hakları Sözleşmesi'ne (EHS) göre, tüm çocuklar mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkına sahiptirler. Engelli çocukların da bütün çocuklar gibi bebeklik dönemindeki aşılardan çocukluk döneminde ortaya çıkabilecek hastalıklara karşı iyi beslenmeye ve tedaviye, ergenlik döneminde ve yetişkinliğin ilk yıllarında ise uygun cinsel ve üreme sağlığı bilgileri gibi birçok alanda her tür bakım ve hizmetten yararlanma hakları vardır. Su, sanitasyon ve hijyen gibi temel hizmetler de bu hizmetler için önemlidir.⁽¹⁶⁾

Engelli Çocuklarda Bağışıklama

Bağışıklama çabalarında engelli çocukların da kapsanması yalnızca etik değil aynı zamanda halk sağlığı ve eşitlik açısından bir zorunluluktur. Aşılamalarda evrensel kapsam, ancak engelli çocukların da kapsanmasıyla gerçekleşebilir. Çocukluk çağı hastalıklarını azaltmak için, 5 yaşın altındaki çocuklar için morbidite ve mortalite yükünü azaltma potansiyeli ile tüm halk sağlığı müdahalelerinin en başarılı ve maliyet etkinlerinden biri olan aşılama ulusal ve uluslararası sağlık girişimlerinin temel

taşı olmuştur. Engelli çocukların da bu hizmetten faydalanmaları gerekmektedir. Ne yazık ki, birçok engelli çocuk, aynı çocukluk hastalıkları riski altında olmalarına rağmen, artan aşılama kapsamından hala yararlanmamaktadır.⁽¹⁷⁾

Engellilerin sağlık hizmeti almasında sağlık kuruluşlarının yeterli uygunlukta olmadığı, sağlık kuruluşlarına ulaşım güçlüğü, sağlık hizmetlerinde bakım ve rehabilitasyon ünitelerinin yetersiz olduğu, tedavinin devamlılığının sürdürülememesi, engellilikleri dışındaki sağlık sorunları için hizmetten faydalanmada geç kalınması gibi sorunların olduğu bilinmektedir.⁽¹⁸⁾

Engelli Çocuklarda Beslenme

Yaşamın herhangi bir zamanında yetersiz ve dengersiz beslenme nedeni ile karşılaşılabilecek sağlık sorunları ilerleyen yaşlarda engellilerde de sağlık durumunu, bireylerin üretkenliğini, yaşam kalitesini olduğu kadar sağlık harcamalarını etkilemektedir. Bu nedenle her yaş döneminde yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir.⁽¹⁹⁾ Engelli çocuklarda malnütrisyon ve obezite gibi çeşitli beslenme sorunları görülebilmektedir. Zihinsel engelli çocuklara yaşlarına uygun yeterli enerji içeren, iyi kalite proteinlerin ve vücutta yapılmayan elzem yağ asitlerinin eklendiği dengeli bir diyet verilmesi, gerekirse günlük öğün sayısının artırılması, vitamin ve mineral desteğinin verilmesi önerilmektedir. Dengeli beslenme ile enfeksiyonlara karşı direnç artırmakta, bağışıklık sistemi güçlendirilmekte ve malnütrisyon gelişiminin önüne geçilebilmektedir.⁽²⁰⁾

Engelli çocuklarda günlük öğün sayısı artırılarak, gece beslenme desteği verilmeli, iyi kalite protein içeren besinler ile vitamin ve mineral desteği beslenmelerinde bulunmalıdır. Bazı engelli bireylerde besin alımının zorluğu nedeniyle gastrostomi tüpleri veya nazogastrik tüpler uygulanmalıdır. Yeterli enerji içeren, vücutta yapılmayan maddeler (elzem yağ asitleri ve bazı vitaminler) eklenerek, kayıpları karşılamaya yetecek miktarda su ve vücut proteinlerinin korunmasını sağlayacak miktarda aminoasit sağlayan dengeli bir diyet verilmelidir.⁽²⁰⁾

Engelli Çocuğun Eğitimi

Engelli çocukların kapsayıcı bir ortamda kaliteli eğitim almasını sağlamak tüm ülkeler için bir öncelik olmalıdır. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları

Sözleşmesi (EHS) engelli çocukların hem genel eğitim sistemlerine dahil olmalarını hem de istedikleri bireysel desteği alma haklarını sağlamak zorunluğunu belirtir. Engelli çocukların genel eğitim fırsatlarının dışında tutulmamasını sağlamak için engelleri kaldırmak, makul barınma ve destek hizmetleri sağlamak için sistemik değişiklikler gerekmektedir.⁽²¹⁾

Türkiye’de eğitim hakkı Anayasa’nın 42. maddesinde yer alan “Hiçbir birey eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz” hükmü ile güvence altına alınmıştır. Yapılan planlamaya göre özel eğitim gerektiren çocuklar ya eğitimlerini normal gelişim gösteren çocukların devam ettiği resmi veya özel okullara (kaynaştırma sınıfı) ya da özel eğitim sınıflarında almaktadır. Alınması gereken eğitime ihtiyacı olan engellilere yönelik eğitimden Milli Eğitim Bakanlığı sorumludur.⁽²²⁾

Ülkemizde Milli eğitim bakanlığının 2018/19 öğretim yılı içerisinde Özel eğitim kurumlarında eğitim gören öğrenci sayısı istatistiklere göre 398.815 kişi şeklindedir.⁽²³⁾

Engelli sağlık kurulu raporu almak için yetkili hastanelere başvurmamış ve hizmet almak için devletle temasa geçmemiş engelli öğrencilerle ilgili ise hiçbir bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle tam engelli çocuk sayısı net değildir.

Özel eğitim hizmetlerinden yararlanabilmenin sağlanması için çocuğa tanı konulduktan sonra yetkili bir sağlık kuruluşundan “Engelli Sağlık Kurulu Raporu” alması ve eğitimin nasıl alınacağı konusunda planlama yapılabilmesi için her şehirde bulunan Rehberlik Araştırma Merkezi’ne (RAM) başvurması gerekmektedir.

Yetkili hastanelerce verilmiş olan Engelli Sağlık Kurulu Raporları, “Özürlülük Ölçütü Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik’e göre hazırlanmış olmalıdır. Engelli Sağlık Kurulu Raporunda engel oranı %20 ve üzeri olan engel türleri için, bireylere Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu uygun görmesi durumunda destek eğitim önerilir.⁽²¹⁾

Engelli öğrenciler için eğitim olanaklarının geliştirilmesi gerekmektedir. Okul binalarına fiziksel erişim, engelli çocukları eğitmek için temel bir önkoşuldur. Fiziksel engelleri olanlar, örneğin yollar ve köprüler tekerlekli sandalye kullanımına uygun değilse ve mesafeler çok büyükse, okula giderken zorluklarla karşılaşması muhtemeldir. Okula ulaşmak mümkün olsa bile, merdiven, dar kapı, uygun-

suz oturma veya erişilemeyen tuvalet tesislerinde sorunlar olabilir.⁽²⁴⁾

Engelli çocuklar genellikle özel eğitim ve diğer destek hizmetlerine uygunluklarını belirlemek için sağlık durumlarına göre kategorilere ayrılırlar. Örneğin, disleksi, körlük veya sağırılık tanısı teknolojik ve iletişim desteğine ve özel öğretime erişimi kolaylaştırabilir. Ancak eğitim sistemlerindeki çocuklara etiket atamanın damgalama, akran reddi, düşük benlik saygısı, düşük beklentiler ve sınırlı fırsatlar gibi olumsuz etkileri olabilir.⁽²⁴⁾

Eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması ve engelli öğrencilerin okumaya teşvik edilmesi amacıyla özel eğitime gereksinim duyan çocukların okullara erişimi ücretsiz sağlanmaktadır. Görme engelliler, İşitme engelliler, Ortopedik engelliler okullarında, Zihinsel engelliler okullarında eğitimlerini almaktadır ve öğrenciler devlet tarafından okullarına ücretsiz taşınmaktadır.⁽²⁵⁾

Bir diğer önemli sorun özel eğitim kurumlarında görevli öğretmenlerin nitelik ve niceliğinin yeterli olmamasıdır. Sart ve arkadaşlarının Engelli olan çocukların eğitime erişimi ile ilgili durum analizini sundukları rapora göre özellikle zihinsel engelli grubu için öğretmen açığının yüksek olduğu belirtilmiştir.⁽²⁶⁾ (Tablo 124.1)

Ülkemizde özel eğitim alanında eğitim fakültelerinin kontenjan sayıları yetersiz kalmaktadır. Özel eğitim öğretmenlerinin eğitimine önem verilmeli ve yeterli özel eğitim öğretmeni yetiştirilmelidir. Bu alanda ki öğretmenlerin önemli bir bölümü, lisans eğitimlerini bu alanda tamamlamamış olduğu görülmektedir.

Eurostat 2014 yılı araştırmasına göre; eğitimlerini tamamlayabilme konusunda engelli olan öğrenciler, daha dezavantajlı durumdadır.2011 yılında Türkiye'deki 18-24 yaş arasındaki engelli olan

gençlerin % 62'si liseyi tamamlamadan eğitim sisteminden ayrılmıştır.⁽²⁷⁾

Engeli olan çocukların eğitim gereksinimlerini karşılamaya yönelik hedeflerde engelliğin tanılama sürecinin doğrulanması, fiziksel erişilebilirliğinin sağlanması, kaynaştırma eğitimine öncelik verilmesi, öğretmenler için eğitimleri düzenlenmesi ve toplumda farkındalığın artırılması gibi çok önemli alanlar bulunmaktadır.

Engeli olan çocuklar için genellikle özel eğitim sınıfları veya özel eğitim okulları için sırada beklemek ve yeterli sayıda okul veya sınıf ihtiyaç için olmadığı için çocukların yer açılıncaya kadar kayıt olamaması bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Engelli Çocuklarda Damgalanma

Bazı ülkelerde engellilikle ilişkili yüksek düzeyde damgalanma nedeniyle, ebeveynler ve diğer aile üyeleri çocuklarının bir engelinin olduğunu bildirmekte isteksiz olabilirler. Genellikle bu çocukların doğumları bile kaydedilmemekte ve sağlık, sosyal hizmetler veya okullar tarafından bilinmemektedirler. Okuryazarlık oranlarının düşük olduğu ve çocukların sıklıkla resmi bir eğitim almadığı ülkelerde, bazı öğrenme güçlükleri (disleksi gibi) asla tanımlanamayabilir. Teşhisin daha ileri olduğu ve hayatta kalma olasılığının daha fazla olduğu veya engelli kişileri desteklemek için devlet yardımlarının bulunduğu ülkelerde, bir çocuğun engelliliğini kaydettirmek için daha büyük bir teşvik vardır. Engelli çocukların karşılaştıkları güçsüzlük, sosyal izolasyon ve damgalama, onları kendi evlerinde, bakım merkezlerinde, kurumlarda veya sokakta şiddet ve sömürüye karşı oldukça savunmasız hale getirmektedir.⁽²⁴⁾

Tablo 124.1 2011 İtibariyle Özel Eğitim Öğretmeni Açığı, Toplam Öğretmen Sayısı, Alanından Mezun Öğretmenlerin Mevcut Öğretmenlere Oranı (26)

Branş	2011 Normu	Branşta toplam mevcut öğretmen	Branşta, alanından mezun öğretmen sayısı	Branşta, alanından mezun öğretmen oranı	Öğretmen ihtiyacı	Öğretmen açığı
Görme engelliler	465	354	99	% 28	111	% 23,9
İşitme engelliler	763	706	190	% 26,9	57	% 7,5
Rehberlik & psikolojik danışmanlık	38.228	18.289	6830	% 37,3	19.939	% 52,2
Zihin engelliler	12.321	4.696	868	% 18,5	7.625	% 61,9

Otizmlı çocuklarda “etiketlenme ve damgalanma” kavramlarını sosyal çevrede toplum tarafından ön yargı oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır. Otizmlı bireyin sosyal ortamlarda farklı davranışlarına yönelik toplum tarafından dışlanmaya maruz kalabilmektedirler ve Çopuroğlu'nun yapmış olduğu nitel bir çalışmada da otizmlı bireylerin toplum tarafından normalden farklı olarak benimsendiği, etiketlenmenin ve dışlanma durumunun aile bireylerini de etkilendiği saptanmıştır.⁽²⁸⁾

Ailelerin otizmlı çocuklarını damgalanma ile nasıl etkilediğinin incelendiği bir araştırmada, otizmlı çocukların ve ailelerinin önemli ölçüde dışlandığı ve ailelerin %83'ü otizmlı çocuklarının arkadaş bulmada sorun yaşadığını, aileler ise çocukların üçte birinden fazlasının alay konusu edildiğini ve %22'sinin incitici isimlerle nitelendirildiğini ifade etmektedir.⁽²⁹⁾ Otizmlı çocuğa sahip ebeveynler, diğer ailelerin çocuklarının çocuklarını oyun dışında bırakılması, anormal olarak etiketlenmesi ve dışlanması endişesini taşımasına neden olmaktadır.⁽³⁰⁾

Engelli Çocuklarda Aile Eğitimi ve Desteği

Ailede bir engelli çocuk olması tüm aile bireyleri için duygusal anlamda bir yük, strese neden olmaktadır. Böyle bir durum ebeveynlerde sosyal destek gereksiniminin arttırmaktadır ve ailede ciddi psikososyal, ekonomik sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Aileye engelli bir çocuğun katılmasıyla birlikte, anne babalar birbirlerini suçlamaya ve ne yapacaklarını bilememeye başlar, bu yeni süreçte uyum sağlamaya çalışırlar.

Aileler çocuklarının engelliğini kabullenmekte zorlanabilir, yaşamlarında bu konuda destek alma ihtiyacı duyabilirler. Engelli bir çocukla ilgili bakım yükü ve çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmasında birincil olarak annenin sorumlu olduğu görülmektedir, engelli çocuğa sahip aileler ile yapılan çalışmalarda da genellikle bunu destekleyen sonuçlar bulunmaktadır.^(31,32) Ailelere böyle bir sorunda, ebeveynlere yönelik, çocuklarının her gelişim dönemine ait desteğin aile eğitimlerinin devamlılığının ve ekonomik yüklerinin azaltılmasında yardımcı olunması sağlanmalıdır. Aileye sunulan çevre desteğinin çocuğa da yansıtacağı düşüncesiyle aile bireylerinin gelişimine olanak sağlayacak sosyal destek projelerinin hayata geçirilmesi için tedbirler

alınmalıdır. Toplum ve çevre açısından ailelerin, çocuklarının sosyal yönden güçlendirilip, sosyal kabulün artması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Günümüzde engelli çocukların ihtiyaçları ve özel gereksinimleri hakkında daha iyi verilere gerek duyulmaktadır. Özel ihtiyaçlarına göre özel ve yenilikçi müdahaleler tasarlamalı ve engelli çocuklar için ailelere destek, engelli çocuğa sağlık ve bakım hizmetlerinin ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi, çocukların sağlıklarının geliştirilmesi, sosyal ve politik katılımlarının da sağlanmasıyla, engelli çocuklar ve aileleri için desteklerin sağlanması gerekmektedir. Mevcut veri toplama sistemleri içerisine engelli çocuklarla ilgili bilgiler de entegre edilmelidir.

Kaynaklar

- 1) Raporu DE. World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011. 2011.
- 2) Kara B. Dünyada ve Türkiye’de zihinsel engellilerde eğitim. The Journal of Academic Social Science Studies. 2017; 61:277-88.
- 3) Arts K. Inclusive sustainable development: a human rights perspective. Current Opinion in Environmental Sustainability. 2017; 24:58-62.
- 4) Unicef. Türkiye’de çocukların durumu raporu. UNICEF Yay. 2011.
- 5) Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. American journal of public health. 2015; 105:S198-S206.
- 6) Charles Drum M, McClain MR, Horner-Johnson W, Taitano G. HEALTH DISPARITIES CHART BOOK ON DISABILITY. 2011.
- 7) Enstitüsü Dİ. Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması. Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı yayınları. 2010.
- 8) [cited 2020 02.07]; Available from: https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2020/06/TBMM_Komisyon_Raporu_yonetici-ozeti.pdf.
- 9) DURDURAN Y, BODUR S. ENGELLİLERİN ENGELLİLİKLERİ DIŞINDAKİ SAĞLIK SORUNLARI: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA. Selçuk Tıp Derg. 2009; 25:69-77.
- 10) Guillem P, Cans C, Robert-Gnansia E, Aymé S, Jouk P. Rare diseases in disabled children: an epidemiological survey. Archives of Disease in Childhood. 2008; 93:115-8.
- 11) Ahsen K, Güler H, Meral O, Aktaş EÖ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Engelli Sağlık Kurulu’na Düzenlenen Çocuklara Ait Raporların Retrospektif İncelenmesi. Güncel Pediatri. 2014; 12:151-9.
- 12) GİRGIN BA, BALCI S. Fiziksel engelli çocuk ve ailesinin evde bakım gereksinimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 4:305-17.
- 13) Amosun SL, Volmink L, Rosin R. Perceived images of disability: the reflections of two undergraduate medical students in a university in South Africa on life in a wheelchair. Disability and Rehabilitation. 2005; 27:961-6.
- 14) Unicef. Çocuk haklarını dair sözleşme uygulama el kitabı. New York: UNICEF House. 2002.
- 15) DiLiK S. Sosyal Yardımlaşma ve D? Yanışmayı Teşvik Kanunu. Çimento İşveren Dergisi, Yıl. 60:378.

- 16) KOMİSYONU Öİ, RAPORU ÇG. ÇOCUK VE GENÇLİK.
- 17) Groce N, Bailey N, Lang R, Trani J-F, Kett M. Water and sanitation issues for persons with disabilities in low-and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development. *Journal of Water and Health*. 2011; 9:617-27.
- 18) Aslam A. The state of the world's children 2013: children with disabilities: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2013.
- 19) Hizmetleri TSBTS, Müdürlüğü G. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara. 2004.
- 20) Köksal G. Engellilerde beslenme. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara. 2008.
- 21) Eğitim MEBÖ, Müdürlüğü RHG. Rehberlik ve araştırma merkezi kılavuzu. 2018.
- 22) Çoban T, Özcebe H. ENGELLİLİĞE GENEL BAKIŞ VE ENGELLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 13:553-66.
- 23) Bakanlığı ME. Millî Eğitim istatistikleri örgün eğitim 2018/2019. 2019.
- 24) AC07499367 A. Promoting the rights of children with disabilities: UNICEF; 2007.
- 25) ENGELLİLER İÇİN BİLGİLENDİRME REHBERİ 2019 [database on the Internet]2019. Available from: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/17688/engelli-bilgilendirme-27-09.pdf>.
- 26) SART ZH, BARIŞ S, SARIŞIK Y, DÜŞKÜN Y. ENGELİ OLAN ÇOCUKLARIN TÜRKİYE'DE EĞİTİME ERİŞİMİ: DURUM ANALİZİ VE ÖNERİLER. 2016.
- 27) Early leavers from education and training (age group 18-24) by type of disability, sex and labour status. 2014 [cited 2020 08.07]; Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_de010&lang=en.
- 28) Çopuroğlu YC, Mengi A. TOPLUMSAL DIŞLANMA VE OTİZM. *Electronic Turkish Studies*. 2014; 9.
- 29) Xi J-c, Kong Q-q, Wang X-g. Spatial polarization of villages in tourist destinations: A case study from Yesanpo, China. *Journal of Mountain Science*. 2015; 12:1038-50.
- 30) Sarris M. The stigma of autism: When all eyes are upon you. *Interactive Autism Network*. 2015.
- 31) Ersoy Ö, ÇÜRÜK AGUN. Özel gereksinimli çocuğa sahip annelerde sosyal desteğin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2009; 17:104-10.
- 32) Kırbaş ZÖ, Özkan H. Down sendromlu çocukların annelerinin aile işlevlerini algılama ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*. 2013; 3:171-80.

Türkiye’de Cezaevlerinde Bulunan Engelli Mahkumların Halk Sağlığı › Açısından Değerlendirilmesi

125

ARŞ. GÖR. DR. KENAN İLKAY ALP • PROF. DR. PINAR OKYAY

Giriş

Türkiye’nin de taraf olduğu Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesinin 1.maddesinde engellilik “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir.” şeklinde tanımlanmıştır⁽¹⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise; “Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve bir insan için normal kabul edilebilecek sınırlar içinde, bir işi yapma yeteneğinin kaybedilmesi veya kısıtlanması durumunu ifade eder.” şeklinde tanımlar⁽²⁾. Ulusal mevzuatımızda 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanuna bakıldığında “Engelli: Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey” tanımlamasının yer aldığı görülmektedir⁽³⁾. Bu tanımlara genel olarak bakıldığında ortak noktalardan “topluma tam katılamama”, “eşit koşullar”, “yeti kaybı” gibi kavramların karşımıza çıktığı görülmektedir. Eşit koşulları sağlayabilmek amacıyla ulusal veya uluslararası sözleşmeler imzalanmış, kanunlar çıkarılmıştır ve eşitsizliğin önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

Engellilik birçok yönü olan ve her geçen gün gelişen bir kavram olmasına rağmen, dünya üzerindeki engelli sayıları ile ilgili net veriler bulunmamaktadır. DSÖ’nün tahminlerine göre, dünya üzerinde bir milyardan fazla insanın yani tüm nüfusun

%15’i bir tür engele sahiptir⁽⁴⁾. Onsekiz yaş ve üzeri yetişkin nüfustaki engellilik oranlarının yüksek gelirli ülkelerde %11,8, düşük gelirli ülkelerde ise %18 olduğu bilinmektedir⁽⁵⁾. Türkiye Engelliler Araştırmasına (2002) göre, Türkiye’deki engellilik oranının %12,3, erkeklerde %11,1, kadınlarda %13,5ve engel durumlarına göre ise, görme sorunu olanların %6,9, işitme sorunu olanların %4,5, yürüyemeyenlerin %6,5 oranına sahip olduğu görülmektedir⁽⁶⁾. 2011 yılında yapılan Nüfus ve Konut Araştırması (NKA)’na göre 3 yaş ve üzeri bireylerde en az bir engeli olan nüfusun oranı %6,9’dur (erkeklerde %5,9, kadınlarda %7,9)⁽⁷⁾. Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni’nde ise, 2019 yılı Ulusal Engelli Veri Tabanına kayıtlı engelli sayısı; 1.384.054’ü erkek, 1.064.300’ü kadın olmak üzere 2.448.354 olarak verilmiş ancak, bu sayıların Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak için hastanelere başvurmayan ve hizmet almak için devletle temasa geçmemiş olan bireyleri içermediği belirtilmiştir⁽⁸⁾. Yapılan bu araştırmalarla engelli nüfusun, genel nüfus içerisinde azımsanamayacak bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Dünya ve içinde barındırdıkları dinamiktir, her an değişimlere uğrayabilir. Bu dinamizmin bir parçası olan insan biyo-psikososyal veya çevresel etmenlerden etkilenebilir, doğuştan veya ilerleyen yaşlarında bir yeti yitimine uğrayabilir. DSÖ bunu “Engellilik, insan olmanın bir parçasıdır” şeklinde tanımlamaktadır.

Bireylerin gelir düzeyi ve eğitim seviyesi gibi unsurların düşüklüğü engelli olma olasılığını artırabilir ve sağlığın kötü olması ya da bozulmaya başlaması var olan durumu daha da derinleştirebi-

lır, bununla birlikte engellilerin engel durumlarına göre destek ihtiyaçları farklı olabilmektedir⁽⁹⁾. Sağlık ve sosyal hizmet sunucularının bu destek ihtiyaçlarını karşılamak, makul düzenlemeleri yapmak için yasal sorumlulukları bulunmaktadır⁽¹⁰⁾.

Engelli mahkumlar özel durumları ve ihtiyaçları nedeniyle cezaevlerinde hassas bir grubu oluşturmaktadırlar. Engelli mahkumlar cezaevlerinde zorluklarla karşılaşabilmekte ve bu zorluklar fiziksel şartların yetersizliğinden, fiziksel ve psikolojik şiddete kadar gidebilmektedir. Ayrıca cezaevinde olan ve gözaltında tutulan kişilerin sağlıkları, genel nüfusa göre daha kötü olma eğilimindedir ve sağlık bakımına daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar⁽¹¹⁾. Mahkumların kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerinin yolu, cezaevi tarafından yönetilen sağlık hizmetleri ile halk sağlığı arasında bağlantılar sağlamaktır⁽¹²⁾. Bu çalışmada, engellilerin kanun önündeki hakları, engellilerin durumuna ait genel bilgiler, tutuklu/hükümlü bulunan engellilerin cezaevindeki yaşam koşulları, yaşadıkları zorluklar, ihtiyaçları ve sağlık durumlarına yer verilmeye çalışılmıştır.

Halk Sağlığında Açısından Cezaevi Sağlığı

DSÖ'ye göre, tüm dünya cezaevlerinin nüfusu 11 milyona yaklaşmakta ve yıl içerisinde 30 milyondan fazla insan yaşadıkları toplum ve cezaevleri arasında hareket etmektedir. Dolayısıyla hastalıkların dışarıdan cezaevine veya cezaevinden dışarıya taşınması riski artmakta, ayrıca karşılaşılan engeller nedeniyle eşit sağlık hizmeti almak zorlaşmaktadır. Cezaevlerinde sağlığın geliştirilmesi ile eşit sağlık hizmeti sunulabilmekte, hastalıklar önlenebilmektedir. Ayrıca, verilen sağlık hizmetinin gözaltı sürecinden, tutukluluk ve serbest bırakılmaya kadar her aşamada yer alması gerekmektedir. Toplu yaşam alanlarından olan cezaevleri bu nedenlerden dolayı halk sağlığı açısından önem arz etmektedir⁽¹³⁾.

BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesinin 12. Maddesinde engellilerin eşitliği ile ilgili;

“Yasa Önünde Eşit Tanınma

1. Taraf Devletler, engellilerin buldukları her yerde kişi olarak tanınma hakkına sahip olduklarını yeniden onaylar.
2. Taraf Devletler engellilerin tüm yaşam alanlarında diğer bireylerle eşit koşullar altında hak

ehliyetine sahip olduğunu kabul eder.

3. Taraf Devletler engelli bireylerin hak ehliyetlerini kullanırken gereksinim duyabilecekleri desteği alabilmeleri için uygun tedbirleri alır.
4. Taraf Devletler hak ehliyetinin kullanımına ilişkin tüm tedbirlerin uluslararası insan hakları hukukuna uygun olarak istisnaları önleyici uygun ve etkin bir şekilde güvenceler sağlamasını temin eder..” fıkraları yer almaktadır⁽¹⁾. Bu madde ile her şekilde, ortam ve koşulda eşitliğin sağlanması ve bunu sağlayabilmek için gerekli önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmıştır.

5378 sayılı Engelliler Kanununun 3. maddesinde, engellilerin temel hak ve özgürlüklerini diğer bireylerle eşit şekilde kullanması ve bu yolda yapılabilecek uygun değişiklik ve tedbirler “makul düzenleme” olarak tanımlanmıştır. Aynı kanunun 4. Maddesinde, engelliliğe dayalı her türlü ayrımcılığın yasaklandığı, makul düzenlemeler için gerekli tedbirlerin alınması ve alınacak özel tedbirlerin ayrımcılık olarak değerlendirilemeyeceği net bir şekilde açıklığa kavuşturulmuştur⁽³⁾. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında kanun önünde eşitlik ilkesi uyarınca, her bireyin dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, din vb. sebeplerle eşit haklara sahip olduğu, ancak engelliler için alınacak tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılmayacağı ifade edilmektedir⁽¹⁴⁾. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, engelli bireylerin temel hak ve özgürlükler açısından eşit olduğu, bu eşitliği sağlamak için alınacak özel tedbirlerin ayrımcılık ilkesine aykırı olmadığı ve devletin bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlü olduğu görülmektedir. BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesinde adalete erişime de vurgu yapılarak, engellilerin adalete etkin şekilde erişime ulaşabilmeleri amacıyla adalet sistemindeki çalışanların gerekli eğitimleri almalarının gerektiği belirtilmiştir⁽¹⁾.

Engelli bireyler hayatın her alanında zorluklarla karşılaşabilmektedirler ve bu zorluklar yaşanan yerin fiziksel şartlarının yetersizliğinden, fiziksel ve psikolojik şiddete kadar gidebilmektedir. Toplum içindeki eşitliklerini sağlamak ve karşılaştıkları zorlukları ortadan kaldırmak için makul düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu düzenlemelerin hayatın her alanında yapılması gerekebilir ki bu yerlerden birinin de cezaevleri olduğu göz ardı edilemez bir gerçektir. Tüm yönlerden değerlendirildiğinde, engelli mahkumlara yönelik koruyucu sağlık

hizmetlerini sunmak ve sağlığını geliştirmek bir halk sağlığı önceliği olarak önem arz etmektedir.

Cezaevinde Engelli Mahkumların Sağlığı ve Türkiye’de Tutuklu/Hükümlü Bulunan Engelli Bireylerin Durumları

Her insan için hapsedilmenin kolay olmadığı bir gerçektir. Engelli mahkumlar başka insanların yardımına ihtiyaç duyduklarından bu gerçek daha da ön plana çıkmakta ve hapisanelerde ciddi sıkıntılar yaşamaktadırlar⁽¹⁵⁾. Örneğin, ortopedik engelli mahkumlar merdivenlere kolayca tırmanamaz, üst ranzaya çıkamaz, işitme engelli mahkumlar duymayabilir veya zihinsel engelli olanlar uyulması gereken kuralları anlayamayabilir veya okuma yazma bilmediklerinden yazılı talep gerektiren hizmetlerden faydalanamayabilirler⁽¹⁶⁾. Engelli mahkumlar, özel durumları ve ihtiyaçları nedeniyle cezaevlerinde hassas bir gruba oluşturur. Bu nedenlerle, cezaevlerindeki engelli bireylerin, engelliliğe bağlı dezavantajları yüzünden diğer mahkumlardan daha olumsuz koşullarda yaşamlarını sürdürmeleri kabul edilemez bir gerçek olarak görülmektedir⁽¹⁷⁾.

Engelli mahkum sayıları ile ilgili az ve güncel olmayan veriler olmasına karşın, birçok ülkede artan hapisane nüfusu nedeniyle engelli mahkum sayısında da artış olduğu düşünülmektedir⁽¹⁸⁾. Yıllar içerisinde artan hapisane nüfusu açısından Türkiye’deki ceza infaz kurumları ile ilgili veriler incelendiğinde 01.6.2020 tarihi itibarı ile;

- 264 kapalı ceza infaz kurumu
- 76 müstakil açık ceza infaz kurumu

- 4 çocuk eğitimevi
- 9 kadın kapalı
- 7 kadın açık

7 çocuk kapalı ceza infaz kurumu olmak üzere toplamda 367 ceza infaz kurumu bulunduğu ve bu kurumların kapasitesinin 236.755 kişilik olduğu görülmektedir⁽¹⁹⁾.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in yayınladığı tutuklu ve hükümlü sayıları incelendiğinde geçen zamanla birlikte sayılarda artış olduğu görülmektedir (Tablo 125.1)⁽²⁰⁾. Ancak bu sayılar içerisinde son iki yıla ait veriler bulunmamaktadır.2018 yılı itibarı ile Dünya genelindeki mahkum sayılarının 11 milyona yaklaştığı ve aynı yıl içerisinde Türkiye’deki mahkum sayılarının 264.000 olduğu, oranlara bakıldığında ise; Dünya ortalamasının yüzbinde 145, Türkiye’nin yüzbinde 288 olduğu görülmektedir⁽²¹⁾. Aynı yıllara ait veriler kıyaslandığında Türkiye’deki mahkum sayılarının Dünya ortalamasının üzerinde seyrettiği görülmektedir.

Cezaevlerindeki engelli mahkumlarla ilgili verilere bakıldığında ise, DSÖ’nün tahminlerine göre Avrupa’daki mahkumların yaklaşık %40’ında bir çeşit akli engel (sadece zihinsel değil ruhsal bozuklukları da içermektedir) bulunmaktadır⁽¹⁸⁾. Amerika’da ise, istatistiklere göre mahkumların %40’ının en az bir engeli olduğu, bunların içerisinde en fazla oranda (%30,9) bilişsel engelli olduğu görülmektedir⁽²²⁾.

Türkiye’deki engelli mahkumların sayılarına ilişkin verilere ise, 2013 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)’ye sunulan soru önergesi ile ulaşılmıştır. Soru önergesinde; tutuklu/hükümlü kaç engelli bulunduğu, engel türlerine göre da-

Tablo 125.1 2008-2018 yıllarında Türkiye’deki cezaevlerinde bulunan tutuklu ve hükümlü sayılarının cinsiyete göre dağılımları ve toplam sayıları⁽²⁰⁾

Yıllar	Erkek	Kadın	Toplam
2008	99.842	3.593	103.435
2009	111.853	4.067	115.920
2010	116.002	4.192	120.194
2011	123.648	4.605	128.253
2012	131.732	4.906	136.638
2013	138.906	5.192	144.098
2014	152.902	5.788	158.690
2015	170.754	6.508	177.262
2016	192.354	8.373	200.727
2017	222.444	9.896	232.340
2018	254.426	10.416	264.842

gılımı, hapisane koşullarının engellilere göre düzenlenip düzenlenmediği şeklinde sorular sorulmuştur⁽²³⁾. Adalet Bakanlığı tarafından verilen cevapta, uluslararası standartlara uymayan, fiziki şartlarında iyileştirmenin kısıtlı yapıldığı ya da hiç yapılmadığı küçük cezaevlerinin bir kısmının kapatıldığı geçmektedir. Yeni inşa edilen cezaevlerinde engelli hükümlü koğuşunun yapıldığı, tuvalet ve duşların tekerlekli sandalye kullanımına uygun hale getirildiği belirtilmiştir. Ayrıca cezaevlerinin iki kat üzerine inşa edildiği, havalandırma bölümlerinin giriş katta yer aldığı dolayısıyla engelli tutuklu ve hükümlülerin bu bölümden yeteri kadar faydalanabildiği açıklanmıştır. Başkasının bakımına muhtaç olan tutuklu ve hükümlülerin ise, ayrı bir bölümde, yakınlarının refakatinde bakımlarının yapılmasına imkan sağlandığı, yakını bulunmayanların bakımlarının sağlanması için gereklilik halinde hizmet satın alınabileceği soru önergesine verilen cevapta belirtilmiştir⁽²⁴⁾. Engellilik dağılımları ise, Tablo 10.8.2'de verildiği şekilde belirtilmiştir. **Tablo 125.1** ve **Tablo 125.2** verilerine bakıldığında 2013 yılında cezaevlerinde bulunan kişi sayısının 144.098 ve bunlardan 115 kişinin engelli olduğu görülmektedir.

Cezaevlerin her yıl artan nüfusu ve engelli mahkum sayılarının bu doğrultuda artma olasılığı, bu hassas gruba daha fazla önem vermeyi gerekli kılmaktadır. Engellilere karşı yapılan ihmal, psikolojik stres ve tıbbi bakım eksikliği kalabalık cezaevlerinin olumsuz özelliklerindedir⁽¹⁸⁾. Cezaevlerindeki engelli mahkumların koşulları ile ilgili yazılan raporlar bazı gerçekleri gözler önüne sermektedir. Özellikle cezaevlerinde fiziki koşulların yetersizliği ve engelli bireylere karşı şiddet olaylarının olduğu belirtilmektedir. Cezaevi ziyaretlerinde, hapisanelerin fiziki şartlar açısından engellilere uygun inşa edilmediği, genellikle iki katlı inşa edildiği,

atölye, revir, kütüphane gibi ortak alanların diğer katlarda olduğu, yönlendiricilerin (görsel, duysal) eksikliği, ziyaretçiler ile görüşme için ayrılan alanlar ve dinsel amaçla kullanılan salonlara ulaşımdaki engeller gibi nedenler engelli mahkumların yaşam şartlarını zorlaştırmaktadır^{(25) (26)}. Cezaevlerindeki fiziki koşulların engellilere göre düzenlenmesinin, yaşanan hak ihlalleri ve eşitsizliğin önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir⁽²⁷⁾.

Engelli bireylerin cezaevlerinde yaşadığı zorluklardan bir başkası yaşadıkları şiddet olaylarıdır. Engelli olmayan bireylere göre, engellilerin şiddete maruz kalma riski çok daha yüksektir⁽⁶⁾. Yaşanılan olaylara genel olarak şiddet denilmişse de, bu şiddet olaylarının fiziksel, sözel, ahlaki veya psikolojik, cinsel saldırganlık, ihmal veya terk etme gibi birçok biçimi vardır⁽²⁸⁾. Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneğinin raporuna göre; 2016 yılında engelli bireylere yönelik 391 şiddet olayı kayıtlara geçmiş ve bu olayların 20 tanesi cezaevleri içerisinde gerçekleşmiştir. Kamu kurum ve kuruluşlarında meydana gelen şiddet olaylarında cezaevleri ikinci sırada yer almaktadır. Rapora göre şu sonuç ortaya çıkmaktadır; kamu kurum ve kuruluşlarında engelliler her türden şiddetle karşı karşıya kalabilmektedir⁽²⁹⁾. Özellikle, zihinsel engelli mahkumların saldırı, cinsel istismar, gasp gibi şiddet olaylarına karşı daha savunmasız olduğu ve bu bireyleri izlemek, korumak için yeterli eğitim almış personel eksikliğinde güvenlik açıklarının arttığı ve kendi savunmalarını geliştiren zihinsel engelli bireylerin kendilerini hücrelerinde gönüllü olarak izole ettikleri bilinmektedir⁽³⁰⁾. Tüm bunların sonucu olarak, zihinsel engelli mahkumların, cezaevi dışındaki insanlara göre intihar etme olasılıklarının yedi kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir⁽¹⁸⁾.

Herkes için sağlık ilkesinden yola çıkarak cezaevlerinin tüm mahkumlara kolay ulaşılabilir ve

Tablo 125.2 2013 yılında Ceza ve İnfaz Kurumlarında bulunan engelli sayıları ve engellerine göre dağılımları⁽²⁴⁾

Engel Türü	Hükümlü	Tutuklu	Toplam
Görme Engelli	4	2	6
Görme Kaybı	6		6
İşitme Engelli	6		6
Zihinsel Engelli	6		6
Dil ve Konuşma Engelli	8	2	10
İşitme ve Konuşma Engelli	14	1	15
Felç	26	6	32
Ortopedik	32	2	34
Toplam	102	13	115

yeterli tıbbi bakım hizmetini vermesi temel prensip olarak benimsenmelidir. Engelli mahkumlar cezaevlerinde sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda da zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Engellerine bağlı olarak fizik tedavi, göz ve kulak muayeneleri gibi sağlık bakımına veya işitme cihazları, tekerlekli sandalyeler, bastonlar gibi araçlara ihtiyaç duyabilmekte ve bu ihtiyaçların bir kısmını cezaevlerinde karşılamak güç olabilmekte ve yaşadıkları iletişim güçlükleri nedeniyle, özellikle işitme ve görme engelliler başta olmak üzere, engelli mahkumlar ruh sağlığı ve danışmanlık programlarından faydalanmakta zorluk yaşamakta ve bu durumlarını daha kötüleştirebilmektedir⁽¹⁸⁾. Cezaevlerinde aşırı kalabalıklaşma, ışık yetersizliği, temiz hava ve suya sınırlı erişim, dövme gibi enfeksiyonların bulaşmasını kolaylaştıran faaliyetlerin yaygın olduğu bilinmektedir⁽¹²⁾. Ayrıca mahkumların akıl sağlığı, bağımlılıklarından etkilenen bulaşıcı hastalıklar, cezaevlerinde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır⁽³¹⁾. Whittingham ve arkadaşlarının Kanada'da yaptığı bir çalışmada; cezaevindeki zihinsel ve gelişimsel engelli oranı %2,2 ve genel nüfusta %0,7 olarak verilmiştir. Engelli mahkumların yaklaşık yarısının birinci basamakta ve dörtte birinin ayaktan psikiyatri hizmetlerine eriştiği ancak tahliye edildikten sonraki bir yıl içerisinde %75,7'sinin birinci basamak sağlık hizmetine eriştiği gösterilmiştir⁽³²⁾. Bu çalışma, normal hayatta sağlık hizmetlerine erişimin, cezaevlerine göre daha kolay olduğunu göstermektedir. Yapılacak düzenlemelerle engelli mahkumların sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaştırılabilir.

Sağlık çalışanı olmayan cezaevi personeli genellikle düzeni sağlamakla görevlidir. Ancak mahkumlarla birebir iletişimde olan bu personeller, sağlık şikayetlerinin tıbbi müdahale gerektirdiğini belirlemedikçe mahkumlar sağlık bakımına erişimde zorlanmakta ve personelin sağlık bilgisi eksikliği ciddi sağlık sorunlarına yanıt vermeyi geciktirebilmektedir. Dolayısıyla bu gecikmeler mahkumları ölüm veya ciddi yaralanmalarla karşı karşıya bırakabilmektedirler⁽³³⁾. Bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda, cezaevi personeline temel sağlık ve ilk yardım eğitimlerinin verilmesi ile olumsuz sağlık sonuçlarının önüne geçilebilir.

Bir önemli konu da cezaevlerindeki mahkumların sağlık durumlarının düzenli izlendiği bir süreyans sisteminin olmamasıdır. En sık konuşulan ve değerlendirilen HIV, Hepatit B ve Tüberküloz sür-

veyansı bile Avrupa ülkelerinde ancak her beş ülkeden birinde mevcuttur⁽¹²⁾. Cezaevine ilk girişinde, mahkumun tıbbi muayenesinin yapılarak zihinsel ve fiziksel sağlıkları hakkında bilgiler edinilmesi, verilecek eğitim ve tıbbi desteğin planlanması ve uygulanması açısından kolaylaştırıcı olabilir⁽³⁰⁾.

Son olarak, DSÖ'ye göre 'cezaevlerinde sağlık, yalnızca sağlık ekibine bırakılmayacak kadar önemlidir' ve DSÖ'nün, cezaevlerinin sağlığı ve refahını arttırmak ve iyileştirmek için bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi tavsiyesi mutlaka dikkate alınmalıdır⁽¹¹⁾.

Sonuç

Cezaevlerinde bulunan bireylerin cezalarının infazı sırasında gözaltı sürecinden, tutukluluk ve serbest bırakılmaya kadar tamamında eşitlik ilkesine uyulması ancak, dezavantajlı bireylerin eşitliklerinin pozitif ayrımcılıkla sağlanabileceği yasalarca net bir şekilde vurgulanmıştır ve bu konudaki sorumluluk devletlerin kontrolüne verilmiştir. Cezaevlerinde bulunan tüm bireyler, dışarıda bulunan toplumla aynı sağlık haklarına sahiptir. Özellikle engelli mahkumların cezalarının infazı sırasında özel bir yol izlenmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Cezaevlerinde engelli mahkumlara yönelik teoride çözümler üretilebilmiş olsa da uygulamada olan eksikliklerin tamamlanması, engellerin aşılabilmesi için teknik altyapının sağlanması ve yenilikçi programların üretilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Önemli iyileştirme stratejileri, cezaevi personeline temel sağlık ve ilk yardım eğitimi verilmesi, engelli mahkumlarla iletişim kuracak personele iletişim yollarının öğretilmesi, güvenlik sorunlarının çözülmesi, fiziksel koşulların engellilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmesi, gerekirse mimari değişikliklerin yapılması şeklinde sıralanabilir. Cezaevlerinde sağlığı geliştirme politikaları sadece tutuklu/hükümlülerle sınırlı kalmamalı, çalışan personelin de sağlığı, refahı ve çalışma şartları da iyileştirilmelidir. Bu düzenlemelerin hazırlanma ve uygulanma aşamasında devletin denetim mekanizmasının çalışması gerekmektedir. Engelli mahkumların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması, fiziki koşullarının düzenlenmesi ve şiddetin önlenmesi halk sağlığı önceliği olarak görülmektedir. Ayrıca, dünya genelinde engelli mahkumlarla ilgili çok fazla çalışma ve güncel veri

olmadığı görülmektedir ve gelecekte yapılacak çalışmalarla bu konudaki eksikliklerin giderilmesi ve güçlü bir süreyans sisteminin kurulması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı. Milletlerarası Sözleşme (International Convention) [Internet]. 2009. Available from: <chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacdbfmadadm/https://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/08/03/EngellilerinHaklarinaIlskinSozlesme.pdf>
- 2) Inan S, Peker GC, Tekiner S, Ak F, Dağlı Z. Engellilik, Türkiye’de Engellilerin Durumu ve Sağlık Hizmet Sunumuna Bir Bakış. TAF Prev Med Bull. 2013;12 (6):723–8.
- 3) Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Engelliler Hakkında Kanun [Internet]. Ankara; 2005. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>
- 4) World Health Organisation. Uluslararası Engelliler Günü [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/12/03/default-calendar/international-day-of-persons-with-disabilities>
- 5) World Health Organization. Dünya Engellilik Raporu [Internet]. Malta; 2011. Available from: <chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacdbfmadadm/https://static.ohu.edu.tr/uniweb/media/portallar/engelsizuniversite/duyurular/1345/diwnu3i5.pdf>
- 6) Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. [cited 2020 Aug 6]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1017
- 7) Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Konut Araştırması (Population and Housing Census). 2011;1–51.
- 8) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü. Engelli ve yaşlı istatistik bülteni. 2019;1–101.
- 9) Güngör M, Bolat A, Cengiz H, Aslan N. Özürlülere Yönelik Teknolojik Düzenlemeler. Sektörel Araştırma ve Stratejiler Dairesi Başkanlığı. 2011.
- 10) Prime Minister’s Strategy Unit UK. Improving the Life Chances of Disabled People, Final Report [Internet]. Department for Work and Pensions. London; 2005. Available from: http://www.derby.gov.uk/NR/rdonlyres/1D796C7C-1092-417F-BAD5-FD2F-603DEF0A/0/improving_the_life_chances_of_disabled_people.pdf%5Cnhttp://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_091302.pdf
- 11) Parliament.UK. House of Commons Health and Social Care Committee Prison health [Internet]. 2018. Available from: <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmhealth/963/963.pdf>
- 12) World Health Organization. Health in Prisons. Vol. 196. Copenhagen; 2007.
- 13) World Health Organization Regional Office for Europe. Status report on prison health in the WHO European Region (2019). 2019;
- 14) Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). T.C. Anayasası. Ankara; 1982. p. 1–74.
- 15) Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Merkezi. Cezaevleri Raporu (2015-2016). Ankara; 2017.
- 16) Schlanger M. Prisoners with Disabilities. Repository U of MLSS, Book, editors. Vol. 79. Michigan: University of Michigan Law School University; 2017.
- 17) Süleyman Akbulut. Hapishanede Engelli, Yabancı, LGBTİ Olmak. Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği, editor. İstanbul: TCPS Kitaplığı; 2015. 81–86 p.
- 18) Milletler B. Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı. New York: Ceza Adaleti Kitapları Dizisi; 2009. 1–179 p.
- 19) T.C. Adalet Bakanlığı. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 8]. Available from: <http://www.cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/cik-genel-bilgi>
- 20) Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 8]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070
- 21) Walmsley R. World Prison Population List (twelfth edition). Inst Crim Policy Res [Internet]. 2018;12:1–19. Available from: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wpp12_12.pdf
- 22) Bronson J, Maruschak L, Berzofsky M, Fazel S, Xenitidis K, Powell J, et al. Disabilities Among Prisoners and Jail Inmates, 2011-12. US Dep Justice, Bur Justice Stat [Internet]. 2011;53 (December):369–73. Available from: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/dpji1112.pdf>
- 23) Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Yazılı Soru Önergesi. Ankara; 2013.
- 24) T.C. Adalet Bakanlığı. Yazılı Soru önergesi. Ankara: TBMM; 2013.
- 25) Dolay K, Ederiz T. Özel İhtiyaçları Olan Mahpuslar Projesi Sonuç Raporu. İstanbul; 2013.
- 26) Retornaz EEA. Özürlü Hükümlünün Cezasının İnfazı ve İnsan Hakları. Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2009;2:55–67.
- 27) Mandiraci B. Türkiye’de Ceza İnfaz Politikaları ve Kurumlarına İlişkin Yapısal Sorunlar ve Çözüm Önerileri. İstanbul; 2015.
- 28) Maia PHS, Ferreira EFE, Melo EM de, Vargas AMD. Occurrence of Violence in The Elderly and Its Associated Factors. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 Jul 22];72 (2):64–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826193/>
- 29) Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. Engelli Bireylere Yönelik Fiziksel-Cinsel Şiddet, İstismar ve Kötü Muamele Olayları İzleme Raporu. Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. Ankara; 2016.
- 30) Watch HR. Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders with Mental Illness [Internet]. New York; 2003. Available from: <http://www.hrw.org>
- 31) World Health Organization. Prisons and Health. 2014;1–189. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/PrisonandHealth.pdf;jsessionid=9D8EB2F-358676D0942F6EA53A5307F94?sequence=1>
- 32) Whittingham L, Durbin A, Lin E, Matheson FI, Volpe T, Dastoori P, et al. The Prevalence and Health Status of People with Developmental Disabilities in Provincial Prisons in Ontario, Canada: A Retrospective Cohort Study. J Appl Res Intellect Disabil [Internet]. 2020 Jun 11 [cited 2020 Jul 21];1:1–12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jar.12757>
- 33) Pollitt S, Woollard L. Barriers to Access and Inadequate Levels of Care in North Carolina Jails. N C Med J [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 Jul 21];80 (6):345–6. Available from: <https://disabilityrightsnc.org/wp-content>

Engelli Bireylerin Sağlığını Geliştirmede Yardımcı Teknoloji Ürünleri

126

PROF. DR. FİLİZ ABACIGİL • ARAŞ. GÖR. DR. İSMAİL ÇEVİK

Engellilik insan olma halinin bir parçasıdır. Nere-
deyse herkes yaşamının belli bir noktasında geçici
veya kalıcı olarak zayıf düşecek ve uzun yıllar yaşa-
yan insanlar işlevlerini yerine getirme konusunda
artan zorluklarla karşılaşacaktır. Nüfusların yaşlan-
ması ve ilerleyen yaşlarda daha sık görülen diyabet,
kalp-damar hastalıkları, kanser ve ruh sağlığı bo-
zuklukları gibi engellilik riskinin yükseldiği kronik
hastalıkların dünya genelinde artış göstermesi ne-
deniyle engellilik olgusu önümüzdeki yıllarda daha
da önem kazanacaktır ⁽¹⁾. Son yıllarda yaşanan di-
jital devrim ve teknolojik gelişmeler ile birlikte de
engelli bireylerin sağlığını geliştirme anlamında
ciddi yol kat edilmiştir ⁽¹⁾. Ancak yine de Dünya
Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ), gelir düzeyi düşük
ülkelerin çoğunda yardımcı teknolojiye ihtiyaç du-
yan kişilerin ancak yüzde 5-15 kadarı bunlardan
yararlanabilmektedir. Birçok durumda çocukların
yardımcı teknolojiye erişim şansları yetişkinlere
göre daha azdır (UNİCEF 2003). Ülkemizde Türkiye
İstatistik Kurumu (TÜİK) engellilerin sorun ve bek-

lentileri araştırmasına göre 15 ≥ yaş üzeri engelli
bireylerin %10,7'si işlerini gerçekleştirirken özel
destek ve ekipmanlara ihtiyaç duyduklarını belirt-
miştir. Görme engellilerde bu oran %17,7; işitme
engellilerde %19,5; dil-konuşma %17,7; ortopedik
%11,2; zihinsel %8,5; çoklu engellilik durumunda
da %9,7 olarak saptanmıştır (Tablo 126.1).

Türkiye Sağlık Araştırması 2016 sonuçlarına
göre, 15 yaş üzeri bireylerde kendi kendine besle-
nirken zorluk çekenler %2,5; yatağa girme/kalk-
ma, sandalyeye oturma/kalkmada zorluk çekenler
%4,2; giyinme/elbiselerini çıkarmada zorluk çe-
kenler %3,3; tuvalet kullanımında zorluk çekenler
%3,1; banyo yapma/duş almada zorluk çekenler
%3,3 olarak tespit edilmiştir (Tablo 126.2).

Engellilik durumu hareket, dikkat, sosyal etki-
leşim, işitme, görme, konsantre olma, hatırlama,
duygular ve karar verme gibi farklı bağlamlarda do-
ğuştan ya da sonradan edinilen zorlukları içerebilir.
Bu zorlukların üstesinden gelerek engelli bireylerin
sağlığını geliştiren müdahaleler de yine bağlamına

Tablo 126.1 Kayıtlı olan engelli bireylerin çalıştığı/çalışabileceği işte ihtiyaç duyduğu düzenlemelerin/çalışma koşullarının engel türüne göre dağılımı, 2010

Çalışma koşulları/ düzenlemeler	Engel türleri (%)								
	Toplam	Görme engelli	İşitme engelli	Dil ve konuşma engelli	Ortopedik engelli	Zihinsel engelli	Ruhsal ve duygusal engelli	Süreğen hastalık	Çoklu engellilik
İşleri gerçekleştirirken özel destek ve ekipman kullanım gereksinimi	10,7	17,4	19,5	17,7	11,2	8,5	4,7	6,3	9,7

Kaynak: TÜİK, Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010

Tablo 126.2 Kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çeken bireylerin dağılımı, 2016

Kişisel bakım faaliyetleri (%)	
Kendi kendine beslenme	2,5
Yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkma	4,2
Giyinme ve elbiselerini çıkarma	3,3
Tuvalet kullanımı	3,1
Banyo yapma/duş alma	3,3

Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırması, 2016

göre farklılıklar göstermektedir. Bunlardan bazıları yüksek sağlık gereksinimlerine neden olabilirken, diğerleri olmayabilmektedir. Engelliliğin ele alınış şekli tamamen tıbbi bir yaklaşımdan maksimum işlevi ve esenliğe odaklanan yeni bir yaklaşıma dönüşmüştür. Engelli bireyleri destekleyen yardımcı teknolojiler de bu doğrultuda evrilmiştir. Bunlar artık sofistike bilgi işlem teknolojilerini (BİT), yazılımları, siber-fiziksel ve kök hücre uygulamalarını kapsamakta ve beyin - bilgisayar ara yüzlerini, giyilebilir cihazları ve insansı robotlar gibi teknolojileri içermektedir. ^(2,3,4)

Yardımcı teknoloji ve yardımcı ürün için çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı ISO 9999: 2011 standardına göre yardımcı ürün; vücut fonksiyon, yapı ve aktivitelerini korumaya, desteklemeye, geliştirmeye, ölçmeye ve ikame etmeye katkıda bulunan ya da engeli, özürlü ya da sakatlığı önleyen, telafi eden, azaltan ya da etkisiz hale getiren (cihazlar, ekipman, enstrümanlar ve yazılım dahil) kişiye özel olarak üretilen ya da yaygın biçimde bulunan, herhangi bir üründür. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) ise, yardımcı ürünleri ve teknolojiyi engelli bir kişinin işlevlerini iyileştirmek için uyarlanmış veya özel olarak tasarlanmış herhangi bir ürün, cihaz, ekipman veya teknoloji olarak tanımlamaktadır. Geçmişte bu tür cihazlar sadece belirli bir işlevi gerçekleştirmek için veya belirli bir engele yönelik tasarlanmaktayken, engellilik durumlarının kolayca kategorize edilemez, komplike ve sıklıkla birden çok sistemi aynı anda etkiler nitelikte olmasının daha iyi anlaşılması ve teknoloji-deki hızlı gelişmeler ile kişiye özel ve kullanıcı merkezli yaklaşımlar odak haline gelmiştir ⁽²⁾.

Düşük teknolojiden yüksek teknolojiye uzanan geniş bir yelpazede çok çeşitli yardımcı teknolojiler mevcuttur. Engelli bireylerin sağlığını geliştiren bu teknoloji ve uygulamalar da engellilik durumunun

en sık etkilediği yetileri içeren beş alt başlıkta incelenecektir ^(2,5). Bunlar;

1. Hareketlilik / Mobilite
2. Görme
3. İşitme
4. İletişimsel
5. Entelektüel / Bilişsel / Kavrama

Hareketlilik / Mobilite

Serebral palsi, nöromusküler hastalıklar, inme, multiple skleroz, Parkinson hastalığı, travmaya bağlı spinal kord yaralanmaları, santral sinir sistemi hasarı ve ekstremitte kayıpları en sık hareket kaybı nedenleridir. Hareket kabiliyetini yeniden kazandırabilmek amacıyla baston, kol değneği, tekerlekli sandalye ve protez gibi yüzlerce engelli bireylerin hayatını kolaylaştıran uygulamalar günümüzde de gelişmiş ya da evrilmiş şekilleriyle halen yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Ayrıca bilgisayar, elektronik ve yazılım teknolojilerindeki gelişmeler ile daha önce ancak hayal edilebilecek ölçüde imkanlar sunan yardımcı cihaz ve uygulamalar kullanıma sunulmaya hazır hale gelmektedir. Bazı örnek uygulamalar aşağıda verilmiştir.

Robotik Kol

John Hopkins Uygulamalı Bilim Laboratuvarı ekibi tarafından geliştirilmiştir, üst ekstremitte ampute hastalarına nöral olarak kontrol edilen motor ve duyu yeteneğini doğala yakın geri kazandıracak bir yapay uzuv oluşturmak amaçlanmıştır ⁽⁶⁾.

Zihin Kontrollü Dış İskelet

Dış iskeletler (exoskeleton) başta endüstriyel, askeri ve sağlık alanlarında kullanılmak üzere geliştirilen robotik hareket destek sistemleridir. Travmatik servikal omurilik yaralanmalarının yaklaşık %20'si tetrapleji ile sonuçlanır ⁽⁷⁾. Bu durumu yönetmek

ve böylece hastaların yaşamlarını iyileştirmek için nöroprotezler geliştirilmektedir. Felçli hastaların bilgisayar ya da joystick gibi araçlar kullanmadan sadece beyin sinyallerini kullanarak dış iskeleti kontrol edebilmesi ve dış iskeletten başka ek destek olmadan dengeli bir şekilde yürüyebilmesi bu konuda ulaşılmak istenen hedef olarak belirlenmiştir. Şu an için bu tam olarak mümkün olmasa da çalışmalarda, omurga lezyonunu by-pass etmek için kasların veya omuriliğin fonksiyonel elektriksel stimülasyonu ile nöroprostatik ve beyin-bilgisayar ara yüzleri başarıyla kullanmıştır^(7,8).

Yürüme Destek Cihazı

Kendi başlarına yürüyebilen ancak zayıf kas yapısına sahip, yürümekte zorlanan kişiler için tasarlanan cihaz küçük bir motor ile bacağı kalçadan destekleyerek öne ve arkaya hareket etmeye yardımcı olmaktadır. Parkinson Hastalığı ve inmeden etkilenen bireylerin hareketliliğini güvenli ve etkili bir şekilde geliştirdiği belirtilen cihazın etkinliğini değerlendirmek amacıyla başlatılan araştırmanın 2020 yılının sonlarına doğru tamamlanması beklenmektedir. Aralık 2018'de Neurology dergisinde yayınlanan çalışmada bu cihaz ile yürüyüş eğitiminin kronik inmeli kişilerde yürüme hızını artırdığı ve fonksiyonel yürüyüş eğitiminden daha fazla yürüme dayanıklılığı, denge ve kortikomotor uyarılabilirlik sağlanabileceği olası olduğu bulunduğuna gösterilmiştir^(9,10,11).

Engelli Bireyler için Robotik Besleyici

Üst ekstremitte fonksiyonlarını kısmen ya da tamamen kaybetmiş kişilerin yaşadığı çok sayıda zorluk bulunmaktadır. Gün içerisinde birçok kez bir başkasının yardımı ile beslenmek zorunda olmak da bu sorunlardan biridir. Bu bireylerin kendi kendilerine güvenli ve etkin bir şekilde beslenmelerine olanak tanıyan yardımcı cihazlar son yıllarda yaygın kullanıma sunulmuştur. Bir başkasından yardım almadan, masada bulunan farklı yiyeceklerden kendi istediğini, istediği hızda ve miktarda yiyebilmenin fiziksel sağlık üzerine büyük katkıları bulunması dışında belirli bir ölçüde kazanılan bağımsızlık ve özgürlük duygusu bu bireylerin zihinsel sağlıklarını da olumlu yönde etkilemektedir⁽¹²⁾.

Görme

Görme yetisini kısmen ya da tamamen kaybetmiş kişiler için bulunduğu çevreyi tanıyabilmelerine ve

bu sayede daha bağımsız hareket edebilmelerine olanak sağlayan birçok yardımcı cihaz ve yöntem geliştirilmiştir. Altta yatan duruma da bağlı olarak gözlük gibi kişinin görme gücünü arttırmak için tasarlanmış yardımcı cihazlar ya da görme engelli bireylere yardımcı olan rehber köpek ya da baston gibi yardımcı yöntemler bazı örneklerdir. Günümüzde görme engelli bireylerin yaşamını kolaylaştırmak ve sağlığına katkıda bulunmak için geliştirilmiş ya da geliştirilmekte olan teknoloji ve uygulamaların bazıları aşağıda verilmiştir.

Elektronik Gözlükler

Görme yeteneğini tam kaybetmemiş ancak zayıf görenler için uygun olan, görüş kapasitesini arttıran, okuyabilme, güvenli seyahat edebilme ve çeşitli faaliyetlerde bulunmada yardımcı olan klinik olarak onaylanmış cihazlardır. Yüksek çözünürlüklü bir kamera ve güçlü bir algoritma ile videoyu işler ve gözle görülür bir gecikme olmadan göze yakın ekranda görüntüler. Elektronik gözlükler CCTV'ler (kapalı devre televizyonlar), dijital büyüteçler ve ekran okuma teknolojisi gibi diğer düşük görüşlü araçların yerine kullanılabilir. Doğrudan gözlük içine yerleştirilmiş reçeteli lenslerle özelleştirilebilirler. Taşınabilirlik, el yardımı olmadan kullanım ve yakın, uzak ve orta menzilli görevler için uygunluk avantajları arasındadır⁽¹³⁾.

Akıllı Gözlükler

Yapay zeka destekli akıllı gözlükler görme yetisini tam ya da tama yakın kaybetmiş bireyler için yakın zamanda kullanıma sunulmuş teknolojilerdir. Gözlükler ile çevreden alınan görüntüler yapay zeka ile donatılmış yazılım sayesinde işlenerek sözel olarak kullanıcıya aktarılır ve görme engelli bireye bu sayede bulunduğu çevreyi yorumlama imkanı sağlar. Gözlüğü kullanan kişi şehrin etrafında yolunu bulabilir, sokak levhalarını okuyabilir ya da geçen arkadaşları tanıyabilir duruma gelir. Arkadaşlar ve aile ile görüntülü görüşme, altmıştan fazla dilde herhangi bir yüzeyden her türlü metni okuma gibi daha birçok farklı özelliğe sahip olduğu ve diğer uygulamaların ve hizmetlerin gözlüklere kolayca entegre edilmesini sağlayan bir platform içerdiği belirtilmektedir⁽¹⁴⁾.

Akıllı Kontakt Lensler

Lenslere yerleştirilen sensörler sayesinde göz basıncını ölçme ve/veya göz yaşından glukoz ölçmeyi

hedefleyen kontakt lensler henüz çalışma aşamasında olsa da bu teknolojinin mümkün olması ile glokom ve diyabet hastalarının sağlığına ve yaşam kalitesine büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir^(14,15).

İşitme

Dijital ve kablosuz teknolojilerin gelişmesiyle, işitme, ses, konuşma ve dil bozukluğu olan kişilerin daha anlamlı iletişim kurmasına ve günlük yaşamlarına daha eksiksiz katılmasına yardımcı olmak için giderek daha fazla cihaz kullanıma hazır hale gelmektedir⁽¹⁶⁾. İşitme cihazları işleyiş mekanizmasına göre hava yolu ve kemik yolu olmak üzere alt tipe ayrılırken cihazın sahip olduğu teknolojiye göre de analog sinyal işleyiciler, dijital olarak kontrol edilen analog sinyal işleyiciler ve dijital sinyal işleyiciler olarak üçe ayrılmaktadır⁽¹⁷⁾. Takılan bölgeye göre de kulak arkası, konka, kulak içi, kanal içi, cep tipi, tam kanal içi, gözlük tipi, baş bandı ile kullanılan cep tipi ve sound bite (diş implant) gibi farklı kategorilere ayrılmaktadır⁽¹⁸⁾. En sık kullanılan kulak implantı tipi, koklear implanttır⁽²⁾. İşitme cihazları ve koklear implantlar gibi teknolojiler sesi artırabilirken, tüm vakaların yarısında altta yatan asıl sorun olan genetik anomalilerin gen düzenleme yöntemleri ile ortadan kaldırılabileceği yapılan son çalışmalar ile gösterilmiştir⁽¹⁹⁾.

İletişimsel

Bir iletişim bozukluğu, kavramları veya sözel, sözsüz ve grafik sembol sistemlerini alma, gönderme, işleme ve anlama yeteneğindeki bir bozukluktur⁽²⁰⁾. İşitme, dil ve/veya konuşma süreçlerinde bir iletişim bozukluğu görülebilir. Bu bireyler için, Alternatif ve Destekleyici İletişim (ADİ) teknikleri kullanılmaktadır. ADİ sistemleri, şiddetli ifade ve/veya dil anlama bozuklukları olan bireylerin engellilik durumlarını geçici veya kalıcı olarak telafi etmeye ve kolaylaştırmaya çalışan, konuşma ve yazmanın yerini almak üzere işaret sistemi ve görsel sistemler gibi alternatif iletişim biçimlerine dayalı, sözel olmayan iletişim uygulamalarıdır. Ciddi iletişim bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiği otizm, serebral palsi, inme, afazi ve Down sendromu gibi ciddi konuşma veya dil sorunlarına sebep olabilen durumlarda kişiler kendilerine uygun farklı ADİ uygulamalarından fayda sağlayabilmektedirler.

ADİ sistemleri üçe ayrılmaktadır: Teknoloji gerektirmeyen (örneğin, işaret dili ve jest kullanımı), düşük düzeyde teknoloji gerektiren (örneğin, resim değiş-tokuşuna dayalı iletişim sistemi-PECS) ve orta-yüksek düzeyde teknoloji gerektiren (örneğin, konuşma üreten cihazlar (Speech Generating Devices-SDGs) iletişim sistemleridir⁽²¹⁾. Son yıllarda ADİ yöntemleri mobil cihazlarda yer almaya ve yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır⁽²²⁾.

Entelektüel / Bilişsel / Kavrama / Hafıza

Zeka, akıl yürütme, planlama, problem çözme, soyut düşünme, karmaşık fikirleri anlama, verimli öğrenme ve deneyimden öğrenmeyi içeren genel zihinsel kapasitedir⁽²³⁾. Zihinsel engellilik, hem gündelik sosyal ve pratik becerileri kapsayan hem zihinsel işleyle hem de uyarlanabilir davranışta önemli sınırlamalarla karakterize bir engeldir (DSÖ). Entelektüel engeli bulunan bireylerin sağlığına katkıda bulunmak amacıyla kullanılan bazı uygulamalardan aşağıda bahsedilmiştir;

Tele-konsultasyon

Gerçek zamanlı veya asenkron randevular ile sağlanan tele-konsultasyonun (video bağlantısı kullanılarak uzaktan danışmanlık) uzman tavsiyesine erişimi artırdığı gösterilmiştir⁽²⁴⁾. Bu yaklaşım özellikle entelektüel ve gelişimsel engellilik durumlarında, uzmanların sayıca nispeten az ve seyahat etmenin zor olduğu bölgelerde fayda sağlamaktadır. Tele-izleme ve uzaktan yönetim, fiziksel sağlıklarını yönetmede zihinsel engelli insanlara yardımcı olmak için daha yeni teknolojileri (giyilebilir "akıllı" cihazlar) kullanma potansiyeline de sahiptir⁽²⁵⁾.

Akıllı Telefon ve Tablet Uygulamaları

Semptom takibi, uykuda pasif veri toplama ve aktivite kalıplarını belirleme, bakıcılara ve tıbbi personele sağlık ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını sağlamak gibi amaçlarla kullanılan birçok uygulama bulunmaktadır⁽²⁶⁾.

Güvenlik

Özellikle demans hastaları için geliştirilen teknolojiler arasında güvenlik cihazları arasında ilaç düzenleyiciler, giyilebilir kimlik programı cihazları, konum teknolojisi, yatak doluluk sensörleri, kapı

güvenlik çubukları, dokunmatik tuş kilidi ve pencere sensörleri bulunur.

Engelli bireylerin sağlığına katkıda bulunma noktasında dijital teknolojilerin faydalı olabilmesi için bazı öneriler sunulmaktadır ⁽²⁷⁾.

- Evrensel tasarım ilkelerine sahip yardımcı teknolojiler;
 - Adil Kullanım
 - Kullanımda esneklik
 - Basit ve sezgisel kullanım
 - Algılanabilir bilgi
 - Hata toleransı
 - Düşük fiziksel çaba
 - Yaklaşım ve kullanım için boyut ve alan (uygun boyut ve alanın sağlanması)
- Teknoloji eğitimi
- Geliştirilmiş iletişim teknikleri
- Karma bakım modelleri (teknolojinin sunduğu ve yüz yüze desteği birleştirme)
- Ailelere ve bakıcılara yönelik dijital çözümler
- Ulaşılabilir ve sürdürülebilir yardımcı teknolojiler

Ülkemizde de özellikle son yıllarda engellilerin bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanma imkânları giderek artmaktadır. Özellikle görme engelliler için üretilen sesli kitap, Braille alfabesine göre basılan kitaplar, özel bilgisayar programları, Türkçe konuşan cep telefonu, sesli ajanda ya da çeşitli cihazlar, bu teknolojik aygıtlardan bazılarıdır.

Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre; tüm özürlülük türlerinde, katılımcıların özürlülükleri ile ilgili eğitim hizmetlerinden yararlanma oranı %12, meslek ve beceri edinme kurslarından yararlanma oranı ise sadece %1 civarındadır. İlköğretim ve ortaöğretim çağlarındaki engelli çocukların hem genel eğitim hem de mesleki eğitim kalitesinin artırılabilmesi için, bilgi ve iletişim teknolojileri sistemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. 2010 yılında gerçekleştirilen Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması sonuçlarına göre; 5-24 yaş arası engelli bireyler toplam grubun %33,4'ünü, 25-44 yaş arası engelli bireyler toplam grubun %27,7'sini, 45-64 yaş arası engelli bireyler ise toplam grubun %18,9'unu oluşturmaktadır. Yardımcı teknolojiler ve uygulamalardan en büyük faydayı görebilecek grup olan eğitim çağındaki ve üretken yaşlardaki engelli bireyler, tüm grubun yaklaşık olarak %80'nini temsil etmektedir.

Engelli insanların sağlıklarını daha iyi yönetmeleri için yapılan sağlığı geliştirme müdahalelerinin sağlık, aktivite, toplum katılımı ve yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisi olmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi halk sağlığı ve kamu politikasında önemli bir hedef haline gelmiştir ve engelli bireylerin yaşadığı sağlık eşitsizliklerinin azaltılması bu hedefin kritik bir parçası olmalıdır ⁽²⁸⁾. Engelli bireylerin toplumun gerisinde kalmayan, sağlık başta olmak üzere eğitim, istihdam, ulaşım, bilgi edinme gibi temel hak ve ihtiyaçlara eşit ölçüde sahip olduğu bir dünya, evrensel tasarım ilkelerine sahip, ulaşılabilir ve sürdürülebilir yardımcı teknolojiler geliştirerek mümkün olabilecektir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. (2011). Summary World Report On Disability. *World Health Organisation*, 1–24. <https://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>
- 2) Scholz, N. (2015). Assistive technologies to support the needs of people with disabilities. *EPRS European Parliamentary Research Service, PE 559.513* (June), 1–8.
- 3) GÜNGÖR, M., BOLAT, A., CENGİZ, H., & ASLAN, N. (2011). Özürlülere Yönelik Teknolojik Düzenlemeler. *Sektörel Araştırma ve Stratejiler Dairesi Başkanlığı*, 1–147.
- 4) Bulletin of the World Health Organization 2017;95:749-755. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187484>
- 5) Technology, A., & Opportunities, C. (2015). Assistive Technology for Children with Disabilities: Creating Opportunities for Education, Inclusion and Participation A discussion paper. *World Health Organization*, 34.
- 6) <https://www.jhuapl.edu/Prosthetics/Prosthetics/>
- 7) Benabid, A. L., Costecalde, T., Eliseyev, A., Charvet, G., Verney, A., Karakas, S., Foerster, M., Lambert, A., Morinière, B., Abroug, N., Schaeffer, M. C., Moly, A., Sauter-Starace, F., Rattel, D., Moro, C., Torres-Martinez, N., Langar, L., Oddoux, M., Polosan, M., ... Chabardes, S. (2019). An exoskeleton controlled by an epidural wireless brain-machine interface in a tetraplegic patient: a proof-of-concept demonstration. *The Lancet Neurology*, 18 (12), 1112–1122. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30321-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30321-7)
- 8) <https://www.bbc.com/news/health-49907356>
- 9) Jayaraman, A., O'brien, M. K., Madhavan, S., Mummisety, C. K., Roth, H. R., Hohl, K., Tapp, A., Brennan, K., Kocherginsky, M., Williams, K. J., Takahashi, H., & Rymer, W. Z. (2019). Stride management assist exoskeleton vs functional gait training in stroke: A randomized trial. *Neurology*, 92 (3), E263–E273. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006782>
- 10) https://www.youtube.com/watch?v=9jyE_GzsXJM
- 11) <https://www.prnewswire.com/news-releases/honda-rd-americas-collaborates-with-the-ohio-state-university-and-the-michael-j-fox-foundation-to-research-walking-assist-device-efficacy-in-people-with-parkinsons-disease-300789381.html>
- 12) <https://meetobi.com/>
- 13) <https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/using-technology>
- 14) <https://www.letsenvision.com/glasses>
- 15) Park, Sijin and Lee, D. Y. (2018). *Cutting-Edge Enabling Technologies for Regenerative Medicine* (pp. 155–160).

- 16) NIDCD. (2012). *NIDCD Fact Sheet Assistive Devices for People with Hearing , Voice, Speech, or Language Disorders Assistive Devices for People with Hearing, Voice, Speech, or Language Disorders*. 1–6. <http://www.nidcd.nih.gov/staticresources/health/hearing/NIDCD-Assistive-Devices-FS.pdf>
- 17) <http://www.tkbv.org.tr/menu/153/isitme-cihaz-tipleri-nelerdir-levent-kufeciler>
- 18) T.C. Milli Eğitim Bakanlığı *Biyomedikal Cihaz Teknolojileri İşitme Cihazları*, 2012
- 19) Harvard University. (2020, June 3). A promise to restore hearing. *ScienceDaily*. Retrieved June 4, 2020 from www.sciencedaily.com/releases/2020/06/200603144338.htm
- 20) American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations* [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy.
- 21) Kırcaali-İftar, G., ve Odlyurt, S. (2012). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara iletişim becerilerinin kazandırılması. E. Tekin-İftar (Editör). *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklar ve Eğitimleri* (327-365). Ankara: Vize Yayıncılık.
- 22) Gündoğdu, D., Elcik, Z., & Doenyas, C. (2019, 7 31). Türkiye'deki otizmlı çocukların alternatif ve destekleyici iletişim sisteminde en çok kullandığı sözcükler. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*, 9 (2), 392-415.
- 23) AAIDD (American Association on Intellectual Developmental Disabilities). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: AAIDD; 2010.
- 24) Szeftel, R., Federico, C., Hakak, R., Szeftel, Z., & Jacobson, M. (2012). Improved access to mental health evaluation for patients with developmental disabilities using telepsychiatry. *Journal of telemedicine and telecare*, 18 (6), 317–321. <https://doi.org/10.1258/jtt.2012.111113>
- 25) Haymes, L. K., Storey, K., Maldonado, A., Post, M., & Montgomery, J. (2015). Using applied behavior analysis and smart technology for meeting the health needs of individuals with intellectual disabilities. *Developmental Neurorehabilitation*, 18 (6), 407–419. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.850750>
- 26) <https://www.nhs.uk/apps-library/>
- 27) Sheehan, R., & Hassiotis, A. (2017). *Digital mental health and intellectual disabilities : state of the evidence and future directions*. *Evidence-Based Mental Health*, 20 (4), 107–111. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102759>
- 28) Rimmer, J. H., & Rowland, J. L. (2008). Health Promotion for People With Disabilities: Implications for Empowering the Person and Promoting Disability-Friendly Environments. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (5), 409–420.

> SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

BÖLÜM

11

> Sunuş

PROF. DR. BİRGÜL PİYAL

Bölüm Editörü

Bilindiği gibi, Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferanslarının birincisi 1986 yılında Ottawa’da öncelikle dünya ölçeğinde yeni bir halk sağlığı hareketi için artan beklentilere bir yanıt olarak düzenlendi. Uluslararası kuruluşlar, ulusal hükümetler ve yerel topluluklar arasında 2000 yılı ve sonrasında “Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşmaya yönelik bir dizi eylem başlatıldı. Ottawa Sözleşmesi’nde tanımlanan temel sağlığı geliştirme stratejileri: **savunmak** (sağlığı destekleyen, güçlendiren etmenleri yükseltmeye yönelik savunuculuk), **olanaklı kılmak/olanak sağlamak** (bütün insanların sağlıkta eşitliğe ulaşmasına ön vermek) ve ortamı bu açıdan uygun hale getirmeye, sektörlerarası işbirliği sağlamaya **aracılık etmek** idi ⁽¹⁾.

Ottawa’nın Logo’su, 3 kanatlı bir daireyi temsil eder. Sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesinde beş temel eylem alanı (sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, sağlık için destekleyici ortamlar oluşturmak, sağlık için toplumsal eylemliliği güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek) ve yukarıda açıklanan üç temel sağlığı geliştirme stratejisini ⁽²⁾.

O zamandan bu yana, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün Küresel Sağlık Geliştirme Konferansları, sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi için küresel ilkeler ve eylem alanları oluşturmuş ve geliştirmiştir. Son olarak, “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) ‘nde Sağlık Geliştirmek: “Her şey sağlık için ve herkes için sağlık” başlıklı 9. küresel konferans (Şangay 2016), sağlığı geliştirme ile 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi arasındaki kritik bağlantıların altını çizdi. Şangay Bildirgesi, SKH’le-

rine yönelik ülke eylemlerini hızlandırmak için cesur siyasi müdahaleler çağrısında bulunurken, hükümetlerin sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesinin dönüşüm potansiyelini kullanabilecekleri bir çerçeve sunmaktadır ⁽¹⁾.

Ottawa’dan (1986) günümüze küresel **kazanımlarımız**;

- 2020 yılının başında, tarihin herhangi bir döneminde olduğundan daha fazla çocuk ilk doğum gününü görece kadar yaşamıştır,
- Çocuk ölümleri 2000 yılından bu yana % 50 azalmıştır,
- Anne ölümleri ve çocuk evlilikleri düşüştür,
- Her zamankinden daha fazla kız çocuk okula başlamakta ve devam etmektedir ⁽³⁾.

Ancak bu gelişmeler küresel ölçekte eşit olmamış ve büyük ilerleme her kadına veya her çocuğa ulaşamamıştır. Kazanımların kırılğan olduğu kanıtlanmıştır ve bu açıdan artık belirsizlik vardır ⁽³⁾.

Ottawa’dan günümüze küresel **başarısızlıklarımız** (çözemediklerimiz); 2019 yılında:

- Dünya nüfusunun hâlâ en az yarısı tam anlamıyla temel sağlık hizmetleri kapsamında değildir ⁽⁴⁾.
- Hâlâ sağlık hizmetleri için ödeme yapmak zorunda olan yaklaşık 100 milyon insan aşırı yoksulluğa (günde 1,90 ABD Doları veya daha azıyla yaşamak olarak tanımlanmakta) itilmektedir ⁽⁴⁾.
- Dünya genelinde okulların % 43’ü en temel el yıkama olanağından (su ve sabun) yoksundur ⁽³⁾.
- Pediatrik HIV enfeksiyonlarının onda dokuzu Sahra altı Afrika’da meydana gelmektedir. Kadınlar ve çocuklar çatışma durumlarında özellikle savunmasızdır ⁽³⁾.

- Küresel 5 yaş altı ölümlerin % 40'ı kırılğan koşullarda gerçekleşmiştir ⁽³⁾.
- Doğum öncesi ve yenidoğan döneminde hava kirliliğine sunuk (maruz) kalma, çocukluk döneminde artmış akut solunum yolu hastalıkları riski ve akciğer gelişiminin etkilenmesi, akciğer fonksiyonlarında azalma, beyin olgunlaşmasında yavaşlama ve okul çocuklarında bilişsel işlevde bozulma da içinde olmak üzere morbidite ve mortalite ile büyük ölçüde ilişkilidir ⁽³⁾.
- İklim değişikliği ve çevresel etkileri günümüzde, çocukların yaşamları için ve gelecek kuşaklar için ek bir tehdittir ⁽³⁾.
- Bir yandan da pandeminin dramatik etkileri yaşanmaktadır:
- Ülkelerin % 50'si rutin aşılama hizmetlerinde, sıtma önleme kampanyalarında, aile planlamasında ve doğum öncesi bakım hizmetlerinde kısmi veya ciddi aksamlar bildirmektedir ⁽³⁾.
- İnsan immün yetmezliği virüsü (HIV) ve rotavirüs aşısı olan gebelerin tedavisindeki kazanımlar, pandemi öncesi önemliyen, günümüzde kızamık aşılı ve difteri-boğmaca-tetanoz aşısının 3. Doz uygulamasındaki (DBT3'teki) düşüşler endişe kaynağıdır ⁽³⁾.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin önderliğinde hazırlanan Türkiye Sağlık Rapor'ları, Ülkemizin güncel sağlık durumunu halk sağlığı bakış açısıyla yansıtmayı amaçlamaktadır. **Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Bölümü** ilk kez, Türkiye Sağlık Raporu 2014'te yer almıştır. Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2020'nin Sağlığı Geliştirme Bölümünde, ülkemizde Çocuk ve Adolesan Sağlığı, Göçmen Sağlığı, Tek Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı ve İletişimi uygulamalarına ilişkin güncel durum Sağlığı Geliştirme bakış açısıyla değerlendirilmekte, yürütülmekte olan ulusal ve yerel ölçekli programlar ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Bu bölümün farklı konuları ele alan alt bölümlerinde, Türkiye'de sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak uygulanan programlara, kazanımlarımıza değinilmiştir. Ancak, bu kazanımlar açısından önemli eşitsizlikler vardır.

- Ülkemizde işsizlik sorunu çözülememektedir. İstihdam bir yılda (Mart 2019- Mart 2020) 1 milyon 662 bin kişi azalmıştır ⁽⁵⁾.
- Ülkemizde 2020 yılı Mayıs Ayı'nda % 24.90 olan Genç İşsizlik Oranı, Haziran ayında yüzde 26,10'a yükselmiştir ⁽⁶⁾.

- Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) "insana yaraşır iş" yaklaşımı temelinde herkese güveneli ve nitelikli işler sağlanmalıdır ⁽⁵⁾.
- Eğitimde fırsat eşitliği, istihdam ve gelir sorunlarıyla ilgilidir. Türkiye'de bölgeler arasındaki ciddi yapısal farklılıklar, eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanmasının önünde önemli bir engel oluşturmaktadır ⁽⁷⁾.
- İBBS-1'e göre sunulan Sağlık Bakanlığı verileri bölgesel eşitsizlikleri yansıtmaktadır. Batı Marmara'da %0 7,3 olan bebek ölüm hızı, Güneydoğu Anadolu'da %0 13,5'tir ⁽⁸⁾.
- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2019 yılında aşılama hızları, 2018 yılına göre artış göstermiştir. Bölge bazında eşitsizlikler vardır, tüm aşılama hızlarının en yüksek olduğu bölge, Batı Marmara bölgesidir ⁽⁸⁾.
- Aşı reddi/ kararsızlığı yaygınlaşan önemli bir sorundur. Türkiye'de 2017 yılında aşı reddi nedeniyle 23.642 çocuk aşılanamamıştır ⁽⁹⁾.

Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferanslarının "**Bütün politikalarda sağlık**" ve "**Herşey sağlık için**" vurguları ulusal politikalarımızın ana ekseninde yer almalıdır. "**Sağlığı destekleyici çevreler oluşturmak**" için, fizik çevre kadar sosyal, ekonomik ve politik çevrenin de yasal ve yapısal açıdan uygun hale getirilmesi önemli gerekliliktir. Dünyamız hiç olmadığı kadar ekosistemin bütün öğelerini eşitlik ve hakkaniyet içinde değerlilikle kucaklamak zorundadır.

Bu Bölümün hazırlanmasında görev alan, emek veren değerli meslektaşlarımıza teşekkür eder, yararlı olmasını dileriz.

Kaynaklar

- 1) https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 erişim: 05.09.2020
- 2) <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> erişim: 05.09.2020
- 3) EWEC Report in Brief Final, <https://data.unicef.org/resources/protect-the-progress-rise-refocus-recover-ewec-2020/> erişim: 28.09.2020
- 4) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) erişim: 02.10.2020
- 5) İşsizlik ve İstihdamın Görünümü Raporu, DİSK-AR Haziran 2020.
- 6) <https://tradingeconomics.com/turkey/youth-unemployment-rate> erişim: 05.10.2020
- 7) <http://iscass.org/uploads/img/tes-sorunlari-kitapcik-isbn.pdf> erişim: 05.10.2020 (içinde: İnan ve Demir, 2018)
- 8) Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni 2019, Eylül 2020.
- 9) <https://hasuder.org.tr/bagisiklama-icin-hekimlere-yonelik-bilgi-notu/> erişim: 04.10.2020

Çocuk ve Adolesanlarda › Sağlığın Geliştirilmesi

127

DOÇ. DR. DERYA ÇAMUR

Sağlığın geliştirilmesi bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak sağlığın daha iyiye götürülme sürecidir. ⁽¹⁾ Kişilerin en uygun sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam biçimlerini değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalı olarak da ifade edilebilir. ⁽²⁾ Ancak yetişkin bireylerde yaşam biçimi değişikliği yapmanın gücü de açıktır. Bu nedenle çocukluk ve adolesan dönemi sağlığın temellerini atmak için son derece önemli bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Çocukluk ve ergenlik çağında sağlığa yapılacak yatırım sağlıklı toplumlar oluşturabilmenin anahtarıdır.

Dünyada 10-14 yaş grubu için su, hijyen ve sanitasyonla ilgili sağlık riskleri ön planda iken, 15-19 yaş grubunda alkol kullanımı, güvensiz seks ve bunlara bağlı sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Kötü beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, cinsel istismar, özellikle 15-19 yaş kızlarda partner şiddeti, erken ve istenmeyen gebelikler, güvensiz koşullarda gebeliğin sonlandırılması önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. ⁽³⁾ Ülkelere göre morbidite ve mortalite nedenleri farklılık göstereceğinden sağlığı geliştirme çalışmalarının da bu örüntüye uygun biçimde planlanması gerekmektedir.

Birçok kronik hastalığın ortaya çıkışında kötü beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi riskli davranışlar rol oynamaktadır. ⁽⁴⁾ İlerleyen yaşlarda karşımıza çıkan kronik hastalıkları önlemek için çocukluk ve ergenlik döneminde risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik sağlıklı davranışlar oluşturmak, yetişkinlik

döneminde sağlıksız davranışları değiştirmekten daha kolay ve etkilidir. ⁽⁵⁾

Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) bünyesinde yer alan Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme Merkezi (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion) çocukların sağlığı için ebeveynler, okul öncesi eğitim kurumları, okullar, sağlık sistemleri ve çocuk sağlığıyla ilgilenen topluluklarla birlikte aşağıdaki konularda çalışmaktadır: ⁽⁵⁾

1. Okul öncesi kurumlarda obezite riskinin azaltılması,
2. Okullarda sağlıklı gıda seçeneklerinin sağlanması ve beslenme eğitimi,
3. Okullarda fiziksel aktivite eğitiminin ve seçeneklerinin geliştirilmesi,
4. Tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi,
5. Okullarda çocukların ve adolesanların kronik hastalıklarının yönetimine destek olunması,
6. Dişlerdeki kavimleri önlemek için fissür örtücüleri kullanımının desteklenmesi,
7. Yeterli uykunun özendirilmesi.

Kanada'da 2005 yılında eyaletler, bölgesel ve federal hükümetlerin katılımıyla okul ortamında çocukların ve gençlerin sağlığını geliştirmek ve okul başarısını desteklemek amacıyla iki büyük sistem olan eğitim ve sağlık sistemini bir araya getirmek için Kanada Okul Sağlığı Ortak Konsorsiyumu (JCSH-The Pan-Canadian Joint Consortium

for School Health) oluşturulmuştur. Konsorsiyum sağlıklı okulları desteklemek, bunun için kurumlararası işbirliğini güçlendirmek, sağlık ve eğitim sektörlerinin birlikte daha etkin ve verimli çalışmasına yönelik kapasite geliştirmek için çalışmaktadır. (6)

Norveç'te bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmalarının takibi için indikatörler belirlenmiştir. Adolesanlarda fiziksel aktivitenin artırılması, tütün kullanımının, obezitenin, tuz ve doymuş yağların tüketiminin azaltılması, çocukluk çağı aşılı arasında HPV aşısının yer alması, doymuş yağlar, trans yağ asitleri, serbest şekerler veya tuz bakımından zengin gıdaların ve alkolsüz içeceklerin pazarlanmasının çocuklar üzerindeki etkisini azaltmak için politikalar geliştirilmesi çocuklar ve adolesanlarda sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili indikatörlerdir. (7)

Avrupa Birliği ülkelerinde 2009-2010 eğitim-öğretim yılında başlatılan Okul Meyvesi Uygulaması ile sağlıksız atıştırma davranışlarının tüketiminin azaltılması amaçlanmaktadır. (8)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2005 yılında Kobe'de yapılan Çocukluk Obezitesi Uzmanlar Toplantısı'ndan sonra beslenmeyle ilişkili hastalık yükünü azaltmak için Beslenme Dostu Okullar Girişimi (NFSI- Nutrition-friendly Schools Initiative) başlatılmıştır. (9)

Yapılan çalışmalarda ülkemizde 15 yaş ve üzeri grupta obezite sıklığı 2012 yılında %17,2, 2014 yılında %19,9 ve 2016 yılında %19,6 olarak saptanmıştır ve artma eğiliminde olduğu görülmektedir. (10) Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması'na (CO-SI-TUR-2016) göre ise ilkököl 2. sınıf öğrencilerinin % 9,9'u şişmandır. (11)

Ülkemizde 2019 yılı verilerine göre 0-17 yaş grubu, nüfusun %27,5'ini oluşturmaktadır. (12) Onaltı-onyediy yaş grubunda evlenen erkek sayısı 940 iken, kadın sayısı 17047'dir. (12) Bu veriler çocuk ve adolesanlarda sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmaların önemini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda kız adolesanlar için erken yaşta yapılan evlilikler, erken yaşta gebelikler ve bunlara bağlı komplikasyonları da bir sorun olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Çocuk ve adolesanların sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmalar ülkedeki mevcut sağlık politikaları ve sosyal politikalarından doğrudan ya da dolaylı olarak, olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmektedir. Tütün kullanımının azaltılmasına yönelik bir düzenleme çocuk ve adolesan sağlığı için de koruyucu etki ortaya çıkarırken, erken yaşta evliliklerin

yasal olarak önlenmemesi sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Ülkemizde çocuklar ve adolesanların sağlığını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde pek çoğunun okul sağlığı kavramı içerisinde olduğu görülmektedir. Okullar çocuk ve adolesanlarda sağlığı geliştirme çalışmalarının yürütüleceği önemli kurumlar olmakla birlikte, bu eksenin dışına çıkan çalışmalara da gereksinim vardır.

Ülkemizde Yürütülen Çalışmalar

Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı

Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 17.05.2016 tarihinde imzalanan Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü ile Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı başlatılmıştır. Programın amacı bütüncül yaklaşımla bir okul sağlığı modelinin oluşturulmasıdır. Çalışmalar sağlık hizmetleri, sağlıklı ve güvenli okul çevresi, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, fiziksel aktivite ve aile/toplum katılımı olmak üzere altı başlık altında toplanmıştır. Bu programın başlamasından sonra Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından okullarda yapılan sağlık taramaları, 2016 yılı sonu itibarıyla okul çağı çocuklarının yıllık periyodik izlemi olarak Aile Hekimleri tarafından yapılmaya başlanmıştır. (13)

Beyaz Bayrak

Beyaz Bayrak uygulaması Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında 03.08.2006 tarihinde imzalanan "Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü" ile başlatılmıştır. Protokol Milli Eğitim Bakanlığına bağlı kamu ve özel, okul öncesi eğitim kurumları, ilkököl, ortaokul ve liseler ile mesleki eğitim merkezi, halk eğitim merkezi, eğitim uygulama okulu ve iş sağlığı eğitim merkezlerini kapsamaktadır. Amaç bu kurumların temizlik ve hijyen konularında desteklenmesi, okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılmasıdır. Beyaz Bayrak almak isteyen ve bu konuda çalışmalarını yapan okullar başvurularının ardından İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü uzmanlarından oluşan komisyon tarafından belirlenen kriterlere göre denetlenmektedir. Yatılı ya da pansiyonu olan okullarda pansiyon bölümleri ayrıca değerlendirilmektedir. Beyaz Bayrak denetiminde okul çevresi, koridorlar, sınıflar, idari

birimler, öğretmen odası, kütüphane, spor salonu, tiyatro salonu, atölyeler, laboratuvarlar, tuvalet ve lavabolar, kantin, yemekhane, içme suyu temini, ilkyardım hizmeti ve genel temizlik konusunda değerlendirme yapılmaktadır. Bu denetimde 100 üzerinden 90 ve üzeri puan alan okullar okul sağlığını ve temizliğini simgeleyen “Sertifika”, “Beyaz Bayrak” ve “Pirinç Levha” almaya hak kazanmaktadır. Beyaz Bayrak Sertifikası üç yıl geçerlidir. Üç yıl sonunda yapılan denetimde koşulları sağlamayan okulların sertifikası iptal edilmektedir.⁽¹⁴⁾

Okul sayılarına ilişkin en son 2018- 2019 eğitim öğretim yılı verilerine göre ülkemizde, 66 bin 849 okul bulunmaktadır.⁽¹⁵⁾ Ülkemizdeki okulların 2020 Ocak ayı itibarıyla yaklaşık % 54’ü Beyaz Bayrak sahibidir.⁽¹⁶⁾

Beslenme Dostu Okullar Programı

Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında 21.01.2010 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol ile DSÖ’nün Beslenme Dostu Okullar Girişimi ülkemizde Beslenme Dostu Okullar Programı olarak başlatılmıştır. Programın amacı okullarda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılması, iyi uygulamaların desteklenmesidir. Program resmi ve özel; okul öncesi eğitim kurumları (anaokulu), ilkokul, ortaokul ve liseler ile mesleki eğitim merkezleri, özel eğitim uygulama ve iş eğitim merkezlerini kapsamaktadır. Bu programa başvuracak okulların Beyaz Bayrak sertifikasına sahip olması önkoşuldur. Okulda Okul Sağlığı Yönetim Ekibi bulunmalı, okula özgü yıllık Beslenme Dostu Okul Planı hazırlanmalı ve etkinlikler bu plan doğrultusunda gerçekleştirilmiş olmalıdır. Başvuruda bulunan okullar İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü uzmanlarından oluşan komisyon tarafından belirlenen kriterlere göre denetlenmekte, denetim sonucunda en az 75 puan alan okul Beslenme Dostu Okul olmaktadır.⁽¹⁷⁾

Ocak 2020 itibarıyla ülkemizdeki okulların %29’u (17404 okul) Beslenme Dostu Okul ünvanı almıştır. Protokolün imzalanmasından bu yana geçen süre göz önüne alındığında bunun yeterli olmadığı açıktır. İller bazında bakıldığında Şırnak’ta hiç beslenme dostu okul yokken, Isparta ve Tunceli’deki okulların tamamı beslenme dostudur. Beyaz Bayrak sahibi okulların ise %49’unun Beslenme Dostu Okul olduğu görülmektedir (Tablo 127.1).⁽¹⁶⁾

İlköğretim Okullarında Okul Sütü Programı

İlköğretim Okullarında Okul Sütü Programı, Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı’nın Okullarda Obezite ile Mücadelede Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması başlığı altında başlatılan bir etkinliktir. Tarım ve Orman Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Süt Konseyi işbirliğinde yürütülmektedir. Programın amacı, öğrencilere süt içme alışkanlığını kazandırmak, yeterli ve dengeli beslenmelerine katkıda bulunmaktır. Anaokulu ve ilkokul düzeyinde haftada üç gün süt dağıtımı yapılmaktadır.⁽¹⁸⁾

Okullara Kuru Üzüm Dağıtımı

Çocuklara sağlıklı ara öğün alışkanlığının kazandırılması amacıyla Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü işbirliğinde 2016 yılında Okullara Kuru Üzüm Dağıtımı Programı başlatılmıştır. Anaokulu ve ilkokul öğrencilerine haftada 1 gün 25’er gram kuru üzüm dağıtımı yapılmaktadır.⁽⁸⁾

Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları

Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı çalışmaları kapsamında okul kantinlerine yönelik Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları hazırlanmıştır.⁽¹⁹⁾ Bu standartların oluşturulmasının amacı öğrencilerin sağlıklı yiyecek/içecek seçimi yapabilmelerine yardımcı olmaktadır. Bu standartlar okul idaresi, kantin/çay ocağı/büfe işletmecileri ve ailelerin, besin değeri yüksek, porsiyon ölçüleri çocuk ve ergenler için uygun, aşırı miktarda yağ ve şeker içermeyen, yüksek enerjili olmayan sağlıklı gıdaların seçiminde yararlı bir araçtır. Buradaki öneriler, sağlıklı bir büyüme ve gelişme için önerilen; enerji, doymuş yağ, tuz ve şeker tüketiminin azaltılması doğrultusunda geliştirilmiştir. Standartta yer alan yiyecek ve içecekler, enerji ve besin ögesi içeriklerine göre üç grupta toplanmıştır:

- YEŞİL: Besin değeri yüksektir.
- TURUNCU: Bazı besin öğelerini içermekle birlikte enerji (kalori/kkal), doymuş yağ, tuz ve şeker içeriği yüksek olabilir.
- KIRMIZI: Besin değeri düşük, enerji (kalori/kkal), doymuş yağ, tuz ve şeker içeriği yüksektir.

Tablo 127.1 İllere göre Beslenme Dostu Okul (BDO) ve Beyaz Bayrak sahibi okul (BBO) verileri (Ocak 2020)⁽¹⁶⁾

İller	BDO Sayısı	BDO oranı (%) ¹	BDO/BBO (%) ²	İller	BDO Sayısı	BDO oranı (%) [*]	BDO/BBO (%) ^{**}
Adana	399	30	52	K. Maraş	182	17	41
Adıyaman	235	28	58	Karabük	73	42	44
Afyon	204	24	48	Karaman	108	46	65
Ağrı	38	4	22	Kars	12	2	6
Aksaray	49	11	22	Kastamonu	94	27	51
Amasya	179	56	60	Kayseri	194	17	28
Ankara	1167	44	62	Kırıkkale	44	18	26
Antalya	282	16	33	Kırklareli	37	15	29
Ardahan	43	25	55	Kırşehir	66	29	40
Artvin	96	60	81	Kilis	15	8	22
Aydın	515	59	73	Kocaeli	326	28	54
Balıkesir	428	47	63	Konya	544	30	49
Bartın	23	14	32	Kütahya	140	25	44
Batman	156	23	60	Malatya	157	21	31
Bayburt	74	56	81	Manisa	428	37	49
Bilecik	86	47	97	Mardin	250	25	40
Bingöl	28	6	28	Mersin	272	21	58
Bitlis	21	2	18	Muğla	146	18	24
Bolu	85	37	59	Muş	29	4	14
Burdur	187	72	89	Nevşehir	73	22	27
Bursa	583	35	50	Niğde	81	20	25
Çanakkale	134	35	57	Ordu	145	25	68
Çankırı	102	58	61	Osmaniye	125	29	60
Çorum	72	15	27	Rize	81	28	43
Denizli	299	36	54	Sakarya	144	19	29
Diyarbakır	251	15	45	Samsun	198	19	45
Düzce	75	23	100	Siirt	29	5	36
Edirne	113	34	50	Sinop	71	38	62
Elazığ	101	22	41	Sivas	285	44	69
Erzincan	56	23	69	Şanlıurfa	269	12	33
Erzurum	759	63	75	Şırnak	0	0	0
Eskişehir	205	42	52	Tekirdağ	272	45	59
Gaziantep	592	47	80	Tokat	548	85	100
Giresun	107	29	36	Trabzon	182	28	34
Gümüşhane	59	37	38	Tunceli	86	100	100
Hakkari	16	5	17	Uşak	134	44	72
Hatay	453	31	51	Van	156	10	59
Iğdır	51	18	31	Yalova	50	29	47
Isparta	434	100	100	Yozgat	106	20	56
İstanbul	1223	19	26	Zonguldak	165	34	60
İzmir	1107	44	61	TÜRKİYE	17404	29	49

¹İldeki BDO sayısı/ İldeki toplam okul sayısı (%)^{**}İldeki BDO sayısı/ İldeki BBO sayısı (%)

YEŞİL ve TURUNCU gruptaki yiyecek ve içecekler okullarda bulundurulabilir. KIRMIZI gruptaki yiyecek ve içeceklerin okullarda bulundurulmaması önerilmektedir. Okullardaki yiyecek ve içeceklerin mümkün olduğunca yelpazenin yeşil tarafına yakın olması istenmektedir.⁽²⁰⁾

Milli Eğitim Bakanlığı'nın 21.07.2011 tarih ve 2011/41 sayılı Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uygulanacak Hijyen Kuralları Genelgesi gereği eğitim kurumlarında, yemekhaneler, kantinler, çay ocakları, büfeler gibi yerlerde çocukların dengesiz beslenmesine neden olabilecek (doğal maden suları hariç) enerji yoğunluğu yüksek, besin değeri düşük olan enerji içecekleri, gazlı, aromalı ve kolalı içecekler, kızartma ve cipslerin satışı yapılmayacak, otomatik satış yapan makinelerde bu ürünler bulundurulmayacaktır. Bunların yerine süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkılmış meyve suyu ve tane ile satış yapılabilen meyve bulundurulacaktır.⁽²⁰⁾

Okullarda Fiziksel Aktivite-Fiziksel Uygunluk Karnesi

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında hazırladığı Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi doğrultusunda Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı işbirliğinde öğrenciler için Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi geliştirilmiştir. Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi eğitim ve öğretim yılı başında (15 Eylül- 15 Ekim) ve sonunda (15 Nisan-15 Mayıs) olmak üzere yılda 2 kez verilmektedir. Bu uygulamada beden eğitimi öğretmenleri tarafından mekik, şınav, otur-uzan esneklik ölçümü, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü değerlendirilmektedir.^{(21), (22)} Veliler e-okul veri tabanından çocuklarına ait Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi'ne ulaşabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından okullarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda eğitimler verilmektedir (Tablo 127.2).⁽²³⁾

Tablo 127.2 2018-2019 Eğitim öğretim yılında anaokulu, ilkököl, ortaokul ve lise düzeyinde verilen sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitimleri⁽²³⁾

	Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitim sayıları
Eğitim verilen okul sayısı	27 480
Eğitim verilen kişi sayısı	3 198 214
Öğrenci sayısı	2 919 118
Veli sayısı	126 860
Öğretmen sayısı	128 378
Diğer okul çalışanı sayısı	23 858

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı

Aşırı tuz tüketimi değiştirilebilir bir sağlıksız beslenme uygulamasıdır ve başta hipertansiyon olmak üzere kronik hastalıklar için risk faktörüdür. DSÖ tarafından tuz tüketiminin günlük 5 gr'dan az olması önerilmektedir.⁽²⁴⁾ Ülkemizde yapılan araştırmalarda günlük tuz tüketimi 2012 yılında 18 gr⁽²⁵⁾, 2012 yılında 14,8 gr⁽²⁶⁾ ve 2018 yılında 9,9 gr⁽²⁷⁾ olarak saptanmıştır.⁽¹⁰⁾

Toplumda tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı yürütülmektedir.⁽²⁸⁾ Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Eylem Planı (2011-2015) çerçevesinde ekmek, salça, zeytin, peynir ve baharattaki tuz oranları azaltılmıştır. Kamu kurumlarının kafeterya ve yemekhanelerinde masalarda bulunan tuzluklar, 27714 sayılı ve 29.09.2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Genelge ile kaldırılmıştır. Okul kantinlerinde satılan besinlerin tuz miktarına ilişkin kriterler belirlenmiştir. Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) Mevzuatında "Genel Beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların (yağ, yağa dönüşen asitler, tuz/sodyum ve şeker gibi gıda ve maddeleri içeren yiyecek ve içeceklerin) reklamı çocuk programlarının başında, sonunda veya içinde yapılamaz" hükmü yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından çocuklara yönelik gıda ve içecek reklamların sınırlandırılması amacıyla Çocuklara Yönelik Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen Gıdalar ve İçecekler ile İlgili Reklamlar İçin Besin Profili Modeli hazırlanmıştır. RTÜK tarafından aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların tespitinde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan liste kullanılmaktadır.^{(28) (29)}

Gıdalarda Trans Yağların Azaltılması

Mayıs 2020'de yapılan bir düzenleme ile gıdalardaki trans yağ miktarına sınırlama getirilmiştir. Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelik'te yapılan değişiklikle, tüketiciye sunulan gıdalarda trans yağ miktarı toplam yağın 100 gramında 2 gramı geçemeyecektir.⁽³⁰⁾

Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı

Türkiye'de çocukluk çağı ev kazaları tüm kazaların %18-25'ni oluşturmakta, acil servis başvurularında

trafik kazalarından sonra 2. sırada yer almaktadır. Ev kazalarının %45,4'ü 0-6 yaş grubu çocuklarda görülmektedir. Bir-dört yaş çocuk ölümlerinin yaklaşık dörtte biri kaza ve yaralanmalara bağlıdır. Bunların dörtte biri trafik kazaları, dörtte üçü de düşmeler ve diğer yaralanma biçimleri (mekanik kuvvetlere maruziyet, boğulma, yanık, zehirlenme) sonucu ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda yaralanmaları ve buna bağlı yeti yitimi ve ölümleri azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'nin katkılarıyla Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı başlatılmıştır. Program kapsamında stratejilerin belirlenmesi ve yürütülmesine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. En çok mortalite ve morbidite nedeni olan düşme, boğulma, yanık ve zehirlenmeler konusunda aileler için temel mesajlar oluşturulmuş, aile sağlığı merkezlerinde ve acil servislerde ailelere verilmek üzere yaş gruplarına özel broşürler hazırlanmış, aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve halk eğitimi için hazırlıklar tamamlanmıştır. Ev kazalarının önlenmesine yönelik olarak 0 yaş ve 1-4 yaş için kontrol listeleri oluşturulmuştur. Program için eylem planı oluşturulması çalışmaları devam etmektedir. (31)

Yenidoğan ve Okul Dönemi İşitme Taraması Programları

Yenidoğan İşitme Taraması Programı Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonu ile 29.09.2000 tarihinde pilot program olarak başlatılmış, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2008 yılın-

da 81 ilde ulusal program haline getirilmiştir. (32) Tarama yapılan yenidoğan oranı 2014 yılında %90,7 iken 2018 yılında %95,8'e çıkmıştır. (33)

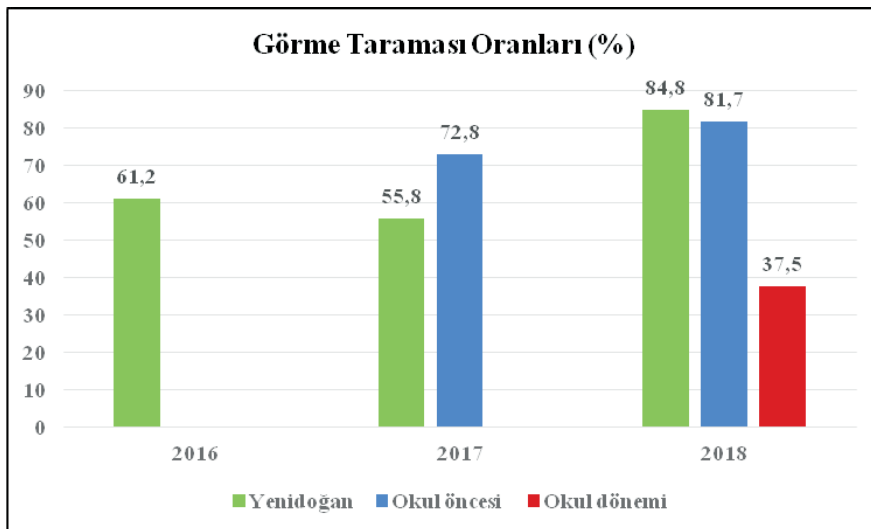
Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılı sonunda 81 ilde ilköğretim 1. sınıflarda Okul Çağı Çocuklarının İşitme Taraması Programı başlatılmıştır. (34) Tarama yapılan çocuk oranı 2016 yılında %26,6 iken, 2018 yılında %85,2'ye yükselmiştir. (35)

Görme Taraması Programları

Sağlık Bakanlığı tarafından yenidoğan, okul öncesi ve okul çağında olmak üzere üç kez göz taraması programı yürütülmektedir. Göz taramaları aile hekimleri tarafından bebek, çocuk ve ergen izlem protokolleri kapsamında yapılmaktadır. Yenidoğan Görme Taraması Programı'nda Kırmızı Refle Testi kullanılmaktadır. Okul Öncesi Dönem Görme Taraması Programı 36-48 aylık çocuklar için 2015 yılında başlatılmıştır. Kırmızı Refle Testi ve Lea Sembol Testi kullanılmaktadır. Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı ilköğretim 1. sınıf öğrencilerinde Eylül 2018'de başlatılmıştır. LEA Sembol Testi ve Snellen Eşeli kullanılmaktadır. (35)- (37) Yıllara göre görme taraması oranları Şekil 127.1'de verilmiştir. (38)

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı

Ülkemizde ağız-diş sağlığı profilinin belirlenmesi amacıyla yapılan ilk en geniş kapsamlı çalışma Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili-2004 çalışmasıdır. Bu çalışmada, toplumdaki ortalama ağız diş sağlığı risklerini ortaya koyan dmft/DMFT (süt dişlerdeki



Şekil 127.1 Yıllara göre görme taraması oranları. (38)

/ kalıcı dişlerdeki çürük, kayıp, dolgulu diş) indeksi 5 yaş için 3,7; 12 yaş için 1,9; 15 yaş için 2,3 olarak saptanmıştır. (39) Bu konudaki diğer önemli bir çalışma olan Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Mevcut Durum Analizi 2009-2010’da ise DMFT indeksi 10-14 yaş grubunda 2,23 olarak ortaya konulmuştur. Bu önemli bir artış olarak değerlendirilmektedir. OECD ülkelerinde temel referans yaş olan 12 yaş çocuklarda DMFT indeksi 2006 yılında 1,6 olarak rapor edilmiştir. Aynı dönemde ülkemiz için 1,9 olan bu değer pek çok Avrupa Birliği ülkesinden de yüksektir. (40) TÜİK 2016 yılı verilerine göre, ağız ve diş hastalıkları son altı ayda görülen hastalık sıralamasında, 0-6 yaş grubu çocuklarda %7,3 sıklıkla 5. sırada, 7-14 yaş grubundaki çocuklarda %23,4 ile ilk sırada yer almaktadır. (41)(10)

Ağız-diş sağlığı indekslerindeki iyileşmelerin koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetleriyle elde edilebileceği açıktır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı uygulamaya konulmuştur. Program kapsamında okullarda ağız-diş sağlığı taraması yapılmakta, bu sırada öğrencilere diş fırçası ve macun dağıtılmakta, florlu vernik uygulaması yapılmakta ve eğitim verilmektedir. Florlu vernik uygulaması yılda iki kez yapılmakta olup 2014-2015 eğitim öğretim yılında 60 ayını doldurmuş anasınıflı öğrencileri için başlatılmış, sonraki yıllarda ilköğretim 1,2,3 ve 4. sınıflara da yaygınlaştırılmıştır. Ancak uygulama yapılan çocuk sayısı istenilen düzeyde değildir. (42)(43)

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan TADSAP 2018 (Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profil Araştırması) çalışmasının sonuçları henüz yayınlanmamıştır. Mevcut durumun ve değişimin ortaya konulması bundan sonra yürütülecek çalışmalar açısından yol gösterici olacaktır.

Ruh Sağlığı Çalışmaları

Çocuk ve adolesanlarda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı, Davranışsal Bağımlılıkla Mücadele Programı, Psikososyal Koruma, Önleme ve Krize Müdahale Programı, Psikososyal Destek Uygulayıcı Programı çalışmaları yürütülmektedir. (44) Ancak bu programların yaygınlaştırılmasına ve kolay erişilebilir hale getirilmesine gereksinim vardır.

Sağlıklı Hayat Merkezleri

Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM), sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı yaşam biçimini özendirme ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. Sağlıklı Hayat Merkezleri, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak çalışmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde yer alan Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlığı, Ruh Sağlığı Danışmanlığı, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı, Beslenme Danışmanlığı birimlerinde sunulan hizmetler çocuk ve adolesanlarda sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacak hizmetlerdir. (45) Ancak Sağlıklı Hayat Merkezlerinin statüsünün tam olarak belirlenmemiş olması ve tüm yerleşim yerlerinde bulunmaması çalışmalarında kısıtlılığa neden olmaktadır.

Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıklı bireyler ve toplum için sağlığın korunması geliştirilmesi ve sağlık hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer tarafları ve işlevlerini ortaya koymak üzere “Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı” (ÇPSSGP) hazırlanmıştır. Bu programın amacı tüm kurum ve kuruluşlar tarafından sağlığa çok taraflı yaklaşımın benimsenmesini sağlayarak sağlığı tüm politikaların merkezine yerleştirmektir. Program akademisyenler ve ilgili tüm kurumların temsilcileriyle yapılan çalıştaylar dizisi sonucunda oluşturulmuştur.

Program iki ayrı bölümden oluşmaktadır. (46)(47)

- **Bölüm 1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım:** Bu bölümde çalışılan 43 konu başlığından oluşan 12 bileşen ayrı kitaplar olarak dokümanite edilmiştir.
- **Bölüm 2. Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım:** Bu bölümde çalışılan 34 konu başlığından oluşan 8 bileşen ayrı kitaplar olarak dokümanite edilmiştir.

Program ile paydaşların tüm aktivitelerinde insan sağlığı odaklı yaklaşımların sağlanması; yetki ve sorumlulukların, iş akışları ve kaynakların sektörel kapsayıcılık anlayışı içerisinde belirlenmesi; sunulan hizmetlerin performans hedef ve ölçütlerinin belirlenmesi ile izleme ve değerlendirmede kullanılacak mekanizmaların belirlenmesi amaç-

lanmıştır. Hazırlanmış olan dokümanlar eylem planlarını içermektedir. Programın doğrudan ve dolaylı olarak çocuk ve adolesanlarda sağlığı geliştirmeye yönelik bölümleri bulunmaktadır.⁽⁴⁶⁾

Programın uygulamaya geçirilmesi amacıyla hazırlanan Başbakanlık Genelgesi 23.12.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Genelge ile; Program çerçevesinde ku-

Tablo 127.3 ÇPSSGP Bölüm 1’de yer alan konular⁽⁴⁶⁾

Bölüm 1. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım	
Bileşen 1. Biyolojik Çevrenin Geliştirilmesi	1.1. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi 1.2. Hayvan Sağlığının Geliştirilmesi
Bileşen 2. Gıda Güvenilirliği ve Sağlıklı Beslenmenin Geliştirilmesi	2.1. Gıda Güvenilirliği ve Besin Kalitesinin Artırılması 2.2. Sağlıklı Beslenme
Bileşen 3. Sağlığın Bireysel Belirleyicilerinin Geliştirilmesi	3.1. Özbakımın Geliştirilmesi 3.2. Ağız-Diş Sağlığının Korunması
Bileşen 4. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Geliştirilmesi	4.1. Sosyal Statülerin İyileştirilmesi
Bileşen 5. Yaşam Alanlarının Geliştirilmesi	5.1. Sağlıklı Yaşam Alanlarının Sağlanması 5.2. Okul Sağlığı 5.3. Umuma Açık Yerlerin İyileştirilmesi 5.4. Sosyal Alanların Geliştirilmesi 5.5. Sağlık Tesisleri Yönetiminin Geliştirilmesi 5.6. Turizm Sağlığının Geliştirilmesi 5.7. Mezarlıkların Düzenlenmesi
Bileşen 6. Fiziksel Çevrenin Geliştirilmesi	6.1. Su Sağlığı ve Su Kalitesinin İyileştirilmesi 6.2. Hava Kalitesinin İyileştirilmesi 6.3. Elektromanyetik Güvenliğin Sağlanması 6.4. Atıkların Bertaraf Edilmesi 6.5. Gürültünün Önlenmesi 6.6. İklim Değişikliği Politikalarının Geliştirilmesi 6.7. Ekosistem Sürdürülebilirliğinin Sağlanması 6.8. Nükleer ve Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması
Bileşen 7. Kimyasal Çevrenin Geliştirilmesi	7.1. Giysilerin Güvenilirlik ve Kalitesinin Artırılması 7.2. Oyuncak Güvenilirliğinin Artırılması (Çocuk Gereçleri) 7.3. Kozmetiklerin / Deterjanların Güvenilirliğinin Artırılması 7.4. Kimyasal Maddelerin Güvenliğinin Sağlanması
Bileşen 8. Tıbbi Cihaz ve Ürünlerin Güvenli ve Akılcı Kullanımının Geliştirilmesi	8.1. Tıbbi Ürünlerin (Biyolojik Ürün ve İlaçlar) Güvenilirliğinin Artırılması 8.2. Tıbbi Cihazların Güvenilirliğinin Sağlanması 8.3. Mikro ve Nanoteknoloji ile Üretilmiş Malzemelerin Güvenli Kullanımının Sağlanması 8.4. Bitkisel Ürünlerin Güvenilirliğinin Sağlanması
Bileşen 9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetiminin Geliştirilmesi	9.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi 9.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörlerinin Azaltılması 9.3. Kanserden Korunma 9.4. Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi 9.5. Genetik Hastalıkların Önlenmesi
Bileşen 10. İş Sağlığının Geliştirilmesi	10.1. İş Sağlığının Geliştirilmesi 10.2. Gayrisihhi Müesseselerin Etkilerinin Azaltılması
Bileşen 11. Kazaların Önlenmesi ve Afetlere Hazırlıklı Olma	11.1. Ulaşım Güvenliğinin Geliştirilmesi 11.2. Kazaların Önlenmesi ve İlyardım 11.3. KBRN ve Biyoterörizmin Etkilerinin Azaltılması 11.4. Afetlere Hazırlıklı Olma ve Müdahale
Bileşen 12. Kanıta Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi	12.1. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi 12.2. Sağlık Bilişiminin Geliştirilmesi

Tablo 127.4 ÇPSSGP Bölüm 2’de yer alan konular⁽⁴⁷⁾

Bölüm 2. Tedavi ve Rehabilit Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım	
Bileşen 1. Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi	
Bileşen 2. Laboratuvar Hizmetleri ile Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi	2.1. Laboratuvar Hizmetlerinin Geliştirilmesi 2.2. Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi
Bileşen 3. Organ Bağıışı ve Nakli Hizmetlerinin Geliştirilmesi	
Bileşen 4. Acil Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu	
Bileşen 5. Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği	5.1. Hasta Haklarının Geliştirilmesi 5.2. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi
Bileşen 6. Sağlık Araştırmaları ve Sağlık Hizmet Sunumunda Kültürel Yaklaşım	6.1. Sağlık Araştırmaları 6.2. Sağlık Hizmet Sunumunda Kültürel Yaklaşımın Geliştirilmesi
Bileşen 7. Sağlık Hizmet Sunumunda İnsan Kaynaklarının Yönetimi	
Bileşen 8. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi	

rumlararası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, temel stratejileri belirlemek ve sorunların çözümünü için gerekli tedbirleri almak üzere Başbakan’ın başkanlığında; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Çevre ve Şehircilik Bakanı, Dışişleri Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanı, İçişleri Bakanı, Kalkınma Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı, Maliye Bakanı, Milli Eğitim Bakanı ve Sağlık Bakanı’nın katılımıyla “Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi” kurulmuştur. Böylelikle program Hükümet Programı haline dönüşmüştür.⁽⁴⁸⁾

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) ve On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)’nda sağlık başlığında politikalar bölümünde çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modelinin güçlendirilmesi vurgulanmıştır.^{(49) (50)}

Programın uygulanması için Sağlık Bakanlığı’nda güçlü bir program yönetim mekanizması oluşturulması, faaliyetlerin mümkün olduğunca tüm bileşenler için eşzamanlı olarak başlatılması programın başarıya ulaşmasını sağlayacaktır. Ancak uygulama sürecindeki ilerlemenin beklenen düzeyde olmadığı gözlenmektedir. Uygulamada başarılı olabilmek için kamu ve özel ilgili tüm kurum ve kuruluşlar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının etkin bir şekilde katılımı ve katkı sağlaması büyük önem taşımaktadır.

ÇPSSGP tarafların harekete geçirilmesi ve yapılacak işbirliği ile sağlığın geliştirilmesi çalışmaları için önemli bir kılavuz olacaktır.

Genel Değerlendirme ve Öneriler

- Çocuklarda ve adolesanlarda sağlığı geliştirme çalışmaları çok sektörlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Oysa ülkemizde yürütülen çalışmaların Sağlık Bakanlığı ağırlıklı olduğu görülmektedir. Diğer Bakanlıklar ve kurumların bu alandaki çalışmaları artırılmalıdır.
- Kurumlararası işbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır.
- “Bütün Politikalarda Sağlık” yaklaşımı benimsenmelidir. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı iyi bir araç olabilir.
- Çalışmaların bütüncül bir yaklaşımla ve tüm çocukları kapsayacak biçimde yürütülmesi konusunda eksiklikler bulunmaktadır.
- Uygulamalar ülke geneline yaygınlaştırılmalı, kapsayıcılığı artırılmalıdır.
- Yürütülen programlarla ilgili bilgiler ve sayısal veriler erişilebilir olmalıdır.
- Bilgi kaynakları genellikle web siteleri olduğundan bunların güncel olması sağlanmalıdır.
- Bazı uygulamalar dolaylı olarak çocuk ve adolesan sağlığına katkı sağlasa da (tütün kullanımına ilişkin düzenlemeler gibi) adolesanlarda sigara, alkol, madde kullanımı, şiddet, güvensiz cinsel yaşam, erken yaşta evlilik ve gebelik konularında özel politikalar geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- 2) Özvarış ŞB. Stratejik Hedefler – Girişim Yöntemleri. İçinde: Ertem M, Çan G editörler. Türkiye Sağlık Raporu 2014. Ankara: HASUDER; 2015.
- 3) Adolescent health [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2
- 4) How You Can Prevent Chronic Diseases | CDC [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/prevent/index.htm>
- 5) CDC. Promoting Health for Children and Adolescents [Internet]. [kaynak 21 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/children-health.htm>
- 6) About Us – Joint Consortium for School Health [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.jcsh-cces.ca/about-us/>
- 7) Indicators for Non-Communicable Diseases (NCD) - NIPH [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.fhi.no/en/op/Indicators-for-NCD/>
- 8) Okullarda Kuru Üzüm Dağılımı [Internet]. [kaynak 24 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/okul-sagligi/okullarda-kuru-uzum-dagilimi.html>
- 9) WHO | Nutrition-friendly schools initiative (NFSI) [Internet]. [kaynak 24 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_friendly_schools_initiative/en/
- 10) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 [Internet]. [kaynak 23 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134_siy2018trpdf.pdf?0
- 11) Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması COSI-TUR 2016 [Internet]. [kaynak 24 Ağustos 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/turkiye-cocukluk-cagi-sismanlik/COSI-TUR-2016-Kitap.pdf>
- 12) Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1110
- 13) Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagligin-gelistirilmesi/okulda-sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-programi.html>
- 14) Okullarda Beyaz Bayrak [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-ced/ced-birimi/okullarda-beyaz-bayrak.html>
- 15) Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2018-2019 [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: http://sgb.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=361
- 16) Beslenme Dostu Okul İstatistikleri [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/okul-sagligi/beslenme_dostu/BDO_istatistiksel_grafikler_02_Ocak_2020.pdf
- 17) Beslenme Dostu Okullar Programı [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/okul-sagligi/beslenme-dostu-okullar-programi.html>
- 18) Okul Sütü Programı [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/okul-sagligi/okul-sutu-programi.html>
- 19) Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/okul-sagligi/okullarda-yiyecek-ve-icecek-standartlari.html>
- 20) T.C Sağlık Bakanlığı. Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/okul-sagligi/Okullarda-Yiyecek-ve-Icecek-Standartlari/Kitapcik/kitapcik-turkce.pdf>
- 21) T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi [Internet]. 2014 [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102602_TYrkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf
- 22) T.C Sağlık Bakanlığı, T.C Milli Eğitim Bakanlığı. Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenleri İçin Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi Uygulama Rehberi [Internet]. 2017 [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://kozluk.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_04/10095636_karne.pdf
- 23) 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında Okul Kademelerine Göre Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Eğitim Sayıları [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/okul-sagligi/Okul_Beslenme_ve_Fiziksel_Aktivite_Egitim_Materyalleri/2018-2019_Okul_Beslenme_ve_FA_Egitim_Sayilari.pdf
- 24) Salt reduction [Internet]. [kaynak 24 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
- 25) Erdem Y, Arıcı M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Hasanoglu E, Çağlar S. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. 2010;
- 26) Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Sule, sengül , Sule, sengül S, Ertürk S, Ulusoy S, Altun B, Arıcı M. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II.
- 27) Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpedamar/raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf
- 28) Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı [Internet]. [kaynak 24 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/tuz-ve-saglik/turkiyede-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021.pdf>
- 29) Çocuklara Yönelik Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen Gıdalar İle İlgili Reklamlar İçin Besin Profil Modeli Kullanım Rehberi [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Haberler/RTUK_REHBER_Son_21.07.2015.pdf
- 30) Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [Internet]. [kaynak 30 Ağustos 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200507-4.htm>
- 31) Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagligin-gelistirilmesi/cocuk-guvenliginin-saglanmasi-programi.html>
- 32) Yenidoğan İştme Taraması Programı [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidoğan-istme-taramasi-programi.html>

- 33) Yeni Doğan İştme Tarama Oranları [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/ITP_2.pdf
- 34) Okul Çağı Çocuklarda İştme Taraması Programı [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-çagi-çocuklarda-istme-taramasi-programi.html>
- 35) Yenidoğan Görme Taraması [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/yenidoğan-görme-taramasi.html>
- 36) Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-çagi-çocuklarda-görme-taramasi-programi.html>
- 37) Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/okul-öncesi-çocuklarda-görme-taramasi-programi.html>
- 38) Görme Tarama Oranları [Internet]. [kaynak 22 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/istatistikler/Gorme_2.pdf
- 39) Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M, Berberoğlu A ÜŞ. Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004 [Internet]. [kaynak 11 Eylül 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.dishekdergi.hacettepe.edu.tr/htdergi/makaleler/2007sayi4makale-01.pdf>
- 40) Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Stratejisi Değerlendirmesi [Internet]. Türk Diş Hekimleri Birliği. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_9.pdf
- 41) Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>
- 42) Sağlık Bakanlığı Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları [Internet]. [kaynak 30 Ağustos 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://sagligim.gov.tr/agiz-dis-sagligi/saglik-bakanligi-koruyucu-agiz-ve-dis-sagligi-uygulamalari.html>
- 43) Florürlü Vernik Uygulaması [Internet]. [kaynak 30 Ağustos 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://sagligim.gov.tr/agiz-dis-sagligi/florurlu-vernik-uygulamasi.html>
- 44) Ruh Sağlığı Eğitimleri [Internet]. [kaynak 24 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ruh-sagligi-egitimleri.html>
- 45) Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) [Internet]. [kaynak 20 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://shm.saglik.gov.tr/>
- 46) Eds. Özkan S, Bahçebaşı T GS et al. Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım Yönetici Özeti [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-su-guvenligi/Kitaplar/CokPaydaslisaglsorgelisProOzet_Kitap.pdf
- 47) Eds. Şencan İ, Bahçebaşı T GS et al. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım Yönetici Özeti.
- 48) Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141223-15.htm>
- 49) Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalkınma-Planı-2014-2018.pdf>
- 50) On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) [Internet]. [kaynak 25 Temmuz 2020]. Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkınmaPlanı.pdf>



Göçmen Sağlığının Geliştirilmesi; Gerçekleştirilenler ve > Gereksinimler

128

UZM. DR. F. DENİZ MARDİN

Birleşmiş Milletler 2016 yılında “Göçmen ve Mülteciler” başlıklı bir toplantı düzenleyerek farklı ülkelerdeki göçmen ve mültecilerin sağlık gereksinimlerinin ve bu gereksinimlerin karşılanmasında tüm ülkelerin sorumluluğunun altını çizmiştir. Toplantı sonrası New York Bildirisi yayımlanmış ve bu bildiriye göçmen ve mültecilerin sağlığının geliştirilmesi ile ilgili şu başlıklar öne çıkmıştır;

- Bütünsel, kapsayıcı, insan odaklı ve toplumsal cinsiyet gereksinimlerini göz önünde bulunduran çözüm önerilerinin sunulması,
- Kişilerin yolda ya da menşe ülkede hukuki statü ya da göçmen statüsünden bağımsız yaşadığı fiziksel ve psikolojik istisamlara karşı acil gereksinimlerinin giderilmesi,
- Temel sağlık hizmetlerine, eğitime, adli hizmetlere, iş olanaklarına ve dil kurslarına erişimin sağlanması, ev sahibi ülkede göçmen ve mültecilerin bu alanlarda hizmetlere erişimini sağlamak için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması,
- Ev sahibi ülkede hizmetlere erişimdeki engelleri en aza indirmek için ulusal ve uluslararası kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ile iş birliği yapılması.

Belirtilen maddelerin tümünün uluslararası sözleşmeler göz önünde bulundurularak, küresel iş birliği ile gerçekleştirilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir⁽¹⁾. Bildirinin ardından Dünya Sağlık Örgütü 2017’de 70. Dünya Sağlık Kurulu sonrası “Göçmen ve Mültecilerin Sağlığının Geliştirilmesi” başlıklı bir bildiri⁽²⁾ ve 2019 yılında 72. Dünya Sağlık Ku-

rulu’nda göçmen ve mültecilerin sağlığının geliştirilmesi için küresel eylem planını yayımlamıştır. Eylem planında altı öncelikli alan belirlenmiştir⁽³⁾.

1. **Mülteci ve göçmenlerin sağlığını geliştirmek için kısa ve uzun süreli halk sağlığı müdahalelerinin yapılması:** Mülteci ve göçmenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığının geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinin gereksinimleri karşılamaya yönelik güçlendirilmesi; temel sağlık hizmetleri kapsamında aşuların uygulanması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, hastalıkların zamanında tanı ve tedavisinin yapılması ve kadınlara üreme sağlığı hizmetlerinin sunulması.
2. **Temel sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin ve nitelikli hizmet sunulmasının sağlanması ve aynı zamanda iş sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi:** Göçmen ve mültecilerin gereksinimlerine göre organize edilmiş “mevcut, erişilebilir, kabul edilebilir ve nitelikli” sağlık hizmetlerinin sunulması ve iş sağlığı konusunda gerekli bilgilendirme, kontrol ve tedavilerin yapılması.
3. **Ülke, bölge ve küresel boyutlarda göçmen-duyarlı, mülteci-duyarlı sağlık politikalarının ve sosyal korumanın savunuculuğunun yapılması, toplumsal cinsiyet eşitliği göz önünde bulundurularak göçmen çocuk, ergen ve kadınların sağlığının geliştirilmesi için sektörler arası iş birliği yapılması:** Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önlenmesi, mülteci ve göçmenlerin mümkün olan en yüksek fiziksel ve ruh sağlığı seviyesine sahip olmaları için savunuculuk yapılması.

4. **Evrensel sağlık sigortası gibi “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”ne erişebilmek için sağlığın sosyal belirleyicileri ile yaşanan sorunların üstesinden gelinmesi:** Farklı sektörler arası iş birliği ile göçmen ve mültecilerin sağlığının sosyal belirleyicileri konusunda yaşanan sorunların aşılanması.
5. **Sağlık izlem ve sağlık bilgi sistemlerinin güçlendirilmesi:** Küresel, bölgesel ve ülke temelli, göçmen ve mültecilerin sağlık bilgilerine erişilebilmesi, bu bilgilerin karar vericiler tarafından kanıta dayalı politika geliştirilmesi için değerlendirilmesi.
6. **Kanıta dayalı sağlık iletişiminin sağlanması ve göçmen, mülteciler ile ilgili yanlış alguların önlenmesi:** Göçmen ve mülteciler ile ilgili yanlış alguların önlenmesi için göç ve sağlık ile ilgili doğru sağlık iletişiminin yapılması.

Ülkemizde göçmen ve mültecilerin sağlığı ile ilgili karşılaşılan sorunlar ve geliştirilmesi gereken yönler bu başlıklar göz önünde bulundurularak ele alınabilir. Göçmenlerin sağlığı tıbbi hizmetlere erişimin yanı sıra yaşam koşulları, çevre, sosyal haklar ve iş olanakları gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden de etkilenmektedir.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde farklı engeller bulunmaktadır. Bunlardan ilki mevzuat temellidir. Farklı hukuki statülerde bulunan göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için özellikle kayıtsız göçmenler ve kırılan grupları da kapsayan mevzuat düzenlemelerine ihtiyaç vardır. Kapsayıcı bir sağlık sigortası olmaması, sigortasız kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken Türkiye vatandaşları ya da sigortası olan diğer göçmenlere kıyasla daha yüksek ücretler ödemelerine, kişilerin ödeme güçlerinin olmaması durumunda sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına neden olmaktadır⁽⁴⁾.

Mevzuat ile ilgili diğer bir sorun ise kısa sürede bir çok değişiklik yapılmış olmasıdır. Bu durum göçmenlerin kendi haklarını ve sağlık sistemini öğrenmelerini zorlaştırmaktadır. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 2013 yılında yayımlanmıştır ve ardından farklı yönetmelik ve genelgeler ile ayrıntılandırılmıştır. Bu kanun ve genelgeler Türkiye’de bulunan kayıtlı göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim şartlarını ele almaktadır. Örneğin 2014 Aralık ayında yayımlanan bir genelge ile ge-

çici koruma altındaki Suriyelilerin ikinci basamak hizmetlerine başvururken sevk almaları gerektiği belirtilmiş ancak altı ay sonra yayımlanan başka bir genelge ile sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Mevzuatta kısa sürede yapılan değişiklikler hem göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini hem de sağlık çalışanlarının hizmet sunumunu zorlaştırmaktadır⁽⁵⁾. Buna ek olarak pratikte şehirler ve bazen de aynı şehirde hastaneler arasında uygulama farklılıkları görülmektedir. Bu durum da sağlık hizmetlerinin işleyişinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır.

Uluslararası bir çok çalışmada göçmenlerin en sık başvurduğu bölümün acil servis olduğu görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanları göçmenlerin hastanede en sık acil servise başvurduklarını belirtmişlerdir.⁽⁶⁾ Bir çok çalışmada acil servislere başvuruların yüksek olmasının birinci basamak dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasından kaynaklandığı şeklinde aktarılmaktadır⁽⁷⁾. Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması ya da sağlık sigortalarının olmaması sadece acil müdahale gerektiren bir durum olduğunda ya da sağlık sorunları ilerleyince başvurularına neden olmaktadır. “Hasta gecikmesi” doğru zamanda tanı konulmasının ve tedavinin gecikmesine, enfeksiyon ve hastalıkların ilerlemesine ve sonuç olarak sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olmaktadır⁽⁸⁾. Sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilerin gereksinimlerine göre yapılandırılması, kapsayıcı bir sağlık sigortasına erişimin sağlanması, sağlık durumlarının iyileştirilmesini sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmeye neden olan diğer bir engel ise göçmenlerin hukuki statülerine ve bazı hastalıklara yönelik tutumdur. HIV pozitif ve tüberküloz gibi belirli bulaşıcı hastalıkları olan göçmenler hukuki statülerinin belirlenmesi sürecinde damgalayıcı davranışlarla karşılaşmaktadırlar. Hatta bu durum bazen kişilerin kamu sağlığını tehdit ettiği öne sürülerek ülkelerine geri gönderilmelerine de yol açabilmektedir. Bunun gibi örnekler göçmenlerde korkuya neden olmakta, sağlık hizmetlerine zamanında erişimlerini engellemekte ve sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olmaktadır⁽⁶⁾. Göçmenlerin HIV pozitif olmaları ya da diğer bulaşıcı hastalıkları neden gösterilerek kamu sağlığı tehdidi kapsamında sınır dışı edilmeleri insan haklarına aykırıdır.

Göçmen ve mülteciler yolculuk öncesinde, sırasında ve sonrasında birçok zorluklarla karşılaş-

maktadırlar. Bazen bunlara travmatik olaylar, kötü muamele ya da işkence eklenmektedir. Yapılan farklı araştırmalarda göçmen ve mültecilerde anksiyete, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu sıklığının ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır (9,10). Türkiye’de mülteci kadınlarla yapılan bir araştırmada kadınların %89,7’sinin ruh sağlığı değerlendirilmesinde en az iki semptomu olduğu belirlenmiştir (11). Ancak yapılan başka bir çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinin en az başvuru alan hizmetler arasında yer alması dikkat çekmektedir. Bunun başlıca nedenlerinin arasında göçmen ve mültecilerin ruh sağlığı sorunlarını öncelik verilmesi gereken bir sağlık sorunu olarak görmemesi, terapinin temelini iletişim olması ve dil engeli nedeni ile bir çok kişinin bu hizmetten yararlanamaması, ruh sağlığı alanında kısıtlı personelin olması yer almaktadır (12). Ayrıca göçmen ve mültecilerin hukuki süreçlerindeki belirsizlik ve belirsizliğin süresinin bilinmemesi (13), kişilerin gelecek için hayatlarını düzenlenmelerine engel olmakta, gelecekte olabilecek olayların belirsizliği anksiyete ve ardından depresyona yol açabilmektedir (14). Bu nedenle göçmen ve mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerine gereksinimleri toplumun geneline göre daha yüksektir. Göçmen ve mülteciler için bu hizmetlerin ulaşılabilir olmasına ve dil engelinin önüne geçilmesine ihtiyaç vardır.

Özellikle kadın göçmen ve mültecilerin yaşadığı bir sorun ise üreme sağlığı hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlardır. Türkiye’de yapılan farklı araştırmalarda bu hizmetlere gereksinim olduğu halde üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum istenmeyen gebeliklerin artışına neden olmakta ve kadınların sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (15,16). Üreme sağlığı hizmetleri ve etkili gebeliği önleyici yöntemlere erişim hem birinci basamak hem de ikinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır ve göçmen ve mülteciler gibi kırılgan grupların bu hizmetlere erişiminin sağlanması için sağlık hizmetlerinde belirli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan diğer bir sorun ise dil engelidir. Bu engeli aşabilmek için bazı göçmenlerin yakınları ya da çocukları sağlık sorunları olanlara çevirmenlik yapmaktadırlar. Ancak farklı çalışmalarda aile bireyleri ya da yakınlarının çevirmenlik yaptığı durumlarda sağlıklı bir tercüme yapılmasının pek mümkün olmadığı belirtil-

mektedir. Bu durum hasta olan kişinin sorununu anlatması ve sağlık çalışanının sorunu anlaması, tetkik ve tedaviyi belirlemesi aşamalarında yanlışlıklara yol açabilmektedir (11,17). Sağlık Bakanlığı telefondan çevirmenlik hizmetini sunmak amaçlı çevirmenlik hattı kurmuştur ve altı dilde çevirmenlik hizmeti vermektedir (18). Ancak hem göçmenler hem sağlık çalışanları çevirmenlik hattına ulaşmakta sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili en kapsamlı çalışma 2016 yılında “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi”, kısaltılmış olarak SIHHAT, projesi ile başlamıştır. SIHHAT projesi kapsamında 178 Göçmen Sağlığı Merkezi ve 10 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi kurulmuş ve bu merkezlerde Suriyeli sağlık çalışanları göreve başlamışlardır. Göçmen sağlığı merkezlerinde birçok kişi anadillerinde sağlık hizmetlerine erişim olanağını bulmuşlardır. Ancak Türkiye’de Suriye dışında çok farklı ülkelerden göçmenler vardır. Bu nedenle Göçmen sağlığı merkezlerinin yanı sıra Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) kurulmuştur. Bu polikliniklerde Suriyeli mülteciler dışında diğer göçmenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır (18). Ancak YUP’larda yabancı sağlık personeli çalışmamakta ve birçoğunda çevirmen bulunmamaktadır. Bu merkezlerin tümü göçmenlere ve mültecilere birinci basamak düzeyinde sağlık hizmeti sunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında bazı hastanelerde Arapça çevirmenler bulunmakla beraber başka dillerde çevirmen bulunmamaktadır. Birinci basamakta Arapça anadilde sağlık hizmetlerine erişim olduğu gibi hastanelerde ve diğer dillerde de dil engelini aşmak için eğitilmiş çevirmenlere gereksinim duyulmaktadır. Bu proje ile göçmen ve mülteci-duyarlı bir sağlık politikası geliştirilmiştir. Ancak projenin 2020 yılı sonunda bitecek olması göçmenlere sunulan sağlık hizmetleri açısından süreklilik sağlanamadığını göstermektedir.

Dil engelinin yanı sıra bir çok çalışmada göçmenlerin sağlık hakları ve sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bunun da sağlık hizmetlerine erişimde bir bariyer oluşturduğu belirtilmektedir (15,17). Göçmenlerin sağlık hakları ve sağlık hizmetlerinin işleyişi ile ilgili bilgiye erişilebilmesi için bu konularda danışmanlık verecek merkezlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Sistemsel ve organizasyonel sorunların yanı sıra hizmet verenlere ilişkin sorunlar da yaşanmaktadır. Bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarının tutumunun sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen konulardan biri olduğu belirtilmektedir^(12,20). Sağlık çalışanlarına göçmenlerin hukuki statüsü, sağlık hakkı ve sağlık durumu gibi konularda eğitim verilmesi, damgalayıcı ve ön yargılı tutumların önüne geçebilmek için bu gibi eğitimlerin örgün eğitim sürecinde başlatılmasına ihtiyaç vardır.

Göçmenlerin ev sahibi ülkede sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine erişimini destekleyen kurum ve kişiler de bulunmaktadır. Sivil toplum örgütleri (STÖ) göçmen ve mültecilerin bir yandan hizmetlere erişimini desteklerken diğer yandan devlet tarafından yeterli miktarda sunulmayan bazı hizmetleri de vermeye çalışmaktadır. Buna önemli bir örnek sivil toplum örgütlerinin sunduğu psiko-sosyal destek hizmetleridir. Ancak STÖ'lerin kısıtlı kaynaklarla kapsayıcı ve süreklilik sağlanabilecek hizmetleri sunmaları mümkün değildir, bu nedenle kamu sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilerin gereksinimlerini göz önünde bulundurarak düzenlenmesi desteklenmelidir⁽¹²⁾.

Göçmen ve mültecilerin sağlık durumu sağlık hizmetlerine erişim şartlarının yanı sıra sağlığın sosyal belirleyicilerinden de etkilenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere kronik hastalıkların alevlenmesi ve genel sağlık durumları barınma, istihdam ve eğitim başta olmak üzere ev sahibi ülkedeki pek çok yaşam koşulundan etkilenmektedir⁽²¹⁾. Sağlık hizmetlerine erişim koşullarının iyileştirilmesinin yanı sıra göçmen ve mültecilerin genel yaşam koşullarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bunların arasında önemli konulardan bir tanesi ise göçmen ve mültecilerin çalışma yaşamına ilişkin durumlarıdır. Göçmen ve mültecilerin İstanbul gibi büyük şehirler başta olmak üzere güvencesiz ve düşük ücretle çalıştırıldıkları değişik araştırmalarda saptanmıştır^(22,23). Bunu önlemek için göçmen ve mültecilerin güvenli, kayıtlı istihdama ve sağlıklı çalışma şartlarına erişimlerinin sağlanmasına, gerekli mevzuat ve düzenlemelerin iyileştirilmesine, belirli aralıklarla kontrollerin yapılmasına ihtiyaç vardır⁽²⁴⁾.

İyi Uygulama Örnekleri

Dünyada göçmen ve mültecilerin sağlığının geliştirilmesi için farklı çalışmalar yürütülmektedir.

Bunlardan biri temel olan dil bariyerinin aşılması için eğitilmiş çevirmenlerin sağlık merkezlerinde bulunmasıdır. Eğitilmiş çevirmenler sadece çevirmenlik değil aynı zamanda kültürlerarası kolaylaştırıcı bir role de sahip oldukları için "kültürel arabulucular" olarak adlandırılmaktadırlar. Ek olarak belli başlı sağlık alanında eğitimler ile mülteci ve sığınmacıların sağlık konusunda gereksinimlerini saptamakta ve sağlık eğitimi vererek birer kültürler arası "sağlık arabulucular"ı olabilmektedirler. Bu kişiler göçmen ve mültecilerin sağlık gereksinimlerini belirleyip zamanında karşılanmasında önemli bir role sahiptirler^(25,26).

Diğer önemli iyi uygulama örneği ise göçmen ve mültecilerin birinci basamak hizmetlerine erişimlerinin iyileştirilmesidir. Buna Türkiye'den örnek göçmen sağlığı merkezleri ve yabancı uyruklu poliklinikleridir. Bu merkezlerde göçmen ve mültecilere yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri birçok şehirde sunulmaktadır. Ancak bu merkezlerin sürekliliğinin sağlanmasına ve sunulan sağlık hizmetinin nitelik yönünden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Hastanelerde sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirilmesi için göçmen ve mültecilerin sağlık gereksinimlerine odaklanan çalışmalara bir örnek "Göçmen Dostu Hastaneler"dir. Bu projeye Avrupa'dan on iki hastane katılmıştır. Proje kapsamında göçmen ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin iyileştirilmesi için dört konuya odaklanılmaktadır; iletişim, sunulan hizmetlerin göçmenlerin sağlık gereksinimlerine cevap verebilmesi, sunulan hizmetlerin ve göçmenlerin sağlığının takip edilmesi ve farklı aşamalarda değerlendirilmesi, göçmenlerin güçlendirilmesi⁽²⁷⁾.

Sağlık hizmetlerinin farklı inançları, kültürleri ve dilleri göz önünde bulundurarak düzenlenmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına ve göçmenlerin sağlık durumlarının geliştirilmesine yardımcı olacaktır⁽²⁸⁾. Türkiye'de göçmen ve mültecilere sunulan sağlık hizmetleri Buz'un araştırmasında belirttiği gibi "sürdürülebilirlik sorunları olan" çalışmalardır⁽²⁹⁾. Göçmen ve mültecilerin sağlık durumunun geliştirilmesi için hem sağlık hizmetlerinin hem de göçmen ve mültecilerin yaşam koşullarının insan hakları temel alınarak düzenlenmesine, bunun için gerekli mevzuatın oluşturulmasına ve uygulanmasına, uygulamaların belirli aralıklarla değerlendirilmesine ve göçmen ve mültecilerin sağlık durumunu gösteren verilere ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) UN. *New York Declaration Fo Refugees and Migrants*. Geneva: United Nations Seventy-first Session, 3 October 2016, A/RES/71/1; 2016:1-24.
- 2) WHO. *Promoting the Health of Refugees and Migrants, Draft framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants*, Cenevre; 2017, Erişim adresi: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-en.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2020
- 3) WHO. WHO. *Promoting the Health of Refugees and Migrants, Draft global action plan, 2019-2023*, Cenevre; 2019, Erişim adresi: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-en.pdf, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2020
- 4) Mackreath H. *Undocumented Migrant Access to Healthcare in Istanbul: Differential Inclusion and Regimes of Citizenship, Gender and Racialization*. İstanbul: Migration, Social Transformation and Differential Inclusion Konferansı, İstanbul Politikalar Merkezi, İstanbul; 5-6 Ekim 2018
- 5) Mardin FD. Salgın Sürecinde Sağlık Hakkı ve Mülteciler. *Sos Demokr Dergi*. 2020;Mayıs- Haziran (113-114):56-59.
- 6) Mardin FD. *Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-Uydu Şehir Karşılaştırması*. Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul; 2019.
- 7) Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe-a systematic review. *Eur J Public Health*. 2009;20 (5):555-563.
- 8) Yasin Y. *İstanbul'da Akciğer Tüberkülozlu Olgularda Tanı ve Tedavi Gecikmeleri Ardındaki Dinamikler*. Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul; 2013.
- 9) Priebe S, Matanov A, Barros H, et al. Mental health-care provision for marginalized groups across Europe : findings from the PROMO study. 2012:1-6. doi:10.1093/eurpub/ckr214
- 10) Raphaely N, O'Moore É. *Understanding the Health Needs of Migrants in the South East Region A Report by the South East Migrant Health Study Group on Behalf of the Department of Health Understanding the Health Needs of Migrants in the South East Region*. London: Health protection Agency and Department of Health; 2010.
- 11) Şimşek Z, Yentur Doni N, Gül Hilali N, Yıldırımkaaya G. A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women Health*. 2018;58 (6):617-631.
- 12) Toksabay, B. *The Health Right Of Refugees In Turkey*. Yüksek lisans tezi, Sosyoloji, Sosyal Bilimler Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2010
- 13) Biner Ö. *Türkiye'de Mültecilik: İltica, Geçicilik ve Yasalık "Van Uydu Şehir Örneği"*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2016.
- 14) Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14 (7):488-501.
- 15) Bahadır H, Uçku R. *İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Durumları , Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Erişimi Etkileyen Etmenler*. Dokuz Eylül Üniversitesi, TÜBİTAK projesi, Proje No: 115S854, İzmir; 2016.
- 16) Gümüş G, Kaya A, Şükran Yılmaz S, Özdemir S, Başbüyük M, Coşkun MA. Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2017;3 (1):1-17.
- 17) Kaya A, Kırac A. *İstanbul'da Suriyeli Mültecilere İlişkin Zarar Görebilirlik Değerlendirme Raporu*. İstanbul: Hayata Destek; 2016.
- 18) Sağlık Bakanlığı. SIHHAT Proje Faaliyetleri. https://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657. Erişim Tarihi: 29 Temmuz 2020.
- 19) Medimagazin, *Uluslararası Hasta Destek Birimi 6 dilde 7/24 hizmet veriyor*, 15 Mayıs 2019, Erişim adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-uluslararası-hasta-destek-birimi-6-dilde-724-hizmet-veriyor-11-681-81704.html>. Erişim Tarihi: 29 Temmuz 2020.
- 20) Terzioğlu A. Sağlık çalışanlarının gözünden Suriyeli çocukların sağlığı. *Toplum Bilim*. 2015;134:102-119.
- 21) İçduygu A, Biehl K. *Report On The Migration Phenomenon In Turkey The National Dimension and Introduction to Istanbul*. Mirekoç, Koç Üniversitesi, İstanbul; 2009
- 22) Barbaros, H. *Düzensiz Göç Sürecinde Kadın Göçmenler İstanbul'dan Bir Kesit*. Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul; 2009
- 23) Labib, S. *Fighting For Survival: Afghan Women Asylum Seekers In Turkey*. Yüksek Lisans Tezi, Siyasi Bilimler ve Kamu Yönetimi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2016
- 24) Etiler, N., Lordoğlu, K. *Göçmenlerin sağlık sorunları: Ev hizmetlerinde bir alan araştırması*. II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu 4-5-6 Kasım Bildiriler. Pamukkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Denizli; 2010.
- 25) Phillimore J, Padilla B, Hernández-plaza S, Rodrigues V. *Adaptation of Health Services to Diversity : An Overview of Approaches*. Birmingham: Institute for Research into Superdiversity, IRiS Working Paper Series 15/2016; 2016.
- 26) Torres SA, Nise Spitzer DL, Andrew CN, Torres S. Improving health equity: The promising role of community health workers in Canada. *Healthc Policy*. 2014;10 (1):73-85.
- 27) Bischoff A. *Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions*. Vienna: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2003.
- 28) Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118 (July-August):293-302.
- 29) Buz S. Türkiye Sığınma Sisteminin Sosyal Boyutu. *TTB Derg*. 2008;76:120-130.

Türkiye’de Göçmen Sağlığı Hizmetleri- > Bir İl Örneği

129

PROF. DR. FERDANE OĞUZÖNCÜL • ARŞ. GÖR. DR. KEVSER TUNCER KARA

Giriş

Göçmen Sağlığı ulusal ve bölgesel düzeyde yüksek bir öncelik haline gelmiştir. Ülkemiz için birçok problem oluşturan göç, sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, göçmenlerin sağlığının, tıbbi hizmetlere erişimin yanı sıra yaşam koşulları, çevre, sosyal haklar ve iş olanakları gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden de etkilendiği görülmüştür. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde farklı engeller bulunmaktadır. Farklı hukuki statülerde bulunan göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için özellikle kayıtsız göçmenler ve kırılan grupları da kapsayan mevzuat düzenlemelerine gereksinim duyulmaktadır. Türkiye’de yapılan farklı araştırmalarda üreme sağlığı hizmetlerinin kullanımının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum istenmeyen gebeliklerin artışına neden olmakta ve kadınların sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Dil engelinin yanı sıra birçok çalışmada göçmenlerin sağlık hakları ve sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bunun da sağlık hizmetlerine erişimde bir bariyer oluşturduğu belirtilmektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili en kapsamlı çalışma 2016 yılında “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi”, kısaltılmış olarak SIHHAT, projesi ile başlamıştır. Bunun yanında Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) kurulmuştur. Bu projenin bir örneği olarak Elazığ’da Suriyeli göçmen yoğunluğu nedeniyle,

SIHHAT Projesi kapsamında Bab-1 Şifa Göçmen Sağlığı Merkezi ve diğer yabancı uyruklulara yönelik Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP) açıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilerin gereksinimlerine göre yapılandırılması, farklı hukuki statülerde bulunan göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için özellikle kayıtsız göçmenler ve kırılan grupları da kapsayan mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

Elazığ İl Örneği

Bu bölümde ülkemizde göçmen sağlığının geliştirilmesi uygulamalarının bir örneği olarak Elazığ ilindeki göçmenlere sunulan sağlık hizmetleri irdelenmektedir. Elazığ’da Suriyeli göçmen yoğunluğu nedeniyle, Sıhhat Projesi kapsamında Bab-1 Şifa Göçmen Sağlığı Merkezi ve diğer yabancı uyruklulara yönelik Yabancı Uyruklular Polikliniği açılmıştır. Bab-1 Şifa Göçmen Sağlığı Merkezi göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı bölgede ve il merkezinde bulunmaktadır. Bu merkezde, üç hekim, üç hemşire ve bir ebe çalışmakta, poliklinik, bağışıklama, aile planlaması, kanser tarama ve danışma hizmetleri gibi aile hekimliğinde verilen tüm hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır. Görevli tüm hekimler ve hemşireler Suriye uyrukludur. Merkezde hem Türkçe hem de Arapça bilen Türk uyruklu bir hemşire, örgütlenme ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile iletişimi sağlamakla yükümlüdür. Aile hekimliği sisteminden farklı olarak performans sistemi uygulanmadığından izlemler değerlendirilmemektedir. Göçmenlerin sık yer değiştirmeleri nedeniyle dü-

zenli izlem açısından sorun yaşanmaktadır. Oğuzöncül ve Tuncer Kara'nın bu merkeze yapılan bir yıllık başvuruları incelediği çalışmada kişi başına düşen ortalama poliklinik başvurusu sayısının 1.28 olduğu saptanmıştır⁽¹⁾. Bağışıklama hizmetlerinin istendiği ve aşı reddinin ön planda olmadığı, çalışanlar tarafından belirtilmiştir. Ancak aile planlaması hizmetlerine başvuruların az olduğu ve merkeze başka nedenlerle gelen kadınların çok sayıda ve yaş aralıkları kısa çocukları olduğu gözlenmiştir. Merkeze başvuran anneler ve hemşirelerle yapılan görüşmelerde anne sütünün önemi konusunda bilgi yetersizliğinin olduğu belirlenmiştir. Elazığ'da yaşayan Suriyeli annelerin emzirme konusunda isteksiz oldukları ve gerekli çabayı göstermedikleri izlenmiştir. Elazığ'daki göçmen sağlığı merkezine; bir yıllık süreçte 13.464 (%74) poliklinik, 4048 (% 22.2) bağışıklama, 692 (% 3.8) AP başvurusu olmak üzere toplam 18.304 başvuru kayıt altına alınmıştır. Gebelik ve lohusalık nedenli başvurular incelendiğinde 18 yaş altı 31 gebelik, üç lohusalık; 35 yaş üstü 35 gebelik, beş lohusalık nedenli başvuru saptanmıştır. Başvurular arasında en küçük ve büyük gebelik yaşı sırasıyla 12 ve 58'dir. AP başvurularında yaş ortalaması 29.79±7.78 (min:13, maks:49) ve 18-49 yaş grubu kadınlarda kişi başına düşen ortalama AP başvuru sayısı 0.25'tir. Yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 3.84±2.09 (min:0, maks:11); toplam gebelik sayısı ortalamasının 4.71±2.65 (min:0 maks:18) olduğu saptanmıştır. Başvuranların son gebelik aralıkları sırasıyla % 51.0 (353) bir yıl ve daha kısa, % 23.4 (162) iki yıl, % 23.6 (163) iki yıldan uzundur. AP hizmetleri incelendiğinde Merkezde rahim içi araç (RİA) bulunmadığı, RİA uygulaması için TSM'ye yönlendirmenin gerekli olduğu ve RİA uygulamalarının yok denecek kadar az olduğu belirlenmiştir. Merkeze RİA uygulaması için gerekli donanım ve personel sağlanmıştır. Sorumlu hemşireden alınan bilgiye göre RİA uygulama olanağı sonrasında göçmen sağlığı merkezinde başvurular ve uygulamalar artmıştır. Ayrıca merkezin üst katına psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve diş hekiminin hizmet verdiği Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) açılmıştır. SHM Suriye uyruklulara özel değildir, bölgedeki Suriyeliler de içinde olmak üzere herkese hizmet vermektedir. Çalışanlar Türk uyrukludur ve ayrıca göçmenlere özel dil bilen bir personel bulunmamaktadır.

Yabancı uyruklular poliklinik hizmeti ise Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü TSM bünyesinde verilmekte-

dir. Bir hekim ve bir yardımcı personel çalışmaktadır. Burada Suriye dışındaki diğer ülkelerden gelen tüm yabancı uyruklulara birinci basamak hizmetleri sunulmaktadır. Poliklinik, bağışıklama, AP, izlem, D-vit ve demir desteği hizmetleri verilmektedir. Çevirmen bulunmamakta iletişim ya kişilerin yanında gelen Türkçe bilen kişilerle ya da yabancı dil bilen personel aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu polikliniğe başvurular, okul çağı çocuklarının izlemlerinin yapıldığı dönemde artmakta diğer dönemlerde az olmaktadır. Elazığ TSM Yabancı Uyruklular Polikliniği'ne 2019 yılında toplam 920 muayene amaçlı başvuru olmuştur.

Not: Elazığ TSM hekimi Erkan Çeçen'e ve Elazığ Bab-ı Şifa Göçmen Sağlığı Merkezi sorumlu hemşiresi Rasime Çetinkaya'ya incelemelerdeki yardımları ve paylaştıkları bilgiler, deneyimler nedeniyle teşekkür ederiz.

Sonuç ve Öneriler

Uluslararası göç; küreselleşme, iletişim ve ulaşım olanaklarının artması ile tüm dünyada artmaktadır. Birleşmiş Milletler 2016 yılında "Göçmen ve Mülteciler" başlıklı bir toplantı düzenleyerek farklı ülkelerdeki göçmen ve mültecilerin sağlık gereksinimlerinin ve bu gereksinimlerin karşılanmasında tüm ülkelerin sorumluluğunun altını çizmiştir.⁽²⁾

Göçmen Sağlığı ulusal ve bölgesel düzeyde yüksek bir öncelik haline gelmiştir. Ülkemiz için birçok problem oluşturan göç, sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, göçmenlerin sağlığının, tıbbi hizmetlere erişimin yanı sıra yaşam koşulları, çevre, sosyal haklar ve iş olanakları gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden de etkilendiği görülmüştür.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili en kapsamlı çalışma 2016 yılında "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi", kısaltılmış olarak SIHHAT, projesi ile başlamıştır.⁽³⁾ Göçmen sağlığının geliştirilmesi uygulamalarının bir örneği olarak Elazığ'da Suriyeli göçmen yoğunluğu nedeniyle, SIHHAT Projesi kapsamında Bab-ı Şifa Göçmen Sağlığı Merkezi ve diğer yabancı uyruklulara yönelik Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP) açıldığı görülmektedir. Burada Aile Hekimliğinde verilen tüm hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ancak, Aile Hekimliği sisteminden farklı olarak performans sistemi

uygulanmadığından, izlemler değerlendirilememektedir. Göçmenlerin sık yer değiştirmeleri nedeniyle de düzenli izlem açısından sorun yaşadıkları görülmektedir.

Merkeze başka nedenlerle gelen kadınların çok sayıda ve yaş aralıkları kısa çocukları olduğu gözlenmiştir. Elazığ'da yaşayan Suriyeli annelerin emzirme konusunda isteksiz oldukları ve gerekli çabayı göstermedikleri izlenmiştir.

Elazığ örneğinde görüldüğü gibi, göçmen kadınlar sahip oldukları statünün devamı için fazla sayıda çocuk doğurma eğilimindedir. Ayrıca izlemlerin değerlendirilememesi ve izlem açısından sorunların olması koruyucu sağlık yerine, tedavi edici hizmetlerin verilmesine yol açmaktadır. Bu da göçmenlerin önlenebilir sağlık riskleriyle karşılaşmalarına yol açabilir.

Göçmen kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, sağlık personelinin sorumlulukları vardır. Sağlık bakımı sunan personelin bölgelerinde yaşayan göçmenlerin özelliklerini bilmeleri, kadınların gereksinimlerini belirleme ve sağlık bakım hizmetini sunmada kolaylık sağlayacaktır.

Göçmen kadınların dil problemi çözümlenmeli, en kısa zamanda ülkede konuşulan dili öğrenmeleri konusunda desteklenmeleri gerekir. Ruh sağlığı hizmetlerine gereksinimleri toplumun geneline göre daha yüksek olduğu görülen göçmen ve mül-

teciler için bu hizmetlerin ulaşılabilir olmasına ve dil engelinin önüne geçilmesine ihtiyaç vardır.

Sosyal güvencelerinin olması sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşireler, göçmen kadınların doğurganlıkla ilgili sorunlarını çözmede, kontreseptif kullanmalarında ve perinatal mortaliteyi azaltmada önemli rolünün olduğunu bilmeli ve kadınlara yardım edebilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilerin gereksinimlerine göre yapılandırılması, farklı hukuki statülerde bulunan göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için özellikle kayıtsız göçmenler ve kırılgan grupları da kapsayan mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

Göçmen sağlığıyla ilgili bölgesel ve küresel eylem planları, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik eşgüdümlü çabaların yoğunlaştırılmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar

- 1) Oğuzöncül AF, Tuncer Kara K. Bir göçmen sağlığı merkezine yapılan başvuruların incelenmesi. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halksağlığı Kongre Kitabı. Antalya 2019. Sf:1016-1017.
- 2) Fulya MEMİŞOĞLU, Celil YİĞİT Uluslararası Göç ve Kalkınma: Teori ve Güncel Meseleler <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/830940> Erişim tarihi: 09.09.2020.
- 3) SIHHAT proje faaliyetleri https://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657 Erişim tarihi: 09.09.2020.



Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı ve

> “Tek Sağlık” Yaklaşımı

130

DR. ÖĞR. ÜYESİ EMİNE BARAN DENİZ • PROF. DR. DİLEK ASLAN

Sağlığın geliştirilmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde bu konuda ilk kez düzenlenen uluslararası bir konferansta “*insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını sağlama ve sağlık durumlarını iyileştirme süreci*” olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre; bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olduğu bilinen sağlıklı olma durumuna ulaşmak için, bireyler kendilerini tanımlayabilmeli, gerçekleştirebilmeli, ihtiyaçlarını karşılayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ya da içinde buldukları durumun zorluklarıyla baş edebilmelidirler. Tam da bu nedenle sağlık, yaşamın amacı değildir, günlük yaşam için bir “kaynak”tır. Bir başka ifadeyle sağlık; sosyal ve kişisel kaynaklarla birlikte fiziksel kapasitenin önemine vurgu yapan olumlu bir kavramdır. Bu bağlamlar ışığında, sağlığın geliştirilmesi sağlık sektörünün sorumluluğunun ötesinde bir yaklaşım olarak kabul edilmeli ve sağlıkla ilgili hedeflere erişilebilmesi için tanımlanan ön koşullar iyi bilinmelidir. Sağlığın geliştirilmesi barış, barınak, eğitim, gıda, gelir, uygun bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik gibi temel koşullar gerektirmektedir ⁽¹⁾. Ekolojik açıdan koşulları iyileştirmek ve güçlendirmek sağlığın geliştirilmesi stratejileri arasında yer almaktadır ⁽²⁾.

Sağlığın geliştirilmesinin en önemli amacı yaşamın sağlıklı bir dünyada sürdürülmesidir. Bu amacın gerçekleşebilmesi için farklı bakış açılarına ve yaklaşımlara ihtiyaç duyulur. Bu yaklaşımlar arasında “Tek Sağlık” kapsayıcı yapısıyla öne çıkmaktadır.

Tek Sağlık Yaklaşımı

Tek Sağlık; insan, hayvan ve ekoloji bilimlerinin bir bileşkesi olarak tanımlanır ve sağlıklı olma hedefi için bu bileşenlerin “birlikte” vaz geçilmez olduğuna vurgu yapar ⁽³⁾. Daha geniş bir çerçevede Tek Sağlık; yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde insan-hayvan-çevre için acil, devam eden ya da potansiyel sağlık tehditlerini ele alan, iş birliğine dayalı, çok disiplinli ve çok sektörlü bir yaklaşımdır. Tarihsel geçmişi 1800'lü yıllara dayanan bu yaklaşım, ilgili tüm sektörler ve disiplinler arasında denge ve eşitliğin sağlanmasını içermektedir ^(4,5).

Tek sağlık kavramının oluşmasında antropolog, halk sağlıkçı ve politikacı bir hekim olan Rudolf Virchow önemli bir rol oynamıştır. Virchow veteriner tıbbi ile insan tıbbi arasında bir ayrım olmaması gerektiğini, bir alandaki deneyimin diğerini de geliştireceğini vurgulamıştır ⁽⁵⁾.

İnsan; içinde yaşadığı çevre ve yaşamı paylaştığı diğer bireylere ek olarak; gıdası, geçimi ve mutluluğu için yoğun bir etkileşimde olduğu hayvanlarla da iç içe geçmiş bir ilişki içindedir. İnsan, hayvan ve çevre arasındaki ilişki, halk sağlığını ve dünya nüfusunun sosyal ve ekonomik refahını etkileyen bir hastalığın kaynağı olabilir. Bu, konu bazı örneklerle daha iyi anlaşılabilir. Örneğin; çoğunlukla aynı mikroorganizmalar, içinde yaşadıkları eko-sistemleri paylaştıkları için hem hayvanları hem de insanları enfekte eder. Sadece bir sektörün çabaları sorunu önleyemez ya da ortadan kaldıramaz. Örneğin, insanlarda kuduz sadece virüsün hayvan kaynağını hedefleyerek (köpekleri aşılıyarak) etkili bir şekilde

de önlenir ⁽⁶⁾. İnfluenza da hayvanlar ve insanlar açısından tehditler oluşturmaktadır ⁽⁷⁾.

İlaca dirençli mikroorganizmalar, hayvanlar ve insanlar arasında doğrudan temas yoluyla veya kontamine gıda yoluyla bulaşabilir, bu nedenle insanlar ve hayvanlar arasında etkili bir şekilde koordine edilmiş bir yaklaşım gereklidir ^(5,6).

Geniş bir perspektifi ve çalışma alanı olan Tek Sağlık kavramı konusunda çalışanların da çok farklı disiplinlerden olması beklenir. Halk sağlığı, hayvan sağlığı, bitki sağlığı ve çevre gibi farklı sektörlerde çalışan birçok profesyonel, Tek Sağlık yaklaşımlarını desteklemek için güçlerini birleştirmelidir. Zoonozlar ve gıda güvenliği sorunlarının neden olduğu salgınları etkili bir şekilde tespit etmek, çözmek ve önlemek epidemiyolojik verilerin ve laboratuvar bilgilerinin sektörler arasında paylaşılmasıyla mümkündür. Yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerdeki sektörlerde hükümet yetkilileri, araştırmacılar ve çalışanlar ortak sağlık tehditlerine ortak yanıtlar uygulamalıdır ⁽⁶⁾.

Tek Sağlık Yaklaşımının Öne Çıkan Çalışma Alanları

Tek Sağlık yaklaşımının özellikle ilgili olduğu çalışma alanları arasında; gıda güvenliği, zoonozların kontrolü, antibiyotik direnci, Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların olası zararları, insan ve hayvanları etkileyen otoimmün hastalıklar, obezite, diabetes mellitus ve kanser gibi hastalıklar konusunda karşılaştırmalı araştırmaların yapılması bulunur ^(5,6).

Doğrudan temas yoluyla veya yiyecek, su ve çevre yoluyla hayvanlardan insanlara bulaşabilen hastalıklara yaygın olarak "zoonoz" denir ⁽⁸⁾. Zoonotik hastalıklara yönelik çok sektörlü Tek Sağlık yaklaşımı, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşulları göz önünde bulundurmaya anlamına gelir. Günlük yaşamın bu koşulları politika, kültürel normlar, değerler, inançlar, ekonomi, güç dağılımı, toplumsal cinsiyet ile insanların kentsel veya kırsal bir toplumda yaşayıp yaşamadıkları gibi etmenlerden etkilenir. Aynı etmenler zoonotik hastalık risklerini de etkiler. Zoonotik hastalık bulaşının sosyal bağlamı ve farklı insan grupları arasındaki kırılganlığa etkileri de dikkate alınmalıdır. Bu çerçevede kapsamında Tek Sağlık yaklaşımı içerisinde aşağıdaki çalışmalar yapılabilir ⁽⁴⁾:

- Politikaların, programların, araştırmaların ve eğitimin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sosyal bilimcilerle (sosyologlar, antropologlar ve demograflar) ortaklıklar kurulabilir ve bunlarla etkileşime geçilebilir,
- Toplumsal cinsiyet, yerli ve azınlık nüfus ile çeşitli kültürel uygulamaları göz önünde bulunduran iletişim stratejileri geliştirilebilir,
- Toplum sağlığı çalışanları, program yöneticileri ve politika yapımcılar, her ülkede zoonotik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü üzerindeki en acil sosyal etkiler konusunda eğitilebilir,
- Zoonotik hastalıklara yönelik ülke planlarının ve eğitim-öğretim programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde toplumsal cinsiyet dikkate alınabilir,
- Ülkelerdeki sağlığın sosyal belirleyicilerini araştırmak ve anlamak için mevcut araştırmalar kullanılabilir; bilgi ve davranış değişikliği zoonotik hastalıkların kontrolünün tüm aşamalarına entegre edilebilir.

Yukarıda yazılı olan içerikten de anlaşılacağı üzere Tek Sağlık yaklaşımının gereklerinin yapılması için sağlığın geliştirilmesi kavramına ihtiyaç vardır. Sağlığın geliştirilmesinin öncelikli önerilerinden olan "Bütün Politikalarda Sağlık" yaklaşımını Tek Sağlık uygulamalarına da entegre edilebilir. Bu yaklaşım, Tek Sağlık kavramının multi, inter ve transdisipliner çalışma biçimi ile de uyumludur.

Dünyada ve Türkiye'de Tek Sağlık kavramının gelişimi için disiplinler arası bazı adımlar atılmıştır. Bu konuda öne çıkan güncel yaklaşımlar aşağıda sunulmuştur.

Dünyada ve Türkiye'de Tek Sağlık Yaklaşımının Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü, gıda güvenliği tehlikelerine, zoonozlardan kaynaklanan risklere ve diğer halk sağlığı tehditlerine karşı insan-hayvan-ekosistem ekseninde bu risklerin nasıl azaltılacağı konusunda rehberlik sağlamak, çok sektörlü mücadeleyi teşvik etmek için Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization of the United Nations-FAO) ve Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (World Organisation for Animal Health-OIE) ile yakın iş birliği içinde çalışmaktadır ⁽⁶⁾.

Bu bağlamda; DSÖ, OIE ve FAO 2019 yılında “Ülkelerdeki Zoonotik Hastalıklara Çok Sektörlü Tek Sağlık Yaklaşımına Yönelik Üçlü Rehber” başlıklı ortak bir kılavuz yayınlamıştır. Rehberde Tek Sağlık kavramının temel ilkesi, çok sektörlü bir Tek Sağlık yaklaşımının ortaya konulabilmesi ile insan, hayvan ve çevre eksenindeki ilgili bütün sektör ve disiplinlerin sağlığı etkili, verimli ve sürdürülebilir bir şekilde ele alabilmesi olarak tanımlanmıştır⁽⁴⁾. Zoonotik hastalıklar başta olmak üzere sağlıkla ilgili bütün tehditlerle mücadele edebilmek için disiplinler arası iş birliği, iletişim ve koordinasyonun gerektiği, gösterilen çabanın-temel amacı hem insanlar hem de hayvanlar için en uygun sağlık sonuçlarına ulaşmak olan-adının da Tek Sağlık olduğu ayrıca Rehberde vurgulanmıştır^(4,9).

Ülkemizde ise Türk Tabipleri Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği, ortaya çıkan yeni zoonotik hastalıkların insan, hayvan ve çevre sağlığı üzerine olumsuz etkilerine yönelik olarak oluşturdukları “Tek Dünya Tek Sağlık” ortak deklarasyonunu 25 Nisan 2009 tarihinde yayınlamışlardır. Deklarasyonda; “Tek Dünya Tek Sağlık” kavramının ortaya çıkan yeni zoonotik hastalıkların insan, hayvan ve çevre sağlığı ile uluslararası ticaret ve ekonomi üzerindeki küresel etkilerine bağlı olarak gündeme geldiği, Amerikan Veteriner Hekimleri Birliği ile Amerikan Tabipleri Birliği arasında 2007 yılında tek sağlık bakış açısının kabul edildiği, Avrupa Veteriner Hekimleri Federasyonu tarafından da benimsendiği belirtilmiştir⁽¹⁰⁾.

Ortak Deklarasyonda insanlarda görülen enfeksiyon hastalıklarının yaklaşık %60'ının zoonotik olduğu ve gıda kaynaklı hastalıkların %90'ından fazlasının hayvansal gıdalardan kaynaklandığı dikkate alındığında, bu hastalıklarla etkin mücadelede beşeri ve veteriner hekimlerin birlikte çalışma gerekliliğinin ortaya çıktığına değinilmiştir. Ayrıca, önemli bakteriyel etkenlerin tüm dünyada yaygın olarak kullanılan antibiyotiklere karşı geliştirdikleri çoklu direnç sorununun dikkatle takip edilmesi gereken ortak küresel tehditlerden biri olduğu da belirtilmiştir⁽¹⁰⁾.

Vektörlere ilişkin hastalıkların günümüzde dünyanın değişik yerlerinde milyonlarca insanı etkileyen küresel halk sağlığı tehditlerinden biri olarak değerlendirildiği, küresel ısınmaya bağlı iklim değişikliklerinin dünyanın belli bölgelerinde ekosistemleri değiştirdiği, batı nil ateşi, kırım kongo kanamalı ateşi hastalıkları ile mavi dil, deng ve

sıtma gibi hastalıkları aktaran vektörlerin yayılımını artırdığı bildirilmiştir. Deklarasyonda aşağıdaki önerilerin ulusal kuruluşlar tarafından uygulanmasının gereğine de değinilmiştir⁽¹⁰⁾:

- Tarım ve Köy işleri (şimdiki adı Tarım ve Orman Bakanlığı) ile Sağlık Bakanlıkları arasında Tek Sağlık kavramına uygun etkin bir sistem oluşturulması,
- İki Bakanlık bünyesinde aktif ve güçlü bir Veteriner Halk Sağlığı Biriminin oluşturulması,
- Ulusal Zoonoz Komitesinin daha etkin hale getirilmesi,
- Zoonotik hastalıklara ilişkin epidemiyolojik çalışmaların artırılması ve entegre bir veri tabanının oluşturulması,
- Tıp ve Veteriner fakülteleri ile araştırma enstitüleri arasında tek sağlık kavramına yönelik açılımlar yapılması ve iş birliğinin geliştirilmesi.

Tarım ve Orman Bakanlığı, Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 20 Ocak 2014 tarih ve 71037622-010.06.02-2663 sayılı “Hayvan Hastalıkları ile Mücadele ve Hayvan Hareketleri Kontrolü Genelgesi”nde “Tek Sağlık” konseptine dikkat çekilerek bu konuda başarının elde edilmesi için hayvan sağlığı ve refahı, gıda güvenliği ve halk sağlığı konularında veteriner hekimlere önemli sorumlulukların düştüğü belirtilmiştir⁽¹¹⁾.

Tek Sağlık bakış açısıyla Tarım ve Orman Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ülkemizde zoonotik hastalıklara yönelik çalışmalarda iş birliği içerisinde hareket ederek multidisipliner bir yaklaşımla koordinasyonu hedefleyen “Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi Protokolü”nü hazırlamıştır. Bu protokol ile “Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi” kurulmuştur⁽¹²⁾.

Sonrasında hazırlanan Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023); Tek Sağlık Yaklaşımı çerçevesinde sektörlerin güçlerini birleştirmesi ve bütünsel bir yaklaşım ile Türkiye’de zoonotik hastalıkların yaygınlığını azaltarak toplumun yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir⁽¹²⁾.

Eylem planında zoonozları önleme ve korunma çalışmalarında; halkın ve geçim kaynağı olarak hayvancılık yapan insanların bilinçlendirilmesi ile insan ve hayvan sağlığı alanlarında çalışanların zamanında etkili iletişim ve iş birliği içerisinde olmalarının önemine değinilmektedir. Zoonozlarla mücadele programlarında; korunma amacıyla toplumun ve risk gruplarının farkındalık çalışma-

larına hız vermenin, insan, hayvan ve çevre sağlığı alanında çalışanların sık görülen zoonozlara karşı eğitimlerinin sürekliliğini sağlamanın, yeni tehditler konusunda bilgilendirilmelerinin önem arz ettiği; toplumsal bilgilendirme ve risk gruplarının eğitim programlarında, sürü sağlığı, biyogüvenlik tedbirleri, hayvan kesimi ve atıklarının bertarafı ile ilgili temel bilgiler, hayvanlara yakın temasla karşılaşacaklara kişisel korunma tedbirleri ile vektör kaynaklı ve diğer zoonotik hastalıklardan korunma ve riskleri azaltma yöntemlerinin öğretilmesinin gereği Eylem Planında belirtilmektedir ⁽¹²⁾.

Eylem Planının “Toplumu zoonotik hastalıklar ve önlenmesi konusunda bilinçlendirmek” başlığı altında zoonotik hastalıkların insanlara bulaşmasının ve ekonomik kayıplarının önlenmesi, salgınlarda toplumsal paniğin önüne geçilmesi stratejisine yönelik olarak;

- Toplumu bilgilendirmek amacıyla kısa spot bilgiler oluşturulması (görsel ve basılı yayın için),
- Endemik bölgelere ve risk gruplarına yönelik eğitim materyalleri hazırlanması,
- Hayvancılığın yoğun olduğu bölgelerde toplumsal eğitim çalışmaları planlanması,
- Endemik bölgelerde, sahaya hizmet veren insan ve hayvan sağlığı çalışanlarına eğitim programları planlanması önerilmektedir ⁽¹²⁾.

Eylem Planında belirtilen tüm bu öneriler toplum sağlığını geliştirmeye yönelik önerilerdir.

Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı ve Tek Sağlık Yaklaşımına Örnekler

Yazının ilk bölümünde, sağlığın geliştirilmesinin en önemli amacının sağlıklı bir toplum olduğu vurgusu yapılarak Tek Sağlık yaklaşımının gereksinim duyulan bir yaklaşım olduğu üzerinde durulmuştur. Bu konuda **Tablo 130.1**'de bir örnek sunulmuştur. Sorunun zoonotik hastalıklar olduğu düşünüldüğünde, çözümün Tek Sağlık yaklaşımı ile kurgulanması olanaklıdır. Bu bağlamda, Tek Sağlık yaklaşımının bileşenleri olan “insan, hayvan ve ekoloji” dengesinin sağlanması gerekir. Her üç alt bileşene yönelik olarak sağlığın geliştirilmesi uygulamaları hayata geçirildiğinde zoonotik hastalıklarla mücadele kolaylaşır.

Tablo 130.1 Zoonotik hastalıklarla mücadelede Tek Sağlık yaklaşımıyla sağlığın geliştirilmesi uygulamaları

Sorun	Tek Sağlık yaklaşımıyla çözüm bileşenleri	Sağlığın geliştirilmesi uygulama örnekleri
Zoonotik hastalıklar	İnsan sağlığı açısından	Önleyici davranışların geliştirilmesi Gerekli durumlarda bağışıklama Hijyen kurallarına uyumun artırılması Hasta hayvanların ürünlerinin kullanılmaması ile ilgili farkındalığın artırılması Gıda güvenliğinin sağlanması için ilgili sektörlerle iş birliğinin oluşturulması
	Hayvan sağlığı açısından	Hayvan hasta olduğunda bulaşı önleyici davranışsal müdahalelerin geliştirilmesi Gerekli durumlarda bağışıklama Hayvansal gıda güvenliğinin yapılması için ilgili sektörlerle iş birliğinin sağlanması
	Çevre sağlığı açısından	Çevre duyarlılığının artırılması Bütün politikalarda çevre sağlığı yaklaşımının geliştirilmesi

Tablo 130.1'de sunulan örnek zoonotik bir hastalık olan şarbon (antraks) hastalığı üzerinden daha da somutlaştırılabilir. Hayvanlarda ve insanlarda septik karakterli perakut, akut ve subakut hastalığa neden olan şarbon, ülkemizde her bölgede ve her mevsimde görülebilir. Sporları yıllarca toprakta canlı kalabilen şarbon bir mera hastalığıdır. Bakterinin sporları her türlü pH, ısı ve nem değişikliklerine, ultraviyole ve dezenfektanlara karşı dirençlidir. Şarbon, enfekte hayvanlardan doğrudan ya da dolaylı yollardan insanlara bulaşabilir. Dolayısıyla endüstri, tarım veya laboratuvar kaynaklı bulaş olabilir. Kıl, yün, post ve kemik gibi kontamine hayvansal ürünlerin sanayide işlenmesi sırasında, hasta hayvanı kesip yüzme, etini yeme, hayvanın deri ve yünü işleme sırasında insanlar hastalığa yakalanırlar ⁽¹³⁾. Bulaşma, sindirim, solunum ve deri yoluyla olabilir. Bu bağlamda; ölen hayvanın sıvı, kan ve dışkıyla kirlenen ot, su ve yem gibi gıdaların ağız yoluyla hayvanlar tarafından alınması, insanların sporları post, kıl, yün gibi ürünleri solunum yoluyla alması ve deri bütünlüğü bozulmuş alanlardan etkenin vücuda girmesi örnek olarak verilebilir ⁽¹³⁾. Şarbon hastalığının önlenmesi için Tek Sağlık perspektifi ile aşağıdaki önlemler alınabilir (**Tablo 130.2**) ^(13,14,15).

Tablo 130.2 Şarbon ile mücadelede Tek Sağlık yaklaşımıyla sağlığın geliştirilmesi uygulamaları

Sorun	Tek Sağlık yaklaşımıyla çözüm bileşenleri	Sağlığın geliştirilmesi uygulama örnekleri
Şarbon	İnsan sağlığı açısından	Veteriner kontrolünden geçmeyen et ve et ürünlerinin tüketilmemesi Hasta hayvanların kesilmemesi, otopsi yapılmaması Hasta hayvanların süt, idrar ve diğer salgıları da enfeksiyon kaynağı olduğundan bu hayvanların muayenesinde gerekli önlemlerin alınması Risk altındaki kişilerin eğitimi, el hijyeninin sağlanması Kontamine materyallerin dekontaminasyonu Hayvansal ürünleri işleme yerlerinde düzenli ekipman temizliği yapılması Aşısız hayvanların transportunun engellenmesi Riskli grupların aşılması
	Hayvan sağlığı açısından	Hayvanların aşılması Ölen hayvanların uygun şekilde nakledilmesi, 2 metre derine gömülmesi ve üzerinin sönmemiş kireçle kapatılması Hayvan mezarlarının meraya yakın olmaması
	Çevre sağlığı açısından	Enfekte meralarda ot ve samanların çevre sağlığına uygun şekilde ortadan kaldırılması Enfekte bataklıkların çevre sağlığına uygun şekilde kurutulması

Sonuç olarak Tek Sağlık yaklaşımı; sağlıkla ilgili sorunların geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmesine, sorunun altında yatan nedenlerin insan, hayvan ve ekosistem bütünselliğinde incelenmesine olanak sağlamaktadır. Bu bakış açısı sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin daha özel alt başlıklara uyarlanabilmesini kolaylaştırabilir. Bu sayede çözümlerin de daha öznel koşullar içinde karşılık bulması olasıdır.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Erişim: 27.06.2020)

- 2) Fertman CI, Allensworth DD, Auld ME. Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı. İçinde: Fertman CI, Allensworth DD, editörler. Sağlığı Geliştirme Programları-Teoriden Pratiğe. Çeviri Birinci Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012. s.7
- 3) Harrison S, Kivuti-Bitok L, Macmillan A, Priest P. Eco Health and One Health: A theory-focused review in response to calls for convergence. *Environ Int* 2019;132:105058.
- 4) Background. In: Taking a Multisectoral, OneHealth Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries. The Food and Agriculture Organization of the United Nations, The World Organisation for Animal Health, The World Health Organization. 2019.p.2-9. <http://www.fao.org/3/ca2942en/ca2942en.pdf> (Erişim: 28.06.2020)
- 5) Öztekin Z. Sağlıkta Temel Kavramlar. İçinde: Öztekin Z, editör. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar İlkeler Politikalar. Birinci Baskı. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları; 2019. s. 57-9
- 6) One Health 21 September 2017 | Q&A. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health> (Erişim: 29.06.2020)
- 7) Borland S, Gracieux P, Jones M, Mallet F, Yugueros-Marcos J. Influenza A Virus Infection in Cats and Dogs: A Literature Review in the Light of the “One Health” Concept. *Front Public Health*. 2020;8:83.
- 8) Managing public health risks at the human-Animal-environment interface. Zoonoses. World Health Organisation. <https://www.who.int/zoonoses/en/> (Erişim: 29.06.2020)
- 9) Glossary In: Taking a Multisectoral, One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries. The Food and Agriculture Organization of the United Nations, The World Organisation for Animal Health, The World Health Organization. 2019.p.112. <http://www.fao.org/3/ca2942en/ca2942en.pdf> (Erişim: 27.06.2020)
- 10) Türk Tabipleri Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği'nin “Tek Dünya Tek Sağlık” Ortak Deklarasyonu. Tek Dünya Tek Sağlık TTB Haberler. 2009. <https://www.ttb.org.tr/haberarsiv-goster.php?Guid=6691bf7c-9232-11e7-b66d-1540034f819c> (Erişim: 29.06.2020)
- 11) Hayvan Hastalıkları ile Mücadele ve Hayvan Hareketleri Kontrolü Genelgesi. Tarım Orman Bakanlığı. [https://vetkontrol.tarimorman.gov.tr/sap/Belgeler/2014genelge\(1\).pdf](https://vetkontrol.tarimorman.gov.tr/sap/Belgeler/2014genelge(1).pdf) (Erişim: 30.06.2020)
- 12) Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı (2019-2023). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:1130, Birinci Baskı Ankara 2019. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-vektorel-hastaliklar-db/daire-baskanligi/eylem_plani/Zoonotik_Hastaliklar_Eylem_Pani.pdf (Erişim: 30.06.2020)
- 13) Tayar M. Zoonoz Hastalıklar. İçinde: Tayar M, Yarsan E. editörler. Veteriner Halk Sağlığı. Birinci baskı. Bursa: Dora Basım Dağıtım; 2014. s.244-6
- 14) Doğanay M. İnsanlarda Şarbon. Doğanay M, Altıntaş N. Editörler. Zoonozlar Hayvanlardan İnsanlara Bulaşan Enfeksiyonlar. Birinci Baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2009. s.50
- 15) Yardımcı H. Hayvanlarda Şarbon. Doğanay M, Altıntaş N. Editörler. Zoonozlar Hayvanlardan İnsanlara Bulaşan Enfeksiyonlar. Birinci Baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2009. s.58-9

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Alanındaki Kitle İletişim Çalışmaları

> Örnekleri

131

DR. ÖĞR. ÜYESİ HAKAN TÜZÜN • PROF. DR. SEÇİL ÖZKAN

Giriş

Sağlık iletişimi, “sağlık konusuyla ilgili kişi veya grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirilmiş olduğu iletişim şekli” olarak tanımlanmaktadır. İletişim süreci sağlıklı ya da hasta birey ile hekim arasında, hekim dışı sağlık çalışanları ile birey arasında, sağlık çalışanları arasında, bireyler arasında olabilmektedir⁽¹⁾. Sağlık iletişiminde kitle iletişim araçları devreye girdiğinde ise alan başka bir boyut kazanmaktadır. Kitle iletişimi “iletinin, bir veya daha çok kitle iletişim araçları (gazete, dergi, kitap, radyo, televizyon, internet, sinema vb.) aracılığıyla geniş ve bilinmeyen bir kitleye (okuyucu, dinleyici, izleyici kitlesi) iletilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Buna göre iletişim örgütlü ve kurumsal bir yapıya dönüştüğünde, kitle iletişimi haline gelmektedir⁽²⁾.

Sağlık okuryazarlığı ilk kez 1970’li yıllarda ortaya atılan, izleyen on yıllarda özellikle iki binli yıllarda daha da artan bir popülerlik kazanan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı ile kavramsallaştırılan ögeler aslında kavramsallaştırma öncesinde de halk sağlığı tarihi boyunca yaşayagelen ilkeler olmuşlardır. Sağlık okuryazarlığı üzerine etkili olan faktörler de tarih boyunca rollerini oynamışlardır. Sözgelimi 1918’deki influenza pandemisi genel olarak “İspanyol gribi pandemisi” ya da “İspanyol nezlesi” olarak adlandırılmıştır. Pandemi İspanya’da başlamamasına karşın “İspanyol gribi pandemisi” olarak adlandırılması, o sırada İspanya’nın Birinci Dünya Savaşına katılmaması nedeniyle, salgınla

ilgili haberlerin sadece bu ülkede sansüresiz olarak yayımlanma olanağı bulabilmesi ve salgınla ilgili haberlerin ilk olarak İspanya kaynaklı olarak dünyaya duyurulmasından kaynaklanmaktadır⁽³⁾. Bu örnekte kitle iletişim araçlarının konumları ve işlevleri salgının adlandırılmasından başlayarak etkili olmuş görünmektedir.

Bu yazı kapsamında temel olarak Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili olduğu etmenlerden bahsedilecek, başlangıçtan yakın döneme kadar ve yakın dönem için başlıca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kitle iletişim çalışma örnekleri aktarılacak; yanı sıra meslek örgütleri tarafından yürütülen kimi kitle iletişim çalışmalarına değinilecektir. Covid-19 pandemisi esnasında yürütülen kitle iletişim çalışmaları tek başına ayrı bir yazıda değerlendirilmesi gereken bir kapsama sahip olduğu ve yazının hazırlandığı dönemde pandemi süreci halen devam etmekte olduğu için bu yazıda sadece bazı örnek çalışmalara yer verilmesi ile yetinilecektir.

Başlangıçtan Yakın Döneme Kadar Sağlık Bakanlığı Kitle İletişim Çalışmalarından Örnekler

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1936 yılında kurulan “Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistikler Genel Müdürlüğü”nün görevleri “her türlü tıbbi istatistikleri düzenlemek, Bakanlığın görev kapsamına giren konularla ilgili yayın ve sağlık eğitimi yapmak, nü-

fus/genel sağlık/hastalıklara dair bilimsel anketler yapmak, Bakanlık merkez kitaplığını yönetmek, sağlık müzelerini düzenlemek ve denetlemek” olarak sıralanmıştır⁽⁴⁾.

Sağlık Bakanlığı'nın 1973 tarihli “Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl” kitabında, 1926'da küçük ölçüde başlatılan sağlık broşürleri ve renkli duvar afişleri basım işlerinin, 1936'da daha da artırıldığı, 1963 sonrasında ise bastırılan afiş ve broşürlerde hem nitelik hem nicelik olarak gelişme sağlandığı ifade edilmektedir. Sağlık eğitimi etkinliklerini geliştirebilmek için her il sağlık müdürlüğü bünyesinde “sağlık eğitimi ünitesi” kurulması öngörülmüş, bu ünitelerin kuruluşu 1969 yılına kadar tamamlanmıştır. Sağlık eğitimlerinde kullanılmak üzere “kitap, broşür, afiş, finelgraf, slayt, film, film şeridi” gibi eğitim malzemelerinin hazırlandığı belirtilmektedir⁽⁴⁾.

Sağlık filmlerinin gösterimine 1928 yılında başlanmış, 1937'den itibaren seyyar projeksiyon cihazları ile sineması olmayan illerdeki halkın eğitimine çalışılmış, elektrik tesisatı olmayan yerlerde benzinle çalışan cihazlar kullanılmıştır. Bakanlık bünyesinde 1946'da bir sinema ekibi kurulmuş, 1956'da “Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu” (UNICEF) aracılığıyla “gezici sinema otomobili” temin edilmiştir. İstanbul Sağlık Müzesi'nin alt katının sinema haline getirilerek öğrencilere yönelik sağlık eğitim filmleri gösterilmiştir. İl sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan eğitim ünitelerinin geliştirilmesine paralel olarak 1963 sonrasında her ilde en az bir sinema makinesi, jeneratör ve projeksiyon cihazı temin edilmiştir⁽⁴⁾.

Daha önceleri de yapılan sağlıkla ilişkili radyo konuşmaları 1946'dan itibaren programlı hale getirilmiş, uzman hekimlerin her hafta konuşma yaptığı bir düzenleme oluşturulmuştur. Milli Eğitim Bakanlığı ve TRT ile işbirliği yapılarak 1970'te ilkököl öğrencileri ve yetişkinler için radyo programları geliştirilmiştir. Radyonun sağlık kampanyası kapsamında bir araç olarak kullanıldığı örnekler de mevcuttur. Bu örnekler arasında 1971'de yürütülen “kolera, diğer barsak enfeksiyonları ve enfestasyonları sağlık eğitimi kampanyası” vurgulanmalıdır⁽⁴⁾.

Bu başlık altında yer verilebilecek bir diğer etkinlik ise 1990'lı yıllarda “Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu” (JICA) desteğiyle yürütülen çalışmalardır. Türkiye'nin JICA ile sağlık alanında yürüttüğü iki çalışmadan birisi “Halk Eğitimini Geliştirme Projesi” idi. Projenin amaçları ana çocuk sağlığı ve

aile planlaması hizmetlerini desteklemek için eğitim gereçleri üretmek, iletişim merkezleri kurmak, sağlık personelini etkili kullanım için eğitmektir. Projenin birinci aşaması Kasım 1988'de başlamış, üçüncü aşaması Kasım 1998'de sonlanmıştır. Ankara, Bursa ve Sivas'ta eğitim araçları üretim merkezi olarak görev yapan İletişim Merkezleri kurulmuştur. Video program üretimi ve yönetimi, slayt ve sesli slayt programı üretimi, masa-üstü yayıncılık, eğitim teknolojisi konularında hizmet içi eğitimler gerçekleştirilmiştir. Üretilen videolar 11.000 adet kasete çoğaltılarak ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılmıştır. “Eğitim Teknolojisi El Kitabı” vb gibi yürütülen eğitim programlarını destekleyici araçlar üretilip dağıtılmıştır. “Video programları etki araştırması” gibi çeşitli araştırmalarla projenin etkinliği değerlendirilmiştir.⁽⁵⁾

Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler

Türkiye’de ulusal ölçekte sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamaya yönelik bir çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında yürütülmüştür. Çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’nda (HLS-EU) kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramsal çerçevesi revize edilerek, “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” ve “tedavi ve hizmet” olmak üzere iki boyut ile “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma”, “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama”, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme”, “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olmak üzere dört bileşenden süreçten oluşan bir matrisle dayalı olarak geliştirilen TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada Türkiye’de sağlık okuryazarlığının % 30,9 yetersiz, % 38,0 sorunlu-sınırlı, % 23,4 yeterli, % 7,7 mükemmel düzeyde olduğu bulunmuştur. Tedavi ve hizmet alanı sağlık okuryazarlığı % 27,1 yetersiz, % 31,3 sorunlu-sınırlı, % 30,0 yeterli, % 11,6 mükemmel düzeydedir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanı sağlık okuryazarlığı % 37,4 yetersiz, % 34,2 sorunlu-sınırlı, % 21,8 yeterli, % 6,6’sı mükemmeldir⁽⁶⁾.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının tanımlayıcı değişkenlere ve bazı sosyoekonomik parametrelere göre önemli farklıklar gösterdiği dikkat çekmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı kadınlarda % 35,3, erkeklerde % 26,4’tür, 18-24 yaş grubunda % 14,0 iken, ilerleyen yaş gruplarında

artmakta, 65 ve üzeri yaş grubunda % 65,5'e ulaşmaktadır. En düşük eğitim kategorisinde % 53,4, en yüksek eğitim kategorisinde % 9,6'dır. Hane halkı gelirinin gereksinimleri karşılama yeterliliği ile ilgili değerlendirmesi "çok yetersiz" olanlarda % 56,4, "yetersiz" olanlarda % 37,8, "ne yeterli ne yetersiz" olanlarda % 33,9, "yeterli" olanlarda % 19,0, "çok yeterli" olanlarda ise % 16,4'tür⁽⁶⁾.

Çalışmada sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak yararlanılan kitle iletişim araçları da sorgulanmıştır. Buna göre ilk sıralarda internet (% 48,6), televizyon (% 33,0), gazete (% 8,9), cep telefonu ve akıllı telefon uygulamaları (% 6,5) yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığının bilgi kaynağı olarak kullanıldığı belirtilen kitle iletişim aracına göre değişim gösterdiği dikkati çekmektedir. Çalışmaya göre yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı bilgi kaynağı olarak interneti belirtenlerde % 11,9 belirtmeyenlerde % 48,8; televizyonu belirtenlerde % 22,0 belirtmeyenlerde %35,3; gazeteyi belirtenlerde %14,2 belirtmeyenlerde %32,5; cep telefonu ya da akıllı telefon uygulamalarını belirtenlerde %9,9 belirtmeyenlerde %32,5'tir⁽⁶⁾.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini TSOY-32 ölçeği ile belirlemek üzere yürütülen farklı yerel çalışma sonuçları da benzer nitelikte sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu çalışmalarla farklı toplumsal kesitlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bu düzeyi belirleyen etmenlere ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir. Aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuranlarda yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı % 55,4 yetersiz, 22,4 sorunlu-sınırlı bulunmuştur. Yüksek eğitim gruplarında, gelir getirici bir işte çalışanlarda, ailesinde hasta birey bulunanlarda sonuçlar daha iyidir⁽⁷⁾. ASM'lere başvuranlarda yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %51,7'si yetersiz, %31,12'i sorunlu-sınırlı, %9,4'ü yeterli, %7,8'i mükemmel bulunmuştur⁽⁸⁾. Bingöl'de ASM'lere başvuranlarda yürütülen bir diğer çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyi; %16,8 yetersiz, %25,6 sorunlu, %35,4 yeterli ve %22,2 mükemmel olarak saptanmıştır⁽⁹⁾. ASM'lere başvuranlarda yapılan bir diğer çalışmada ise %39,0'unun sağlık okuryazarlığı yetersiz, %32,5'unun sınırlı, %17,8'i yeterli, %10,7'si mükemmel düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmada düzenli egzersiz yapma durumu, sebze-meyve tüketimi ve düzenli beslenme ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır⁽¹⁰⁾.

TSOY-32 kullanılan kimi yerel çalışmalar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda ya

da başvuruların yakınlarında yürütülmüştür. İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi %25,8 yetersiz, %34,5 sorunlu-sınırlı, %27,3 yeterli, %12,4 mükemmel olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının düşük eğitim gruplarında, emeklilerde, geliri giderinden az olanlarda, algılanan sağlığı kötü olanlarda, kronik hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur⁽¹¹⁾. Hastanelere başvuran gebelerde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi %13,0 yetersiz, %32,2 sorunlu, %32,6 yeterli, %22,3 mükemmel düzeyde bulunmuştur⁽¹²⁾. Pediatri hastanesine başvuran hasta yakınlarında yapılan bir çalışmada %16,0 yetersiz, %42,5 kısıtlı, %29,5 yeterli ve %12,0 mükemmel düzeyde bulunmuştur⁽¹³⁾.

Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülen çalışmalara bakıldığında Bingöl'de yürütülenin dışındaki diğer çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının Sağlık Bakanlığı çalışmasından daha yüksek olduğu, iki çalışmada ise başvuruların yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu dikkati çekmektedir. Diğer yandan ikinci basamak sağlık kuruluşu başvurularına dayalı olarak yürütülen çalışmalarda ise yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının Türkiye genelinden daha düşük olduğu görülmektedir. Hizmet sunucusu kuruluşların çalışmalarını başvuranların sağlık okuryazarlığı düzeylerini dikkate alarak planlayabilmeleri için, hizmet kullanıcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini bilmeleri gerekir. Farklı sağlık hizmet sunucusu başvurularında sağlık okuryazarlığı düzeyinin nasıl değiştiğini daha net olarak saptanabilmesi için daha çok çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Yakın Dönem Sağlık Bakanlığı Kitle İletişim Çalışma Örnekleri

Özellikle "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ile getirilen düzenlemeler kitle iletişimi alanındaki kamu kaynaklı faaliyetler bakımından yeni bir başlangıç noktası olmuştur. Bu yasaya dayanılarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan tütünle mücadeleyle yönelik kamu spotları kamuoyunun oldukça dikkatini çekmiştir. Daha sonra farklı konularda da kamu spotları hazırlanmaya başlanmıştır. Bu alanı düzenleyen

“kamu spotları yönergesi”ne göre tavsiye edilecek kamu spotlarının belirlenmesinde RTÜK (Radyo ve Televizyon Üst Kurulu) yetkili kılınmıştır. Kamu spotları, toplumu ilgilendiren ve yayınlanmasında kamu yararı bulunan olay ve gelişmelere ilişkin konularda hazırlanabilmektedir⁽¹⁴⁾.

Mayıs 2008’de yürürlüğe giren kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan mevzuat düzenlemesi ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi amacıyla “Dumansız Hava Sahası” ve “Havanı Koru” sloganlarıyla kampanya birinci fazı başlatılmıştır. Kampanya çerçevesinde Sağlık Bakanlığı, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Tüberküloz ve Akciğer Hastalıklarına Karşı Uluslararası Birlik (UNION) ve Sigarasız Çocuklar Kampanyası (CTFK) tarafından çeşitli poster afiş, broşür ve kitapçıklar hazırlanmış ve bir web sitesi açılmıştır. Reklam filmleri, radyo reklamları, broşürler, afişler, gazete reklamları, sloganlar, logolar, reklam panoları, raketler, posterler, çıkartmalar benzeri gereçler hazırlanmıştır. Yasa kapsamının Temmuz 2009’da kafe, bar, restoran, eğlence mekanları ve kahvehaneleri de kapsayacak biçimde genişletilmesine paralel olarak kampanyanın ikinci faz uygulaması “%100 dumansız hava sahası” kavramı ile gerçekleştirilmiştir. İkinci faz kampanyası kapsamında pasif içiciliğin zararlarına değinen iki spot film ve kadın sağlığını öne çıkaran afişler kullanılmıştır. Kasım 2010’da başlatılan kampanyanın üçüncü fazında ise sigara içme davranışından vazgeçirebilmek için sigaranın ölümcül sonuçlarına vurgu yapılmış, diğer yandan da Sigara Bırakma Danışma Hattı ALO 171’e yönlendirme yapılmıştır⁽¹⁵⁾.

“Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” obezitenin önlenmesine yönelik politik kararların oluşturulması ve sektörler arası işbirliğini güçlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Program fiziksel aktivitenin özendirilmesi ile ilgili amaçları da içerdiğinden Eylül 2010’da başlığı “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” olarak değiştirilip Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır.⁽¹⁶⁾ Haziran 2012’de “*Beden Kitle İndeksi*” ve “*Hareket Et!*” adlı iki kamu spotu ile “*Porsiyon Küçültme*” ve “*Günde 10.000 Adım Atıyoruz*” başlıklı afiş, billboard gibi iletişim materyalleriyle “*Obezite Mücadele Hareketi*” kampanyası başlatılmıştır.⁽¹⁷⁾

Evde bakım hizmeti, kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile izlem hizmetlerinin sunulmasını kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmetinin halka ulaşmasını sağlamak amacıyla 2011 yılında yapılan “Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası” ile spot filmler hazırlanmış ve söz konusu hizmetten nasıl faydalanılacağı konusunda bilgilendirme yapılmıştır.⁽¹⁸⁾

“Yaşama Yol Ver Kampanyası” ile ulusal düzeyde 112 Acil Çağrı merkezinin gereksiz aranmasının önlenmesi ve trafikte seyreden ambulansın geçiş önceliğine özen gösterilmesine yönelik farkındalığın artırılması amaçlanmıştır. Kampanyada birinci hedef kitle olarak halk, ikinci hedef kitle olarak araç sürücülere ve sürücü adayları, üçüncü hedef kitle olarak ise ilk ve orta öğretim öğrencileri öncelikli olmak üzere tüm öğrenciler belirlenmiştir. Birinci hedef kitleye dönük mesajlar “*112 çağrı merkezinin hayati önemi*”, “*gereksiz aramaların tespit edildiği ve cezai yaptırım uygulandığı*” “*trafikte ambulansa yol verilmesi konusunda özen gösterilmesi*” olmuştur. İkinci hedef kitleye yönelik olarak servis araçları, ticari taksi sürücülerine yönelik bilgilendirme etkinlikleri gerçekleştirilmesi faaliyetlerinin yapılması öngörülmüştür. Üçüncü hedef kitleye yönelik olarak ise 112 acil sağlık hizmetlerinin öneminin anlatılması, hangi şartlarda nasıl başvuru yapılması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılması öngörülmüştür.^(14,19)

Ocak 2017 ve Ocak 2018’de özellikle sonum yolu enfeksiyonlarında gereksiz antibiyotik kullanımına dikkat çekmek üzere “Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası” yürütülmüştür. Antibiyotik direncinin nedenleri, antibiyotik direnci gelişiminin önemi, antibiyotik direnci gelişimini önlemek üzere nelere dikkat edilmesi gerektiği, grip ve soğuk algınlığında antibiyotik kullanımının gerekli olmaması, sadece hekimler tarafından reçete edilen antibiyotiklerin kullanılması, hekimler antibiyotik tedavisine gerek olmadığını söylediğinde antibiyotik tedavisi talebinde bulunulmaması kampanyada vurgulanan temel mesajlar arasında yer almaktadır. Afişler, broşürler, infografikler, billboardlar, animasyon videoları, kamu spotu kampanya sırasında kullanılan gereçler olmuştur.⁽²⁰⁾

Toplumda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bilinirliğinin artırılması, daha yaygın kullanılması ve 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları ile acil servislere yapılan başvuru sayısının azaltılması amacıyla “Aile Hekiminizi Erken Tanıyın” kampanyası düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu

2019'da yaklaşık 2.615 adet sergilik açıldığı; spot videonun 12.214 ekranda yayınlandığı, sosyal medya üzerinden yapılan çalışmalar sonucu 1.194.176 kişiye ulaşıldığı belirtilmektedir. Faaliyet raporunda; kampanya sonrasında 2018 ve 2019 yıllarının ilk 6 ayı karşılaştırıldığında aile hekimliği muayene sayılarında %5 oranında artış gözlemlendiği belirtilmektedir⁽²¹⁾.

Çocuklarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik olarak "Sağlık Çocuk" adlı bir dergi çıkartılmış, dergiye ücretsiz abonelik sağlanmıştır. Hedef kitlesi 7-10 yaş grubu çocuklar olan dergide, sağlıkla ilgili mesajların alt metinler aracılığıyla verildiği çizgi öykülere, bilmece-bulmacalara yer verilmiştir. Dergiyle ilişkili genel ağ sayfası ve sosyal medya hesapları oluşturulmuştur⁽²¹⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkla ilişkili özel gün ve haftalarda sosyal medyanın kullanıldığı iletişim faaliyetlerini yürüttüğü görülmektedir. Sağlık İçin Hareket Et 10 Mayıs Gününde #SağlıkİçinHareketEtGünü ve #HerGün10BinAdım etiketleri kullanılmıştır. Dünya Yürüyüş Günü 3-4 Ekim'de çocukluk çağı obezitesine dikkati çekmek amacıyla "Harekete Çocuklukta Başla, Sağlıklı Yaşa" sloganıyla fiziksel aktivitenin önemiyle ilgili bilgilendirme gereçleri hazırlanmıştır. Paylaşımlarda #KoşYürüOynaSağlıklıYaşa etiketi kullanılmıştır. #DünyaTuzaDikkatHaftası, #DünyaTütünsüzGünü, #ErkenTeşhisHayatKurtarır, #AkciğerKanseriFarkındalıkAyı, #UluslararasıLösemiliÇocuklarHaftası, #DünyaKemikİliğiBağışçılarGünü, #OrganBağışıHaftası, #EmzirmeHaftası, #BüyümeninİzlenmesiGünü, #DiyabetHerAileyiİlgilendirir, sosyal medyada paylaşılan diğer etiketler arasındadır⁽²¹⁾.

Yakın Dönem Sağlık İlişkili Meslek Örgütleri Kitle İletişim Çalışması Örnekleri

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından Dünya Kalp Federasyonu'nun "Go red for women" kampanyasından esinlenerek hazırlanan ve toplumun tümünü hedefleyen 2008 dünya kalp gününde "*Kalbini Sev, Kırmızı Giy*" başlıklı kampanya başlatılmış; "sağlıklı ve dengeli beslenme", "düzenli egzersiz yapma" ve "sigarayı bırakma" ana temaları işlenmiştir. Beş uzmanlık derneğinin katılımıyla oluşturulan "Kardiyovasküler Risk Platformu'nun" bilgilendirme etkinliği olarak geliştirilen "*Kalbini Korum*,

İçinde Sevdiklerin Var" başlıklı kampanya ise 2007 yılında başlatılmış, 2011 yılı sonrasında ise özellikle kadın ve kalp sağlığı alanında ulusal bir araştırma projesine evrilmiştir.⁽²²⁾

Uzmanlık dernekleri tarafından halka yönelik olarak hazırlanan bilgilendirme gereçlerini içeren kitle iletişim çalışmaları da sivil toplum-meslek örgütlerince üretilen çalışma örnekleri arasında yer almaktadır. Örneğin Türk Toraks Derneği'nin genel ağ sayfasında "halk sayfası" yönlendirmesi üzerinden bilgilendirici gereçlere erişim sağlanabilmektedir. Sitede hastalık bazlı başlıkların yanı sıra "vardiya sisteminin sağlık üzerine etkileri" gibi sağlıkla ilişkili genel başlıklar da yer almaktadır. Kitapçık ve video formatında bilgilendirme gereçlerine yer verilmektedir. Özellikle inhaler kullanımı, nebulizatör kullanımı gibi tedaviye uyum bakımından önem taşıyan bilgilendirme videoları dikkat çekicidir.⁽²³⁾

Türk Tabipleri Birliği tarafından yürütülen "Aşı Candır, Hayat Kurtarır" kampanyası da bu başlık kapsamındaki örnekler arasında yer almaktadır. Artan aşı reddine karşı, hem sağlık çalışanlarına hem de halka çocukluk dönemi aşlarının önemini hatırlatmak, farkındalığı artırmak ve zorunlu aşı yasaasının çıkarılması için 5 Nisan 2018 tarihinde bir basın açıklamasıyla kampanya başlatmıştır. Kampanyayla, "*aşının önemi, gerekliliği, yararları vurgulanarak farkındalık yaratılması ile aşı reddinin ortadan kaldırılması; zorunlu aşı uygulaması için yasal düzenlemelerin yapılması; çocuk hakları sözleşmesi gibi uluslararası sözleşmelerde belirtilen temel hakların korunması; toplumun her kesiminden bütün çocuklara etkin ve tam bir bağışıklama programının uygulanması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi*"nin hedeflendiği belirtilmektedir. Kampanya kapsamında hazırlanan gereçler arasında "Anne-Babaların Aşı Hakkında Bilmesi Gerekenler" başlıklı bir broşür, değişik afişler, "birinci basamak sağlık çalışanları için aşı rehberi" ve "aşı ile ilgili yasa önerisi" yer almaktadır.⁽²⁴⁾

COVID -19 Pandemisi

COVID-19 pandemisi sürecinde yürütülen kitle iletişim çalışmaları tek başına ayrı bir başlık altında değerlendirilmesi gereken bir kapsamda olduğu ve yazının hazırlandığı Haziran 2020'de pandemi süreci halen devam etmekte olduğu için bu yazı içeriğinde sadece bazı örnek çalışmalara yer verilmesi ile yetinilecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hastalığa özel bir bilgilendirme sayfası oluşturulmuştur. Sitede salgın yönetiminde kullanılmak üzere farklı hedef gruplara yönelik rehberler ve kılavuzlar yer almaktadır. Bütün iş yerlerinin kullanabileceği afişlerin yanı sıra farklı sektörlere yönelik afişler de hazırlanmıştır. Sitede halka yönelik broşürler ve kitapçıklar da yer almaktadır. Bunun yanı sıra videolar ve kamu spotları hazırlanmıştır. Videolarda el yıkama, maske yapımı ve kullanımı, hastalıkla ilgili uzman görüşleri; berber/ metro/ pazar yeri gibi sosyal alanlardaki riskler; salgın sürecinde yaşamını yitiren sağlık çalışanları gibi farklı temalara değinilmektedir.⁽²⁵⁾

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından koronaya özel bir sayfa hazırlanmıştır. Sayfada derneğin konuyla ilgili kurumsal görüşleri, haftanın konusu, günün konusu, infografikler ve korona postası gibi başlıklar yer almaktadır. Korona postasında dünyadan haberler, Türkiye'den haberler, HASUDER'den haberler, okuma önerisi sekmeleleri bulunmaktadır. Korona postası hem DSÖ, Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC), Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) gibi ulusları kuruluşların, hem de ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı yanı sıra diğer ilgili bakanlıkların ve meslek örgütlerinin açıklamalarının aynı sitede güncel olarak takip edilmesine olanak sağlayan zenginliği ile muhtemelen ulusal düzeyde bu içeriklerin hepsini aynı anda içeren tek kaynak konumundadır.⁽²⁶⁾

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği'nin (KLİMİK) koronaya özgü genel ağ sayfasında bilgi notları, sunumlar, infografikler, haberler yer almaktadır.⁽²⁷⁾ Diğer yandan Türk Tabipleri Birliği'nin de (TTB) koronaya özgü bir sayfası vardır. Sayfada koronayla ilgili TTB tarafından yapılan açıklamalar, sağlık çalışanlarına yönelik olarak ve halka yönelik olarak ayrı ayrı hazırlanmış videolar, infografikler yer almaktadır. Sitede DSÖ tarafından sağlık çalışanlarına yönelik rehberlerin Türkçe çevirilerine yer verilmiş olduğu da görülmektedir. Sitede DSÖ'nün "Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Virüsüne Maruz Kalma Risk Değerlendirmesi ve Yönetimi Rehberi"nden yararlanılarak hazırlanan bir risk değerlendirmesi formuna yer verilmektedir. Sitede ayrıca TTB "Covid-19 izleme grubu" tarafından düzenli aralıklarla hazırlanan değerlendirme raporları yer almaktadır. Salgında yaşamını yitiren sağlık çalışanlarına yer verilen bir

sayfanın olduğu da görülmektedir.⁽²⁸⁾

İnfodemi DSÖ tarafından salgın sırasında ortaya çıkan bazen doğru bazen yanlış olabilen aşırı nicelikte bilgi üretimi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ Covid-19 pandemisinde infodemi olgusunun organize yanıt üretmeyi gerektiren bir düzeye eriştiğini bildirmektedir. Salgın sırasında yanlış bilgiler adeta salgın etkeni patojene benzer biçimde hızlı olarak yayılmakta, halk sağlığı aciline verilecek yanıtı daha karmaşık hale getirmektedir. İnfodeminin tümüyle ortadan kaldırılamayacağı ancak, yönetilebileceği belirtilmektedir. İnfodemioloji ise infodemi yönetme bilimi olarak tanımlanmaktadır.⁽²⁹⁾

Bu başlık altında belirtilen uygun bilgi kaynakları dışında dünyada da ülkemizde de uygun olmayan çok sayıda bilgi kaynağının salgın sırasında etkili olduğunu söylemek sadece gözlemlere dayalı olarak bile mümkündür. Uygun olan ve olmayan bilgi kaynaklarının salgının seyrine ve yönetimine etkilerini araştıran çalışmalar, salgın bitiminde yapılacak değerlendirmelere önemli katkılar sağlayabilecektir.

Sonuç

Covid-19 pandemisi ile birlikte gündeme gelen infodemi ve infodemioloji kavramları, sağlık sorunlarına müdahale etmede kitle iletişim çalışmalarının ne derece önemli işlevler gösterebileceğini ortaya koymuştur. Öte yandan ulusal ve yerel düzeydeki çalışmalar yetersiz sağlık okuryazarlığının Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ise farklı sosyoekonomik ve demografik parametreler arasında önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışmalar sağlık okuryazarlığı düzeyi en düşük olan grupların aynı zamanda sağlık bilgi kaynaklarına erişimleri en sorunlu gruplar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum "ters bilgi yasası" olarak kavramsallaştırılmaktadır.⁽³⁰⁾

Bir çalışmada yıllık tahmin modeli kullanılarak Türkiye'de sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan tahmini maliyetler hesaplanmıştır. Bu çalışmada Türkiye'de sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetlerin toplam sağlık harcamalarının %6'sı ile %43'ü arasında değiştiği tespiti yapılmaktadır.⁽³¹⁾

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan çok sayıda program yer almaktadır. Sağlığı geliştirme programları başta olmak üzere

bu programların kullandıkları müdahale araçları setinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik araçlar da yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında (2019-2023), 2017 yılı verileriyle % 31,1 olan sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ya da mükemmel olanların oranının 2023'te % 40'a çıkması öngörülmektedir.⁽³²⁾

Kitle iletişim çalışmaları, saptanmış bir sorun alanına müdahale etmeye yönelik sağlık okuryazarlığını geliştirme etkinlikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın günün teknolojik olanakları dahilinde çok sayıda kitle iletişim çalışması yürüttüğü görülmektedir. Yakın dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kitle iletişim çalışmaları sosyal medya çalışmaları da içinde olmak üzere gelişen teknolojik uygulamaları kapsayacak biçimde genişletilmiştir. Diğer yandan sağlıkla ilgili meslek örgütlerinin de çeşitli kitle iletişim çalışmalarını yürüttükleri görülmektedir. Sağlık alanındaki kamusal aktörlerin kitle iletişimi çalışmalarını sağlığı geliştirme enstrümanı olarak etkili biçimde kullanabilmeleri, ülkede halk sağlığı uygulamalarının ileri aşamalara erişmesine katkı sağlamaya devam edecektir.

Kaynaklar

- 1) Okay A. (2014) Sağlık İletişimi Derin Yayınları İkinci Basım İstanbul
- 2) Milli Eğitim Bakanlığı (2011) Kitle İletişimi Ankara. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Kitle%20%C4%B0leti%C5%9Fimi.pdf (Erişim tarihi: 30.06.2020)
- 3) Toraks Derneği (2020) 1918 İspanyol Gribi salgını ve Biz. <https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=5787>. (Erişim tarihi: 30.06.2020).
- 4) Sağlık Bakanlığı (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları Yayın No: 422, Ankara
- 5) <https://www.healthworldnews.net> (2020) Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu ile Sağlık Bakanlığı Arasında Gerçekleştirilen Projeler. <https://www.healthworldnews.net/japon-uluslararasi-isbirligi-kurulusu-ile-saglik-bakanligi-arasinda-gerceklestirilen-projeler/> (Erişim Tarihi: 27.07.2020)
- 6) Sağlık Bakanlığı (2018) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Yayın No:1103, Ankara.
- 7) Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum, 29, 33-40.
- 8) Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018) Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 8 (3), 575-581.
- 9) Değer, M. S., & Zoroğlu, G. (2019). Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Kanser Bilgi Yükünün İncelenmesi. In 3. International 21. National Public Health Congress.
- 10) Soylar, P., & Kadioğlu, B. U. (2020) Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 10 (2 [tr] Issue: 2 [en]), 270-276.
- 11) Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. (2020) Health literacy level and associated factors in internal medicine polyclinic of a university hospital. Pam Med J 2020;13:258-266.
- 12) Yılmaz, S., Kavuncuoğlu, D., Koşan, Z., & Kadioğlu, B. G. (2019). Erzurum İl Merkezinde Hastanelere Başvuran Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Etkili Faktörler. In 3. International 21. National Public Health Congress.
- 13) Tekin, A. C., Piyal, B., Yırtıcı, N., Akgünlü, T., Akbaş, Ö. N., Armağan, M. Y., ... & Sever, A. E. (2019). Tıp Fakültesi Pediatri Hastanesine Başvuran Hasta Yakınlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. In 3. International 21. National Public Health Congress.
- 14) Tüzün H, Özkan S. (2019) Sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmaya yönelik ulusal düzeyde yapılanlar. Özkan S, editör. Sağlık Okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.79-84.
- 15) SGGM (2016) (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü) Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası. <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4002/tutun-ve-tutun-mamulleriyle-mucadele-kampanyasi.html> (Erişim Tarihi: 30.06.2020)
- 16) Sağlık Bakanlığı (2011) Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773 2. Basım Ankara.
- 17) SGGM (2016) (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü) Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4064/obezite-mucadele-hareketi-kampanyasi.html> (Erişim Tarihi: 30.06.2020)
- 18) SGGM (2016) (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü) Evde Sağlık Hizmetleri Tanıtım Kampanyası. <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3993/evde-saglik-hizmetleri-tanitim-kampanyasi.html> (Erişim Tarihi: 30.06.2020)
- 19) SGGM (2019) (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü) Yaşama Yol Ver <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,12593/yasama-yol-ver.html> (Erişim Tarihi: 30.06.2020)
- 20) SGGM (2018) Akılcı Antibiyotik Kullanımı <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,31415/akilci-antibiyotik-kullanimi.html> (Erişim Tarihi: 30.06.2020)
- 21) Sağlık Bakanlığı (2019) Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019.
- 22) Türk Kardiyoloji Derneği (2020) Bilinçlendirme Çalışmaları, <https://www.tkd.org.tr/menu/21/bilinclendirme-calismalari> (Erişim tarihi: 30.06.2020)
- 23) Türk Toraks Derneği (2020) <https://www.toraks.org.tr/halk/> (Erişim tarihi: 30.06.2020)
- 24) Türk Tabipleri Birliği (2018) Aşı Candır, Hayat Kurtarır Kampanyası. https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=6f5b6870-3bfa-11e8-ac9d-277aed3645ba (Erişim tarihi: 30.06.2020)
- 25) Sağlık Bakanlığı (2020) Covid-19 Yeni Koronavirüs Hastalığı <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim Tarihi: 12.07.2020)
- 26) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2020) Covid-19 Yeni Koronavirüs Salgını <https://korona.hasuder.org.tr/> (Erişim Tarihi: 12.07.2020)
- 27) Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK) 2020 Korona <https://www.klimik.org.tr/koronavirus/> (Erişim Tarihi: 12.07.2020)
- 28) TTB (2020) Koronavirüs (Covid-19) <https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/> (Erişim Tarihi: 12.07.2020)

- 29) WHO (2020) 1st WHO Infodemiology Conference. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference> (Erişim Tarihi: 12.07.2020)
- 30) Rowlands, G., & Nutbeam, D. (2013). Health literacy and the 'inverse information law'. *Br J Gen Pract*, 63 (608), 120-121. doi:10.3399/bjgp13X664081
- 31) Eroğlu, N., & Ofaz, N. K. (2017). Türkiye'de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *International Journal of Finance & Banking Studies* (2147-4486), 6 (2), 44-59.
- 32) Sağlık Bakanlığı (2020) Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı

> TÜTÜN KONTROLÜ

BÖLÜM

12

> Sunuş

PROF. DR. DİLEK ASLAN

Bölüm Editörü

Türkiye Sağlık Raporu (TSR) Tütün Kontrolü bölümü dünyada ve Türkiye’de en önemli halk sağlığı tehditleri arasında yer alan tütün kullanımı ile mücadeleye ilişkin kanıta dayalı bilimsel veriler üzerinden yapılan güncel durum analizi ve mücadelenin gücünü artırmak için geleceğe dair önerileri içermektedir. Bölüm yazıları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Tütün ile Mücadele Çalışma Grubu (TMÇG) üyeleri tarafından yazılmıştır. Çalışma grubu, çok uzun yıllardan bu yana proaktif yaklaşımlar da dahil olmak üzere tütün kontrolünün bütün gerekli adımlarının yaşamda karşılık bulabilmesi için ortak akıl ve emek ile çalışmalarını sürdürmektedir. Bu bakış açısını benimsemiş olan TMÇG, geçmiş yıllarda olduğu gibi bu yıl da TSR’ye katkı sunmayı bir görev olarak kabul etmiş ve tütün kontrolünün güncel durumuna dair analizlerini içeriğe yansıtmıştır.

Bu bölümde yer alan konular; dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolünde güncel durum analizi, tütün kontrolünün yakın dönemde tarihsel süreci, yeni nesil tütün ürünleri, yetişkinlerin ve gençlerin tütün kullanım durumları, tütün endüstrisinin kadın, çocuk ve diğer gruplara yönelik yapageldiği taktikler, sağlık okuryazarlığının tütün kontrolü açısından önemi ve toplum katılımı, tütünsüz işyeri, üniversite modelleri, tütün/sigara bırakma yaklaşımları, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER stratejileri zemininde değerlendirmeler olmuştur. Bölüm editörlüğü görevi sürdürülürken yazıların içeriğinde yazarların özgün düşünce, yaklaşım ve ifadeleri korunmuştur.

Tütün kontrolü oldukça dinamik, geniş ve sürekli izlenmesi ve üretilmesi gereken bir alandır. Bu alanın en önemli katkı sağlayıcıları çok disiplinli ekip anlayışı içinde çalışmalarını sürdüren sağlık profesyonelleridir. Halk sağlığı çalışanları bu ekibin önemli sürükleyicileri arasındadır. Dünyada ve Türkiye’de halk sağlığı çalışanlarının alana yaptıkları katkıların çoğu zaman dönüştürücü olduğu da görülmektedir.

İçerikteki yazılar incelendiğinde, tütün kontrolünde çok önemli gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen gelecek için yapılacak daha çok fazla şeyin olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarını sürdürürken sağlığın bir hak olduğu, birey ve toplumların sağlık hakkının korunmasının kamusal bir sorumlulukla sürdürülmesi gerektiği, tütün endüstrisinin taktikleri ile mücadelenin kanıta dayalı ve akılcı bilimsel çalışmalarla sürdürülmesinin yararı ve gerekliliği, gelecek nesillerin tütünün her türlü zararlı etkisinden kurtarabilmek için bütünsel, çok disiplinli, sürekli ve dinamik çaba ve çalışmaların değeri hiç unutulmamalıdır.

Tütün kontrolü konusunda şimdiye kadar yapılmış olan her türlü çaba için bütün emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Türkiye Sağlık Raporu içinde Tütün Kontrolü bölümüne yer veren TSR başeditörlerine, içeriğe katkı sunan TMÇG üyesi yazarlara, TMÇG’nin bilimsel birikiminin gelişimine katkı sağlayan çalışma grubu üyelerine, okuyuculara teşekkür ediyorum.

Yararlı olabilmesi dileğiyle...

Tütün Kontrolü; Güncel Durum Tespiti, › Gereksinimler ve Öneriler

132

PROF. DR. DİLEK ASLAN

Tütün kullanımı ile mücadele günümüzün en önemli halk sağlığı mücadelesi öncelikleri arasındadır. Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımının sıklığının yüksekliği, ölümler ve yeti kaybı açısından öncelikli riskler arasında olması, önlenebilir olması gibi nedenler konuyu öncelikli yapmaktadır. Türkiye’de tütün kullanımı ile mücadele çok uzun yıllardan bu yana sürmektedir. Mücadele; küresel gereksinimlere, tütün endüstrisinin etkisinin boyutuna, tütün kontrolü kapasitesinin kapsayıcılığına ve gücüne, vb. göre yıllar içinde farklı içerik ve ağırlıkta sürmüştür. Mücadelenin gücüne göre de tütün kullanımı ve kullanımın yarattığı sorunların boyutunda da dalgalanmalar görülmüştür. Sürecin bu anlamda “dinamizmi” nedeniyle dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolü istenilen seviyeye gerileyememiştir.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ⁽¹⁾ kapsamında tütün kontrolü; “tütün kontrolü”, toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan, arz, talep ve zararı azaltma stratejiler” olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁾. Bu tanımları kısaca üç temel adımla özetlemek de olanaklıdır:

- Tütün kullanımına başlanmaması
- Kullanımın bırakılması
- Tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi

Tütün kontrolünde istenilen seviye “tütünsüz dünya” hedefinin gerekliliğidir. Bu bağlamda, 2000 yılından bu yana TKÇS kapsamında da bu hedef farklı alt başlıklarda belirtilmiştir. “Tütünsüz dün-

ya” ya da daha özelde “Tütünsüz Türkiye” hedefi tütüne olan arzın azaltılması, tütün ekim ve üretiminin önlenmesi ile mümkün olabilir. Dolayısıyla daha sıklıkla uygulanan talebin azaltılması politikalarının yerine arzın azaltılması politikalarına öncelik verilmesi halk sağlığı bakış açısıyla öncelikli olmalıdır.

Bu maddelerle ilgili başarı sağlanabilmesi için TKÇS kapsamında Bölüm IV’de aşağıda da yazılı olan maddelerle ilgili çalışmalara öncelik verilmesi gerekmektedir:

- Madde 15. Tütün kullanımının yasa dışı ticaretinin önlenmesi
- Madde 16. Çocuklara ve çocuklar aracılığı ile satış yapılması
- Madde 17. Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması

İlgili maddeler aslında iki öncelikli gereksinimi ortaya koymaktadır:

- Tütün ekilen arazilerin alternatif tarım politikaları ile dönüştürülmesi
- Tütün endüstrisi ile mücadelenin güç kazanarak ve iş birlikleri artırılarak sürdürülmesi.

Türkiye’de tütün kullanımı ile ilgili güncel veriler değerlendirildiğinde mücadelenin yeterince güçlü olmadığı anlaşılmaktadır. Bu noktada aşağıdaki bazı veriler öne çıkmaktadır:

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ⁽³⁾ her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin sıklığı 2016 yılı için %26,5 ve 2019 yılı için ise %28’dir. Sayılar 2019 yılında erkek için %41,3 ve kadın için %14,9

olarak tespit edilmiştir. Kullanımı en yaygın olduğu yaş grubu 35-44 olmuştur.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 yılı verilerine göre aşağıdaki tespitler öne çıkmaktadır ⁽⁴⁾:

- Erkeklerin %44,1'i ve kadınların %14,9'u (toplam %31,6; 19,2 milyon kişi) halen tütün ürünü kullanmaktadırlar.
- Erkeklerin %41,8'i ve kadınların %17,5'i (toplam %29,6; 18 milyon kişi) her gün tütün ürünü kullanmaktadırlar.
- Erkeklerin %2,3'ü ve kadınların %1,7'si (toplam %2; 1,2 milyon kişi) her günden daha seyrek tütün ürünü kullanmaktadırlar.

Küresel Tütün Atlası (Global Tobacco Atlas) verilerine göre aşağıdaki konular önemlidir ^(5,6):

- Yılda kaybedilen yaşamlar; 65 340 kişi
- Ekonomik kayıp; 41 494 Milyon TL
- Erkekler arasında ölümlerin %26,06'sı tütün nedenli (2016)
- Kadınlar arasında ölümlerin %7,58'i tütün nedenli (2016)
- Çocuklar (10-14 yaş grubu); her gün 186 000'dan fazla sayıda çocuk tütün kullanmaktadır.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2017 yılı verilerine göre 13-15 yaş grubu için aşağıdaki tespitler öne çıkmaktadır ⁽⁷⁾:

- Öğrencilerin %17,9'u (erkeklerin %23,2'si ve kızların %12,1'i) halen herhangi bir tütün ürünü kullanmaktadırlar.
- Öğrencilerin %7,7'si (erkeklerin %9,9'u ve kızların %5,3'ü) halen sigara içmektedirler.
- Öğrencilerin %46,1'i evlerinde tütün dumanına maruz kalmışlardır.
- Öğrencilerin %51,8'i kamuya açık herhangi bir kapalı alanda tütün dumanına maruz kalmışlardır.
- Halen sigara içenlerin %61,6'sı satış yapılan herhangi bir yerden sigara almışlardır.
- Halen sigara içen ve sigara almaya çalışan öğrencilerin %73,3'ü yaşları nedeniyle sigara alma konusunda herhangi bir engelle karşılaşmamışlardır.

Türkiye'de yıllar içinde tütün ürünü satış sayıları da artma eğilimindedir. **Tablo 132.1**'de ülkemizde 1925 yılından bu yana sigara iç satış sayılarındaki değişim görülmektedir ⁽⁸⁾. Değişimin iyi kavranabilmesi için ülkemizde 1996 yılında kabul edilen 4207 Sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" ile 2008 yılında bu Kanunun

Tablo 132.1 Türkiye'de yıllar içinde sigara iç satış değerleri (T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı verileri)⁽⁸⁾

Yıllar	Miktar
	(Milyar Adet)
1925	2,42
1930	7,13
1935	9,07
1940	10,07
1945	9,17
1950	15,76
1955	22,43
1960	27,13
1965	31,84
1970	39,40
1975	52,20
1980	57,00
1984	63,00
1985	63,00
1990	73,30
1991	76,50
1992	78,50
1993	88,40
1994	91,30
1995	95,80
1996	96,60
1997	101,10
1998	108,60
1999	114,40
2000	111,70
2001	111,80
2002	110,00
2003	108,16
2004	108,87
2005	106,72
2006	107,91
2007	107,45
2008	107,86
2009	107,55
2010	93,35
2011	91,22
2012	99,26
2013	91,66
2014	94,68
2015	103,21
2016	105,49
2017	106,22
2018	118,54
2019	119,75

revize edilmiş ve ismi değişen “4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” hatırlanmalıdır ^(9,10). İlgili Kanun sonrasında iç satış sayılarına yansıma olmuştur. Ancak bu yansımanın 1996 yılından sonraki dönemde olumlu olmadığı, 2008 yılından sonraki dönemde bir süre olumlu olduğu, daha sonraki dönemde ise olumlu olmadığı görülmektedir. Değerlerin 2015 yılı ve sonrasında yeniden 100 000’in üzerine çıktığı ve 2019 yılında da sürecin izlenmeye başladığı 1925 yılından bu yana en yüksek seviyeye ulaştığı görülmektedir.

Paylaşılan verilerden de anlaşıldığı üzere Türkiye’de;

1. Tütün iç satış sayıları artmaktadır.
2. Tütün kullanım sıklığı artmaktadır.
3. Tütün kullanan kişi sayısı artmaktadır.
4. Tütün endüstrisinin hedef grubunda olan gençler ve kadınlar arasında başarı sağlanamamıştır.

Dolayısıyla yapılması gerekenler ivedi olarak başarılmalıdır. Bu bağlamda aşağıdaki konulara öncelik verilmesi gerekmektedir:

1. Verilerin dikkatle ve zaman içindeki değişimlerinin dikkatle ve gerçekçi bir şekilde yorumlanması
2. Değerlendirmelerin tütün kontrolünün bütün bileşenleri tarafından yapılabilmesi için kamu kaynakları ile yapılan araştırmaların verilerinin herkesin kullanımına açılarak şeffaf bir şekilde paylaşılması
3. Sorunun nedenlerinin “yeniden” ve güncel verilerle gözden geçirilmesi, değerlendirilmesi
4. Çözüm önerilerinin tütün kontrolünün bütün bileşenleri ile planlanması ve uygulanması
5. Tütün kontrolünün bilimsel zeminde ilerleyebilmesi için kamusal kaynakların artırılması ve bu kaynakların kullanımı için standart, şeffaf ve erişilebilir yol ve yöntemlerin belirlenmesi ve uygulanması
6. Süreç yönetiminin planlı ve programlı bir şekilde sürdürülmesi
7. Tütün kontrolü için Sivil Toplum Örgütleri (STK) iş birliğinin sağlanabilmesi

Önerilerin tamamı üst düzey katkı ve katılımla yapılmalıdır. Sivil toplum örgütü iş birliği önerilerin tamamının uygulanması aşamasında dikkate alınmalıdır. Tütün kontrolünde STK’ların bağımsız görüş ve önerileri sürecin daha objektif olarak

gelişimine katkı sağlar. Tütün kontrolü amacıyla çalışan uluslararası ve ulusal STK’ların sayısı her geçen gün artmaktadır ⁽¹¹⁾. Kamunun STK iş birliği yaparken dikkat etmesi gereken konular arasında kurumların tütün kontrolünü zedeleyecek herhangi bir çıkar çakışması içinde olmaması, şeffaf ve çıkar çakışması olmayan bütün kurumlarla eşit mesafede ve her biri ile farklı çalışma başlıkları belirleyerek kapsayıcı bir şekilde çalışabilmesi, STK’ların düzenli aralıklarla üreteceği gölge raporların yayınlanması için kaynak ayrılması ve üretilen Raporların çalışmalara yön verebilmesi için kullanılması gibi konular yer alır. Sivil toplum örgütleri, TKÇS’nin uygulanmasına, ülkelerin tütün kontrolü kapasitelerinin geliştirilmesine ve iyileştirilmesine katkı sağlayabilirler ⁽¹²⁾. Tütün kontrolünün başarılı olabilmesi için kamu ve STK’nın yapacağı ortak çalışmaların odağında tütün endüstrisi ile mücadele olmalıdır. Ancak böylesi bir yaklaşım tütün kontrolünün “arzın azaltılması” amacının görece kısa sürede ve doğru politikalarla başarılmasına olanak sağlayabilecektir.

Kaynaklar

- 1) Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm> Erişim tarihi: 31.7.2020.
- 2) [Internet] http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TK-CSveUygulamalcinKilavuzlIkelerTAPDK.pdf Erişim tarihi:31.7.2020.
- 3) [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661> Erişim tarihi:31.7.2020.
- 4) [Internet] https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf
- 5) Tobacco Atlas [Internet] <https://tobaccoatlas.org/> Erişim tarihi:31.7.2020.
- 6) Tobacco Atlas, Turkey. [Internet] <https://tobaccoatlas.org/country/turkey/> Erişim tarihi:31.7.2020.
- 7) [Internet] GYTS, Global Youth Tobacco Survey file:///C:/Users/Pc/Downloads/Turkey%20GYTS%202017%20FactSheet%20(Ages%2013-15)%20(Final)%203.26.2019_508tagged%20(1).pdf Erişim tarihi:31.7.2020.
- 8) Yıllar itibarıyla sigara iç satışı. [Internet] <https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Menu/22/Tutun-Ve-Tutun-Mamulleri-Daire-Baskanligi> Erişim tarihi:31.7.2020.
- 9) Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119-1.htm> Erişim tarihi: 31.7.2020.
- 10) Havanı Kori [Internet] https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/kanunlar/1_5_4207.pdf Erişim tarihi:31.7.2020.
- 11) Tobacco Control Organisations. [Internet] <https://www.who.int/tobacco/en/atlas29.pdf?ua=1> Erişim tarihi:31.7.2020.
- 12) Sparks M. Governance beyond governments: the role of NGOs in the implementation of the FCTC. Global Health Promotion 1757-9759; Supp (1): 67-72; 358350.



Türkiye’de Tütün Kontrolü ile ilgili Yakın Tarihte > Öne Çıkan Uygulamalar

133

PROF. DR. ELÇİN BALCI

Tütün ürünlerinin tüketimini yasaklayan ve kısıtlayan kapalı alan tanımları ve yasaya uymayanlara uygulanacak cezalar 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun kapsamında tanımlanmıştır. Kanun ihlali yapan kişi ve ihlalin yapıldığı işletmelere ayrı ceza kesilmesi uygun görülen bu yasaya göre işletmelere asılması gereken yasal uyarı levhaları da tüm ayrıntılarıyla tanımlanmıştır. Yine bu kanun çerçevesinde oluşturulması karara bağlanan İl Tütün Kontrol Kurulları ve Denetim ekipleri için görev tanımlamaları açıklanmıştır⁽¹⁾.

Dumansız Hava Sahası

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) temelinde gerçekleştirilip uygulamaya sokulan ve 2009’dan beri tüm kapalı alanlarda tütün ürünlerinin tüketimini yasaklayan bu kanun ile gündeme gelen “Dumansız Hava Sahası” kavramı; kampanya argümanı olarak hayatımıza girmiştir. Dumansız hava sahası uygulamaları sigara dumanı olmayan alanlar yaratarak aslen pasif içici olan kişilerin sağlığını korumaya yönelik bir müdahaledir⁽²⁾. Bu uygulamanın tütün kullanımını azalttığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur⁽³⁾. Dünyada pek çok ülkede açık alanlarda bile sigarasız ortam oluşturmaya yönelik örnekler vardır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’ndeki (ABD) hastanelerin yarıya yakınında (%45,0) açık alanlarda bile tam dumansız saha örnekleri mevcuttur⁽⁴⁾. Yine bir diğer Avrupa ülkesi olan İspanya’da 2011 yılından beri hastanelerin tümünde hem açık hem kapalı alanlarda

sigara içilmemektedir⁽⁵⁾. Bu şekilde tüm alanların sigara içimine kapatılması en etkin çevresel tütün dumanından korunma yöntemi olup; içen-içmeyen kişilerin ortamlarının ayrılması, hava temizliğinin sağlanmasına ve filtrasyonuna yönelik çalışmalar vb etkin olmayan uygulamalar olarak kabul edilmektedir⁽⁶⁾. Çünkü tütün ve tütün ürünlerinin neden olduğu pasif etkilenim çok düşük dozlarda bile tehlike yaratabilen ve güvenli doz aralığı olmayan bir toksik kirleticidir⁽⁷⁾ ve A grubu kanser yapıcı maddeler arasındadır^(8,9). Tütün dumanından pasif etkilenimden kaynaklanan nikotin alımı; solunan dumanın yoğunluğuna, dumana maruz kalma süresine ve sıklık durumuna bağlıdır⁽¹⁰⁾. Çalışmalarda pasif etkilenime akut maruz kalmanın; tütün kullanmayanlarda kullananlara yakın değerlerde nikotin birikimine ve çok çeşitli sağlık sorununa⁽⁹⁾ sebep olduğu gösterilmiştir⁽¹⁰⁾. Yetişkinlere göre çocuk sağlığını daha olumsuz etkileyen ciddi kronik etkileri nedeniyle, en yaygın, önlenemez ve büyük bir tehlike olarak tanımlanmıştır^(11,12). Hatta uzun süreli dumana maruz kalımının çocuklarda bilişsel, davranışsal ve okul başarı durumlarını olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur^(13,14). En önemli olumsuz etkilerinden biri de davranış modeli olarak büyüklerini örnek alan çocukların ileride tütün kullanıcısı veya bağımlısı olma riskini artırmasıdır⁽¹⁰⁾. Tersine yasakların başarı ile uygulandığı ülkelerde gençlerin sigaraya başlamalarının da azaldığı da bilinmektedir⁽¹⁵⁾. Bu şekilde uygulanan yasaklarla bu yönde tutum geliştiren toplumlarda kişiler evlerinde de sigara içmemeyi tercih etmektedir⁽¹⁶⁾. Örneğin İskoçya’da kamusal alanlarda

uygulanan sigara yasağından sonra çocuklarda ev ortamından kaynaklı pasif etkilenime maruz kalımının azaldığı gösterilmiştir ⁽¹⁷⁾.

Bu gibi nedenlerle yapılması gereken %100 dumansız alanlar sağlamaktır ve “Dumansız Hava Sahası” uygulaması bu konuda atılmış çok değerli ve etkin bir adımdır. Kanun kapsamındaki son değişikliklerle beraber açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünlerinin kullanımı da yasaklanmıştır.

Sigara Paketleri Üzerindeki Sağlık Uyarıları

Türkiye'nin 2004 yılında imzalayarak yürürlüğe koyduğu TKÇS Madde 11'de bahsi geçen sigara paketlerine uyarı mesajları ve resimlerinin yazılmasına ve taşınması gereken şartlarına ilişkin kurallar çerçevesinde pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sigara ambalajlarının üzerine sağlık uyarıları yerleştirilmiştir ⁽¹⁸⁾. 2005 yılında yürürlüğe giren ‘Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ⁽¹⁹⁾ gereğince 14 adet sağlığı korumaya yönelik uyarı, sigara paketlerinin üzerine basılmaya başlanmıştır. Yönetmelikteki değişikliklerle 2010 yılından itibaren bu uyarılara eklenen resimlerle beraber; resim ve metinlerden oluşan yeni uyarılar paketler üzerindeki yerini almıştır. Yönetmeliğin getirdiği yenilikler çerçevesinde paketlerin geniş dış yüzey alanının en az %30'unu genel uyarıların, en az %65 oranında birleşik uyarıların olması gerektiği belirtilmiştir ⁽²⁰⁾.

Düz Paket

Sigara paketinin standart tek tip olarak düzenlenmesi TKÇS'nin 11.maddesi uyarınca önerilen bir uygulama olup 1 Aralık 2012 tarihinde Avustralya ile dünyaya örnek olmuştur. Bu uygulamaya geçen 7.ülke Türkiye'dir. 1 Mart 2019 tarihli ve 30701 Sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan “Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” ile paketleme ile ilgili kurallar yeniden belirlenmiştir ⁽²¹⁾ Avrupa Konseyi'nin 2014 yılında çıkardığı 2014/40/EU sayılı direktif uyarınca rekabet düzenlemesi için “Düz paket” uygulamasının

uygulanabilir olduğu kararı verilmiştir. Bu uygulamanın orantılı bir önlem olduğu kabul görmüştür ve ülkeler sırayla bu konuyu gündemlerine almaya devam etmektedirler ⁽²²⁾.

Ülkemizde de bu düzenleme yardımı ile; tek renk ve tek tip düzenlenen paketlerin üzerindeki resimli ve yazılı sağlık uyarıları, logo, simge ve işaretler, zararlı maddelere dair bilgilendirme mesajları, sigara bırakma hattı olan “ALO 171” hakkında mesaj, 18 yaş altına satışı yasaklayan ibare gibi düzenlemeler yapılmıştır ⁽²³⁾.

Bu uygulama ile temel olarak benimsenen; tek formda düzenlenen sigara paketleri ile farklılık algısının eşitlenmesi ve firmalar arası rekabetin azaltılmasıdır. Bu durum özellikle ergen yaş grubu için seçimleri etkileyen etkin olduğu kabul gören bir uygulamadır.

Ayrıca, 2015/6 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi'nde “kamuya açık tüm çocuk parklarında, yürüyüş ve spor yapılması için oluşturulmuş açık alanlar ile havaalanı, otobüs terminali, tren garı, alışveriş merkezi, sinema, tiyatro, sağlık kurumu ve kuruluşları gibi insanların yoğun olarak kullandıkları ve toplu halde giriş çıkışın olduğu kapalı alan mahiyetindeki yerlerin girişlerine yönelik yasal düzenleme yapılacağı” ifade edilmektedir ve bu yönde çalışmalar devam etmektedir ⁽²⁴⁾.

Tütün Ürünlerinin Satış Uygulamaları

Mevcut 4207 sayılı Kanun'da satış yasakları “Tütün ürünleri ve tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerleri, 18 yaşını doldurmamış kişilere satılamaz ve tüketimlerine sunulamaz” şeklinde düzenlenmiştir. 4207 sayılı Kanun'un bu maddesinde belirtilen yasaklara karşı hareket eden kişilerin 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) “Sağlık için tehlikeli madde temini” başlıklı 194. maddesine göre cezalandırılması öngörülmektedir. Ancak uygulamada 4207 sayılı Kanunun idari para cezası yerine hapis cezası öngören bu maddesinin infazında genellikle adli para cezası ve erteleme yoluna gidildiği görülmektedir.

Sigarasız Açık Alan /Dumansız Kampüs

27 Ocak 2015 tarih ve 29249 sayı ile yayınlanan genelge ile Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem

Planı yürürlüğe girmiştir. Genelgede; Sağlık Bakanlığının başkanlığında Eylem Planı’nın izlenmesi, Ulusal Tütün Kontrolü Koordinasyon Komitesi’nin kurulması karara bağlandı. Bu komitenin görevleri sonuçların değerlendirilmesi, gerektiğinde değiştirilmesi ve güncellenmesi; ihtiyaç duyulması halinde yeni strateji, program ve eylem planları hazırlanarak onaylanması ve uygulamaya konulması olarak belirtilmiştir ⁽²⁵⁾.

Türkiye’de Haziran 2015 tarihinde yayınlanan Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi’nde de yer alan kamu kuruluşlarında bulunan açık alanlarda sigara içilebilen alanların kısıtlanması, kamuya açık park gibi yerlerde tütün kullanımının önüne geçilmesi, havaalanı, gar, tiyatro, sağlık kurumları gibi insanların yoğun olarak kullandığı ve toplu giriş çıkışın olduğu kapalı alanların giriş kapılarının en az beş metre mesafesinde tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi maddeleri ile de uyumludur ve pek çok kamu kurumu ve üniversite kanununun desteği ile “Tütünsüz Kampüs” yolunda ciddi ilerlemeler kaydetmiştir ⁽²⁶⁾.

Kaynaklar

- 1) Tütün ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun [Internet] <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207.pdf>. Erişim tarihi 18.06.2020.
- 2) Gaydan A, Gündes İ, Güner A, Günbulut NÖ. (Danışmanlar: Aslan D, Koç E.) Tütün Kontrolü ve Dünya Deneyimleri: Sigarasız Açık Alanlara İlişkin İnceleme. Güneş Tıp Kitabevi 2013.
- 3) Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Priya KG, Chattopadhyay SK, Soler RE. smokefree policies to reduce tobacco use, A systematic review. *Am J Prev Med* 2010;28:275-289.
- 4) Williams SC, Hafner JM, Morton DJ, et al. The adoption of smoke-free hospital campuses in the United States. *Tob. Control* 2009;18:451-458.
- 5) Sureda X, Ballbè M, Martínez C, et al. Impact of tobacco control policies in hospitals: Evaluation of a national smoke-free campus ban in Spain. *Preventive Medicine Reports* 2014;1:56-61.
- 6) Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Taner Gürsoy Ş. Çevresel Tütün Dumanının Önlenmesinde Etkili Tek Strateji: %100 Dumansız Ortamlar. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2009;2 (1):45-53.
- 7) Thomson G, Wilson N, Howden-Chapman PJ. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *Epidemiol Community Health* 2006; 60; 298-304.
- 8) US Environmental Protection Agency. Smoke-free Homes and Cars Program. [Internet] <http://www.epa.gov/smokefree/health-effects.html>. Erişim tarihi: 20.04.2008.
- 9) World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/en/> Erişim tarihi: 12.01.2008,
- 10) Okoli CTC, Kelly T, Hahn EJ. Secondhand smoke and nicotine exposure: a brief review. *Addict Behav* 2007; 32: 1977-88
- 11) Action on Smoking and Health. Passive smoking: A summary of the evidence ASH UK. 2004. [Internet] <http://www.ash.org.uk> Erişim tarihi, 17.06.2020,.
- 12) Rees VC, Connolly GN. Measuring air quality to protect children from secondhand smoke in cars. *Am J Prev Med* 2006; 31: 363-8.
- 13) Weitzman M, Byrd R, Aligne A, et al. The effects of tobacco exposure on children’s behavioral and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicol and Teratol* 2001; 24: 397-406.
- 14) Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Hum Dev* 2003; 75 (1–2): 21–33.
- 15) Berg CJ, Cox S, Nazir N, et al. Correlates of home smoking restrictions among rural smokers. *Nicotine Tob Res* 2006; 8 (3): 353-60.
- 16) Thomson G, Wilson N, Howden-Chapman PJ. Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *Epidemiol Community Health* 2006; 60; 298-304.
- 17) Akhtar PC, Currie D, Currie CE et al. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHEST) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 2005; 335: 545.
- 18) Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Küresel Sağlık İçin Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control). Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008.
- 19) T.C. Resmi Gazete. Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Ocak 6, 2005. [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050106-14.htm> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 20) T.C. Resmi Gazete. Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Şubat 27, 2010. [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/02/20100227-28.htm> Erişim tarihi: 14.06.2020.
- 21) [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-5.htm> Erişim tarihi: 16.06.2020.
- 22) Mutlu Eİ. Avrupa Birliği ve Tütün Kontrolü: Avrupa Adalet Divanı’nın 4 Mayıs 2016 Tarihli Kararı. *STED-31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü Özel Sayısı* 2015;43-48.
- 23) [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-5.htm> Erişim tarihi: 16.06.2020.
- 24) [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/tutun_kontrol_uyg_genelge_2015_6.pdf. Erişim tarihi:21.06.2020.
- 25) [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/01/20150127-8.htm>. Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 26) Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı 2015/6 Tütün Kontrolü Uygulamalarıyla İlgili Genelge [Internet] http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/ Dosyalar/143/MEVZUAT/12_03_2015_09_14_18.pdf. Erişim tarihi: 14.06.2020.



Türkiye’de Yetişkinlerin Tütün Ürünü Kullanma Durumlarında Değişim

› (1993-2019)

134

PROF. DR. RECEP EROL SEZER

Tütün ürünleri kullanımı, dünyada ve ülkemizde en önemli önlenabilir halk sağlığı tehdidi olarak sürmektedir. Halen Dünya’da her yıl 8,3 milyon kişi bu nedenle ölmekte, bunun 1,2 milyonu tütün ürünleri dumanının çevreye saçılmasının sonucu, pasif etkilenim yoluyla oluşmaktadır ⁽¹⁾. Sigara ve tütün ürünlerinin neden olduğu hastalıklar, Türkiye’nin en önemli ve vakitsiz ölüm nedenleri olmayı sürdürmektedir (2). Bu nedenle, tütün ürünleri kullanımı ile zararları giderek daha iyi anlaşılan tütün dumanından pasif etkilenim ve üçüncü el tütün dumanı maruz kalımını önleme, tütün ürünleri salgınını kontrol altına alma, Türkiye’nin öncelikli halk sağlığı çabaları arasındadır ⁽²⁾.

Tütün ürünlerinin ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak algılanmaya başlanması dönemiyle, Türkiye’nin tütün tarımı, üretimi ve ticaretinin küresel şirketlerin etki alanına girme dönemi çakışmıştır ^(3,4). Küresel sigara şirketleri, bağımlılık yapıcı özelliği artırılmış ürünleri, reklamları, küresel iş tecrübesi birikimleri ve kazanma güdüleriyle 1984 yılında Türkiye pazarını girmeyi başardılar ^(3,4). 1986 yılında Tütün Tekeli, yasa ile bitirilmiştir. Böylece Türkiye’de kazanma güdüsüne dayalı olarak çalışmayan Tekel’den, kazanma güdüsüne göre şekillenmiş ve bu temelle çalışan, küresel sigara şirketleri dönemine geçiş başlamıştır. İzleyen dönemde küresel sigara şirketleri bir yandan tütün salgınının sürmesini sağlayacak eylemlere yönelmiş, diğer yandan tütün ürünleri pazarını tümüyle ele geçirmeye odaklanmıştır ^(3,4). Bu dönemde Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu Türkiye’ye Tekel’in özelleştirilmesini dayatmışlardır. 1986-2008

arasında çıkarılan düzenlemeler ve onlara dayalı uygulamalar sonunda Türkiye’de tütün mamulleri pazarı tümüyle bu şirketlerin eline geçmiştir. 2008 yılında Tekel’in sigara fabrikalarının tütün şirketlerine satılması bu sürecin son adımıdır. 2008 yılından itibaren Türkiye’de artık Tekel yoktur, Türk tütün endüstrisi artık, bir küresel şirketler topluluğudur ⁽⁵⁾. Türkiye’de tütün kontrol politikaları ve bunların başarısı incelenirken, halk sağlığı politikaları ile uzlaşmaz çıkar çatışması içinde bulunan tütün endüstrinin etkileri özellikle dikkate alınmalıdır. Çünkü küresel tütün ürünleri şirketlerinin, aralarında iş birliği yaparak planlı ve sistemli bir şekilde sigara salgınını önleyici ulusal ve uluslararası hareketleri ve çalışmalarını önlemeye ve bastırmaya çalıştıkları bilinmektedir ⁽⁶⁾.

Türkiye’de tütün mamulleri üretim ve ticaretinin adım adım küresel şirketlerin eline geçtiği dönem, tütün kontrol çalışmalarının da başlayıp geliştiği dönemdir. Türkiye, halen, mevzuatı olan, ulusal strateji belgeleri ve eylem planlarıyla eş güdümlü içinde uygulanan, merkezi ve yerel düzeyde örgütlü, evler dışında hemen hemen her yerde dumansız hava sahasını öngören, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ile uyumlu ulusal bir Tütün Kontrolü Programına sahiptir. Türkiye’de kafe ve restoran gibi kamuya açık kapalı sosyal alanlarda tütün ürünleri içilemez kuralı, 2008 yılında yasada yer almış olup 19 Temmuz 2009’dan beri uygulanmaktadır. Kapsamlı ve yoğun çalışmalarla 2007’den beri uygulan Türkiye Ulusal Tütün Kontrol Programı yetişkin sigara kullanım sıklıklarını nasıl etkilemiştir? Bu çalışma, tanımla-

yıcı bir yaklaşımla, bu sorunun cevabını vermeyi amaçlamıştır.

Önce ulusal düzeyde veri sağlayan yetişkin toplumu temsil edebilecek örneklemeler üzerinde yapılmış ulusal ölçekli tütün kullanım anket çalışmaları saptanmıştır (7-13). Bunlara ek olarak Türkiye Sağlık Anketi sonuçları kullanılmıştır. Düzenli olarak yapılmakta olan bu anket, 15+ yaş grupları için cinsiyete ve yaşa özgü sigara kullanım sıklıklarının 2010-2019 dönemi için yıllara göre vermektedir (14).

Türkiye'de Yetişkinlerdeki Sigara İçme Durumlarında Zaman İçinde Değişim

Ulusal ölçekli araştırma bulgularına dayalı olarak sigara kullanım oranlarının yıllara ve cinsiyete göre değişimi 1993-2019 dönemi için **Tablo 134.1**'de sunulmuştur.

Tümü 15 + yaş grubunda yapılan Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırmalarının yaş gruplarına göre tütün ürünleri kullanma yüzdeleri, erkekler için **Şekil 134.1**'de, kadınlar için **Şekil 134.2**'de gösterilmiştir.

Tablo 134.1 Türkiye'de yetişkinler arasında yıllara ve cinsiyete göre sigara içme durumu (%)

Yıl	Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
1993 ^a	≥20	57,8	13,5	33,6
2003 ^b	≥18	51,6	19,2	32,9
2006 ^c	≥18	50,6	16,6	33,4
2008 ^c	≥15	47,8	15,2	31,3
2010 ^d	≥15	43,5	16,0	29,5
2011 ^e	≥15	43,2	17,1	30,0
2011 ^f	≥18	46,6	18,0	32,2
2012 ^c	≥15	41,4	13,1	27,1
2014 ^d	≥15	47,4	17,9	32,5
2016 ^d	≥15	44,1	17,4	30,6
2017 ^g	≥15	43,4	19,7	31,5
2019 ^d	≥15	44,8	18,1	31,4

a-Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Kullanım Durumu Araştırması.1993.

b-Hıfzıssıhha Mektebi. Ulusal Hastalık Yükü Hane Halkı Araştırması. 2003.

c-Türkiye Aile Yapısı Araştırması. 2006.

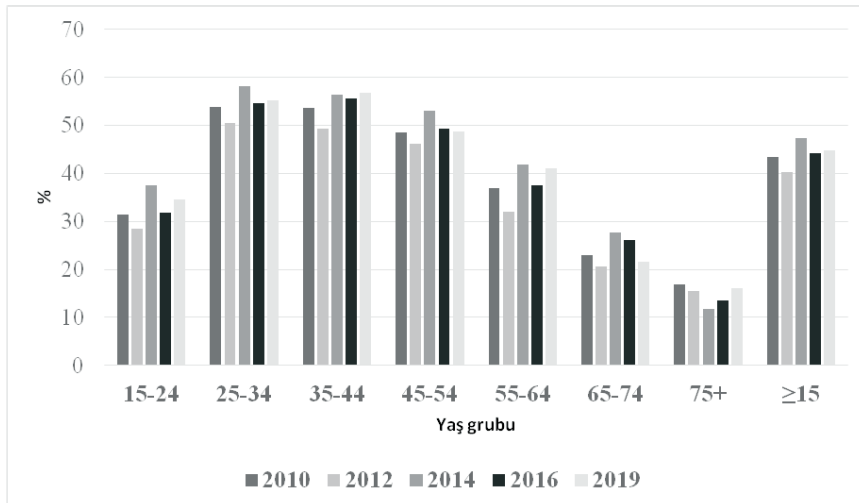
ç-TUIK. Global Adult Tobacco Survey. 2008, 2012

d-TUIK. Turkey Health Interview Survey: 2010, 2014, 2016,2019

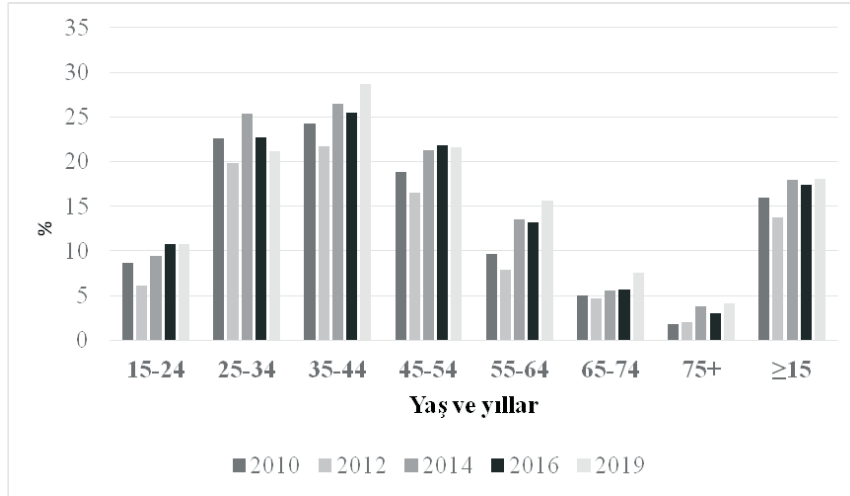
e-Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2011

f-Türkiye Kronik Hastalık Araştırması 2011

g- 2017 STEPS Çalışması



Şekil 134.1 Türkiye'de erkeklerde tütün ürünü kullanım durumu (%) (Türkiye Sağlık Araştırması: 2010, 2012, 2014, 2016, 2019)



Şekil 134.2 Türkiye'de tütün ürünü kullanım durumu (%) (Türkiye Sağlık Araştırması: 2010, 2012, 2014, 2016, 2019)

rilmiştir. Bu şekillerdeki yüzdeler, yaşa ve cinsiyete özgü olduğu için özellikle bilgi vericidir ve **Türkiye'de sigara kullanım yüzdelerinde kararlı ve anlamlı bir düşüş döneminin başlamadığını açıkça göstermektedir. Bu hüküm her iki cinsiyet ve tüm yaş grupları için geçerli görünmektedir.** Amerika Birleşik Devletleri'nde 1965 yılında %42 olarak saptanan yetişkin sigara içme sıklığı, zaman içinde sürekli ve düzenli olarak azalmış ve 2019'da %13,7 olarak saptanmıştır⁽¹⁵⁾. Türkiye de sürekli ve düzenli azalmayı yansıtan böyle bir trende ulaşmalıdır.

Tütün kontrol programının beklenen olumlu etkiyi sağlayamamış olmasının nedenleri incelenmeli, buna göre program gözden geçirilmelidir. Bu gözden geçirmede küresel tütün şirketlerinin, tütün kontrolü stratejilerini boşa çıkartma çalışmalarının kontrolüne de özellikle yer verilmelidir.

Kaynaklar

- 1) GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1923–94
- 2) 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-t%C3%BCt%C3%BCn-kontrol%C3%BC-strateji-belgesi-ve-eylem-plan%C4%B1.html> Erişim tarihi: 6.8.2020.
- 3) Sezer RE. Türkiye'nin sigara raporu: Ulusal Tütün Tekeli yeniden kurulmalıdır. Bilim ve Ütopya, Ekim 2006.

- 4) Sezer RE. Dünyada ve Türkiye'de sigara tüketim eğilimleri. *Hipokrat Dergisi*, 2002/03 ;11: 56-63.
- 5) Türk Sigara Pazarı Beş Yabancınnın Elinde. *Milliyet Gazetesi*, 19.06.2018.
 - a. [Internet] <https://www.milliyet.com.tr/ekonomi/turk-sigara-pazarı-5-yabancınnın-elinde-1119347#:~:text=%C5%9Eubat%202008'de%20Tekel%20Sigara,European%20Tobacco%20ve%20Imperial%20Tobacco>. Erişim tarihi: 8.8.2020.
- 6) Zeltner T, Kessler DA, Martiny A, Rander F. Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry [Internet] http://www.who.int/tobacco/policy/who_inquiry/en/. Erişim tarihi: 8.8.2020.
- 7) BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.
- 8) Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi Hanehalkı Araştırması Ara Raporu. 24 Aralık 2003, Ankara.
- 9) TC. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, TC TÜİK. Türk Aile Yapısı Araştırması, 2006. Ankara.
- 10) TÜİK. Global Adult Tobacco Survey. 2008.
- 11) TÜİK. Global Adult Tobacco Survey. 2012.
- 12) Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” “Sağlık 2013 (editörler: Belgin Ünal, Gül Ergör).
- 13) Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
- 14) Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010-2019. TÜİK Excel Tablosu [Internet] http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim tarihi: 8.8.2020.
- 15) U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.



Yeni Nesil > Tütün Ürünleri

135

ÖĞR. GÖR. DR. MELTEM ŞENGELEN • PROF. DR. DİLEK ASLAN

Yeni nesil tütün ürünleri tütün kontrolü açısından önemle üzerinde durulması gereken bir başlıktır. Yeni nesil tütün ürünleri yerine yeni nesil nikotin ürünleri terminolojisi de kullanılmaktadır ⁽¹⁾. Sigara ve yaygın olarak kullanılan tütün ürünlerinin sağlık üzerindeki zararlı etkileri tüm dünyada çok iyi bilinir hale gelmeye başladıkça tütün endüstrisi ısıtılan tütün ürünleri ve nikotin salıveren sistemler gibi “yeni” tütün ürünlerine ağırlık vermektedir. 2006 yılında piyasaya çıkan elektronik sigaraların (e-sigara) özellikleri günümüze kadar belirgin bir şekilde değişmiştir, teknolojik özelliklerine göre dört farklı nesil e-sigara piyasaya verilmiştir. Yeni tütün ürünleri arasında tütünü daha düşük bir sıcaklık derecesinde ısıtan elektronik cihazlar olan ısıtılan tütün ürünleri de yer almaktadır. Bu yazı kapsamında öne çıkan “yeni nesil” ürünlerin neler olduğu, zararları ve uluslararası literatüre yansımış bazı veriler üzerinde durulmuştur.

Isıtılan Tütün Ürünleri

Isıtılan tütün ürünleri, tütünün ısıtılması veya tütün içeren bir cihazın aktivasyonu ile nikotin ve toksik kimyasallar içeren aerosoller üretir. Oluşan aerosoller, cihazın ağızdan nefes ile içe çekilmesiyle kullanıcılar tarafından solunur. Nikotin, tütün dışı katkı maddeleri ve genellikle tatlandırıcı maddeler içerirler ⁽²⁾. Bu ürünlerde tütünün geleneksel sigaralara kıyasla daha düşük derecelerde ısıtılmasıyla (250-350°C) tütünün yanmadığı ve tütünün yanması ile açığa çıkan bileşiklerin olmadığı iddia edilmektedir ⁽³⁾. Son yıllarda, ısıtılan tütün ürünle-

ri insanların sigara ve/veya diğer tütün ürünlerini bırakmalarına yardımcı olabilecek, “zarar azaltma” yaklaşımıyla kullanılacak ürünler olarak tanıtılmaktadır. Riskli bir davranışın olumsuz sonuçlarını minimize etmek için uygulanan “zarar azaltma” yaklaşımında tüketilen günlük sigara sayısının azaltılması amaçlanmaktadır. Oysa ki ısıtılan tütün ürünleri de kullananları birçoğu kansere neden olan toksik maddelere maruz bırakır ve şu anda geleneksel sigaralardan daha az zararlı olduklarını gösteren yeterli kanıt yoktur ⁽²⁾. Isıtılan bir tütün ürününün araştırıldığı bir çalışmada, tütünün tutuşmadan kömürleşmiş gibi görüldüğü ve her kullanımdan sonra temizlik yapılmadığında kömürleşmenin arttığı, ürünün aslında “ısıtılan tütün ürünü” olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca polimer-film filtresindeki ince plastik tabakanın, kullanım sırasında kolayca eridiği ve toksik bir madde olan formaldehit siyanohidrinin açığa çıktığının gösterildiği bu çalışma, kullanılan sistemin iddia edildiği gibi zararsız olmayacağını vurgulamaktadır ⁽⁴⁾. Yapılan bir sistematik derleme de ısıtılan tütün ürünlerinin kullanımı ve ikinci el emisyonları ile ilgili çalışmaların heterojen olduğunu, çoğunun üreticilerle bağlantılı olduğunu ve kullananları ve ortamda bulunanları sigaradan daha düşük seviyelerde olmasına rağmen toksik maddelere maruz bıraktığını göstermektedir ⁽⁵⁾.

Elektronik Sigaralar (e-sigaralar)

Yaygın olarak e-sigara olarak adlandırılan ve nikotin içerip içermemesine göre elektronik nikotin sa-

liveren sistemler veya elektronik nikotin içermeyen salıveren sistemler olarak adlandırılan cihazlar, bir sıvıyı ısıtan ve ortaya çıkan aerosolü kullananların soluduğu cihazlardır. Kullanılan sıvının ana bileşenleri, gliserol veya gliserol içermeyen propilen glikol ve tatlandırıcı maddelerdir. E-sigaralar tütün içermez, ancak sağlığa zararlıdır ve güvenli değildir. Bunları kullanmanın veya bunlara maruz kalmanın morbidite ve mortalite üzerine uzun vadeli etkileri hakkında konuşabilmek için henüz çok erken olduğu söylenebilir^(2,6). Geleneksel tütün ürünleri ve yeni tütün ürünlerinin iç ortam hava kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırmada evde ve arabada partikül madde (PM1, PM2.5 ve PM10), karbon, karbon monoksit ve karbon dioksit ölçümleri gerçekleştirilmiş ve farklı nikotin salıveren sistem cihazlarından gelen partikül emisyonlarının önemli ölçüde farklı olduğu ve yayılan kirletici seviyelerinin geleneksel tütün ürünlerine kıyasla önemli ölçüde daha düşük olmakla birlikte, yeni tütün ürünlerinin de iç ortam hava kirleticileri olduğu gösterilmiştir⁽⁷⁾. Bir diğer çalışmada, e-sigara kullanımı sırasında iç mekan PM1 konsantrasyonlarının, özellikle dumanın ekshalasyonu sırasında dış mekan konsantrasyonlarından çok daha yüksek seviyelere ulaştığı, bu tür cihazların halka açık yerlerde kullanımını sınırlayan bir yasal düzenlemeye acil ihtiyaç duyulduğu gösterilmiştir⁽⁸⁾.

E-sigarlarda kullanılan sıvı ve emisyonlarının, aerosolize tatlandırıcılar, propilen glikol ve diğer kasıtlı ve kasıtsız kirleticiler dahil olmak üzere sadece nikotinden çok daha fazlasını içerebileceği bilinmektedir. Bu materyaller, şu anda tam olarak anlaşılabilen, hem e-sigara kullanıcıları hem de ortamda bulunanlar için tanımlanmamış potansiyel sağlık tehlikeleri oluşturabilir⁽⁹⁾. Propilen glikol/bitkisel gliserin, nikotin ve tatlandırıcılar gibi e-sigarlarda kullanılan sıvı kimyasalların canlı organizmalar üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada, e-sigara sıvısına maruz kalmanın in vitro hücreler ve hayvanlar ve insanlarda in vivo zararlı etkileri olduğu gösterilmiştir⁽¹⁰⁾. Ayrıca, nikotin içermediği beyanı ile pazarlanan bazı e-sigara ürünlerinde gerçekte nikotin içerdiği saptanmıştır⁽¹¹⁾.

Nikotinin bağımlılık yapıcı etkisi ve beyin gelişiminin yirmili yaşların ortalarına kadar devam etmesi nedeniyle çocuklar ve ergenlerin e-sigara kullanması özellikle risklidir⁽²⁾. Nikotinin bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle e-sigaraya başlayan genç-

lerin sigaraya geçmesi ve sigara içen birey olma olasılığı daha yüksektir⁽⁶⁾. Elektronik nikotin salıveren sistemlerin kullanımı kalp hastalığı ve akciğer hastalığı riskini artırır. Ayrıca, hamile kadınlar tarafından kullanıldığında büyüyen fetus için önemli riskler oluştururlar⁽²⁾. Elektronik nikotin salıveren sistemlerin reklam, pazarlama ve tanıtımı, internet ve sosyal medyaya dayanan kanallar aracılığıyla hızla büyümüştür. Bu ürünlerin pazarlanmasında kullanılan sağlık ve bırakmadaki etkinliği hakkındaki gerçeğe aykırı beyanlar ve özellikle gençliğin hedef alınması endişe yaratmaktadır⁽¹²⁾.

E-sigaralar istenmeyen yaralanmalara da neden olabilir. Arızalı e-sigara pilleri, bazıları ciddi yaralanmalara neden olan yangın ve patlamalara neden olmuştur. Çoğu patlama e-sigara pilleri şarj edilirken meydana gelmiştir⁽¹³⁾.

Sigarayı bırakmak için e-sigara kullanan çoğu yetişkin e-sigara kullanıcısının sigara içmeyi bırakmadığı ve bunun yerine her iki ürünü de kullanmaya devam ettiği bilinmektedir⁽¹⁴⁾. Bu durumda bu ürünleri kullanarak "zarar azaltma"dan bahsedilebilir hiç mümkün olamamaktadır. Kaldı ki 2019 yılı ortalarında tüm dünyada e-sigara ilişkili akciğer hasarı (EVALI) vakaları görülmeye başlanmıştır. Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 18 Şubat 2020 itibarıyla Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) toplam 2.807 hastanede yatan EVALI vakası ve 68 ölüm görüldüğünü bildirmektedir. E-sigara ile ilgili acil servis başvuruları, Ağustos 2019'da keskin bir şekilde artmış, Eylül ayında zirveye ulaştıktan sonra düşüşe devam etmektedir. Laboratuvar verileri, bazı tetrahydrocannabinol (THC) içeren elektronik ürünlerde bir katkı maddesi olan E vitamini asetatın EVALI salgını ile güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir. E vitamini asetat, test edilen ürün örneklerinde ve hasta akciğer sıvısı örneklerinde bulunmuştur. EVALI olmayan kişilerin akciğer sıvısında E vitamini asetat bulunmamıştır. Ancak, bildirilen EVALI vakalarının bazılarında THC veya THC olmayan ürünlerdeki kimyasallar da dahil olmak üzere diğer ilgili kimyasalların katkısını dışlamak için kanıt yeterli değildir⁽¹⁵⁾.

Dünyada 2020 yılında COVID-19 pandemisi yaşanmaktadır. 6 Ağustos 2020 itibarıyla dünyada 213 ülkede 19 milyondan fazla vaka, 700 binden fazla ölüm yaşanmıştır⁽¹⁶⁾. Damlacık yolu ile bulaşan COVID-19 salgınından korunmada maske kullanımı, fiziksel mesafe ve el hijyeni önerilmekte, "yeni"

tütün ürünlerini kullananlar maskelerini indirip, elektronik cihazlarını defalarca ağızlarına götürerek soludukları için daha fazla enfeksiyon riski taşımaktadırlar. Ayrıca tütün kullanımının COVID-19 salgınında daha ağır bir hastalık tablosu yaşanması üzerinde 14 kat fazla etkili olduğu gösterilmiştir⁽¹⁷⁾.

Türkiye’de de yeni nesil ürünlerle ilgili bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. Bu konuda bulgular uluslararası literatür bilgileri ile uyumludur. Bazı çalışmaların sonuçları daha geniş vaka serilerinde çalışmalar yapılmasını önermektedir⁽¹⁸⁾. Aslan ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada e-sigara kullanıcılarının idrar kotinin düzeylerinde yükseklik tespit edilmiştir⁽¹⁹⁾. Başaran ve ark. (2019) tarafından ısıtılmış ürünlerle ilgili yayınlanmış bir makalede ürünlerin sağlık açısından yarattığı riskler üzerinde durulmuştur⁽²⁰⁾. Arslan HN. ve ark. (2020) tarafından aile hekimleri arasında yapılmış olan bir çalışmada hekimlerin e-sigara konusundaki bilgilerinin artırılmasına dair bir öneri paylaşılmıştır⁽²¹⁾.

Nikotin içersin ya da içermesin elektronik sistemler, yeterli kanıt bulunana ve bu ürünlerin sigara ve/veya diğer tütün ürünlerini bırakmada etkinliği konusunda uzlaşma sağlanıncaya kadar bırakmaya destek olarak önerilmemelidir. Elektronik nikotin salıveren sistemler yasaklanmadığı durumlarda, Dünya Sağlık Örgütü, ürünlerin dört temel hedefe göre düzenlenmesini önerir⁽²⁾:

- Sigara içmeyenler, reşit olmayanlar ve korunmasız grupların kullanmaya başlamasını önlemek;
- Kullananların sağlık risklerinin en aza indirilmesi ve kullanmayanlarda pasif etkilenimin engellenmesi;
- Kanıtlanmamış sağlık beyanlarının önlenmesi;
- Tütün kontrolünün, tütün endüstrisi dahil olmak üzere tüm ticari ve diğer menfaatlerden korunması.

Sonuç olarak, tüm tütün ürünleri gibi “yeni” tütün ürünleri de toksiktir ve kanserojen maddeler içerir, kullananları ve ortamda bulunanları sigaradan daha az miktarda olsa bile zararlı maddelere maruz bırakırlar. Tütün ürünlerinde güvenli doz yoktur ve sağlığa zararlı olduğu bilinen maddelere maruz kalım önlenmelidir. “Yeni” tütün ürünleri ile ilgili yasal düzenleme yapılırken diğer tütün ürünleri gibi kabul edilmelidirler. Ülkemizde 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun’da yer aldığı üzere tütün ürünü tütürme, emme, çiğneme ya da buruna

çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeyi ifade eder⁽²²⁾. Bu tanıma göre yeni nesil ürünlerin de bu kapsamda olduğu görülmektedir. Kanun’da tütün ürünlerinin otomatik makinelerle, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satılamaz ve satış amacıyla kargo yoluyla taşınmaz olduğu da açıkça yazılmıştır⁽²²⁾. Bununla birlikte, yeni nesil tütün ürünlerinin internet ortamında satışının yapıldığı da gözlenmektedir. Dolayısıyla, tüm tütün ürünlerinin yanı sıra bu yazı kapsamında ele alınan “yeni nesil” ürünlerle ilgili denetim mekanizmaları acil olarak harekete geçirilmelidir. Yeni nesil tütün ve nikotin ürünleri ile ilgili bilimsel çalışmaların artırılması da kanıtların hızla birikebilmesi için önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1) Dağlı E. Yeni nesil nikotin ve tütün ürünleri. STED 2016;25 (31 Mayıs Özel sayı):2-6.
- 2) Novel and emerging nicotine and tobacco products. [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- 3) Schober W, Fembacher L, Frenzen A, Fromme H. Passive exposure to pollutants from conventional cigarettes and new electronic smoking devices (IQOS, E-Cigarette) in passenger cars. *Int J Hyg Environ Health* 2019;222 (3):486-493.
- 4) Davis B, Williams M, Talbot P. iQOS: evidence of pyrolysis and release of a toxicant from plastic. *Tob Control* 2019;28 (1):34-41.
- 5) Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: A systematic literature review. *Tob Control* 2019;28:582-594.
- 6) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2018. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24952>.
- 7) Savdie J, Canha N, Buitrago N, Almeida SM. Passive exposure to pollutants from a new generation of cigarettes in real life scenarios. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17 (10):3455.
- 8) Protano C, Manigrasso M, Cammalleri V, Zoccai GB, Frati G, Avino P, Vitali M. Impact of electronic alternatives to tobacco cigarettes on indoor air particular matter levels. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17 (8):2947.
- 9) Marcham CL, Springston JP. Electronic Cigarettes in the Indoor Environment. *Rev Environ Health* 2019;34 (2):105-124.
- 10) Merecz-Sadowska A, Sitarek P, Zielinska-Blizniewska H, Malinowska K, Zajdel K, Zakonnik L, Zajdel R. A Summary of in vitro and in vivo studies evaluating the impact of e-cigarette exposure on living organisms and the environment. *Int J Mol Sci* 2020;21 (2):652.
- 11) Goniewicz ML, Gupta R, Lee YH, et al. Nicotine levels in electronic cigarette refill solutions: a comparative analysis of products from the U.S., Korea, and Poland. *Int J Drug Policy* 2015;26 (6):583-588.
- 12) Huang J, Kornfield R, Szczycka G, Emery S. A cross-sectional examination of marketing of electronic cigarettes on Twitter. *Tobacco Control* 2014; 23 (suppl 3): iii26-iii30.

- 13) Electronic Cigarettes. [Internet] https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/index.htm. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- 14) QuickStats: Cigarette smoking status among current adult e-cigarette users, by age group-National Health Interview Survey, United States, 2015external icon. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65:1177.
- 15) Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. [Internet] https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html#overview. Erişim tarihi: 29.06.2020.
- 16) [Internet] <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Erişim tarihi: 6.8.2020.
- 17) Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, Wei S, Deng Y, Liu J, Liu HG, Yang M, Hu Y. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. Chin Med J (Engl) 2020;133 (9):1032-1038.
- 18) Göney G, Çok İ, Tamer U, Burgaz S, Şengezer T. Urinary cotinine levels of electronic cigarette (e-cigarette) users. Toxicol Mech Methods 2016;26 (6):414-418.
- 19) Aslan D, Gürbay A, Hayran M, Şengelen M, Paşlı D, Hüseyin B. Carbon monoxide in the expired air and urinary cotinine levels of e-cigarette users. Turk Thorac J 2019;20 (2):125-129. Published 2019 Apr 1. doi:10.5152/TurkThoracJ.2018.18110.
- 20) Başaran R, Güven NM, Eke BC. An overview of iQOS® as a new heat-not-burn tobacco product and its potential effects on human health and the environment. Turk J Pharm Sci 2019;16 (3):371-374.
- 21) Arslan HN, Oruc MA, Terzi O, Bilir N. Evaluation of the opinions of family physicians on some tobacco products [published online ahead of print, 2020 Jul 1]. J Community Health 2020;10.1007/s10900-020-00872-2.
- 22) [Internet]<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207.pdf> Erişim tarihi: 6.8.2020.

Türkiye’de Yetişkinlerde > Tütün Kullanımı

136

PROF. DR. GÜNAY SAKA

Türkiye’de tütün kontrolüne yönelik alınan tüm önlemlere karşın tütün kullanımı hala çok yaygındır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023) içeriğinde ülkemizde yetişkinlerde mevcut durum ve hedefler **Tablo 136.1**’deki gibidir ⁽¹⁾. Mevcut durum verileri için Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 kullanılmıştır ⁽²⁾. Buna göre 2016 yılında 15 yaş üzeri nüfusta her gün ve ara sıra tütün kullananların sıklığı %31,6 olup 2021’de %26, 2023’de %24’e gerilemesi hedeflenmiştir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016’ya göre erkeklerin %44,1’i, kadınların %19,2’si tütün kullanmaktadır. Türkiye’de 18 milyon her gün, 1,2 milyon arasına olmak üzere 19,2 milyon yetişkin tütün kullanmaktadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

2016’da günde içilen sigara sayısı ortalaması 18,0 (erkek 18,9, kadın 15,8) olarak belirtilmiştir. Rapora göre her gün tütün kullanan 15-34 yaş grubundaki bireylerin %15’i 15 yaşından önce, %57,5’i 18 yaşından önce tütün kullanmaya başlamıştır. İlk sigarasını uyandıktan sonra 30 dakika içinde içenlerin sıklığı %21,0’dır. İlgili veriler **Tablo 136.2**’de sunulmuştur ⁽²⁾.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçları yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde 15 yaş üstü bireylerin tütün kullanma sıklıklarındaki değişim **Tablo 136.3**’de verilmiştir. Genel olarak 2012’de tütün kullanma yüzdelerinde bir miktar azalma olmuş iken 2016’da özellikle 15-24 yaş grubunda artış dikkati çekmektedir.

Tablo 136.1 Türkiye’de tütün kullanımı ve hedefler⁽¹⁾

	Mevcut durum ⁽²⁾	Hedefler		
		2019	2021	2023
15 ve üzeri yaş grubunda tütün ürünü kullanımı (ara sıra ve her gün kullananların toplamı) (%)	31,6	29	26	24
15 ve üzeri yaş grubunda hayatı boyunca hiç sigara kullanmamışlar (%)	61,4	63	67	70
15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullananların günde tükettikleri ortalama sigara sayısı (adet)	18,0	16	14	12
Sigara kullanan 15 ve üzeri yaş grubunda sigarayı bırakmak isteyenler (%)	32,9	35	45	50
Sigarayı bırakan 15 ve üzeri yaş grubu içinde sağlık sorunu dışındaki diğer sebeplerle (aile bireylerinin isteği, sigara bırakma kampanyaları, sigara fiyatı, sigara içecek yer bulma güçlüğü) sigarayı bırakanlar (%)	50,2	53	57	60

Tablo 136.2 KYTA 2016'ya göre Türkiye'de yetişkinlerde tütün kullanma sıklıkları (%)

Tütün kullanma durumu	Toplam	Erkek	Kadın
Tütün ürünü kullanan	31,6	44,1	19,2
Her gün tütün ürünü kullanan	29,6	41,8	17,5
Sigara içen	31,6	44,1	19,2
Her gün sigara içen	29,5	41,8	17,4

Tablo 136.3 Türkiye'de yıllara, yaş gruplarına ve cinsiyete göre tütün kullanımı KYTA 2008, 2012, 2016 sonuçları (her gün ve ara sıra) (%).

Yaş grubu	Cinsiyet	2008 KYTA (3)	2012 KYTA (4)	2016 KYTA
15-24	Erkek	39,7	33,0	40,9
	Kadın	11,7	7,4	22,4
25-44	Erkek	58,2	52,1	50,8
	Kadın	21,5	19,0	22,9
45-64	Erkek	46,5	39,2	44,8
	Kadın	13,1	13,0	18,4
65 +	Erkek	20,5	16,8	21,0
	Kadın	2,4	2,6	3,0
Toplam	Erkek	47,9	41,5	44,1
	Kadın	15,2	13,1	19,2
	Toplam	31,2	27,1	31,6

Türkiye Sağlık Araştırmaları (TSA) Verilerine Göre Tütün Kullanımı ^(5,6)

Türkiye Sağlık Araştırmaları 2008 yılından bu yana Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmaktadır. Araştırmada; Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) tarafından üye ve aday ülkelere önerilen modüller kullanılmaktadır. Örneklem hacmi Türkiye'yi temsil ettiği belirtilen 9470 hane (2019) olduğu belirtilmektedir. Yüz yüze görüşme tekniği ile verilerin elde edilmektedir. Son dört TSA sonuçları **Tablo 136.4**'de sunulmuştur. Küresel Yetişkin Tü-

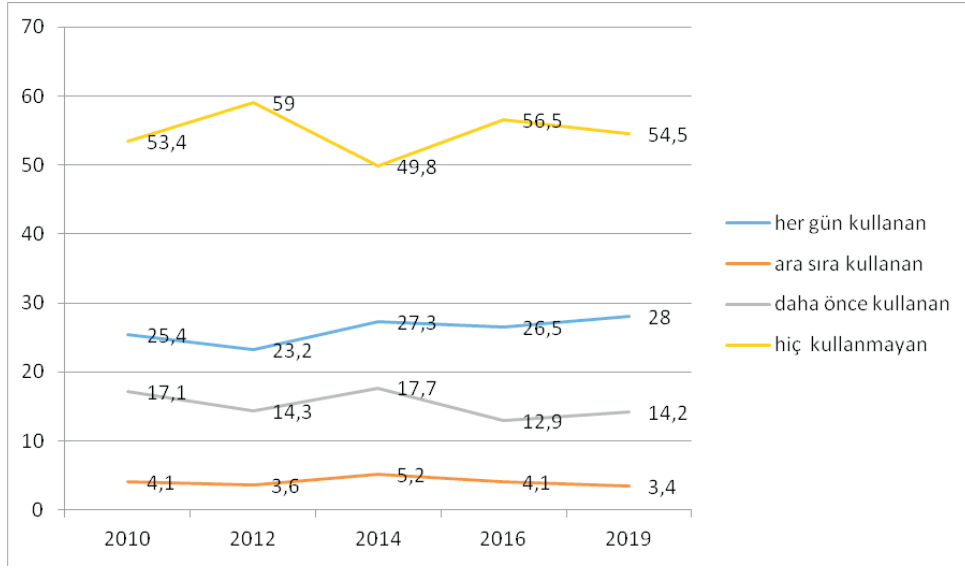
tün Araştırma dizisinde olduğu gibi genç yaş gruplarında kadınlarda artışlar olduğu görülmektedir.

Türkiye Sağlık Araştırması 2019'a göre her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı %28,0'dir. Erkeklerin %41,3'ü, kadınların %14,9'u her gün tütün kullanmaktadır. Tütün kullanmayan bireylerin (bırakanlar ve hiç kullanmayanlar) oranı ise 2016 yılında %69,4 iken 2019 yılında azalarak %68,7 olmuştur. Yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün kullanan bireyler %42,8 ile 35-44 yaş grubunda yer almıştır.

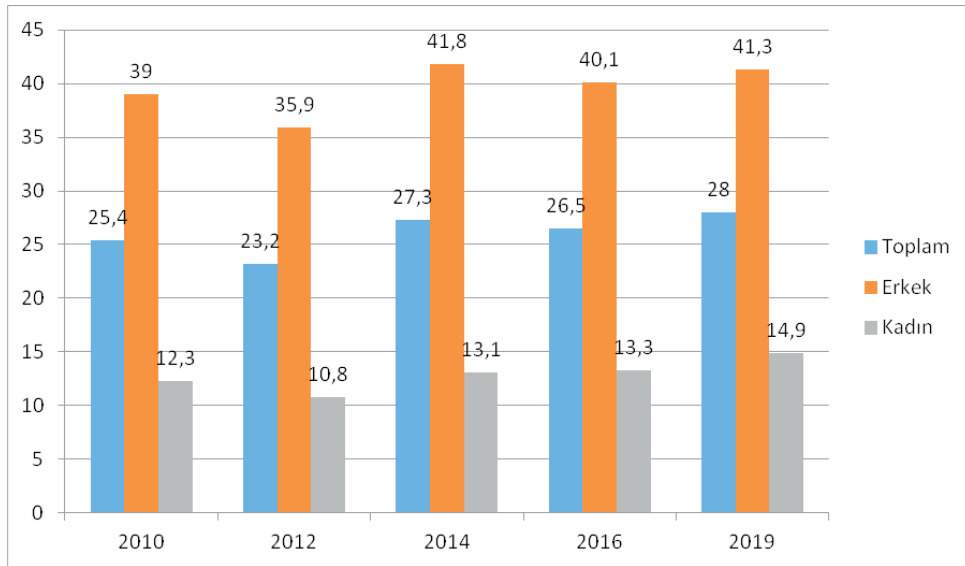
Yetişkinlerde tütün kullanımı sıklığını etkileyen diğer bir değişken de sigara bırakma durumudur.

Tablo 136.4 Yaş grubu ve cinsiyete göre her gün tütün kullanma durumu (her gün kullananlar) 2012-2019.

	2012			2014			2016			2019		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
15-24	24,1	4,6	14,3	31,4	5,7	18,5	28,2	7,8	18,1	31,0	7,9	19,6
25-34	45,9	14,9	30,5	51,2	18,8	35,1	49,6	16,6	33,2	51,3	17,6	34,4
35-44	44,4	17,3	30,9	49,9	19,7	34,9	50,6	19,6	35,2	52,9	24,1	38,6
45-54	42,0	13,4	27,7	48,7	16,5	32,7	45,3	17,7	31,6	45,1	18,4	31,8
55-64	27,9	7,4	17,4	38,2	10,2	24,0	35,0	10,9	22,8	37,8	12,8	25,1
65-74	17,8	3,8	10,1	22,4	3,4	12,1	24,2	4,4	13,5	19,9	6,1	12,5
75+	12,6	0,8	5,6	8,9	2,4	5,0	10,7	1,0	4,8	13,2	3,1	7,1
Türkiye	35,9	10,8	23,2	41,8	13,1	27,3	40,1	13,3	26,5	41,3	14,9	28,0



Şekil 136.1 Yıllara göre bireylerin tütün kullanma durumu (%) (2010-2019)⁽⁶⁾



Şekil 136.2 Her gün tütün kullanan bireylerin yıllara ve cinsiyete göre dağılımı (2010-2019) (%)⁽⁶⁾

Küresel Yetişkin Tütün Araştırma dizisinde sigara bırakma ile ilgili tutum ve davranışlar **Tablo 136.5**'de sunulmuştur. Yıllara göre karşılaştırıldığında 2016 yılında erkek ve kadınlarda bırakma hızı ve bırakmak isteyenlerin yüzdesi azalmıştır.

Tütün dumanından pasif olarak etkilenen yetişkinlerin cinsiyete ve yıllara göre dağılımı **Tablo 136.6**'da sunulmuştur. Evde, iş yerinde, özel araçta,

taksilerde, kamu binalarında pasif etkilenim oranları azalmışken restoran ve kafelerde etkilenim yüzdeleri azalmamıştır.

Sonuç olarak; yetişkinler arasında tütün kullanımı çok yaygındır. Pasif etkilenim önemli bir sorundur. Sigara bırakma davranışlarında yeterli artış görülmemiştir. Kontrol önlemlerinin uygulanmasındaki sorunların giderilmesi gerekmektedir.

Tablo 136.5 Sigara bırakma ile ilgili tutum ve davranışlar

Değişim başlıkları		2008 KYTA	2012 KYTA	2016 KYTA
Eskiden her gün tütün kullananlar (Yaşamında herhangi bir zamanda her gün tütün kullananlar arasında) (bırakma hızı)	Erkek	27,2	26,9	15,7
	Kadın	23,9	28,3	8,3
Halen tütün kullananlarda sigarayı bırakmayı isteyen	Erkek	53,6		33,9
	Kadın	51,2		30,3
Bir ay içinde bırakmayı planlayan	Erkek	10,0	12,4	7,2
	Kadın	9,8	14,5	7,1
Bir yıl içinde bırakmayı düşünen	Erkek	17,7	22,4	
	Kadın	18,5	23,1	
Sağlık personeline sigara içme durumu sorgulanan	Erkek	49,1	49,1	46,0
	Kadın	48,8	56,3	46,0
Son 12 ay içinde sigara bırakmayı deneyen	Erkek	44,1	45,1	26,2
	Kadın	46,9	48,8	20,8

Tablo 136.6 Pasif etkilenim durumu

		2008 KYTA	2012 KYTA	2016 KYTA
Evde dumana maruz kalan	Erkek		39,2	27,4
	Kadın		37,4	25,9
	Toplam		38,3	26,7
İşyerinde dumana maruz kalan	Erkek	35,4	17,8	12,2
	Kadın	23,0	9,6	5,7
	Toplam	31,6	15,6	10,6
Özel araçta dumana maruz kalan	Erkek		28,5	21,5
	Kadın		24,1	12,9
	Toplam		26,4	17,4
Taksilerde dumana maruz kalan	Erkek		20,0	16,9
	Kadın		14,0	14,9
	Toplam		17,1	16,0
Kamu binalarında maruz kalan	Erkek	13,0	7,1	4,2
	Kadın	7,8	5,7	5,5
	Toplam	11,3	6,5	4,7
Restoranlarda	Erkek	57,7	14,0	13,1
	Kadın	52,3	11,3	12,1
	Toplam	55,9	12,9	12,7
Kafelerde	Erkek		28,6	27,7
	Kadın		20,5	28,7
	Toplam		26,6	28,0

Kaynaklar

- 1) 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-t%C3%BCt%C3%BCn-kontrol%C3%BC-strateji-belgesi-ve-eylem-plan%C4%B1.html> Erişim tarihi: 26.06.2020.
- 2) GATS Global Tobacco Adult Survey Turkey 2016 Fact Sheet [İnternet] https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf, Erişim tarihi: 26.06.2020.
- 3) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu” Sağlık Bakanlığı Yayın No: 80.
- 4) Global Adult Tobacco Survey Turkey 2012” “Republic of Turkey Ministry of Health, Publication No, Ankara, 2014”. Ministry of Health Publication No: 948.
- 5) TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2019. [İnternet] http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, Erişim tarihi: 30.06.2020.
- 6) Sağlık İstatistik Yıllığı 2018. (Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ. ve ark, Editörler) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019.

Türkiye’de Gençler › Arasında Tütün Kullanımı

137

PROF. DR. GAMZE ÇAN • UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile ilişkili sağlık sorunları bilinen ve önlenabilir sorunlardır. Ancak tüm önlemlere rağmen tütün kullanımının halen yaygın olduğu görülmektedir. Özellikle gençler bu bağımlılık yapıcı ürünü kullanmaya başlamak açısından büyük önem taşımaktadırlar. Bu raporda Türkiye Sağlık Raporu 2014 sonrası gelişmeler paylaşılarak güncel durum değerlendirilecektir.

Ülkemizde sigara içmek yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlığımızın en büyük düşmanlarından biri olan bu alışkanlık gençlerimiz arasında gittikçe yaygınlaşmakta ve tercih edilmektedir. Nikotin şimdiye kadar bağımlılık yaptığı bilinen maddeler içinde etkisi en fazla olanıdır. Bu nedenle ne yazık ki, sigara kullanmayı deneyen her iki gençten biri, sigara kullanmaya devam etmektedir. Ülkemizde mevcut yasal düzenlemelere göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18’dir. Buna rağmen her gün sigara içenlerin önemli bir kısmının sigaraya 18 yaşından önce başladığı görülmektedir. Ancak yapılan araştırmalar sigara içenlerin yaş ortalamasının giderek düştüğünü göstermektedir. Bunun yanında sigara içmenin getireceği sağlık sorunları adolesan ve gençler tarafından yeterince algılanmamakta ve önemsenmemektedir. Gençler arasında sigara kullanımı bağımlılığı giderek de artmaktadır. Adolesan dönemde sigara ile tanışma genellikle erken ve orta adolesan gelişim dönemlerinde olmaktadır ⁽¹⁾.

Yapılan araştırmalar, adolesanların sigara içmesinin sosyal ortamla ilişkili olduğunu ve gençlerin evlerinde kendi yanlarında sigara içilmesinin, kamuya açık yerlerde sigara içenleri görmelerinin,

gençlerin sigara içmesi için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (2). Gençlerin yanında sigara içilmesi model oluşturmak kadar pasif maruz kalımı açısından da risk oluşturmaktadır. Türkiye’de gençlerde tütün kullanımının ve tütün kullanımına ilişkin temel göstergelerin sistematik şekilde izlenmesine yönelik yapılan 2017 Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) kapsamında gençlerin hem ev içi hem de kamusal alanda sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) sıklığı da araştırılmış, evde tütün dumanına maruz kalanlar %46,1, halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kalanlar %51,8 bulunmuştur ⁽³⁾.

Tütün endüstrisi kullanımının yaygınlaşmasında en önemli rolü oynamaktadır. Her yıl yaklaşık dünyada sekiz milyon, Türkiye’de yüz bin kişinin ölümüne neden olan bir ürün tütün endüstrisi tarafından pazarlanmaktadır. Tütün endüstrisi içicilerin devamını sağlamak için giderek daha fazla çocuk ve ergenleri hedef almaktadır. Aslında doğrudan ciddi sağlık sorunları ve ölüme neden olan bir ürünün satışı yapılmaktadır. Tütün endüstrisi, karlılığı sürdürmek için ürünlerini yeniden tasarlamak ve yeniden piyasaya sümek için özel girişimlerde bulunmuştur. Endüstri etkili tütün kontrol politikalarına müdahale etmiş, elektronik nikotin dağıtım sistemleri ve elektronik nikotin içermeyen dağıtım sistemleri gibi e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri olarak da isimlendirilen ürünler aracılığı ile pazarlama taktiklerini sürdürmektedir ⁽⁴⁾. Gençlerin tütün endüstrisinin manipülasyonları, kandırmacaları ve reklamlarından korumak önemli bir sorumluluktur. Küresel tütün kontrolü çabala-

rı gençler arasında da farkındalığı arttırmış, tütün kullanımını normal bir davranış olmaktan çıkmıştır. Ancak gerek internet oyunlarında gerekse internet üzerinden yayınlanan televizyon kanallarında ve sosyal medyada ürün yerleştirme taktikleri sık rastlanan yöntemlerdir. Tüm mücadelelere rağmen yasal açıklar kullanılarak festival ve fuarlarda tütün ürünlerinin tanıtımı ve bedava ürün dağıtımı yapılabilmektedir.

Gençler arasında tütün kullanımı dünyada ve ülkemizde artma eğilimindedir. Tütünsüz Bir Dünya Günü 31 Mayıs 2020 teması “Endüstrinin Hedefinde Olan Adölesanlar ve Gençler” olarak belirlenmiş ve gençlerde tütün kullanımına ilişkin güncel durumun gözden geçirilmesi için fırsat sağlamıştır⁽⁵⁾.

Tütün kullanımı gençler arasında DSÖ Avrupa Bölgesi’nde diğer bölgelere göre daha yaygındır. Bölgede 2015 yılı rakamlarına göre; 15-24 yaşındaki gençler arasında tütün kullanımı %17 olarak tespit edilmiştir. 13-15 yaş arasında tütün kullanım sıklığı ise kızlar için %11,5 ve erkekler için de %13,8’dir⁽⁴⁾. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması verilerine göre 13-15 yaş grubunda halen tütün ürünü kullananların yüzdesi 17,9’dur (erkekler arasında %23,2 ve kızlar arasında %12,1) KGTA gençlerin aynı anda birden fazla tütün ürünü kullandıklarını da işaret etmektedir.

Dünya Tütün Atlası verilerine göre 2007-2014 yılları arasında 13-15 yaş arası gençlerin yaklaşık %48,9’u evlerinin dışında bir ortamda pasif etkilenime maruz kalmaktadırlar. Bu yüzden en yüksek olduğu DSÖ Bölgesi Avrupa Bölgesi’dir (%75,3)⁽⁴⁾. Ülkemizde KGTA 2017 verilerine göre ülkemizde evde tütün dumanına maruz kalanlar % 46,1, halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kalanlar ise %51,8 olarak bulunmuştur⁽³⁾. Gençlerle ilgili durum anlaşıldığında, tütün endüstrisinin neden gençlere yöneldiği anlaşılabilir. Önlemek konusunda genel yaklaşımların yanı sıra gençlere yönelik taktikleri önleyici eylemlere ihtiyaç vardır. Gelecekte tütünsüz ve tütün dumanından etkilenmemiş ve bu nedenlerle hastalık ve ölümlerin görülmediği bir nesil yaratmak, tütün endüstrisinin taktiklerini bilen ve onların bütün manipülasyonundan uzak olmak tütün kontrolü çalışmalarının en önemli hedefidir.

Satış yasağı olduğu halde, çocuk ve gençlerin tütün ve tütün ürünlerine ulaşması ve satışı devam etmektedir⁽⁶⁾. Bunca yasağa ve rağmen günümüz-

de okul, hastane, spor tesisi, internet kafe ve benzeri yerlere mesafe kısıtlaması olmaksızın sigara satışı yapılmaktadır. Bunun da ötesinde okul çevresindeki marketlerde ve seyyar satıcılar tarafından tek tek sigara satışı bile yapılmaktadır.

KGTA 2017 sonuçlarından biri de halen sigara içenler arasında 18 yaşını doldurmamış olmasına rağmen sigara satın alabilenler %73,3 tür. Daha vahim olan durum ise halen sigara içenler arasında dal sigara satın alanlar %29,4’tür. Halen sigara içenlerin % 61,6’sı sigaralarını market bakkal ya da büfedden satın almaktadır⁽³⁾. 2009 yılında Türkiye’de sigara kullanan ya da deneyen gençlerin %86,7’si alabiliyordu. Bu alanda fazla yol kat edemediğimiz ortadadır.

Nargile içimine olanak sağlayan ve özellikle gençlere yönelik mekânlar arttırılmakta, değişik aromalı ürünler ile nargile içimi özendirilmektedir⁽⁶⁾. Ülkemizde son yıllarda sayısı hızla artan nargile kafeler yeni bir tütün ürünü salgınına sebep olmuştur. Gençler arasında nargile kullanımı hızla yükselmiştir. Türkiye’de de nargile kullanımı yakın zamanda özellikle gençler arasında hızla artan bir durumdur. KGTA 2017 ye göre halen nargile içenler %11,2 olup, halen sigara içenlerin sıklığını geçmiştir⁽³⁾.

Nargile kullanımının en fazla görüldüğü grup,15-24 yaş arası genç erkeklerdir. Nargile kafeler ve 18 yaşından küçük gençlerin bu mekanlara girebilmesine yönelik yasal düzenlemelere gereksinim vardır. Nargile kafelere 18 yaş altı çocukların girmesi yasaklanmalıdır⁽⁷⁾.

Türkiye’de 2017 yılında Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda MEB, DSÖ ve CDC iş birliğinde Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) il bazlı veri elde edebilecek şekilde yapılmış gençlerde tütün ve tütün ürünleri kullanımına yönelik kapsayıcı verilere ulaşılmıştır.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması örnekleminde ortaöğretim 7., 8., hazırlık, 9. ve 10. sınıflardan alınan 144.645 öğrencilik örneklemden toplam 122.040 öğrenci anketi tamamlamıştır. Bu araştırmamanın sonuçları, 18 sekiz yaş altındaki bireylerin tütün ve tütün mamullerine satış ve dağıtım yolu ile ulaşmasının engellenmesi ve 2010 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranını sıfıra, 15-18 yaş arası gençlerde ise mevcut durumun en az yarısına indirmek hedefinde olan Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planlarının hedefe yaklaşmadığını göstermektedir⁽⁸⁾.

Öğrencilerin %17,9'u (erkeklerin %23,2'si, kızların %12,1'i) halen bir tütün ürünü içmektedir. Öğrencilerin %7,7'si (erkeklerin %9,9'u ve kızların %5,3'ü) halen sigara içmektedir. Öğrencilerin %40,2'si (erkeklerin %46,8'i ve kızların %33,1'i) en az bir defa bir tütün ürünü denemiştir. En az bir defa sigara deneyenler %28,0 iken en az bir defa nargile deneyenler ise %246'dır. Halen tütün içen yaklaşık 10 kişiden 6'sı (%56,4) son 12 ayda bırakmayı denemiştir. Halen tütün içen 10 kişinin 5'ten fazlası (%53,2) şu anda bırakmayı istemektedir. Öğrencilerin %46,1'nin evinde pasif etkilenime maruz kaldığı görülmüştür. Öğrencilerin %51,8'i Kanunla yasaklanmış halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kalmıştır. Halen sigara içenler arasında 18 yaşını doldurmadığı halde %73,3'ünün market, bakkal vb.yerlerden rahatlıkla sigara satın alabildiği görülmüştür. Öğrencilerin %91,1'i halka açık kapalı alanlarda sigara kullanım yasaklarını desteklemektedir. Öğrencilerin %74,5'i açık alanlarda sigara kullanımının yasaklanmasını desteklemektedir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırmasının yanı sıra değişik illerde bu yaş gruplarında TSR 2014 sonrası yapılan ve ulusal halk sağlığı kongrelerinde sonuçları paylaşılan çalışmaların sonuçları da aşağıda tablolarda özetlenmiştir. Bölgesel özellikte olmakla birlikte gençlerde tütün kullanımı konusunda bilgi vermektedir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçları önceki çalışmalara göre 13-15 yaş grubunda sigara içme sıklıklarında azalma olduğunu göstermektedir. Bölgesel düzeyde yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde ise sigara içme sıklıklarının lise düzeyinde %13 civarında, üniversite öğrencilerinde ise %10-45 arasında değiştiği görülmektedir. Sağlık ile ilgili bölüm lisans öğrencileri arasında daha düşük değerler gözlenirken diğer üniversite öğrencilerinde ve okumayan gençlerde sıklıklar artmaktadır. Erkekler kızlardan daha yüksek sıklıklarda tütün ürünü kullanmaktadır. Yıllar içindeki değişim değerlendirildiğinde tüm mücadele programlarına rağmen önemli bir azalma olduğu söylenemez.

Tablo 137.1 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sigara ile ilgili sunulmuş bazı araştırma sonuçları (05-09 Ekim 2015- Konya).

Araştırma adı	Yöntem	Sonuç
Ankara'da Bir Devlet Lisesinin 9, 10, 11. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün Kontrolü Amaçlı Bir Müdahale Çalışması ⁽⁹⁾	Müdahale araştırması 2014-2015 eğitim ve öğretim yılı 9, 10 ve 11. sınıflarda okuyan toplam 490 öğrenci	Sigara içme sıklığı %12,6 Okulda yapılan çalışmalardan etkilenen ve sigara içmeyi bırakanlar %0,5 Okulda yapılan çalışmalardan bağımsız olarak sigarayı bırakanlar %10,0
Üniversite Öğrencilerinin Sigara ve Alkol İçme Davranışlarının İncelenmesi ⁽¹⁰⁾	Tanımlayıcı araştırma 2014-2015 eğitim öğretim dönemi Üniversite öğrencileri	Denemiş %44,0 Halen içen %31
Lise Öğrencilerinde Tütün Ürünleri, Alkol ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumları ⁽¹¹⁾	Kesitsel araştırma 2014 yılı 9 ve 10. sınıfa devam eden 6118 lise öğrencisi N= 794	Denemiş %22,3 10. sınıf denemiş %27,5 9. sınıf denemiş %17,9
Ankara'da Dört Okulun 9. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün Kontrolü Çalışmaları: Ön Değerlendirmeler ⁽¹²⁾	Tanımlayıcı araştırma 9. sınıfta okuyan 1466 öğrenci Yanıtlayan kişi sayısı 590 (%40,0)	Halen içen %6,1
Lise Öğrencilerde Nargile İçme Sıklığı ve İlişkili Faktörler ⁽¹³⁾	Kesitsel araştırma Beklenen prevalans (p) %50, sapma (d) 0,05 alınarak, %97 güven aralığında, desen etkisi 1,5 olarak alındığında her biri 16 öğrenciden oluşan 33 küme olmak üzere 528 lise öğrencisi	Nargile içme sıklığı %12,0 (n=61) Erkeklerde %20,2 Kızlar %4,5
Öğretmen Adaylarının Sigara İçme Durumları ve Etkili Faktörler ⁽¹⁴⁾	Kesitsel araştırma Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü 2014-2015 eğitim yılı 1.sınıf öğrencileri Toplam 289 227 (%78,5 katılım)	Denemiş %43,4 Halen içen %19,8

Tablo 137.2 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sigara ile ilgili sunulmuş bazı araştırma sonuçları (15-19 Mart 2017 Antalya).

Araştırma adı	Yöntem	Sonuç
Tıp Öğrencileri Sigaraya Nasıl Başlıyor? Bir Üniversitede Başlatılan Kohortun İlk İzlemi ⁽¹⁵⁾	Prospektif kohort araştırması 2011'de birinci sınıfta olan 354 tıp fakültesi öğrencisi (%87,8 kapsayıcılık). Bu öğrencilerin altıncı sınıf oldukları yıl olan 2016-2017 eğitim yılında 236'sının (66,7%) izlemi yapılabilmiş	Her gün sigara içenlerin oranı birinci sınıfta %5,5 ve altıncı sınıfta %19,9 saptandı Hiç sigara içmemiş olanların oranı %72,5 ve %47,0, bırakanların oranı %2,5 ve %3,8, ara sıra içenlerin oranı %1,7 ve %4,7, sigarayı deneyenlerin oranları da sırasıyla %17,8 ve %24,6
Tıp Fakültesi Dönem II ve Dönem VI Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Nedenlerinin Araştırılması ⁽¹⁶⁾	Kesitsel araştırma 2016-2017 eğitim yılında öğrenim görmekte olan bütün dönem II ve VI öğrencileri 173 dönem VI öğrencisi (ulaşılma oranı: %72), 299 dönem II öğrencisi (ulaşılma oranı=%60)	Dönem II öğrencileri Bırakmış %5,4 Denemiş %24,7 Denememiş %48,8 Halen içen %21,1 Dönem VI öğrencileri Bırakmış %9,8 Denemiş %34,1 Denememiş %39,9 Halen içen %16,2
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları ⁽¹⁷⁾	Kesitsel araştırma 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılı Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri Toplam 1038 öğrenci N=821 (Katılım %79,1)	Denemiş %49, Halen içen %18,8 Kadınların %10 Erkeklerde %29
Tekirdağ İli Liselerde Tütün Kullanım Sıklığı ve Etkileyen Faktörler ⁽¹⁸⁾	Kesitsel araştırma Mayıs 2016 Örneklem büyüklüğü, evrenden %20 prevalans, ± 3 yanılma düzeyi, %95 Güven Aralığında yedekler ile birlikte 640 öğrenci	Her gün düzenli en az 1 sigara içen öğrenci sıklığı %14,1 Ara sıra sigara içen %13,9
Lise 1. Sınıf Öğrencileri, Velileri ve Öğretmenlerinin Sigara İçme Durumlarının Değerlendirilmesi ⁽¹⁹⁾	Kesitsel araştırma 2014-2015 eğitim öğretim yılı 9. Sınıf öğrenciler Toplam 1667 N=1177 (%70,61 katılım)	Sigara içme sıklığı %6,8 (n=74)
Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler ⁽²⁰⁾	Kesitsel araştırma 2015 Sağlık Yüksekokulu lisans öğrenimine devam eden Hemşirelik Bölümü öğrencileri N=309 öğrenci (%82 katılım) Toplam 377	Sigara içme sıklığı %34,3
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler ⁽²¹⁾	Kesitsel araştırma 2016 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda ön lisans öğrenimine devam eden öğrencileri Toplam 1368 525'i kız 302'si erkek olmak üzere toplam 827 öğrenci	Sigara içme sıklığı %27,4 Kız öğrenciler %17,0 Erkek öğrenciler %45,5

Önemli konulardan biri de çalışmaların örneklem büyüklükleri, yöntem ve ölçüm araçları ile ilişkili olarak sonuçlar arasında büyük farklılıklar olmasıdır. Bütünsel bir bakış açısıyla karşılaştırmalar yapabilmek ve süreci takip edebilmek açısından ortak sorgulama aracı geliştirilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması için geniş katılımlı bir çalışma yapılması uygun olur.

Ülkemizde tütün kontrolü alanında yapılan çalışmaların gençlerde sigara kullanımını durdurma ve azaltma noktasında başarılı olduğu kabul edilse de, 2014 yılından günümüze gençlerde adeta salgın haline gelen, bir başka tütün ürünü olan nargileden koruma noktasında başarılı olunamamıştır. Ayrıca 18 yaş altı gençlerin tütün ürünlerine erişiminin engellenmesine yönelik çabaların, etkili olmadığı, yetersiz kaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 137.3 20. Ulusal 2. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi'nde sigara ile ilgili sunulmuş bazı araştırma sonuçları (13-17 Kasım 2018 Antalya).

Araştırma adı	Yöntem	Sonuç
Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bağımlılık ⁽²²⁾	Kesitsel araştırma 2016 -2017 Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Yönetimi Lisans Öğrencileri Toplam 1430 N= 1046 (%73 katılım)	Sigara içme sıklığı Toplam 160 (%15,3) Kız 96 (%10,9) Erkek 64 (%39,3)
Bir Tıp Fakültesinin 2010-2017 Arasında Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara ve Nargile Kullanımı ve İlişkili Etmenler ⁽²³⁾	Kesitsel araştırma Tıp Fakültesi Öğrencileri N= 2270	Sigara içme sıklığı 2011, %10,5 2013, %10 2014, %11,5 2015, %13,2 2016, %9,8 2017, %11,9 Nargile içme sıklığı 2011, %25 2013, %18,5 2014, %20,5 2015, %12,6 2016, %15,2 2017, %16,5
Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nargile Kullanımı Durumu ve İlişkili Faktörler ⁽²⁴⁾	Kesitsel araştırma 2017-2018 Tıp Fakültesi Öğrencileri Toplam 513 N= 411 (%80,1 katılım)	Düzenli nargile kullanan %2,7 Ara sıra nargile kullanan %22,6 Toplam nargile kullanımı %25,3 Düzenli sigara içen %19 Ara sıra sigara içen %11,9 Toplam sigara içen %30,9 Sigarayı Kullanıp bırakmış %6,1
Bir Üniversite Tıp Fakültesinde "Sigara Bırakturma Programlarını Tanıtma Uygulama" Dersini Alan Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sigara ve Nargile Kullanımdan Düzeyleri ve Bırakmaya Yönelik Tutumları ⁽²⁵⁾	Kesitsel araştırma 2016-2017 Tıp Fakültesi Öğrencileri Toplam 392 N=373 (%95,1 Katılım)	Denememiş %61,1 (228) Denemiş, %21,6 (80) Bırakmış%5,1 (19) İçiyor %3 (11) Düzenli içici %8,9 (33) Nargileyi hiç içmemiş, %59'u (220) denemiş %23,6'sı (88), nargile içen %16,4'ü (61)
İstanbul'da Bir Tıp Fakültesinde 1., 2. Ve 3. Sınıf Öğrencilerinin Tütün Kontrolüne Yönelik Önlemler ve Sigara Bırakma ile İlgili Hekimlik Uygulamaları Konusundaki Tutum ve Davranışları ⁽²⁶⁾	Kesitsel araştırma 2018 Tıp Fakültesi 1,2,3. Sınıf öğrencileri N= 543 (%87,4 katılım) Toplam 621	Halen sigara içenler %19,2'si (%95 GA: 16,0-22,6; n=104) %33,5'i (%95 GA: 29,6-37,5; n=182) daha önce denemiş ve bırakmıştır
Manisa Kenan Evren Sanayi Sitesi'nde Çalışan 18 Yaş ve Altı Çıraqlarda Sigara Kullanım Sıklığı ve İlişkili Faktörler ⁽²⁷⁾	Kesitsel araştırma %95 güven sınırında, %50 prevalans ve %5 hata payı 536 kişilik örneklem Manisa Yunussemre ilçesine bağlı Kenan Evren Sanayi Sitesi'nde çalışmakta olan 18 yaş ve altı çıraqlar	Sigara içme %27,3

Tablo 137.3 (DEVAMI)

Araştırma adı	Yöntem	Sonuç
Ondokuz Mayıs Üniversitesi'ne Yeni Başlayan Öğrencilerin Sigara, Alkol, Madde Kullanım Sıklığının Değerlendirilmesi ⁽²⁸⁾	Kesitsel araştırma 2015 Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'ne bağlı fakültelerde hazırlık ve birinci sınıfta öğrenim gören 6329 öğrenci mevcut öğrenci sayılarına göre ağırlıklandırılarak, tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle 1011 öğrenci çalışmaya dahil edilmiş	Sigara içme %19,2
Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bağımlılık Düzeyleri ⁽²⁹⁾	Kesitsel araştırma 2016-2017 Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Yönetimi öğrencileri Toplam 1430 N=1046 (%73,1 katılım)	Sigara içme %15,3 Hemşirelik %12,7 Ebelik %15,8 Sağlık yönetimi %25,7
Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün Kullanma Durumu; Nargile Kullanımı Artıyor Mu? ⁽³⁰⁾	Kesitsel araştırma 2017-2018 Tıp Fakültesi 1,2,3. Sınıf öğrencileri Toplam 385 N=290 (%75 Katılım)	Tütün ve tütün ürünü kullanımı %25,2 %40 sadece sigara %60'ı sigara ile diğer tütün ürünleri Hiçbir tütün ürününü denememiş (%41,7'si En az bir tütün ürününü denemiş (%33,4) Tütün ürününü bırakmış %3,8 Sigara içmeyip nargile içenler %17,8

Kaynaklar

- Özcebe H. Sigara ve Gençlik, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
- Gökğöz Ş. Gençlerde Sigara İçme Sıklığı, Türkiye Sağlık Raporu 2014.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017) [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliklamucadele-haberler/k%C3%BCresel-gen%C3%A7lik-t%C3%BCt%C3%BCn-ara%C5%9F%C4%B1rmas%C4%B1-hakk%C4%B1nda.html>. Erişim tarihi: 15.06.2020.
- Aslan D. 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü 2020 Yılında Gençlere Odaklandı [Internet] <https://www.tb.org.tr/medya/files/dergi/2020/ozelsayi.pdf>, Erişim tarihi: 15.06.2020.
- Tütün Kontrolü Açısından Güncel Sorunlar ve Öneriler [Internet] <https://hasuder.org.tr/tutun-kontrolu-acisinden-guncel-sorunlar-ve-oneriler/> Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Akdur R. Gençlerde Sigara Salgını [Internet] http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/recep_akdur_2009.pdf. Erişim tarihi: 16.6.2020.
- Çocukları Tütün Salgını ve Zararlarından Koruma İnisyatif Toplantısı Raporu [Internet] <https://hasuder.org.tr/cocuklari-tutun-salgini-ve-zararlarindan-koruma-inisyatif-toplantisi-raporu/> Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Sağlık Bakanlığı, Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, Ankara 2008.
- Kibar E, Aslan D, Şengelen M, Şengezer T, Akyazlı E, Turan K, Yargın M, Buzludağ Ö, Güvenç S, Aytekin C. Ankara'da Bir Devlet Lisesinin 9, 10, 11. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün Kontrolü Amaçlı Bir Müdahale Çalışması. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:166 Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Gök Uğur H, Şılbrı F, Öner A. Üniversite Öğrencilerinin Sigara ve Alkol İçme Davranışlarının İncelenmesi. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:822 Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Derebaşı O, Güney Y, Aşkın MF, Dabak Ş, Pekşen Y. Lise Öğrencilerinde Tütün Ürünleri, Alkol ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumları. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:931. Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Şengezer T, Kılıç M, Aslan D, Kibar E, Şengelen M, Çakır NY. Ankara'da Dört Okulun 9. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün Kontrolü Çalışmaları: Ön Değerlendirmeler. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:953 Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Çıtıl R, Önder Y, Eğri M, Sönmezgöz E, Karaaslan E, Emekdar G, Sorhan S. Lise Öğrencilerde Nargile İçme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:957 Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Topaloğlu S, Bostancı M, Til A. Öğretmen Adaylarının Sigara İçme Durumları ve Etkili Faktörler. HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:1079 Erişim tarihi: 19.06.2020.
- Durusoy R, Davas A, Mandracioğlu A, Öcek Z, Hassoy H, Karababa AO. Tıp Öğrencileri Sigaraya Nasıl Başlıyor? Bir Üniversitede Başlatılan Kohortun İlk İzlemi HASUDER 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/29/18-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=21>. s:166 Erişim tarihi: 19.06.2020.

- ne.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22. Erişim tarihi:19.06.2020s:188.
- 16) Uz K, Şenol Y. Tıp Fakültesi Dönem II ve Dönem VI Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Nedenlerinin Araştırılması. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:223.
 - 17) Mavili S, Til A, Bostancı M. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanım Durumları. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:262.
 - 18) Varol G, Yavaş E, Becerir H, Akdağ M, İnan V, Alkan Koç A, Ulusoy EN, Kırçalıoğlu M, Yıldırım R. Tekirdağ İli Liselerde Tütün Kullanım Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:263.
 - 19) Kılıç M, Yukarıkır N. Lise 1. Sınıf Öğrencileri, Velileri ve Öğretmenlerinin Sigara İçme Durumlarının Değerlendirilmesi. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:447.
 - 20) Çifçi S, Değer V, Saka G, Ceylan A. Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:451.
 - 21) Saka G, Yiğitalp Rençber S. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler. HASUDER 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] <https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/component/booklibrary/119/mdownload/30/19-ulusal-halk-sagl-g-kongre-kitab?Itemid=119&efileid=22>. Erişim tarihi:19.06.2020s:468.
 - 22) Güler N, Kocataş S, Akgül Gündoğdu N, Parlak ZG. Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bağımlılık. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:604.
 - 23) Cevhertas A, Balatacı T, Durusoy R, Mandıracıoğlu A, Öcek Z, Hassoy H. Bir Tıp Fakültesinin 2010-2017 Arasında Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara ve Nargile Kullanımı ve İlişkili Etmenler. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1085.
 - 24) Ergin A, Özdemir C, Oğuz C, Zencir M. Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Nargile Kullanımı Durumu ve İlişkili Faktörler. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1086.
 - 25) Balatacı T, Cevhertas A, Durusoy Onmuş İR, Ergin I, Hassoy H, Gümüş M. Bir Üniversite Tıp Fakültesinde “Sigara Bırakma Programlarını Tanıtın Uygulama” Dersini Alan Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sigara ve Nargile Kullanım Düzeyleri ve Bırakmaya Yönelik Tutumları. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1090.
 - 26) Görçin Karaketir Ş, Almzori MY, Alpdoğan MA, Atal SS, Eren MS, Doğan E, Hidroğlu S, Ay P. İstanbul’da Bir Tıp Fakültesinde 1., 2. ve 3. Sınıf Öğrencilerinin Tütün Kontrolüne Yönelik Önlemler ve Sigara Bırakma ile İlgili Hekimlik Uygulamaları Konusundaki Tutum ve Davranışları. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1096.
 - 27) Şen E, Dündar P. Manisa Kenan Evren Sanayi Sitesi’nde Çalışan 18 Yaş ve Altı Çıraklarda Sigara Kullanım Sıklığı ve İlişkili Faktörler. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1100.
 - 28) Köksal EN, Terzi Ö, Dabak Ş. Ondokuz Mayıs Üniversitesi’ne Yeni Başlayan Öğrencilerin Sigara, Alkol, Madde Kullanım Sıklığının Değerlendirilmesi. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1103.
 - 29) Güler N, Kocataş S, Akgül Gündoğdu N, Güler Z. Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bağımlılık Düzeyleri. HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1106.
 - 30) Erdoğan A, Yoldaşcan BE. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün Kullanma Durumu; Nargile Kullanımı Artıyor mu? HASUDER 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı [Internet] https://kutuphane.halksagligiokulu.org/jm/index.php/e-kuetuephane/tuem-kategoriler/174/view_bl/86/uluslararası-halk-sagl-g-kongreleri/14/2-uluslararası-20-ulusal-halk-%20%20sagl-g-kongre-kitab-018?tab=getmybooksTab&is_show_data=1. Erişim tarihi:19.06.2020. s:1107.



Türkiye’de Kadınlar Tütün Endüstrisinin › Hedefinde mi?

138

PROF. DR. TÜRKAN GÜNAY

Geleneksel toplumlarda toplumsal değerlerin de etkisiyle kadınlarda tütün kullanımını erkeklerden daha az iken gelişmiş toplumlarda bu farkın kapandığı görülmektedir ⁽¹⁾. Geleneksel toplumdan modern topluma dönüşüm sürecinde ekonomik ve toplumsal açıdan özgürlüklerini elde etmeye başlayan kadınlar, toplumsal cinsiyete dayalı normları zorlarken, üniversite eğitimi almak, profesyonel meslek sahibi olmak, yüksek statülü işlerde istihdam edilmek gibi tütün kullanmak da ‘erkek’ gibi davranmanın işaretlerinden biri olmuştur ⁽²⁾.

Tütün endüstrisi, kadınlardaki tütün kullanımını artırmak için toplumsal cinsiyet vurgusunu ön plana çıkarmıştır. Kadınlara yönelik çalışmalarında “özgürlük”, “ekonomik bağımsızlık”, “erkek eşit olma”, “erkek kadar güçlü olma” gibi kavramları kullanmıştır ⁽³⁾.

Çalışmalar kadınların, bağımlılığa daha yatkın olduğunu, sigarayı bırakmasının erkeklere göre daha zor olduğunu, bıraktıklarında stres, depresyon, ağırlık kontrolünün kaybı ve olumsuz yoksunluk etkilerine daha açık olduklarını göstermiştir. Ayrıca kadınların psikososyal olarak kendilerine güvenlerini artırmak, stres ve gerilimlerini azaltmak, sorunları ile başa çıkmak, kilo almamak gibi nedenlerle sigara içmeyi sürdürme eğiliminde oldukları bilinmektedir ⁽³⁾. Bu özellikleri ile son yıllarda kadınlar tütün endüstrisinin ana hedefi haline gelmiştir. Kadınlar son zamanlarda, tütün endüstrisinin reklam, promosyon ve sponsorluk çalışmalarının hedefinde geçmişe göre daha fazla yer almaktadır ⁽⁴⁾. Bunun sonucu olarak da sigara içme oranları erkeklerinkine yaklaşmış, tütün ile ilişkili hastalıklar ve ölümler açısından riskleri artmıştır.

Özellikle genç ve yüksek eğitimli kadınlarda tütün kullanımının arttığı belirtilmektedir ⁽¹⁾.

Dünyada tütün kullanım sıklığındaki değişime bakıldığında erkeklerde tütün kullanımı 2000 yılında %50 iken 2015 yılında %40,3’e düşmüştür ve 2025 yılında %35’e düşmesi öngörülmektedir. Kadınlarda tütün kullanımı ise 2000’de %16,7, 2015’te %9,5 olarak saptanmış ve 2025’te %6,7’ye düşeceği öngörülmektedir. Kadınlar arasında tütün kullanımını yüksek gelirli ve düşük-orta gelirli ülkelerde daha fazladır. Yüksek gelirli ülkelerde 2000 yılında sıklık %25,0 iken 2025’te %17’ye düşmesi öngörülmektedir. Düşük-orta gelirli ülkelerde 2000 yılında sıklık %24,1 iken 2025’te %5,9’a düşmesi beklenmektedir ⁽⁵⁾. Yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlarda yirmi beş yılda tütün kullanımında çok az (%8’lik) düşüş beklenmesi kadınların tütün endüstrisinin hedefi haline gelmesine bağlanmaktadır ⁽⁶⁾.

Ülkemizde kadınlarda tütün kullanımı yapılan araştırmalarla değerlendirildiğinde tütün endüstrisinin etkisi görülmektedir. Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2017’ye göre ülkemizde 13-15 yaş arasındaki kız öğrencilerin %12,1’i halen bir tütün ürünü kullanmakta, bunların %5,3’ü sigara içmektedir ⁽⁷⁾. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016’ya göre ise ülkemizde 15 yaş ve üzerinde halen tütün kullanımı %31,6, her gün tütün kullanımı %29,6’dır. Bu araştırmada yaklaşık beş kadından biri (%19,2) halen tütün ürünü kullanmakta, %17,5’i ise her gün kullanmaktadır. Sigara içen kadınlar günlük ortalama 15,8 adet sigara içmektedirler. Kadınların %46,5’inin sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı görülmektedir ⁽⁸⁾.

Türkiye Sağlık Araştırması 2019'da ise, her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin sıklığı 2016 yılında %26,5 olduğu 2019 yılında artarak %28,0'e ulaştığı belirtilmiştir. Her gün tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9'dur. Kadınlarda yıllar içinde sıklığın arttığı görülmektedir. 1996 yılında yasalaşan 4207 sayılı yasa ve 2008 yılında yasalaşan 5727 sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" sonrasındaki çalışmalarla 2012 yılında her gün tütün kullanım sıklığı kadınlarda %10,8'e düşmüşken 2019 yılında %4'lük bir artışla %14,9'a çıktığı görülmektedir (Şekil 138.1) (9).

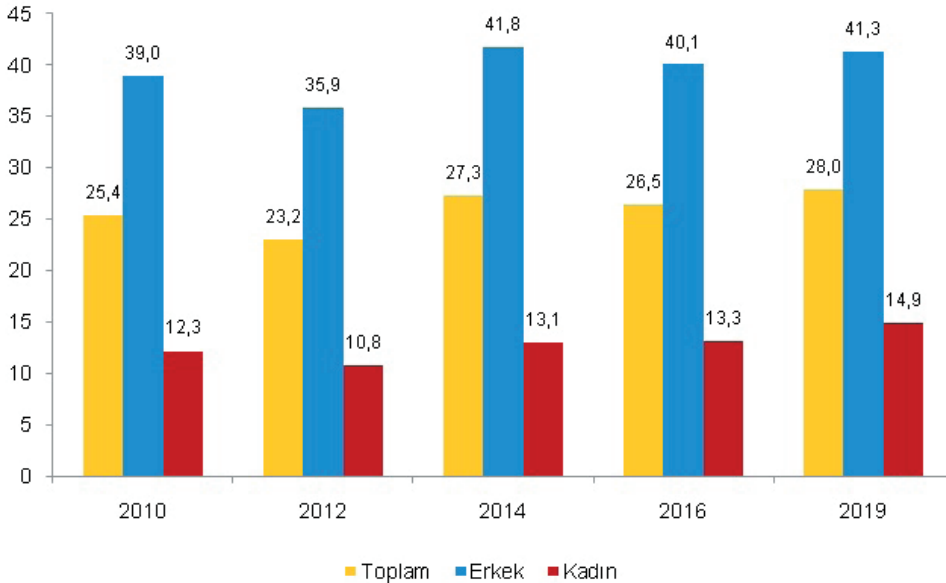
Yerel çalışmalar incelendiğinde de kadınlardaki tütün kullanım sıklıklarının yüksekliği dikkat çekmektedir. İzmir'de Balçova İlçesi'nde yapılan Balçova'nın Kalbi (2007-2009) Projesi'ne katılan 30 yaş üstü 10042 kadının verisini değerlendiren çalışmada kadınların %31,2'sinin halen sigara kullanmakta olduğu, %13,5'inin sigarayı bıraktığı, %55,3'ünün hiç sigara içmediği saptanmıştır. Bu çalışmada kadınlarda evli olmama, düşük eğitim düzeyi ve bir işte çalışmanın halen sigara kullanımını artırdığı saptanmıştır (10).

Kadın hekimlerde sigara kullanımını belirleyen çalışmalarda sigara kullanım sıklığının topluma yakın bulunması düşündürücüdür. Samsun'da yapılan bir çalışmada 124 kadın aile hekiminin %21'inin halen sigara içmekte olduğu, 45 yaş ve altı kadın hekimlerde sigara içme sıklığı %22,7 iken

46 yaş ve üzerinde %18,4'e düştüğü bulunmuştur (11). Bir başka çalışmada asistan doktor kadınlarda sigara içme sıklığı %20 olarak saptanmıştır (12). Rize'de üniversite çalışanlarında her gün sigara içme sıklığının kadınlarda %8,7 olduğu belirtilmiştir (13). Ülkemizde de eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda sigara kullanım sıklıklarının artışı dünyadakine benzer bir durumun yaşandığını göstermektedir.

Bir çalışmada, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören kız öğrencilerde sigara içme sıklığı %10,9, Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan kız öğrencilerde yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı %6,4-14,5 arasında bulunmuştur (14, 15, 16, 17). Kadınlardaki ve özellikle de sağlık mesleklerine hazırlanan ya da icra eden kadınlardaki artışın nedenleri iyi irdelenmelidir.

Tütün ürünleri kullanımı kadın sağlığı açısından önemli bir risk etmenidir. Sigaraya bağlı hastalıklar açısından kadınlar daha duyarlıdır. Sigara içen kadınlar miyokard infarktüsü, inme, kronik obstruktif akciğer hastalıkları ve akciğer kanseri, serviks kanseri ve osteoporoz riskiyle karşı karşıyadır. Kadınlar arasındaki kardiyovasküler ölümlerin %55'i sigaraya bağlı ölümlerdir ve akciğer kanseri her yıl giderek kadınlar arasında daha fazla ölüme yol açmaktadır. Gebelik döneminde sigara içmenin spontan abortus, ölü doğum ve intrauterin fetal ölüm riskini artırdığı, intrauterin gelişme geriliğine yol açtığı bilinmektedir. Özellikle ağır sigara içicilerinde (>20 adet/gün) içilen sigara miktarı ve süresi



Şekil 138.1 Her gün tütün kullanan bireylerin yıllara ve cinsiyete göre dağılımı, Türkiye, 2019⁽⁹⁾

ile ilişkili olarak doğurganlığın azaldığı, yardımcı üreme tekniklerinin kullanıldığı infertilite çalışmalarında, sigaranın tedavi başarısı üzerine olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir⁽³⁾.

Dünyadaki çalışmalar tütün endüstrisinin her dönem farklı pazarlama stratejileri ile karşımıza çıktığını göstermektedir. Tütün endüstrisi ile mücadelede Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ile başlayan adımlar “düz paket” uygulamasına kadar gelmiştir. Düz paket uygulaması Avusturalya öncülüğünde 1 Aralık 2012’de başlamıştır. Türkiye’de düz paket uygulaması 27.6.2019 tarihli mevzuat gereği; 5 Aralık 2019 tarihinde başlamış olup piyasada 5 Ocak 2020 tarihi itibarıyla sadece düz paket satışlarının olacağı öngörülmüştür. Düz paket uygulamasıyla farklılıklarından dolayı paketlerin tercih edilmesi önlenmekte, aynı zamanda paketler üzerindeki hastalık riskleri ve sağlıkla ilgili uyarılar daha etkili hale gelmekte ve bireyleri sigarayı bırakmaya daha fazla yönlendirmektedir⁽⁴⁾. Düz paket uygulaması tütün ürünleri ile mücadelede önemli bir adımdır. Ancak tütün endüstrisinin farklı stratejilerle bu etkiyi azaltmaya çalıştığı görülmektedir. Son günlerde internet alışveriş sitelerinde görülen kadınlara özel üretilen sigara kutuları, paketi ve üzerindeki yazılarıyla sigara markasını çağrıştıran güzellik ürünleri kadınların hedefte olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, ülkemizde ve tüm dünyada tütün endüstrisi toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusuyla kadınları hedefe koymuş ve kadınlarda tütün ürünleri kullanımını artırmak için çalışmalarına devam etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Alkan Ö, Abar H. Determination of factors influencing tobacco consumption in Turkey using categorical data analyses. Arch. Environ. Occup. Heal 2020;75 (1):27-35.
- 2) Gönç-Şavran T. Tütün ve kadın : Toplumsal cinsiyet ve tütün kullanımı ilişkisine dair ipuçları. Toraks Bülteni 2013, ss. 64–66.
- 3) Öztoprak SD, Günay T. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. Turkish J. Public Heal.2013;11 (3): 197–206.
- 4) Aslan D, Aşut Ö. Dünyada kadınlar arasında tütün kullanımı ve mücadelede ayrıntılar. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2015;24: 6–9. [Internet]. Available at: <https://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2015/3-1.pdf>. Erişim tarihi:8.8.2020.
- 5) World Health Organization., WHO global report on trends in prevalence of tobacco use third edition. 2019.
- 6) Samet J, Yoon S. Gender, women, and the tobacco epidemic. 2010.
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, “Küresel Gençlik Tütün Araştırması”, ss. 7–8, 2017, [Internet]. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf. Erişim tarihi:8.8.2020.
- 8) CDC, WHO, ve SB, “GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016”, ss. 4–5, 2016, [Internet]. Available at: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>. Erişim tarihi:8.8.2020.
- 9) Türkiye İstatistik Kurumu, “Türkiye Sağlık Araştırması”, 2019.
- 10) Sahan C, Gunay T, Simsek H, Soysal A, Ergor G. Socioeconomic factors associated with tobacco smoking in Turkey: a cross-sectional, population-based study”, East. Mediterr. Health J. 2018;24 (8) doi: 10.26719/2018.24.8.705. [Internet]. Available at: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-8/socioeconomic-factors-associated-with-tobacco-smoking-in-turkey-a-cross-sectional-population-based-study.html> Erişim tarihi:8.8.2020.
- 11) Arslan HA, Oruç MA, Terzi O, Bilir N. Evaluation of the Opinions of Family Physicians on Some Tobacco Products. J. Community Health (2020). <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00872-2>
- 12) Tepe P ve ark. tanbul’da bir üniversite hastanesinde görevli asistan doktorların sigara içme durumu ve etki eden faktörler”, içinde 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2018, s. 1421.
- 13) Okur A, Karaoğlu L. Rize’de üniversite çalışanlarında sigara ve alkol kullanım düzeyi”, içinde 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2018, s. 1147.
- 14) Güler N, Kocataş S, Akgül NG, Güler ZP. Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sigara içme sıklığı ve bağımlılık düzeyleri”, içinde 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2018, ss. 610–615.
- 15) Tin Arslan Y, Pirinççi S, Okyay P, Kacar Döğer F. Tobacco use and related factors among Adnan Menderes University Faculty of Medicine freshers. Meandros Med. Dent. J. 2016;17 (3): 146–152.
- 16) Karakaş EB ve ark. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler”, içinde 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 2019, s. 878.
- 17) Saka G, Yıldız B. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde tütün ürünleri kullanımı”, içinde 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2018, s. 1523.



TOBACCO

Tütün Endüstrisi Taktikleri ve Etkili Mücadele: › Güncel Değerlendirmeler

139

DR. SEYFİ DURMAZ

Tütün Kullanımı ve Eşitsizlikler Zemini

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminine göre küresel boyutta sigara içme oranı gerilemektedir. 2000 yılında, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri (%33,3) tütün kullanıcısı iken 2015 yılında nüfusun yaklaşık dörtte birine (%24,9) düşmüştür. Ancak, azalmanın tüm ülkelerde gerçekleşmediği ya da aynı oranda gerçekleşmediği vurgulanmaktadır ⁽¹⁾. Türkiye’de sigara üretim şirketlerinin yıllar içinde ham madde olarak tütün kullanım miktarları 2012 yılında 100 bin ton iken 2016 yılında 116 bin tona çıkmıştır ⁽²⁾. Buna paralel olarak 2012 yılında Türkiye’de yetişkinlerin %26,8’inin 2019 yılında ise %31,4’ünün tütün ürünü kullanmakta (her gün ve ara sıra kullanan) olduğu ve böylece 2008-2012 döneminde belirginleşen düşüş yöneliminin devam etmediği görülmektedir ⁽³⁾.

Tütün kullanımı düşük sosyoekonomik ülkeler arasında ve dezavantajlı gruplarda hala orantısız olarak yüksektir. En düşük %20’lik gelir grubunda yaşayan bireyler, en yüksek %20’lik gelir grubuna göre daha yüksek sigara içme oranları göstermektedir. Gelecekte bir milyardan fazla sigara içicisinin yaklaşık % 80’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı tahmin edilmekte ve bu eşitsizliğin artacağı öngörülmektedir ^(4,5). Sigara içilen yoksul hanelerde tütün ürünlerine yapılan harcamanın gelirin yaklaşık %10,7’sini kapsayabildiği tahmin edilmektedir ⁽⁶⁾. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan Tüketim Harcamaları İstatistikleri-2018 verilerinde Türkiye genelinde alkol ve sigaraya ay-

rılan pay yüzde 4 iken yoksullar aylık harcamalarının %3,1’ini, sigaraya ayırmıştır ⁽⁷⁾. Toplamda ise alkollü içecekler ve sigaraya ayrılan toplam harcamaların %28,3’ünü yapan düşük refah grubu iken %11,4’ünü yüksek refah grubu yapmıştır ⁽⁷⁾.

2000 yılında, 15 yaş ve üzeri her altı kadından biri günlük düzenli tütün kullanıcıları iken 2015 yılına kadar tütün kullanan kadınların oranı her on kişiden birine düşmüştür ⁽¹⁾. Türkiye’de erkeklerin tütün ürünü kullanımı 2014-16 arasında azalırken kadınlar arasında oran artmıştır ⁽⁸⁾. Türkiye’de erkekler, sigara içmeye kadınlara göre bir yıl erken 16,8 yaşında başlamaktadır ⁽⁹⁾. Erkeklerin günlük içtiği ortalama sigara adedi 19 iken kadınların ise 12 adettir ⁽⁴⁾. Bu fark endüstrinin de ilgi alanına girebilecek bir öneme sahiptir. Kadınları tütün endüstrisinin pazar hedefi haline getirmektedir.

Sigara içen her 10 kişiden yaklaşık 9’u 18 yaşından önce başlamaktadır ⁽¹⁰⁾. Birçok ülkede gençler arasında tütün kullanımı hızla artmakta, yaklaşık 40 milyon 13-15 yaş arası çocuğun tütün içicisi olduğu tahmin edilmektedir ⁽¹⁰⁾. Bazı ülkelerde gençlerde yetişkinlere göre daha yüksek oranlarda sigara kullanımı görülmektedir. Avrupa’da 7-8 çocuktan 1’i bir tütün ürünü kullanmaktadır ⁽¹¹⁾. Endüstri, tütün ürünlerinin her yıl öldürdüğü 8 milyon insanın yerini doldurmak için nikotin ve tütün ürünleriyle gençleri hedefine almaktadır ⁽¹⁰⁾.

Küreselleşme ve beraberinde göç, tütün ürünü çeşitliliğine ve bunların tüketimindeki değişime katkı sağlamaktadır. Geleneksel olmayan ürünler ve geleneksel ürünlerin inovatif formları daha önce kullanılmadıkları bölgelerde yaygınlaşmaya başla-

mıştır⁽¹²⁾. Tütün kaynaklı hastalık yükü giderek yüksel ve orta gelirli ülkelerin daha ağır yükü olmaya başlamıştır⁽¹²⁾. Her yıl, 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyon pasif içicilik ile sigara dumanına maruz kalmasından kaynaklı insan ölmektedir. Tütünle ilişkili ölümlerin çoğu, tütün endüstrisinin hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir⁽¹³⁾.

Sosyoekonomik dezavantajın birçok yönünü birlikte yaşıyor olmak, tütünle ilişkili sağlık zararlarının etkisini de artırmaktadır⁽¹⁴⁾. Halk sağlığı profesyonellerinin, politika üreticilerin endüstri müdahalesini anlaması ve ele alması ayrı bir önem kazanmaktadır⁽¹⁵⁾.

Endüstrinin Tütün Kontrol Politikalarına Direnç Noktaları

Ülkemizde 2008 yılında 5727 sayılı Kanun ile 4207 sayılı Kanun'da düzenlemeler yapılarak yaptırımlar genişletilmiştir. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile dumansız alanlar tanımlanmış ve evler hariç kamuya açık tüm kapalı mekânlarda sigara içme yasağı getirilmiştir. Haziran 2013 tarihinde özel araçların sürücü koltukları da yasağa dâhil edilmiştir. Tütün içersin ya da içermesin, tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü ürün (elektronik sigara, bitkisel nargile vs.) kanun kapsamına alınmıştır. Bu Kanun ile Mart 2020 tarihine kadar yaklaşık 25 milyon denetim gerçekleştirilmiş ve yaklaşık 361 milyon TL idari para cezası kesilmiştir^(16,17). İzmir'de yapılan bir çalışmaya göre ise 4207 sayılı Kanun'un ihlal edilme yüzdesi 32,3 bulunmuştur⁽¹⁸⁾. Böylece Türkiye genelinde ihlallerin halen yüksek düzeylerde devam ettiği gözlenmektedir.

Sigaranın her türlü reklâmı, promosyonu ve sponsorluğu 4207 sayılı Kanun'un bir diğer önemli sınırlaması olmuştur⁽¹⁹⁾. Fakat 2010 yılında yetişkinlerin %13,3'ü son bir ayda sigara ile ilgili bir reklam mesajı gördüğünü söylemiş iken bu oran 2016'da artarak %16,2 olmuştur^(9,20). Tanıtım ve reklama büyük yatırımlar yapan tütün endüstrisi, ekonomik çıkarları gereği bu maddeye önemli direnç göstermiştir.

Vergi artışında kapsamında yürütülen çalışmalarla ülkemizde 2019 yılı sonu itibariyle vergi %82,25 olarak uygulanmaktadır⁽¹⁴⁾. Ancak, sarmalıklı tütün satışının yasal piyasanın %10'unun üzeri-

ne ulaşması vergilerin tütün kontrolündeki rolünü kısmen kırmıştır⁽²¹⁾. Bu sonuç yüksek kârlılık, vergi gelirlerinin büyüklüğü gibi etkenleri göz ardı edip sadece talep yönlü politikalar üretmek yetersiz kaldığını göstermektedir⁽²²⁾. Vergi artırımının tütün kontrolü içindeki yerini boşa düşüren etkilerden biri olan Tütün Fonu'nun kaldırılması, sürecin önemli aktörleri olan endüstri ve devlet kurumlarının köklü ilişkisinin de göz önünde bulundurulması gerektiğine belirgin bir örnek olmuştur⁽²³⁾.

Endüstri, ağırlıklı olarak talebin azaltılması bazlı yürütülen tütün kontrol politikalarına karşı bir politik distopi kurgusu ile çıkmaktadır. Bu model, kamu refahını baltalayacağı ve faydalarının sınırlı olacağı iddiası, fayda-maliyet vurgusu içermekte ve üç ana (ittifak yönetimi, bilgi yönetimi, doğrudan politikaya katılım / politikaya etki) ve iki yan (yasadışı ticaret, yasal düzenlemeler) stratejik araç ile işlemektedir⁽¹⁵⁾.

Endüstrisinin Güncel Taktikleri

Tüm dünyada tütün kontrol politikalarının yaygınlaştırıldığı 2000-2014 yılları arasında tütün ürünlerinin perakende satış değerleri %121 artmıştır⁽²⁴⁾. Kazançları ile Türkiye milli gelirinin %42'sine denk gelen⁽²⁵⁾ en büyük altı sigara şirketi 2015 yılında, her tütün içimi kaynaklı ölüm başına yaklaşık 10 bin Dolar kar elde etmiştir⁽²⁶⁾. Endüstrinin Türkiye'de sigara iç satış rakamları 2012 yılında 99.3 milyar iken 2016 yılında 105.5 milyara çıkmıştır⁽²⁷⁾. Türkiye'de tütün kontrol politikalarının etkin uygulandığı 2008-2012 yıllarında yeni fiyatlandırma stratejileri geliştirmiş, ürünlerini farklılaştırıp çeşitlendirmiş, tanıtım ve üretim maliyetlerini düşürme çalışmaları yürüterek kamuda uygulanan tütün kontrol politikalarının etkilerini aşmaya başarmış, kârlılıklarını devam ettirebilmek için yöntemler geliştirmiştir⁽²⁸⁾.

Tütün fiyatlarını %10 artıran bir vergi artışı, yüksek gelirli ülkelerde tütün tüketimini yaklaşık %4 ve düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda %8'e kadar düşürdüğü bilinmektedir⁽²⁹⁾. Türkiye'de tütün ürünlerinde %82,25'e ulaşan ÖTV'ye rağmen tütün endüstrisinin kârlılığını sürdürmesinin nedeni maliyet giderlerinin azalması ile ilişkilidir⁽³⁰⁾. Örneğin endüstri, sigara üretiminde pahalı işgücü olarak gördüğü Ege Bölgesi'nden Anadolu'nun Doğu, Güneydoğu ve Güney bölgelerine yönelmiştir⁽³⁰⁾. Tütün Fonu'nun kaldırılması ile ithal ürünlerin mali-

yetlerini azaltmıştır. İthal edilen tütünden kilogram başına 3 Amerikan doları, sigaradan paket başına 40 Cent alınmasını gerektiren Tütün Fonu'na yönelik yapılan düzenlemeler ile Türkiye hazinesi 2017 yılı sonuna kadar 1 milyar doların üzerinde kayba uğramıştır. Endüstri açısından tütün kontrolü müdahalesi ile daralan piyasanın olumsuz etkisi bir nebze karşılanmıştır⁽²³⁾. Tütün Fonu'nun sıfırlandığı tütün çeşitlerinin sigara üreten fabrikaların girdisinde kullanımı, 2010-2013 yılları arasında yaklaşık %38 oranında artmıştır⁽²⁸⁾. Böylelikle, kârlılıklarının devamında en önemli unsurlardan biri olan üretim maliyetlerini azaltmışlardır.

Sigara vergi zamları öncesinde, piyasaya sigara şirketlerince yüksek miktarda ürün verilmesi, zamlar sonrasında sarmalık kıyılmış tütünlerin tüketiminin teşviki de dikkate değer yöntemlerdendir. Bir diğer açıdan, sarmalık kıyılmış tütün tüketiminin tam olarak saptanamaması, resmi sigara tüketim rakamların gerçek tütün tüketim düzeyini yansıtmadığı anlamına gelmektedir⁽³¹⁾. Türkiye'de kayıt dışı piyasada en ucuz sarmalık bir paket sigaranın maliyeti 2017 yılı itibarıyla 0,70 TL'ye gelmekte olup, aynı tarihlerde en ucuz yasal sigaranın bir paketinin satış fiyatı ise 7 TL'dir. Bu durum yeni bir yasadışı sektörün var olmasına sebep olmuştur⁽³²⁾. Ancak, tütün kontrolü çerçevesinde Resmi Gazete'de yayınlanan bir değişiklik ile 1 Temmuz 2020'den sonra yaprak sigara kağıdı ve dolu şekilde makaron satışı yasaklanarak sürece müdahale girişimi gerçekleşmiştir⁽³³⁾.

Endüstri hem üretim maliyetini azaltıcı bir etki yaratsın diye hem de kadın ve gençlerde pazar payını canlı tutmak daha az tütün kullandığı ince sigaraları piyasaya sürmüştür⁽³⁰⁾. Türkiye'de ince ve süper ince sigara satışları 2018 yılındaki 2.211 milyar çubuk iken 2012 yılında 4.384 çubuğa çıkmıştır⁽²⁸⁾. 18-24 yaş arası genç kadınlar tütün endüstrisi için son derece değerlidir⁽³⁴⁾. İnce sigaralar, özellikle genç kadınlara yönelik olarak pazarlanmış ve ince bir görünümle ilişkilendirme için tasarlanmıştır⁽³⁵⁾. İnce sigaraların standart boyutlu sigaralara kıyasla yanlış bir azaltılmış zarar izlenimi vererek yanıltmayı hedeflemektedir⁽³⁶⁾. Kadınlara yönelik pazarlama, ince, çekici ve atletik modellere sahip reklamlar tarafından iletilen sosyal arzu edilebilirlik, güçlendirme ve bağımsızlık temalarına sahiptir⁽³⁷⁾.

Tütün ürünlerinin standart ambalajlanması ve özellikle tütün reklamlarının düzenlenmesi en-

düstri tarafından güçlü bir dirençle karşılanmıştır. İlegal gruplarının sahte sigara satışları ile kazanım sağlayacağını iddia etmektedirler⁽³⁸⁾. Oysa reklam ve tanıtım gençlerin sigaraya başlamasında önemli ve mücadele edilmesi gereken bir alandır. Bilimsel kanıtlar, tütün şirketinin reklam ve tanıtımının tütün kullanmaya başlamayı etkilediğini göstermektedir. En çok reklamı yapılan üç marka 2016 yılında ortaokul ve lise öğrencileri tarafından tercih edilen sigara markaları olarak tespit edilmiştir⁽³⁷⁾.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2011-2018 arasında e-sigara kullanımı %1,5'ten %20,8'e yükselmiştir⁽³⁹⁾, ancak ülkemizde en az en az 300.000 kişinin kullandığı tahmin edilse de e-sigara kullanımını konusunda sağlıklı bir veriye ulaşmak zordur⁽⁴⁰⁾. Hem cazip görünümü ile hem de daha sağlıklı bir alternatif olma iddiası ile ısıtmalı tütün ürünleri (HTP'ler), Elektronik Nikotin İletim Sistemleri (ENİS) ve Elektronik Nikotin Olmayan İletim Sistemleri (ENOİS) gibi yaygın olarak e-sigara olarak bilinen yeni ürünler gençlerde nikotin bağımlılığına başlama ve sürdürme potansiyeline sahiptir⁽¹¹⁾. Tütün şirketleri, sosyal medya platformlarını, popüler hashtag'leri genç takipçiler tarafından kolayca keşfedilebilir hale getirmek için kapsamlı bir şekilde kullanmaktadır⁽¹¹⁾. Elektronik sigaranın sigarayı bırakmaya yönelik destek sağladığını iddia etmektedirler. Ayrıca, zararı azaltılmış tütün ürünü ile de sigara içmeye devam edenleri koruma vurgusu yapılmakta, hatta bu etik görevi yerine getirme çağrısı yapılmaktadır. Bireysel özgürlük alanı içinde "seçme özgürlüğü" kavramı içine sokmayı çalışılmaktadır⁽⁴¹⁾. Tütün endüstrisi, karlılığını sürdürmek için "zararı azaltılmış" "dumansız" kavramlarına büyük yatırımlar yapmaktadır. Bağımsız, kar amacı gütmeyen bir yapı olduğunu beyan ederek 2017 yılında kurulan "Smoke-Free World" adında bir vakfın finansmanı da bu bağlamda tartışma konusudur⁽⁴²⁾.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA-2012) sonuçlarına göre nargile kullananların %53,1'nin nargile kullanmaya başlama yaşı 20'nin altındadır⁽⁹⁾. Gençler sağlık riskleri açısından nargile kullanımını sigaraya göre daha güvenli görebilmektedir ve nargile kullanımı nedeniyle bağımlı olabileceklerini düşünmediklerini bildirenlerin oranı yüksektir⁽⁴³⁾. Nargile şirketleri, 1960'lı yıllardan beri suyun etkili bir şekilde dumanı filtrelediği fikrini pazarlamayı başarmış ve tütünde "zararı azaltılmış" kavramının öncüleri olmuşlardır⁽⁴⁴⁾.

Nargilelik Tütün Mamulleri Sunum Uygunluk Belgesi olmayan binlerce mekânı ve evlerdeki tüketim de dikkate alındığında piyasasının tamamına yakınının kayıt dışı olduğu söylenebilir⁽⁴⁰⁾. Ruhsatsız nargile kafeleri, kaçak tütün satımı ve tek sigara satımı gibi alternatif tütün tüketim yöntemlerini de arttırmıştır⁽⁴⁵⁾. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-2012'ye göre nargile deneyimlemiş gençlerin %57,8'i nargile kafede bu deneyimi yaşamıştır⁽⁹⁾.

Sigara endüstrisiyle bağları olan ve artık küreselleşmiş olan nargile endüstrisi, insanlığın gündemine dâhil olan konuları her zaman yakından takip edip avantaja dönüştürme yeteneğine sahip olmuştur. Ortadoğu'da yaşanan savaş, Batı'ya olan göç, Ortadoğu kültürünün yayılması beraberinde nargile kültürünü de taşımıştır⁽⁴⁶⁾. Beraberinde nargile kafelerin muhafazakâr tüketim olgusu olarak öne çıkarılması muhafazakâr gençler arasında yaygın olarak kabulünde önemli bir rolü üstlenmişlerdir⁽⁴⁷⁾.

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgını, tütün endüstrisinin olumsuz etkileri ile ilişkilidir ve COVID-19 salgını sırasında sağlık sistemi üzerindeki yükün artmasına da katkıda bulunmaktadır⁽⁴⁸⁾. Pandemi sürecinde imalat, dağıtım ve seyahat kısıtlamaları nedeniyle endüstrinin nakit akışında yaşanan olumsuzluklar nedeniyle endüstrinin doğrudan ya da dolaylı bir şekilde COVID-19 sürecine müdahil olması beklenen bir durumdur. Müdahale alanlarının nikotin makaleleri ve aşı üretimi olduğu ilk tespitler arasında yer almaktadır⁽⁴⁹⁾. Örneğin, doğrudan müdahalesine dair kanıt bulunmamakla birlikte "Nikotinik Hipotez" makalesi endüstrinin istediği gündemi yaratmıştır. Ayrıca aşı üretimine katılım, tütün endüstrisinin sürece katılım çabalarından biri olmuştur. Yeni Koronavirüs Hastalığına karşı hükümetler ve tüm paydaşlarla çalışmaya hazır oldukları beyanında bulunmuşlar, tütün yaprağından koronavirüse karşı bir savunma tasarlamaya başladıklarını beyan etmişlerdir⁽⁵⁰⁾. Pandemi sürecinde de araştırma gündemini belirleyerek, şüphe yaratarak bilimsel tartışmayı etkilemek, bir tütün endüstrisi taktiği olmaya devam etmektedir⁽⁴⁹⁾.

Koronavirüs tedbirleri kapsamında ülke genelinde 15 ve 18 Mart 2020 arasında 582 nargile kafe, 908 nargile salonu, 13.726 kıraathane faaliyetleri geçici süreliğine durdurulmuştur⁽⁵¹⁾. Sigara ve COVID-19 arasındaki bağlantının konusunda bulanıklık yaratmaya, bunu medya ilişkileri aracılığı ile yaymaya çalışan tütün şirketleri kısıtlamalara

yönelik ise yasadışı tütün ticaretinin artacağı, tütün üreticilerine, esnaflara ve devlet bütçelerine zarar vereceği algısını yaymaya çalışmıştır⁽⁵²⁾. Sonuç olarak tütün endüstrisi, sigaranın olumsuz sağlık kanıtlarına yönelik bulanıklıklar yaratarak, bilimsel araştırmalara sponsorluk yapıp diğer alanlara dikkat çekerek çalışmaktaydı, algı operasyonu için reklam ve tanıtıma büyük bütçeler ayırarak çalışmaya devam etmektedir⁽⁵³⁾.

Tütün ürünlerinin kullanımının azaltılmasına, önlenmesine yönelik yürütülen talep yönlü politikaların üretim ve ticarete kısıtlama getirecek arz yönlü politikalar olmaksızın etkili sonuçlanması mümkün değildir. Tütün kontrolü sürecinde halk sağlığı profesyonellerine hukukçular, kamu politikası uzmanları, ekonomistler ve kanıt üreten bilim uzmanları gibi geniş bir disiplinler arası ağ oluşturmayı dayatmaktadır. Bilgi ve politika üretmenin devamlılığı kaçınılmazdır.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use third edition. 2019. 121 p.
- 2) TAPDK. Türkiye'de Yerleşik Sigara Üretim Firmalarının Yıllar İtibarıyla Tütün Kullanım Miktarı [Internet] 2016 www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_mamulleri_piyasasi/tutun_mamulleri_istatistikleri/1_tutun_kullanimlari.xls Erişim tarihi: 23.06.2020..
- 3) Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 [Internet] http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661 Erişim tarihi:20.06.2020.
- 4) Asma S, Mackay J, Yang Song S, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. CDC Foundation. 2015. 128 p.
- 5) Mentis A-F. Social determinants of tobacco use: towards an equity lens approach. Tob Prev Cessat. 2017;3 (March):1-8.
- 6) World Health Organization. Systematic Review of the Link Between Tobacco and Poverty. World Health Organization. 2011. 31-33 p.
- 7) Türkiye İstatistik Kurumu. Tüketim Harcamaları İstatistikleri. Ankara; 2018.
- 8) TÜİK. Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010, 2012, 2014, 2016. 2016.
- 9) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara; 2014.
- 10) World Health Organization. Tobacco control can save billions of dollars and millions of lives [Internet] https://www.who.int/en/news-room/detail/10-01-2017-tobacco-control-can-save-billions-of-dollars-and-millions-of-lives Erişim tarihi:29.06.2020.
- 11) World Health Organization. The secret's out: the tobacco industry targets a new generation. 2020 May 29;
- 12) NCI, WHO. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Bethesda, MD US Dep Heal Hum Serv Natl Institutes Heal Natl Cancer Institute; Geneva, CH World Heal Organ. 2016;NIH Public (1):6242.

- 13) World Health Organization. WHO launches new report on global tobacco use trends [Internet] <https://www.who.int/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends> Erişim tarihi: 05.07.2020.
- 14) Health Organization Regional Office for Europe W. Tobacco and inequities Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm Written by: Belinda Loring. 2014.
- 15) Uluçanlar S, Fooks GJ, Gilmore AB. The Policy Dystopia Model: An Interpretive Analysis of Tobacco Industry Political Activity. Novotny TE, editor. PLOS Med. 2016 Sep 20;13 (9):e1002125.
- 16) T.C. Sağlık Bakanlığı. 31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü [Internet]. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/component/k2/360/31-mayis-dunya-tutunsuz-gunu.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 17) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Tütünle Mücadele Süreci [Internet]. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/component/k2/320/turkiyede-tutunle-mucadele-sureci.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 18) Turan PA, Ergör G, Turan O, Doğanay S, Kılıç O. 4207 Sayılı Yasanın Yürürlüğe Girmesinden Sonra Sigara İçme Davranışları ve Pasif Maruziyet ile İlgili Değişikliklerin Saptanması. Tuberk Toraks. 2014;62 (1):27-38.
- 19) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye'nin Dumansız Hava Sahası Dünyaya "Resmen" Örnek Oldu. [Internet] <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3881/turkiyenin-dumansiz-hava-sahasi-dunyaya-resmen-ornek-oldu.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 20) GATS. Global Adult Tobacco Survey, Fact Sheet, Turkey. 2016;4-5.
- 21) Tütün Ekspertleri Derneği. UTKP-EP'ye İlişkin Değerlendirme ve Katkılarımız. Tütün Ekspertleri Derneği Bülteni. 2016; (89):4-10.
- 22) Evrengil E. TKÇS Uygulamasında Politika Çatışması: Türkiye'de Tütün Endüstrisine Sağlanan Yatırım ve İhracat Teşvikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2017;26 (Özel Sayı):12-7.
- 23) Tütün Ekspertleri Derneği. Tütün Raporu. 2018.
- 24) TFK. Campaign for Tobacco-Free Kids. Tobacco-Free Kids. 2015;2015-6.
- 25) Dünya Sigarayı Bırakma Günü'nde grafiklerle Türkiye - BBC News Türkçe 2020 [Internet] <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-40092125> Erişim tarihi: 22.06.2020.
- 26) Industry Strategies | Tobacco Atlas [Internet] <https://tobaccoatlas.org/topic/industry-strategies/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 27) TAPDK. Yıllar İtibarıyla Sigara İç Satışı 2016 [Internet] www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_mamulleri_piyasasi/tutun_mamulleri_istatistikleri/3_sigara_satis_1925_2015_grafik.xls Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 28) Keklik S. Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları: Tütün Endüstrisi Faaliyetleri Işığında Bir Değerlendirme. İstanbul TEeknik Üniversitesi. 2014.
- 29) World Health Organization. WHO | World No Tobacco Day - 31 May 2014. WHO. 2016.
- 30) Yılmaz F, Seydioğulları M, Karakaş DG, Aslan D. Tütün Kontrolü Politika Aracı Olarak Vergilendirme: Türkiye Deneyimi Işığında Bir Değerlendirme. Vergi Dünyası. 2015; (408):4-18.
- 31) Karakaş DG. Türkiye Tütün Sektöründe Piyasa-Yönelimli Dönüşüm. Turk Toraks Derg. 2014; (15):71.
- 32) Uznay F, Gümüş S. Türkiye'de Kayıtdışı Sarmalık Kısıtlı ve Nargilelik Tütün Mamulü Piyasalarında Kayıtdışılık Sorunu Çözülmeden, Tütün Kontrolünde Sürdürülebilir Bir Başarı Mümkün Mü? Meta Basım. İzmir; 2017.
- 33) T.C. Resmi Gazete. Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. 26 Haziran 2020. Sayı : 31167
- 34) Toll BA, Ling PM, Toll BA. The Virginia Slims identity crisis: an inside look at tobacco industry marketing to women. Tob Control. 2005;14:172-80.
- 35) Kandel ER, Kandel DB. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. N Engl J Med. 2014;371 (10):932-43.
- 36) Mutti S, Hammond D, Borland R, Cummings MK, O'Connor RJ, Fong GT. Beyond light and mild: Cigarette brand descriptors and perceptions of risk in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction. 2011 Jun;106 (6):1166-75.
- 37) CDC. Tobacco Industry Marketing | CDC [Internet]. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/marketing/index.htm Erişim tarihi: 05.07.2020.
- 38) Action on Smoking and Health. Denial, deceit and delay — tobacco industry lobbying tactics [Internet]. 2017 https://medium.com/@ASH_LDN/denial-deceit-and-delay-tobacco-industry-lobbying-tactics-c5ae7ff4bbc Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 39) E-cigarettes, heat-not-burn and smokeless tobacco products. Breathe. 2020 Mar 1;16 (1):161ELF.
- 40) Seydioğulları M. Türkiye'de Tütün ve Tütün Mamulleri Piyasasında Oluşan Kayıtdışılığın Tütün Kontrolü Açısından Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2018;27 (Özel Sayı):32-41.
- 41) Clifford D, Hill S, Collin J. Seeking out 'easy targets'? tobacco companies, Health inequalities and public policy. Tob Control. 2014 Nov 1;23 (6):479-83.
- 42) The Foundation for a Smoke-Free World (FSFW). Tobacco Transformation Index FAQ. 2019. [Internet] <https://www.smokefreeworld.org/advancing-industry-transformation/tobacco-transformation-index/tobacco-transformation-index-faq/> Erişim tarihi: 07.07.2020.
- 43) Akyıl R, Kahraman A, Erdem N. Üniversite öğrencilerinin nargile kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastan Derg. 2018;32 (3):177-84.
- 44) Waterpipe | Tobacco Atlas [Internet]. <https://tobaccoatlas.org/topic/waterpipe/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 45) T.C. Kalkınma Bakanlığı. Sağlıklı yaşam ve bağımlılıkla mücadele çalışma grubu bağımlılıkla mücadele alt çalışma grubu raporu. Ankara; 2018.
- 46) Dağlı Z, Demirezen D. Kamu politikası bağlamında nargile kullanımı üzerine bir deneme. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Derg. 2020;16 (2):310-25.
- 47) Baltacı, A. Muhafazakâr Tüketim: Türkiye'de Muhafazakârlığın Tüketim Eksenli Dönüşüm Dinamikleri Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2019; 42.111-135.
- 48) Thammasat University. Tobacco industry's COVID-19 donations vs economic cost of tobacco- Global Center for Good Governance in Tobacco Control. 2020 [Internet] <https://ggc.world/2020/04/23/tobacco-industrys-covid-donations-vs-economic-cost-of-tobacco/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 49) University of BATH. COVID-19 - Tobacco Tactics. 2020 [Internet] <https://tobaccotactics.org/wiki/covid-19/> Erişim tarihi: 07.07.2020.
- 50) Bloomberg. Coronavirus Vaccine Race Gets Unlikely Partner: Big Tobacco [Internet]. 2020 <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-01/coronavirus-vaccine-race-gets-unlikely-partner-big-tobacco> Erişim tarihi: 07.07.2020.
- 51) T.C. İçişleri Bakanlığı. Koronavirüs Tedbirleri Genelgesi Kapsamında 149.382 İş Yeri Geçici Süreliğine Faaliyetlerine Ara Verdi. [Internet] <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirüs-tedbirleri-genelgesi-kapsaminda-149382-is-yeri-geccici-sureligine-faaliyetlerine-ara-verdi> Erişim tarihi: 07.07.2020.

- 52) Zatoński M, Gilmore AB, Hird TR. The two faces of the tobacco industry during the COVID-19 pandemic | Blog - Tobacco Control. BMJ Blogs. 2020 <https://blogs.bmj.com/tc/2020/05/10/the-two-faces-of-the-tobacco-industry-during-the-covid-19-pandemic/> Erişim tarihi: 07.07.2020.
- 53) Dağlı E. Are low income countries targets of the tobacco industry? Int Union Against Tuberc Lung Dis. 1999;3 (2):113–8.

Tütünsüz Üniversite Yaklaşımı ve > Güncel Uygulama Örnekleri

140

DR. ÖĞR. ÜYESİ EMİNE BARAN DENİZ • PROF. DR. DİLEK ASLAN • PROF. DR. RAIKA DURUSOY

Tütün kontrolünün toplum genelinde başarıya ulaşabilmesi için, risk gruplarına yönelik özel yaklaşımlar geliştirmek gerekir. *Tütünsüz Üniversite* yaklaşımı bu bağlamda, tütün kullanımı açısından önemli bir risk grubu olan gençler açısından önemlidir. Bu yaklaşım, sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları içerisinde de yer almaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, 1986 yılında Ottawa Bildirgesi'nde insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını sağlama ve böylelikle sağlık durumlarını iyileştirme süreci olarak tanımlanmıştır⁽¹⁾. Sağlığı geliştirme programlarının uygulandığı ortamlardan biri olan okullar, “sağlıklı çocuklar ve gençler” hedefi için özel bir öneme sahiptir⁽²⁾. Öğrenim kurumları olması açısından üniversiteleri de bu başlıkta değerlendirebilmek olanaklıdır. Dolayısıyla, sağlığı, sağlığın bütün gereklerini üniversiteler için de planlamak ve planın gereken hedeflerini yerine getirmek uygun olur.

Sağlıklı üniversite çevreleri, fiziksel ve sosyal öğrenme ile çalışma çevrelerini sağlıklı ve güvenli hale getiren, bireylerin sağlıklı davranışlarını destekleyen ve sağlayan politikaları (tütünsüz üniversiteler gibi) kapsar⁽³⁾. Bu yaklaşıma göre; *Tütünsüz Üniversite'nin* aşağıda yazılı olan bazı bileşenlerini bilmekte yarar bulunmaktadır:

- Açık alanlarda da tütün ürünlerinin kullanımının yasak olması
- Tütün ürünlerinin satışının ve reklam promosyonlarının yerleşke/üniversite içerisinde yasak olması

- Öğrencilere yönelik tüm etkinliklerinde tütün endüstrisinin katılımının engellenmesi
- Tütün endüstrisi ile ekonomi dahil olmak üzere hiçbir ilişkinin olmaması
- Tütün ürünlerine yönelik bırakma hizmetlerinin yerleşke içinde herkes için erişilebilir şekilde olması^(4,5).

Tütünsüz Üniversite yerine *Tütünsüz Yerleşke* ifadesi de kullanılmaktadır. Bu metin içerisinde de her iki kavram kullanılmıştır. Yaklaşımı benimseyen üniversite sayısı dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), yaklaşımın geniş ölçüde yanıt bulduğu ülkeler arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yükseköğretim kurumları içerisinde 1 Nisan 2020 itibariyle 2.490 %100 dumansız yerleşke olduğu, bunların 2.065'nin %100 tütünsüz yerleşke olup 2.097'inde elektronik sigara kullanımının yasak olduğu bilinmektedir⁽⁶⁾. *Tütünsüz Üniversite* modellerinde çerçeve tütün endüstrisinin piyasaya sürdüğü “yeni” ürünlere yönelik olarak da değişebilmektedir. Yaklaşımın başladığı geçmiş yıllarda elektronik sigara kapsam içinde yok iken bugün uygulamalarda bu ve benzeri “yeni” ürünlere yönelik kısıtlamaların tanımlandığı görülmektedir.

Tütünsüz Üniversite modeli Türkiye'de de benimsenmiştir. Modelin dayandığı bazı yasal zeminler bulunmaktadır. Bunlar arasında 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” yer alır. Kanun kapsamından sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor

hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışının kesinlikle yapılmayacağı belirtilmiştir. Ancak adı geçen Kanun'da yükseköğretim kurumlarının açık alanlarında tütün kullanımının engellenmesine yönelik bir madde bulunmamaktadır (7). Dolayısıyla *Tütünsüz Üniversite* modelinin açık alanlarda da uygulanmasının sağlanması Kanun'un ötesinde bir yaklaşım gerektirmektedir.

Türkiye'de *Tütünsüz Üniversite* ya da *Yerleşke* modelleri ile ilgili üniversiteler tarafından çeşitli inisiyatifler alınmaktadır. Ancak bu inisiyatifler eşit düzeyde sürmemektedir. Üniversiteler; modele ilişkin adım atmış, modeli uygulamaya başlamış, uygulamada ilerleme sağlamış olabilmektedirler. Çalışmaları farklı düzeyde de olsa modelle ilgili çalışmaları olan üniversitelerin bazıları (ad alfabetik olarak) aşağıda sunulmuştur:

1. Ankara Üniversitesi (8)
2. Atılım Üniversitesi (9)
3. Başkent Üniversitesi (10)
4. Bilkent Üniversitesi (10,11)
5. Dokuz Eylül Üniversitesi (12)
6. Ege Üniversitesi (13)
7. Hacettepe Üniversitesi (10,14)
8. İzmir Demokrasi Üniversitesi (15)
9. Yaşar Üniversitesi (16)

Yaşar Üniversitesi'nin İzmir'deki Selçuk Yaşar Kampüsü 15 Ekim 2008 yılında açılmıştır. Kampüs daha tasarlanırken, o dönemki rektörün duyarlılığı ve yönlendirmesiyle, dumansız kampüs olarak projelendirilmiş ve inşa edilmiş, açılışından bu yana halen geçerli olmak üzere açık alanları dâhil tütünsüz bir kampüs olarak hizmet vermektedir. İzmir İl Tütün Kurulu'nun önerisi üzerine İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından 2017 yılında Yaşar Üniversitesi'ne törenle teşekkür belgesi sunulmuştur (17). Yaşar Üniversitesi 2008 yılından beri açık alanları dâhil sürekli tam tütünsüz kampüs olması nedeniyle önemlidir ve ilk örnektir.

Ülkemizde Hacettepe, Başkent ve Bilkent Üniversitelerinin Rektörleri Nisan 2019'da "Tütünsüz Üniversite" İçin Adım Adım Uygulama Rehberine imza atmış, bu üç üniversite "Tütünsüz" olmak konusunda taraf olmuştur. Bu süreç içerisinde Başkent Üniversitesi; açık alanlarda tütünsüz alanlarını genişletme ve müfredatına sağlıklı yaşam ve kapsamı içinde tütün kontrolünün eklenmesi konularında çalışmalar yürütmektedir. Bilkent Üniversitesi de Dumansız Kampüs olma yolunda

adımlar atmıştır (10). Hacettepe Üniversitesinde ise Hacettepe Üniversitesi Tütün Kontrolü, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği 28329 sayılı Resmi Gazete'de 20 Haziran 2012 tarihinde yayınlanmış, Yönetmelik 21 Şubat 2019'da revize edilmiştir (30693 sayılı Resmi Gazete) (14). Üç üniversite iş birliğinde **Şekil 140.1**'de görülen Rehber geliştirilmiştir. Bu rehber Tütünsüz Üniversite yaklaşımını benimsemek isteyen üniversiteler için yol gösterici özelliktedir.

Üniversiteler, tütünsüz alanlarını genişletme, öğrenci ve çalışanların farkındalığını artırma faaliyetleri, tütünle mücadeleyle yönelik bilimsel çalışmalar ile tütün ürünlerini kullanmayı bırakmak isteyenlere yönelik aktif hizmet sunumuyla *Tütünsüz Üniversite* yolunda ilerlemektedir (8).

Kullanıcılarının yarısının ölümüne neden olan ve ölen her sekiz kişiden birinin pasif içici olduğu tütün ile mücadelede *Tütünsüz Üniversite'nin*, gençlere ve üniversite çalışanlarına, tütün ürünlerinin kullanmama yolunda katkı sağlayacağı görülmektedir (18). Konunun başarısı için üniversitelerin aşağıdaki konulara önem vermesi önerilmektedir:

- İzlenebilir ve ölçülebilir eylem planları
- Tütünsüz Yerleşke/Üniversite Ağları oluşturulması ve var olanlara katılımın sağlanması



Şekil 140.1 Tütünsüz Üniversite İçin Adım Adım Uygulama Rehberi⁽¹⁰⁾

- Mevcut mevzuatın %100 uygulaması
- İhlallerin izlenmesi ve gerekli yaptırımların uygulanması
- Bilimsel çalışmalara bütçe ayrılması
- Çok disiplinli çalışmalara olanak sağlanması
- Bırakma hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasının sağlanması

Özetle; ülkemizde *Tütünsüz Üniversite* konusunda ilerleme kaydedilmesi umut vericidir. Üniversite yönetimlerinin kararlılığı ile akademik çalışanlar başta olmak üzere tüm çalışanların emek ve desteğiyle ülkemiz de *Tütünsüz Üniversite* yaklaşımı ve uygulamaları konusunda daha hızlı ve gereken bütün adımları atabilecektir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet] <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Erişim tarihi: 27.06.2020.
- 2) Fertman CI, Allensworth DD, Elaine Auld M. Sağlık Geliştirme Programlarının Tanımı. İçinde. Sağlık Geliştirme Programları - Teoriden Pratiğe Ed. Fertman CI, Allensworth DD. Birinci Baskı: Mayıs 2012, Ankara. s.18.
- 3) Tappe MK, Allensworth DD, Grizzell J. Okullarda ve Üniversitelerde Sağlık Geliştirme. İçinde. Sağlık Geliştirme Programları - Teoriden Pratiğe Ed. Fertman CI, Allensworth DD. Birinci Baskı: Mayıs 2012, Ankara. s.324
- 4) Aslan D. Tütün Kontrolü İçin “Tütünsüz” Üniversite Modelleri. STED 2019;28 (özel sayı):23-25.
- 5) Model Policy for a Smokefree and Tobacco-Free College/University. The American Nonsmokers’ Rights Foundation. [Internet] <https://no-smoke.org/model-policy-for-a-tobacco-free-college-university/> Erişim tarihi: 27.06.2020.
- 6) Smokefree and Tobacco-Free U.S. and Tribal Colleges and Universities. The American Nonsmokers’ Rights Foundation. [Internet] <http://no-smoke.org/wp-content/uploads/pdf/smokefreecollegesuniversities.pdf> Erişim tarihi: 23.06.2020.
- 7) 207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. [Internet] https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/kanunlar/1_5_4207.pdf Erişim tarihi: 27.06.2020.
- 8) [Internet] <http://sisag.ankara.edu.tr/> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 9) [Internet] <http://www.hurriyet.com.tr/atilim-da-sigara-karsiti-kampanya-11976898> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 10) “Tütünsüz Üniversite” İçin Adım Adım Uygulama Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Tütün Kontrolü, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi <http://www.hutkom.hacettepe.edu.tr/dosya/rehber.pdf> Erişim tarihi: 23.06.2020.
- 11) [Internet] <http://w3.bilkent.edu.tr/www/tutunsuz-universite-icin-adim-adim/> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 12) [Internet] <http://www.sanalbasin.com/deu-tip-tutunsuz-kampus-icin-farkindalik-34112016/> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 13) [Internet] https://cevremerkezi.ege.edu.tr/tr-5753/%E2%80%99Cezeli_rakip_ebedi_dostlar_dunya_tutunsuz_gunu_icin_bir_arada%E2%80%9D.html Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 14) Hacettepe Üniversitesi ise Hacettepe Üniversitesi Tütün Kontrolü, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği. Hacettepe Üniversitesi Tütün Kontrolü, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi [Internet] <http://www.hutkom.hacettepe.edu.tr/?sayfa=yonetmelik> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 15) [Internet] <http://www.idu.edu.tr/?p=9287> Erişim tarihi: 1.8.2020.
- 16) [Internet] <https://www.milliyet.com.tr/eg/turkiye-nin-ilk-ve-tek-dumansiz-kampusu-1295800> Erişim tarihi: 3.8.2020.
- 17) [Internet] <https://haber.yasar.edu.tr/genel/yasar-universitesi-ne-dumansiz-kampus-sahasi-tesekkur-belgesi.html> Erişim tarihi: 3.8.2020.
- 18) World Helth Organization. Tobacco Key Facts. 27 May 2020. [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Erişim tarihi: 1.8.2020.



**THIS IS A SMOKE
FREE WORKPLACE**

Tütünsüz İşyeri

> Yaklaşımları

141

UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER

Ülkemizde *Tütünsüz Türkiye* vizyonu için kararlı bir mücadele gerekmektedir. Bu vizyonun gerçekleşmesinde işyerlerinin tütünsüz olması olmaz şarttır. İşyerlerine ve onları denetleyen denetim ekiplerine büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1992 yılında 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü için "*Tütünsüz İşyerleri Daha Güvenli ve Daha Sağlıklıdır*" temasını önermiştir ⁽¹⁾.

İşyerinde sigara içmek ciddi bir güvenlik ve sağlık tehlikesi ve işyerinde çatışmaya neden olabilir. Bu nedenle Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) dumansız bir çalışma ortamının geliştirilmesi ve uygulanmasını sağlıklı ve güvenli işyerleri yaratma çabası ve sorumluluğu dâhilinde kabul etmektedir. Sigara içme alanları, çalışanların ve ziyaretçilerin hala ikinci el dumana maruz kaldıklarını ve yangın ve kaza risklerinin devam ettiğini göstermektedir. Tütün dumanının tehlikelerini ortadan kaldırmanın tek yolu %100 sigarasız bir politika uygulamaktır. Günümüzde, tütün dumanından pasif etkilenim (ikinci el) tehlikesi konusunda artan farkındalık ile gittikçe daha fazla işçi, işyerinde sigara içmeyi yasaklayan mevzuat ve politikalarla korunmaktadır. Dumansız işyerlerindeki işçiler, "üçüncü el duman"ı (giyim, çanta, deri ve saçlara yapışan tütün dumanı kalıntıları) evlerine götürme riskini azaltır. Bu, çocuklarının üçüncü el dumana maruz kalmasını azaltır ve kendi kıyafetleri de daha taze ve daha temiz kokar ⁽²⁾.

4207 sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" Türkiye'de

bir milat olmuştur. 8 Ocak 2008 tarihinde kabul edilen Kanunda 5727 Sayılı kanunla yapılan değişiklik, ülkemizde tütün kullanımını kontrol altına almak ve tütün kullanmayanların ve gelecek nesillerin sağlıklarını koruma amacıyla ile kapalı alanlarda sigara içimini kademeli olarak engellemiştir ⁽³⁾. 19 Mayıs 2008'de uygulanmaya başlanmış ve 19 Temmuz 2009'da da ikinci kademesi uygulanmaya konmuş, kanun ile Türkiye'nin %100 dumansız ülke olma yolunda sağlam adımlar atılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ne göre etkili strateji müdahaleleri "MPOWER" olarak adlandırdığı 6 kriter, tüm ülkeler için tütün kontrolünde yol gösterici olmuştur ⁽⁴⁾. 2013 yılı DSÖ raporunda Türkiye bu 6 kriterin hepsini yerine getiren ilk ve tek ülkedir, 2019 raporunda da bu konumu devam etmektedir ⁽⁵⁾.

Türkiye'deki kanun ve mevzuat incelenecek olursa teorik olarak bütün iş yerlerinin kapalı alanları dumansız, tütünsüz işyerleri konumundadır. Uygulamalara, dumansız hava sahası ihlalleri, kesilen cezalar ve yaptırımlar incelendiğinde çok farklı bir durum ile karşılaşılır. Türkiye'de MPOWER'ın sadece yasal olarak olması yeterli olmayıp, uygulama ve izlemelerinin kamu, sivil toplum ve özel sektör iş birliği içinde yürütülmelidir.

Sigara kullanımının insan sağlığı üzerinde çeşitli olumsuz etkileri bütün içiciler için söz konusu olmakla birlikte konunun çalışma hayatı bakımından özel bir önemi de vardır. İşyerlerinde bulunan çeşitli faktörler zaten çalışanın sağlığı için tehlike oluşturmaktadır. Bunların önemli bir bölümü de solunum yolları ile ilgilidir. İşyerlerindeki tozlar,

gazlar, tahriş edici maddeler akciğerlerde çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olurlar⁽⁶⁾.

Sigara kullanımının kontrolü bakımından işyerleri önemle üzerinde durulması gereken yerlerdir. Zira çalışan kişiler yaşamlarının önemli bir bölümünü işyerlerinde geçirmektedirler. Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinde bir çalışan haftada yaklaşık 35 saatini işyerinde geçirmektedir⁽⁵⁾. Bu süre ülkemizde haftada 50 saati geçebilmektedir. Bu durum işyerlerinin sağlık için önemli bir risk faktörü olan sigara bağımlılığı ile mücadelede önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir⁽⁶⁾. Pasif etkilenimin önüne geçmenin tek yolu işyerlerinde sigara kullanımının kısıtlanmasıdır. Bir işyerinde uygulanacak tütünsüzlük politikaları sigara içenler de daha az sigara içmek durumunda kalırlar. Böylelikle tütünsüzlük politikası ile ilgili uygulamalar sigara içenler açısından da yarar sağlayacaktır.

Bir fabrikanın 1400 çalışanının 3,5 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada da sigara içenlerin bir yıl içinde sigara içmeyenlerden 5,5 gün daha fazla işe gelmediği, sigara içenlerde kalp hastalığının sigara içmeyenlerden iki kat pnömoninin ise 3 kat fazla olduğu, bir yıl içinde sigara içmeyenler arasındaki her 2 ölüm olayına karşılık sigara içenlerden 7 kişinin öldüğü ortaya konmuştur⁽⁷⁾.

Raporun bundan sonraki bölümünde Türkiye'de iş yerlerinde tütün kullanımını önlemeye yönelik mevzuat değişiklikleri, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planlarında işyerleri ile ilgili hedefler, tütünsüz işyerleri oluşturma çabalarından örnekler, paylaşılarak güncel durum değerlendirilecektir.

27 Ocak 2015 tarihli ve 29249 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan 2015/6 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe girmiştir. Genelgede ilk defa kamu kurumlarının açık alanlarına da müdahale edilmiştir.

- Havaalanı, otobüs terminali, tren garı, alışveriş merkezi, sinema, tiyatro, sağlık kurum ve kuruluşları gibi insanların yoğun olarak kullandıkları ve toplu halde giriş çıkışın olduğu kapalı alan mahiyetindeki yerlerin giriş kapılarına asgari 5 metre mesafede olacak şekilde tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin önlenmesi,
- Kamu kurum ve kuruluşlarımızın açık alanların yalnızca belirlenmiş yerlerinde tütün mamulü tüketimine müsaade etmeleri, bu alanların top-

lam açık alana oranının %30'dan fazla olmaması ve giriş kapısından en az 10 metre mesafede olmasına riayet ederek, Dumansız Kampüs uygulamalarının yaygınlaştırılması, yürürlüğe girmiştir⁽⁸⁾.

İstanbul'da kamuya ait bir kurumda aktif çalışma yaşındaki kişilerde sigara içme sıklığı %46,9, sigara içme oranı sahada açık alanda çalışanlar arasında %60 iken, sigara içme yaşının tam olarak uygulandığı ofis ortamı çalışanlarında %38,5, Sivas Çimento fabrikasında yapılan çalışmada sigara bağımlılığı %67,8, Malatya Tekel fabrikasında yapılan bir çalışmada ise %68,9^(7,8) olarak bulunmuştur⁽⁹⁾.

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) ve bileşenlerinin araştırma ve değerlendirmelere dayanan bilgi notları ve basın bültenleri de ülkemizdeki tütün kontrolünü izleme ve değerlendirmede önemli bir araçtır.

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi açıklamasında İşletmelerin gündüz ve gece koşulları değerlendirilerek ve yöneticileri ile yüz yüze anket görüşmesi yapılarak gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına göre işletmelerin %37'sinde yasağın aleni olarak ihlal edildiği, gizli yöntemler ile ihlali sürdürenler dikkate alındığında sayının %49,5'a ulaştığı görülmektedir⁽¹⁰⁾.

Türk Toraks Derneği "Dumansız hava sahası yasası tam anlamıyla uygulanmakta mıdır?" sorusuna yanıt aramaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kapalı alanlarda tütün dumanı kullanımı yasağının tüm denetlemeler ve cezalandırmalara rağmen %30 düzeyinde ihlal edildiği gösterilmiştir. Sayı oldukça yüksektir⁽¹¹⁾.

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi bileşenlerinden olan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği de TBMM tütün salgını ve zararlarından korunma inisiyatifi toplantısında tütünsüz işyerleri ile ilgili olarak aşağıdaki görüşleri sunmuştur⁽¹¹⁾:

- Tütünsüz kampüs uygulaması YÖK tarafından tüm üniversitelerde uygulanmalıdır. Üniversitelerde tüm sosyal alanların tütünsüz olması sağlanmalıdır.
- Restoran ve kafeler tamamen tütünsüz olmalıdır.

Bursa Valiliği İl Tütün Kontrol Kurulu Tütünsüz Kurum Projesi'nin uygulamasını uygulamaya koymuştur, bu oldukça önemli bir gelişmedir. 'Tütünsüz Kurum Projesini' kapsamında projeye destek

veren kurumlarda kapalı veya açık alan farkı gözetmeksizin tütün ve benzeri ürünlerin tüketilmemesini sağlayarak, işyeri çalışanlarını pasif içiciliğin zararlarından koruyan düzenlemeler getirilmesini amaçlamıştır⁽¹³⁾.

Türkiye'nin birçok il ve ilçesinde tütünsüz kurumlar desteklenmiş olup, özellikle teşvik etmek amacıyla, teşekkür belgesi, plaket ile ödüllendirilmiştir. Bunlardan bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:

31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü nedeniyle Çerkezköy İlçe Sigara Denetim Kurulu tarafından yapılan denetimlerde hiç sigara içilmediği tespit edilen ve hiç ceza almayan kahvehane, pastane, lokanta, kafe, imalathane gibi çeşitli işyerlerine Çerkezköy Kaymakamlığı tarafından teşekkür belgesi verilmiştir⁽¹⁴⁾.

İl Sağlık Müdürlüğü Sinop'ta faaliyet gösteren bazı işletmelere⁽¹⁾ örnek işyeri belgesi vermiştir.⁽⁵⁾

Sakarya Ticaret ve Sanayi Odasının Meclisinde 04.05.2018 tarihinde alınan karar da tütünsüz işyerleri açısından önemlidir.

"Odamıza gelen ve Komitemize havale edilen T.C. Sakarya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 19/04/2018 tarih ve 813 sayılı sigarasız işyerleri ile ilgili yazısı görüşüldü. Tüm üye işyerlerimizi denetleyemeyeceğimiz göz önünde bulundurularak, Komitemizce yapılan araştırma sonucu aşağıdaki üyelerimizin tütün ve tütün ürünleri tüketimine izin vermediği ve tütünsüz işyeri oldukları kanaatine varılmıştır, ilgili kuruma yazı ile bildirilmesine."⁽¹⁶⁾

Bu süreçte birçok kurum ve kuruluş çalışanlarını sigarayı bırakmaya teşvik etmiştir.

Telekomünikasyon ve iletişim alanında faaliyet gösteren bir kurum çalışanlarına sigarayı bırakma konusunda destek vermek amacıyla gerçekleştirdiği 'Sigara Bıraktırma Poliklinikleri' projesi "Sigarasız Bir Dünya Günü" etkinlikleri kapsamında ödüle layık görüldü. Türkiye Sigarayla Savaş Derneği, "Sigarasız Bir Dünya Günü"nde bu kuruma sigara kullanımına karşı verdiği mücadele nedeniyle "İnsanlığın Gerçek Dostu" ödülü verdi. Çalışanlarının sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti ve tıbbi destek alabildiği polikliniklerden, çalışanların yanı sıra aileleri de faydalanabiliyor"⁽¹⁷⁾.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 31 Mayıs 2019 tarihli Basın Bilgilendirmesi işyerlerinde Tütün ürünleri denetimi ve mevcut durum hakkında önemli bilgiler vermektedir:

"Vatandaşlarımızın tütün dumanından pasif etkilenimi önlemek ve temiz hava soluma hakkını korumak amacıyla 4207 sayılı Kanun kapsamında tütün ürünlerinin kullanımının yasak olduğu yerlere yönelik, ülke genelinde yaklaşık 1500 denetim ekibiyle 7 gün 24 saat esasına göre denetim ekipleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Rutin denetimlerin yanı sıra, ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Tütün İhbar Hattı ve Yeşil Dedektör mobil uygulaması üzerinden gelen ihbarlara yönelik denetimler sürdürülmektedir. Denetim ekiplerimiz tarafından Kanun'un tüm hükümleriyle yürürlüğe girdiği 19 Temmuz 2009 tarihinden bu yana ülke genelinde 22.852.971 denetim yapıldı. Bu denetimler sırasında Kanun hükümlerine uyum konusunda ihlal tespit edilen işletmelere ve ihlalde bulunan kişilere yönelik 313.008.491 TL idari para cezası uygulandı"⁽¹⁸⁾.

Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu-2018 denetimler ile ilgili bilgiler içermektedir:

"Bireylerin temiz hava soluma hakkını koruyacak ve denetim sisteminin güçlenmesini sağlayacak Yeşil Dedektör Mobil Uygulaması, İller Arası Çapraz Denetim Modeli, Tütün Denetçileri Uzaktan Eğitim Programı gibi yeni çalışmalar da hayata geçirildi. Bakanlığımız ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti'nin iş birliğinde "Yeşil Dedektör" isimli mobil uygulama geliştirildi. GPS teknolojisi ile çalışan bu mobil uygulama ile vatandaşlarımız akıllı telefonlar, tabletler aracılığı ile kanunen yasak olan yerlerde sigara içildiğini görmeleri halinde, bu durumu online olarak bildirebilmekte ve ihbar, işletmeye ait konum bilgisi ile Bakanlığımız Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemine düşmekte ve denetim ekiplerimizce en kısa sürede müdahale edilmektedir. "Yeşil Dedektör" uygulaması 31 Mayıs 2016 tarihinden itibaren Ankara ve İstanbul'da kullanıma açıldı, 9 Şubat 2017 tarihinden itibaren de tüm Türkiye'de kullanılmaya başlandı.2016 yılından 6 ilde yapılan iller arası çapraz denetimlerde 6.575 denetim yapıldı ve 390 ihlal tespit edildi. İşyerlerinde denetimleri daha etkin kılmak için çapraz denetimler de yapılmaktadır. 2017 yılında periyodlar halinde Ankara, İstanbul gibi büyükşehirler başta olmak üzere 17 ilde yapılan çapraz denetimlerde 33.378 denetim yapıldı ve bu denetimlerde 3.530 ihlal tespit edildi. 2018 yılında periyodlar halinde Ankara, Antalya, Bursa gibi 9 büyükşehirde yapılan çapraz denetimlerde 44.486 denetim yapıldı ve bu denetimlerde 3.409 ihlal tespit edildi."⁽⁸⁾.

Türkiye'deki kanun ve mevzuat açısından işyerlerinin tütünsüz olmaları yönünden her türlü zemin oluşturulmuştur. Mevzuata göre bütün işyerlerinin kapalı alanları dumansız, tütünsüz işyerleri konumundadır. Dumansız hava sahası ihlalleri, bütün denetim ve yaptırımlara rağmen devam etmektedir. Kesilen cezaların bir kısmının tütünsüz iş yerleri oluşturma amacıyla kullanılması yararlı olabilir.

Tütünsüz işyeri uygulamalarından, işveren, çalışan ve hizmet alan, herkes kazançlı çıkar.

Kaynaklar

- [Internet] <https://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/en/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_117691/lang-en/index.htm Erişim tarihi:18.06.2020.
- Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun [Internet] <https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat-Metin/1.5.4207.pdf> Erişim tarihi: 15.06.2020.
- DSÖ Küresel tütün Salgını Raporu 2008, Çeviri Editörü N, Bilir. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/mpower_tr_23x30.pdf Erişim tarihi: 15.06.2020.
- Who Report On The Global Tobacco Epidemiz, 2019 [Internet] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-eng.pdf?ua=1> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- Bilir N, Yıldız AN. Çalışma hayatı ve sigara (sigarasız işyerleri), birinci basım, Ankara, Şubat, 2008.
- Bilir N, Aslan D. İşyerleri ve işveren açısından sigara kullanımının ekonomik boyutu. [Internet] www.ttb.org.tr/STED/2007/ocak/isyerleri.pdf Erişim tarihi: 20.06.2020.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf. Erişim tarihi:20.06.2020.
- Saraç S. İşyerinde sigara içme yasağının sigara içme davranışı üzerine etkisi. Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (3): 78-84.
- [Internet] <https://www.bto.org.tr/ssuk-31-mayis-tutunsuz-dunya-gunu-nedeniyle-aciklama-yapti/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=2537> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://hasuder.org.tr/cocuklari-tutun-salgini-ve-zararlarindan-koruma-inisiyatifi-toplantisi-raporu/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://bursaism.saglik.gov.tr/TR,83602/tutunsuz-kurum-projesi.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <http://www.marmarahaber.com.tr/haber/54573/tutunsuz-isyerlerine-tesekkur-belgesi.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://www.vitrinhaber.com/guncel/ornek-isyerleri-odullendirildi-h24736.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <http://www.satso.org.tr/komitehaber/4533/5--meslek-komitesi-04-mayis-2018-cuma-gunu-toplantisi-kararlari.aspx> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://www.marketingturkiye.com.tr/haberler/turk-telekoma-insanligin-gercek-dustu-odulu/> Erişim tarihi: 20.06.2020.
- [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimlilikmucadele-haberler/31-may%C4%B1s-d%C3%BCnya-t%C3%BCT%-C3%BCns%C3%BCz-g%C3%BCn%C3%BC.html> Erişim tarihi: 20.06.2020.

Sigara Bırakma

› Yaklaşımları

142

PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER

Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Kendi başına sigarayı bırakmayı deneyenlerde başarı %5'in altındadır. Sigara kullanmak ve nikotin bağımlılığı tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Diğer bağımlılıkların da tedavilerinde olduğu gibi farmakolojik tedavilere davranışçı yaklaşımlar eklendiğinde bırakma başarısı artmakta ve bırakmayı sürdürme olasılığı artmaktadır ⁽¹⁻⁴⁾.

İstenen yönde davranış değişikliği, kişinin kendinde bu davranışı değiştirip değiştiremeyeceğine dair inancı, davranış değişikliğini ne zaman ve nasıl yapacağına yönelik kişisel tercihleriyle bilinçli ve çaba gerektirmektedir. Nadiren kişi bu iç süreçleri kendi içinde yaşayarak fark etmeden de bırakma isteği ortaya çıkabilmektedir. Halk sağlığı müdahaleleri primer düzeyde riski bireyin algılama düzeyine yönelik olabileceği gibi primordial düzeyde kişilerin buna maruz kaldıklarını fark etmeden davranışlarını değiştirdikleri çevresel değişimlere de odaklanabilir. Tütün kontrolü konusunda yapılan yasal düzenlemelerle yasak yerlerde sigara içmemek ve bu sayede sigarayı bırakmaya yönelmek çabasız değişimin güzel bir örneğini teşkil eder ⁽⁵⁾.

Bilişsel terapi, öncelikle duygu, davranış ve düşünceler arasındaki bağlantıları saptamaya çalışmaktır. Böylece kişinin yaşantısı ile gerçeğe uygun ve uyumlu biçimde yorumlaması sağlanır. Problemleri anlam ve yorum tarzları yerine gerçeklikle uyumlu ve işlevsel olan çözümler bulmaya dayanır.

Sigarayı bırakmada düşünceyi değiştirmek yönünde bilişsel tedaviler önemlidir. Tütüne yönelik olumlu düşüncesini değiştiremeyen insanlar sigara

yı bıraktıklarında bir kayıp ve eksiklik ya da cezalandırılma duygusu yaşarlar. Sigara içenlere özenbilirler. Bu duyguları sürdüren kişilerin bir süre sonra tekrar sigaraya başlayabilirler. Buna karşın sigaraya karşı olumsuz düşünceler besleyen kişiler bırakma sürecinde daha az sıkıntı çekerler. Bu kişilerin relaps oranları da düşüktür. Kişinin sigara konusunda hatalı düşüncesini fark etmesi, yeni düşünceler geliştirmesi öğrenilebilir bir beceridir. Sigara bağımlılığına yönelik bilişsel davranışçı tedaviler diğer bilişsel davranışçı tedavilere benzer, hastayla yakın iş birliği olmadığında başarısızlık kaçınılmazdır.

Genellikle sigara içme davranışının toplumsal bir yönü vardır. Tütün bırakma tedavisi gören hastaların bu yöndeki toplumsal bağlarından önemli bir süre uzak durması gerekir. Mümkünse ev, iş, arkadaş ortamlarında birlikte bırakmanın yolu aranmalıdır. Sigara içmek bir davranışla ilişkilendiriliyorsa, örneğin yemek sonrası sigara aranıyorsa, yemek sonrası hastaya dişlerini fırçalaması, ortam değiştirmesi, sigara içmeyen arkadaşlarla buluşması, egzersiz ya da yürüyüş yapması, kitap, dergi vb. okuması, su içmesi, meyve yemesi, vb. önerilebilir ⁽⁶⁾.

Sigara içmenin stresi azalttığına dair yaygın yanlış bir inanç vardır. Hastalarımızda streslerini azaltmaya yönelik çok sayıda yöntem önerebiliriz. Nefes egzersizi ve yoga bu yöntemlerin başında gelmektedir.

Sigara bırakma sürecinde bilişsel ve davranışsal müdahalelerden en önemlileri; sigara içme davranışlarına yönelik kayıt tutmaları, sigarayı bırakma

gününün belirlenmesi, sigarayı bırakacağını duurma, aile ve arkadaşlardan destek almak, neden sigarayı bırakmak istediklerinin listesini yapmak, duş yapmak, yürüyüş, Koşu, diğer fiziksel aktiviteler ya da sporları yapmak, mümkünse eski hobileri yeniden kazanmak ya da yeni hobiler edinmek olarak sıralanabilir. Hastanın bırakma sonrası biriken sigara paralarıyla kendine ya da sevdiğine bir hediye olarak ödüllendirmesi önerilmektedir. Yeterli ve sağlıklı bir uyku, yeterli ve uygun bir egzersiz programı, sağlıklı yiyecekler ile yeterli ve dengeli bir beslenme programı, nefes egzersizleri, yoga, gevşeme tekniklerini kullanmak başarıyı arttıracaktır ^(7,8).

Bağımlılık tedavisinde amaç, bağımlılık yapıcı maddenin bir daha hiçbir zaman ve asla kullanılmamasıdır. Yasaklanmış maddenin bir kez kullanımı bile “lap”, birden çok kullanımı ise “relaps” olarak kabul edilmektedir. Hep ya da hiç şeklindeki bu yanlış düşünce tarzı, hastayı tam denetim aşamasından kaşı taraftaki denetim kaybı aşamasına götürmektedir. Hastaya bir-iki kez sigara içme, yalnızca bir “hata” (lapse) olduğu, “nükse” (relapse) dönüşebilmesi için hataların (lapse) ardı ardına yinelenmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın bir kez sigara içme hatasını tekrarlamazsa sigarayı bırakabileceği anlatılmalıdır ⁽⁹⁾. Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilen Transteorik Model (TTM) (değişim aşamaları modeli) beş aşamadan. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun ve kişiye özel (tailoring) müdahale ile başarılı bir davranış değişimi gerçekleştirilmektedir ⁽¹⁰⁾.

Sigarayı Bırakmayı Deneme Konusunda İsteksiz Kişilere Yaklaşımlar

Prochaska ve De Climente'nin ve değişim aşamaları modeli; Farkındalık öncesi evrede (Precontemplation); hasta sigara ile bir sorunu olduğunu farkında bile değildir, tedavi için başvuramazlar, ancak zorla getirilebilirler. Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmüyorlardır. Bu evrede yapabileceğimiz müdahale bilgi vermek, farkındalığını artırmak, mevcut sağlık sorunu ile bağlantısını kurdurmak, sigara bırakma olasılığını gündeme getirmektir. Kararsız olan hastalara ise 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir.

- **Relevance: İlişkilendir (R1):** Herhangi bir tütün ürününün tüketilmesi durumunu hastanın mevcut hastalığı, ilişkilendirerek, bırakmanın tüm bu olumsuz durumların iyileşmesi ile sonuçlanacağı anlatılmalı ve bırakma konusunda destek önerilmelidir.
- **Risks: Riskler (R2):** Hastaya hangi tütün ürünü kullanırsa kullansın güvenli bir doz aralığı olmayan bağımlılık yapıcı ve sair insan sağlığı için riskleri anlatılmalıdır. Hastanın bu risklerden hangilerini kendisinde bulunduğunu ifade etmesi sağlanmalıdır ⁽¹¹⁾.
- **Rewards: Ödüller (R3):** Hastaya tütün bağımlılığından kurtulduğundaki olası kazanımları aktarılmalı, bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.
- **Roadblocks: Engeller (R4):** Hastalar tütün ürünü kullanma davranışlarını sonlandırmalarına engel olarak bazı öğeleri ifade ederler, bunlar sıklıkla, yoksunluk bulguları, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek yoksunluğu, ruhsal çöküntü, içmekten hoşlanma, diğer içiciler ile bir arada bulunma, etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama olarak ortaya konur. Bu sayılanların her biri için bir ya da birkaç çözüm üretilebileceği, kararlılık ve etkin tedavilere uyumun esas olduğu anlatılır.
- **Repetition: Tekrar (R5):** Henüz tam karar oluşturamamış hastalara her klinik görüşmede motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önceki deneyimleri olumlu sonuçlanmamış hastalara bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır ⁽¹¹⁾.

Sigarayı Bırakmak İsteyen Kişilere Yaklaşımlar

Farkındalık evresinde (Contemplation); hasta artık kabullenme aşamasındadır ve sigara içmenin onun için bir sorun olduğunu düşünmeye başlar. Ambivalans bu evrenin en önemli özelliğidir.

Bu dönemdeki her hasta için kendi nikotin bağımlılığı için etkin ve uygun tedaviler önerilmelidir. Hastaları değerlendirirken yargılayıcı, kınayıcı, aşağılayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır. Bırakma konusundaki isteksizlik ya da zorluk düşüncesinin nedeninin nikotin bağımlılığı olduğu, eğer hasta talep ederse gerekli destek ve tedavi sunulacağı anlatılmalıdır ⁽¹²⁾. Hekime herhangi bir sebeple baş-

vuran hastalarda üç dakika gibi kısa sürede sigarayı bırakma oranlarını anlamlı derecede artırdığı tespit edilmiştir⁽¹²⁾. Bırakma konusunda kararlı hastalarda 5A kararsız olan hastalara da ise 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir⁽¹³⁾.

5A Yaklaşımı

- Ask-öğren (A-1): Her başvuruda her hastanın tütün kullanım durumu sorgulanmalıdır. Advise-öner (A-2): Her içene mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir.
- Assess: değerlendir (A-3): Her hastanın tütün ürününü bırakmak isteyip istemediği değerlendirilmelidir.
- Assist: yardım et (A-4): Hastayla birlikte, görüşmeden sonraki iki hafta içerisinde bir gün belirlenerek bırakma planı oluşturulması hem gerçekçi hem de motivasyonel bir sürece başlanmasını sağlanmalıdır.
- Arrange: düzenle (A-5): Tütün bağımlılığı tedavi sürecindeki hastanın görüşme ve izlem süreçleri dikkatle düzenlenmelidir.

Karar verme evresinde (Preperation); sigaranın hasta için ciddi bir sorun olduğu ve bırakmak zorunda olduğunu düşündüğü evredir. Sigarayı nasıl bırakabileceği, nerelere başvurabileceği konusunda hazırlık yapmaktadır. Eyleme geçerse değişim devam eder, aksi takdirde farkındalık öncesine geri döner. Gelecek 30 gün içinde sigara bırakma hazırlığı yaparlar.

Eylem ve idame evresinde (Action and Maintenance); artık sigarayı bırakmıştır. Altı aydan daha uzun bir süre geçmiş ise idame evresindedir. Amacımız değişimin devamını sağlamak ve relapsı önlemektir. Değişimi gerçekleştirmek devam edeceğini göstermez, değişimi sürdürmek gereklidir.

Relaps'da ise; tekrar sigara içmeye başlamıştır. Kayma ve relapslar doğal kabul edilmelidir. Çemberin tekrar dönmesi sağlanmalı, bu aşamada takılıp kalınmamalıdır. Cesaretlendirme yönünde motivasyonel görüşme yapılmalıdır⁽¹⁴⁾.

Bırakma ve bırakmayı sürdürme evresinde olanlar için relaps sık görülen ve hastalığın doğal seyrinde var olan bir durumdur. Bırakmayı düşünme aşamasında olanlardan %5'i relaps olmadan sürdürme aşamasında kalırlar. Yeniden başlayanların %15'i düşünmeme, diğer %85'i düşünme ve hazırlık aşamalarına dönüş yapmaktadır⁽¹⁵⁾.

TTM bireysel davranış değişikliğini bir süreç olarak değerlendirmekte ve dışarıdan baskı yoluyla dayatılmış değişimin tersine, isteğe bağlı gelişen değişim olgusuna odaklanmaktadır. Ayrıca, bireylerin eski davranışlarına dönebileceğini kabul etmektedir. Bırakma yönünde düşünceleri olsa bile, yardım almayanların iki yıl süresince bırakma öncesi evrelerde kaldıkları ve bırakmak için harekete geçemedikleri saptanmıştır⁽¹⁶⁾.

Motivasyonel Görüşme; Danışanların ambivalansı keşfedip çözümlenmelerine yardımcı olarak, istenen davranış değişikliğini oluşturmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır. Motivasyon dış faktörlerden etkilenen içsel bir durumdur. Değişmeye hazır ya da istekli olmadır ve duruma ve zamana göre değişkenlik gösterir. İnsanların terapist yardımıyla nasıl ve neden değiştiklerini anlaması gerekmektedir. Hastanın değişim yönünde eylem yapmasını sağlamaya çalışılır.

Motivasyonel görüşme davranışla, yaşam tarzıyla bağlantılı birçok psikolojik veya fiziksel hastalıklara müdahalede kullanılacak bir yöntemdir. Etkinliği süre ve seans sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanımı etkililiği artırır^(17,18).

Ambivalans, birbirine karşıt düşünce ve duyguların aynı anda ya da ardı sıra bulunmasıdır. Motivasyonel görüşme de özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir.

İkna, yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşıtlarıdır. Motivasyonel görüşme tekniğinde terapist, ikna etmeye çabalamaz. Değişim motivasyonu danışandan alınır, dışarıdan dayatılmaz. Kişi değişim yönünde karar vermediği sürece, çözüm önerileri sunulmaz^(19,20).

Empati tüm psikoterapi yöntemleri için gerekli olmakla beraber, motivasyonel görüşme yönteminin en temel kurallarından biridir. Bu şekilde dinlenen danışan, tüm çabanın kendisini doğru anlamak adına yapıldığı yönünde bir algı geliştirmelidir.

Danışanın değişime verdiği önem değişime ne kadar hazır olduğuyla yakından ilgilidir. Terapist danışanı dinleyerek şimdiki davranışlarıyla, kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaya yardım eder. Bu şekilde seans Çelişkilerin ortaya çıkarılması ile ambivalansı çözümlenmeye ve değişimi başlatmaya doğru ilerler.

Danışan direnç gösterdiğinde terapist danışanı problemleriyle yüzleştirmeyi, ikna, yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşılarıdır. Motivasyonel görüşmeye göre direnç diğer psikoterapi yaklaşımlarından farklı olarak danışandan değil terapistten kaynaklanmaktadır. Motivasyonel görüşmeye göre direnç terapistin danışanın problem ve değişim algısına uygun olmayan müdahalelerden kaynaklanmaktadır. Bu durumun en çok danışan henüz problemini ve ihtiyaçlarını tam olarak algılayamamışken sunulan çözüm önerilerine karşı ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Bu durumda terapist çözüm sunmadan evvel danışanın problem farkındalığını yeniden gözden geçirmelidir.

“Kendine yeterlilik” kavramı kişinin belli bir görev ya da işi götürebilme ve başarabilme yeteneği olarak tanımlanır. Danışanın istenilen yönde değişim gösterebileceğine dair kendine olan güveni ve inancı için öz yeterliliği desteklemek uygundur. Terapist danışanın öz yeterliliğini desteklemenin yanı sıra değişebileceğine dair kapasitesine güvenildiğini göstermelidir. Danışan aynı zamanda diğer danışanların başarılarını görerek de cesaret kazanır⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Sigarayı Yeni Bırakmış Kişilere Yaklaşımlar

Sigarayı bırakan hastalar arasında da relapsı önlemek birincil amaç olmalıdır. Sigarayı bırakmaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar ve relapsa neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır. Görüşme sayısının ve süresinin artması bırakma başarısını olumlu etkiler.

Farmakolojik Yaklaşım Seçenekleri

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Nikotin tütün ürünleri içeriğindeki bağımlılığa yol açan ana maddedir ve tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlerden tütünün içindeki diğer maddeler sorumludur^(21,22). Tütün bağımlılığına nikotinin farmakolojik etkileri yol açmaktadır. Nikotin replasman tedavisi tütün tüketimi için motivasyonu artırmayı ve nikotin yerine koyma yoluyla fizyolojik-psikomotor yoksunluk belirtilerini azaltmayı

amaçlar⁽²³⁾. Nikotin replasman tedavisinin sigara bırakmadaki etkisi kanıtlanmış ve birçok klinik rehberde NRT sigara bırakma tedavilerinin ilk basamak tedavileri arasında tavsiye edilmektedir⁽⁴⁾.

Bu yazı kapsamında sigara bırakma tedavi programında kullanılan NRT formları ve gelecekte geliştirilmesi olası tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Nikotin Replasman Tedavisi Formları: Nikotin içeren ilaçlar nikotin bağımlılığının ve yoksunluk tablosunun tedavisinde en çok çalışılan ve kullanılan farmakoterapi seçeneğidir⁽²⁴⁾. Nikotin Transdermal Bant: Nikotin bantlar deriden sabit bir oranda nikotin emilimi sağlar⁽²⁴⁾. Bağımlılık seviyesiyle orantılı olarak yüksek veya daha düşük dozda tedaviye başlanabilir. Bant ile akut NRT formlarından daha yavaş nikotin emilimi olur ancak bant ile gün boyunca diğer formlardan daha yüksek plazma konsantrasyonları sağlanır⁽⁸⁾. En sık bildirilen yan etkileri lokal deri reaksiyonlarıdır⁽²⁵⁾. Her gün farklı bölgelere uygulamak lokal deri reaksiyon sıklığını azaltır. Bir diğer sık görülebilecek yan etki de 24 saat salınımlı bant formlarında gelişen uyku bozukluklarıdır⁽²⁶⁾. Tedavi ile sigara içilmemelidir. Bantların yan etkileri; uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, daha nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık, ya da diyare, eklem ve sırt ağrısıdır. Akut Etkili NRT Ürünleri: İhtiyaca göre doz miktarı ve doz zamanlamasının kullanıcı tarafından yapılabilir⁽²⁶⁾. Akut doz ürünleri arasında sakız, nazal sprey, inhaler, sublingual tablet ve pastil gibi formlar yer almaktadır.

- *Nikotin Sakızı*; Sigara içimi ile alınan nikotinin farmakolojik etkilerini taklit etmesi nedeniyle nikotin sakızı nikotin yoksunluk semptomlarının tedavisine yardımcı olmak amacıyla kullanılır. Kullanıma sürülen ilk NRT formudur. Sıradan sakız gibi çiğnenmez, içeriğindeki nikotinin serbest bırakması için aralıklı olarak yer değiştirilerek yanak mukozasında bekletilir ve yaklaşık 30 dakika boyunca ağızda tutulur. Piyasada 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur⁽²⁶⁾.
- *Nikotin Inhaler*: Bu ürün ağızlık ve bir plastik kartuş ihtiva eder ve sigara dumanı çekilmesinin el-ağız davranışsal yönlerini karşılamak için tasarlanmıştır.

- **Nikotin Nazal Sprey:** Bu form daha hızlı bir nikotin dozu vermek üzere tasarlanmıştır. *Gebelik ve Emzirme Dönemlerinde NRT Kullanımı:* Nikotin herhangi bir formda anne karnındaki bebek için zararlı olabilir. Gebelik sırasında herhangi bir formda nikotin kullanılmamalıdır. Nikotin ve özellikle sigara kullanımı fetus ve yeni doğan sağlığına ciddi zarar verebilir ve gebelik sırasında kesilmelidir. Emzirme sırasında NRT formları kullanılmamalıdır.

Bupropion

Nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif bir ajan olmakla birlikte sigara bırakma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile beraber kullanılmaktadır (27). Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur (28). Sigaranın bırakılmasında Bupropion'un etkinliğinin plasebo ile karşılaştırıldığı 615 olguyu içeren bir çalışmada bupropion'un yavaş salımlı formlarının sigaranın bırakılma oranını arttırdığı, yan etki sıklığının çok düşük olduğu ve kilo alma oranını düşürdüğü bildirilmiştir (29). Bir yıl sonunda sigarayı bırakma oranı plasebo grubunda %12,4 iken, bupropion'da %23,1 olarak saptanmıştır (30). Yan etkileri en sıklıkla baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Bupropion kullanımı konvulsiyon, konvulsiyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım öyküsü, MSS travması, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda kontrendikedir (31).

Vareniklin

Vareniklin, sigara bırakma amacı ile geliştirilmiş, en etkili farmakoterapi seçeneklerinden biridir. Sigara dumanı İnhalasyonu sonunda pulmoner damar yatağından hızla emilerek serebral dolaşıma geçer. Santral sinir sistemine ve nikotinik asetil kolin reseptörlerine ulaşır (1,2). Nikotin beyinde nikotinik asetil kolin reseptörlerine bağlanıp birçok nörotransmitterin salınımına yol açar. Nöronal nikotinik asetil kolin reseptörleri 2 α 4 ve 3 β 2 subüniteleri içerir. Yoğun olarak beynin şartlı öğrenme, ödül sistemi olarak da adlandırılan mesolimbik dopaminerjik sistemde lokalizedirler, uyarılmaları dopamin salınımına ve nikotinin tekrar alım

yönündeki kuvvetli uyarısının devamına yol açar (32-35). Vareniklin doğada bulunan alkaloid sistisin bitkisinin yapısının modifikasyonu ile geliştirilmiştir. İlaç, α 4, β 2 subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir (33-35). Vareniklin α 4 β 2 reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde vareniklin kullanırken kişi sigara içerek nikotin inhale etse dahi dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (36-38). Vareniklinin geliştirilme süresinde yapılan faz II güvenlik, doz ve etkinlik çalışmaları ile faz III etkinlik, güvenlik ve uzatılmış tedavi çalışmaları sonucunda, vareniklinin etkin, güvenilir ve yan etkileri tolere edilebilir bulunmuştur (39-41). Olgulardan 24 hafta vareniklin kullanan grubun sigara bırakmış kalma başarısı 24. hafta sonunda %70,5 iken, bir yıl sonunda bırakmış olarak kalma oranı %36,9 bulunmuştur. Vareniklinin etkinliğinin nikotin yerine koyma tedavileri ile karşılaştırıldığı araştırmalarda ise, vareniklin kullanan olgularda sigara bırakma başarısının anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür (12,13). Sigara bırakma tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırıldığı 69 araştırmanın meta-analizlerde vareniklinin sigara bırakmadaki etkinliği plasebodan 2,4 kat, bupropiondan 2.2 kat (14) nikotin yerine koyma tedavilerinden ise 1,31 kat yüksek olarak saptanmıştır (15). Vareniklin sigara bırakma amacı ile kullanılan farmakoterapiler arasında nikotin yerine koyma ve bupropion ile birlikte ilk seçenek ilaçlar grubunda yer almaktadır. İlaç gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır. Diğer yan etkiler uykusuzluk, anormal düşler, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır.

Kaynaklar

- 1) WHO report on the global epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization. 2008.
- 2) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (MPOWER), 2008, WHO, Geneva. Türkçe çeviri; MPOWER; DS. Küresel Tütün Salgını Raporu, çev. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T.
- 3) Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol 1992;11:331-4.
- 4) Araz.A. Sağlık Geliştirilmesi: Sağlık Davranışlarını Değiştirmek. Çev editörü: Dirik G. Sağlık Psikolojisi. 1. Baskı. Ankara Nobel Akademik Yayıncılık, Şubat 2016.p.181-211.

- 5) Avrupa Sigara Bırakma Kılavuzu. Çeviri editörleri; Karalezli A, Börekçi Ş. 1. Baskı. İstanbul: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği; Eylül 2013;55-77.
- 6) Oğuz Kılınc. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Ankara:Toraks Kitapları; 2010.p.479-484.
- 7) Aytemur ZA. Sigara Bırakma Tedavisinde Pratik Güncel Öneriler. Türkiye Klinikleri.J Fam Med-Special Topics 2011;2 (4).
- 8) A guide for tobacco users to quit. WHO Library Cataloguing-Publication Data, 2014. ISBN 978 92 4 150693 9 (print), ISBN 978 92 4 069259 6.
- 9) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model. J Consult Clin Psychol, 51, 390-5.
- 10) Motivasyonel Görüşme ve Değişimin Evreleri. In: Ögel K, Karadağ Figen, Tezcan AE (çev.eds). Motivasyonel Görüşme. Ankara:HYB Basım Yayın, 2009:215-231.
- 11) Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ at all.TreatingTobaccoUse and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. Chest 2002; 121; 932-41.
- 12) A Clinical Practice Guide line for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. PublicHealth Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. Am J Prev Med 2008; 35: 158-76.
- 13) Motivasyonel Görüşme ve Değişimin Evreleri. In: Ögel K, Karadağ Figen, Tezcan AE (çev.eds). Motivasyonel Görüşme. Ankara:HYB Basım Yayın, 2009:215-231.
- 14) Anczak JD, Nogler RA. Tobacco cessation in primary care: Maximizing intervention strategies. Clin Med Res 2003;3, 201-16.
- 15) Ayşe Koyun. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteorik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora tezi, 2013. Tez Danışmanı: Eroğlu K.
- 16) Rubak S. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice 2005; 55: 305-312.
- 17) Chanut F, Brown TG, Dongier M. Motivational interviewing and clinical psychiatry [published correction appears in Can J Psychiatry. 2005 Oct;50 (11):A3]. Can J Psychiatry. 2005;50 (9):548-554.
- 18) Miller WR, Rollnick S. (2002). Motivational Interviewing. The Guilford Press, New York, London.
- 19) Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009;2 (2):41-4.
- 20) Kotlyar M, Hatsukami DK. Managing nicotine addiction. J Dent Educ 2002;66:1061-73.
- 21) Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev PharmacolToxicol 2009;49:57-71.
- 22) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (3):CD000146. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2008; (1):CD000146.
- 23) Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA Cancer J Clin 2005;55:281-99.
- 24) Yıldız D. Nicotine, its metabolism and an overview of its biological effects. Toxicol. 2004;43 (6):619-632.
- 25) Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Nikotin Replasman Tedavileri /Pharmacological Therapy in Smoking Cessation: Nicotine Replacement Therapies Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016; 4 (1): 104-107.
- 26) Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002; 346 (7): 506-12.
- 27) West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55:987-99.
- 28) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K-O: The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27.
- 29) Hurt RD, Sachs DPL, Elbert DG, et al: A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med J 1997;337 (17): 1195-202.
- 30) Russel MA, Jarvis M, Iyer R, et al: Relation of nicotine yield of cigarettes to blood nicotine concentrations in smokers. BMJ 1980;280:972-6.
- 31) Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. Nicotine Tob Res 2000;2:19-37.
- 32) Subramaniyan M, Dani JA. Dopaminergic and cholinergic learning mechanisms in nicotine addiction. Ann N Y Acad Sci 2015;1349:46-63.
- 33) Tapper AR, McKinney SL, Nashmi R, et al. Nicotine activation of alpha4* receptors: Sufficient for reward, tolerance, and sensitization. Science 2004;306: 1029-32.
- 34) Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med 2010; 362: 2295-2303.
- 35) Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: An alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem 2005;48:3474-7.
- 36) Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: Results from a 7-week, randomized, placebo and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. Arch Intern Med 2006;166:1561-8.
- 37) Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. Arch Intern Med 2006;166: 1571-7.
- 38) Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. JAMA 2006;296:56-63.
- 39) Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: A randomized controlled trial. JAMA 2006;296: 47-55.
- 40) Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296: 64-71.
- 41) Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. Addiction 2008;103:146-54.
- 42) Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised open-label trial. Thorax 2008;63:717-24.
- 43) Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008;179:135-44.
- 44) Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008; (3):CD006103.

Tütün Kontrolü için Sağlık Okuryazarlığı ve > Toplum Motivasyonu

143

UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER • UZM. DR. HİLAL GÖRGEL KAHRAMAN

Türkiye’de 8 Ocak 2008 tarihinde yasalaşan ve 19 Mayıs 2008 tarihinde de uygulanmaya başlanan “Dumansız Hava Sahası” ile özdeşleşen, tütün ürünleriyle mücadelede yeni bir dönem başladı. Sağlık Bakanlığı tüm medya kanallarını, yazılı ve görsel basını kullanarak 4 fazlı bir medya ve iletişim kampanyası yürütmüştür. “DUMANSIZ HAVA SAHASI” medya kampanyasında Yasa ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “Dumansız Hava Sahası” ve “Havanı Koru” sloganlarıyla Ulusal Medya Kampanyası başlatıldı. Medya kampanyasında sergilenen, olumlu mesajlar, birleştirici yaklaşım kabul görmüştür ⁽¹⁾. O dönemlerde, kampanya çerçevesinde TV ve radyo spotu, gazete ilanı, billboardlar, afişler, broşürler, açık hava uygulamaları düzenlenmiştir ⁽¹⁾. Her sosyo-ekonomik konumdan ve görüşten bireyin, rol modelin ve politikacının kampanyanın ortak sözcülüğünü yapması hedeflenmiş ve başarı sağlanmıştır. Dönemin tüm siyasal partilerin liderlerinin kampanyaya dâhil edilmesi ile birliktelik mesajı güçlendirildi. Toplumun her kesiminden sözcüler, medyada yasaya ve kampanyaya desteklerini belirtmişlerdir. Yasa, toplumsal bir sağduyu hareketine dönüştüğü gözlenmiştir. Başlangıçta kapalı mekanların sigara dumanından arındırılmasının yararlarının konu edildiği yayınlar yapılmış, zaman içinde sigara içilmesinin zararları ve bırakmanın yararlarının anlatıldığı programlar yayına girmiştir. Bu çalışmaların yapılmasında yasanın bütün televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile sigaranın zararları ve sigara içmemenin yararları konusunda yayın yapma yükümlülüğü veren maddesi olanak

sağlamıştır. Bu yayınların sonucunda toplumda sigara karşıtı bir tutum gelişmesi sağlanmıştır ⁽²⁾. Zaman içinde tütün kontrolü için yasaya konulan ulusal ve yerel medya organlarında yayın yapma zorunluluğu kapsamındaki 90 dakikalık yayınlar, sağlıkla ilgili farklı konularda bilgilendirme ve bilinçlendirme için kullanılmaya başlanmış ve yavaş yavaş tütün kontrolü kamu spotlarının mevcutlar içerisindeki sıklığının azaldığı gözlenmiştir. Bu medya kampanyası etkili sağlık iletişimi kampanyasının taşıması gereken özellikleri taşımış ve Sağlık Bakanlığının yürüttüğü Dumansız Hava Sahası uygulamasının sigara ile mücadelede etkili olduğunu göstermiştir ⁽³⁾. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi bileşenlerinin sivil toplum olarak destekledikleri ve bir proje dahilinde devam eden 2009-2010 yılları arasında tütün ürünleri tüketiminde %13’lük bir azalma yaşanmıştır ⁽⁴⁾.

Toplumların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan tütünle mücadele stratejisinin önemli bir aşamadır. Dolayısıyla, bu stratejinin uygulanabilirliği, yalnızca mevzuat düzenlemelerinin tamamlanması, belli yasakların kamusal hayata geçirilmesi ve denetim mekanizmalarının oluşturulması ile mümkün değildir. Yukarıda verilen örnekler konuya bütünsel bakış açısının önemini ortaya koymaktadır. Bütün içerisinde toplum katılımı ve motivasyonu öncelikli bir yere sahip olmalıdır. Son dönemlerde tütün kontrolüne toplum katılımının sağlanmadığına dair bazı veriler öne çıkmaktadır. Örneğin, aktif içicilik yüzdeleri ve kamuya açık kapalı alanlarda tütün kullanım sıklığı bu konuda

önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir. Veriler, Türkiye’de tütün kullanımının hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını koruduğunu otaya koymaktadır. Bu konuda bazı güncel veriler aşağıda sunulmuştur:

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasında da tütün kullanımına ilişkin soru yer almaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması 2014, 2016 ve 2019 yıllarında yapılmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması (2019) sonuçlarına göre Türkiye de 15 yaş ve üzerinde her gün tütün kullanma %28,0, ara sıra kullanma %3,4 ve bırakma ise %14,2’dir. Nüfusun %54,5’i hiç tütün kullanmamıştır⁽⁵⁾.
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2016)⁽⁶⁾ tütün dumanından pasif etkilenim konusunda önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Kapalı ortamda çalışan yetişkinlerin %10,6’sı (1,6 milyon yetişkin) çalışma ortamında; yetişkinlerin %26,7’si (16 milyon yetişkin) evde; kendine ait özel araçları olan yetişkinlerin %17,4’ü (5,5 milyon yetişkin) araçlarında, %16’sı taksilerde; yetişkinlerin %4,7’si kamu binalarında, %12,7’si (2,8 milyon yetişkin) restoranlarda, %28’i (7,2 milyon yetişkin) kafe, kahvehaneler ve çayhaneler gibi halka açık yerlerde, tütün dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir.
- Küresel Gençlik Tütün Araştırması’nın (2017)⁽⁷⁾ tütün dumanından pasif etkilenim konusundaki sonuçları tütün kontrolünde gerilemeye işaret etmektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre; evde tütün dumanına maruz kalma %46,1 (erkeklerde %44,1 ve kızlarda %48,3) Halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kalma %51,8 (erkeklerde %50,9 ve kızlarda %52,6) Açık alanlarda tütün dumanına maruz kalma %54,2 (erkeklerde %51,3 ve kızlarda %57,2) Okul içinde ya da bahçesinde tütün içen birini görme %59,3 (erkeklerde %59,2 ve kızlarda %59,2) olarak bildirilmiştir.
- Türkiye’de tütün kullanımında 2009-2010 yılları arasında yaşanan düşme eğilimi son yıllarda tekrar yükselişe geçmiştir. Ayrıca, 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanununda çerçevesi net biçimde belirtilen kuralların pek çok alanda uygulanmadığı ile ilgili tespitler yapılmaktadır⁽⁴⁾.
- Türkiye’de, Ulusal Tütün Kontrol Programı (UTKP) çerçevesinde toplumda sigara karşıtı bir tutum oluşturmak, pasif ekilenimin sağlığı

zararları hakkında farkındalık sağlamak ve vergi yükünü artırmak konusunda belirlenen hedeflere ulaşıldığı görülmektedir⁽⁸⁾. Ancak kapalı alanlarda tütün ürünlerinin kullanılması, tütün endüstrisinin reklam ve promosyon ihlallerinin önlenmesi, tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin sonlandırılması, tütün çiftçilerine yönelik alternatif ekim politikaları geliştirilmesi ve tütün ürünlerinin içeriği konusunda toplumsal bilgilendirmenin yapılması konularında hedeflere ulaşılamamıştır. Tütün endüstrisinin uygulamalarını toplumla paylaşılmasını hedefleyen” bu stratejiye 2015-2018 dönemi eylem planında yer verilmemiş olması konu özelinde karşılaşılan önemli bir sorundur⁽⁸⁾.

Bu saptamalar neticesinde Türkiye’de tütün kontrolü alanında toplum motivasyonu alanında yeni politikalar ve politikaları benimsetecek sağlık iletişimi çalışmalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bu noktada toplumu bilgilendirme kanalları, sağlık okuryazarlığı ve ilgili kavram ve uygulamalar iyi bilinmelidir.

Toplum Motivasyonunu Geliştirmek İçin Neler Yapılmaktadır?

Türkiye’de toplumsal düzeyde katılımı sağlamak ve geliştirmek için bazı uygulamalar mevcuttur:

- Sağlık Bakanlığının yanı sıra, üniversiteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları tarafından toplumun tütün kullanımının etkilerinden korunmasına yönelik mesajlar üretilmekte ve ulaştırılmaktadır. Bu mesajlar, bazı özel günlerde yoğunlaşmaktadır^(9,10).
- Sağlık Bakanlığı, Tütünle Mücadelede Sivil Toplum ve Gençlik Çalıştayı 2016 yılında düzenlenerek gençlerin tütün ürünlerinden korunması ve tütün ürünleri kullanımı ile mücadele çalışmalarına aktif katılımlarının sağlanmasına yönelik önemli bir adım atılmıştır. Bu çalıştaylar sonrası Tütünle Mücadelede Gençlik Eylem Planı hazırlanmış, ancak yayınlanmamıştır⁽¹¹⁾.
- 24-26 Mart 2017 tarihinde sivil toplum kuruluşlarından gönüllü olarak katılan gençlere, tütünle mücadelenin yanı sıra iletişim becerilerine ilişkin konuları da içeren “Tütünle Mücadelede

Görev Bende Akran Eğitim Programı” eğitimleri verilmiş bu program kapsamında eğitim alan gençler, illerinde il müdürlüklerimiz ile iş birliği içerisinde akranlarına yönelik organizasyonlar düzenlemekte ve eğitimler vermektedir ⁽¹¹⁾.

- Tütün Kontrol Strateji Belgesi 2018-2023’de sorumlu ve iş birliği yapılacak kurum kuruluş olarak sivil toplum örgütleri içinde sadece Yeşilay muhatap kılınmıştır. Türkiye Yeşilay Cemiyeti’nin 3-4 Mayıs 2019 tarihlerinde düzenlediği, “Vizyon 2023: Sigarasız Türkiye” başlıklı çalıştay kapsamında; uzman bilim insanları, sivil toplum kuruluşları ve ilgili kamu kurum ve kuruluşları yetkilileri tarafından, tütünle mücadelede Türkiye’nin güçlü ve zayıf yönleri, mevcut fırsatlar ve karşılaşılabilecek tehditler tartışılmıştır ⁽¹²⁾. Toplantının sonuç bildirisinde de 2008-2011 dönemine olan özlem ifade edilmekte 2019 yılında bu ivmenin yakalanması dilenmektedir. Türkiye’de 2008-2012 yılları arasında sigara kullanımında gözlenen düşüş ivmesinin, 2019 yılı itibarıyla yeniden sağlanması ve Türkiye’nin sigarasızlaştırılması hedeflenerek etkili tütün kontrol politikalarının uygulanması gerekmektedir. Bu süreçte tütün kullanıcılarının da tütünle mücadeleye destek vermelerinin sağlanması önemlidir ⁽¹²⁾.

Toplum Motivasyonu ile İlgili Hangi Mevcut Araştırma Sonuçları İzlenebilir?

Türkiye’de sistematik olarak yapılan küresel araştırmalar, toplumun tütün kontrolü algısı, motivasyonu ve sağlık okuryazarlık düzeyinin saptaması yönünden önemlidir. Bu verilerin bazıları aşağıda sunulmuştur:

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na Göre Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar (2016) ⁽⁶⁾

- Yetişkinlerin %83,3’ü başkasının dumanını solmanın da sigara içmeyenlerde ciddi hastalıklara, %95,4’ü çocuklarda akciğer hastalığına neden olacağına inanmaktadır.
- Yetişkinlerin %90,4’ü işyerlerinde ve halka açık yerlerde sigara içilmesinin yasaklanmasını desteklemektedir.

Küresel Gençlik Araştırması Göre Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar (2017) ⁽⁷⁾

- Tütün kullanımına bir kere başlayan birinin, bırakmasının kesinlikle zor olduğunu düşünen öğrenciler %36,9 (erkeklerde %33,6 ve kızlarda %40,3)
- Sigara içmenin kendilerini kutlamalar, partiler ve sosyal toplantılarda daha rahat hissettireceğini belirten öğrenciler %26,2 (erkeklerde %31,0 ve kızlarda %21,3)
- Pasif etkilenimin sağlığa zararlı olduğunu düşünen öğrenciler %79,5 (erkeklerde %75,1 ve kızlarda %84,2)
- Halka açık kapalı alanlarda sigara kullanımının yasaklanmasını destekleyen öğrenciler %91,1 (erkeklerde %88,1 ve kızlarda %94,2)
- Açık alanlarda sigara kullanımının yasaklanmasını destekleyen öğrenciler %74,5 (erkeklerde %72,8 ve kızlarda %76,3)

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na Göre Medyanın Etkisi (2016) ⁽⁶⁾

- Yetişkinlerin %75,6’sı tütün karşıtı bilgilere herhangi bir kaynakta fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Grubun %73,7’si televizyon ya da radyoda dikkatlerinin çekildiğini belirtmişlerdir.
- Türkiye’de sigara paketleri üzerine resimli uyarılar 2010 yılının Mayıs ayından itibaren yer almaktadır. Halen sigara içenlerin %83,3’ü, sigara paketlerinde sağlık uyarıları olduğunu ve %31’i resimli sağlık uyarıları nedeni ile sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir.
- Yetişkinlerin %6,2’si sigaranın satıldığı dükkanlarda, sigara reklamlarına rastladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %16,2’si ise dükkanlar haricinde sigara reklamı/promosyonu veya spor etkinliği sponsorluğu fark etmiştir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması’na Göre Medyanın Etkisi (2017) ⁽⁷⁾

- Satış noktalarında tütün reklamı veya sponsorluğunu fark eden öğrenciler %26,8 (erkeklerde %28,9 ve kızlarda %24,5)
- TV, video ya da sinema filminde tütün kullanan birini gören öğrenci %66,5 (erkeklerde %66,1 ve kızlarda %67,0)

- Tütün firması aracılığıyla kendisine ücretsiz tütün ürünü ikram edilen öğrenciler %8,6 (erkeklerde %12,8 ve kızlarda %4,4)
- Üzerinde bir tütün markası logosu olan bir şeyi sahip öğrenciler %8,3 (erkeklerde %11,7 ve kızlarda %5,0)
- Medyada tütün karşıtı mesajları fark eden öğrenciler %61,1 (erkeklerde %58,5 ve kızlarda %63,8)
- Sportif ya da toplumsal etkinliklerde tütün karşıtı mesajları fark eden öğrenciler %35,2 (erkeklerde %37,1 ve kızlarda %32,9)
- Halen sigara içenler arasında sigara paketlerinde yer alan sağlık uyarıları sebebiyle sigarayı bırakmayı düşünenler %22,9 (erkeklerde %24,0 ve kızlarda %20,5)
- Son 12 ay içinde tütün ürünlerinin zararları konusunda okulda bilgi aldığını söyleyen öğrenciler %56,0 (erkeklerde %54,7 ve kızlarda %57,3)

Diğer Araştırmalar ve Sonuçları

Tütün firmalarının yasa dışı reklam, sponsorluk ve promosyonu izlemeye ilişkin yerel çalışmalar yapılmaktadır⁽¹³⁾. Ayrıca, sinema filmlerindeki kullanımlarına ilişkin yapılmış araştırmalar vardır⁽¹⁴⁾. Filmlerinde tütün ürünleri içilmesine izin veren yönetmenler ve sinema filmlerinde rol gereği sigara içen sinema sanatçıları izleyecek, bir web tabanlı takip sistemi kurulabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık okuryazarlığı bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi, geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Kısaca sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracı olduğu söylenebilir⁽¹⁵⁾.

“Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması”na⁽¹⁶⁾ göre Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı

düzeyi düşük. Araştırmaya katılanların TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında; %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmayanlarda %56,8 iken kullananlarda %18,1’dir. Belirtilmiş olan iletişim araçları içerisinde %48,6 oranıyla internet ilk sırada yer alırken bunu televizyon %33, gazete %8,9, cep telefonu ve akıllı telefon uygulamaları %6,5, kitap %3,8 takip etmektedir⁽¹⁶⁾.

TOYS-32’de yer alan sorulara soru bazında incelendiğinde ise hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu için zor-çok zor cevapların en yüksek olduğu bir soru ise %51 oranıyla “İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek”tir. Kitle iletişim araçlarında yer alan sağlıkla ilgili bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmede toplumun yarısının zorlandığını görülmekte. Bu bakımdan sağlık alanında resmî kaynakların referans alınmasının önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır⁽¹⁵⁾. Bu nedenlerle; uzmanlık dernekleri ve kamu kurum kuruluşlarının üreteceği ve yayımlayacağı, internet ortamında paylaşacakları bilgi ve belgeler halkta tütün kontrolü motivasyonu açısından değerli ve önemlidir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması Raporunda yer alan tütün kontrolü ile ilgili olabileceği düşünülen sorular ve sorulara verilen yanıtlar **Tablo 143.1-3’**de sunulmuştur.

Küresel Tütün Gençlik ve Yetişkin Tütün Araştırma bulgu ve çıktıları, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması bulgu ve sonuçlarıyla ilişkilendirdiğimizde, ileriye dönük olarak hangi yollar ve materyaller ile farkındalık kazanılmasına katkı sunulabileceği, bilgi dokümanları üretileceği, güncel bilgilerin yaygın

Tablo 143.1 Son Bir Yıl İçinde Sağlıklı Olmak İçin Yapılan Aktivitelerin Dağılımı (TSOYA Raporundan, 2017)⁽¹⁵⁾.

Aktivite*	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata
Fiziksel aktivite/spor yapma	24,2	0,9
Beslenme alışkanlıklarını değiştirme	24,6	1,0
Sigarayı azaltma/bırakma	6,4	0,5
Alkol alımını azaltma/bırakma	1,6	0,3

*Bir kişi birden çok aktivite seçeneğini cevap olarak belirtmiştir.

Tablo 143.2 TSOY-32 Ölçeği Hastalıklarından Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (TSOYA Raporundan, 2017)⁽¹⁵⁾.

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	% SH	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	% SH	13.7 0.7	55.0 1.1	20.8 1.0	9.6 0.6	0.9 0.3
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	% SH	12.1 0.7	43.5 1.1	29.6 1.0	14.1 0.8	0.7 0.2
Sigara içme , yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	% SH	13.2 0.8	48.6 1.1	26.4 1.0	10.6 0.7	1.1 0.3
Sigara içme , yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	% SH	13.4 0.8	56.6 1.0	20.0 0.9	8.9 0.5	1.1 0.3

Tablo 143.3 Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı İletişim Araçlarının Dağılımı (TSOYA Raporundan, 2017) (15).

Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Kaynağı İletişim Araçları*	Ağırlıklı Yüzde	Standart Hata
İnternet	48,6	1,2
Televizyon	33,0	1,1
Gazete	8,9	0,7
Cep telefonları /akıllı telefon uygulamaları	6,5	0,6
Kitap	3,8	0,4
Dergi	3,2	0,5
Broşür	2,6	0,4
Afiş	1,6	0,3
Radyo	1,3	0,2
Reklam panoları/ ilanlar (billboard)	0,6	0,1
Herhangi bir yerden bilgi almıyorum	33,0	1,1

*Bir kişi birden çok aktivite seçeneğini cevap olarak belirtmiştir.

şekilde paylaşılması gerekliliği, **internet, bilimsel ortamlar, kitaplar, toplum katılımının aktif sağlanabileceği etkinlikler düzenlenmesi gerekliliği** anlaşılır. Bu dokümanlar içinde tütün endüstrisi faaliyetlerini izlemek, tütün kontrolüne müdahale taktikleri hakkında halkı bilgilendirecek materyallere öncelik verilmesi durumunda, tütün endüstrisinin uygulamalarının ve taktiklerinin toplumla paylaşılmasını sağlanmış olur. Sağlık Bakanlığının televizyonlarda yayınlanan son iki kamu spotu da bu yöndedir.

Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı'nda zorunlu eğitime devam eden öğrencilerin tütün ürünleri ile mücadele konusunda eğitim alma ve eğitim almış öğrencilerdeki farkındalık sıklığına ilişkin bir ölçümün bugüne kadar yapılmadığı; ancak bundan sonraki yıllarda yapılacak ölçümler ile

bu sayının sırasıyla 2019'da %90 ve %70'e ve 2023'te ise %98 ve %90'a yükseltilmesi hedeflendiği belirtilmektedir. 2019 yılı ve 2023 yılına ait diğer hedefler ve 13-15 yaş grubu gençlerin tütün ürünlerinin zararlarına ilişkin uyarılarına yönelik amaçlar doğrultusunda tütün ürünlerinin zararları konusunda okulda bilgi aldığını ifade edenlerin sıklığı 2018 yılında %56 iken, 2019 yılı hedefi %80, 2023 Yılı hedefi %95 alınmıştır. Resimli sağlık uyarıları sebebiyle sigarayı bırakmayı düşünenlerin sıklığı %22,9, 2019 yılı hedefi %25, 2023 yılı hedefi %35'tir. Öğrenciler arasında pasif ekilenimin sağlığa zararlı olduğunu düşünenlerin yüzdesi 2018 yılında %79,5 iken 2019 yılı hedefi %85, 2023 yılı hedefi %95'tir⁽¹⁷⁾.

Sigara bırakmak isteyen bireylere yönelik motivasyonel bırakma teknikleri kullanılarak hazırlanan bilgilendirici mesajların yer aldığı, ziyaret eden

kişilerin kendi bırakma hikayelerini paylaşabildiği, sigara bırakmanın sağlık yararlarının vurgulandığı ve sigara bırakmanın ekonomik kazancının bireye özel hesaplandığı interaktif bir web sitesi olan alo171.saglik.gov.tr 2016 yılında erişime açılmıştır. Web sitesi, açıldığı tarihten 2018 yılı sonuna kadar 3.358.515 kişi tarafından ziyaret edilmiştir. havanikoru.org web sitesi 2013 yılında hizmete açıldı. Site, hizmete açıldığı tarihten 2018 yılı sonuna kadar 1.575.946 kişi tarafından ziyaret edilmiştir⁽¹⁷⁾.

Yeşilay'ın yürüttüğü Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM) TBM kapsamında, ülke genelindeki 31.581 rehber öğretmene bağımlılıkla mücadele eğitimleri verildi. Rehber öğretmenler tarafından öğrencilerin tütün ürünü kullanımının önlenmesi, kullananların bırakmaları için desteklenmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Bu program ile örgün eğitimin her kademesinde yer alan öğrencilerin yanı sıra, öğretmenlere, velilere ve toplumun her kesimine yaygın eğitim yoluyla ulaşılması hedeflenmektedir. Bu amaçla programa yönelik e-öğrenme portalı da oluşturuldu. Program, anaokulu, ilkokul, ortaokul, lise ve yetişkin yaş gruplarına özel ayrı ayrı hazırlanmış modüllerden oluşmaktadır.

TBM Eğitim Programı Kapsamında Oluşturulan Modüllere Göre Eğitim Verilen Kişi Sayıları (2017-2018 Eğitim Öğretim Yılı) TBM Eğitici Eğitimi (Formatör) Alan Rehberlik Öğretmeni Sayısı: 712 TBM Uygulayıcı Eğitimi Alan Rehberlik Öğretmeni Sayısı: 31.581 Tütün bağımlılığı konusunda 341.528 öğretmen yönetici, 5.258.750 öğretmen ve 1.002.051 veliye ulaşılmıştır⁽¹⁷⁾.

Düz paket uygulamasına ilişkin düzenlemeleri de içeren Kanun, "Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" içerisinde yer alarak 15 Kasım 2018 tarihinde TBMM Genel Kurulunda kabul edildi. Kabul edilen düzenleme 5 Aralık 2018 tarihli ve 30616 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi. Yapılan düzenleme ile Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ürünlerinin; paketlerinde markanın yazı karakteri, punto boyutu, şekli, paket üzerindeki konumu dâhil olmak üzere paketlerin rengi, diğer yazı, ibare ve şekillerin tamamının aynı şekilde tasarlanan düz ve standart paketle piyasaya arz edilmesi sağlandı. Aynı kanun kapsamında televizyonda yayınlanan programlar, filmler, diziler, müzik klipleri, reklam ve tanıtım filmleri, sinema ve tiyatrolarda gösterilen eserlerde, internet, toplu-

ma açık olan sosyal medya ve benzeri ortamlarda tütün ürünleri kullanılmayacak, görüntülerine yer verilemeyecek. Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde ve üniversite yerleşkelerinde tütün ürünlerinin satışı yapılamayacaktır⁽¹⁷⁾.

1 Mart 2019 tarihli ve 30701 sayılı Resmi Gazetede⁽¹⁸⁾ yayımlanarak yürürlüğe giren Yönetmelik ile düz paket uygulamasına ilişkin hükümleri taşımayan tütün ürünlerinin 05.12.2019 tarihinden sonra piyasaya arz edilmesi ve 05.01.2020 tarihinden sonra da piyasada bulundurulması yasaklanmıştır. Endüstrinin en önemli reklam aracı olan, sigara paketleriyle satış noktalarında, reklam nesnesi olarak canlı, bildik, renkli, hatırlatıcı paketlerini kullanarak sigaranın cazibesini arttırmasının önüne geçilmiştir.

Tütün kontrolü konusunda, toplum katılımını da hedefleyen 2009-2012 dönemindeki başarının sağlanabilmesi için; o yıllarda yapılan etkin ve kararlı mücadele yöntemleri, birlik ve beraberlik içerisinde toplum kabulünü artıran çalışma yöntemleri uygulanmalı, toplum motivasyonu sağlanmalı, sağlık okuryazarlığını geliştirilerek toplumsal katılım üst düzeylere çıkarılmalıdır.

Kaynaklar

- [Internet] <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,4003/kampanya-hakinda.html>. Erişim tarihi: 15.06.2020.
- Bilir N, Özcebe H. Tütün Bağımlılığı ve Kontrolü: Bireysel, Toplumsal ve Sosyal Pazarlama Yaklaşımları [Internet] [http://www.journalagent.com/eurasianjpubmonol/pdfs/EJP_16_2_63_68\[A\].pdf](http://www.journalagent.com/eurasianjpubmonol/pdfs/EJP_16_2_63_68[A].pdf) Erişim tarihi: 23.06.2020.
- Tengilimoğlu D, Güzel A, Günaydın E. Sosyal Pazarlama Kapsamında Dumanlı Hava Sahası: Örnek Bir Uygulama [Internet] <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/287250> Erişim tarihi: 25.06.2020.
- Mutlu İE, Seydioğlu M. Tütün Kontrolü ve Hukuk: Son Gelişmeler [Internet] https://www.ttb.org.tr/sted/images/files/dergi/2017/may_haz_ozel.pdf Erişim tarihi: 24.06.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, Türkiye Sağlık Araştırması 2019, Sayı 33661, 04/06/2020. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı. Küresel Gençlik Araştırması 2017. Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti.
- Elbek O. Tütün Kontrolü Çalışmalarına Dair Güncel Durum Değerlendirmesi [Internet] <https://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2015/3-1.pdf> Erişim tarihi:24.06.2020.
- [Internet] <https://hasuder.org.tr/31-mayis-tutunsuz-bir-dunya-gunu/> Erişim tarihi:24.06.2020.

- 10) [Internet] https://www.yesilay.org.tr/Documents/file/YADosyalar/vizyon_2023_bildirisi.pdf Erişim tarihi 25.06.2020.
- 11) Karaca M. tütün kontrol politikasının sistem yaklaşımı ile analizi: Türkiye’de Gençler için dumansız dünya. ADDIC TA. 2019;6 (4):1-29.
- 12) T.C. Cumhurbaşkanlığı. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2020
- 13) Çoban T, İncesoy AC, Demir B, et al. Evaluation of tobacco products selling websites accessed by using search engines. Turk Thorac J 2019; DOI: 10.5152/TurkThoracJ.2019.190124.
- 14) Sarı G. Popüler türk sinemasında ürün yerleştirme: tütün ve tütün mamülleri kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016;40 (2):79-103.
- 15) [Internet] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31374,turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 25.06.2020.
- 16) [Internet] <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html> Erişim tarihi:25.06.2020.
- 17) T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018. [Internet] <https://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/Turkey/Turkey%20-%20Plan%20of%20Action%20%282015-2018%29%20-%20national.pdf>. Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 18) [Internet] <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-z5.htm> Erişim tarihi:25.06.2020.



Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Strateji Planı MPOWER Kapsamında › Türkiye'nin Konumu

144

UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER • PROF. DR. HİLAL ÖZCEBE

Dünya genelinde her yıl sekiz milyon kişinin ölümüne yol açan tütün kullanımı çok önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2003 yılında DSÖ 56. Genel Kurulunda üye ülkelerin oybirliği ile kabul edilen ve ilk uluslararası tütün kontrolü antlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS) içinde yer alan etkili tütün kontrolü önlemlerinin uygulanması ile milyonlarca kişinin ölümü önlenebileceği kabul edilmektedir ⁽¹⁾. DSÖ TKÇS paralelinde belirlenen etkili tütün kontrolü stratejileri 2008 yılında MPOWER Paketi içinde tanımlanmıştır. MPOWER strateji paketi tütün kontrolünde etkili müdahale ve izleme çalışmalarını önermektedir ⁽²⁾.

Türkiye'de, 1996 yılında çıkarılan 4207 Sayılı "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesi Hakkında Kanun"un 2008 yılında adı "Tütün Ürünlerin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" olmuş ve kapsamı da genişletilmiştir ⁽³⁾. Türkiye, bu şekilde güçlendirilmiş "Tütünle Mücadele Yasası" ile dünyaya örnek bir ülke durumuna gelmiştir. Türkiye MPOWER kapsamında olan 6 stratejiyi 2013 yılında karşılayan ilk ülke olmuştur ⁽⁴⁾.

MPOWER

Monitor tobacco use and prevention policies
Protect people from tobacco smoke
Offer help to quit tobacco use

Warn about the dangers of tobacco
Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
Raise taxes on tobacco

Tütün kullanımını ve koruyucu politikaları izle
Toplumu tütün dumanından koru
Sigarayı bırakma konusunda yardım et
Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda eğit
Tütünün reklam, tanıtım ve sponsorlukları konusundaki yasakları güçlendir
Tütün üzerindeki vergi yükünü artır

Bu raporda 2014-2020 yılları arasında MPOWER kapsamında yapılan çalışmalar özetlenmektedir.

Monitor Tobacco Use and Preventive Policies- Tütün Kullanımını ve Koruyucu Politikaları İzle

Tütün kontrolü politikalarının sistematik olarak izlenmesi veri toplama sistemiyle sağlanabilir. Tütün kontrolü politika ve uygulama izleme çalışmalarının MPOWER kapsamındaki diğer beş strateji kapsamında yapılması gerekmektedir. Tütün kullanımının, DSÖ ve CDC tarafından ortaklaşa oluşturulmuş olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması,

Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Küresel Okul Çalışanları Araştırması ve Küresel Sağlık Personeli Araştırmalarıyla izlenmesi önerilmektedir. Ayrıca, tütün kullanımıyla ilgili sağlık sonuçlarının da izlenmenin yapılması gerekmektedir ⁽⁵⁾.

Örgütlenme Yapısında Değişikler

Sağlık Bakanlığı teşkilat şeması bu dönemde değiştirilmiş, tütün kontrolüne ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir ⁽⁶⁾.

Başbakanlık 2015/1 sayılı Genelgesi ile Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı çalışmaları kapsamında "Ulusal Tütün Kontrol Koordinasyon Komitesi" kurulmuş ve 2015 yılında Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu ve Türkiye İstatistik Kurumu temsilcilerinin katılımıyla Komite ilk toplantısını yapmıştır ⁽⁴⁾.

Ancak, bağımlılık yapıcı maddelerin aralarında geçiren olduğu göz önünde bulundurularak, uyuşturucu ile mücadele çalışmaları için oluşturulan multisektörel yapı genişletilerek 9 Aralık 2017 tarihli ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile

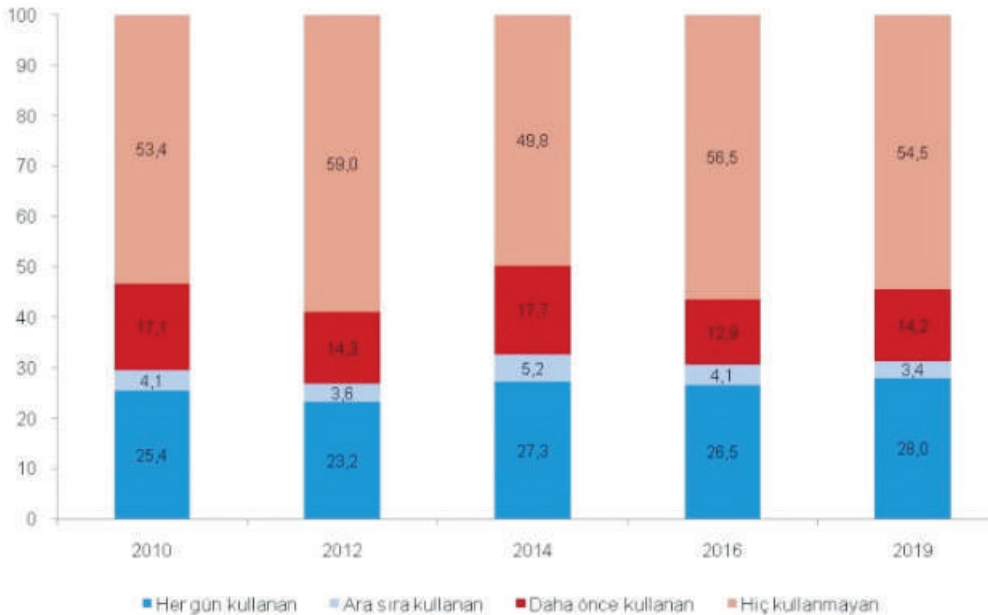
"Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu" olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu, Başbakan Yardımcısı başkanlığında Adalet, Aile ve Sosyal Politikalar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gümrük ve Ticaret, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, İçişleri, Maliye, Milli Eğitim, Sağlık, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlarının katılımı ile oluşturulmuştur. Bu şekilde tütün kontrolü, uyuşturucu, alkol, teknoloji bağımlılığı, kumar bağımlılıklarıyla birlikte değerlendirilmeye başlamıştır. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçilmesiyle birlikte 14 Şubat 2019 tarihli 30686 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu'nun Cumhurbaşkanlığı Yardımcısı başkanlığında toplanması talimatlandırılmıştır. İl düzeyinde de vali başkanlığında il koordinasyon kurullarının oluşturulması hükme bağlanmıştır ⁽⁴⁾.

Yasal Düzenlemelerde olan Değişiklikler

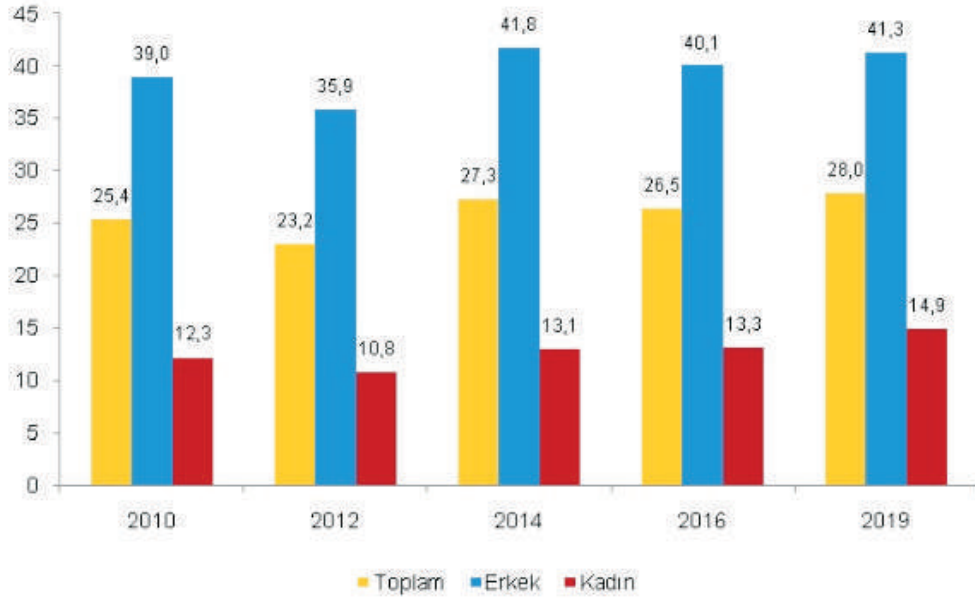
Türkiye'de 4207 Sayılı Kanun'da 2014-2020 yılları arasında değişiklikler yapılmıştır. Değişiklik yapılan maddeler, ilişkili stratejiler altında verilmiştir ⁽³⁾.

Programlar

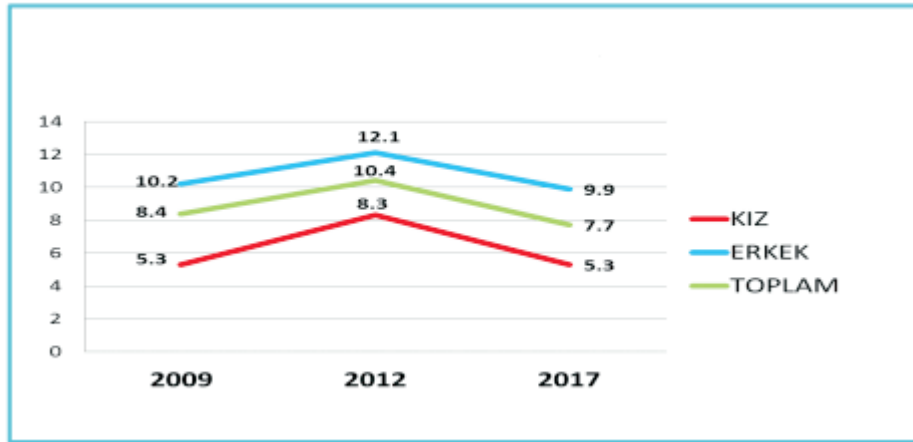
T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından bu dönemde iki eylem planı hazırlanmıştır: 2015-2018 dönemini



Şekil 144.1 Türkiye'de 15 yaş üzerinde tütün kullanımı (%) (2010-2019)⁽¹⁰⁾



Şekil 144.2 Türkiye'de her gün tütün kullananların cinsiyete göre dağılımı (%) (2010-2019)⁽¹⁰⁾



Şekil 144.3 Türkiye'de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanımı (%) (KGTA 2009-2017)⁽¹¹⁾

kapsayan Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı ⁽⁷⁾ ve 2018-2023 Dönemi Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı ⁽⁸⁾.

Araştırmalar

Türkiye'de tütün kullanımına ilişkin Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada çıkan bazı sonuçlar sunulmuştur.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına (2016) Göre Tütün Kullanımı (2016) ⁽⁹⁾

- Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Halen tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir.
- Ülkemizde 18 milyon kişi (%29,6) (halen) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5).
- Günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir. Sigara içenlerin %21'i günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir.
- 15-34 yaş arasındaki tütün kullananların %15'i her gün kullanmaya 15 yaş altında başlamışlardır. Kullanıma 18 yaş ve altında başlayanlar %57,5'dir. Ortalama tütün kullanmaya başlama yaşı 17'dir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasında da tütün kullanımına ilişkin soru yer almaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması 2014, 2016 ve 2019 yıllarında yapılmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması (2019) sonuçlarına göre Türkiye’de 15 yaş ve üzerinde her gün tütün kullanma %28,0, ara sıra kullanma %3,4 ve bırakma ise %14,2’dir; nüfusun %54,5’i hiç tütün kullanmamıştır ⁽¹⁰⁾.

Küresel Gençlik Tütün Araştırmasıyla (2017) 81 ilde ülke genelinde 1.980 okulda 122.223 öğrenciye ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda; 13-15 yaş grubunda son 30 gün içinde herhangi bir zamanda sigara içme %7,7; bu yüzde erkeklerde %9,9 ve kızlarda %5,3 olarak bulunmuştur. ⁽¹¹⁾

Tarım ve Orman Bakanlığı verilerine göre (2019), Türkiye’de 2018 yılında perakende sigara satış hasılatı 62.676.353.709 TL olmuştur. Ülkede toplam 172.038.884.780 adet sigara üretilmiş ve 118.541.720.970 adedi ülke içinde tüketilmiş, kalan 49.485.583.400 adedi ise 476.801.544 US \$’a ihraç edilmiştir. Yurt içinde tüketilen sigara miktarında 2017 yılına göre %11,5’lik bir artış görülmektedir. Türkiye’de 2014 yılından bu yana sigara tüketim miktarı ve sigara satışları artmaktadır. 2013’ten 2019 yılına kadar sigara tüketimi için harcanan para %100’e yakın ve tüketim miktarı da %30’a yakın artmıştır. Nargile tütünü tüketimi ise 2013’ten 2019 yılına kadar %2.500 artmıştır. Sarmalık kıyılmış tütün tüketimi ise 2013’ten 2019 yılına kadar %120 artmıştır. Türkiye’de 2018 yılında tütün mamulleri tüketimi için iç piyasada yaklaşık 63 milyar TL harcanmıştır ⁽¹²⁾.

Protect People From Tobacco Smoke -Toplumu Tütün Dumanından Korumak

Sağlık Bakanlığı tarafından 2015-2018 döneminde Eylem Planı kapsamında yürütülecek 2015/6 sayılı Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi yayımlanmıştır. Genelge ile kapalı alanların yanı sıra özellikle halkın yoğun olarak kullandığı bazı açık alanlarda da tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik düzenleme yapılmıştır ⁽⁴⁾. Bu kapsamda;

- Havaalanı, otobüs terminali, tren garı, alışveriş merkezi, sinema, tiyatro, sağlık kurum ve kuruluşları gibi insanların yoğun olarak kullandıkları ve toplu halde giriş çıkışın olduğu kapalı alan mahiyetindeki yerlerin giriş kapılarına asgari 5 metre mesafede olacak şekilde tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin önlenmesi,

- Kamu kurum ve kuruluşlarımızın açık alanların yalnızca belirlenmiş yerlerinde tütün mamulü tüketimine müsaade etmeleri, bu alanların toplam açık alana oranının %30’dan fazla olmaması ve giriş kapısından en az 10 metre mesafede olmasına riayet ederek, Dumansız Kampüs uygulamalarının yaygınlaştırılması,
- Kamuya açık çocuk parkı gibi temelde çocukların faydalandığı tüm açık alanlarda ve yürüyüş yolu, aletli egzersiz yapılan kısımlar gibi vatandaşların spor yapmaları için kurumlarca oluşturulmuş alanlarda tütün ve tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik çalışmaların yapılmasına dair yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılından beri GPS destekli tablet bilgisayarlar kullanılarak denetimler yapılmaktadır. Bu denetimler Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi üzerinden 81 ilde yürütülmektedir. Dumansız Hava Sahası Denetim Sisteminde gelen ihbar ve şikâyetler, Yeşil Dedektör mobil uygulaması ya da ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) aracılığıyla Bakanlığa iletilmektedir. Merkez tarafından değerlendirme sonrası, yerel denetim ekipleri görevlendirilmekte ve yerinde denetim yapılmaktadır. Ayrıca İller Arası Çapraz Denetim Modeli de uygulanmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2014-2018 yılları arasında toplam 15.366.141 denetim yapılmış ve 223.387.518 TL idari para cezası verilmiştir ⁽⁴⁾.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Göre Tütün Dumanından Pasif Etkilenim Sonuçları (2016) ⁽⁹⁾

- Kapalı ortamda çalışan yetişkinlerin %10,6’sı (1,6 milyon yetişkin) çalışma ortamında;
- Yetişkinlerin %26,7’si (16 milyon yetişkin) evde;
- Kendine ait özel araçları olan yetişkinlerin %17,4’ü (5,5 milyon yetişkin) araçlarında, %16’sı taksilerde;
- Yetişkinlerin %4,7’si kamu binalarında, %12,7’si (2,8 milyon yetişkin) restoranlarda, %28’i (7,2 milyon yetişkin) kafe, kahvehaneler ve çayhaneler gibi halka açık yerlerde, tütün dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması Göre Tütün Dumanından Pasif Etkilenim Sonuçları (2017) ⁽¹¹⁾

- Evde tütün dumanına maruz kalma %46,1 (erkeklerde %44,1 ve kızlarda %48,3)
- Halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kalma %51,8 (erkeklerde %50,9 ve kızlarda %52,6)
- Açık alanlarda tütün dumanına maruz kalma %54,2 (erkeklerde %51,3 ve kızlarda %57,2)
- Okul içinde ya da bahçesinde tütün içen birini görme %59,3 (erkeklerde %59,2 ve kızlarda %59,2)

Dağlı ve ark. 2014 yılında yaptıkları bir araştırmada İstanbulda ikram sektöründe sigara dumanından

pasif etkilenimin azalmadığı belirtmektedirler ⁽¹³⁾. Navas-Acien ve ark. da Türkiye'de toplum tarafından kullanılan binalarda sigara dumanından pasif etkilenimin devam ettiğini ⁽¹⁴⁾ ve bu binaların açık alanlarında da "okullar hariç olmak üzere" devam ettiği ⁽¹⁵⁾; ikram sektöründe çalışanların daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğu ⁽¹⁶⁾ belirtmişlerdir.

Özcebe ve Akçay evlerde ⁽¹⁷⁾ ve araçlarda ⁽¹⁸⁾ çocukların sigara dumanına maruz kaldıklarını; İnci ve ark., beş yaş altındaki çocukların ⁽¹⁹⁾ ve gebelerin ⁽²⁰⁾ sigara dumanından pasif olarak etkilendikleri belirtmişlerdir.

Sigara dumanından pasif etkilenimin etkileri üzerine çalışmalar yürütülmektedir; Geç doğan bebeklerin okul öncesi yaşlarında akciğer kapasitesinin olumsuz etkilendiği ⁽²¹⁾; Elazığ'da yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullanımının düşük doğum ağırlığı riskini artırdığı ⁽²²⁾ belirtilmiştir.

Offer Help to Quit Tobacco Use - Sigarayayı Bırakma Konusunda Yardım Et

Tütün bırakma hizmetleri, sigara bırakma konusunda eğitim almış hekimler tarafından sigara bırakma polikliniklerinde ve ALO 171 Sigara Bırakma Danışma hattı tarafından yürütülmektedir ⁽⁴⁾.

Türkiye'de 2019 yılı Ekim ayı itibarı ile 532 sigara bırakma polikliniği bulunmakta ve bu polikliniklerde 750 hekim hizmet vermektedir. Bu polikliniklerde 2.619.780 kişiye hizmet sunulmuştur ⁽⁴⁾.

ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı ülkemizde tütün kontrolü çalışmalarına 2014 yılından itibaren Ankara ve Tekirdağ'da olmak üzere 2 merkezde 24 saat kesintisiz hizmet sunmaktadır. ALO 171 hattına günde ortalama 4000 arama olduğu bildirilmektedir. ALO 171 Hattına gelen aramalarda sigaranın zararları hakkında bilgi verilmekte, bağımlılık düzeyi belirlenmekte ve gerekirse sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmektedir. ALO 171'e başvuran ve sigara bırakma danışmanlığı verilen kişiler, izleme alınmaktadırlar ⁽⁴⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında 600.000 kutu Vareniklin ve Bupropion etken maddeli ilaç, 2017 yılında 300.000 kutu Vareniklin ve 600.000 kutu nikotin bandı dağıtılmıştır. Bu şekilde, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz ilaç desteği 2. basamak sağlık kurumlarında yürütülmüştür. Sigara bırakma için kullanılan ilaçlar hala Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından "geri ödeme" kapsamı içine alınmamış olup, Aile Hekimliği, sigara bırakma sisteminin dışındadır ⁽⁴⁾.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Göre Tütün Kullanmayı Bırakma (2016) ⁽⁹⁾

- Daha önce her gün tütün kullananların %13,6'sı, tütün kullanmayı bırakmıştır.
- Halen tütün kullananlar ve son bir yılda kullanmayı bırakan kişiler arasında; araştırmadan önceki bir yıl içinde tütün kullanmayı bırakma girişimi %24,6'dır. Bu değer erkekler için %26,2 ve kadınlar için de %20,8'dir.
- Halen tütün kullananlar ve son 12 ay içinde kullanmayı bırakanlar arasında; son 12 ay içinde sağlık kurumuna başvurularının %40,1'ine sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir.
- Halen tütün kullananların %32,8'i bırakmayı planlamakta ya da bırakmayı düşünmektedir. Ancak sadece %7,2'lik bir grup gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması Göre Tütün Kullanmayı Bırakma (2017) ⁽⁹⁾

- Halen tütün içenlerin son 12 ayda tütünü bırakma girişimleri %56,4 (erkeklerde %61,1 ve kızlarda %46,8)
- Halen tütün içenlerin şu anda bırakmak istemeleri %53,2 (erkeklerde %57,4 ve kızlarda %43,7)
- Halen tütün içenler arasında, isterse bırakabileceğini düşünme %67,3 (erkeklerde %62,7 ve kızlarda %77,2)
- Halen tütün içenlerin bırakmak için bir profesyonelden ya da bir programdan yardım/tavsiye almış olma durumu %13,6 (erkeklerde %15,7 ve kızlarda %9,3)

Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda, bağımlılık düzeyi ve verilen programın etkinliğine ilişkin yerel çalışmalar yürütülmektedir ⁽²³⁻²⁶⁾.

Warn About the Dangers of Tobacco- Tütün Kullanımının Tehlikeleri Konusunda Uyar

Türkiye'de Sağlık Bakanlığının yanı sıra, üniversiteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları tarafından toplumun tütün kullanımının etkilerinden korunmasına yönelik mesajlar üretilmekte ve ulaştırılmaktadır. Bu mesajlar, bazı özel günlerde yoğunlaşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Tütünle Mücadelede Sivil Toplum ve Gençlik Çalıştayı 2016 yılında düzenlenerek gençlerin tütün ürünlerinden korunması ve tütün ürünleri kullanımı ile mücadele çalışmalarına aktif katılımlarının sağlanmasına yönelik önemli bir adım atılmıştır. Bu çalıştaylar sonrası Tütünle Mücadelede Gençlik Eylem Planı hazırlanmış, ancak yayınlanmamıştır ⁽¹²⁾.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık Komisyonu tarafından çocuk ve gençlerde tütün kullanımının önlenmesine ilişkin bir çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmaya Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) de katılmaktadır ⁽²⁷⁾.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Göre Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar (2016) ⁽⁹⁾

- Yetişkinlerin %83,3'ü başkasının dumanını solmanın da sigara içmeyenlerde ciddi hastalıklara, %95,4'ü çocuklarda akciğer hastalığına neden olacağına inanmaktadır.
- Yetişkinlerin %90,4'ü işyerlerinde ve halka açık yerlerde sigara içilmesinin yasaklanmasını desteklemektedir.

Küresel Gençlik Araştırması Göre Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar (2017) ⁽¹¹⁾

- Tütün kullanımına bir kere başlayan birinin, bırakmasının kesinlikle zor olduğunu düşünen öğrenciler %36,9 (erkeklerde %33,6 ve kızlarda %40,3)
- Sigara içmenin kendilerini kutlamalar, partiler ve sosyal toplantılarda daha rahat hissettireceğini belirten öğrenciler %26,2 (erkeklerde %31,0 ve kızlarda %21,3)
- Pasif etkilenimin sağlığı zararlı olduğunu düşünen öğrenciler %79,5 (erkeklerde %75,1 ve kızlarda %84,2)
- Halka açık kapalı alanlarda sigara kullanımının yasaklanmasını destekleyen öğrenciler %91,1 (erkeklerde %88,1 ve kızlarda %94,2)
- Açık alanlarda sigara kullanımının yasaklanmasını destekleyen öğrenciler %74,5 (erkeklerde %72,8 ve kızlarda %76,3)

Enforce Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship- *Tütünün Reklam, Tanıtım ve Sponsorlukları Konusundaki Yasakları Güçlendir*

Türkiye'de tütün ürünlerinin reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu yasaktır. Bu dönemde 4207 Sayılı Yasanın Madde 3 (6) yapılan değişiklikle sinema ve tiyatrodaki gösterilen eserlerde tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülerine yer verilmesi ya da internet, topluma açık olan sosyal medya veya benzeri ortamlarda ticari gaye ile veya reklam amacıyla tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülerine yer verilmesi yasaklanmıştır ⁽³⁾.

Türkiye, düz paket uygulamasıyla tütün endüstrisinin ürün paketleri üzerinde reklam yapmasının önüne geçme girişimini başlatmıştır. 4207 Sayılı Yasanın Madde 4 (3)eklenen cümle *“Türkiye’de üretilen veya ithal edilen tütün ürünleri; markanın yazım şekli, yazı karakteri ve boyutu, paket üzerindeki konumu, paketlerin rengi, diğer yazı, ibare ve şekiller dâhil olmak üzere aynı şekilde tasarlanmış düz ve standart paket biçiminde piyasaya arz edilir. Marka, paketin sadece bir yüzeyine ve bu yüzeyin yüzde beşini aşmayacak şekilde yazılır. Paketlerin üzerine markanın logosu, simgesi veya sair işaretleri konulamaz. Bu kurallar birden fazla paketi*

bir arada bulunduran tütün ürünleri kutuları için de geçerlidir.” şeklindedir. Uygulama 5 Aralık 2019 tarihinden itibaren hayata girmiştir. Yeni düzenlemeyle tütün mamullerinin paketleri Pantone 448 C mat bitişli tek renk olacak. Marka ayırt edici ibare ve diğer zorunlu bilgilerin yazım şekli, rengi, konumu standart hale getirildi, markanın logosu, simgesi veya sair işaretleri kaldırıldı. Tek tip ve tek renk olacak paketler üzerindeki birleşik (resimli) sağlık uyarıları alanı yine 4207 Sayılı Yasanın Madde 4 (3) de %65'ten %85'e çıkarılmıştır ⁽³⁾.

Böylelikle sigara paketlerin cazibe unsuru olması özelliği ortadan kalkmıştır. Bunun hayata geçirilmesi MPOWER'in sigara reklamlarını önleme bileşeni açısından oldukça önemlidir. Böylelikle ülkemizde tek tip paket dönemi başlamış olup, bu uygulama en önemli değişiklik olmuştur. Dünyada Fransa, İngiltere, Kanada, Avustralya gibi ülkelerden sonra Türkiye de düz ve standart paket uygulamasına geçmiş odu. Bu şekilde Türkiye, dünyada düz paket uygulamasını başlatan ülkeler sıralamasında ilk 15 içinde yer almaktadır ^(28,29).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Göre Medyanın Etkisi (2016) ⁽⁹⁾

- Yetişkinlerin %75,6'sı tütün karşıtı bilgilere herhangi bir kaynaktan fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Grubun %73,7'si televizyon ya da radyoda dikkatlerini çekildiğini belirtmişlerdir.
- Türkiye’de sigara paketleri üzerine resimli uyarılar 2010 yılının Mayıs ayından itibaren yer almaktadır. Halen sigara içenlerin %83,3'ü, sigara paketlerinde sağlık uyarılarının olduğunu ve %31'i resimli sağlık uyarılarının nedeni ile sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir.
- Yetişkinlerin %6,2'si sigaranın satıldığı dükkanlarda, sigara reklamlarına rastladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %16,2'si ise dükkanlar haricinde sigara reklamı/promosyonu veya spor etkinliği sponsorluğu fark etmiştir.

Küresel Gençlik Tütün Araştırması Göre Medyanın Etkisi (2017) ⁽¹¹⁾

- Satış noktalarında tütün reklamı veya sponsorluğunu fark eden öğrenciler %26,8 (erkeklerde %28,9 ve kızlarda %24,5)
- TV, video ya da sinema filmi tütün kullanan birini gören öğrenciler %66,5 (erkeklerde %66,1 ve kızlarda %67,0)
- Tütün firması aracılığıyla kendisine ücretsiz tütün ürünü ikram edilen öğrenciler %8,6 (erkeklerde %12,8 ve kızlarda %4,4)
- Üzerinde bir tütün markası logosu olan bir şeye sahip öğrenciler %8,3 (erkeklerde %11,7 ve kızlarda %5,0)
- Medyada tütün karşıtı mesajları fark eden öğrenciler %61,1 (erkeklerde %58,5 ve kızlarda %63,8)
- Sportif ya da toplumsal etkinliklerde tütün karşıtı mesajları fark eden öğrenciler %35,2 (erkeklerde %37,1 ve kızlarda %32,9)
- Halen sigara içenler arasında sigara paketlerinde yer alan sağlık uyarıları sebebiyle sigarayı bırakmayı düşünenler %22,9 (erkeklerde %24,0 ve kızlarda %20,5)
- Son 12 ay içinde tütün ürünlerinin zararları konusunda okulda bilgi aldığını söyleyen öğrenciler %56,0 (erkeklerde %54,7 ve kızlarda %57,3)

Tütün firmalarının yasa dışı reklam, sponsorluk ve promosyonu izlemeye ilişkin yerel çalışmalar yapılmaktadır ⁽³⁰⁾. Ayrıca, sinema filmlerindeki kullanımlarına ilişkin yapılmış araştırmalar vardır ^(31,32).

Raise Taxes on Tobacco - Tütün Üzerindeki Vergi Yükünü Artır

Türkiye'de sigaradan alınan vergi oranı %67, asgari maktu vergi tutarı 0,3899 TL ve maktu vergi tutarı ise 0,4539 TL'dir. Yani Türkiye'de bir paket sigaradan asgari maktu vergi olarak 7,8 TL alınmaktadır. Bu rakamlar sigarada vergi oranını %87'ye kadar çıkarmakta olup Türkiye sigaraya en yüksek vergi oranını uygulayan ülkedir. Bu vergi oranları dikkate alındığında Türkiye'de sigaranın 12 TL'nin altında satılması mümkün değildir. Perakende satış fiyatı 12,00 TL olan bir sigaradan 15.08.2019 tarihinden itibaren 8,60 TL vergi alınmaktadır. Bu rakamlar dikkate alındığında 10 TL'lik bir paket sigarada vergi yükü %86,45, 12 TL'lik bir paket sigarada vergi yükü %85,75 ve 15 TL'lik bir paket sigarada vergi yükü %85,05 olmaktadır. DSÖ sigara fiyatının %75'inin nispi vergiden oluşmasını tavsiye etmektedir; ancak Türkiye'de bu oran %67'dir. KDV gibi diğer vergiler de eklenince ülkede sigaraya uygulanan vergi oran %86,45'e kadar çıkmaktadır ⁽¹²⁾.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de MPOWER göstergelerinin hepsi uygulanıyor görülmele beraber tütün kullanım sıklığında düşme sağlanamamakta; gençler ve kadınlar arasında tütün kullanım açısından risk altındadırlar.

Monitor Tobacco Use and Preventive Policies- Tütün kullanımını ve koruyucu politikaları izle

- Türkiye'de tütün kullanma sıklığında, ülke temsiliyeti olan araştırmalar sistematik ve periyodik olarak yapılamamaktadır; bu nedenle de karşılaştırmalarda farklı yöntemler kullanılan araştırma sonuçları (farklı yöntemlerle yapılmış) kullanılmak zorunda kalınmaktadır.
- Bu dönem içinde okul personeli ve sağlık personelinin tütün kullanım sıklığına ilişkin herhangi bir ulusal çalışmaya ulaşamamıştır.

- Tütün endüstrisinin faaliyetlerini izleyen herhangi bir merkez bulunmamaktadır.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gençlerdeki tütün ürünü kullanım oranına dikkat çekmektedir. MPOWER modelinde yer alan tüm aşamaların gençler dikkate alınarak formüle edilmesi gerektiği DSÖ tarafından sıklıkla dile getirilmektedir. Bu amaçla MPOWER temelli tütün kontrol politikasının, özellikle genç nesilde etkili sonuçlar üretebilmesi için, tüm sürecin o ülkedeki gençlere uygunluğunun analiz edilmesi ve tespit edilen eksikliklerin giderilmesini sağlayacak önerilerin geliştirilmesi gerekmektedir ⁽¹²⁾.

Protect people from tobacco smoke- Toplum tütün dumanından koru

- Tütün dumanından etkilenime ilişkin durum analizine ilişkin araştırmalar olmakla birlikte oldukça sınırlı sayıdadır. Bu tür araştırmaların sürekli olarak yapılması ve paylaşılması önemlidir.
- Evlerde ve araçlarda tütün kullanımının engellenmesine yönelik müdahalelerin güçlendirilmesi gerekmektedir ⁽³³⁾.
- Sağlık Bakanlığının denetim analizlerini daha detaylı olması, hangi kesime yönelik müdahalelerin güçlendirilmesi gerektiğini gösterecektir. İşletme türü, işletme başına düşen denetim, denetim gün ve saatleri, denetim şekli, denetim ve izlem sonuçlarının verilmesi, toplum katılımını artırabilir.

Offer help to quit tobacco use - Sigarayı bırakma konusunda yardım et

Yerel çalışmaların sonuçları çok değerlidir; ancak ulusal olarak ilaç kullanılan kişi sayısı, başarı oranları gibi farklı izleme kriterleri kullanılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine hizmetin yaygınlaştırılması etkinliği artıracaktır ⁽³³⁾.

Warn about the dangers of tobacco- Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda

Küresel gençlik tütün araştırması sonuçları, çocukların bilgisinin geliştirilmesi ve başlamama/bırakmaya ilişkin algılarının desteklenmesi gerekmektedir.

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship- Tütünün reklam, tanıtım ve sponsorlukları konusundaki yasakları güçlendir

Türkiye’de şu andan sonra tütün kontrolünde talebi azaltmaya yönelik önlemler yerine arzı azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi zorunludur. Ayrıca tütün endüstrinin yasal hükümleri aşmak amacıyla uygulamaya koyduğu “marka esnetme” politikasına ve piyasaya sürülen yeni tütün kullanım ürünlerine (nargile, dumansız tütün ürünleri, elektronik sigara, vb.) ilişkin reklam ya da satışa ilişkin uygulamanın güçlendirilmesi gereklidir.

Sonuç olarak; DSÖ TKÇS göre etkili strateji müdahaleleri oluşturan MPOWER’ın sadece yasal olarak olması yeterli olmayıp, uygulama ve izlemelerinin kamu, sivil toplum ve özel sektör iş birliği içinde yürütülmelidir.

Kaynaklar

- 1) WHO. FCTC. [Internet] <https://www.who.int/fctc/en/>. Erişim tarihi: 10.06.2020
- 2) WHO. MPOWER. <https://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Erişim tarihi: 10.06.2020.
- 3) 4207 Sayılı Kanun. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. [Internet] <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207-20130524.pdf>. Erişim tarihi: 15.06.2020.
- 4) T.C. Cumhurbaşkanlığı. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 5) WHO. Tobacco Free Initiative. <https://www.who.int/tobacco/surveillance/en/>. Erişim tarihi: 15.06.2020.
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tutun>. [Internet] <https://www.who.int/tobacco/surveillance/en/>. Erişim tarihi: 15.06.2020.
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018. [Internet] <https://www.tobaccocontrol.org/files/live/Turkey/Turkey%20-%20Plan%20of%20Action%20%282015-2018%29%20-%20national.pdf>. Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 8) T.C. Cumhurbaşkanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2020.
- 9) Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- 10) TÜİK Haber Bülteni, Türkiye Sağlık Araştırması 2019, Sayı 33661, 04/06/2020. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı. Küresel Gençlik Araştırması 2017. Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti.
- 12) Karaca M. Tütün Kontrol Politikasının Sistem Yaklaşımı ile Analizi: Türkiye’de Gençler için Dumansız Dünya. ADDICTA. 2019;6 (4):1-29.
- 13) Dagli E, Ay P, Evrençil E, and Guner M. p Could smoke-free end passive smoking in Istanbul, Turkey European Respiratory Journal 2014 44: P4184.

- 14) Navas –Acien A, Çarçoğlu A, Ergör G, Hayran M, Ergüder M, Kaplan B, Susan J, Magid H, Pollak J, and Cohen J. Compliance with smoke-free legislation within public buildings: a cross-sectional study in Turkey. Bull World Health Organ 2016;94:92-102.
- 15) Kaplan B, Grau-Perez M, Çarçoğlu A, Ergör G, Hayran M, Navas-Acien A, Choen JE Smoke-free Turkey: Evaluation of outdoor areas of public places. Environmental Research 2019;175:79-83.
- 16) Aherrera A, Çarçoğlu A, Hayran M, Ergör G, Ergüder T, Kaplan B, Susan J, Zheng L, Cohen JE, and Navas-Acien A. Factors that influence attitude and enforcement of the smoke-free law in Turkey: a survey of hospitality venue owners and employees Factors that influence attitude and enforcement of the smoke-free law in Turkey: a survey of hospitality venue owners and employees. Tobacco Control 2017;26:540-547.
- 17) Özcebe H, Akçay D. Children at risk for passive smoking at homes, Antalya-Turkey. European Respiratory Journal 2017 50: PA1264; DOI: 10.1183/1393003.congress-2017.PA1264.
- 18) Akçay D, Özcebe H. Çocukların Özel Araçlarda Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Durumlarının İncelenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2018;12 (2):86-93.
- 19) İnci G, Uğur Baysal S, Şişman AR. Exposure to environmental tobacco smoke by healthy children aged below five (Preliminary study). Turk Pediatri Ars 2018; 53: 37-44.
- 20) Bal Erbaş, G, Şengezer T, Yıldırım U ve Özkara A. Ankara’da Bir Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerde Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanından Pasif Etkilenme Durumlarının Araştırılması. Konuralp Tıp Dergisi 2020;12 (2): 261-269.
- 21) Gunlemez A, Er İ, Baydemir C, and Arisoy A. Effects of passive smoking on lung function tests in preschool children born late-preterm: a preventable health priority. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2019;32:14, 2412-2417.
- 22) Atessahin E, Pirincci E. Risk Factors Associated with Low Birth Weight Infants Born in Elazığ, Eastern of Turkey. Iran J Public Health, 2015;44 (9) 1299-1300.
- 23) Şahin EV, Sunay D, Balcı N, Parbuçcu M, Özpak AM ve Arslan İ. Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler. Ortadoğu Tıp Dergisi 2019;11 (3):259-262.
- 24) Buturak ŞV, Günel N, Özçiçek G, Özdemir Rezaki H, Koçak OM, Kırıcı AG, Kabalcı M, Dural K, Özpolat B. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve sigara bağımlılık şiddetleri. Turkish Journals of Clinics and Laboratory. 2016;7 (3):72-76.
- 25) Kamlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, Hayran M, Kılıçkap S, Çelik İ ve Erman M. Bir sigara bırakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara bırakma programının etkinliği. Andaolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20 (4):235-243.
- 26) Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;11 (3):355-365.
- 27) HASUDER. Çocukları Tütün Salgını ve Zararlarından Koruma İnisyatifli Toplantısı Raporu. [Internet] <https://hasuder.org.tr/cocuklari-tutun-salgini-ve-zararlarindan-koruma-inisiyatifli-toplantisi-raporu/>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- 28) WHO Europe. Turkey opts for plain packaging of tobacco products. [Internet] <https://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2019/01/turkey-opts-for-plain-packaging-of-tobacco-products>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
- 29) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 30) Çoban T, İncesoy AC, Demir B, et al. Evaluation of Tobacco Products Selling Websites Accessed by Using Search Engines. Turk Thorax J 2019; DOI: 10.5152/TurkThoraxJ.2019.190124.
- 31) Sarı G. Popüler Türk Sinemasında Ürün Yerleştirme: Tütün ve Tütün mamülleri kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;40 (2):79-103.
- 32) Bilir N, Özcebe H, Akçay S, Babaoglu E, Canbakan S, Cirit B, Ercen Diken O and Sengezer T. Frequency and duration of smoking scenes in Turkish movies. Eurasian Journal of Pulmonology, 2018;20 (3):128-132.
- 33) Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Öyküsü. Kum Baskı Hizm. San. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-82656-0-8, Mart 2017, Ankara.

> AFETLER VE HALK SAĞLIĞINA ETKİLERİ

BÖLÜM

13

> Sunuş

PROF. DR. SARP ÜNER

Bölüm Editörü

Dünya Sağlık Örgütü; tarafından halk sağlığı üzerine ani, ciddi ve önceden öngörülemeyen etkileri olan durumlar olarak tanımlanan afetler sağlık hizmetlerinin kapasitesinin üzerinde ölüm, yaralanma, hastalık, beslenme sorunları ile uzun vadede mortalite ve morbiditenin artmasına neden olduğu, acil, rutin, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu, gelecekteki yaşam kalitesini ve toplumun psikolojik ve sosyal davranışlarını etkilediği için dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu nedenle HASUDER tarafından 2012 ve 2014 yılları arasında yayınlanan Türkiye Sağlık Raporunun üçüncüsü hazırlanırken önceki raporlarda yer almamasına karşın ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olan “Afetler” için ayrı bir bölüm ayrılması gerektiğine karar verilmiştir.

En önemli zamansız ölüm, sağlık düzeyinde gerileme ve yaşam kalitesinin düşme nedenlerinden birisi olan afetler toplumsal yıkımlara yol açan olağanüstü büyük olaylardır. Günümüzde afetlerin doğrudan ve dolaylı maliyetleri giderek artmakta-

dır ve gerçekleştiği yerlerden uzak yerlerde de etkilere sebep olduklarından sonuçları küreselleşmiştir. Afetleri önleme faaliyetlerine yapılan harcamalar, afetlerin meydana gelmesiyle oluşacak zararın çok altında kalmaktadır.

Türkiye Sağlık Raporu-2020’de ilk kez yer alacak bölüm için belirlenen altı konudan ilkinde sağlık sisteminin afet ve acil durumlara hazırlığı incelenmiştir. Sonraki dört konuda insani, jeolojik biyolojik hidrolojik ve klimatolojik kaynaklı afetlerin ülkemiz açısından durumları ve halk sağlığı etkileri yer almaktadır. Son başlık ise teknolojik kazalar ve KBRN olaylarını içermektedir.

Bölümde yer alan ve her biri ikişer yazar tarafından yazılan konuların yazarlarından birisi dernek üyemizken diğer yazarın halk sağlığı alanında yüksek lisans ya da doktora derecesine sahip sağlığın diğer alanlarından gelmiş olmaları halk sağlığının multidisipliner yapısını destekler niteliktedir. Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri bölümünün içeriğine katkı sunan yazarların tümüne en samimi duygularla teşekkürü bir borç biliyorum.

Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara > Hazırlığı

145

DR. SIDIKA TEKELİ YEŞİL • PROF. DR. SARP ÜNER

Giriş

Türkiye hem doğa kaynaklı hem de insan kaynaklı afetlerin sık yaşandığı bir ülkedir. Yer aldığı coğrafya, jeolojik ve topoğrafik yapısı, meteorolojik özellikleri⁽¹⁾, güvenli yaşam kültürünün olmaması⁽²⁾, ve jeopolitik⁽³⁾ konumu bu durumun en önemli nedenlerindedir. Depremler en çok can kaybına neden olmakla birlikte, heyelan, su baskını, kaya düşmesi ve çığ gibi doğa kaynaklı afetler de ülkemizin sıklıkla yüz yüze kaldığı afetler arasındadır. Hava, deniz, kara nakliye kazaları, endüstriyel kazalar, yangınlar, maden göçükleri gibi teknolojik afetlerin yanısıra Suriye'deki savaş sonrası yaşanan kompleks insani kriz gibi birçok insan kaynaklı afet de Türkiye'nin karşı karşıya kaldığı durumlardandır. 2014-2020 yılları arasında 47 afet ve acil durum yaşanmış, toplam 91588 kişi sözkonusu afet ve acil durumlardan etkilenmiş, 3037 kişi yaralanmış ve 1013 kişi hayatını kaybetmiştir⁽⁴⁾.

Sağlık sektörü afet yönetimi içinde özel bir öneme sahiptir. Doğa veya teknoloji kaynaklı afetler ve kompleks olayların hepsinin insan sağlığı üzerine doğrudan ve dolaylı birçok etkisi vardır. Sağlık sistemleri bu etkilere müdahale etmek açısından hayati bir rol üstlenirler. Buna ek olarak toplumu etkileyen olay ne olursa olsun, sağlık sistemleri bundan nasıl etkilenirse etkilensin, bir taraftan rutin sağlık hizmetleri de devam etmek zorundadır^(5,6). Dolayısıyla ile sağlık sisteminin bileşenleri afet dönemlerinde hem rutin işlerini kesintiye uğratmadan devam ettirmek hem de artan talebi ve ihtiyacı karşılamak zorundadır.

Deprem, sel gibi doğal olayların, teknolojik kazaların ve benzeri olayların afete dönüşmemesi için hazırlık afetlere karşı toplumların en önemli güvencesidir. Planlama ise hazırlığın önemli bileşenlerindedir⁽⁵⁾. Ancak ne yazık ki ülkemizde hazırlığın önemi 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi ile gündeme gelmiş, o gün bugündür katedilen mesafe, olumlu adımlara rağmen, karşı karşıya olunan tehlikeler göz önüne alındığında istenilen düzeyde değildir. Sağlık sisteminde alınan her önlem, yapılan her hazırlık daha fazla insanın hayatının kurtarılmasına hizmet etmenin yanısıra, hem personelin hem de hem de sunulan hizmet için gerekli olan bina ve donanımın korunmasına da yarayacaktır.

Raporun bu bölümünde rapor kapsamının başlangıcı olan 2014 yılının hemen öncesinden, bütünlüğü sağlamak için, kısaca bahsedilecek. Ardından Türkiye'de üç düzeyde hazırlanan sağlık afet ve acil durum planları ile ilgili 2014 yılı itibari ile yaşanan gelişmeler özetlenecek, bunu takiben sağlık tesislerinin yapısal güvenliğine ilişkin gerçekleştirilen çalışmalardan bahsedilecek, son olarak da sağlık çalışanlarının afetlere ilişkin farkındalığının ne durumda olduğu ele alınacaktır.

Türkiye'de Sağlık Sisteminin Afet ve Acil Durumlara Hazırlığının Gelişim Süreci

1999 depremleri sonrasında, afetlerin etkilerini en yoğun yaşanan sektörlerden sağlık sektörünü muhatabı olan Sağlık Bakanlığı Türkiye'de hazırlık konusunda değişim ihtiyacını ilk yaşayan

kurumlardan olmuştur. Öncelikle 112 acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri'nin (UMKE) kurulması gibi daha çok müdahale kapasitesinin artırılmasına yönelik uygulamalar ele alınmış, hazırlığa ilişkin çalışmalar ise ancak 1999 depremlerinden yıllar sonra hız kazanmaya başlamıştır. Önce afet ve acil durumlar ile ilgili çeşitli personel eğitimlerine ve hastane afet planları eğitimlerine yönelik adımlar atılmış, ardından 2010-2011 yıllarında illerin sağlık afet ve acil durum planlarını hazırlamaları için İL-SAP (İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları) adı verilen bir çerçeve oluşturma çabaları başlamış, 2012 yılı sonunda kılavuz kitap⁽⁷⁾ olarak basılmış, ve 27.08 2013 tarihinde de İL-SAP uygulama yönergesi yayınlanmıştır. 2014 yılında Türkiye Afet Müdahale Planı'nın (TAMP) yürürlüğe girmesi ile İL-SAP ve yerel düzey hizmet grubu operasyon planlarının birleştirilmesi için çalışmalar başlamış, 20 Temmuz 2017 tarihi itibarı ile yerel düzey hizmet grubu operasyon planları ile entegrasyon çalışmalarının tamamlanması nedeni ile İL-SAP yönergesi yürürlükten kalkmıştır. İL-SAP'ın kapsamı TAMP'ın yerel düzey hizmet grubu operasyon planlarından sağlık hizmet grubunun planları içine entegre edilmiştir.

Bir önceki Türkiye Sağlık Raporu'nun yayınlanma tarihi olan 2014 yılına kadarki süreçte 2011 yılında DSÖ 'Sağlık Sistemlerinin krize hazırlık değerlendirmesi -Türkiye' raporunu yayınlamıştır⁽⁸⁾. Rapor o dönemde atılan, plan çerçevelerinin güncellemesi çalışmaları ve müdahale kapasitesinin güçlendirilmesi gibi olumlu adımlardan bahsederken, sağlık tesislerinin yapısal olmayan risklerinin azaltılması, kurumlar arası koordinasyonun iyileştirilmesi gibi hazırlık için daha yapılması gerekenlere de işaret etmektedir. Söz konusu raporun yayınlanmasının ardından 2011 yılında yaşanan Van depremi aslında hazırlığın gerçeğe testi olarak nitelendirilebilir^(9,10).

Türkiye'de Günümüzde Uygulanan Sağlık Afet ve Acil Durum Planları ve 2014 – 2020 Yılları Arasında Planlara İlişkin Yaşanan Gelişmeler

Afetlerde sağlık yönetiminin en önemli araçlarından birisi sağlık afet ve acil durum planlarıdır.

Hastane afet ve acil durum planı (HAP)

1999 depremleri sonrası hastanelerin afetlere hazırlıklı hale getirilmesi için bazı adımlar atılmış, ancak çabalar çeşitli nedenler ile sürekliliğini koruyamamıştır. 2014 yılında Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı'nın koordinasyonuyla, ulusal kılavuz hazırlama ekibi oluşturulmuş ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu hazırlanmıştır⁽¹¹⁾. Hazırlanan kılavuz 2016 yılının Şubat ayında basılarak tüm illere dağıtılmıştır.

HAP Kılavuzu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci Bölüm, HAP'ın işleyişi ve afet döngüsünün önleme/zarar azaltma aşamalarında yapılması gerekenleri içermektedir. İkinci Bölüm, Müdahale aşamasının organizasyonu ve yapılacak iş ve işlemleri içermektedir. Üçüncü Bölümde ise olaya özel plan örnekleri yer almaktadır. Bu kılavuz kapsamında bir çatı plan çerçevesi sunulmuştur. Bu plan kendi içinde üç ayrı plana daha sahiptir. Bunlar Acil Müdahale Planı, Olay Eylem Planı ve Olaya Özel Planlardır. Acil Müdahale Planı, HAP'ın afet ve acil durumlara zamanında hızlı, etkili ve sonuç alıcı müdahalenin organizasyonu, müdahale aşamaları, olay yönetim sistemi, yönetim ekibi, yönetim merkezi, yönetim araçları ile ilgili standart ve kuralları kapsayan kısmıdır. Olay Eylem Planı Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi ile olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde müdahale, hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi için yapılan plandır. Olaya Özel Planlar ise Acil Müdahale Planı'nda yer alan genel işleyiş, standartlar ve kuralların yanı sıra olayın özelliğine, etkilerine göre yapılması gereken spesifik hazırlıkları içeren plandır^(5,11).

Kılavuzun yayınlanmasının ardından da uygulayıcı ve eğitimci eğitimlerine başlanmıştır. Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) ile ilgili sertifikalı eğitimler 04/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında yürütülmektedir. İllerde hem kamu hem de özel sektöre uygulayıcı eğitimleri yetiştirilen eğitimciler tarafından verilmektedir.

İlk Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği, 20/3/2015 tarihli ve 29301 sayılı Resmî Gazete'de yayımlananmıştır. Daha

sonra hem sahadan gelen geri bildirimleri hem de Bakanlığın yapısındaki gerçekleşen değişiklikleri yansıtmak amacı ile 18/03/2020 tarihinde düzenlenerek yeniden yayınlanmıştır⁽¹²⁾.

Her yıl hastanelerin hazırladıkları/güncelledikleri planlar, daha önce güncellemeyi gerektirecek herhangi bir olay olmadığı durumda, 15 Ocak tarihinde yönetmelikte her tür hastane için ayrı olarak belirtilen inceleme makamına gönderilmektedir.

İl ve ulusal düzeydeki sağlık afet ve acil durum planları

2014 yılından beri, 18.12.2013 tarihinde yayınlanan Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında Türkiye Afet Müdahale Planı⁽¹³⁾ hazırlanmaktadır. TAMP ulusal ve yerel düzey olmak üzere iki düzeyde hazırlanmaktadır. Söz konusu planlar aralarında Nakliye Hizmet Grubu, Defin Hizmet Grubu, Barınma Hizmet Grubu, Enkaz Kaldırma Hizmet Grubu gibi örneklerin olduğu 28 hizmet grubundan oluşmaktadır. Bu hizmet gruplarının ana çözüm ortakları ulusal düzeyde çeşitli bakanlıklar ve Türk Kızılayıdır. İllerde ise İl Afet Müdahale Planı kapsamında Valilik İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri koordinasyonunda aynı kurumların taşra teşkilatları ana çözüm ortağıdır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal ve il düzeyinde pandemi planları hazırlanmaktadır. 2019 yılında ülkemizdeki tüm kişi, kurum ve kuruluşların influenza pandemisini tanımalarına, rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmek üzere en uygun şekilde hazırlık yapmalarına ve pandemi durumunda koordinasyon içinde hareket etmelerine yardımcı olacak bilgi ve çerçeveyi sağlamak amacı ile Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı yayınlanmıştır⁽¹⁴⁾.

İl düzeyi sağlık afet ve acil durum planları

TAMP kapsamında iller yerel düzey olarak tanımlanmakta ve yerel düzey sağlık hizmet grubunu; İl Sağlık Müdürlüğünün sorumluluğunda, Sağlık Bakanlığına Bağlı Kuruluşlar, Afet Bölge Komutanlığı / Afet Tali Bölge Komutanlığı / Garnizon Komutanlığı, Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü, Gıda Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Türk Kızılay'ı Bölge Kan Merkezi, Üniversite Hastaneleri, Özel Sektör ve STK'lar oluşturmaktadır.

Yerel düzeyde tüm hizmet grupları TAMP'ın ortak çerçevesini kullanarak planlarını hazırlamak-

tadır Yerel düzey planlar yedi bölümden oluşmaktadır:

- Giriş,
- İl hizmet grubu teşkili, görev ve sorumlulukları,
- Hazırlık, kapasite tespiti ve müdahale planlaması, afet anı ve müdahale çalışmaları,
- Haberleşme usulleri,
- Raporlama usulleri,
- Planın takibi, geliştirilmesi ve güncellenmesi.
- Plan formatının sonunda da 20 ek doküman yer almaktadır.

Ulusal düzey sağlık afet ve acil durum planları

Operasyon servisi, acil durum hizmet grupları arasında yer alan sağlık hizmet grubunun ulusal düzeyde ana çözüm ortağı Sağlık Bakanlığıdır ve ulusal düzey hizmet grubu planlarının hazırlanmasından asli olarak sorumludur. Destek çözüm ortakları ise Genel Kurmay Başkanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kızılay, STK ve özel sektördür.

Sağlık hizmet grubunun görev ve sorumlulukları TAMP kapsamında şu şekilde belirlenmiştir:

- Mobil ve sahra hastanelerini hazır bulundurmak ve afet sonrası gerekebilecek acil durum ekipmanıyla donatmak.
- Afet bölgesine yeterli personel ile araç gereç ve malzemeyi göndermek, sevk ve idare etmek.
- Afet bölgesinde triaj, ilkyardım, acil tıbbi yardımı yapmak.
- Hasta ve yaralıların tahliyesi ve tedavisini yapmak.
- Salgın hastalıklarla mücadele kapsamındaki hizmetler ile karantina izolasyon hizmetlerini yürütmek.
- Salgın hastalıklar açısından çevresel ve suya bağlı risk faktörlerinin önlenmesi hususunda ilgili kurumların koordinasyonunu sağlamak.
- Referans bölge kan merkezlerini belirlemek ve kapasitelerini geliştirmek.
- Çevre ve su sanitasyonu bakımından risk oluşturacak faktörler ile ilgili tüm tedbirlerin alınmasını sağlamak.
- Ülkede referans hastaneleri ve referans laboratuvarları belirlemek, kapasitelerini artırmak.
- Hudut kapılarında tehlikeli madde ve salgın hastalıklara karşı önlem almak ve aldırarak.
- Resmi yaralı sayısını belirlemek.

Sağlık tesislerinin yapısal güvenliğine ilişkin gerçekleştirilen çalışmalar

Sağlık sistemlerinde hazırlığın önemli bir bileşeni olan sağlık tesislerinin yapısal güvenliğine ilişkin çalışmalar, Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkında Yönetmeliğin 2007 yılında güncellenmesinden beri Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü bünyesinde ve İstanbul'da ISMEP projesi kapsamında devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2019 Aralık ayı verilerine göre Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerine ait bloklardan 243 tanesi zemin incelemesi yapılarak güçlendirilmiş, 55 tanesinin incenmesi sonucunda güçlendirilmesine gerek duyulmamıştır. Depreme dayanıklı hale getirilmesi gereken veya güçlendirilmesi ekonomik olmadığı için yenilenmesi gereken bloklara ilişkin güçlendirme ve yenileme çalışmaları peyder pey devam etmektedir. ISMEP kapsamında ise 2020 yılı itibarı ile 115 hastane, poliklinik ve sağlık ocağı binasının depreme karşı dayanıklı hale getirildiği belirtilmektedir⁽¹⁵⁾. Ancak bu çalışmaların, Bakanlığa ait olmayan farklı kurumların hastanelerini ve sağlık tesislerini, özel hastaneleri ve sağlık tesislerini kapsamadığı, ayrıca yapısal olmayan tehlikelerin de afetler esnasında hastanelerin fonksiyonelliğini koruması açısından önemli olduğu unutulmamalıdır. Ülkemizde yer alan toplam hastane ve bunların hizmet verdiği bina sayısı düşünüldüğünde çalışmaların hız kazanmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının afetlere ilişkin farkındalığı

Çalışanların afetlere hazırlık sürecine katılımı ve bu konudaki eğitimi en az binaların ve prosedürlerin hazırlanması kadar önemlidir. Hem 2014 yılı öncesi çalışmalar^(16,17) hem de güncel çalışmalar göstermektedir ki; sağlık çalışanlarının eğitim, tatbikat ve müdahale süreçlerine katılımı söz konusu olduğunda hastanelerin, kurumların hazırlık süreçlerinden haberdar olma ve farkındalık artmaktadır. Örneğin, 2013 yılı sonunda Kayseri 112 Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında yapılan bir çalışmada 179 katılımcıdan %49,2'sinin deprem bilgi düzeyi yeterli bulunmuştur. Daha önce depremlerde görev alan ve/veya deprem eğitimi alan katılımcılarda bilgi düzeyleri daha yüksek çıkmıştır⁽¹⁸⁾. 2016 yılında Hacettepe Üniversitesi hastanelerinde çalışan 402

hemşirenin katıldığı başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan hemşirelerin %71'i (n=285) afet ya da acil durumla ilgili herhangi bir eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların yarıdan fazlası (%58.4, n=234) HAP'dan haberdar olduklarını ifade ederken, %48.8'i (n=117) HAP'daki görevini bildiğini, yarıdan fazlası (%54.8, n=132) ise afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %60.5'i (n=242) çalıştığı hastanenin afet ve acil durumlara hazır olmadığını düşündüğü ya da fikri olmadığını ifade etmiştir. Söz konusu çalışmada hemşirelerin yaşları ve meslekteki süreleri ile afet ya da acil durum ile ilgili eğitim alma durumları, HAP'dan ve tatbikatlardan haberdar olma ve çalıştıkları hastanenin afet ya da acil durumlara hazır olduğunu düşünme arasında ilişki olduğu görülmüştür. Yaş ve meslekte geçirilen süre ilerledikçe eğitimlerden, duyurulardan ve tatbikatlardan haberdar olma yüzdeleri de artmaktadır⁽¹⁹⁾.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık sistemlerinin afetlere hazır olması sundukları hayati hizmet ve sistemde oluşabilecek zararların sosyal ve ekonomik boyutunun çok ağır olması nedeni ile ülkeler açısından öncelik teşkil eder⁽²⁰⁾. Türkiye'de sağlık sisteminin afetlere hazırlığı için yapılan ve yapılmakta olan bir çok olumlu adım söz konusudur, ancak saatin tıkladığı, zamanın daraldığı ve küreselleşme, iklim değişikliği gibi konular ile de sorunların giderek karmaşıklaştığı düşünülürse, atılan adımların yeterince hızlı ve kapsamlı olmadığı görülmektedir. Sağlık sisteminde yapısal zararların azaltılması için çalışma yürütmek, hastaneleri, sağlık tesislerini kapatmak mümkün olmadığından, geçici binalarda yürütmek de birçok açıdan sıkıntılı olduğundan, zordur. Ancak bu konu ülkenin önceliği haline gelmelidir. Ayrıca sadece yapısal zarar görülebilirlik değil, sağlık tesislerinin yapısal olmayan tehlikelerinin de azaltılarak sağlık tesislerinin karşılabileceği riskler sınırlandırılmalıdır.

Afet ve acil durum planları ile pandemi planları her üç düzeyde de birleştirilmeli veya en azından senkronize hale getirilmelidir. Aynı sorun hastaneler bünyesinde 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında çıkarılan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği (Resmi Gazete 29.12.2012/28512) ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik (Resmi Gaze-

te 18.06.2013/28681) gereğince hazırlanan işyeri planları için de geçerlidir. Hastaneler, taşıdıkları çok farklı özellik ve işlevler nedeniyle, sıradan iş yerleri değildir. Bu nedenle söz konusu işyeri afet planları hastaneler için yeterli olmayacaktır. Kurumların enerjilerini çok sayıda plan hazırlamaya vermesi beklenmemeli, en kısa ve efektif biçimde tüm kurumların ihtiyaçlarını da karşılayacak şekilde söz konusu planların ortaklaştırılması gerekmektedir.

Sistemi işletecek olanların çalışanlar olduğu düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının afetlere ilişkin hem kişisel hem de mesleki farkındalıklarının artırılmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Eğitimler ve tatbikatların sık ve düzenli şekilde yapılması ve tüm personelin katılımının sağlanması bu konuda atılacak en önemli adımlardandır. Eğitimlerde mesleğinde veya kurumunda yeni olan çalışanlara ve gençlere öncelik verilmelidir.

Kaynaklar

- 1) AFAD. *Türkiye’de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri, Disaster Management and Natural Disaster Statistics in Turkey.*; 2018.
- 2) Tekeli-Yeşil S, Dedeoğlu N, Tanner M, Braun-Fahrländer C, Obrist B. Individual preparedness and mitigation actions for a predicted earthquake in Istanbul. *Disasters.* 2010;34 (4):910-930. doi:10.1111/j.1467-7717.2010.01175.x
- 3) IOM. Türkiye’de Göç. Accessed June 24, 2020. <https://turkey.iom.int/tr/turkiyede-goc>
- 4) EM-DAT, CRED / UCLouvain, Brussels, Belgium – www.em-dat.be (D. Guha-Sapir). Accessed June 24, 2020. <https://public.emdat.be/data>
- 5) Tekeli Yeşil S. Sağlık afet ve acil durum planlarında genel yaklaşımlar ve ülkemizde kullanılan planlar General approaches in health disaster and emergency planning and existing health plans in Turkey. *Turk J Public Heal.* 2017;15 (3):233-244.
- 6) Tekeli Yeşil S. Afetlerin Halk Sağlığına Etkileri ve Afet Epidemiyolojisi. In: Kuş G, Tekin N, eds. *Afet Tıbbi ve Yönetim İlkeleri.* Anadolu Üniversitesi; 2017.
- 7) Çoşkun A, Tekeli Yeşil S, eds. *İL-SAP, İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları Hazırlama Kılavuzu.* T.C. Sağlık Bakanlığı; 2012.
- 8) DSÖ Avrupa Ofisi. *Sağlık Sistemlerinin Krize Hazırlık Değerlendirilmesi: Türkiye.*; 2011.
- 9) World Health Organization Regional Office for E. *Health Response to the Earthquakes in Van Province, Turkey, 2011.* WHO Regional Office for Europe; 2013.
- 10) TTB, SES. *Van Depremi İkinci Ay Değerlendirme Raporu TTBSSES.*; 2011. http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/van_depremi_raporu_2011_2_ay.pdf
- 11) Sağlık Bakanlığı. *Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu.* (Akkoca M, Emer E, eds.). Sağlık Bakanlığı; 2016. <https://www.saglik.gov.tr/TR,1789/hastane-afet-ve-acil-durum-planı-hap-hazırlama-kılavuzu.html>
- 12) Sağlık Bakanlığı. *Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği.* Published 2020. Accessed June 25, 2020. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36886,hap-uygulama-yonetmeligimart2020pdf.pdf?0>
- 13) AFAD. *Türkiye Afet Müdahale Planları.* Published 2013. Accessed June 25, 2020. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2419/files/Afet_Mud_PI_ResmiG_20122013.pdf
- 14) Sağlık Bakanlığı. *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı.* Published 2019. https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
- 15) ISMEP. B-Bileşeni. Accessed June 25, 2020. <https://www.ipkb.gov.tr/ismep-nedir/b-bileseni/>
- 16) Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2013;1 (2):75-85.
- 17) Türk Tabipleri Birliği. *Hekimlerin Çalıştıkları Yataklı Tedavi Kurumlarının Olağandışı Durumlara Yönelik Hazırlıklılığın Değerlendirmeleri Araştırması.*; 2009.
- 18) Çelebi İ, Uçku RŞ. Kayseri ili 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Deprem Bilgi Düzeyi ve Etkileyen Etmenler. *Hastan Öncesi Derg.* 2017;2 (2):91-103.
- 19) İytemür A, Tekeli Yeşil S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg J Hacettepe Univ Fac Nurs.* 2020;7 (2):138-148.
- 20) Tekeli Yeşil S. Yerel Düzey Sağlık Afet ve Acil Durum Planları. In: Pampal S, ed. *Acil Durum ve Afet Yönetimi Planları.* Anadolu Üniversitesi; 2018.



İnsan Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına > Etkileri

146

DR. ÖĞR. ÜYESİ ONUR ÖZLEM ÖZTÜRK • ÖĞR. GÖR. İSMET ÇELEBİ

Afetler ve Çeşitleri

Dünyamızı etkileyen doğa olayları doğanın olağan bir döngüsüdür. İnsan kaynaklı yapıların doğal dengesini bozması sonucunda zaman içerisinde meydana gelen olayların şiddeti, sıklığı, etkisi artmaya başlamış ve insanoğlu tarafından bu olaylar afet olarak adlandırılmıştır. Afet ve acil durum yönetimi başkanlığınca afet; Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur” şeklinde tanımlanmaktadır⁽¹⁾.

Literatürde afetler için ortak bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Afetler genel olarak doğal, insan kaynaklı ve karma afetler olmak üzere üç başlıkta incelenmekle⁽²⁾ birlikte, kimi kaynaklarda teknolojik (örn: patlamalar) ve insan kaynaklı (örn: ulaşım kazaları, savaşlar) afetlerin birbirinden kesin sınırlarla ayrıldığı yayınlar da mevcuttur⁽³⁾. Bu bölümde insan kaynaklı afetleri uluslararası acil durum veri tabanı (Emergency Events Database - EM-DAT) başta olmak üzere bir çok kaynakta yer alan sınıflandırmaya göre ele alınmıştır. Bu bağlamda insan kaynaklı afet; “doğa ile aralarında bir neden sonuç ilişkisi olmayan ve doğrudan insana bağlı olarak gelişen afetlerdir” olarak tanımlanmaktadır⁽⁴⁾.

İnsan Kaynaklı Afetler

İnsan kaynaklı afetler nükleer, biyolojik, kimyasal kazalar, taşımacılık kazaları, endüstriyel kazalar,

aşırı kalabalıktan meydana gelen kazalar, göçmenler ve yerinden edilenler ve yangınlar olarak sınıflandırılmaktadır

Nükleer, Biyolojik, Kimyasal Kazalar

Son yıllarda hızla gelişen teknoloji ve artan terör olayları gibi kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) maddeleri içeren olayların olasılığı da artmıştır. Bu gibi olaylar hala nispeten düşük bir olasılık olsa da, kanıtlar bu tür bir olayın gerçekleşmesi durumunda toplum üzerinde büyük bir etkiye sahip olacağını göstermektedir⁽⁵⁾. Enerji, sağlık, güvenlik ve imalat gibi çok çeşitli sektörlerde hammadde olarak kullanılan, üretilen, depolanan veya atık olarak ortaya çıkan çeşitli kimyasal, biyolojik, radyolojik ve radyoaktif maddeler gerekli önlemler alınmadığı takdirde insan sağlığı açısından büyük tehlike oluşturabilmektedir⁽⁶⁾. Bu maddelerin üretildiği, hammadde olarak kullanıldığı, atık olarak çıkarıldığı ve depolandığı tüm tesisler buldukları çevre ve insan sağlığı açısından risk taşımaktadır.

Bu anlamda dünya çapında yaşanmış nükleer kazalardan en bilinenleri İskoçya’da olan 1957 yılındaki “Windscale Nükleer Reaktörü Kazası”, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1979 yılı yaşanan “Three Mile Island Nükleer Santral Kazası”, şu anki Ukrayna’da (Eski SSCB) 1986’da yaşanan “Çernobil Nükleer Santral Kazası” ve en son olarak deprem sonucu oluşan tsunami nedeniyle 2011’de Japonya’daki “Fukuşima Nükleer Santral Kazası”dır⁽⁷⁾.

Taşımacılık Kazaları

Taşımacılık Türk Dil Kurumuna göre “İnsan, mal vb.nin çeşitli araçlarla bir yerden bir yere taşınması

işi, nakliyecilik, nakliyat, transport” şeklinde tanımlanmıştır⁽⁸⁾. Taşımacılık genel olarak karayolu taşımacılığı, denizyolu taşımacılığı, demiryolu taşımacılığı ve havayolu taşımacılığı olarak sınıflandırılır. Ölüm ve kaza oranı en düşük olan taşıma modu havayolu, sonrada demiryoludur. Bunları otobüs ve otomobil izlemektedir⁽⁹⁾. Alternatiflerine göre daha ekonomik çözümler sunması nedeniyle yük taşımacılığında genellikle denizyolu tercih edilmektedir. Dünyada taşınan yüklerin hacim olarak yaklaşık %84’ü, değer olarak ise yaklaşık %70’i denizyolu ile taşınmaktadır⁽¹⁰⁾. En yaygın demiryolu kazaları, insan hatası, sabotaj veya yangın sonuçlu doğal heyelan nedeniyle meydana gelen kazalardır. Demiryolu kazaları çok sayıda can kaybına ve maddi hasara yol açmaktadır. Havayolu kazaları teknik sorunlar, yangın, kötü iniş ve kalkış, hava koşulları, uçak kaçırma, bombalama vb. nedenlerle meydana gelebilir⁽¹¹⁾.

Trafik kazası nedeniyle ilk yayanın öldüğü 1896, ilk sürücünün öldüğü 1898 yılından 1996 yılına dek dünyada toplam 32 000 000 kişi trafik kazası sonucu ölmüştür. Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre her yıl trafik kazaları nedeniyle 70 000 kişi ölmekte, 15 000 000 kişi yaralanmaktadır. Bu demektir ki her 50 saniyede bir kişi ölmekte, her iki saniyede bir kişi yaralanmaktadır⁽¹²⁾. Türkiye’de nüfus ve trafiğe katılan motorlu araç sayısı hızla artmaktadır. Ulaştırma türleri arasında karayolu ulaşımının diğer ulaştırma türlerine göre daha fazla tercih edilmesi karayolu ağı üzerindeki trafik yoğunluğunu artırmıştır. Karayolu bakım, işletme ve iyileştirme çalışmalarındaki olumsuzluklar, kavşak tasarım hataları ve uygun olmayan kavşak tipinin seçilmesi, demiryolu ağının ve akıllı ulaştırma sistemlerinin yeterince yaygınlaşmaması gibi kamusal kararlar yetersiz kalmaktadır. Yük ve yolcu talebinin artış eğiliminde olması, çevresel ve meteorolojik faktörlerden kaynaklanan sorunlar ve yol kullanıcılarının olumsuz eylemleri trafik kazalarını ayrıca artırmaktadır⁽¹³⁾.

Endüstriyel Kazalar

Endüstriyel gelişme sadece daha sofistike üretim sistemleri ve ürünler geliştirmek değildir, aynı zamanda daha güvenli üretim alanlarının inşa edilmesi, yapılan işin çevreye ve insanlara zararının azaltılması da gerekir. Ancak sadece ABD’nde, 70 000’in üzerinde kimyasal madde kullanılıyor olması ve her gün yaklaşık 600 yeni kimyasalın üretime

katılması ve uluslar arası kimyasal madde hareketinin artması nedeniyle, endüstriyel kaza riski ürkütücü boyutlara varmıştır⁽¹²⁾. Tehlikeli maddelerin artan üretimi, depolanması ve kullanımı nedeniyle büyük endüstriyel kaza olasılığı giderek önem kazanmaktadır. Endüstriyel teknolojiler geliştikçe, fabrika ve işçileri korumaya yönelik alınan önlemlere karşın, genel çevre üzerinde kazaların etkilerinin yayılabileceği gittikçe daha açık bir biçimde görülmektedir. Dolayısıyla işçilerin, halkın ve çevrenin korunması gereği, tehlikeli maddelerin kontrolü için açıkça belirlenmiş sistematik yaklaşım ihtiyacı belirgin duruma gelmiştir⁽¹⁴⁾. Endüstriyel binalar ve yakın çevreleri endüstriyel bir kaza durumunda yüksek risk altındadır. Çalışanlar ve bölge sakinleri ile yakın bölgelerdeki hayvan ve tarım ürünleri ciddi şekilde etkilenmektedir. Ayrıca tüm bunlara ek olarak, geniş bir alandaki çevre de kirlenir. Atmosfere veya bir su kütesine salınan tehlikeli kimyasallar, uzun mesafelere ulaşabilir ve hatta endüstriyel bölge çevresindeki tüm ekosisteme zarar verebilir. 1984 yılında Bhopal’da meydana gelen, atmosfere yaklaşık 45 ton metil izosiyanit gaz sızdıran ve 2500’e yakın insanı öldüren olayda da bu olmuştur⁽¹¹⁾.

Aşırı Kalabalıktan Meydana Gelen Kazalar

Zamanla artan büyük ölçekli spor etkinlikleri, dini toplantılar ve rock konserleri göz önüne alındığında, kalabalık güvenliği konusu giderek önem kazanmaktadır⁽¹⁵⁾. Kalabalık güçlere karşı direnmek veya kontrol etmek neredeyse imkansız seviyelere ulaşabilir. Neredeyse tüm kalabalık ölümleri, haber medyası tarafından bildirilen “çiğneme” değil, sıkıştırıcı asfiksiden kaynaklanmaktadır. Birçok ölümcül kalabalık olayından sonra bükülmüş çelik korkulukların kanıtı, 4500 N’den (1.000 lbs) fazla kuvvetin meydana geldiğini göstermektedir. Kuvvetler itmeye ve birbirine yaslanan insanların domino etkisine bağlıdır⁽¹⁶⁾. Ülkemizde de aşırı kalabalıkta meydana gelen en önemli olaylardan birisi 1967 yılında Kayseri’de futbol maçı sonrası meydana gelmiş ve 43 kişinin ölümü ile sonuçlanmıştır (Şekil 146.1, 146.2).

Göçmenler ve Yerinden Edilenler

En genel anlamda göç “anlamli bir uzaklık ve etki yaratacak kadar bir süre içinde gerçekleşen bütün yer değiştirmeler” olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁷⁾.



Şekil 146.1 1967 yılında Kayseri stadyum faciası Kaynak: Habertürk.



Şekil 146.2 1967 yılında Kayseri stadyum faciası gazete manşeti Kaynak: Hürriyet Gazetesi arşivi.

İnanç farklılıkları, silahlı çatışmalar, doğal afetler, siyasal ve ekonomik sebepler nedeniyle kişilerin doğup büyüdüğü toprakları terk etmek zorunda kalması insanlık tarihi kadar eski bir olaydır. Geçtiğimiz son yüzyılda dünya genelinde artan çatışma ortamı, etnik ve inanç temelli şiddet olayları, insan hakları ihlalleri ve ekonomik krizler göç eden ve sığınma arayan insan sayısının artmasına sebep olmuştur ⁽¹⁸⁾. Özellikle 2011 yılında başlayan Suriye'deki iç savaşın tetiklediği uluslararası göç dalgası doğrudan ülkemizi ve dolaylı olarak da Avrupa'yı etkilemektedir. Uluslararası göçün afet olarak algılanmasının ardında birçok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları uluslararası göçün göç alan ülke için ekonomik, sosyal, sağlık ve güvenlik açılarından olumsuzluklar yaratacak olmasıdır. Bu gibi afete dayalı risklerin boyutları ise göç alan bölgelerdeki göçmenlere karşı olan tolerans seviyesinin yüksek olup olmaması ile ilgilidir. ⁽¹⁹⁾.

Yangın

Yangın, genel anlamda, doğal ortamda bulunan kendiliğinden yanabilen maddeler ile hava arasında kontrol edilemeyen ekzotermik yani dışarıya doğru ısıveren kimyasal reaksiyon olarak ortaya çıkan bir tehlikedir. Teknolojinin gelişimi ile insanların günlük hayatları kolaylaşırken, yaşam alanı farklı özellikler içeren organik maddelerle zenginleşmiş ve bu durum yangına neden olabilecek parlayıcı ve yanıcı madde sayısında ciddi artışa neden olmuştur. Özellikle kentsel alanlarda çok katlı yapılaşmaların benimsenmesi ile yangın kavramı can ve mal güvenliğinin sağlanmasında çok önemli bir sorun haline gelmiştir ⁽²⁰⁾. Yangınlarda meydana gelen ölüm ve yaralanmaların, büyük çoğunluğunun dumandan kaynaklandığı uzun zamandır bilinen bir gerçektir. Kapalı mekan yangınlarında duman oluşturan en büyük etken de yanmaya katılan yapı elemanı ve malzemeleridir. Duman insanlar üzerindeki etkisini; zehirlilik gücü ve diğer ölümcül etkileri ile göstermektedir ⁽¹⁾. Ormanlar, tersaneler, yanıcı veya patlayıcı madde içeren fabrikalar gibi yangın tehlikesi bulunan bölgeler yangın potansiyeli bakımından benzerlik göstermektedirler. Bu tür yangın olaylarının sonuçları afet ölçeğinde olabilmektedir ⁽²¹⁾.

Şekil 146.3 incelendiğinde Türkiye'de hem yangın sayısının hem de yanan ormanlık alanların arttığı görülmektedir.



Şekil 146.3 2014-2019 yılları arasında yanan orman alanları ve yangın sayıları.

Kaynak: Ormanlık İstatistikleri, 2019

Türkiye’de İnsan Kaynaklı Afet Epidemiyolojisi

EM-DAT veri tabanına göre Türkiye’de 1923-2019 yılları arasında insan kaynaklı afetler **Tablo 146.1**’de yer almaktadır. **Tablo 146.1** incelendiğinde insan kaynaklı afetlerin teknolojik gelişmelere bağlı olarak yıllar içerisinde arttığı görülmektedir. Özellikle taşımacılık sektörünün gelişmesi, karayolu alt yapı çalışmalarının ve araç sayısının artmasına bağlı olarak yıllar içerisinde en fazla artış gösteren insan kaynaklı afetler taşımacılık kazaları olarak görülmekte ve endüstriyel kazalarda teknolojik gelişmelere paralel olarak ikinci sırada en çok artış gösteren insan kaynaklı afet olduğu görülmektedir.

Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü Raporuna göre 29 Mayıs 2020 tarihi itibarıyla Türkiye’de 3.6 milyon Suriyeli ve 400.000’e yakın diğer milletlerden mülteci ve sığınmacı bulunmaktadır ⁽²²⁾. Göç idaresinin yayınladığı rapora göre 2020 Haziran ayı itibarıyla Türkiye’de kayıtlı olarak bulunan 10 yaşın altındaki Suriyelilerin sayısı 1 milyon 41 bin 562 kişi (toplam Suriyeli Mülteci oranı %29). Aynı raporda Türkiye’de kayıtlı Suriyelilerin yaş ortalaması 22,6, geçici barınma merkezi (Kamplarda) kalan Suriyeli sayısı 63 bin 2 (Toplam Suriyeli mültecilere oranı %1.75)’dir.

Türkiye’de İnsan Kaynaklı Afetlerin Halk Sağlığına Etkileri

Son zamanlarda doğal ve insan kaynaklı afetlerde artış meydana gelmiştir. Teknolojik ve endüstriyel gelişmeler, nüfus yoğunluğu, kentleşmelerdeki artış da bir arada düşünüldüğünde afet riski her an olan bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bu olgu toplumları afetlere karşı daha duyarlı olmaya me-

bur kılmaktadır ⁽¹⁸⁾. İnsan kaynaklı afetlerin halk sağlığına çok yönlü etkileri olmaktadır. Bu etkileri sıralayacak olursak;

İnsan kaynaklı afetlerin halk sağlığına yapmış olduğu en önemli etki kuşkusuz doğal afetlerde olduğu gibi ekonomik etkilerdir. Ülke genelinde gerçekleşen büyük afetler ülke ekonomisini ve büyüme hedeflerini kesintiye uğratmaktadır. Bütçe açıklarına, gelir-gider dengesinin bozulmasına, kazanç dağılımının olumsuz etkilenmesine sebep olmakta ve bu durum ülkede fakirliği artırmaktadır. Önceden planlanan projelerin/ yatırımların durması, kaynakların yok olması, üretimin sekteye uğraması, pazar kaybı, vergilerin artması, toplumsal yapının hem sosyal hem de ekonomik dengesinin bozulması, işsizliğin artmasına sebep olacaktır ⁽²³⁾. Ekonomik açıdan etkileniminin bir başka boyutu ise bu tür afetlerden yoksul insanlar daha çok etkilenmesidir.

Veriler göstermektedir ki teknolojinin gelişmesi ile birlikte insan kaynaklı afetler artmakta dolayısıyla ölüm, yaralanma ve sakatlıklarda artmaktadır. Bu bağlamda iş gücü kayıpları artmaktadır.

İnsan kaynaklı afetlerin ekolojik dengeyi ve ekolojik dengenin doğal akışını büyük ölçüde etkilediği görülmektedir. Nükleer kazaların vermiş olduğu zararlar, uzun yıllar boyunca devam etmektedir. Ormanların insanlar tarafından bilinçsizce yok edilmesi, sayısız afetlere yol açmaktadır. Ağaçsız kalan toprak erozyona uğramakta, verimli topraklar erozyonla yok olmaktadır. Çevre kirlilikleri ve atıklar yüzünden doğal yaşamın dengesi bozulmakta, birçok canlı türünün yaşam ortamı bozulmaktadır ⁽²⁴⁾.

Aşırı göçmen sirkülasyonu can ve mal güvenliğini tehlikeye sokacaktır. Nitekim Çanakkale halkı ile yapılan araştırmada yabancı göçmenlerin yaratacağı en büyük sorunun güvenlik olduğu sonucu

Tablo 146.1 1923-2019 yılları arasında Türkiye’de görülen insan kaynaklı afetler

Olay	1922-1979			1980-1989			1990-1999			2000-2009			2010-2019		
	Sayı	%	Ölüm	Sayı	%	Ölüm	Sayı	%	Ölüm	Sayı	%	Ölüm	Sayı	%	Ölüm
Taşımacılık kazası	4	44,4	247	8	66,7	166	29	69,0	738	44	81,5	1079	36	76,6	735
Yangın	4	44,4	2282	1	8,3	42	3	7,1	36	1	1,9	0	3	6,4	47
Endüstriyel kazalar	0	0	0	3	25	206	10	23,8	507	5	9,3	65	7	14,9	390
Kalabalık ortam kazaları	1	11,1	44	0	0	0	0	0	0	4	7,4	122	1	2,1	10
Toplam	9	100	2573	12	100	414	42	100	1281	54	100	1266	47	100	1182

ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda gelen göçmenlere karşı güvenlik tedbirlerinin artırılması, düzensiz göçmenlerin bir an önce kayıt altına alınması gerekmektedir.

Çanakkale halkı ile yapılan çalışmanın bir diğer sonucu ise; Göçmenlerin ekonomik olarak kamuya ve bireylere yük getirdiği, özellikle işgücü piyasasında dengesizliğe neden oldukları algısı mevcuttur. Göçmenlerin ekonomiye sadece işçi olarak değil, işveren olarak da katılımlarını sağlayacak projeler uygulanmalıdır. Yaratıcı sınıfa dâhil olan eğitilmiş göçmenlerin bölgede yoğunlaşmasını sağlayacak politikalar uygulanmalıdır. Söz konusu politikalar bölgenin yabancı göçmenlere karşı tolerans seviyesini artırırken, bölgeyi yaratıcı sınıf için de daha çekici hale getireceği için bölgesel kalkınmayı da olumlu yönde etkileyecektir⁽¹⁹⁾.

Yayınlanan raporlar doğrultusunda ülkemizde bulunan mültecilerin büyük bir kısmı kadın ve çocuklardan oluşmaktadır. Kadın sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı hizmetleri, özellikle çocuklar için bağışıklama hizmetlerinin aksatılmaması gerekmektedir.

Kimyasal, biyolojik ve radyoaktif ajanların kolay fark edilememesi, maruziyete bağlı sonuçlarının genellikle bilinmemesi ve kontaminasyondan kaynaklanan gecikmiş etkiler, insanlar arasında ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta, korku, panik ve anksiyeteye neden olabilmektedir⁽⁵⁾.

Yangınların halk sağlığı açısından etkileri incelendiğinde; biyolojik çeşitliliğin büyük zarar gördüğü, ormanlarda yaşayan canlıların yaşam alanlarının yok olduğu, canlı ve cansız örtünün yok olmasıyla erozyon, sel-taşkın ve hava kirliliği gibi doğal afetlerin sayısında ve hızında artma görüleceği sonucuna ulaşılmıştır⁽¹⁾.

Sonuç olarak insan kaynaklı afetler önemli bir halk sağlığı sorunudur. Halk sağlığı açısından insan kaynaklı afetler önlenebilir ve etkileri azaltılabilir. Bu amaçla çok sektörlü sağlık sorumluluğu geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- 1) AFAD. *Afet ve Acil Durum Başkanlığı*, <<https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>> (2020).
- 2) Shaluf, I. M. Disaster types. *Disaster Prevention and Management: An International Journal* (2007).
- 3) Törenci, H. Afet yönetimi ve Bursa'da sağlık sektöründe afet yönetimi. *Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi* (2015).
- 4) Yılmaz, A. *Türk kamu yönetimi sorunlarından biri olarak afet yönetimi*. (Pegem Yayıncılık, 2013).
- 5) DEMİRALP, N., DEMİRALP, K., ÜTÜK, A. & ÜTÜK, Ö. F. Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) Olaylarda Psikososyal Bakım. *Afet ve Risk Dergisi* 3, 80-88.
- 6) Karaburun, A. & Demirci, A. *Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehlikelere karşı Coğrafi Bilgi Sistemlerinin kullanılması*. (2009).
- 7) Doğruluk, M., Doğan, A., Kalkan, N. & Korkmaz, M. Nükleer tehlikeler ve afet yönetimi: Türkiye'de durum değerlendirmesi. (2018).
- 8) Kurumu, T. D. *Sözlük*, <<https://sozluk.gov.tr/>> (2020).
- 9) AKBAYIR, Ö. Dünya'da ve Türkiye'de DemirYolu Kazaları Nedeniyle Meydana Gelen Ölüm Oranlarının Karşılaştırılması. *Demiryolu Mühendisliği*, 45-52 (2016).
- 10) Çetinyokuş, S. & Mert, A. Denizyolu tehlikeli madde taşımacılığına yönelik kazaların analizi. *Journal of Humanities and Tourism Research* 10, 41-54 (2020).
- 11) Gökçekuğ, H., Barlas, C., Almuhsen, M. & Eyni, N. Doğal ve İnsan Kaynaklı Afetler, Sonuçları ve Afet Yönetimi. (2018).
- 12) Vatansver, K., Türk, M. & Vatansver, M. Olağan Dışı Durumların Epidemiyolojik Özellikleri. *Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri: Sağlık Çalışanının El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi*, 21-40 (2002).
- 13) TERCAN, E. & BEŞDOK, E. Trafik Kazalarına Etki Eden Faktörler Arasındaki İlişkilerin TBA Biplot Analiz Yöntemi İle Değerlendirilmesi. *İğdir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8, 103-111 (2018).
- 14) Koşar, L. & İlhan, M. N. BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALAR. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)* 3 (2015).
- 15) Lee, R. S. & Hughes, R. L. Prediction of human crowd pressure. *Accident analysis & prevention* 38, 712-722 (2006).
- 16) Still, K. *Crowd Safety and Crowd Risk Analysis*, <<https://www.gkstill.com/Courses/ShortCourse.html>> (2020).
- 17) Yılmaz, A. ULUSLARARASI GÖÇ: ÇEŞİTLERİ, NEDENLERİ VE ETKİLERİ. *Electronic Turkish Studies* 9 (2014).
- 18) Nur, S. A. & Taşan, P. Mülteci Krizi ve Afet Yönetimi. *Disiplinlerarası Afet Yönetimi Sempozyumu, Afetlerde Stratejik Yönetim, Sempozyum Bildirileri Özet Kitabı*, 12-13 (2017).
- 19) Seki, İ. & Seçkin, A. ÇANAKKALE İLİ ÖZELİNDE YABANCI GÖÇMENLERE KARŞI TOLERANSIN BÖLGESEL ANALİZİ. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi* 1, 453-462.
- 20) Bakırcı, E., Karatop, B. & Bayındır, S. Yangın Stratejilerinin Oluşturulması İçin İstatistik Veri Türlerinin Türkiye (İstanbul İli Örneğinde) ve Seçilmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi* 5, 272-280 (2019).
- 21) Güllüce, Y. *Yangın riski taşıyan açık alanlar için cbs tabanlı, bulut altyapılı, yüksek hassasiyetli, nanofotonik erken yangın tespit sistemi tasarımı ve uygulaması*, İstanbul Teknik Üniversitesi, (2019).
- 22) Örgütü, B. M. M. *Türkiye İstatistikleri*, <<https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>> (2020).
- 23) Gündoğdu, S. 21. Yüzyıl dönümünde insan kaynaklı afetlerde toplu göçler ve geriye dönüş sürecinde tarihi çevreye yönelik risklerin yönetimi. , Yıldız Teknik Üniversitesi, (2019).
- 24) Erdoğan, R. *İnsan kaynaklı afet riski bulunan işlerde çalışanların iş güvenliği algısı: ankara ili polis teşkilatı çevik kuvvet çalışanları üzerine bir araştırma*, Ufuk Üniversitesi, (2016).



Jeolojik Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına > Etkileri

147

DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN GÜZEL • PROF. DR. RECEP AKDUR

Jeofizik Kaynaklı Afetler

Toplumun kendi başına başa çıkamadığı büyüklükte yıkım ve kırılma neden olan bu nedenle dış yardıma gereksinim duyduğu doğal ve yapay olaylara afet denmektedir. Afetin neden ve boyutunun anlaşılmasını sağlayan sınıflandırmalar literatürde farklı şekillerde yapılmaktadır^(1,2,3,4,5,6). Bu sınıflandırmalardan Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (The Centre for Research on the Epidemiology of Disasters - CRED) tarafından yapılan ve Türkçe kullanımında Acil Durum Veri Tabanı⁽⁷⁾, Afet Acil Durum Veri Tabanı⁽⁸⁾ ve Küresel Afet Veri Tabanı⁽⁹⁾ olarak ifade edilen sınıflandırma dünya yazınında önemli bir yere sahiptir. EM-DAT (The International Disaster Database) tarafından hazırlanan doğal afet grupları ve tipleri^(4,10) **Tablo 147.1**'de, jeolojik kaynaklı afetlere yönelik sınıflandırmalar ise **Tablo 147.2**'de verilmiştir. EM-DAT sınıflandırmasında afet alt grupları arasında yer alan, görülme sıklığı ve verdiği zararlar nedeniyle Dünya'da önemli bir yere sahip olan jeolojik afetler, incelenen kaynakların birçoğunda "jeofizik afetler" olarak tanımlanmıştır^(1,2,3,4,5,6).

Son yıllarda afetlerde önemli nitel ve nicel değişiklikler/artışlar dikkati çekmektedir. Bu durum bir yandan afetin sınırlarını genişletirken, diğer yandan da birbirinden kesin sınırlarla ayıramasına ve afet sınıflandırmaların farklı şekillerde yapılmasına neden olmaktadır⁽⁷⁾. **Tablo 147.1**'de yer alan verilerin tamamının ve **Tablo 147.2**'de yer alan

verilerin ise bir kısmının kaynağı olan EM-DAT sınıflandırmasında, toprak kayması hem jeofizik afetler hem de hidrolojik afetler başlığı altında yer almaktadır. EM-DAT veri tabanında 1 Ocak 2015 - 1 Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleşen afetler incelendiğinde, dünyada görülen 102 toprak kaymasının sadece bir tanesi kuru kütle hareketleri kapsamında jeofizik afetler arasında yer almıştır, geri kalan 101 toprak kayması hidrolojik afetler kapsamında sayılmıştır⁽¹¹⁾. EM-DAT tarafından hazırlanan haftalık afet verilerinde⁽¹¹⁾ ve afet istatistiklerini değerlendirmek amacıyla 2016 yılında hazırlanan bir raporda⁽¹²⁾ toprak kayması sıklıkla sel ve toprak kayması (floods and landslides) şeklinde ifade edilmektedir. Yağışların ve suyun azalması kuraklık, kıtlık ve yoksulluğa neden olurken öte yandan su kütlelerinin dünyada hızlı yer değiştirmesi sel, toprak kayması, taşkın ve çığ afetlerine neden olmaktadır⁽¹³⁾. Toprak kaymasının sıklıkla seller tarafından tetiklenmesi EM-DAT sınıflandırmalarında toprak kaymasının hidrolojik afet kapsamında değerlendirilmesine neden olmaktadır⁽⁴⁾.

Tablo 147.2 afetlerin birbirlerini tetiklemeleri ya da birlikte meydana gelmeleri nedeniyle sınıflandırmanın zor olduğunu⁽⁷⁾ bu nedenle de farklı bilim insanları tarafından farklı sınıflandırmalar yapıldığını göstermektedir. Bu çalışmada Dünya'da ve Türkiye'de görülen jeofizik kaynaklı afetler kapsamında deprem, volkanik aktiviteler ve kuru kütle hareketleri incelenmiştir.

Tablo 147.1 EM-DAT'a Göre Doğal Afet Grupları ve Tipleri ^(4,10)

Afet Alt Grubu	Afet Temel Tipi	Afet Alt Tip	Afet Alt Alt Tipi
Jeofizik	Deprem	Yer hareketi	
		Tsunami	
	Kütle Hareketleri (kuru)	Kaya düşmesi	
		Toprak kayması	
	Volkanik Aktiviteler	Kül akıntısı	
		Volkanik çamur akıntısı (lahar)	
		Piroklastik akış	
Lav akışı			
Meteorolojik	Fırtına	Tropikal olmayan fırtına	
		Tropikal fırtına	
		Konvektif fırtına	Şiddetli fırtına
			Dolu
			Şimşek/Gök gürültüsü
			Yağmur
			Tornado
			Kum/toz fırtınası
			Kar fırtınası
	Aşırı Sıcaklıklar	Soğuk dalga	
		Sıcak dalga	
		Sert kış koşulları	Kar
	Sis		Buz
Hidrolojik	Sel	Kıyı selleri	
		Akarsu selleri	
		Ani seller	
		Buz erimesi selleri	
Toprak Kayması/ Heyelan	Çığ*		
Dalga	Aşırı dalgalar, dev dalgalar		
	Seyşer**		
Klimatolojik	Kuraklık		
	Buzul Gölü Patlamaları		
	Büyük Yangınlar	Orman yangınları	
Biyolojik	Epidemik	Çalı, otlak mera alan yangınları	
		Viral hastalıklar	
		Bakteriyel hastalıklar	
		Parazitik hastalıklar	
		Mantar hastalıkları	
	Prion hastalığı		
	Böcek İstilasası	Çekirge istilasası	
Hayvan Kazaları	Ağustos böceği istilasası		
Dünya Dışı	Etki	Havada infilak	
		Uzay Kaynaklı	
	Enerji yüklü parçacıklar	Jeomanyetik fırtına	
		Şok dalgası	

*Kar, çökme/moloz, çamur akıntısı, kaya düşmesi. **Göl veya körfezlerde deprem vb. nedenlerle oluşan dalga.

Tablo 147.2 Jeofizik Kaynaklı Afetlere Yönelik Literatürde Yer Alan Bazı Sınıflandırmalar

Jeofizik Afetler ⁽¹⁾	Jeofizik Afetler ⁽²⁾	Jeofizik Afetler ^(4,5)	Jeofizik Afetler ^(3,6)
Deprem	Deprem	Deprem	Deprem
Deprem	Tsunami	Yer hareketleri	Volkan
Tsunami	Toprak kayması	Tsunami	Kuru kütle hareketleri
Volkan	Volkan patlaması	Volkanik aktiviteler	Kaya düşmesi
Volkan patlaması	Çiğ	Volkanik kül akıntısı	Toprak kayması
Kuru kütle hareketleri		Lahar (Volkanik çamur akıntısı)	Çiğ
Kaya düşmesi		Piroklastik akış	Çökme
Toprak kayması		Lav akışı	
Çiğ		Kütle hareketleri	
Çökme		Kaya düşmesi	
		Toprak kayması	

Dünyada Görülen Jeofizik Kaynaklı Afetler ve Önemi

EM-DAT veri tabanına göre, Dünya'da 1 Ocak 2015 - 1 Haziran 2020 tarihleri arasında meydana gelen 1.974 afetin 154'ü⁽¹¹⁾ jeofizik kaynaklı ve bunun 130'u depremdir (Tablo 147.3). En sık karşılaşılan afetler arasında üçüncü sırada yer alan depremin (bkz. EK 147.1) (birinci sırada seller ve taşkınlar, ikinci sırada fırtınalar ve kasırgalar), erken uyarısının olmaması, hemen ardından oluşan ikincil tehlikelerin ve afetlerin sayıca fazla olması (gaz sızıntısı, yangın, tsunami, sel, taşkın baraj yıkılması, toprak kayması, salgın hastalık vb.) verdiği zararları artırmaktadır. Deprem meydana geldiğinde karada verdiği hasar binde dört iken, tsunami ile etkisi binde yetmiş dokuz olmaktadır. Bu durum depremlerle birlikte görülen diğer afetlerin ve özellikle tsunaminin depremin topluma verdiği hasarın boyutunu artırdığını göstermektedir⁽¹³⁾. Benzer şekilde, Dünya'da her yıl aktif hale gelen 50-60 volkan tarafından meydana gelen lav akıntısı, piroklastik (kırıntılı) akıntı (hızlı hareket eden sıcak kayalar ve

moloz akıntısı), patlamalar ve çamur akıntıları gibi volkanik aktiviteye bağlı tehlikeler, ikincil (tsunamiler, sıcaklık düşmelerine neden olan bölgesel ve küresel iklim değişimleri, kıtlık ve çeşitli hastalıklar) afetlere göre daha az hasar vermektedir⁽¹⁴⁾.

Afetlere yönelik hazırlanan bir raporda, 2008-2017 yılları arasında Dünya'daki 3.751 olay afet olarak kayıtlanmıştır⁽¹⁵⁾. Raporda yer alan on yıllık afet kaydı verisine paralel şekilde, 1 Ocak 2015-1 Haziran 2020 tarihleri arasında Dünya'da 1.974 "afet" kaydı görülmesi⁽¹¹⁾ afetlerin halen önemini koruduğunu göstermektedir. Literatürde jeofizik afetlerin görülme sıklığının hem 1998-2007 yılları arasında hem de 2008-2017 yılları arasında %8 olduğu ifade edilmektedir. Bu iki onar yıllık sürede jeofizik afetlerin görülme sıklığı benzer ve %8 iken, etkilenen insan sayısı 1998-2007 yılları arasında %1 2008-2017 yılları arasında %4 olarak saptanmıştır. Ekonomik zarar ise 1998-2007 arasında %15 iken, 2008-2017 yılları arasında %27'ye yükselmiştir⁽¹⁵⁾. 1 Ocak 2015- 1 Haziran 2020 tarihleri arası veriler incelendiğinde, tüm afetler içinde jeofizik afetlerin görülme sıklığı %7,8; ölen kişi sayısı 18.365;

Tablo 147.3 EM-DAT 1 Ocak 2015-1 Haziran 2020 Tarihleri Arasındaki Verilere Göre Dünyada Görülen Jeofizik Afetlerin Sayısı⁽¹¹⁾

Afetin İsmi	Görülme Sayısı	Afetin Alt Tipi	Görülme Sayısı	2015 Yılı	2016 Yılı	2017 Yılı	2018 Yılı	2019 Yılı	2020 Yılı
Deprem	130	Yer hareketi	127	22	31	22	23	28	4
		Tsunami	3						
Volkanik Aktivite	21	Kül akıntısı	12	6		2	5	7	1
		Lav akışı	3						
		Piroklastik akış	1						
		Belirtilmemiş	5						
Kuru Kütle Hareketleri	3	Kaya düşmesi	2	1		1	1		
		Toprak kayması	1						

yaralanan kişi sayısı 139.612 ve ekonomik kayıp 822.033.311 Amerikan Doları olarak belirlenmiştir. Tüm afetlerden ölen kişi sayısı 87.619; yaralanan kişi sayısı 2.399.998; ekonomik kayıp 58.993.512 Amerikan Doları olarak bulunmuştur⁽¹¹⁾. Can, mal ve iş sürekliliğine verdiği hasar bakımından dünya literatüründe halen ilk sırada olan depremi⁽¹³⁾ kapsayan jeofizik afetlerin tüm afetler içindeki durumu değerlendirildiğinde (1 Ocak 2015 - 1 Haziran 2020) ölüm sıklığı %20,9; yaralanma sıklığı %5,8 ve ekonomik kayıp %7,1'dir⁽¹¹⁾.

2008-2017 yılları arasında depremler en çok Asya kıtasını, volkanik hareketler ve kütle hareketleri ise (görülme sıklığı %1'in altında) en çok Okyanusya kıtasını etkilemiştir⁽¹⁵⁾. 1 Ocak 2015-1 Haziran 2020 tarihleri arasında depremler ve kütle hareketleri en çok Asya kıtasını, volkanik hareketler en çok Amerika kıtasını etkilemiştir. Ülkeler açısından bakıldığında ise en çok ölüm sırasıyla Nepal, Endonezya ve Ekvador'da (her üçü de deprem nedeniyle): en çok etkilenen insan sayısı ise sırasıyla Nepal (deprem), Guatemala (volkanik aktivite) ve Endonezya'da (deprem ve volkanik aktivite)⁽¹¹⁾ görülmüştür. Bu durum jeofizik afetlerin ve özellikle jeofizik afetler içerisinde yer alan depremin yıkıcı etkisinin gelecek yıllarda da devam edeceğini göstermektedir. Benzer şekilde en ölümcül afet olaylarının incelendiği 2018 yılına ait bir raporda, en fazla sayıda kişinin ölümüne neden olan ilk beş olayın dördünde deprem ve volkanik aktiviteler yer almaktadır. Nadiren gelişen fakat verdiği zararlar açısından çok korkutucu olan volkanik aktivitelerin 2018 yılında gerçekleşmesi ve sadece 2018 yılında ölen kişi sayısının önceki 18 yılın toplamından daha fazla olması (bkz. EK 147.2) jeofizik afetlerin unutulmaması gerektiğini hatırlatmaktadır⁽¹⁶⁾.

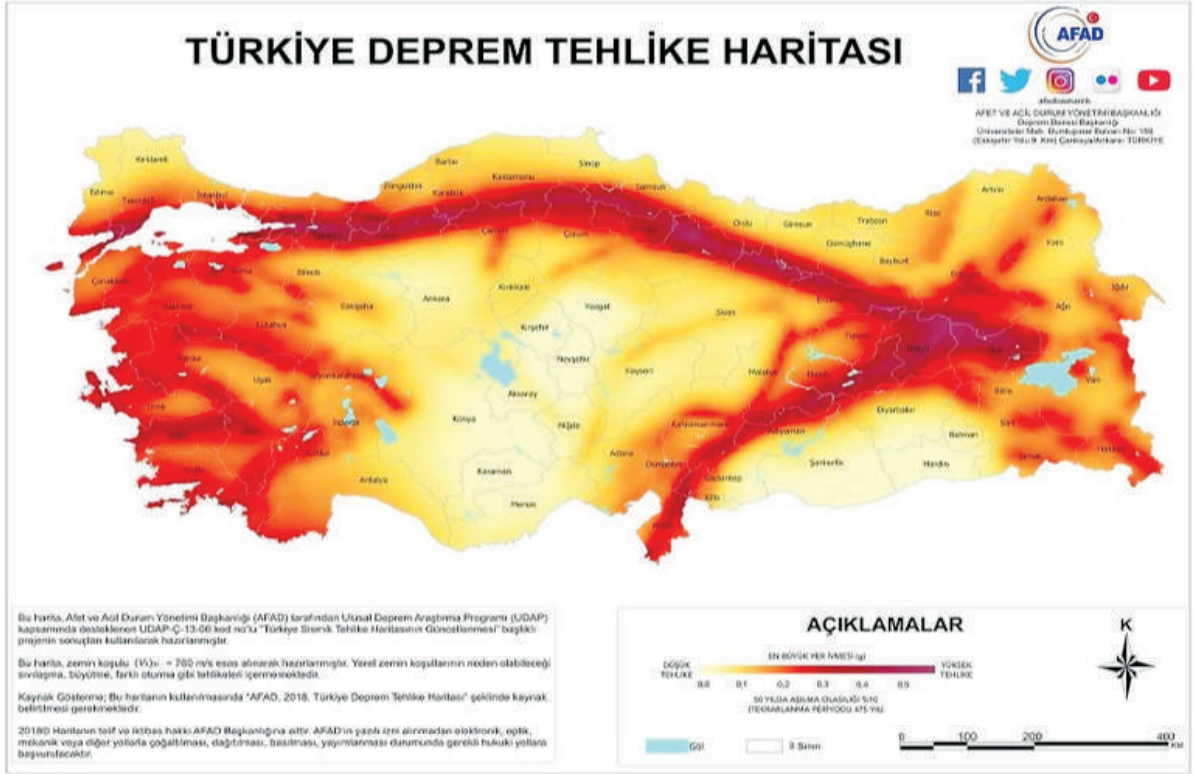
Türkiye'de Jeofizik Kaynaklı Afetler ve Önemi

Jeomorfolojik, meteorolojik ve klimatolojik özellikleri ile doğal afetlerin sık yaşandığı ülkeler arasında olan Türkiye, özellikle depremlerden çok zarar görmektedir⁽¹⁷⁾. Afetlerden sıklıkla etkilenen ülkemizde görülen can kayıplarının büyük bölümü yaşanan jeofizik afetlerden, özellikle depremler ve toprak kaymasından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de meydana gelen en ölümcül on afet incelendiğinde, birinci sırada 1939 Erzincan depremi ve ikinci sırada

yakın zamanda yaşanan 1999 İzmit depremi yer almaktadır (bkz. EK 147.3). Bu durum afetler arasında yer alan depremin ülkemizde sık görüldüğünü ve yıkıcı etkisinin olduğunu göstermektedir⁽¹⁸⁾. Volkanlar açısından bakıldığında ise, Türkiye'de aktif durumda olmayan 13 volkanın bulunduğu^(14,19), bu volkanların çoğunlukla İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde^(17,19) ve her an aktif hale geçebilecek durumda oldukları ifade edilmektedir. Bu volkanların 30 km yakınında dört milyondan fazla insanın, 100 km yakınında ise on beş milyondan fazla insanın yaşadığı bilgisi, volkanların aktif hale geçmesi durumunda yapacağı yıkımın ve kırımın büyüklüğünü ifade etmektedir⁽¹⁹⁾.

Afetlere yönelik 2015'de hazırlanan bir raporda, Türkiye'de bulunan nüfusun ve konutların tamamının çeşitli derecelerde deprem bölgesinde bulunduğu (Şekil 147.1) ve konutların %44'ünün birinci derece deprem bölgesinde olduğu bildirilmiştir. Aynı raporda 2015 yılı içerisinde Türkiye genelinde çeşitli illerde görülen 71 kütle hareketinin (69 heyelan ve 2 çökme) yaşandığı ve fazla miktarda konuta hasar verdiği de vurgulanmıştır⁽¹⁴⁾. Volkanik tehlike açısından ise Türkiye, yüksek volkanik tehlike içeren aktif volkanı bulunan 95 ülke arasında, etkileyecek nüfus sayısı açısından 14. sırada yer almaktadır. Ayrıca, Türkiye'deki 21. yüzyılda büyük bir patlamanın gerçekleşme olasılığı %70 olarak ifade edilmektedir. Bu durum ülkemizde volkanik tehlikeler konusunda yapılan çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir⁽¹⁹⁾.

Türkiye'de, 2010-2017 yılları arasında, çok sayıda büyüklüğü 4,5 ve üzeri çok sayıda yaşandığı, bu depremlerde 651 ölü, 2.500 yaralı ve sayısı belirlenemeyen hasarlı bina olduğu; yaşanan 327 toprak kayması ve kaya düşmesinde ise 77 ölü, 54 yaralı ve 1.301 hasar gören bina olduğu belirlenmiştir⁽¹⁸⁾. EM-DAT veri tabanı incelendiğinde, 1 Ocak 2015-1 Haziran 2020 tarihleri arasında Türkiye'de jeofizik afetler kapsamında yer alan üç deprem olayı olduğu görülmektedir⁽¹¹⁾. Bu olaylardan 2017 yılında gerçekleşen Bodrum depremi ve sonrasında yaşanan tsunamide 360 kişinin yaralandığı; 2019 yılında gerçekleşen İstanbul depremi sonrası bir kişinin öldüğü, 34 kişinin yaralandığı ve toplam 1.459 kişinin etkilendiği, 2020 yılında gerçekleşen Elazığ depremi sonrası 41 kişinin öldüğü, 1.607 kişinin yaralandığı ve toplam 69.000 kişinin etkilendiği belirlenmiştir⁽¹¹⁾.



Şekil 147.1 Türkiye Deprem Tehlike Haritası*

Kaynak: *Bu şekil AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) sayfasından alınmıştır²⁰. (<https://www.afad.gov.tr/infografikler>, erişim 25.06.2020).

Jeofizik Kaynaklı Afetlerin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Jeofizik Kaynaklı Afetlerin Halk Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Binaların yıkılmasına neden olan depremin fiziksel sağlık etkileri incelendiğinde (Tablo 147.4), yıkılan binaların sayısına ve durumuna bağlı olarak sıklıkla yaralanma (crush sendromu, kayma ve düşme) ve ölümlerle sonuçlandığı görülmektedir. Deprem sonrası fiziksel sağlık etkilerinin incelendiği bir çalışmada, kendi imkanlarıyla hastane triajlarına başvuran hastaların yaklaşık yarısının yaşlı ve bu hastaların birçoğunun da en az bir kronik hastalığa sahip olduğu vurgulanmıştır. Yaşın artışıyla beraber artma eğiliminde olan kronik hastalıklar, deprem sırasında görülen birincil yaralanmaların dışında ekstra ikincil bir sağlık hizmeti gereksinimi oluşturmaktadır. Aynı çalışmada özellikle kırsal kesimlerde bulunan bebeklerde yetersiz beslenme, bodur büyüme gibi belirtilerin depremden sonraki iki yıl

içerisinde sık görüldüğü vurgulanmıştır. Depremin ikincil sağlık etkileri arasında yer alan bulaşıcı hastalıklar (özellikle su kaynaklı bulaşıcı hastalıklar kolera vb.), solunum hastalıkları (özellikle kızamık, menenjit), gazlı gangren, ishal ve kusma da deprem sonrası ilk altı ay içerisinde sık görülmektedir. Deprem sonrası görülen tsunami ile tuzlanan yer üstü ve yer altı suları da cilt tahrişleri oluşturmaktadır. Depremin mental sağlık etkileri arasında ise travma sonrası stres sendromu, depresyon, kaygı gibi durumlar sıklıkla görülmektedir⁽²⁰⁾.

Volkanik aktiviteler sırasında ortaya çıkan çeşitli gazlar (CO₂, SO₂, H₂S, HF, HCl ve radon) insan sağlığını olumsuz etkilemekte, özellikle karbondioksit ve hidrojen sülfür birikimi, çökmeler ve volkanik çamur akıntısı (lahar) (Tablo 147.3) yaralanma ve ölümlere neden olmaktadır⁽²¹⁾. Ortaya çıkan kürt dioksit özellikle astım, bronşit, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda; yaşlılarda ve hamilelerde bronkospazm, nefes almakta zorlanma, hırıltılı solunum, öksürüğe neden olmaktadır (Tablo 147.4). Pat-

lama sonrası oluşan kül göz, burun, ağız ve boğazda birikerek tahrişe neden olurken⁽²²⁾, ortaya çıkan volkanik tüyler/döküntü ise çevreyi kirleterek içme sularına zarar vermektedir⁽²¹⁾. Özellikle içerisinde kristal silika olan kül (önceden tanı almayanlarda bile) kronik akciğer hastalıklarına neden olurken, bölgede görülen hastalık ve ölüm düzeylerini artırmaktadır⁽²¹⁾. Küllerin oluşturduğu tüylerin yüzeyindeki partiküller ise sürtünmeye neden olarak kıvılcım çıkmasına, yanıklara ve ölüme neden olmaktadır⁽²¹⁾. Volkanik aktiviteler sonucunda oluşan erimiş lav okyanusa aktığında ya da deniz suyunu ısıttığında içerisinde bulunan hidroklorik asit çok fazla miktarda buhar oluşturarak solunum sistemi (nefes darlığı), deri, gözler ve mukozalara zarar vererek ölüme neden olmaktadır⁽²²⁾. İçerisinde gaz, kül ve kaya bulunan ve volkanik yamaçlardan hızlıca akan piroklastik yoğunluk akımları (hidrotermal suya benzer) yanıklar, ölümler ve enfeksiyonlarla sonuçlanmaktadır. İkincil etkiler arasında, evlerinden tahliye edilip toplanma alanlarına yönlendirilen insanlarda stres ve psikolojik bozukluklar görülürken, yaygın kül ve gaz etkisinin devam etmesi hayvanların yiyeceklerinin bozulmasına, su

kaynaklarının kirlenmesine, hayvanların ölmesine, kıtlığa ve enfeksiyon hastalıklarının artmasına neden olmaktadır⁽²¹⁾.

Jeofizik kaynaklı afetler arasında yer alan kuru kütle hareketlerinin (kaya düşmesi ve toprak kayması) yanlış tanımlamalara maruz kalması, genellikle fakir kesimler olarak nitelendirilen dağlık alanlarda gerçekleşmesi ve sel, tayfun ve deprem gibi afetler tarafından tetiklenmesi nedeniyle kayıtlarının tutulmasında zorluklar meydana gelmektedir. Kuru kütle hareketlerine bağlı ölümlerin izlenmesi sırasında, ölüm nedenlerinin yanlış kaydedilmesi/ birlikte görüldüğü afete eklenmesi gibi nedenler bu afetlerin sağlık etkilerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Toprak kaymasının kesinleşmiş sağlık etkileri; kırıklar, kesikler, boğulma, künt travma, kafa travması, kafa travmasına bağlı sepsis ve ölüm olarak ifade edilmektedir (Tablo 147.4). Yavaş hareket eden toprak kaymasının hızlı hareket eden toprak kaymasına göre (özellikle binaların beklenmedik çökmeleri nedeniyle) daha fazla yaralanmaya ve ölüme neden olduğu da vurgulanmaktadır. Bu yaralanmalar crush sendromu ve çoklu organ patolojilerine neden olurken, böbrek ve diğer or-

Tablo 147.4 Jeofizik Kaynaklı Afetlerin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Afet Türü	İnsan Sağlığına Etkileri	En Çok Etkilenen Gruplar
Deprem	<i>Doğrudan Etkiler</i> Kırık ⁽²⁰⁾ Yumuşak doku zedelenmesi ⁽²⁰⁾ <i>Dolaylı Etkiler</i> Bulaşıcı hastalıklar ⁽²⁰⁾ Enfeksiyon hastalıkları ⁽²⁰⁾ Travma sonrası stres sendromu ⁽²⁰⁾	Kadınlar ⁽²⁰⁾ Eğitim düzeyi düşük olanlar ⁽²⁰⁾ Ölüme tanık olanlar ⁽²⁰⁾ Yaşlılar ⁽²⁰⁾ Bebekler ⁽²⁰⁾ Azınlıklar ⁽²⁰⁾ Yerinden edilmiş olanlar ⁽²⁰⁾ Kırsal kesimde yaşayanlar ⁽²⁰⁾
Volkanik Aktivite	<i>Doğrudan Etkiler</i> Yanık ⁽²²⁾ Yaralanma ⁽²²⁾ Ölüm ⁽²²⁾ Solunum sistemi hastalıkları ⁽²²⁾ Göz, boğaz, ağız ve burunda tahriş ⁽²²⁾ <i>Dolaylı Etkiler</i> Travma sonrası stres sendromu ⁽²¹⁾ Enfeksiyon hastalıkları ⁽²¹⁾ Kıtık ⁽²¹⁾	Kronik hastalığı olanlar (özellikle solunum sistemi) ⁽²²⁾ Yaşlılar ⁽²²⁾ Hamileler ⁽²²⁾ Çiftçiler ⁽²²⁾ Çocuklar ⁽²¹⁾
Kütle Hareketleri (Kuru)	<i>Doğrudan Etkiler</i> Künt travma ⁽²³⁾ Boğulma ⁽²³⁾ Kesikler ⁽²³⁾ Ölüm ⁽²³⁾ <i>Dolaylı Etkiler</i> Enfeksiyon hastalıkları ⁽²³⁾ Travma sonrası stres sendromu ⁽²³⁾	Kadınlar ⁽²³⁾ Bina içinde olanlar ⁽²³⁾ 15 yaş ve altında olanlar ⁽²³⁾

EK Tablo 147.1 Dünyada Son Yüzyılın Büyük Depremleri*

TARİH	YER / ÜLKE	ÖLÜ SAYISI	BÜYÜKLÜK
16 Ağustos 1906	Şili	20.000	8.6
28 Aralık 1908	Messina / İtalya	160.000	-
15 Ocak 1915	Avezzano / İtalya	29.980	-
16 Aralık 1920	Doğu Türkistan / Çin	180.000	8.6
01 Eylül 1923	Tokyo / Japonya	142.807	8.3
2 Mayıs 1927	Nan- Şan / Çin	200.000	8.3
15 Aralık 1934	Hindistan	10.700	8.4
25 Ocak 1939	Şili	28.000	8.3
27 Aralık 1939	Erzincan / Türkiye	39.700	8.0
29 Şubat 1959	Agadir / Fas	14.000	-
30-31 Mayıs 1970	Kuzey Peru	66.794	7.7
12-13 Kasım 1970	Pakistan (Deprem- Kasırga)	500.000	-
22 Aralık 1972	Nikaragua	11.600	-
04 Şubat 1976	Guatemala City	22.778	7.5
28 Temmuz 1976	Tangshan / Çin	242.000	8.2
16 Ağustos 1976	Mindanao / Filipinler	8.000	7.8
16 Eylül 1978	Tabas / İran	25.000	7.7
10 Ekim 1980	El Asnem / Cezayir	4.500	7.3
13 Aralık 1982	Kuzey Yemen	3.000	-
19 Eylül 1985	Mexico City	5.000	8.1
07 Aralık 1988	Spitak / Ermenistan	55.000	6.9
21 Haziran 1990	Kuzey Batı İran	36.893	7.7
30 Eylül 1993	Marashta / Hindistan	30.000	6.4
17 Ocak 1995	Kobe / Japonya	5.500	7.2
28 Mayıs 1995	Sahalin / Rusya	2.500	7.5
10 Ekim 1996	El Salvador	1.400	-
28 Şubat ve 10 Mayıs 1997	İran	3.100	-
4 Şubat 1998	Afganistan	4.500	6.4
30 Mayıs 1998	Afganistan	5.000	7.1
17 Temmuz 1998	Papua Yeni Gine (Tsunamik)	10.000	7.0
17 Ağustos 1999	Gölcük /Türkiye	17.480	7.5
26 Ocak 2001	Gujarat, Hindistan	15.000	-
26 Aralık 2003	Bam / İran	40.000	-
26 Aralık 2004	Sumatra / Endonezya	227.000	9.0
08 Ekim 2005	Keşmir / Pakistan	75.000	7.6
12 Mayıs 2008	Siçuan / Çin	70.000	7.8
12 Ocak 2010	Haiti	360.000	7.0
11 Mart 2011	Töhoku / Japonya	15.878	9.0
25 Nisan 2015	Katmandu / Nepal	6.000	7.8

*Bu tablo Prof. Dr. Recep Akdur tarafından çeşitli kaynaklardan derlenmiştir.

EK Tablo 147.2 Dünyada Görülen Büyük Yanardağ Patlamaları*

TARİH	YER / YANARDAĞ	ÖLÜ SAYISI
1669	Sicilya / Etna	20.000
1792	Japonya / Unzen	11.000
1815	Endonezya / Tambora	92.000
1883	Endonezya / Krakatoa	36.000
1902	Martinik / Pelee	28.000
1902	Endonezya / Kelud	5.200
1963	Endonezya / Agung Dağı	1.300
1985	Kolombiya / Nevado Del Ruiz	23.000
1986	Kamerun / Nyos	1.600
1991	Filipinler / Pinatubo	800
2002	Kongo / Nyiragongo	100
2010	Endonezya / Merapi	-
2014	Endonezya / Sunabung	20
2014	Japonya / Ontake	-
2016	Endonezya / Sumatra	-
2018	Endonezya / Anak Krakatoa	420
2018	Guatemala / Fuego Volkanı	-

*Bu tablo Prof. Dr. Recep Akdur tarafından çeşitli kaynaklardan derlenmiştir.

ganlarda ciddi hasarlar meydana getirmektedir. İkincil etkiler açısından incelendiğinde, özellikle deprem sonrası oluşan toprak kaymalarının nehir akış modellerinde değişikliğe neden olarak ormanları tahrip etmesi, sivrisineklerin artmasına ve sıtmanın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Toprak kayması sonucu suların bulanıklaşması, suda görülen tuzlanmanın bakteri artışına neden olması gibi durumlar kolera salgınlarına yol açmaktadır. Oluşturulan kamplarda yaşayan afetzedelerin temiz tuvaletlere ve temiz suya erişimin azalması çeşitli enfeksiyonların artmasına da neden olmaktadır. Toprak kayması sonucu hayatta kalanlarda zaman zaman stres, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, kültüre özgü olarak değişebilen titreme, kalp çarpıntısı ve nöbet gibi ataklar ve zihinsel etkiler görülmektedir⁽²³⁾.

Jeofizik Kaynaklı Afetlerin Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkileri

Jeofiziksel afetlerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri (olaya özgü bazı farklılıklar olsa da) genel olarak benzerdir. Bu afetler sonrasında görülen ve hemen müdahale edilmesi gereken durumlar tedavi edici sağlık hizmetleri iken ilerleyen zamanlarda tedavi edici sağlık hizmetleri yerini koruyucu ve

rehabilite edici sağlık hizmetlerine bırakmaktadır. Afetlerden sonra afetzedeler nedeni ile yoğunlaşan tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşlarında meydana gelen yapısal ya da yapısal olmayan zararlardan, afetzede taşınmasını engelleyen durumlardan, sağlık profesyonellerinin kendileri ya da yakınlarının afetlerden etkilenmelerinden ve uygun ya da yeterli malzeme olmayışı ve sağlık profesyoneli yetersizliği gibi durumlardan olumsuz etkilenmektedir⁽²⁴⁾. Sahada kullanılacak tıbbi cihazlar için güç kaynağının sağlanması, belirli sayıda yoğun bakım cihazına ihtiyaç duyulması, bu cihazların kalibre edilme süreçleri ve taşınmaları sırasında oluşan basınç değişikliklerinden etkilenmeleri, cihazları kullanan/kullanmayı bilen sağlık profesyoneli sayısının yetersiz olması, gerekli ilaçların olay yerine ulaşabilmesi ve bu ilaçların depolanması gibi konularda sıklıkla belirsizlikler ve sorunlar yaşanmaktadır⁽²⁵⁾. İlerleyen süreçte kamp bölgeleri kurulması, kurulan bu bölgelerde temiz suyun yetersiz olması, tuvalet ve banyonun ortak kullanılması gibi durumlar bulaşıcı hastalıkların artmasına ve ek aşılama hizmetlerine ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır⁽²⁴⁾. Benzer şekilde güvenli ve yeterli gıdaya ulaşamaması nedeniyle bölgede akut beslenme yetersizliği, alt yapı ve ulaşım hizmetlerindeki eksiklikler, uzayan iyileşme sürecine bağlı psikososyal sorunların artması, sosyal hizmetlerin

EK Tablo 147.3 1900'den Günümüze Türkiye'de Görülen Depremler*

TARİH	YER	ÖLÜ SAYISI	BÜYÜKLÜK
24 Nisan 1903	Malazgirt	2.626	6.7
9 Ağustos 1912	Mürefte / Şarköy	216	7.3
4 Ekim 1914	Afyon / Bolvadin	400	5.1
13 Mayıs 1924	Çaykara	50	5.3
13 Mayıs 1924	Erzurum	50	5.9
13 Eylül 1924	Pasinler	310	6.9
08 Şubat 1925	Ardahan	140	5.9
07 Ağustos 1925	Afyon / Dinar	330	5.9
22 Ekim 1926	Kars	355	5.7
30 Mart 1928	İzmir / Torbalı	52	7.0
18 Mayıs 1929	Sivas / Suşehri	64	6.1
6 Mayıs 1930	Hakkari Sınırı	2.514	7.2
1 Mayıs 1935	Digor	200	6.2
19 Nisan 1938	Kırşehir	149	6.6
21 Eylül 1938	İzmir / Dikili	132	7.1
26 Aralık 1939	Erzincan	32.968	7.9
1 Ocak 1940	Niğde	58	5.0
10 Eylül 1941	Van / Erciş	194	5.9
20 Aralık 1942	Tokat Niksar / Erbaa	3.032	7.0
20 Haziran 1943	Adapazarı / Hendek	336	6.6
26 Kasım 1943	Tosya - Ladik	2.824	7.2
01 Şubat 1944	Bolu / Gerede	3.959	7.2
31 Mayıs 1946	Varto / Hınıs	839	5.7
17 Ağustos 1949	Karlıova / Bingöl	450	7.0
13 Ağustos 1951	Kurşunlu	52	6.9
3 Ocak 1952	Hasankale / Erzurum	133	5.8
18 Mart 1953	Yenice / Gönen	265	7.4
25 Nisan 1957	Fethiye Antalya	67	7.1
26 Mayıs 1957	Bolu / Abant	52	7.1
19 Ağustos 1966	Varto	2.396	6.9
22 Temmuz 1967	Adapazarı	89	7.2
26 Temmuz 1967	Pülümür	97	6.2
28 Mart 1970	Gediz	1.089	7.3
12 Mayıs 1971	Burdur	57	6.2
22 Mayıs 1971	Bingöl	878	6.8
06 Eylül 1975	Lice	2.385	6.9
24 Kasım 1976	Çaldıran / Muradiye	3.840	7.5
30 Ekim 1983	Erzurum / Kars	1.336	7.1
13 Mart 1992	Erzincan	653	6.8
01 Ekim 1995	Dinar	90	6.1
27 Haziran 1998	Adana Ceyhan	112	6.3
17 Ağustos 1999	Gölcük / Marmara	17.840	7.5
23 Ekim 2011	Van	604	7.1
24 Ocak 2020	Sivrice / Elazığ	41	6.8
30 Ekim 2020	Ege Denizi	115	6.9

*Bu tablo Prof. Dr. Recep Akdur tarafından çeşitli kaynaklardan derlenmiştir.

yetersiz kalması, kronik hastalıklı kişilerin ve yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanmasında yetersizlikler sağlık hizmetlerini etkilemektedir⁽²⁶⁾.

Jeofizik Kaynaklı Afetlerin Diğer Sektörler Üzerindeki Etkileri

Afetler özellikle gelişmekte olan ülkelerde eşitsizlik ve fakirlik gibi nedenlerle zaten zarar görebilir durumda olan halkı, daha da zarar görebilir hale getirmektedir. Kentsel büyümenin artması, arazi kullanımında değişiklikler yapılması, çevresel bozulmanın artması, yönetsel zayıflıkların bulunması gibi konular afetlerin verdiği zararları artırmaktadır. Afetlerin özellikle ekonomik sektör üzerinde ki etkisi çok fazla olmaktadır. Jeofizik kaynaklı afetler arasında yer alan deprem ve deprem sırasında oluşan tsunami, insanların evsiz kalmasına ve yer değiştirmesine neden olmaktadır. Afetlere yönelik bir raporda, 1998-2017 yılları arasında yaşanan ekonomik kaybın depremde %43, volkanik aktivitede %11 ve kuru kütle hareketlerinde %8 olduğu, jeofiziksel afetler nedeniyle oluşan ekonomik kaybın yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelerin üç katı olduğu ifade edilmiştir.⁽²⁷⁾ Jeofiziksel afetler özel ve kamu binalarına ve alt yapıya çok fazla hasar vermektedir. Bu durum işyeri ve üretim tesislerinin geçici süreyle ya da tamamen kapanması ile birlikte üretim kayıplarına; sağlık, eğitim ve diğer hizmet sektörlerinde hizmetin yavaşlaması ya da durmasına; turizm, ticaret ve hizmet sektörlerinde gelir kaybına neden olmaktadır. İlk aşamada ve devam eden süreçte elde bulunan kaynakların kurtarma, ilk yardım ve geçici barındırma çalışmalarına harcanması, diğer alanlara yapılacak olan yatırım ve hizmetlerin azalmasına neden olmaktadır. Diğer alanlara yapılan yatırımın azalması göç, yaralı insanlar ve kimsesiz kalanların dolayısıyla da sosyal maliyetlerin artmasına neden olmaktadır⁽²⁸⁾. 2015 yılında hazırlanan bir raporda doğal afetlerin birçok sektörü etkilediği fakat tarım sektörüne verdiği zararın çok fazla olduğu, deprem ve tsunamilerin de (sel kuraklık ve fırtınalara göre daha az miktarda) miktarda olsa da bitkilere, hayvanlara ve ormanlara zarar verdiği belirlenmiştir. Aynı raporda balıkların tsunamiden etkilenme düzeyinin diğer afetlerden iki kat daha fazla olduğu bu nedenle

tsunaminin balıkçılığa verdiği zararın fazla olduğu ifade edilmiştir. Jeofiziksel afetlerin sık görüldüğü ülkelerde tarım üretiminin azalması, hayvanların olumsuz etkilenmesi, süt üretiminin azalması, ithalatın artması ve ihracatın azalması bu afetlerin dolaylı etkileri arasında yer almaktadır⁽²⁹⁾.

Sonuç ve Değerlendirme

Jeolojik afetler literatürde sıklıkla jeofizik afetler (deprem, volkanik aktiviteler, kuru kütle hareketleri) olarak tanımlanırken; sel, çığ ve deprem gibi afetler tarafından tetiklenen toprak kaymasının hangi afet grubunda yer aldığına dair farklı görüşler bulunmaktadır. Bu durum ülkemizde halen en çok ölüme, yaralanmaya ve maddi kayba neden olan afetler arasında ilk sıralarda deprem ve toprak kaymasının yer aldığı gerçeğini değiştirmemektedir. Jeofizik olayların görülme sıklığında ülkelere ve yıllara göre dalgalanmalar görülse de bu olayların verdiği hasar çok büyük olmaktadır. Nüfusunun ve binaların tamamının deprem bölgesinde olduğu ifade edilen ülkemiz; deprem ve deprem sonrası gerçekleşme olasılığı yüksek olan sel, baraj yıkılması, yangın, toprak kayması ve diğer birçok afet nedeniyle oluşan zararlara maruz kalmaktadır. Özellikle deprem ve toprak kayması afetlerinin can ve mal kayıplarına neden olarak iş sürekliliğini etkilemesi, evleri hasar gören insanların kamplara yerleştirilmesi halk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Depremlerin -küresel hava değişiklikleri nedeniyle- artan sel, taşkın gibi olayları daha da artırması, kümülatif afet zararlarının da artmasına neden olmaktadır. Volkanik oluşumlar açısından zengin olan fakat volkanik hareketlerin uzun yıllardır aktif olmadığı Türkiye’de, her an gerçekleşebilecek volkanik bir hareketlenmenin büyük zararlara neden olabileceği unutulmamalı; bütünleşik risk analizleri ve afet senaryoları hazırlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Altıntaş KH. Afet ve Afet Tıbbı ile İlgili Temel Kavramlar. In: Altıntaş KH, Bayraktar N, Erden Z, Koçer B, Demiröz F, eds. *HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi*. Birinci Ba. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013:1-25.
- 2) Gill J, Malamud B. Reviewing and visualizing the interactions of natural hazards. *Rev Geophys*. 2013;52:680-722. doi:10.1002/2013RG000445.Received
- 3) Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponserro S. *Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends*. Brus-

- sels; 2012. file:///C:/Users/USER/Downloads/2012.07.05.ADSR_2011.pdf.
- 4) EM-DAT (The International Disaster Database). General Classification. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters - CRED. <https://www.emdat.be/classification>. Accessed June 13, 2020.
 - 5) IFRC (The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). *Peril Classification and Hazard Glossary*; 2014. http://www.irdrinternational.org/wp-content/uploads/2014/04/IRDR_DATA-Project-Report-No.-1.pdf.
 - 6) Kadioğlu M. *Türkiye’de İklim Değişikliği Risk Yönetimi*. (Kuntasal ÖO, Lise Y, eds.). Ankara; 2012. file:///C:/Users/USER/Downloads/UNDP-TR-İklim_Degisikligi_Risk_Yonetimi.pdf.
 - 7) Bahadır H, Uçku R. Uluslararası Acil Durum Veri Tabanına Göre Türkiye Cumhuriyeti Tarihindeki Afetler. *Doğal Afetler ve Çevre Derg.* 2018;90 (232):28-33. doi:10.21324/dacd.348117
 - 8) Hamzaçebi G, Nurlu M, Akin D, Koç N. Ulusal afet arşiv sistemine ayrıntılı bir bakış. In: *6. Ulusal Deprem Mühendisliği Konferansı*. ; 2007:173-184. www.glidenumber.net’e.
 - 9) Özeyranlı Ergenç N, Yazıcı Çakın O. An Evaluation on Disasters of Istanbul City by International Classification Criteria for the Past 2000. *Mühendislik ve Fen Bilim Derg.* 2015;33:41-52. file:///C:/Users/USER/Downloads/YTUJENS-2015-33-1.687(2).pdf.
 - 10) Akay A. *İklim Değişikliğinin Neden Olduğu Afetlerin Etkileri*. Ankara; 2019. <http://www.iklimin.org/moduller/afetmodulu.pdf>.
 - 11) EM-DAT (The International Disaster Database). Disasters Of The Week. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters - CRED. <https://www.emdat.be/>. Accessed June 13, 2020.
 - 12) Debarati Guha-Sapir, Philippe Hoyois PW&, Below Regina. *Annual Disaster Statistical Review 2016: The Numbers and Trends*; 2016. doi:10.1093/rofi/rfs003
 - 13) Müftüoğlu F. Türkiye’de Afet Yönetiminde Akreditasyon ve Standardizasyon Sorunları. 2019. doi:10.4324/9781315853178
 - 14) Ersoy Ş. *2015 Yılımm Doğa Kaynaklı Afetleri “Dünya ve Türkiye”*. 2016th ed. (Nurlu M, Ersoy Ş, Özmen B, et al., eds.). TMMOB Jeoloji Mühendisleri Odası Yayınları; 2016.
 - 15) IFRC (The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). *7. Disaster Trends and IFRC Insights (World Disaster Reports)*; 2018. <https://media.ifrc.org/wp-content/uploads/sites/5/2018/10/C-07-WDR-2018-7-trends.pdf>.
 - 16) CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). *Disasters 2018: Year in Review*. Vol April 2019.; 2019. <https://www.emdat.be/cred-crunch-54-disasters-2018-year-review>.
 - 17) Ekinci R, Büyüksaraç A, Ekinci YL, Işık E. Bitlis İlinin Doğal Afet Çeşitliliğinin Değerlendirilmesi. *Doğal Afetler ve Çevre Derg.* 2020;90 (434):1-11. doi:10.21324/dacd.535189
 - 18) Çilingir Azimli G. Türkiye’de Afet Yönetimi ve İdarenin Sorumluluğu. 2019. file:///C:/Users/USER/Downloads/592348(1).pdf.
 - 19) Atıcı G, Türkecan A. Anadolu ’ nun Volkanlari. *Doğal Kay ve Eko Bült.* 2017;22:1-18.
 - 20) Chan EYY, Man AYT, Lam HCY. Scientific evidence on natural disasters and health emergency and disaster risk management in Asian rural-based area. *Br Med Bull.* 2019;129 (1):53-67. doi:10.1093/bmb/ldz002
 - 21) Horwell CJ, Baxter PJ, Kamanyire R. Health impacts of volcanic eruptions. *Glob Volcan Hazards Risk.* 2015; (2015):289-294. doi:10.1017/CBO9781316276273.015
 - 22) Carlos G, Gross JE, Jamil S, Cruz CSD, Damby D, Tam E. Volcanic Eruptions and Threats to Respiratory Health. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;197 (12):P21-P22. doi:10.1164/rccm.19712P21
 - 23) Kennedy ITR, Petley DN, Williams R, Murray V. A systematic review of the health impacts of mass earth movements (landslides). *PLoS Curr.* 2015;7:0-26. doi:10.1371/currents.dis.1d49e84c8bbe678b0e70cf7fc35d0b77
 - 24) Ünsal H, Atabey SE. Türkiye’de Acil Durum ve Doğal Afetlerde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg.* 2016;21 (4):1397-1414. doi:10.3724/SP.J.1041.2018.00953
 - 25) Altıntaş D. Afetlerde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu. In: Altıntaş KH, Bayraktar N, Erden Z, Koçer B, Demiröz F, eds. *HAMER Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi*. Birinci Ba. Hacettepe Üniversitesi; 2013:82-95.
 - 26) Farberman RK, Lieberman DA, Auerbach J. *Ready or Not; Protecting the Public’s Health from Diseases, Disasters, And Bioterrorism*. Washington; 2019. <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101751438.pdf>.
 - 27) Wallemacq, Pascaline; House R. *Economic Losses, Poverty & Disasters 1998-2017*; 2017. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.04.009
 - 28) Demirkasimoğlu M. Ankara’daki Hastanelerin Afete Hazırlık Durumları. 2015. file:///C:/Users/USER/Downloads/426900(1).pdf.
 - 29) Food an Agricultural of the United Nations. *Impact of Natural Hazards and Disasters on Agriculture the a Call for Action*. Italy; 2015. <https://www.tralac.org/images/docs/8602/the-impact-of-disasters-on-agriculture-and-food-security-fao-november-2015.pdf>.
 - 30) AFAD (Afet ve Acil Durum Başkanlığı). Türkiye Deprem Tehlike Haritası. AFAD. <https://deprem.afad.gov.tr/deprem-tehlike-haritasi>. Published 2018. Accessed June 24, 2020.



Biyolojik Afetler ve > Halk Sağlığına Etkileri

148

DR. ÖĞR. ÜYESİ EBRU İNAL • PROF. DR. SARP ÜNER

Bu bölümde, biyolojik afet tanımı ve gruplandırılması, Türkiye’de biyolojik afetlerle ilgili kurumların mevcut durumları, genel değerlendirilmesi ve mevcut biyolojik afetlerin güncel veriler ile halk sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Biyolojik Afet Tanımı ve Gruplandırılması

Biyolojik afetler, canlı organizmaların veya onların ürünlerinin sebep olduğu hastalık veya toksinlerinin insan, hayvan ve bitki yaşamında geniş düzeyde hastalık, engellilik veya ölümlü ile sonuçlanan senaryolarını ele almaktadır. Bu tür afetler, var olan, yeni ortaya çıkan veya tekrar ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların epidemik veya pandemi düzeyinde doğal formda veya hastalığa sebep olan ajanların kasıtlı kullanımı sonucu insan kaynaklı formda gerçekleşmektedir ⁽¹⁾. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve çeşitli kuruluşlara göre 43 mikroorganizma (15 bakteri, 24 virüs, 2 mantar ve 2 parazit) biyolojik silah olarak geliştirilme ve kullanılma potansiyeline sahiptir ⁽²⁾. Bu önemli mikroorganizmalar ve toksinleri, yayılım ve kullanım kolaylıkları, oluşturdukları hastalık şiddetleri ve ölüm sayısı ile kullanılma olasılıklarına göre üç gruba ayrılmışlardır (Tablo 148.1). Bu klasik gruplandırma dışında günümüzde 100’ün üzerinde mikro-organizma ile bunlardan elde edilen toksinlerin ve laboratuvar da geliştirilen maddelerin de biyolojik silah olarak kullanılma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir ⁽³⁾.

Tablo 148.1 Biyolojik silah ajanları sınıflandırması⁽⁴⁾

Kategori	Ajanlar
A	Variola major (Smallpox, çiçek), Bacillus anthracis (şarbon), Yersinia pestis (veba), Clostridium botulinum, Francisella tularensis (tularemisi), filovirüs (Ebola hemorajik ateşi, Marburg hemorajik ateşi), Arenavirüs (Lassa, Junin vb.)
B	Coxiella burnetti (Q humması) Brucella sp, Burkholderia mallei, Alpha virüs (Venezuela ensefalomiyeliti, Doğu-Batı equine ensefalomiyeliti), Ricin toksini, Clostridium perfringens toksin, Staphylococcus enterotoksin B, Salmonella spp, Shigella dysenteriae, Eschericia coli O157:H7, Vibrio cholerae, Criptosporidium parvum
C	Nipah virüs, Hanta virüs, Tickborne hemorajik ateş virüsü, Tickborne ensefalit virüsü, Sarı humma virüsü, Çoğul ilaç dirençli tüberküloz

Türkiye’de Biyolojik Afetlerle İlgili Kurumların Mevcut Durumları ve Genel Değerlendirme

Türkiye Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), afet türlerinin sınıflaması içerisinde biyolojik afetler arasında erozyon, orman yangınları, salgınlar ve böcek istilasını ele almaktadır ⁽⁵⁾. Türkiye’de ele alınan ve değerlendirmeye sunulan çoğu afet raporlarında yalnızca doğal afetlerin veya kısmi insan kaynaklı afetlerin geçmiş ve güncel verileri yer alırken, biyolojik afetlerin geçmiş ve güncel verilerine hiç yer verilmemiştir ^(6,7,8). AFAD tarafından 2013 yılında Türkiye’de yaşanabilecek her tür ve ölçekteki afet ve acil durumlara etkin müdahale

le için görevde bulunabilecek kamu, sivil toplum kuruluş ve özel kuruluşların sorumluluklarının belirlendiği bir rehber olan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) hazırlanmıştır⁽⁹⁾. Bu planda, biyolojik afetler ve salgın hastalıklar olay türüne ait yer alması gereken hizmet grupları; Haberleşme, Ulaşım Alt Yapı, Güvenlik ve Trafik, Arama ve Kurtarma, KBRN, Nakliye, Sağlık, Tahliye Yerleştirme ve Planlama, Alt Yapı, Enerji, Barınma, Hasar Tespit, Yangın, Enkaz Kaldırma, Gıda Tarım ve Hayvancılık, Zarar Tespit olarak belirlenmiştir. Müdahale seviyeleri etki derecesi açısından ise Seviye 1, Seviye 2, Seviye 3 ve Seviye 4 olmak üzere dört gruba ayrılmıştır⁽⁹⁾. KBRN sağlık tehlikelerinin koordinasyonu için ana kurum olarak AFAD yer almasına karşın bulaşıcı hastalıklar alanındaki yetkili kurum ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumudur.

2016 yılında Ekmekçi tarafından Avrupa Birliği ve Türkiye’de erken uyarı ve müdahale sistemleri ile ciddi sınır ötesi sağlık tehditleri arasındaki uyumun değerlendirildiği çalışmada bu alanda görev yapan kurumlar ve kurumlar arası mevcut durum ve eksiklikler ortaya konmuştur⁽¹⁰⁾. Belirtilen çalışma dahilinde ele alınan önemli hususları şu şekilde özetlemek mümkündür:

Halk sağlığı acil durumları, pandemi potansiyeline sahip insan gripi epidemileri, Avrupa Birliği seviyesinde halk sağlığını tehdit eden ciddi sınır sağlık tehlikeleri ve Avrupa Birliği seviyesinde tanı, önleme ve tedavi için tatmin edici metotların olmadığı durumlar olarak tanımlanmaktadır⁽¹¹⁾. AFAD 2013 yılında “Sağlığa Yönelik Ciddi Sınır Ötesi Tehditlere İlişkin Avrupa Birliği Kararı (Karar Numarası: 1082/2013/EU)” ile bulaşıcı hastalıklar dışındaki diğer tehlikelere sebep olan olaylarla ilgili bilgi toplama ve iletişim konusunda sorumlu kurum olarak belirlenmiştir. Ülkemizdeki ulusal program dahilinde ise bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojik sürveyansı, anti mikrobiyal dayanım ve bulaşıcı hastalıklarla ilişkili sağlık çalışanlarındaki enfeksiyonlar ve özel sürveyans sistemleri ve birkaç hastalık kontrol programları için veri tabanları yer almaktadır. Bu programlar, Kırım Kongo Kanamalı ateşi, tüberküloz ve tularemiyi içermektedir. Bunlar dışında ayrıca epidemik durumlar ve seyrek görülen epidemik olgular ile kaynağı bilinmeyen bulaşıcı hastalıklara dair bilgiler de yer almaktadır. Avrupa Birliği ile Türkiye arasında bulaşıcı hastalıkların tanı belirleme kriterleri arasında ise bir uygunluk mevcut değildir⁽¹⁰⁾.

Türkiye’nin sağlık sisteminin kriz yönetimine dair hazırlığını değerlendiren rapor, sağlık tesislerinin işlevsel ve yapısal olmayan incinebilirlikleri ile hızlı sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi konusunda kapasite geliştirilmesi gereğini ortaya koymuştur⁽¹²⁾. Bu alanda belirlenen en büyük eksikliği ise kimyasal, çevresel, nükleer ve bilinmeyen kaynaklı halk sağlığı risklerinin bütüncül yaklaşım ile ele alınmaması ve bütüncül erken uyarı, değerlendirme ve müdahale aşamalarına duyulan gereksinim olarak belirtmek mümkündür⁽¹⁰⁾. AFAD bu faaliyetler için sorumlu ana kurum olmasına rağmen ulusal ve bölgesel seviyelerde sistemin işlevini ve etkinliğini değerlendiren ve izleyen bir mekanizması mevcut değildir. Kurumlar arasında ise bir halk sağlığı tehdidi veya epidemilerde veri toplama, standart kontrol prosedürlerinde ve önemli teknolojik sistemlerde birbiriyle uyum mevcut değildir⁽¹⁰⁾. Bu nedenle ülkemizde halen biyolojik afetlerin tanımlanması ve ilgili afetlerin derlenmesi, verilerin toplanması ve yönetimi konusunda karmaşık bir yapı ve süreç akışı söz konusudur. Biyoterörizm gibi olayların varlığında ise halk sağlığı birimleri ile sağlık birimleri arasındaki en doğru iletişim yolunun acil servislerin güçlendirilmesi, çalışanların eğitilmesi yolu ile olacağı belirtilmektedir⁽¹³⁾.

COVID-19 salgın süreci ülkemizin biyolojik afetler esnasında görev yapan kurumlarını ve kurumlar arası mevcut durumunu ortaya koyan önemli bir deneyim olmuştur. Ülkemizde 20.03.2015 tarihinde ve 29301 sayılı Resmî Gazetede “Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği” yayınlanmıştır⁽¹⁴⁾. Ayrıca, Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı ise 2019 yılında güncellenmiştir⁽¹⁵⁾. Bu plan dahilinde ise hastaneler dahil olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlarında (toplu yaşam alanları içeren kurum/kuruluşlar, eğitim kurumları, işyerleri vb.) pandemi planları hazırlaması gerekliliği yer almaktadır. Oluşturulacak hastane pandemi planlarının ise HAP ve güncel COVID-19 Rehberi ile uyumluluğu ve çeşitli hususlar açısından dikkat edilmesi gerekliliği belirtilmektedir⁽¹⁶⁾. Mevcut TAMP planı dahilinde her tür ve ölçekteki afet ve acil durumların ele alınmasının belirtilmesi ve biyolojik afetler olay türüne ait yer alması gereken hizmet grupları belirlenmesine rağmen bu salgın sürecinde uygulamaya konulmamıştır. Ülkemizde mevzuat açısından afetler çoğunlukla doğal afetler olarak yer almaktadır. Bu bakış açısı doğal afetler dışında diğer afet türlerinin yöneti-

minde çeşitli yetki karmaşaları ve koordinasyon eksiklikleri oluşturmaktadır. Bu nedenle bu salgın sürecinin yalnızca sağlık boyutuyla ele alınması afet ve acil durumlarda ana kuruluş olan AFAD ve benzeri kurumların ve bu kurumların oluşturdukları planların hayata geçirilmemesi sonucunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde bölgesel düzeyde 17 tane birinci düzeyde halk sağlığı laboratuvarı, il düzeyinde ise 66 tane ikinci düzeyde halk sağlığı laboratuvarı mevcuttur. Türkiye'nin 53 bildirilebilir bulaşıcı hastalık için birincil veya referans laboratuvarı vakalarını teyit etme kapasitesi ise %98 olarak bildirilmiştir⁽¹⁷⁾; ancak Türkiye'de Biyogüvenlik Seviye 3 (BSL-3) ve Biyogüvenlik Seviye 4 (BSL-4) laboratuvarlarının çok az sayıda olduğu belirtilmektedir⁽¹⁸⁾.

Türkiye'deki Biyolojik Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli salgın hastalıklar yaşanmıştır. Bu salgınlardan en çok etki edenlerinin veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola, grip ve HIV/AIDS olduğunu söylemek mümkündür. Yakın dönem salgınları olarak ise SARS (2003), İnfluenza A H1N5 (kuş gribi) (2007), İnfluenza A H1N1 (domuz gribi) (2009), MERS (2012), İnfluenza A H7N9 (2013), Ebola (2014), Zika (2015) ve COVID-19 (2019) dur.

DSÖ'nün büyük epidemilere sebep olabilecek hastalıkları sıraladığı listede Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Ebola virüsü hastalığı, Marburg, Lassa ateşi, MERS ve SARS koronavirüs hastalıkları, Nipah ve Rift Vadisi ateşi yer almaktadır⁽¹⁹⁾. HIV/AIDS, tüberküloz, sıtma, kuş gribi ve Dang humması gibi yüksek salgın potansiyeline sahip hastalıklar ise mevcut olduğu için tekrar dahil edilmemiştir⁽²⁰⁾. Ebola virüsü ve H7N9 virüsü ise 21. yüzyılın iki ölümcül patojeni olarak bildirilmiştir⁽²¹⁾. Ebola, Zika, Nipah, MERS, SARS, hastalık X ve Dang dahil, ciddi salgınlara neden olabilecek diğer hemorajik ateşler henüz Türkiye için sağlık tehdidi olmamıştır⁽²²⁾. Türkiye yeni gelişen ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklarının yayılımı ve gelişimi için ise çok sayıda risk faktörlerine sahiptir. Türkiye'nin kentleşme düzeyi %92,3'e ulaşmıştır⁽²³⁾. Kentleşme, iklim değişikliği ve göçler gibi çeşitli faktörler yeni enfeksiyonların gelişimine büyük katkılar sunmaktadır. Ülkemizde 18.06.2020 itibarıyla 3.588.054 Suriyeli geçici koruma statüsünde yer almaktadır. 3.525.143 Suriyeli kendi barınma ihtiyaçlarını karşılarken, 62.911 Su-

riyeli ise geçici barınma merkezlerinde yaşamaktadırlar⁽²⁴⁾. %62 düzeyinde ise yedi veya daha fazla insan ile birlikte barınma söz konusudur⁽²⁰⁾. Bu yaşam alanları çeşitli bulaşıcı hastalıkların (çocuk felci, kızamık, tüberküloz, kutanöz leishmaniosis ve kolera vb.) artışına sebep olmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların Türkiye'deki mevcut durumuna ve halk sağlığı etkilerine "Bulaşıcı Hastalıklar" (Bkz. 6. Bölüm) bölümünde değinilmektedir.

21. yüzyıldaki influenza pandemileri milyonlarca kişinin ölümüne ve halk sağlığı sorunlarına yol açmıştır. Ülkemizde influenza pandemisine hazırlık amacıyla 2006 yılında ulusal pandemi planı hazırlanmıştır. 2009 İnfluenza A pandemisi sürecinde elde edilen deneyimler ve öneriler sonucunda "Ulusal İnfluenza Pandemisi Hazırlık Planı" şeklinde güncellenen plan 2019 yılında Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC-European Centre for Disease Prevention and Control) ve DSÖ'nün önerileri doğrultusunda "Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı" olarak yayınlanmıştır⁽¹⁵⁾. Bu plan dahilinde kamu hizmetlerinin devamlılığını sağlamak, pandemi ile ilgili hasta sayısını, hastalığa bağlı ölümleri ve pandeminin oluşturduğu sosyoekonomik yükü azaltmak amaçlanmaktadır. Bu plan, pandemik influenza için hazırlanmış olsa da influenza'ya benzer şekilde solunum damlacıkları yoluyla bulaşan bir virüsün neden olduğu Yeni Corona Virüsü Hastalığına (COVID-19) da uyarlanabileceği ifade edilmektedir^(25,26). İlk vakanın Kasım 2019'da Çin'in Wuhan kentinde görülmesinden sonra, 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19 pandemi olarak ilan edilmiştir ve salgın sürecinin çok ciddi halk sağlığı etkileri olmuştur. COVID-19 salgın sürecinin Türkiye'deki mevcut durumuna ve halk sağlığı etkilerine "COVID-19" (Bkz. 7. Bölüm) bölümünde değinilmektedir.

Biyolojik silahlar insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Dünyada 1900 ila 1999 yılları arasında yaşanmış 180 olayda biyolojik ajanların biyoterör amacıyla kullanıldığı ve bu ajanlarında çoğunlukla bakteriyel etkenler olduğu saptanmıştır⁽²⁷⁾. Biyolojik ajanlar küçük miktarlarda bile büyük kitleleri hem ruhsal hem de fiziksel açıdan etkilerler. Canlı varlıklarda hastalıklara ve ölümlere sebep olurlar. Terörizmin birinci hedeflerinden olan korku ve kargaşa yaratmak hususunda da bu terör çeşidi ön plandadır⁽²⁸⁾. Bu nedenle her bir biyolojik ajanın halk sağlığı açısından önceliklerinin be-

lirlenmesi gerçekleştirilecek sürveyans çalışmaları açısından çok önemlidir.

Türkiye’de Biyoterörizm ve Mevcut Durumu

Bu çalışma dahilinde araştırmacılar tarafından Türkiye’de yaşanmış biyoterör ile ilgili olayların belirlenmesi amacıyla 09.06.2020-26.06.2020 tarihleri arasında PubMed veri tabanında “bioterrorism in Turkey (Türkiye’de biyoterörizm)” ile gerçekleştirilen taramada toplam 23 araştırma sonucu elde edilmiştir. Bu araştırmaların çoğunda şarbon vakaları ele alınmıştır⁽²⁹⁻³¹⁾. Şarbon hala Orta Doğu, Batı Afrika, Orta Asya, Hindistan, Güney Amerika’nın bir kısmın da hem hayvanlarda hem de insanlarda varlığını endemik veya hiperendemik düzeyde göstermektedir⁽²⁹⁾. Şarbon dünyada özellikle biyoterörizm tehditleri nedeniyle dünya çapında tıbbi bir sorun olabilme özelliği taşımaktadır⁽³²⁾. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından 1960 ile 2005 tarihleri arasında 26,954 insan vakası kaydedilmiştir. Bu vakaların 6861’i 1990 ve 2005 yılları arasında gerçekleşmiştir. Bu sonuç da hastalığın sayısının zamanla düştüğünü göstermektedir. Ayrıca, bu enfeksiyon, saç, kemik, kemik ürünleri ve yün işleyen işçiler ve enfekte hayvanlarla ilgilenen veya enfekte hayvanlardan az pişmiş et yiyen veteriner hekimler ve tarım işçileri için mesleki bir tehlikedir⁽²⁹⁾. Türkiye’nin çeşitli bölgelerinde şarbon vakalarının olduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar mevcuttur^(29-31,33,34). 1990 ile 2007 yılları arasında Türkiye’de rapor edilen vakaların incelendiği bir çalışma da ise şarbon vakalarının klinik tabloları sunulmuştur⁽³⁰⁾. Ancak, şarbon biyoterörizm amacı ile dünyanın çeşitli yerlerinde kullanılan en çok ölümcül silah olmasına rağmen, ülkemizde rapor edilen bu vakaların biyoterörizm ile ilgisi olduğunu ortaya koyan çalışmalara rastlanılmamıştır. 2014 yılının Kasım ayında Ankara Adliye Sarayı’na ve çeşitli başkonsolosluklara sarı renkli toz madde içeren mektuplar gönderilmiş ancak yapılan incelemeler neticesinde bu mektuplarda herhangi bir biyolojik ajana rastlanmadığı belirtilmiştir⁽³⁵⁾. Brusella’nın da biyoterörizm de bugüne kadar kullanılmadığını ancak potansiyel bir ajan olabileceği değerlendirilmektedir⁽³⁶⁾. Türk Acil Tıp doktorlarının çiçek hastalığı tehdidi ile ilgili görüşlerinin belirlendiği bir çalışma da ise, katılımcıların %43,2’si tarafından çiçek hastalığının Türkiye sınırları içerisinde biyoterör

atak olarak kullanılması ihtimalinin oldukça düşük olduğu belirtilmiştir⁽³⁷⁾. Paramedik öğrencilerinin biyoterörizm ile biyolojik ajanlara ilişkin bilgi ve görüşlerinin incelendiği çalışma da ise öğrencilerin %69,5 düzeyinde biyoterörizme karşı rol ve sorumluluklarını bildikleri ancak biyoterörizm ile biyolojik ajanlara ilişkin bilgi düzeylerinin istenen düzeyde olmadıkları belirtilmiştir⁽³⁸⁾.

2004 yılında İstanbul’da gerçekleşen NATO zirvesinde muhtemel bir kimyasal ve biyolojik silah kullanımı ve saldırısında ele alınabilecek sağlık hazırlığı ve gerekli önlemler konusunda değerlendirmeler sunulmuştur. Zirve boyunca hiçbir kimyasal ve biyolojik olay rapor edilmemesine rağmen sağlık personelinin eğitimi, laboratuvarların yönetimi konusunda çok çeşitli hususlar değerlendirilmiştir⁽³⁹⁾. Bakteriyolojik (Biyolojik) ve Toksin Yapısındaki Silahların İmali, Geliştirilmesi ve Depolanmasını Yasaklayan ve İmhasını Söz Konusu Eden Konvansiyon sözleşmesini 6 Ağustos 1974 yılında imzalayan Türkiye, Ulusal Biyoterör Ajanları Referans Tanı Laboratuvarı ile Halk Sağlığı laboratuvarlarının tanı kapasitesi ve kabiliyetlerinin artırılmasına yönelik çeşitli projeler yürütmektedir⁽³⁾.

Sonuç ve Değerlendirme

Türkiye’de biyolojik afetler özellikle doğal afetler başta olmak üzere diğer afet türleri kadar kurumsal ve kurumlar arası düzeyde kapsamlı bir değerlendirme ile ele alınamamaktadır. Türkiye, geçmişten günümüze kadar yeni gelişen ve yeniden ortaya çıkan çeşitli enfeksiyon hastalıkları açısından çeşitli salgınlar yaşamıştır ve bu salgınların ciddi halk sağlığı etkileri olmuştur. Ancak biyoterörizm amaçlı gerçekleştirilen herhangi bir vaka örneğine rastlanılmamıştır. Biyolojik afetler günümüzde önemli bir tehdit olarak varlığını sürdürmektedir. Bu nedenle ülkemizde öncelikle biyolojik afetlerin önceliklendirilmesi, biyolojik afetlerle ilgili kavramsal, kurumsal ve kurumlar arası çerçevenin netleştirilmesi ve etkin uygulanabilirliğinin sağlanması gereklidir. İlgili afetlerin tek kurum altında biyolojik afetler başlığında güncel verileri ve halk sağlığına etkileri ile düzenli rapor edilmesi ve paylaşılması öncelikli müdahale faaliyeti olarak önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1) National Disaster Management Authority Government of India. National Disaster Management Guidelines—Management of

- Biological Disasters. 2008. https://nidm.gov.in/pdf/guidelines/new/biological_disasters.pdf
- 2) Kılıç S. Biyolojik silahlar ve biyoterörizm. *Türk Hijyen ve De-neyssel Biyoloji Dergisi*, 2006; 63 (1), 1-20.
 - 3) Kılıç S. Biyolojik tanı: Güncel durum ve ulusal yetenekler. Uluslararası KBRN Kongresi, 05-07 Aralık 2017. p.37. https://cbrn2019.afad.gov.tr/upload/Node/36846/files/Kongre_Kitabi_Congress_Book.pdf
 - 4) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Recommendations and Reports. Biological and Chemical Terrorism: Strategic Plan for Preparedness and Response Recommendations of the CDC Strategic Planning Workgroup. April 21, 2000 / 49 (RR04);1-14. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4904a1.htm#fig1>
 - 5) T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD). Afet Türleri. <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri>
 - 6) Ersoy Ş. 2013 Afet Raporu “Dünya ve Türkiye”. Yıldız Teknik Üniversitesi, Doğa Bilimleri Araştırma Merkezi. http://www.yildiz.edu.tr/images/images/2013%20AFET%20RAPORU_v2.pdf
 - 7) T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD). Afet Analiz. <https://www.afad.gov.tr/afet-analiz>
 - 8) T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 Afet Yönetiminde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. 2014. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_AfetYonetimindeEtkinlik-3.pdf
 - 9) Resmî Gazete. 20/12/2013 Tarihli ve 2013/2 Karar Sayılı Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140103-12.htm>
 - 10) Ekmekci PE. An Assessment of Coherence Between Early Warning and Response Systems and Serious Cross-Border Health Threats in the European Union and Turkey. *Disaster Med Public Health Prep*. 2016;10 (6):883-892. doi:10.1017/dmp.2016.63
 - 11) Commission Decision of 28/IV/2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council. https://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/docs/1589_2008_en.pdf
 - 12) WHO Europe Assessment of health systems crisis preparedness Turkey 2010. http://disab.saglik.gov.tr/yonetim/Uploads/files/kitaplar/Assessment_of_health_system_crisis_preparedness_Turkey_2010.PDF
 - 13) Erenler K.E, Güzel M, Baydın A. How Prepared Are We for Possible Bioterrorist Attacks: An Approach from Emergency Medicine Perspective. *The Scientific World Journal*, 2018.
 - 14) Resmî Gazete. 20 Mart 2015 Tarihli 29301 Sayılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/03/20150320-13.htm>
 - 15) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. Ankara, 2019. https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
 - 16) Okyay P. HASUDER. Hastane Afet Planları (HAP), Hastane Pandemi Planları ve COVID-19. 15.03.2020. <https://korona.hasuder.org.tr/hastane-afet-planlari-hap-hastane-pandemi-planlari-ve-covid-19/>
 - 17) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC Meeting Report. ECDC Multi-country workshop for EU enlargement countries on microbiology laboratory systems supporting public health. 20-21 June 2017, Ohrid.
 - 18) Berent M, Usta G, Torpuş K. Biyogüvenlik nedir? Neden yüksek biyogüvenlikli laboratuvarlar? Uluslararası KBRN Kongresi. 05-07 Aralık 2017. Poster bildiri. p.157.
 - 19) WHO publishes list of top emerging diseases likely to cause major epidemics <http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/WHO-list-of-top-emerging-diseases/en/>
 - 20) Sahin MK, Sahin G. Emerging and re-emerging infectious disease training needs in Turkey. *Travel Med Infect Dis*. 2018;24:8-9. doi:10.1016/j.tmaid.2018.06.004
 - 21) Erdem H, Ünal S. New global viral threats. *Saudi Med J*. 2015;36 (4):393-398. doi:10.15537/smj.2015.4.10089
 - 22) Tokuç B. Which Threats to Global Health Pose a Problem for Turkey's Health?. *Balkan Med J*. 2019;36 (3):152-154. doi:10.4274/balkanmedj.galenos.2019.2019.3.001
 - 23) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638>
 - 24) T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. İstatistikler. Geçici Koruma. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. Erişim Tarihi: 26.06.2020.
 - 25) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment: Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update. 2020 p. 29.
 - 26) Demirbilek Y, Pehlivan Türk G, Özgüler Ö.Z, Meşe A.E. COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2020 (50):489-494.
 - 27) Doğanay M. Biyolojik Terör: Dün, Bugün, Yarın. Uluslararası KBRN Kongresi, 05-07 Aralık 2017. p.27. https://cbrn2019.afad.gov.tr/upload/Node/36846/files/Kongre_Kitabi_Congress_Book.pdf
 - 28) Kiremitçi İ. Küresel boyutta biyolojik terör tehdidi. *Savunma Bilimleri Dergisi*. 2014;13 (2):27-58. http://www.kho.edu.tr/akademik/enstitu/Alp_SAVBEN_dergi/132/2.pdf
 - 29) Doganay M, Demiraslan H. Human anthrax as a re-emerging disease. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2015;10 (1):10-29. doi:10.2174/1574891x10666150408162354
 - 30) Doganay M, Metan G. Human anthrax in Turkey from 1990 to 2007. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2009;9 (2):131-140. doi:10.1089/vbz.2008.0032
 - 31) Ozer V, Gunaydin M, Pasli S, Aksoy F, Gunduz A. Gastrointestinal and cutaneous anthrax: Case series. *Turk J Emerg Med*. 2018;19 (2):76-78. Published 2018 Nov 14. doi:10.1016/j.tjem.2018.10.002
 - 32) Altunkaynak BZ, Ozbek E. Histopathological effects of anthrax lethal factor on rat liver. *J Immunotoxicol*. 2015;12 (1):33-39. doi:10.3109/1547691X.2013.867913
 - 33) Oğutlu A. Anthrax. *J. Exp. Clin. Med*. 2012;29:155-162.
 - 34) Ozer V, Gunaydin M, Pasli S, Aksoy F, Gunduz A. Gastrointestinal and cutaneous anthrax: Case series. *Turk J Emerg Med*. 2018;19 (2):76-78. Published 2018 Nov 14. doi:10.1016/j.tjem.2018.10.002
 - 35) Kırççek A, Arslantaş D, İncedere O, Öztaş D, Ateş A. Biyolojik tehditler, yeni koronavirüs hastalığı ve kbrn içindeki yeri. 5. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. 16/17 Nisan 2020. Ankara.P. 27-35. <http://www.guvenplus.com.tr/imagesbuyuk/0976a5-kadin-ocuk-saaliai-kongresa.pdf#page=39>
 - 36) Doganay GD, Doganay M. Brucella as a potential agent of bioterrorism. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2013;8 (1):27-33. doi:10.2174/1574891x11308010006
 - 37) Yanturalı S, Suner S, Aksay E, Cevik AA, Sonmez Y. To be vaccinated or not? A survey of Turkish emergency physicians regarding smallpox. *J Emerg Med*. 2005;28 (2):139-145. doi:10.1016/j.jemermed.2004.11.002
 - 38) Demirağ H, Hintistan S, Doğan E.S, Cin A.A, Tuncay B. Paramedik Öğrencilerinin Biyoterörizm ile Biyolojik Ajanlara İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Düce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9 (2), 49-56.

- 39) Kenar L, Karayilanoglu T. Medical preparedness against chemical and biological incidents for the NATO Summit in Istanbul and lessons learned. *Prehosp Disaster Med.* 2006;21(4):268-271.

Hidrolojik ve Klimatolojik Kaynaklı Afetler ve Halk > Sağlığına Etkileri

149

DR. ÖĞR. ÜYESİ TAHSİN GÖKHAN TELATAR • ARŞ. GÖR. DR. HÜSEYİN KOÇAK

Hidrolojik afetler normal su döngüsü veya rüzgâr tarafından suyun taşması şeklinde sapmalara neden olan olaylardır. Bunlara nehir seli, ani seller, kıyı selleri ve kütle hareketleri örnek verilebilir ⁽¹⁾. Dünya üzerinde 2008-2018 yılları arasında en fazla rapor edilen afet türü 280 adet ile seldir ⁽²⁾. Klimatolojik afetler uzun bir zaman diliminde ve geniş bir ölçekte gerçekleşen iklimsel özelliklerin değişimine neden olan afetlerdir. Bu kategoride aşırı sıcaklıklar, aşırı hava olayları, kuraklık ve orman yangınları yer almaktadır ⁽¹⁾. Yine dünya üzerinde 2019 yılında afetlerden etkilenen insanların %68'i klimatolojik afetlere bağlı zarar görmüştür ⁽³⁾.

Afetlerin tanımı ve sınıflandırılması ile ilgili farklılıklar bulunmaktadır. Dünya genelinde afet epidemiyolojisi konusunda referans alınan Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED) tarafından sistematik ve analitik bir afet sınıflandırması yapılmaktadır. Bu kapsamda, bölümde CRED tarafından yapılan sınıflandırma dikkate alınarak kullanılmıştır.

Tablo 149.1 CRED Tarafından Yapılan Hidrolojik ve Klimatolojik Kaynaklı Afetler Sınıflandırması

Hidrolojik Kaynaklı Afetler	Sel Heyelan Dalga Hareketi
Klimatolojik Kaynaklı Afetler	Kuraklık Orman Yangınları Buzul Gölü Patlaması

Kaynak: CRED

Bu bölümde, yukarıdaki sınıflandırmada yer alan Dalga Hareketi ve Buzul Gölü Patlaması ile ilgili Türkiye'de veri bulunmadığından dolayı yer verilmemiştir. Halk sağlığı hidrolojik ve klimatolojik kaynaklı afetlerin neden olduğu yaralanma, ölüm ve çevresel etkileri azaltma açısından önleyici, koruyucu ve destekleyici rollere sahiptir. Halk sağlığı bakışı ile önleyici ve koruyucu çalışmalar afetlerin risklerinin azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu çalışmaların sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi ve risk yönetimi açısından epidemiyolojik verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye'de Afet ve Acil Durum Başkanlığı (AFAD) tarafından afet verilerinin kaydının tutulması amacıyla hayata geçirilen Türkiye Afet Bilgi Bankası (TABB) veri tabanı projesi bulunmaktadır. Ancak son dönemde yaşanan acil durum ve afetler açısından güncel ve sağlıklı verilerin ilgili veri tabanında olmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle klimatolojik ve hidrolojik kaynaklı afetlerin ölüm ve yaralanma açısından değerlendirilmesinde CRED verileri kullanılmıştır. Afetlerin halk sağlığı etkileri açısından sistematik bir veri tabanı bulunmaması önemli bir eksiklik olarak görülmektedir. Verilerin standart formatta kayıt altına alınmaması nedeniyle afet türlerinin dağılımı ve afetlerin etkilerinin sunuluş biçimi değişmektedir. Bu nedenle, bu bölümde afetlerin sıklıkları ile ilgili Meteoroloji Genel Müdürlüğü (MGM), Orman Genel Müdürlüğü (OGM) ve AFAD Başkanlığına ait raporlar ve istatistik yıllıklarından da yararlanılmıştır.

Hidrolojik Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri

Sel

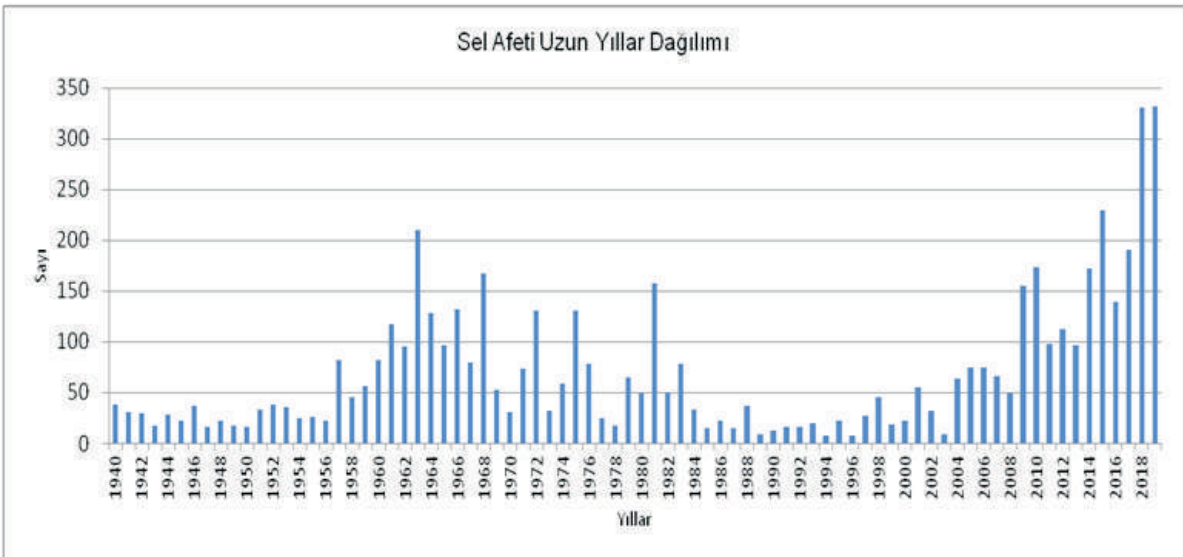
Sel, normalden daha fazla su hareketliliği olması durumlarında yetersiz kalan tahliye sistemlerinin de katkısıyla normal yaşamı bozacak derecede su birikmesi ile sonuçlanan durum olarak tanımlanabilir. Dünya’da en sık meydana gelen afet türü seldir⁽⁴⁾. Sel Dünya genelinde meydana gelen doğal afetlerin yaklaşık %40’ını oluşturmaktadır⁽⁵⁾. Sel, genellikle yoğun nüfusun olduğu kıyı sahilleri ile akarsu havzalarının bulunduğu alanlarda geçmişte olduğu gibi gelecekte de en sık görülen bir afet türü olabilir. Seller genel olarak eşyaların sürüklenmesine bağlı yaralanmalara, toplu ve kişisel hijyen sorunları, su kaynaklarının kirlenmesi, kanalizasyon sistemlerinin çökmesi, katı atıkların birikmesi, vektör yayılımındaki artışa bağlı enfeksiyon hastalıklarının artması (shigella, hepatit A, leptospirozis gibi), sel sonrası temizlik esnasında oluşacak yaralanmalar gibi halk sağlığı sorunlarına neden olmaktadır⁽⁴⁾.

MGM tarafından hazırlanan verilerde Türkiye’nin sel dağılımı incelendiğinde son dönemlerde önemli bir artış görülmektedir (**Şekil 149.1**). Bu artışın en önemli sebepleri arasından doğal su yollarının çeşitli nedenlerle bozulması veya yok edilmesi, iklim değişikliği ve artan nüfus gibi çok önemli faktörler bulunmaktadır.

Meteoroloji Genel Müdürlüğü’nün verilerine göre 2019 yılında Türkiye’de meydana gelen sel sayısı 332’dir (**Şekil 149.1**). 2019 yılı sel afetinin 1949 yılından bu yana en fazla görüldüğü yıl olmuştur. Sel afeti ile ilgili CRED verilerine göre 2019 yılında meydana gelen 3 ölümlü olayda toplam 18 kişi yaşamını yitirmiştir (**Tablo 149.2**).

Heyelan

Heyelan bir eğimden büyük kayaların, toprak tabakasının veya molozların aşağı doğru hareket etmesi sonucu ile oluşur. Heyelanlar aşırı yağışlar, yangınlar ve insan aktiviteleri sonucu doğadaki bozulmaların tetiklenmesi sonucu meydana gelir. Heyelan genellikle önceden herhangi bir uyarı vermeden gerçekleşen bir afet türüdür⁽⁶⁾. Türkiye’nin iklimi heyelan oluşmasına uygun bir jeolojik yapıya ve yağış rejimine sahiptir. Bu nedenle heyelanlar Türkiye’de hem doğal yapının bozulmasının hem de yaralanma ve ölümlere neden olmaktadır. Heyelanlara bağlı ölüm nedenleri arasında boğulma ve travmalar görülmektedir⁽⁶⁾. Türkiye’de aşırı yağış ve yüksek eğimin fazla olduğu bölgelerde yaygın olarak görülmektedir. Türkiye’de Doğu Karadeniz bölgesi heyelan açısından en tehlikeli bölgedir. Bu bölgede yer alan Trabzon ilinde 1050-2018 yılları arasında 1.517 heyelan ve kaya düşmesi ile heyelanların en çok görüldüğü yerdir (**Şekil 149.2**). Tekirdağ’ın Çorlu ilçesinde 2018 yılında aşırı yağış nedeniyle rayların altındaki menfezin kayması sonu-



Şekil 149.1 Türkiye’de Sel Afetinin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: MGM 2019 Yılı Meteorolojik Afetler Değerlendirmesi (Ankara, 2020)



Şekil 149.2 Türkiye'de 01.01.1950-01.06.2018 Yılları Arasındaki Heyelan/Kaya Düşmesi Olaylarının İllere Göre Dağılımı
Kaynak: AFAD, Türkiye'de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri)

Tablo 149.2 Türkiye'de Ölüm Görülen Hidrolojik Kaynaklı Afetlerin Yıllara Göre Dağılımı

	Sel			Heyelan		
	Olay Sayısı	Ölüm	Yaralanma	Olay Sayısı	Ölüm	Yaralanma
1940-1949	2	332	-	-	-	-
1950-1959	2	237	-	-	-	-
1960-1969	1	147	-	-	-	-
1970-1979	1	33	-	2	67	-
1980-1989	3	98	-	2	104	130
1990-1999	7	266	165	1	74	46
2000-2009	17	208	36	3	28	9
2010-2015	4	38	3	2	20	6
2016	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	1	24	100
2019	3	18	-	-	-	-

Tablo yazarlar tarafından CRED verileri dikkate alınarak oluşturulmuştur.

cu meydana gelen tren kazasında 24 kişi yaşamını yitirmiş ve 100 kişi yaralanmıştır (Tablo 149.2).

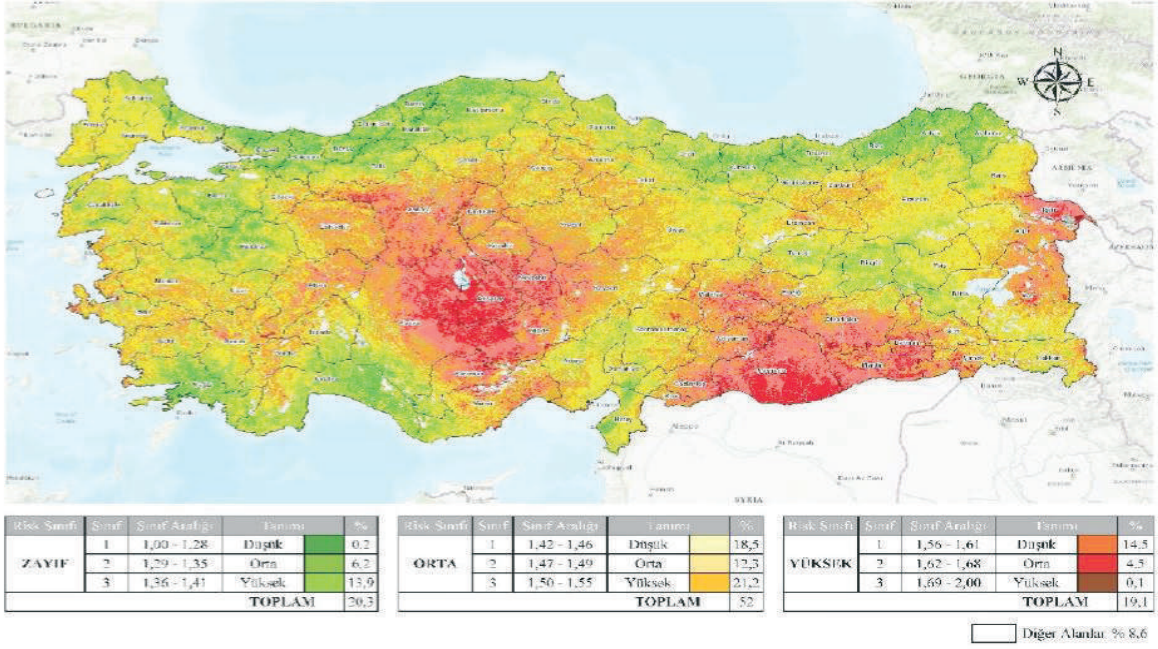
Klimatolojik Kaynaklı Afetler ve Halk Sağlığına Etkileri

Kuraklık

Kuraklık, çok yavaş başlayan, yıllarca süren ve çok geniş bir coğrafyayı etkileyen doğal bir olay olması bakımından diğer doğa kaynaklı afetlerden ayrılmaktadır. Oluşumu gibi kuraklıkla mücadelede çok uzun yılları kapsayan bütüncül bir yaklaşım

gerektirmektedir. Kuraklığın halk sağlığı açısından insanlara, hayvanlara ve çevreye direkt ve dolaylı pek çok etkisi bulunmaktadır. Bu etkiler neticesinde tarihte önemli göçler ve savaşlara neden olmuştur. Türkiye coğrafyasının 2/3'üne yakın bölümü kurak veya yarı kurak alanlardan oluşmaktadır. Son dönemlerde yaşanan iklim değişikliğine bağlı olarak kuraklık, İç Anadolu'nun batı kısımlarına doğru genişleme eğilimi göstermektedir⁽⁷⁾ (Şekil 149.3). Türkiye Çölleşme Haritasına göre ülke topraklarının %20'si zayıf, %52'si orta ve %19'u yüksek risk grubunda bulunmaktadır (Şekil 149.3).

TÜRKİYE ÇÖLLEŞME RİSK HARİTASI



Şekil 149.3 Türkiye Çölleşme Risk Haritası

Orman Yangınları

Orman yangınları ekosistemin doğal bir parçası olarak yıldırım çarpmalarıyla oluşan olaylardır. Ancak bazen dikkatsizlik veya kasıtlı ateş yakımı sonucu kaza olarak gelişebilirler. Son dönemde ormanların kasıtlı olarak da yakıldığı bilinmektedir. Orman yangınları halk sağlığı açısından önemli riskleri barındırmaktadır. Özellikle yangınla mücadele eden ekiplerin ısı kaynaklı yaralanma ve hastalık tehlikeleri vardır. Genellikle yanıklar şeklinde görülmektedir. Halk sağlığı açısından en zorlu ve kapsamlı yönü ise oluşan dumanın sağlık üzerine etkileridir⁸. Duman içerisinde insan sağlığı için tehdit oluşturan karbonmonoksit ve karbondioksit

gibi zehirli gazlar bulunmaktadır. Bu gazlar rüzgâr ve yağışın etkisi ile yangın alanının çok uzak noktalarındaki insanlar için ciddi sağlık riskleri oluşturabilmektedir⁽⁸⁾.

Türkiye coğrafyasının yaklaşık %30'u ormanlarla kaplıdır⁽⁹⁾. Orman yangınları da özellikle yaz aylarında sıklıkla görülmektedir. Türkiye'de çıkan yangınların son 9 yılda (2012-2019) 2.000'in üzerinde olduğu görülmektedir. Son 10 yılda meydana gelen orman yangınlarının yaklaşık 1/4'ü ihmal ve kaza kaynaklıdır. 2019 yılında meydana gelen yangınların yaklaşık yarısının çıkış nedeninin tespit edilemediği görülmektedir (Tablo 149.3).

Tablo 149.3 Türkiye’de Meydana Gelen Orman Yangınlarının Çıkış Nedenlerine Göre Dağılımı

	Yangın Sayısı	Yangın Çıkış Nedenine Göre Orman Yangınları			
		Kasıt	İhmal-Kaza	Doğal	Faili Meçhul
1988	1 372	-	-	-	-
1989	1 633	-	-	-	-
1990	1 750	-	-	-	-
1991	1 481	-	-	-	-
1992	2 117	-	-	-	-
1993	2 545	-	-	-	-
1994	3 239	-	-	-	-
1995	1 770	-	-	-	-
1996	1 645	-	-	-	-
1997	1 339	193	696	78	372
1998	1 932	249	1 163	53	467
1999	2 075	279	1 151	203	442
2000	2 353	410	1 384	132	427
2001	2 631	251	1 629	188	563
2002	1 471	218	809	181	263
2003	2 177	258	1 317	120	482
2004	1 762	242	1 033	128	359
2005	1 530	272	867	140	251
2006	2 227	166	1 315	330	416
2007	2 829	292	1 642	407	488
2008	2 135	377	1 018	330	410
2009	1 793	231	884	333	345
2010	1 861	146	861	281	573
2011	1 954	153	1 067	130	604
2012	2 450	197	936	373	944
2013	3 755	260	1 419	258	1 818
2014	2 149	127	801	328	893
2015	2 150	138	794	257	961
2016	3 188	157	990	310	1 731
2017	2 411	151	721	259	1 280
2018	2 167	92	693	413	969
2019	2 688	124	883	372	1 309

Veriler Orman Genel Müdürlüğü Orman İstatistikleri Yıllığından alınmıştır.

Kaynaklar

- 1) Ardalan A, Schnelle DD. Introduction to Natural Disasters. In: *Ciottone's Disaster Medicine*. Elsevier; 2016:566-568. doi:10.1016/B978-0-323-28665-7.00093-5
- 2) CRED. *Natural Disasters 2018.*; 2019.
- 3) CRED. *Disaster Year in Review 2019.*; 2020.
- 4) Altıntaş KH. Afetler ve Afet Tıbbı. In: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Vol 1. 2nd ed. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; :635-682.
- 5) Ercüment Beyhun N, Altıntaş KH, Noji E. Analysis of registered floods in Turkey. *Int J Disaster Med*. 2005;3 (1-4):50-54. doi:10.1080/15031430500368485
- 6) Keim ME. Landslides. In: *Ciottone's Disaster Medicine*. Elsevier; 2016:607-611. doi:10.1016/B978-0-323-28665-7.00103-5
- 7) TEMA. Çölleşmeyle Mücadele. TEMA, Türkiye Erozyonla Mücadele, Ağaçlandırma ve Doğal Varlıkları Koruma Vakfı. Accessed July 7, 2020. http://www.tema.org.tr/web_14966-2_1/neuralnetwork.aspx?type=97
- 8) Clements B. Wildfires. In: *Disaster and Public Health: Planning and Response*. Elsevier Saunders; 2009:279-282.
- 9) OGM. Orman Yangınlarıyla Etkin ve Yetkin Mücadele Ediyoruz.. ogm.gov.tr. Accessed July 7, 2020. <https://www.ogm.gov.tr/SitePages/OGM/OGMHaberler.aspx?List=aad1782a%2D50b0%2D49db%2Db602%2Dddf5724a0b9e&ID=2047&Source=https%3A%2F%2Fwww%2Eogm%2Egov%2Etr%2FLists%2FHaberler%2FAllItems%2Easpx&ContentTypeId=0x010008A5F3956C8A3F41A909DA4B1EFDF0CE>



Teknolojik Kazalar ve KBRN Olayları, Halk > Sağlığı Etkileri

150

ARŞ. GÖR. DR. CÜNEYT ÇALIŞKAN • PROF. DR. NAZIM ERCÜMENT BEYHUN

Teknolojik afetler ve Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer (KBRN) olayları, teknolojik bir yapının arızalanması veya teknolojinin kontrol edilmesinde veya kullanılması sırasında ortaya çıkan bazı insan hatalarından kaynaklanan felaketlerdir. Teknolojik afetlerin tanımlanabilir bir neden özelliği olduğundan, ayrıca insan yapımı/kaynaklı bir afet olarak da kabul edilebilirler. ⁽¹⁾ Bu nedenle insan yapımı ya da teknolojik afetler endüstriyel kazalar, ulaşım kazaları ve bunların bileşimini oluşturan çeşitli kazalar alt başlıkları altında incelenebilmektedirler. ⁽²⁾ Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de teknolojiye sürekli artan bir ihtiyaç nedeniyle, sağlık sektörünün kimyasal sızıntılarda olduğu gibi teknolojik kazaların da sağlık üzerindeki etkileri ile ilişkili halk sağlığı sonuçları da çalışılmalıdır.

Halk sağlığı uygulamaları teknolojik afetlerin ortaya çıkmasını önleme, maruz kalan nüfus ve çevre üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmede önemli bir role sahiptir. Bu nedenle Türkiye’de teknolojik afetlerin çeşitli özelliklerini tanımlayan epidemiyolojik verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda, endüstriyel kazalar ile ilgili olarak, Türkiye’de Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmeliğine göre tehlikeli materyalleri bulduran kuruluşlar Çevre Şehircilik Bakanlığı’na bir kaza durumunda bildirim yapmaları gerekmektedir. Ancak, Türkiye’de hem Bakanlığın endüstriyel kazalar ile ilgili veri paylaşımlarının kapalı olması hem de ulaşım ve çeşitli kazalar hakkında çalışan resmi bir veri tabanı eksikliği olduğundan bu verilere ulaşamamaktadır. Bu nedenlerle, bu bölümde Belçika

merkezli Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED), Türkiye merkezli Teknolojik Kazalar Bilgi Sistemi veri tabanları ve bazı kurumların yayınladığı raporlarda yer alan kayıtlar kullanılmıştır. Ancak, bu verilerde ölüm ve yaralanma kayıtları yer almadığından teknolojik afetlerin halk sağlığı etkileri tam olarak incelenememiştir. Ek olarak ilgili veri tabanlarında kaydı tutulan teknolojik afetler arasındaki farklılıklardan dolayı, bu bölümde sunulan istatistiklerin gerçek kaza sayılarını yansıtmadığı söylenebilir.

Endüstriyel Kazalar

Endüstriyel kazalar tehlikeli işlem prosedürleri, altyapı problemleri ya da bazı insan aktiviteleri sonucunda ortaya çıkan çevresel yıkım, ekonomik bozulma, mal hasarı, yaralanma veya insan hayatının kaybıyla sonuçlanan olayları içerir. Bunlar tehlikeli maddelerin salınımı, KBRN olayları, patlama, yangın, çökme ve gaz sızıntısı gibi çeşitlendirilebilecek olayları içerir.

KBRN Olayları

İnsanoğlu eski zamanlardan bu yana doğada hayatta kalma mücadelesini bilimsel ve teknolojik buluşları sayesinde geliştirmesine rağmen, bu gücünü birbirlerine üstünlük sağlama noktasında kötü amaçlı ürünler ortaya koymak için de kullanmıştır. Bu amaçla özelliklerine göre kimyasal, biyolojik ve nükleer silahlar olarak sınıflandırılan ve bilimsel adı KBRN olarak ifade edilen kitle imha silahları yer almaktadır. Bu ürünlerin içerikleri, yapım araç-

ları, kullanım yöntemleri ve etkileri birbirlerinden farklıdır. Ancak, bunların hepsi konvansiyonel olmayan (üzerinde anlaşma olmayan) silahlar kategorisinde yer alır. KBRN kapsamında ele alınan silahların etken maddeleri ajan olarak ifade edilir. (3) Bunlar genel olarak canlı üzerinde yaralanmalara, sekel bırakmaya ve ölümlere neden olurken çevre üzerinde yok edici tahribat gösterirler.

Kimyasal silahların resmi olarak ilk kez I. Dünya Savaşı sırasında flor, hardal ve fosgen gazları ajanları ile kullanıldığı bilinmektedir. Bu savaşta kimyasal silahlar nedeniyle 300.000'den fazla insan etkilenmiş, bunların 1/3'ü hayatını kaybetmiş ve geriye kalanlarda ise sekeller oluşmuştur. Bu savaştan elde edilen deneyimler kimyasal silahların geliştirilmesine yönelik çalışmaları hızlandırmış ve yeni nesil silahlar geliştirilmiştir. (3) Yakın tarihte 1995 yılında Tokyo'da Sarin, 2007 yılında Irak'ta Klor, 2013 yılında Suriye'de ve 2017 yılında Kuala Lumpur'da VX Sinir gazı ve 2018 yılında Salisbury'de Novichok Sinir gazı ajanlarının kullanıldığı bilinmektedir. (4)

Biyolojik tehditlerin tarihi eski çağlardan günümüze canlı organizmaların çeşitli savaşlarda insan, hayvan ve bitkileri yok etmek ya da zarar vermek amacıyla geliştirilmesinden oluşmaktadır. (5) Yakın tarihte Amerika'da 2001 yılında şarbon ve 2013 yılında Risin saldırılarının olduğu bilinmektedir. Bu biyolojik tehlikelere karşı müdahalede ajanların canlı mı (mikroorganizmalar) veya toksin mi olduğunun bilinmesi önemlidir. Bunların riskleri ve tıbbi yönetimi her bir tehlike türüne göre farklılık göstermektedir. (4)

Radyasyon tehdidiyle ilgili olaylar nükleer devletlerin çoğalması, radyoaktif materyallerin yaygın kullanılabilirliği ve kasıtlı kitlesel radyasyona maruz bırakma durumlarında görülmektedir. Yine de kitlesel maruz kalım sık görülmemekle birlikte, bu tür olaylara ilk müdahale edenlerin ve sağlık personelinin aşına olmaması ve radyasyon hasarının belirtileri ve yönetiminde deneyim eksikliği nedenleriyle ortaya çıkabilecek önemli lojistik, operasyonel ve tıbbi zorluklar ortaya çıkarabilmektedir. (6) Radyolojik ve nükleer tehlikelerin yönetimi benzer şekilde gerçekleşir. Radyolojik olaylar kasıtlı salıverme veya patlayıcı bir radyolojik dağılım cihazının (kirli bomba) kullanımına bağlı iyonlaştırıcı radyasyonun canlılara ve çevreye zarar vermesiyle meydana gelir. Geçtiğimiz yüzyılın ilk büyük nükleer kazası 1986 yılında bir deneysel çalışma sonucu Ukrayna'da bulunan Çernobil Nükleer Santralinde

meydana gelmiştir. Komşu ülkeler ile beraber birçok Avrupa ülkesi de hava akımları nedeniyle radyoaktif bulaşa maruz kalmıştır. Radyasyona maruz kalmanın biyolojik etkileri uzun yıllar devam ettiğinden çok sayıda insanda psikolojik problemler ve sistem hastalıklarına bağlı sağlık problemleri görülmüştür. (7) Çernobil Nükleer Santral kazasında Avrupa ülkelerinden sonra Türkiye'ye de daha az oranda radyoaktif bulaş olmuştur. Ancak, bu bulaşın insan sağlığına olan zararı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. (8,9) Yakın tarihte ise, 2006 yılında Londra'da radyoaktif Polonyum 210 maddesinin kasıtlı olarak kullanıldığı ve 2011 yılında Japonya'yı vuran deprem ve tsunaminin ardından Fukushima nükleer santralinde meydana gelen kazada çevreye radyasyonun salındığı bilinmektedir. (4)

KBRN olaylarının kayıtları doğa afetlerine göre daha az tutulmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de KBRN olaylarına ait bir veriye ulaşılamamıştır. Ancak dünyada 1957 ile 2016 yılları arasında 108 kimyasal ve 9 radyasyon olayı meydana gelmiştir. (2)

Tehlikeli Materyal Kazaları

Tehlikeli materyal kazaları KBRN olaylarında görülebilen topluma kasıtlı olarak zarar verme eyleminden ziyade kazara ortaya çıkan olaylardır. Tehlikeli materyal kazaları bir afete dönüşebilir. Örneğin kimyasal bir maddenin salınması ile ortaya çıkan toksik etkiyle toplum mücadelesi yetersiz kaldığında yaygın insan, mülk ve çevre kayıpları görülebilir. Ancak, bu tarz olaylar nadir görülmele beraber tehlikeli materyallerin etkileri küçük ölçeklidir. (10)

Tehlikeli materyal kazaları, kimya endüstrisinin hızla büyümesi ve küreselleşmesi ve dünya genelinde kimyasal madde kullanımının artması nedenleriyle giderek yaygınlaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yakın tarihli bir belgesinde, düzenli kullanımda yaklaşık 60.000 ila 70.000 kimyasal madde ile 15 milyondan fazla kimyasal maddenin piyasada bulunduğunu bildirmektedir. (11) Bu sayı, yeni kimyasalların katlanarak büyümesi ile her yıl artmaktadır. Küresel olarak, kimyasal üretim ve kullanım son 30 yılda yaklaşık on kat artmıştır ve bu özellikle gelişmekte olan ülkelerde gerçek potansiyellerine ulaşma noktasında daha fazla görülmektedir. (12)

Toplum içerisinde büyük miktarlarda tehlikeli maddelerin bulunması küresel sağlık ve çevre

sağlığını önemli ölçüde tehdit etmektedir. Kimyasalların küresel hastalık yükü tahminlerine ilişkin literatürün sistematik inceleme ile araştırıldığı bir çalışmada, 2004 yılında gerçekleşen 4.9 milyon ölüm ve 86 milyon Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) seçilmiş bazı kimyasallara ve çevresel maruz kalıma atfedilmiştir.⁽¹³⁾ Çalışma toksik maddelerin çevre ve insan sağlığı üzerindeki etkilerini ve halk sağlığı müdahalelerinin önemini ortaya koyma açısından önemlidir.

Tehlikeli bir materyal kazası, bir toplumda ani ve ciddi bir yaralanma ve ölümlerle sonuçlanabilen olaylara neden olabilir. Tarihin muhtemelen en kötü endüstriyel kazalarından birisi, 2.500'den

fazla insanın öldüğü ve 200.000-300.000 arasında kişinin etkilendiği 1984 tarihli Hindistan Bhopal olayıdır. Kazada metil izosiyanat toksik gazı havaya salınarak çevresel bir felakete neden olmuştur.⁽¹⁴⁾ Türkiye'de ise en son 2020 yılı içerisinde Sakarya'da meydana gelen havai fişek fabrikası patlamasında 7 kişi hayatını kaybetmiş ve 127 kişi yaralanmıştır.⁽¹⁵⁾ Türkiye'de tehlikeli materyal kazaları geniş bir tarih aralığında ele alındığında, 1997 ile 2018 yılları arasında 764 endüstriyel kazanın meydana geldiği bilinmektedir. Bunların ortaya çıkış nedenleri arasında yangın, elektrik, patlama, kimyasal sızıntı ve bunların bileşimleri yer almaktadır (Tablo 150.1).

Tablo 150.1 Türkiye'de tehlikeli materyal kazalarının dağılımı (1967 ile 2018 yılları).

Yıl	Kaza Sayısı	Tür													
		Y	Y/E	Y/P/K	Y/P/E	Y/P/K/E	K	K/P	K/E	Y/E/K	P	P/Y	P/K	P/E	
1967	2	1	1												
1969	2	2													
1971	1	1													
1973	2	1									1				
1975	4	1										1	2		
1976	10	6					1					1	2		
1977	18	13										3	2		
1978	9	6										2	1		
1979	17	9					1					5	3		
1980	11	4										1	6		
1981	4	2										1	1		
1982	12	7										4	1		
1983	7	6										1			
1984	3											3			
1985	4	1										2	1		
1986	9						3					4	2		
1987	6	3										2	1		
1988	11	6					1					1	2		
1989	19	12					1					4	2		
1990	18	13										3	2		
1991	17	11										5	1		
1992	5												5		
1993	12	8											4		
1994	9	7										1	1		
1995	7	2										2	3		
1996*	7	3										1	2		
1997	2	1		1											
1998	4	4													
1999	9	2					1	1	1	2			2		

Tablo 150.1 (DEVAMI)

Yıl	Kaza Sayısı	Tür													
		Y	Y/E	Y/P/K	Y/P/E	Y/P/K/E	K	K/P	K/E	Y/E/K	P	P/Y	P/K	P/E	
2000	7	6										1			
2001	10	4					1	1			1	3			
2002	12	1									7	4			
2003	15	6					2				3	4			
2004	14	7					1				1	4	1		
2005	14	5					2				3	3	1		
2006*	43	30					1				1	10			
2007	52	37									4	10	1		
2008	32	17			2		3				5	5	1		
2009	56	22					2		1		10	20		1	
2010	33	24					5		1		3				
2011	42	21	1				5				7	8			
2012	85	60			1		3		1		13	7			
2013	69	51					1				4	13			
2014	5	4									1				
2018	10										2	8			
Toplam	764														

*1'er kazanın nedeni belli değil. Y: Yangın, E: Elektrik, P: Patlama, K: Kimyasal Sızıntı. Kaynak: <https://teknolojikkazalar.org/list/accident> (Erişim Tarihi: 16 Haz. 2020).

Ulaşım Kazaları

Ulaşım, tüm dünyanın seyahat, ticaret ve endüstriye bağlı olduğu bir teknolojidir. Geniş kara, deniz, demir yolu ve hava taşımacılığı sistemi, karmaşık ve pahalı altyapı, bu altyapıyı yürütmek için insanlar veya makineler ile tüm sistemin yönlendirildiği yasa ve politikaları içerir. Bu bileşenlerin herhangi birindeki bir kusur veya arıza, yaşam kaybı, yaralanmalar, mülk ve çevresel hasar ve ekonomik sonuçları içeren büyük bir felaketle sonuçlanabilir.⁽¹⁶⁾ Günümüzde taşımacılıkta en fazla kara yolları ağı kullanılmaktadır. Bu sırada küçük ve büyük çaplı trafik kazaları meydana gelmektedir. Türkiye'de 2019 yılında gerçekleşen 1 milyon 168 bin 114 trafik kazasının 174 bin 896 adedi ölümlü veya yaralanmalıdır. Trafik kazalarında 5473 kişi hayatını kaybederken 283 bin 234 kişi yaralanmıştır.⁽¹⁷⁾ Ancak bunların kaç tanesinin tehlikeli materyal taşımacılığına bağlı kaza olduğu bilinmemektedir. Yine de girişte belirtilen kurumlardan elde edilen bilgilere göre, Türkiye'de 1976 ile 2008 yılları arasında 24 adet kimyasal madde taşımacılığına bağlı kara yolu kazası meydana gelmiştir. Bu kazaların nedenleri

arasında devrilme, yangın ve çarpışma yer almaktadır (Tablo 150.2).

Dünyadaki teknolojik gelişmeler yolcu ve yük taşımacılığını doğrudan ilgilendirmektedir. Bu doğrultuda dünya ticaretine konu olan malzemelerin %90'ı deniz yolu aracılığı ile taşınmaktadır. Bu kadar aktif kullanılan yol güzergahları üzerinde de beklenmedik büyük kazalar meydana gelebilmektedir. Örneğin, savaş gemileri haricinde barış dönemindeki en büyük deniz kazası 1987 yılında MV Dona Paz isimli Filipin bayraklı yolcu gemisi ile petrol taşıyan bir geminin çarpışması sonucunda 4.375 kişinin hayatını kaybetmesi ile gerçekleşmiştir. Türkiye ise üç tarafı denizlerle çevrili ve Dünya üzerinde stratejik öneme sahip Çanakkale ve İstanbul boğazlarına sahip bir yarımada ülkesidir. Türkiye bu açıdan deniz ulaşımında ve deniz ticaretinde transit bir ülke konumunda yer almaktadır. Bu nedenlerle deniz kazaları açısından riskli bir ülkedir.⁽¹⁸⁾ Örneğin, Türkiye tarihinin en büyük deniz kazalarından biri İzmit Körfezi'nde meydana gelmiştir. İzmit ile Değirmendere arasında sefer yapan Üsküdar feribotunun şiddetli lodos nedeniyle 1958

Tablo 150.2 Türkiye’de kimyasal madde taşımacılığına bağlı karayolu kazalarının dağılımı (1976 ile 2008 yılları)

Yıl	Kaza Sayısı	Kara Yolu Kaza Nedenleri		
		Devrilme	Yangın	Çarpışma
1976	3	2	1	
1977	2			2
1978	1			1
1979	2	1		1
1980	1	1		
1981	1			1
1989	1	1		
1997	1			1
1998	3			3
1999	1			1
2003	1			1
2004	2	2		
2005	2		1	1
2006	1		1	
2007	1			
2008	1		1	
Toplam	24			

Kaynak: <https://teknolojikkazalar.org/list/accident> (Erişim Tarihi: 16 Haz. 2020).

yılında batması ile 272 kişi hayatını kaybetmiştir. ⁽¹⁹⁾ Türkiye’de 1953 ile 2011 yılları arasında 531 adet deniz yolu kazası meydana gelmiştir. Bu kazaların nedenleri arasında çarpışma, alabora/yan yatma, sürtünme, yangın, karaya oturma/ çarpma, kayıp,

gövde arızası, makine arızası, patlama ve diğerleri yer almaktadır (Tablo 150.3).

Havacılık alanındaki gelişmelere bağlı olarak her yıl artan sayıda yolcu, mal ve hizmet daha fazla noktalara hızlı bir şekilde taşınmaktadır. Havacılık

Tablo 150.3 Türkiye’de deniz yolu kazalarının dağılımı (1953 ile 2011 yılları).

Yıl	Kaza Sayısı	Tür									
		Çarpışma	Alabora/ Yan Yatma	Sürtünme	Yangın	Karaya Oturma/ Çarpma	Kayıp	Gövde Arızası	Makine Arızası	Patlama	Diğer
...	2	2									
1953	1	1									
1958	1		1								
1960	1	1									
1963	2			2	1	1					
1964	2										
1965	3	1		2							
1966	3	3									
1967	2	2									
1968	1		1								
1969	1	1									
1970	1			1							
1971	1	1									
1972	5	2				3					
1973	2	1				1					

Tablo 150.3 (DEVAMI)

Yıl	Kaza Sayısı	Tür									
		Çarpışma	Alabora/ Yan Yatma	Sürtünme	Yangın	Karaya Oturma/ Çarpma	Kayıp	Gövde Arızası	Makine Arızası	Patlama	Diğer
1974	2	1				1					
1976	6	3			2	1					
1977	18	6			1	10	1				
1978	16	4	2		5	4		1			
1979	14	6	3		3	1					1
1980	11	3	1	1		5			1		
1981	11	4	3			4					
1982	11	6	1			4					
1983	14	3	2		2	5	1				1
1984	5	1			2	1		1			
1985	6	1	1		2	2					
1986	13	1	2			10					
1987	8	2	1		1	4					
1988	6	1	1		2	1			1		
1989	5	1			1	2			1		
1990	9	4			1	3					1
1991	14	5	3		4	2					
1992	3	1				2					
1993	15		5	1	2	7					
1994	10	5	2		1	1				1	
1995	11	5	3		1	2					
1996	9		3		1	4		1			
1997	2				2						
1998	4					2					2
1999	15	5			2	7		1			
2000	1					1					
2001	3	2				1					
2002	8	2	1	1	1	2			1		
2003	1					1					
2004	9	1			2	4		2			
2005	5	2				2		1			
2006	6	1				3			2		
2007	2				1				1		
2008	2	1	1								
2009	18	2	3		2	6			5		
2010	43	1			1				2		
2011	27		1			3					
2012	17										
2013	19										
2014	18										
2015	15										
2016	29										
2017	26										
2018	16										
Toplam	531										

Kaynak: <https://teknolojikkazalar.org/list/accident> (Erişim Tarihi: 16 Haz. 2020); 2010 yılından itibaren T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığının Deniz Ticareti İstatistikleri-2018⁽²⁰⁾ raporundaki veriler alınmıştır.

sektöründeki teknolojik gelişme ve yönetim uygulamalarına rağmen beklenmedik nedenlerle kazalar meydana gelebilmektedir. Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü'nün istatistiklerine göre 2019 yılında gerçekleşen 115 uçak kazasında 239 kişi hayatını kaybetmiştir. ⁽²¹⁾ Türkiye'de 2020 yılında İstanbul'da bir uçağın pistten çıkmasıyla beraber 3 kişi hayatını kaybetmiş ve 180 kişi yaralanmıştır. Türkiye'de 1963 ile 2020 yılları arasında 12 adet havayolu kazası meydana gelmiştir (Tablo 150.4).

Küresel demiryolu taşımacılığı istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Farklı güvenlik sistemlerinin benimsenmesine rağmen, büyük demiryolu kazaları yaşanmaya devam etmektedir. Daha yüksek hızlar ve artan yolcu trafiği kitlesel yaralanma ve ölüm riskini her geçen yıl arttırmaktadır. ⁽²²⁾ Bu doğrultuda, Türkiye'de de demiryolu taşımacılığı son yıllarda bir artış göstermesiyle beraber büyük demiryolu kazaları görülmeye başlanmıştır. En son 2018 yılında Tekirdağ'da bir yolcu treninin devrilmesiyle beraber 25 kişi hayatını kaybetmiştir. ⁽²³⁾ Türkiye'de 1976 ile 2008 yılları arasında 8 adet demiryolu kazası meydana gelmiştir (Tablo 150.5).

Tablo 150.4 Türkiye'de hava yolu kazalarının dağılımı (1963 ile 2020 yılları).

Yıl	Kaza Sayısı
1963	1
1967	1
1981	1
1985	1
1994	1
2001	1
2003	2
2007	1
2017	2
2020	1
<i>Toplam</i>	12

Kaynak: CRED, Web: <https://public.emdat.be/data> (Erişim 16 Haziran 2020).

Tablo 150.5 Türkiye'de demir yolu kazalarının dağılımı (1976 ile 2008 yılları).

Yıl	Kaza Sayısı
1979	2
1985	1
1994	1
1997	1
2004	2
2014	1
<i>Toplam</i>	8

Kaynak: CRED, Web: <https://public.emdat.be/data> (Erişim 16 Haziran 2020).

Maden Kazaları

Sanayi devriminin gelişmesiyle beraber fosil yakıtlara olan talep önemli ölçüde artmıştır. Maden teknolojisi ve güvenliğindeki gelişmeler, ilk günlerden bu yana yer altı çalışmalarının tehlikesini azaltmasına rağmen maden kazaları meydana gelmeye devam etmektedir. Maden kazalarında meydana gelen göçük veya patlama gibi durumlarda çalışanlar toprak altında kalarak sıkışma, kapalı alan, hipotermi ve toksik atmosferik alana bağlı yaralanma veya ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalmaktadır. ⁽²⁴⁾ Avrupa'nın en kötü maden kazası 1906 yılında Fransa'da 1.099 madencinin ⁽²⁵⁾ ve Dünyanın en kötü maden kazası 2002 yılında Çin'de 6.995 ve 2009 yılında 2.631 madencinin hayatını kaybetmesi ile gerçekleşmiştir. ⁽²⁴⁾ Türkiye'nin en büyük maden kazası ise 2014 yılında Manisa'da bir maden ocağının patlaması sonucunda 301 madencinin hayatını kaybetmesi ile meydana gelmiştir. ⁽²⁶⁾ Türkiye'de 1945 ile 2014 yılları arasında 102 adet maden kazası gerçekleşmiştir. Bu kazaların nedenleri arasında yangın, giruzu, göçük, gaz boşalımı, kömür püskürmesi, patlama ve diğerleri yer almaktadır (Tablo 150.6).

Tablo 150.6 Türkiye’de maden kazalarının dağılımı (1945 ile 2014 yılları).

Yıl	Kaza Sayısı	Tür						
		Yangın	Giruzu	Göçük	Gaz Boşalımı	Kömür Püskürtmesi	Patlama	Diğer
1945	2	2						
1947	1		1					
1948	1	1						
1954	2		2					
1955	1		1					
1960	1	1						
1961	1	1						
1965	2	1	1					
1967	1	1						
1968	1		1					
1969	1		1					
1970	1	1						
1972	2		1					
1973	1		1					
1974			1					
1975	2	1	1					
1976	3	1		2				
1978			1					
1979	4		1	2	1			
1980	2			2				
1981	2	1		1				
1982	1			1				
1983	8		3	4		1		
1984				2				
1985	3			3				
1986	4		1	3				
1987	2			2				
1988	7	1	1	4			1	
1989	1			1				
1990	5		2	3				
1991	2		2					
1992	3		1	2				
1993	5		1	2	1		1	
1994	2			2				
1995	1		1					
1996	2		1	1				
1997				1				
2002	1			1				
2003			1					
2004	5	1	1	1			2	
2005	1		1					
2006	4	1	1	1				1
2007	4	1		2	1			
2009	2		1				1	
2011				1				
2014							1	
Toplam	102							

Kaynak: <https://teknolojikkazalar.org/list/accident> (Erişim Tarihi: 16 Haz. 2020).

Kaynaklar

- 1) Goldsteen R, Schorr JK. The long-term impact of a man-made disaster: An examination of a small town in the aftermath of the Three Mile Island Nuclear Reactor Accident. *Disasters*. 1982;6 (1):50-59. doi:10.1111/j.1467-7717.1982.tb00744.x
- 2) EM-DAT. General Classification. <http://www.emdat.be/classification>. Accessed January 31, 2017.
- 3) Erdem G. KBRN. In: Bıçakçı N, Çalışkan C, Koçak H, eds. *Acil Yardım ve Afet Yöneticileri İçin Hastane Öncesi Acil Tıp*. 1st ed. Antalya: Kongre Kitabevi; 2019:1053-1081.
- 4) Calder A, Bland S. CBRN considerations in a major incident. *Surg*. 2018;36 (8):417-423. doi:10.1016/j.mpsur.2018.05.002
- 5) Dembek ZF, Cieslak TJ. Biological Events. In: Koenig KL, Schultz CH, eds. *Koenig and Schultz's Disaster Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016:522-543. doi:10.1017/CBO9781139629317.035
- 6) Hatchett RJ, Weinstock DM, Goans RE. Radiation Accidents and the Medical Management of Acute Radiation Injury. In: Koenig KL, Schultz CH, eds. *Koenig and Schultz's Disaster Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016:544-578. doi:10.1017/CBO9781139629317.036
- 7) Özcan Kara P, Ceylan Günay E. Çernobil kazası ve etkileri. *Lokman Hekim J*. 2013;3 (2):32-36.
- 8) Türkkan A. Çernobil nükleer santral kazasının Türkiye'ye etkisi. In: *Çernobil Nükleer Kazası Sonrası Türkiye'de Kanser*. Ankara: Türk Tabipler Birliği; 2006:45-72.
- 9) DEMİRCİÖĞLU F, SAYICI Y. The Diagnosis Rates of the Cancer Patients Referring to Rize Region Education and Research Hospital and Possible Effects of the Chernobyl Accident. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2013;33 (4):1069-1076. doi:10.5336/medsci.2012-32410
- 10) CBRNE Health Information Resources - Section 1: Introduction to CBRNE Concepts. Disaster Information Management Research Center. https://www.nlm.nih.gov/dis_courses/cbrne/01-000.html. Accessed June 13, 2020.
- 11) WHO. *WHO Manual: The Public Health Management of Chemical Incidents*. Geneva, Switzerland; 2009. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44127/9789241598149_eng.pdf;jsessionid=78759BF60F0AF719DF2F032AC7782AAB?sequence=1.
- 12) Lim HC, Tan HH. Hazardous Material, Toxic, and Industrial Events. In: Koenig KL, Schultz CH, eds. *Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2016:579-600. doi:10.1017/CBO9781139629317.037
- 13) Prüss-Ustün A, Vickers C, Haefliger P, Bertollini R. Knowns and unknowns on burden of disease due to chemicals: a systematic review. *Environ Heal*. 2011;10 (1):9. doi:10.1186/1476-069X-10-9
- 14) Eskelinen T. Bhopal Tragedy. In: *Encyclopedia of Global Justice*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2011:74-75. doi:10.1007/978-1-4020-9160-5_183
- 15) Anadolu Ajansı. Sakarya'da havai fişek fabrikasındaki patlamada ölen 2 kişinin cenazesi defnedildi. <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/sakaryada-havai-fisek-fabrikasindaki-patlamada-olen-2-kisinin-cenazesi-defnedildi/1906116>. Published July 10, 2020. Accessed July 16, 2020.
- 16) Coppola DP. Hazards. In: *Introduction to International Disaster Management*. Elsevier Inc.; 2011:37-137. doi:10.1016/B978-0-12-382174-4.00002-1
- 17) TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=CQX4fSfTzTLzbQnB2gyvhR4SLmvIjJPJT6LrR2xXCTxYHr01bQ!-627925051?id=33628>. Published June 1, 2020. Accessed July 18, 2020.
- 18) Koçak H. T.C. Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Deniz ve İç Sular Genel Müdürlüğü Ana Arama Kurtarma Koordinasyon Merkezinin 01.01.2001 ile 31.12.2012 tarihleri arasındaki deniz kaza/olay raporları ile tıbbi tahliye raporlarının değerlendirilmesi. 2019. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- 19) Anadolu Ajansı. Tarihin en büyük deniz kazaları. <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/tarihin-en-buyuk-deniz-kazalari/166396>. Published April 17, 2014. Accessed July 19, 2020.
- 20) T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı Deniz Ticareti Genel Müdürlüğü. *Deniz Ticareti İstatistikleri-2018*; 2018. <https://denizcilik.uab.gov.tr/uploads/pages/yayinlar/deniz-ticaret-2018-istatistikleri.pdf>.
- 21) ICAO. Accident Statistics. <https://www.icao.int/safety/iStars/Pages/Accident-Statistics.aspx>. Accessed July 17, 2020.
- 22) Forsberg R, Björnstig U. One Hundred Years of Railway Disasters and Recent Trends. *Prehosp Disaster Med*. 2011;26 (5):367-373. doi:10.1017/S1049023X1100639X
- 23) Türkiye'de son 15 yılın ölümlü tren kazaları - BBC News Türkçe. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-46551115>. Published December 13, 2018. Accessed July 17, 2020.
- 24) Molé DM. Mining Accident. In: *Ciottono's Disaster Medicine*. 2nd ed. Elsevier; 2016:919-921. doi:10.1016/B978-0-323-28665-7.00190-4
- 25) Cleveland CJ, Morris C. Mining. In: *Handbook of Energy*. Vol II. Elsevier; 2014:579-591. doi:10.1016/B978-0-12-417013-1.00033-9
- 26) Yaşar S, Inal S, Yaşar Ö, Kaya S. Geçmişten günümüze büyük maden kazaları. *Madencilik*. 2015;54 (2):33-43.

> **ULUSLARARASI GÖÇ VE SAĞLIK**

BÖLÜM

14

> Sunuş

DOÇ. DR. ÖZGE KARADAĞ ÇAMAN • UZM. DR. HANDE BAHADIR
Bölüm Editörleri

Bireylerin ya da nüfus gruplarının farklı nedenlerle ülke içinde ya da uluslararası bir sınırı geçerek yer değiştirmesi olarak tanımlanan “göç”, ekonomik nedenler, daha iyi bir yaşam beklentisi, afetler, savaşlar, iklim olayları gibi birçok faktör nedeniyle gerçekleşebilmektedir ⁽¹⁾.

Birleşmiş Milletler’in tahminine göre günümüzde yaklaşık 272 milyon insan, diğer bir deyişle dünya nüfusunun yaklaşık %3,5’i doğduğu ülkeden başka bir ülkede yaşamaktadır ⁽²⁾. Bu bireylerin içinde daha iyi bir hayat standardına sahip olmak için başka bir ülkeye planlı olarak giden gönüllü göçmenler olduğu gibi, ırkları, dinleri veya düşünceleri nedeniyle veya savaş, iklim değişikliği gibi nedenlerle kendi ülkesinde yaşamının tehdit altında olduğunu düşünerek göç eden zorunlu göçmenler de vardır ⁽³⁾. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’nün 2020 yılı verisine göre ise Türkiye Cumhuriyeti topraklarında 3,5 milyondan fazla zorunlu göçmen geçici koruma statüsünde olup, bir milyondan fazla uluslararası göçmen ikamet izni ile yaşamaktadır. Yalnızca 2019 yılında kayıtlara geçen 450 binden fazla düzensiz göçmen bulunmaktadır ⁽⁴⁾.

Literatürde birbirleri yerine kullanıldığı görülse de zorunlu göçmenler arasında yer alan sığınmacı (asylum seeker), mülteci (refugee) ve geçici koruma (temporary protection) statüleri birbirinden farklıdır. Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi ve 1967 New York Protokolüne göre uluslararası hukukta mülteci “ırkı, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korku-

su nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi” olarak tanımlanmaktadır ⁽⁵⁾. Sığınmacı ise mültecilik statüsüne ilişkin başvurusunu henüz yapmamış ya da başvuru sonucunu bekleyen kişilerdir ⁽⁵⁾. Cenevre Sözleşmesi’nin orijinalindeki mülteci tanımında yukarıdaki bahsedilen tanıma ek olarak “1951 yılından önce ve Avrupa’da meydana gelmiş olaylar” şartları yer almaktadır. Bu iki sınırlama New York Protokolü ile kaldırılmış olmakla birlikte Türkiye bu protokolü coğrafi sınırlamayı koruyarak kabul etmiştir ve yalnızca Avrupa ülkelerinin vatandaşlarını mülteci olarak kabul etmektedir ⁽⁶⁾.

Türkiye’de 2014 yılında yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile uluslararası koruma statüleri; mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma olmak üzere üçe ayrılmıştır ⁽⁷⁾. Mülteci tanımına “Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle” vurgusu eklenmiş, şartlı mülteci ise “Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar” olarak tanımlanmıştır. Şartlı mülteciler, üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar Türkiye’de kalabilmektedir. Kanunda belirtilen ikincil koruma ise “mülteci veya şartlı mülteci olarak tanımlanamayan ancak ülkesine geri gönderildiğinde hayati tehlikesi olan kişiler” şeklinde tanımlanmıştır.

HASUDER Türkiye Sağlık Raporu’nda ilk defa bu dönem yayımlanacak olan *Uluslararası Göç ve Sağlık* bölümünde altı alt bölüm ele alınmıştır. Uluslararası göç ve ülke içi göçün özellikleri ve dinamiklerinin farklı olması, ayrıca Türkiye’nin dün-

yada en fazla mülteci barındıran ülke konumunda olması nedeniyle bu bölümde zorunlu nedenlerle göç eden “uluslararası göçmenlerin” sağlık gereksinimlerinin ele alınmasına karar verilmiştir. Raporun hazırlanmasında titizlik ve özveriyle görev alan değerli yazarlarımıza teşekkür eder, okuyuculara yararlı olmasını dileriz.

Kaynaklar

- 1) IOM. (2004) International Migrational Law No:1-Glossary on Migration. Geneva.
- 2) UN-DESA. (2019) International Migrant Stock 2019. Erişim tarihi: 19.06.2020, Erişim adresi: www.unmigration.org.
- 3) N E. (2013) Uluslararası Mülteci Hukuku ve Türkiye. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi; 62 (4):1007-61.
- 4) Müdürlüğü TİBGİG. (2020) Göç Alanında Güncel Sayılar 2020. Erişim tarihi: 22.06.2020, Erişim adresi: <https://www.goc.gov.tr/#>.
- 5) UNHCR. (2011) The 1951 Convention Relating to the Status of Refugees and Its 1967 Protocol. Geneva: UNHCR.
- 6) EA T. (2005) The Role of Geographical Limitation With Respect to Asylum and Refugee Policies Within the Context of Turkey's EU Harmonization Process: Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- 7) Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, Kanun No: 6458. (2013). Erişim tarihi: 24.06.2020, Erişim adresi: mevzuat.gov.tr

Göçmen Sağlığı ve Hizmetlerine

Genel Bakış

151

DR. ÖĞR. ÜYESİ HÜLYA ŞİRİN • ARŞ. GÖR. DR. KEVSER TUNCER KARA
ARŞ. GÖR. DR. GAMZE AKTUNA • PROF. DR. AYŞE FERDANE OĞUZÖNCÜL

Türkiye’de Göçmen Sağlığı Hizmetlerine Genel Bakış ve Yürütülen Projeler ⁽¹⁾

Günümüzde, göç hareketliliği açısından oldukça yoğun ve küresel anlamda etkili bir dönem yaşanmaktadır. Ülkemiz bölgede yaşanan krizler sonucu yaşanan göç hareketliliğinden etkilenmiş ve büyük kitlelere kucak açmıştır. Bunun neticesinde de ülkemize göç eden yabancılar açısından son yıllarda anlamlı bir artış görülmüştür. Bu artışların büyük kısmını Suriyeli göçmenlerin oluşturması, Suriyeli göçmenlere sunulan sağlık hizmetinin detaylandırılması ihtiyacını doğurmuştur. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GIGM) verilerine göre ülkemizde 2020 yılı geçici koruma kapsamındaki Suriyeli nüfus 3.591.892’dir ⁽²⁾.

Suriyeli göçmen nüfusa yönelik sağlık hizmetlerinin sunumuna 29 Nisan 2011 tarihinde Hatay İli’nde başlanmıştır ⁽³⁾. Başlangıçta, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmiştir. 25.08.2016 tarih ve 1252 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığının kurulmasıyla birlikte bu yükümlülük Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne verilmiştir ⁽⁴⁾.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sınırda başlamaktadır. Bu doğrultuda, sınıra yönelik göç hareketliliğinin başlamasıyla birlikte bölgede 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH), Ulusal Medikal Kurtarma (UMKE) ve Halk Sağlığı ekipleri konuşlandırılmaktadır ⁽³⁾.

- Sınırımıza ulaşan kişiler genel sağlık taramasından geçirilmekte, yaralı ya da acil hastalığı

olanlar 112 ASH tarafından hastanelere nakledilmekte, diğerlerine, buldukları yerde ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

- Risk grubunda yer alan 15 yaş altındaki çocuklar ile 15-49 yaş arasındaki kadınlara yönelik aşılama çalışmaları yapılmaktadır. Bu kapsamda yapılan aşılalar:
 - 0-15 yaş arasındakilere OPV,
 - 9 ay-15 yaş arasındakilere KKK,
 - 7 yaş altındaki çocuklara DTaB-İPA-Hib,
 - 7-12 yaş arasındakilere DTaB-İPA,
 - 15-49 yaş arasındaki kadınlara ise Difteri-Tetanoz aşılardır.

Ülkemize giriş yapan Suriyeli göçmenlere, Geçici Koruma Yönetmeliği ve ilgili diğer mevzuata dayanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve yayımlanan 25.03.2015 tarihli ve 2875 sayılı “**Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar**” çerçevesinde sağlık hizmetleri sunulmaktadır ⁽⁵⁾. Buna göre;

- Türkiye’de kayıt altına alınan ve geçici kimlik numarası verilmiş olan Suriyeliler, resmi **ikamet illerinde**, acil sağlık hizmetleri, birinci basamak tanı-tedavi hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ile Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında yer alan tedavi edici sağlık hizmetlerinden, ücretsiz olarak faydalanabilmektedir.
- Geçici kimlik numarası almamış olanlara ise “**Geçici Koruma Yönetmeliği**” çerçevesinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama ve acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Geçici koruma altına alınan Suriyeli göçmenler (GKAS), Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen sağlık tesislerine her halde, üniversite hastaneleri ile özel hastanelere ise acil hallerde doğrudan başvurabilmektedirler. Üniversite hastaneleri ile özel hastanelere sevk edilmeden, doğrudan başvuru yapılması durumunda verilen hizmetlerin ücretleri talep edilmektedir ⁽¹⁾.

Geçici barınma merkezlerinde; Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan 112 ASH ekipleri, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) personeli, nispeten kalabalık merkezlerde ilave olarak hastane personeli tarafından sağlık hizmetleri sunulmaktadır ⁽¹⁾.

Geçici barınma merkezlerinin dışında ise Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimleri (Göçmen Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Birimleri vb.), Aile Sağlığı Merkezleri, Hastaneler (kamu, özel, üniversite) ve Geçici Gönüllü Sağlık Tesisleri tarafından hizmet verilmektedir ⁽¹⁾.

Göçmen Sağlığı Merkezleri

GKAS, birinci basamak tanı-tedavi hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve bağlı birimlerinden alabilmektedirler. Bununla birlikte, söz konusu kişilere temel sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli bir şekilde sunabilmek, dil ve kültür bariyerinden kaynaklanan sorunları aşabilmek ve sağlık hizmetlerine erişimi artırabilmek için bu kişilerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde, ilçenin TSM bağlı birimi olarak Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) oluşturulmaktadır. Nüfusu nispeten yüksek olup tam teşekküllü bir kamu hastanesine uzak olan geçici barınma merkezleri ile Suriyeli sayısının 20 binin üzerinde olduğu yerleşim yerlerinde Güçlendirilmiş GSM teşekkül ettirilmektedir. Güçlendirilmiş GSM’lerde; birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilave olarak dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri alanlarında uzmanlık birimleri teşkil edilmektedir. Ayrıca söz konusu hizmetler, görüntüleme üniteleri ve basit hizmet laboratuvarları ile desteklenmektedir. GSM’lerde, sağlık personeline ilave olarak, iki dil bilen (Arapça-Türkçe) hasta yönlendirme elemanları ile destek hizmetleri personeli de görev yapmaktadır. Hali hazırda 29 ilde, 175 göçmen sağlığı merkezi içerisinde 785 göçmen

sağlığı birimi açılmış olup faaliyetlerine devam etmektedir. Nisan 2020 tarihi itibarı ile 3.273 personel istihdam edilmiş olup, bunlardan 790’ını uzman ve pratisyen hekim oluşturmaktadır ^(1,2,6).

Geçici Barınma Merkezleri

Geçici barınma merkezlerinde, yaşayan kişi sayısına ve hastaneye uzaklığına göre GSM ya da GGSM açılmakta, ilave olarak 112 ASH ekipleri konuşlandırılmaktadır. Halen beş ilde yedi Geçici Barınma Merkezi bulunmaktadır ⁽¹⁾.

Yabancı Uyruklular Polikliniğinde Sunulan Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde, geçici koruma altındaki Suriyeli nüfus haricinde farklı statü ve uyruktan (Afganistan, Pakistan vb.) göçmenler de bulunmaktadır. Bu göçmenlere birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak üzere “Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP)” açılmıştır. Hali hazırda 80 ilde 98 poliklinik hizmet vermektedir. GSM açılmayan ilçelerde YUP’lardan geçici koruma altındaki Suriyeliler de faydalanabilmektedir ⁽¹⁾.

Gönüllü Sağlık Tesislerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sivil Toplum Kuruluşları, “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” çerçevesinde ve Bakanlık tarafından uygun görülen yerleşim yerlerinde, GKAS’a gönüllülük esasına göre ve ücretsiz olarak sağlık hizmetleri sunmak amacıyla “Gönüllü Sağlık Tesisleri” açabilmektedirler. Bu tesisler, altı ay (6 ay) süre ile hizmet verebilmekte; hizmetlerin devamı için iznin yenilenmesi gerekmektedir. Sunulabilecek hizmetlerin kapsamında ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri yer almaktadır. Ülkemizde, bu doğrultuda, altı ilde hizmet veren 13 gönüllü sağlık tesisi faaliyet göstermektedir. Uygulamada birinci basamak sağlık hizmetlerinin, göçmen sağlığı merkezleri çatısı altında sunulması nedeniyle; öncelikle ruh sağlığı ve psikososyal destek, fiziksel rehabilitasyon, farkındalık çalışmaları, engelli ve yaşlılar ile hizmete ulaşmakta güçlük çeken gruplar vb sağlık hizmetlerinin ulaştırılması planlamaya dahil edilmektedir ⁽¹⁾.

Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgınla Mücadele ve Aşılama Faaliyetleri

Suriyeli çocuklar, "Ulusal Aşı Takvimimize" uygun olarak aşılanmaktadır. İlave olarak tamamlama ve destekleme çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından barınma merkezi bulunan yerlerde başta Sıtma, Kutanöz Leishmaniasis ve Tüberküloz hastalıkları olmak üzere bulaşıcı hastalıkları önlemeye yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır ⁽¹⁾.

Irak Uyruklu Kişilere Sunulan Sağlık Hizmetleri

Ülkemize 01.05.2014 tarihinden sonra giriş yapan ve insani ikamet belgesi düzenlenen Iraklılara Bakanlar Kurulu'nun 26.01.2015 Tarihli ve 2015/7274 Sayılı Kararnamesinin "*Ülkeye geliş ve ülkede bulunuş şekillerine bakılmaksızın 01.05.2014 tarihinden itibaren Irak'tan ülkemize gelen ve kalış durumları İçişleri Bakanlığınca belirlenen Irak uyruklu yabancılara, kendilerine geçici koruma statüsü tanınmaksızın, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından geçici koruma statüsü altındakilere sağlanan sağlık hizmetlerinin sunulması, 08.1.2002 tarihli ve 4736 sayılı Kanununun 1 inci maddesinin birinci fıkrası hükmünden muafır*" hükmü gereğince sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

GİGM, yeni başvuru yapan ya da insani ikamet izin belgelerini yenilemek isteyen Irak Uyruklulara, insani ikamet izin belgesi yerine uluslararası koruma belgesi düzenlemektedir ⁽¹⁾.

İnsani İkamet İzin Belgesi Bulunan Iraklılara Sağlık Hizmeti Sunum Algoritması:

- İnsani İkamet İzin Belgesi'ni ibraz ederek kamu sağlık hizmetlerini talep edebilirler.
- Sağlık hizmetleri, SUT kapsamında, Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık tesislerinde ücretsiz olarak sunulur.
- Özel ve üniversite hastanelerine, acil durumlar dışında doğrudan başvuru yapamazlar. Başvuruları halinde bu kurumlara ödeme yapılmaz.
- SUT kapsamında tanımlanmayan sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaz. Kişinin hizmet alma talebinde bulunması durumunda hasta,

ücretli hasta olarak değerlendirilir. Hizmet bedeli, Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi üzerinden kişiye fatura edilir.

- Iraklı hastaların, ilaç, ortez ve protez ücretleri ödeme kapsamında değildir.

AB Hibe Projesi

Avrupa Birliği ile Türkiye Cumhuriyeti arasında 15 Ekim 2015 tarihinde imzalanan "Geri Kabul Anlaşması'nın ilgili hükümleri uyarınca, Sağlık Bakanlığı tarafından **Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (SIHHAT)** hazırlanmış, Proje Avrupa Birliği tarafından kabul edilerek finansmana hak kazanmıştır. SIHHAT Projesi'nin Hibe Sözleşmesi, AB Delegasyonu ile Sağlık Bakanlığı adına Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (eski Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)) arasında imzalanmış ve 1 Aralık 2016'da yürürlüğe girmiştir. Proje gereğince Suriyelilere yönelik birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik faaliyetler yapılmaktadır ^(1,7).

Proje kapsamında uygulamaya geçirilecek olan tedbirler ise özetle aşağıdaki gibidir ⁽⁷⁾:

- Göçmen Sağlığı Merkezlerinin kurulması.
- Aralarında Suriyelilerin de yer aldığı doktor, ebe-hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, teknisyen, iki dil bilen (Türkçe ve Arapça) hasta yönlendirme rehberi ve destek personeli istihdam edilerek göçmen sağlığı merkezlerinde, mobil sağlık birimlerinde ve ihtiyaç duyulan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalıştırılması.
- Suriyeli nüfusun yoğun olarak yaşadığı 29 vilayetteki ikinci basamak sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım bakımından güçlendirilmesi.
- Suriyeli nüfusun yoğun olarak yaşadığı 29 vilayette mobil sağlık hizmetlerinin sunulması.
- Suriyeli nüfusun yoğun olarak yaşadığı 29 vilayette 112 ASH'nin desteklenmesi.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) kurulması ve desteklenmesi.
- Mikro besin desteği sağlanması.
- Üreme sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi.
- Bağışıklama hizmetlerinin desteklenmesi.
- Geçici koruma altındaki Suriyelilerle doğrudan iletişim halinde olan Bakanlık çalışanı **2.520** sağlık personeli, **50** TRSM personeli ve SIHHAT

projesi kapsamında istihdam edilen **960** hasta yönlendirme rehberlerine yönelik muhtelif mesleki konularda eğitimler verilmesi.

- Suriyeli nüfusun yoğun olarak bulunduğu yerlerde hedef kitlenin sağlık hizmetleri talebinin artırılması ve sağlık alanında basılı/ multimedya eğitim materyalleri ile bilgilendirilerek sağlık okuryazarlığının artırılması.

Proje İlerleme Durumu

- 29 ilde bulunan **175** GSM “mobilya, tıbbi sarf malzeme, tıbbi cihaz, donanım, bilgi teknolojileri donanımı ve malzemesi ve personel istihdam” kalemleri bakımından desteklenmiştir.
- GSM ve hastanelerde, aralarında hem Türk hem de Suriyeli vatandaşların bulunduğu **3.276** kişi Nisan 2020 sonu itibariyle istihdam edilmiştir.
- Mobil sağlık hizmetlerinin sunulması faaliyeti kapsamında, **beş** adet mobil kanser tarama aracı ile **400.000** adet kanser tarama testinin gerçekleştirilmesine ilişkin hizmet alım süreçleri tamamlanmış olup, hedef illerde hizmet sunumu devam etmektedir.
- Proje kapsamında Suriyelilerin yoğun olarak yaşadıkları **dokuz** ilde İl Sağlık Müdürlükleri ile koordineli olarak **on** TRSM kurulmuş/ desteklenmiş olup, faaliyetlerine devam etmektedir.
- Geçici koruma altında bulunan Suriyeli nüfusa yönelik olarak mikro besin desteği sağlanması, üreme sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi göçmen sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan **Genişletilmiş Bağışıklama Programı** ile ülkemizde bulunan tüm bebek ve çocukların zorunlu aşılarının takip edilmesi ve tamamlanması temel hedef olarak belirlenmiştir.
- Geçici koruma altındaki Suriyeli nüfus ile doğrudan iletişim halinde olan personele yönelik verilen eğitim faaliyeti kapsamında, Bakanlık personeli olan sağlık çalışanları, TRSM personeli ve SIHHAT Projesi kapsamında istihdam edilen hasta yönlendirme rehberlerine yönelik eğitimler 2019 yılı Nisan-Kasım ayları içerisinde tamamlanmış olup, bu tarihler arasında “**22 tur sağlık çalışanı, 2 tur TRSM personeli ve 7 tur hasta yönlendirme rehberi**” eğitimi gerçekleştirilmiştir. Bu eğitimlerde **2.520** sağlık çalışanı, **50** TRSM personeli ve **966** hasta yönlendirme rehberi eğitim almıştır⁽⁸⁾.

- Geçici Koruma Altında Bulunan Suriyelilerin sağlık okur-yazarlığının artırılması amacıyla **20.000.000** adet broşür, **500.000** adet poster basımı yapılarak Göçmen Sağlığı Merkezlerinde kullanılmak üzere İl Sağlık Müdürlüklerine dağıtılmıştır.

Yürütülen Diğer Projeler

Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri

Proje kapsamında, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ile HSGM arasında imzalanan Mutabakat Zabtı çerçevesinde hayata geçirilen proje kapsamında risk altındaki göçmen gruplara yönelik hizmetlerin (kadın sağlığı, ergen sağlığı ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet vb.) desteklenmesine yönelik faaliyetler yürütülmektedir.

Türkiye'nin Seçilmiş Şehirlerinde Kırsalda Yaşayanların, Göçmenlerin Sağlık ve Koruma Hizmetlerine Erişimlerinin Artırılması Projesi

Proje kapsamında kırsalda yaşayanların ve göçmenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Proje Paydaşları, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ilgili il sağlık müdürlükleri ve UNFPA'dır.

Suriyeli Göçmenlere Evde Sağlık, Bakım ve Sosyal Hizmet Sunumu Geliştirme Projesi

Proje, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) teknik desteği ile Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezlerinin bulunduğu illerde Suriyeli yaşlı ve engellilere sunulan evde sağlık bakımı hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Göçmen Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirilme Müdahalesi (BPRM Projesi)

Mülteciler, göçmenler ve etkilenen ev sahibi toplumların kaliteli ve hakkaniyetli sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü amacıyla oluşturulmuştur. Proje kapsamında; Göçmen Sağlığı Merkezlerinde sunulan kronik hastalıklarla mücadelenin ve ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi, Yabancı Uyruklular Polikliniklerinde sunulan hizmetleri geliştirmek amacıyla gerekli olan dillerde tercümanların istihdam edilmesi planlan-

mıştır. Proje paydaşları, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, projeye dâhil olan il sağlık müdürlükleri ve DSÖ'dür.

COVID-19 Pandemisine Yönelik Çalışmalar

Ülkemiz, COVID-19 pandemisi ile mücadele çalışmalarını tüm kurumlarının katılımıyla yürütmekte olup ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin göçmenlere de ulaştırılması konusunda çalışmalarını yürütmektedir. Öncelikle, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının artırılması için iki temel mevzuat düzenlemesi yapılmıştır.⁽¹⁾

- Bunlardan biri Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından hazırlanan ve 9 Nisan 2020 tarih ve 31094 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlık Uygulama Tebliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" olup yapılan düzenlemeyle "acil hal" tanımı değiştirilmiş ve pandemi süresince, pandemi olgularına yönelik tanı ve tedaviler "acil hal" tanımının kapsamına alınmıştır.
- İkincisi ise 14 Nisan 2020 tarih ve 31099 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "13/4/2020 Tarihli ve 2399 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararının Eki Karar" olup bu düzenlemeyle, COVID-19 ile mücadele kapsamında, herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın tüm kişilerin, Sağlık Bakanlığınca temin edilerek dağıtılacak her türlü kişisel koruyucu ekipmandan, hastalığın teşhisinde kullanılan testlerden ve merkezi olarak temin edilen ilaçlardan ücretsiz yararlanabilmeleri sağlanmıştır.

Sonuç

Dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke halen Türkiye'dir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması ve biyopsikososyal anlamda tam bir iyilik halinin sağlanması toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır ve göçmen sağlığıyla ilgili bölgesel ve küresel eylem planları ile göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik eşgüdüm- lü çabaların yoğunlaştırılmasını gerektirmektedir. Uluslararası göçün uzun dönemli sağlık sonuçları ile ilgili olarak Sivil Toplum Kuruluşları ile ortak çalışmalar yürütülmesi ve bilimsel araştırmalar yapılması sorunların tanımlanmasında önemli yer alacaktır.

Kaynaklar

- 1) TC Sağlık Bakanlığı, HSGM Göç Sağlığı Daire Başkanlığı. Geçici Koruma Altına Alınanlara Sunulan Sağlık Hizmetleri Raporu, Nisan 2020 (Yayınlanmamış Rapor).
- 2) Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici Koruma. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. Erişim Tarihi: 03.07.2020.
- 3) <https://www.sdplatform.com/Dergi/851/Suriyeli-siginmacilara-sunulan-saglik-hizmetleri.aspx> Erişim Tarihi: 08.10.2020
- 4) Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikalarının Analizi. Önder, N. Göç Araştırmaları Dergisi, 2019 (5:1); 110-165
- 5) <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 08.10.2020
- 6) T.C. Sağlık Bakanlığı. Göçmen Sağlığı Merkezleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/gocmen-sagligi-merkezleri.html>. Erişim Tarihi: 03.07.2020.
- 7) Sıhhat Projesi, Proje Faaliyetleri. https://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657. Erişim Tarihi: 03.07.2020.
- 8) TC Sağlık Bakanlığı. SIHHAT Projesi Sağlık Personeli Eğitimi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/sihhat-projesi-saglik-personeli-egitimi.html>. Erişim Tarihi: 03.07.2020.



Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Göçmen Sağlığı

› Hizmetleri

152

DYT. DAMLA İKBAL CEYHAN • KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY

“Yeni bir hayat kurabilmek eğitim ve sağlık gibi temel haklara erişmeden neredeyse imkânsız...”
(Milyonlardan Biri Modi'nin Suriye'den Kaçışı,
Lotta Nuotio)

Türkiye coğrafi konumu nedeni ile zorunlu göç deneyimine yakından tanıklık eden ülkelerden biri olarak bilinmekle birlikte 2011 yılı itibari ile karşılaşılan kitlesel göç ve karşılanması gereken ihtiyaçların hacmi Türkiye için yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Suriye krizi sonucu doğan yeni ihtiyaçlar, kamu kurumları kapasitelerinin, sivil alan aktörleri iş birliği ile geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Sivil toplum kuruluşları (STK) 2011 yılı sonrası fon verenlerin de desteği ile insani yardım alanındaki çalışmalarını geliştirmiş ve bu alanda çalışan STK sayılarında hızlı bir artış gözlenmiştir. ⁽¹⁻³⁾

Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü raporlarına bakıldığında aktif 120138 dernek olduğu, bu derneklerin 5461'inin insani yardım alanında 2641'inin ise sağlık alanında faaliyet gösterdiği bilinmektedir. ⁽⁴⁾ Mülteci alanında çalışan derneklerin İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirler ve Gaziantep, Şanlıurfa gibi sınır illerde konumlandığı ve 73 kuruluşun mültecilere ve uluslararası göçmenlere yönelik maddi destek, istihdam, koruma, yasal destek, eğitim ve sağlık gibi alanlarda hizmet ürettiği bilinmektedir. ⁽⁵⁾

STK'lar tarafından sağlık hizmetleri kapsamında; cinsel sağlık-üreme sağlığı danışmanlığı, psikolojik danışmanlık, sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili bilgilendirme, sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik faaliyetler,

sağlık giderlerinin karşılanması, tercüman desteği, sağlık kuruluşlarında eşlik, sağlık hakkı savunuculuğu gibi çeşitli konularda çalışmalar yürütülmektedir. ⁽⁶⁾

Sivil Alandaki İyi Uygulama Örnekleri

STK'lar alandaki ihtiyaçları karşılamak üzere yaş gruplarına ve farklı ihtiyaçlara duyarlı olarak çok yönlü hizmetler geliştirmekte ve uygulamaktadır. Yazının devamında Türkiye'de bütüncül sağlık yaklaşımı ile sağlık alanında faaliyet gösteren STK'lara ve çalışma alanlarına yer verilecektir. Yazıda yer alan söylemler REACH Projesi ⁽⁷⁾ kapsamında, çalışan ve yönetici düzeyindeki STK profesyonelleri ile yürütülmüş derinlemesine görüşmelerden alıntılanmıştır.

COVID-19 pandemisi döneminde mülteci ve uluslararası göçmenlerin sağlığını korumaya ve bireysel korunmaya ilişkin olarak UNFPA, Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD) web siteleri ve sosyal medya hesapları üzerinden Farsça- Arapça-Türkçe hazırlanmış bilgi broşürleri yayınlanmıştır. ⁽⁸⁾ Bu dönemde sivil toplum kuruluşlarının çoğu uzaktan çalışma sürecine geçmek ve hizmetlerini çevrimiçi alanlara taşımak durumunda kalmıştır. Bu yeni durum, dil bariyeri, internete erişim gibi sorunları olan kişilerin sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmıştır. Uluslararası örgütler ve alanda çalışan STK'lar bu dönemde tele tıp ve teknoloji tabanlı sağlık hizmetleri yaklaşımlarını araştırmaktadır. ⁽⁹⁾

Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği (SGYD)

Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği (SGYD), Türkiye Genç Akran Ağı'nın tüzel kişilik kazanmış halidir. SGYD, özellikle gençlerin genç dostu yöntemlerle sağlığa erişimlerini artırmayı hedefleyen çalışmalar yürütmektedir. Aynı zamanda, dernek merkezlerinde ebe, hemşire ve doktorlar aracılığı ile sağlık bilgisinin geliştirilmesi (cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması, korunma yöntemleri) ve birey ve grup düzeyinde psikolojik danışmanlık (flört şiddeti, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, travma) hizmetleri yürütülmektedir.⁽¹⁰⁾

"..biz mesela merkezlerimizde kameraların olmadığı bölgelere kondom bırakıyoruz ve danışanlarımız kondoma erişiyorlar, aslında alıyorlar ve kullanımı ile ilgili oturumlara aktif katılıyorlar."

"Erkek danışanlara gelirse, göçmenler özelinde söylüyorum bunu, büyük bir kısmı zaten merdiven altı sigortasız, yoğun mesai saatleri içerisinde çalışıyorlar yani biz onları görmekte çok zorlanıyoruz. Biz yine merkezlerimizde hafta sonları açıyoruz, geç saatlere kadar hizmet veriyoruz işte iş çıkışı gelsinler diye ama işte o da çok sınırlı oluyor çünkü 15 saatlik mesai sonrasında gelip benim böyle bir sorunum var diyen çok az arkadaşta denk geliyoruz."⁽⁷⁾

Pozitif Yaşam Derneği

2003 yılında kurulan Pozitif Yaşam Derneği toplum merkezleri bünyesinde mülteci gruplara yönelik koruma hizmetleri, psikososyal destek, HIV danışmanlığı, test öncesi ve sonrası olmak üzere yönlendirme, güvenli cinsellik eğitimi, materyal temini ve materyallerin kullanımı, tercüman desteği alanlarında hizmetler yürütmektedir.⁽¹¹⁾

"2018 yılında mesela bunu biraz daha güçlendirebilmek için biz web sitemizi mülteci destek bölümünü açtık, 4 dilde yayın yapıyor burası Arapça, Farsça, Türkçe ve İngilizce. İstedik ki Türkiyelilerin ulaşabildikleri HIV bilgisi online olarak mülteciler tarafından da erişilebilir olsun ve farklı dillerde erişilebilir olsun. 2018'de dediğim gibi bunu açtık ve şu anda 20 bin kişi burayı tıklamış görünüyor, sadece Arapça ve Farsça olan bölümler"⁽⁷⁾

Göçmen Dayanışma Derneği (GDD)

2016 yılında kurulan Göçmen Dayanışma Derneği bünyesinde sağlık kuruluşlarında eşitlik, sağlık okuryazarlığı eğitimleri ve sağlık hakkı savunuculuğu faaliyetleri yürütülmektedir.⁽¹²⁾

"..hem uluslararası antlaşmalar hem de ulusal mevzuatımız gereği herkesin sağlık hakkına ücretsiz ve eşit erişimini destekleyen bir kurumuz, bu yönde çalışmalar yürütüyoruz, bu yönde savunuculuk yapıyoruz."

"Sağlık hizmetlerine öncelik veriyoruz, başvuruların bizim desteğimiz olmadan, bizden sonra kendi ayakları üzerinde kalmasını en önemli öncelik görüyoruz. Yani biz kendimizi devreden çıkarmaya çalışıyoruz, biz devreden çıkalım onlar güçlensinler, kendi kendilerine hastaneye gitsinler, kendileri muayene olsunlar, kendi işlerini kendileri görebilsinler gibi bir perspektifimiz var."⁽⁷⁾

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV)

1988 yılında kurulan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı toplum merkezleri bünyesinde güvenli sağlık bilgisine erişim ve sağlık okuryazarlığı, psikolojik danışmanlık, üreme sağlığı ve sağlık haklarının geliştirilmesi başlıklarında faaliyetler yürütülmektedir.^(13,14)

"Mültecilerle bir toplanıp odak grup görüşmesi yapmıştık ve sizin hangi konularda daha çok Türkçe konuşmaya ihtiyacınız oluyor diye sormuştuk. Çıkan ilk tema hastane ve sağlık hizmetleriydi. Yaptığımız kurstan çok güzel geri bildirimler aldık ve katılan kişilerin çoğu da ya kronik hastalıkları olan ya çocuğu engelli olan ciddi manada hastane ile sürekli işi olan kişilerdi"⁽⁷⁾

Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM)

Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği 1995 yılında kurulan ve Türkiye'de isminde sığınmacı kavramı geçen ilk sivil toplum kuruluşudur. SGDD, uluslararası kurumlar ile iş birliği içerisinde

Türkiye'nin birçok ilinde bulunan toplum merkezleri ve mobil ekipleri ile yararlanıcılarına çok yönlü, erişilebilir sağlık hizmeti sunmaktadır. ^(13,15)

Yeryüzü Doktorları Derneği (YDD)

2000 yılında kurulan Yeryüzü Doktorları Derneği toplum hizmet birimleri bünyesinde Suriyeli doktor ve hemşirelerin Türkiye'deki sağlık sistemine entegrasyonuna ilişkin projeler yürütülmektedir. ⁽¹⁶⁾

Maya Vakfı

2015 yılında kurulan Maya Vakfı bünyesinde ruh sağlığının korunması alanında, yaratıcı sanat terapisi metotları kullanılarak; savaş, göç, kayıp, şiddet, aile kaybı ve akran zorbalığı gibi nedenlerle travmaya maruz kalmış 5-18 yaş aralığındaki çocuklara rehabilitasyon desteği verilmektedir. ⁽¹⁷⁾

Mülteciler Derneği

2014 yılında kurulan Mülteciler Derneği bünyesinde rehabilitasyon, psikososyal destek, hastane tercümanlığı, mobil fizyoterapi, erken çocukluk dönemi ve aile rehberliği hizmetleri verilmektedir. Derneğin çağrı merkezi hattı bulunmaktadır. ⁽¹⁸⁾

Sonuç olarak, süreç sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminde kurumlar, kişiler ve haklar arasındaki boşluğu doldurmada yerel STK'ların ve uluslararası kuruluşların çok önemli aktörler olduğunu kanıtlamıştır.

Kaynaklar

1) İGAM. Sivil Toplum Örgütlerinin Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler İçin Yaptıkları Çalışmalar ile İlgili Rapor. 2013. Erişim: 24.06.2020. <https://igamder.org/uploads/belgeler/IGAMSuriyeSTK2013.pdf>

- 2) Özçürümez S, Yıldırım D. Civil society and health: Contributions and potential. Chapter 7: Syrians under Temporary Protection, health services and NGOs in Turkey: the Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants and the Turkish Medical Association 2017. Erişim: 24.06.2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/349526/Civil-society-web-back-cover-updated.pdf?ua=1
- 3) Mackreath, H., Sağınç, Ş. G. Türkiye'de Sivil Toplum ve Suriyeli Mülteciler. 2017. <https://www.hyd.org.tr/attachments/article/216/turkiyede-sivil-toplum-ve-suriyeli-multeciler.pdf>
- 4) Beyazova, A vd. STK'lar için Mültecilerle Çalışma Rehberi. 2019. <http://www.musterekproje.org/multecilerle-calisma-rehberi/>
- 5) Mardin, F. D. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-Uydu Şehir Karşılaştırması. (Doktora tezi). 2019. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- 6) Molbay, R. Türkiye'de Sivil Toplum Kuruluşlarının Suriyeli Sığınmacılar Konusundaki Rolü. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- 7) REACH Projesi. Bu altını REACH Projesi kapsamında, çalışan ve yönetici düzeyindeki STK profesyonelleri ile yürütülmüş derinlemesine görüşmelerden alınmıştır. <https://reach-health.com/#/>
- 8) HASUDER. Pandemi Sürecinde Türkiye'deki Uluslararası Göçmenler Ve Mültecilerle İlgili Durum. 2020. Erişim Tarihi: 28.06.2020 <https://korona.hasuder.org.tr/pandemi-surecinde-gocmenler-ve-multecilerle-ilgili-durum/>
- 9) Karadağ Çaman, Ö vd. Situational Brief: Report on Forced Migrants and COVID-19 Pandemic Response in Turkey. 1-9 (2020). Erişim: 26. 06. 2020 <https://www.migrationandhealth.org/migration-covid19-briefs>
- 10) Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği. <http://sagliktagenc.org/>
- 11) Pozitif Yaşam Derneği. <https://pozitifyasam.org/>
- 12) Göçmen Dayanışma Derneği. <http://gocmendd.org/>
- 13) Müşterek Proje. Müşterek STK'lar. <http://www.musterekproje.org/#>
- 14) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. <http://www.ikgv.org/index1.html>
- 15) Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği. <https://sgdd.org.tr/>
- 16) Yeryüzü Doktorları Derneği. <https://www.yyd.org.tr/>
- 17) Maya Vakfı. <http://www.mayavakfi.org/>
- 18) Mülteciler Derneği. <https://multeciler.org.tr/>



Toplumsal Cinsiyet Bakışıyla Göç ve > Kadın Sağlığı

153

PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR-ÖZVARIŞ

Son yıllarda dünyadaki göç hareketlerinden birçok ülke ciddi biçimde etkilenmektedir. Zorunlu göçler dikkate alındığında, göç olgusu insan hakları bağlamında da giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Son rakamlara göre tüm dünyada göç hareketlerinin yaklaşık yarısını kadınlar oluştururken farklı ülkelerde bu sıklık %70-80'e kadar çıkmaktadır. Bu nedenle de günümüzde "göçün feminizasyonundan" söz edilmektedir⁽¹⁻³⁾.

Göç olgusu; sosyal, kültürel, psikolojik ve sağlık açısından göç eden birey ve toplum üzerinde önemli etkilere neden olmaktadır. Göç edilen yerde barınma olanaklarının elverişsizliği, toplu yaşamın getirdiği zorluklar, alt yapı ve çevre sorunları, yasal sorunlar, dil problemi, sağlık güvencesine sahip olmama, işsizlik, kötü çalışma koşulları, ekonomik sorunlar, eğitim ve ulaşım hizmetlerine erişim sorunları gibi pek çok nedenle göç edenlerin sağlığı farklı boyutlarda etkilenmektedir. Kültür, etnik yapı, dini kimlik, geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri ise kadınların göçün olumsuz etkilerini daha derinden yaşamasına neden olmaktadır⁽⁴⁻⁶⁾.

Savaş ve çatışma ortamlarında kalan insanlar zorunlu göç öncesi, göç sırası ve göç sonrası birçok açıdan zor koşullar altında yaşama mücadelesi vermektedir. En temelde gıda ve su gibi temel unsurlara sınırlı erişimin olması, bulaşıcı hastalıklar, korku içerisinde yaşama, savaş süresince zorunlu olarak yaşanan yerin değiştirilmesi, ev ve diğer mülklerin kaybı, gündelik yaşamın rutininin bozulması ve yeni yaşama alışmaya çalışma, geleceğe ilişkin belirsizlik bu sorunlardan bazılarıdır⁽⁷⁾. Bu zorlu süreçlerde, aile bireylerinden birisinin ölümüne ve

yaralanmasına tanıklık etme, yıkım, yağma, çocuk kaçırma, işkence, katliamlara şahitlik etme bunu yaşayanların ruh sağlığını ciddi biçimde etkilemektedir⁽⁸⁾.

Kadınlar, savaş ve çatışmalar, afet ve diğer kriz durumları gibi nedenlerle oluşan zorunlu göç sürecinde hem sığınmacı veya mülteci hem de toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle çifte yük altındadır. Zorunlu göç sırasında travmatik yolculuk deneyimleri, sığınma sistemine erişimde sorunlar, yasal statü kazanmak için uzun bekleme süreleri, sosyal destek ağlarından yoksun olma, kültürel sorunlar, dil sorunu, çalışma, barınma, beslenme, eğitim, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişim ve ilaç temininde sorunlar yaşanmaktadır⁽⁴⁾. Psiko-sosyal travma olan savaş ve çatışma sonrası bu süreçte en çok etkilenen grup kadın ve çocuklar olmaktadır. Kadın ve kız çocukları; zorla evlendirilme, taciz ve tecavüz gibi toplumsal cinsiyet temelli şiddet, çocuk yaşta evlilikler, resmi olmayan evlilikler, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan düşükler, gebelik ve doğumda yeterli bakım alamama, anne ölümleri, yoksulluk, bulaşıcı hastalıklar, kadının izolasyonu gibi sorunlar yaşamaktadır^(9,10).

Zorunlu göç sonucu mülteci ve sığınmacılar gittikleri yerde cinsiyet, yaş, ırk, renk, cinsel yönelim, ulusal ya da sosyal köken nedeniyle ayrımcılığa uğrama, haklar, hizmetler ve bunlara erişim konusunda yeterli bilgi edinememe gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar⁽¹¹⁾. Aynı zamanda, bu süreç kadın ve kız çocukları için insan ticareti, seks işçiliği, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, HIV/AIDS dâhil, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artış ve

hizmetlerden yararlanamama gibi ek riskler yüklemektedir^(4,12,13). Cinsel istismara uğrayan mülteci ve sığınmacı kadınların çoğu yasal haklarını ve nereye başvuracağını bilmemekte ya da sınır dışı edilme korkusuyla destek verebilecek kurumlara başvurmamaktadır⁽⁴⁾.

Bununla birlikte göç eden kadınların genellikle gittikleri ülkelerdeki cinsiyet rollerinin değişmekte olduğu, ataerkil kontrolün azaldığı ve köken ülkelerindeki kadının konumuna göre kıyaslandığında daha özgürleştiği de belirtilmektedir⁽¹⁴⁾. Ev dışında hiç çalışmamış mülteci kadınların artık çalışmaya başlayarak ev içi sorumluluklarda yeni dengeler kurmayı öğrenmesi buna örnek verilebilir⁽¹⁵⁾.

Suriye'den Türkiye'ye zorunlu göçle gelen bir grup kadının göç öncesinde, göç sırasında ve göç sonrasında yaşadıklarını toplumsal cinsiyet bakışıyla inceleyen derinlemesine görüşmelerin yapıldığı bir araştırmada⁽¹⁶⁾; göç öncesi süreçte kadınların, savaşın ve çatışmaların yıkıcılığını yaşarken daha çok ailelerini bir arada tutma ve savaştan kurtulma yollarını aradıkları, eş ve erkek çocuklarının savaşın bir parçası olmasından duydukları korkunun zorunlu göçe karar vermede etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada, Türkiye'ye geldiklerinde yabancı olma duygusunun verdiği korkuyla kadınların, geldikleri ilk yıl boyunca gerekmedikçe evden dışarı çıkmadıkları, en önemli sorunlarının dil bilmeme olduğu, kiraladıkları evlerin sağlıksız koşullarından söz ettikleri rapor edilmiştir. Araştırmada; Suriye'de ev içinde varlıklarını sürdüren kadınların, Türkiye'deki yaşam koşulları nedeniyle; erkeklerin uzun saatler dışarda çalışması dolayısıyla evin ihtiyaçlarını karşılamak, çocukların okula götürülmesi, sağlık hizmetlerinden ve yardımlardan yararlanmak gibi ev dışındaki işlerle ilgilenmeleri nedenleriyle geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinde değişim yaşadıkları belirtilmiştir⁽¹⁶⁾.

Benzer bulgunun Ankara'da yaşayan Suriyeli kadın ve kız çocukları ile, onlarla aynı mahallelerde oturan yerleşik halktan kadınlarla yapılan odak grup görüşmelerinde de saptandığı görülmektedir. Bu araştırmada; Suriyeli kadınların aile içindeki cinsiyetçi rol paylaşımını sorgulayan ve daha eşitlikçi yaşam talep eden kadınlar haline geldikleri, kadınların kendi ifadeleri ile "özgürleştikleri" belirtilmiştir. Sözü edilen araştırmada aynı zamanda; eğitim şansı olmayan ya da çeşitli bürokratik, ekonomik güçlükler nedeni ile eğitim sisteminin dışında kalan genç kızların, Türkiye'de yaşamları-

nın giderek daralmakta olduğu belirtilmiştir. Ailenin erkek çocuk ve üyelerinin uzun çalışma saatleri nedeni ile evde olmamalarının, annelerin kızlarını daha fazla kontrol etmelerine neden olduğu ve başka seçeneklerinin olmaması dolayısıyla da genç kızların evliliği kendileri açısından tek seçenek haline getirdikleri rapor edilmiştir⁽¹⁷⁾.

Birleşmiş Milletler'in 2018 yılında Sığınmacı ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği ile birlikte yaptığı, Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi araştırmasına göre de; Türkiye'de yaşayan Suriyeli kadınların yalnızca %28'i her gün evlerinden dışarı çıkabilmekte, %40'lık bir bölümü ise haftada bir ya da daha az dışarı çıkabilecek şekilde evlerine hapsolmuş durumdadır⁽¹⁸⁾. Kadınların en çok yaşadıkları sorunların başında barınma koşullarındaki sorunlar ve dil engeli gelmektedir. Suriyeli kadınların %86'sı yaşadıkları şehirlerde ücretsiz sağlık hizmetlerine erişebildiklerini ifade etmiştir. Diğer %14'ü ise ayrımcı tavır, önyargı ve dil veya kültürel engellerle karşılaştıklarını ve bu durumun hizmet kalitesini düşürdüğü ya da onları hizmetten yoksun bıraktığını belirtmiştir. Görüşülen kadınların yalnızca %30'u aile planlama hizmetlerine ulaşmış iken, %50'si bu tür bir hizmetin varlığından haberdar değildir. Benzer şekilde, bu kadınların %39'u bir jinekoloğa görünebileceklerini bilmiyorken, %60'lık bir kısmı psikolojik desteğe erişebileceklerinden haberdar değildir (18). Araştırmaya göre; Suriyeli kadınlar göç öncesinde Suriye'de ve göç sonrası Türkiye'de eğitim olanaklarına sınırlı erişimlerinin olması, ağır bakım sorumlulukları, dil engelleri ve aile baskıları gibi sorunlar nedeniyle iş gücüne katılamamaktadırlar. Suriyeli kadınların %15'i düzenli ya da düzensiz/mevsimlik işlerde, ilden ile farklılık göstermekle birlikte özellikle de tarım, tekstil ve hizmet sektöründe çalışmaktadırlar (18). Araştırmada ayrıca, Suriyeli kadın ve kız çocuklarının günlük hayatlarında kötü davranışlar ve ayrımcılığa maruz kalmalarına rağmen %73'ünün şiddet ya da taciz konularında nereden destek alabileceklerini bilmediği belirtilmiştir⁽¹⁸⁾.

Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Fonu (UNFPA) ile birlikte yürüttüğü "Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar ve Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri Oluşturmak Suretiyle Suriyeli ve Diğer Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı ve

Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Hizmetlerine Erişimlerini Güçlendirme Projesi” kapsamında üç merkeze başvuran mülteci kadınlar ile görüşülerek yapılan araştırmada (19); son 12 ayda kadınların %91’inin eşlerinden fiziksel şiddet, %76’sının duygusal şiddet, %81’inin ise cinsel şiddet gördüğü saptanmıştır. Şiddet gören bu kadınların %58’i gördükleri şiddeti kimseyle paylaşmadığı, sadece %7’sinin yardım almak üzere kurumsal başvurusunun olduğu bulunmuştur (19).

Türkiye’de yaşayan Suriyeliler ile ilgili diğer bir araştırmada; göçten sonra Suriye ile sınır illerde yaşayan yerel halk arasında erkeklerin Suriyeli kadınlarla evlenme ve “Suriyeli gelin” konusuna dikkat çekilmektedir (20). Buralarda çok eşliliğin yaygınlaşması ve evlendirme konusunun Suriyeliler arasında maddi çıkar sağlama aracı olarak görülmesine vurgu yapılmaktadır. Kızlarını evlendirme konusunun Suriyeli aile açısından hem para kazanma hem de kızlarının hayatını kurtarma aracı olarak görüldüğünü, evlenmek isteyen yerel halktan erkeklerin “aracılara” başvurduğu ve aracılara ücret ödediği belirtilmektedir (20). Para karşılığında evlendirilen Suriyeli kadınlar arasında çocuk yaşta kızların da olması, hem erken yaşta zorla evlilikler hem de çocuk istismarı açısından da önemlidir.

Suriyeli kadınlar arasında erken yaş gebeliklerin yaygın bir sorun olduğunun rapor edildiği Mardin Doğum Hastanesi’nde 2018 yılında doğum yapan kadınlara ait bilgilerin incelendiği başka bir araştırmada; adolesan gebeliklerin Suriyeli gebeler arasında aynı yaş grubundaki yerleşik adolesan gruba göre 2,2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Suriyeli adolesan bu annelerin %29’unun gebeliği ise, düşük, ölü doğum, dış gebelik gibi nedenlerle sonlanmıştır (21).

Türkiye’de yaşayan Suriyeli kadınlar ile ilgili yapılan ve 24 yayınlanmış çalışmayı inceleyen derlemede de benzer şekilde Suriyeli kadınlarda 18 yaşın altındaki evlilik oranının ve akraba evliliklerinin çok yüksek (%56) olduğu saptanmıştır (22). İncelenen tüm araştırmalarda Suriyeli kadınların doğum öncesi bakım oranının yetersiz olduğu, evli kadınların tüm yaş gruplarında modern kontraseptif yöntem kullanma oranının sadece %24 olduğu ve karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının yaklaşık %35 olduğu belirtilmiştir. Jinekoloji polikliniklerine başvuran Suriyeli kadın hastaların yaklaşık yarısında anormal vajinal akıntı olduğu, ancak sadece %20’sinin düzenli jinekolojik muayeneye gittiği bu-

lunmuştur. Derlemede, bildirilen cinsel şiddet oranının yaklaşık %8 olduğu rapor edilmiştir (22).

Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş Suriyeli kadınların nüfus, doğurganlık özellikleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ile ilgili en geniş bilgiye 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ile erişilmektedir (23). Türkiye’de yaşayan Suriyelileri temsil eden örneklem üzerinde yapılan bu araştırma sonuçlarına göre; 15-49 yaş grubu kadınların %78’i evli, %82’si son 12 ayda çalışmamış veya halen çalışmıyor, sadece %9’u ise halen çalışmaktadır. Suriyeli kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe azalmakla birlikte toplam doğurganlık hızı 5,3 olarak bulunmuştur. Evli kadınlar arasında ideal çocuk sayısı 4,1’dir. Adolesan evlilikler %49, adolesan annelik ise %39 ile çok yüksek oranlarda bulunmuştur. Kadınların büyük çoğunluğu modern aile planlaması yöntemlerini duymuş olmalarına rağmen, %54’ü herhangi bir modern yöntemi kullanmış, halen de sadece %24’ü modern yöntem kullanmıştır. Yöntemler arasında %13 ile RİA birinci sırada gelmektedir, bunu %6 hap, %2 ile kondom ve yine %2 ile tüp ligasyonu izlemektedir. Geleneksel yöntemlerden geri çekme yönteminin de %18 ile yaygın olarak kullanıldığı saptanmıştır. Yöntemlerin temin edildiği kaynak %39 ile kamu, %38 ile de özel sektördür. Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı %25 ile oldukça yüksek bulunmuştur. İsteyerek düşükler yüz gebelikte iki düzeyindedir. Suriyeli kadınların eğitim düzeyi arttıkça artan yüzdeler ile doğum öncesi bakım alma, doğumların bir sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleşmesi oldukça yüksek bulunmuştur (sırasıyla; %93, %98, %93), doğumların %64’ü yeterli sayıda (4+) doğum öncesi bakım almıştır. Ancak, yüksek riskli gebelikler oldukça yaygındır. Anne ve bebek ölümlülüğü açısından yüksek riskli doğurganlık davranışları oldukça yaygın bir sorundur. Son beş yıldaki doğumların %41’i tekli yüksek risk kategorisindeyken, %15’i daha da riskli olan çoklu risk kategorisinde bulunmuştur (23).

Sonuç olarak, Türkiye’de yaşayan Suriyeli ve diğer mülteci kadınların başlıca cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları; erken evlilik, modern kontraseptif kullanımının azlığı, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının yüksekliği ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet olduğu açıktır. Bu sorunları çözebilmek ve kadınların sağlığını iyileştirmek için uzun vadeli stratejilere ihtiyaç vardır. Toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla, mülteci kadınlar da dâhil

edilerek politika yapımcılar ve tüm paydaşların katılımıyla bu stratejiler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) UN. Gender, Remittances and Development. Feminization of Migration 2007. Working paper 1, United Nations Instraw, p.2.
- 2) UN. 2006. Feminization of Migration, Remittances, Migrants' Rights, Brain Drain Among Issues, As Population Commission Concludes Debate <https://www.un.org/press/en/2006/pop945.doc.htm> (Erişim: 28.06.2020).
- 3) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)-Women. <http://www.unhcr.org/women.html> (Erişim: 28.06.2020)
- 4) Çaman Karadağ Ö, Özvarış Bahar Ş. Uluslararası Göç ve Kadın sağlığı. Sağlık ve Toplum. 2010;4:3-13.
- 5) Mccann P, Poot J, Sanderson L. Migration, Relationship Capital and International Travel: Theory and Evidence. Journal of Economic Geography. 2010;10:361-87.
- 6) Riggs E, Davis E, Gibbs L, Block K, Szwarc J, Casey S ve ark. Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: Reflections from refugee families and service providers. BMC Health Serv Res. 2012;12:117.
- 7) Sen K, Al-Faisal W, AlSaleh Y. (2013). Syria: effects of conflict and sanctions on public health. J Public Health (Oxf), 35 (2):195-9.
- 8) Craig, T., Jajua, P. M., & Warfa, N. (2009). Mental health care needs of refugees. Psychiatry, 8 (9), 351-354. doi:10.1016/j.mppsy.2009.06.007
- 9) Kılıç M., Arslanyılmaz M., Özvarış ŞB. Savaş ve Çatışma Ortamında Kadın Sağlığı. STED. 24 (6): 237-244.
- 10) Endler, M, Al Haidari T, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, Galimberti D, Danielsson KG. (2020). Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 149 (1), 113-119. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13111>
- 11) Centre for Transnational Development and Collaboration (CTDC) Syrian Refugees in Turkey: Gender Analysis. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/54509> (Erişim: 28.06.2020)
- 12) Al-Maharma D, Safadi R, Ahmad M, Halasa S, Nabolsi M, Dohrn J. Knowledge, attitudes and practices of syrian refugee mothers towards sexually transmitted infections. Int J Womens Health. 2019;11:607-615. doi:10.2147/IJWH.S221605.
- 13) Adomako EB, Darkwa Baffour F. (2019). Suffering in the Hands of a Loved One: The Endemic to Intimate Partner Violence and Consequences on Migrant Female Head-Load Carriers in Ghana. Journal of Interpersonal Violence. <https://doi.org/10.1177/0886260519888547>
- 14) Buz, S. (2006). Kadın ve Göç İlişkisi: Sığınan ve Sığınmacı Kadınlar Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- 15) Deacon, Z. and Sullivan, C. (2009). Responding to the Complex and Gendered Needs of Refugee Women, Affilia: Journal of Women and SocialWork Volume 24 Number 3, 272-284
- 16) Cankurtaran Ö. Albayrak H. Türkiye'den Suriye'ye Kadın Olmak, Kitap, Editör, (Eds. Ş. Bahar-Özvarış, T. Erdost), Merdiven Yayın. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/suriye-denturkiyeye_TR_210519.pdf (Erişim 1.07.2020)
- 17) Çelik K. Kültürlerarası Duyarlılık ve Birlikte Yaşam (2018) (Eds: Ş. Bahar-Özvarış, T. Erdost) Tünel Ada Çeviri ve Yayıncılık Bil. ve Dan. Hizm. LTŞ. Ankara. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kulturlerarasikitapTRA.pdf> (Erişim: 1.07.2020)
- 18) UN Women. 2018. Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi http://sgdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/08/The_Needs_Assessment_TR_WEB.pdf (Erişim: 28.06.2020)
- 19) Bahar Özvarış Ş, Yüksel Kaptanoğlu İ, Konşuk Ünlü H, Erdost T. Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi (2019) Merdiven Yayın, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma_TR.pdf (Erişim: 3.07.2020)
- 20) Orhan O ve Senyücel Gündoğar S (2015). Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri, ORSAM Rapor (TESEV İşbirliği ile), No: 195, 2015. https://www.tesev.org.tr/wp-content/uploads/rapor_Suriyeli_Siginmacilarin_Turkiyeye_Etkileri.pdf (2.07.2020)
- 21) Çifçi, S, Bayram Değer V, Ertem M. Suriyeli Göçmenler ve Önemli bir Üreme Sağlığı Sorunu Erken Yaş Gebelikleri. Göç Dergisi, Mayıs 2018 Cilt: 5, Sayı: 1, sf. 33 – 42
- 22) M. Çöl, N. Bilgili Aykut, A. N. Usturalı Mut, C. Koçak, S. U. Uzun, A. Akın, L. Say and L. Kobeissi.2020. Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP. Reproductive Health (2020) 17:99 <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00948-1> (Erişim: 2.07.2020)
- 23) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnelemi. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_SR.pdf (Erişim: 3.07.2020)

Uluslararası Göçmenler > ve Ruh Sağlığı

154

PROF. DR. CENGİZ KILIÇ • DOÇ. DR. ÖZGE KARADAĞ ÇAMAN
UZM. KLİNİK PSK. İNANÇ SÜMBÜLOĞLU • PROF. DR. SELMA KARABEY

Uluslararası Göçmenlerin Ruh Sağlığı ve İlişkili Etmenler

Gönüllü, zorunlu ya da karma formlarda gerçekleşebilen uluslararası göç, tüm dünyada artan küreselleşme, yoksulluk, ırkçılık, eşitsizlikler, silahlı çatışmalar, iklim değişikliği gibi sorunların varlığı ve elektronik iletişim ve ulaşım olanaklarının artması ile hız kazanma eğilimindedir. Uluslararası göç ve ruh sağlığı ilişkisinin Türkiye bağlamında ele alınacağı bu bölümde Türkiye’de bulunan sığınmacı, mülteci, düzensiz ve kayıtsız göçmenler gibi zorunlu göçmenler açısından bir değerlendirme sunulmaktadır. Türkiye’de bulunan Suriyeli sığınmacılar hukuki olarak geçici koruma statüsünde olmakla birlikte bu yazıda uluslararası literatür ile uyumlu olması için mülteci terimi kullanılmıştır.

Son yıllarda savaş ve çatışmalar nedeniyle yaşanan uluslararası göçlerde artışlar gözlenmiştir. Savaş nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan uluslararası göçmenlerin işkence ve şiddet yaşama, yakın kaybı, gözaltına alınma, tehdit altında yaşama, mülkiyetini kaybetme ve cinsel istismara uğrama gibi ciddi travmalar yaşadıkları bilinmektedir⁽¹⁾. Göçmenlerin sığındıkları ülkelerde dil ve kültürel engeller, işsizlik, barınma sorunları, izolasyon, ailenin parçalanması, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişememe gibi pek çok sorun ile karşı karşıya kalması da mültecilerde ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir^(2,3). Mülteciler arasında en sık görülen ruh sağlığı sorunlarının depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer kaygı

bozuklukları olduğu görülmüştür⁽⁴⁾. Depresyon ve TSSB prevalansı çalışmalar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Örnek olarak, savaştan kaçan mültecilerde depresyon prevalansının %2,3 ila %80,0 arasında, TSSB’nin ise %4,4 ila %86,0 arasında değiştiği saptanmıştır⁽³⁾.

Türkiye, dünyada en çok mülteci barındıran ülke olmasına rağmen, mültecilerin ruh sağlığını araştıran çalışma sayısı azdır. Bu nedenle de mültecilerde ruh sağlığı sorunlarının prevalansı ve bu sağlık sorunları ile ilişkili faktörler konusundaki bilgilerimiz sınırlıdır. Gaziantep’te bir çadırkentte Suriyeli mültecilerle bu konuda yapılan ilk çalışmalardan birinde TSSB prevalansı %33,5 bulunmuştur⁽⁵⁾. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu desteği ile 2015 yılında Hatay’da 18-30 yaş arası mültecilerle yürütülen bir başka saha çalışmasında gençlerin %79,5’inin sağlık durumlarını kötü veya çok kötü şeklinde tanımladığı ve en öncelikli sağlık sorunlarının psikolojik sorunlar (%34,1) olduğu saptanmıştır⁽⁶⁾. Ankara’da 2016-2017 yılları arasında yürütülen bir çalışmada, şehir merkezinde iki mahallede yaşayan Suriyeli mülteciler, TSSB, depresyon düzeyleri ve sağlık hizmeti kullanımı açısından anadili Arapça olan görüşmeciler tarafından değerlendirilmiştir⁽⁷⁾. Çoğunluğu Halep bölgesinden gelen ve ağır derecede travmatize olmuş olan bu grupta TSSB sıklığı %36,5, depresyon sıklığı ise %47,7 bulunmuştur. Literatür ile uyumlu şekilde, TSSB sıklığı kadınlarda, ruhsal hastalık öyküsü olanlarda ve savaş travması daha fazla olanlarda daha yüksek bulunmuştur⁽⁷⁾. İstanbul’da 2018 yılında 249 mülteci ile yürütülen

bir çalışmada, TSSB, depresyon ve anksiyete bozuklukları için tahmini prevalans sırasıyla %19,6, %34,7 ve %36,1 bulunmuştur ⁽⁸⁾.

Ruhsal hastalıklar yaygın görülmelerine ek olarak, genç yaşlarda başlarlar, birçoğu yıllar boyunca sürer. Bu nedenlerle en çok yetiyitimine yol açan hastalıklar arasındadırlar ⁽⁹⁾. Uluslararası zorunlu göçmenler, sosyal desteklerinin azlığı, damgalanma korkusu, ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olması, kötü ekonomik koşullar, dile ve kültüre yabancılaşma gibi nedenlerle tedaviye ulaşmakta zorluk yaşamaktadırlar. Uluslararası zorunlu göçmenlerde hem göç öncesi ve sırasında yaşadıkları travmalar hem de göç sonrası evsahibi ülkedeki yaşam koşulları ve ruh sağlığının diğer belirleyicileri nedeniyle, göçten yıllar sonra bile ruhsal hastalık yaygınlığı yüksek olarak saptanabilmektedir ⁽¹⁻⁷⁾.

Uluslararası Göçmenlere Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de uluslararası zorunlu göçmenlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerini planlayan ve sunan paydaşlar arasında kamu, üniversite, belediye, sivil toplum kuruluşları, uluslararası kuruluşlar ve özel sektör bulunmaktadır. Kamuya ait birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri açısından Avrupa Birliği destekli SIHHAT Projesi kapsamında açılan Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ön plana çıkmaktadır. Söz konusu proje ile geçici koruma altındaki nüfusun en yoğun olduğu illerde, sayıları bir milyona ulaşan göçmene tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı hizmet vermek üzere 10 adet toplum ruh sağlığı merkezi kurulmuştur ^(10,11).

İkinci ve üçüncü basamak hizmetler kapsamında ise psikiyatri poliklinikleri ve yataklı servisler T.C. vatandaşlarının yanı sıra uluslararası göçmenlere de hizmet sunmaktadır. İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde bulunan Göçmen ve Yabancı Ruh Sağlığı Polikliniği ise göçmenlere özel hizmet sunması nedeniyle ülkedeki ikinci basamak hizmetler açısından iyi uygulama örneklerinden biridir ⁽¹²⁾. Kamu ve üniversiteler dışında sunulan ruh sağlığı hizmetleri arasında belediyeler, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşların açtığı çeşitli merkezlerde klinik psikolog, psikolog, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanları ve sosyal çalışmacılar tarafın-

dan sunulan psikososyal destek hizmetleri sayılabilir.

Türkiye’de uluslararası göçmenlere yönelik ruh sağlığı hizmetleri, genel sağlık hizmetlerine benzer şekilde çoğunlukla çevirmen desteği ile yürütülmektedir, ancak ruh sağlığı hizmetlerinin çevirmen aracılığı ile sunumunda, diğer sağlık hizmetlerine göre daha büyük güçlükler yaşanmaktadır ⁽¹³⁾. Bu güçlük son yıllarda kendisi de göçmen olan ruh sağlığı çalışanlarının istihdamı ile kısmen de olsa çözülmeye çalışılmaktadır. Kamu ve sivil toplumda, göçmenlere hizmet sunan sağlık çalışanlarının hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerine ruh sağlığı konularının eklendiği ve çoğunluğunun uluslararası fonlar ile desteklendiği bazı kapasite geliştirme çalışmaları mevcuttur ⁽¹⁴⁾. Özel sektör tarafından sunulan ruh sağlığı hizmetleri, çoğunluğu ekonomik açıdan en dezavantajlı gruplar arasında yer alan zorunlu göçmenler açısından erişimin en güç olduğu hizmet grubunu oluşturmaktadır.

Türkiye’de zorunlu göçmenlerin ruh sağlığı hizmet kullanımları ve bu hizmetlere erişimleri konusunda yapılan araştırma sayısı sınırlıdır. Ankara’da geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacılar, ruh sağlığı hizmeti sunanlar ve karar vericiler ile yürütülen bir çalışmaya göre ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı olduğunu belirten sığınmacıların sadece %9,7’si bir ruh sağlığı hizmeti kullanmıştır. Çalışmaya göre zorunlu göçmenlerin yaşadıkları dil sorunları, fiziksel sorunları daha fazla incelemeleri, ruh sağlığı hizmetleri konusunda farkındalıklarının düşük olması, damgalama ile ilişkili sorunlar, ulaşım ile ilgili ve maddi sorunlar ve kültürel engeller ruh sağlığı hizmetlerini yeterince kullanamama nedenleri olarak belirtilmiştir. Çalışmanın hem niteliksel hem de niceliksel bulguları geçici koruma altındaki göçmenlerin karşılanamayan ruh sağlığı hizmet ihtiyacının yüksek olduğunu göstermiştir ^(7,13). 2018 yılında 24 Suriyeli mülteci ile yürütülen niteliksel bir çalışmada da ruh sağlığı hizmetlerine erişimde yaşanan engeller arasında bilgi eksikliği, dil engeli, damgalanma, randevu alamamak, ilaca erişememek ve hizmet almak ile ilgili endişeler yer almıştır ⁽¹⁵⁾. İstanbul’da 2018 yılında 249 mülteci ile yürütülen bir çalışmada ise TSSB, depresyon ve anksiyete bozuklukları için tedavi açığı sırasıyla %89, %88 ve %90 olarak raporlanmıştır ⁽⁸⁾. Sağlık hizmetlerine erişimi daha güç olan kayıtsız göçmenler ve düzensiz göçmenler açısından ruh sağlığı hizmet açığı da diğer göçmen gruplarına göre daha fazladır.

Ruh Sağlığı Alanında Sivil Toplumda İyi Uygulama Örnekleri

Mültecilerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin olarak Türkiye’de aktif olan sivil toplum kuruluşları kamu ve yerel yönetim işbirlikleri ile önemli bir ihtiyaca hizmet etmektedir⁽¹⁶⁾. Yazının bu bölümünde mültecilerin ruh sağlığının korunmasına yönelik Türkiye’den bazı iyi uygulama örneklerine yer verilecektir.

Düzensiz Göç Programı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV)

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) ve İKGV işbirliği ile 2003 yılında başlayan psikolojik destek hizmetleri İstanbul ve Ankara’da da sürdürülecek şekilde yaygınlaştırılmıştır. 2007 yılında sosyal danışmanlık hizmetleri de mevcut programa dahil edilmiş olup 7 ilde (Ankara, Ağrı, Bilecik, Eskişehir, Kütahya, İstanbul ve Van) sosyal çalışmacılar, psikolog ve tercümanlar tarafından sürdürülmeye başlanmıştır⁽¹⁷⁾.

Project Lift - Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Programı, Maya Vakfı

Program kapsamında savaş, göç, kayıp, şiddet gibi nedenlerle travmaya maruz kalan çocukların psikolojik iyileşmeleri hedeflenmektedir. Travmaya Duyarlı Okullar projesi kapsamında öğretmenlerle eğitim ve süpervizyon çalışmaları ve okul personelleriyle eğitici görüşmeler yapılmaktadır⁽¹⁸⁾.

Uyum Okulu, Aile Kadın Destekleme ve Engelliler Merkezi (AKDEM)

Göçün çocuklar üzerinde yaratmış olduğu travmatik sonuçları en aza indirmek amacıyla, Uyum Okulu kapsamında eğitim gören çocuklara yönelik sanat, öfke kontrolü, duygu ifadesi çalışmaları ve hayal gücünü geliştirme çalışmaları yürütülmektedir⁽¹⁹⁾.

Rehabilitasyon ve Psikososyal Destek, Mülteciler Derneği

Mülteciler Derneği Fiziksel Rehabilitasyon ve Psikolojik Destek Merkezinde doğuştan fiziksel engeli bulunan veya savaş nedeniyle sonradan fiziksel

engele sahip olan ve savaş, yerinden edilme, sosyal dışlanma gibi sorunlar yüzünden psikososyal desteğe ihtiyacı olan tüm mülteciler, sığınmacılar ve ailelerine dil, din, mezhep, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin hizmet verilmektedir⁽²⁰⁾.

Psikososyal Destek, Dünya Doktorları Derneği

Sığınmacıların yoğun yaşadığı illerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya, iyileştirmeye ve kolaylaştırmaya yönelik psikososyal sağlık programları yürütülmektedir⁽²¹⁾.

YanYana Projesi Grup Terapi Programı, Bir İZ

Birey ve Toplum Ruh Sağlığında İZ Derneği tarafından Yuva Derneği ve Oyun Terapileri Derneği işbirliğiyle ve Avrupa Birliği desteğiyle 2017-2018 yılları arasında yürütülen YanYana Projesi kapsamında sivil alanda çalışan psikolog, psikolojik danışman ve tercümanlara yönelik yapılandırılmış grup terapi eğitimleri verilmiştir. Eğitim programının amacı alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin travma ile grup ortamında çalışma yetkinliklerini geliştirmek, tercümanların psikolojik duyarlılıkları içselleştirmelerine ve öz bakım desteği almalarına aracı olmaktır. Proje, Sığınmacı ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği işbirliği ile Alfarah Projesi’nin toplum merkezlerinde çalışan profesyonellere yüz yüze eğitimler ve online süpervizyonlar ile yaygınlaştırılmıştır⁽²²⁾.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de uluslararası zorunlu göçmenlerin ruh sağlığına yönelik hizmetler kamu ve sivil toplum ağırlıklı olarak çeşitli paydaşlar tarafından sunulmakla birlikte, yapılan çalışmalar, ruh sağlığı hizmet açığının önemli düzeyde olduğunu göstermektedir. Özellikle COVID-19 pandemisi ile birlikte ruh sağlığını etkileyen pek çok sosyal belirleyicide yaşanan değişimler ve artan ruh sağlığı hizmeti gereksinimi göz önüne alındığında hizmetlerin güçlendirilmesi ve hizmete erişimin iyileştirilmesi-ne yönelik aşağıdaki öneriler ön plana çıkmaktadır:

- Ruh sağlığı hizmetlerine erişim açısından dil ve kültürel engellerin daha fazla dikkate alınması ve bu engellerin azaltılması yönelik çalışmaların artırılması (Örneğin çevirmen, sağlık aracısı ya da kültürel aracı sayısı ve niteliğinin artırılması-

na yönelik çalışmaların sürmesi, yabancı dilde hizmet sunabilen ya da kendisi de göçmen olan ruh sağlığı çalışanlarının daha fazla istihdam edilmesi, hizmet öncesi ve içi eğitimlerde kültürel farklılıklar ve kültüre uyumlu yaklaşım konularının daha fazla yer alması)

- Göçmenlerde ruhsal sorunların erken tanısına yönelik çeşitli tarama programlarının uygulanması (örneğin birinci basamakta kısa, basit, uygulanabilir tarama ölçeklerinin kullanımı)
- Birinci basamak (göçmen sağlığı ve aile sağlığı merkezi) çalışanları, ruh sağlığı çalışanları ve destek personelin eğitimine ruhsal bozuklukların tanısı ve tedavisi kadar ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kültürlerarası çalışma, travma sonrası büyüme, psikolojik sağlamlık (resilience) gibi kavramların daha fazla dahil edilmesi ve bu konuların fırsat alanları olarak ele alınması
- Göçmenlerle çalışan ruh sağlığı çalışanlarının sağlığının korunması ve hizmet sunarlarda tükenmişliğin önlenmesine yönelik eğitici çalışmaların hız kazanması ve destekleyici ortamların sağlanması
- Uluslararası göçmenlerin heterojen yapısı ve farklı savunmasızlıkları nedeniyle ruh sağlığı açısından daha dezavantajlı gruplara (kayıtsız/düzensiz göçmenler, damgalamaya uğrayan gruplar vb) yönelik özel müdahalelerin geliştirilmesi
- Kendisi göçmen olan ruh sağlığı çalışanları ile işbirliği olanaklarının artırılması ve ruh sağlığı hizmetlerine göçmenlerin katılımının artırılması
- Uluslararası göçmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığının çeşitli sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi araçları ile geliştirilmesi
- Pandemi koşulları da göz önüne alındığında ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda dijital teknolojilerin, telefon ve internet tabanlı hizmetlerin ve ruh sağlığı çalışanlarının bu teknolojiler ile hizmet sunum kapasitesinin artırılması
- Ruh sağlığını etkileyen sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yönelik makro düzeyde ve çok sektörlü müdahaleler (savaşlardan arınmış bir dünya, ekonomik destek paketleri, eğitim ve istihdam olanaklarına erişimin artırılması, barınma ve beslenme koşullarının iyileştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması vd.)
- Hem göçmenlere hem ruhsal bozukluklara

- yönelik damgalamanın azaltılmasına yönelik eğitim ve iletişim çalışmaları (özellikle sağlık çalışanları ve medya çalışanlarına yönelik eğitimler); göçmenler ve yerel toplumun harmonizasyonu, okullarda ve okul dışı çocuk ve gençler için sosyal içerme programlarının artırılması,
- Göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin entegrasyonunun yapılması
- Göçmenlerin ruh sağlığı ve hizmet kullanımına yönelik bilimsel araştırmaların fon, kurumsal izinler vb. açılardan desteklenmesi, kamu-akademi işbirliğinin artırılması
- Göçmenlere yönelik toplum temelli ruh sağlığı politika dökümanı ve ulusal eylem planının çok sektörlü olarak oluşturulması, hayata geçirilmesi ve belirli aralıklarla güncellenmesi

Kaynaklar

- 1) Porter M, Haslam N. (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*; 294 (5):602-12.
- 2) Craig T, Jajua P, Warfa N. (2006) Mental healthcare needs of refugees. *Psychiatry*;5 (11):405-8.
- 3) Bogic M, Njoku A, Priebe S. (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*;15:29.
- 4) Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*;302 (5):537-49.
- 5) Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. (2015) Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract*;19 (1):45-50.
- 6) Karadag Caman O. (2015) Needs assessment study among young Syrian refugees on health, education, employment and gender issues in Turkey, Final Report. Ankara: Community Volunteers Foundation, Yuva Association, UNFPA.
- 7) Kaya, E., Kılıç, C., Karadag Caman, O., Uner, S. (2019) Post-traumatic Stress and Depression Among Syrian Refugees Living in Turkey: Findings From an Urban Sample. *J Nerv Ment Dis*. 207: 995-1000.
- 8) Fuhr DC, Acarturk C, McGrath M, et al. (2019) Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*;29:e70. Published 2019 Nov 15. doi:10.1017/S2045796019000660
- 9) Kılıç C. (1998) Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh sağlığı Profili: ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- 10) "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi" (SIHHAT Projesi). Erişim tarihi: 06.08.2020, Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43240/gecici-koruma-altindaki-suriyelilerin-saglik-statusunun-ve-turkiye-cumhuriyeti-tarafindan-sunulan-igli-hizmetlerin-gelistirilmesi-projesi>

- 11) Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (SIHHAT). Erişim tarihi: 06.08.2020, Erişim adresi: https://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657
- 12) İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göçmen ve Yabancı Ruh Sağlığı Polikliniği. Erişim tarihi: 04.08.2020, Erişim adresi: <https://bakirkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,101706/gocmen-ve-yabanci-ruh-sagligi.html>
- 13) E Kaya, O Karadag Caman, C Kilic, S Uner. (2018) Need for and barriers to accessing mental health care among refugees in Turkey: a mixed methods study, *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue suppl_4, cky213.453, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.453>
- 14) Hughes P, Hijazi Z, Saeed K. (2016) Improving access to mental healthcare for displaced Syrians: case studies from Syria, Iraq and Turkey. *BJPsych Int*. 2016;13 (4):84-86. doi:10.1192/s2056474000001392
- 15) Doğan N, Dikeç G, Uygun E. Syrian refugees' experiences with mental health services in Turkey: "I felt lonely because I wasn't able to speak to anyone". *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55 (4):673-680. doi:10.1111/ppc.12400
- 16) Türkiye'deki Mültecilere Destek Olan Ulusal ve Uluslararası STK'lar. Erişim tarihi: 02.08.2020, Erişim adresi: <https://graphcommons.com/graphs/0711e621-a8c5-4651-a1d6-33106c7b-b3f1>
- 17) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Erişim tarihi: 22.07.2020, Erişim adresi: http://www.ikgv.org/duzensiz_goc.html
- 18) Maya Vakfı. Erişim tarihi: 23.07.2020, Erişim adresi: <https://www.mayavakfi.org/ruh-sagligi-ve-psikososyal-destek-programi/>
- 19) Aile Kadın Destekleme ve Engelliler Merkezi. Erişim tarihi: 23.07.2020, Erişim adresi: <http://www.musterekproje.org/aile-kadin-destekleme-ve-engelliler-merkezi/>
- 20) Mülteciler Derneği. Erişim tarihi: 24.07.2020, Erişim adresi: <http://www.musterekproje.org/multeciler-dernegi-2/>
- 21) Dünya Doktorları Derneği. Erişim tarihi: 24.07.2020, Erişim adresi: <https://dunyadoktorlari.org.tr/projelerimiz/>
- 22) Birey ve Toplum Ruh Sağlığında İZ Derneği. Erişim tarihi: 26.07.2020, Erişim adresi: <http://www.yanyana.biz/>



PROF. DR. MUHSİN AKBABA • UZM. DR. BURAK KURT

Çevresel Mültecilik Kavramı ve Dış Göçün Çevre Sağlığına Etkileri

Bir ülkedeki doğal afetler, ekonomik sorunlar, açlık, sosyal ve kültürel nedenler, meydana gelen iç karışıklıklar ve savaşlar insanların zorunlu olarak yaşadıkları mekanı terk etmesine neden olabilmektedir. Özellikle iç karışıklık ve savaş sonucunda göç etmek zorunda kalan insanlar kendi ülkesinde sahip olduğu olumsuz yaşam koşullarından kurtulmak için alıştığı toprakları terk ederek, kendisine yabancı olan bir dil ve kültürün içerisinde kendilerine yeni bir hayat kurmak amaçlı göç etmek durumunda kalmaktadırlar⁽¹⁾.

Göç edenlerden göç nedenine bağlı olarak yapılan bir sınıflandırmaya göre; ülkesinin iklim değişikliği ve doğal afetler gibi çevresel koşullar nedeniyle göç etmek zorunda kalan insanlar, mülteciler, "çevre mültecileri" olarak adlandırılmaktadırlar. 1985 yılında Birleşmiş Milletler Çevre Programının (UNEP), hazırladığı bir raporda, çevre ve sığınma ilişkisine dair bir tanıma yer verilmiştir. Bu tanıma göre çevre sığınmacıları: "...doğal ya da insan kaynaklı eylemler nedeniyle ortaya çıkan çevre zararları yüzünden varlıkları tehlikeye düştüğü ya da yaşam kaliteleri ağır bir biçimde kötüleştiği için geleneksel çevrelerini geçici ya da sürekli olarak terk etmeye zorlanan..." insanlardır⁽²⁾.

Bazı bölgelerde yaşanan doğal olayların, iklim değişikliklerinin ya da iç karışıklık ve savaş gibi

nedenlerle yaşanan göç hareketleri, çevresel kaynakların kirlenmesine ya da bozulmasına, nüfusun aşırı artışına yol açabilmektedir. Bu ise, bölgesel olmaktan çıkıp, küresel ölçekte bir göç hareketine ve dolayısıyla küresel sorunlara gerçekleşmesi söz konusudur. Bu konudaki bir yaklaşıma göre, 21. yy. çevresel mültecilerin yüzyılı olacaktır⁽³⁾. 1995 yılında çevresel faktörlerden dolayı 25 milyon insanın yerinden olduğu, 2010 itibarıyla bu sayının 50 milyona ulaştığı tahmin edilmektedir⁽⁴⁾.

Suriye'de yaşanan uzun süreli kuraklıklar ülkede siyasi istikrarsızlık için zemin yaratmıştır. Artan gıda fiyatları ve tarım üretimindeki azalma ülkenin ekonomik yapısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yağışların azalması, yeraltı su kaynaklarının kuruması, kaçak su kuyularının kullanımının engellenmesi zaten hükümetle arası iyi olmayan gruplar arasında sorunlara neden olmuştur. Çevresel sorunlara bağlı olarak yaşanan ekonomik ve siyasi sorunlar hükümet otoritesinin zayıflamasına, toplumsal öfkenin artmasına neden olmuştur. Kuşkusuz bu hoşnutsuzluk en çok ülkedeki ayrılıkçı grupların işine gelmiştir⁽³⁾.

Bu açıdan Suriyeli mültecileri çevresel mülteciler kategorisine eklemek uygundur. Çevresel mültecilerin gittikleri ülkede yaşanacak uyum sorunu, mülteci kamplarındaki çevresel kirlenme, yaşadıkları bölgedeki kaynaklar üzerinde yarattıkları anlık baskı, bulaşıcı hastalıkların yayılması gibi sorunlar göçün iyi yönetilemediğinde neden olabileceği güvenlik risklerinin başında gelmektedir.

İç Göçün Çevre Sağlığına Etkileri

Türkiye'deki kentleşmenin Ankara dışındaki kentlerde hız kazanması, 1950'lerden sonra görülmektedir. Bunun en önemli nedeni, tarıma traktörün girmesidir. Traktörün tarıma girmesiyle tarımla uğraşan birçok insan işsiz ya da gizli işsiz kalmıştır ve bununla birlikte 1950'den sonra karayoluna ağırlık verilmesiyle ve son yıllarda da havayoluna yönelik yenilikler yapılarak birkaç firmanın hava taşımacılığına girmesiyle kentleşme hızında artış olmuştur⁽⁵⁾. Genel olarak bakıldığında insanlar, kentlere ekonomik nedenlerin yanında iyi bir yaşam sürbilmek umuduyla da göç etmektedirler. Kentlerin çekici yönleri de insanların kentlere göç etmelerine neden olmaktadır.

Türkiye'nin kentleşme durumuna bakılınca kentleşme, özellikle Türkiye'nin batısında daha yoğundur. Kentleşmeyi tetikleyen göçlerin yönü de hep batıya doğru eğilim göstermiştir. Göçler, bazen kırsal alandan büyük şehirlere doğrudan göç şeklinde, bazen de önce küçük ve orta ölçekli kentlere, daha sonra büyük şehirlere olacak şekilde olmuştur. Göç hareketine ilk katılanlar, gençler ve az çok okuma yazma bilenlerdir. Gidilen yerlere tutunabilme açısından hemşehrilerin bulunması önemsenmiştir. Bu da kentlerde belli yörelerden gelenlerin yoğun olarak yaşadığı mahallelerin oluşmasına sebep olmuştur⁽⁵⁾.

Göç alan kentlerde göçün yarattığı etkiler genel olarak kentlerin fiziki dokusuna, kent yönetimine, kent kültürüne yönelik olmuştur. Türkiye'de kentlere göçlerle birlikte birtakım sıkıntılar ortaya çıkmıştır. Gecekondulaşma, işsizlik sorunu, alt yapı ve ulaşım sorunu, konut sorunu, bölgelerarası yatırımlarda, kentleşme oranında ve nüfus yoğunluğunda dengesizlik sorunu, kentle bütünleşme sorunu, çevre sorunları gibi olaylar bunlardan bazılarıdır. Gecekondulaşma olgusu küresel bir olgudur. Bütün gelişmekte olan toplumların farklı düzeylerde de olsa yaşadığı bir durumdur. Gecekondulaşma, Türkiye'de özellikle 1950'li yıllardan sonra tarımda yaşanan yapısal dönüşümün sonunda kentlere doğru yönelen göç dalgalarının yarattığı sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik gibi çok yönlü bir olgudur⁽⁶⁾. Göçmenlerin konut ihtiyacını karşılayan gecekondu, kent fiziki yapısı-

nı bozacak dereceye gelmiş ve çarpık kentleşmeyi beraberinde getirmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde kentleşme kısa bir zaman dilimine sığdırıldığından kent, kentsel işlevlerinden soyutlanmış, aşırı ve nüfus yığılmasının ortaya çıktığı bir yer haline gelince kentin, temel maddi özellikleri olan yol, kanalizasyon, su, elektrik gibi alt yapı hizmetlerinin yerine getirilememesi durumundan dolayı alt yapı sorunu ortaya çıkmıştır⁽⁷⁾.

1960'lara kadar önemli sorunlar arasında yer almayan konut, hızlı kentleşme, nüfus artışı, çekirdek aile yapısının yaygınlık kazanması ve gelir düzeyinin düşüklüğünden dolayı sorun olarak ortaya çıkmıştır⁽⁷⁾. Kentlerin hızla artan nüfusuna karşılık konut sorununun ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur.

Çevre sorunlarını ortaya çıkaran temel nedenlerin başında "çarpık kentleşme" gelmektedir. Çevre kirlenmesinin yoğunluk kazandığı bölgeler genel olarak kirlenme sorununu doğuran, yoğun göçün alındığı bölgelerdir. Bu bölgelerin başında metropolitan alanlar gelmektedir. Bu durum nedeniyle çevre kirlenmesi konularında, bu metropolitan alanlar için, uzun süreli ve planlı politikaların geliştirilmesi gerekmektedir⁽⁸⁾.

Yoğun göç hareketlerinin yaşandığı bölgelerde ve şehirlere yukarıda da ifade edildiği gibi zorunlu olarak nüfusun hızlı artışıyla birlikte konut, sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, altyapı, ulaşım, istihdam gibi birçok alanda önemli derecede yetersizliklerle karşılaşmaktadır. Bunun sonucunda düzensiz şehir gelişim ile birlikte çevre sorunlarında geometrik artışlar gözlemlenmektedir. Bunlar arasında şunları saymak mümkündür⁽⁹⁾:

1. Gecekondulaşma,
2. Su ve kanalizasyon gibi temel hizmetlerde eksiklikler,
3. Toprağın plansız ve amaç dışı kullanımı,
4. Ulaşım hizmetlerinde yetersizlik ve trafik sorunu,
5. Temizlik hizmetlerinin düzenli yürütülememesi ve çöp sorunu,
6. Kaçak yapılaşma,
7. Kültürel çevrenin yozlaşması ve sosyal sorunlar,
8. Doğal dengenin hızlı bir biçimde bozulması,
9. Yapılaşma için yeşil alanların ve verimli tarım topraklarının tahrip edilmesi

Sonuç

Küresel yoksulluk ve sınır ötesi göç hareketleri gibi yeni risk alanları karşısında zorunlu olarak ulusal sınırların ötesinde bir işbirliğine ve çevresel kaynakların varlıklarının kullanımının belirli kurallara bağlanması ihtiyacı ortaya çıkmış bulunmaktadır. Bilinen ve ileride risk olması muhtemel olan çevresel bozulma ve tahribatı azaltmak ya da mümkünse önlemeyi, küresel kamusal mal niteliğindeki çevresel kaynakların doğru kullanılmasını sağlayacak olan kuralları düzenlemek, uygulamak, denetlemek, gerekirse yaptırım uygulamak, bu konularda uluslararası işbirliği içinde olmak gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Cengiz, D. ve Harunoğulları, M. Suriyeli Göçmenlerin Mekânsal Analizi: Hatay (Antakya) Örneği, TÜCAUM VIII. Coğrafya Sempozyumu'ndan sunulan bildiri, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2014.
- 2) Turgut NY. Çevresel Göç ve Çevre Göçmenleri Sorununun Çevre Hukukundaki Yeri. TBB Dergisi 2018 (139):287-346
- 3) Karasu MA. Suriye'deki İç Savaşın Çevresel Kökenleri. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, Cilt 26 Sayı 3, Temmuz 2017, s. 69-89.
- 4) Ziya, O. "Mülteci-Göçmen Belirsizliğinde İklim Mültecileri", Türkiye Barolar Birliği, 2012, Sayı 99, s. 229-240.
- 5) Şahin Y. Kentleşme Politikası. Trabzon, Murathan Yayınevi, 2010.
- 6) Bal H. Kent Sosyolojisi. Isparta, Fakülte Kitabevi, 2008.
- 7) Özer İ. Kentleşme, Kentleşme ve Kentsel Değişme. Bursa, Ekin Kitabevi, 2004.
- 8) Koçak Y, Terzi E. "Türkiye'de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri", Kafkas Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2012, Cilt: 3, Sayı: 3, 163-184.
- 9) Ceritli İ. "Şehirleşmeye Bağlı Çevre Sorunlarını Oluşturan Temel Kaynaklar", Ekoloji Çevre Dergisi, 1995, Sayı:17, 15-21.



Göç Araştırmalarındaki Yöntemsel ve > Etik Konular

156

DR. SIDIKA TEKELİ YEŞİL

Göç alanında yapılan araştırmalar göçmenlere yönelik politikalar oluşturulmasına, göçmenlerin yaşadıkları sorunlara ilişkin etkin müdahaleler geliştirilip uygulanmasına ve göçmenlerin göç alan ülkeye uyum sağlamasına ve yaşamlarının iyileştirilmesine hizmet etmektedir. Bu nedenle göç araştırmalarında toplanacak veriler, verilerin toplanma ve analiz yöntemleri, araştırmalarda benimsenen etik kurallar başta olmak üzere araştırma sürecinin tüm basamakları büyük önem taşır. Ancak, göç araştırmaları yürütmek her toplumda ve koşulda zordur. Çalışmalar sırasında birçok yöntemsel ve etik sorun yaşanmaktadır. Raporun bu kısmında, bir önceki Türkiye Sağlık Raporu'nun yayınlandığı yıl olan 2014-2020 yılları arasında ülkemizde yapılan göç ile ilgili sağlık araştırmalarında karşılaşılan bu sorunlara rapor çerçevesi izin verdiği ölçüde değinilecek, çalışmalardan örnekler verilerek söz konusu sorunlar (i) *yöntemsel sorunlar* ve (ii) *etik ve izin süreçlerine ilişkin sorunlar* başlıkları altında gruplandırılarak ortaya konacaktır.

Yöntemsel Sorunlar

Analitik ve Deneysel Çalışmaların Yetersizliği

Türkiye uzun yıllardır hem farklı coğrafyalardan göç alan bir ülke hem de göçmenler için bir geçiş noktası konumundadır. 2011 yılında Suriye'de yaşanan savaş sonucunda yıllar içinde artan zorunlu göç vakaları ile birlikte düzensiz göçmen sayısı dört milyonu aşmıştır. Böylesi geniş bir zaman dilimi, göçmen sayısı ve çeşitliliği düşünüldüğünde ko-hort ve deneysel çalışmalar da dahil olmak üzere

göçmen sağlığına ilişkin birçok farklı epidemiyolojik çalışma yürütmenin olanaklı olduğu görülmektedir. Ancak ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan ve bir önceki bölümde de ele alınan çalışmalara göz atıldığında çalışmaların önemli bir kısmının tanımlayıcı çalışmalar^(1,2) veya derlemeler^(3,4) olduğu, analitik ve deneysel çalışmaların yok denecek kadar sınırlı olduğu görülmektedir^(5,6). Analitik çalışmaların bir kısmı da aslında karşılaştırma grubu olan tanımlayıcı çalışmalardır^(1,7-9).

Örnekleme Yöntemi ve Büyüklüğüne İlişkin Sorunlar

Yapılan çalışmalar arasında kamplarda gerçekleştirilenlerin bazılarında rastgele örnekleme yöntemleri ve temsil yeteneği olan örneklem büyüklükleri olmakla⁽¹⁰⁾ birlikte kamp dışında yapılan çalışmalarda göçmenlerin hareketliliğinin yüksek olması ve güvenilir, sistematik kayıtların sınırlı olması nedeni ile çoğunlukla bu yöntemlerin kullanılmadığı görülmektedir⁽¹⁾. Ancak yapılan çalışma ile ilgili tüm vakaların yer aldığı kesitsel çalışmalar mevcuttur^(11,12).

Ayrıca literatüre bakıldığında çalışmaların Suriyeli göçmeler üzerine yoğunlaştığı, diğer göçmenlerin konu edildiği çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir⁽⁹⁾.

Ölçme Araçları ve Uygulanmasına İlişkin Sorunlar, İletişim Sorunları ve Çevirmen Kullanımı

Araştırmacılar tarafından kullanılan ölçüm araçlarının bir kısmı uluslararası kabul görmüş geçer-

liliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçekler olmakla birlikte ⁽²⁾ araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formlarına ilişkin ön test çalışmaları bazı makalelerde belirtirirken ^(1,13) bir çok makalede öntest bilgisinin yer almadığı ⁽¹⁰⁾ görülmektedir. Farklı bir kültür ve dil söz konusu olduğu düşünüldüğünde ön test çalışmalarının önemi daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca, kullanılan ölçeklerin bir kısmının ilgili sağlık personeli tarafından uygulanması gerekliliğinden dolayı saha ekibini oluşturmada zorluklar yaşandığı bilinmektedir. Sahada yaşanan diğer bir sorun da, özellikle sağlık personelinin uygulaması gereken ölçekler için olmakla birlikte, genel olarak yeterli sayıda Arapça bilen kadın saha elemanı bulamamanın getirebileceği seçim yanlılıklarıdır ^(1,13).

Göçmenlerin Araştırma Yorgunluğu (Research Fatigue)

Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ve uluslararası örgütlerin sahada gerçekleştirdiği ihtiyaç analizleri ve bazı bölgelerin elverişliliklerinden dolayı daha yoğun araştırmaya 'maruz' kalması göçmenler arasında araştırma yorgunluğuna sebep olduğu yazarın saha gözlemleri ve çeşitli araştırmacıların geri bildirimleri arasında yer almaktadır. Araştırma yorgunluğu çalışmaya katılımı kısıtlayabildiği için seçim yanlılıklarına sebep olabilmektedir.

Yardım Beklentisi ile Verilmiş Olabilecek Yanlı Yanıtlar

STK'ların yardım dağıtımını genellikle yapılan ihtiyaç analizlerine dayandığı için göçmenler, araştırmaları da bir ihtiyaç analizi çalışması gibi değerlendirip yardım beklentisi ile bazı sorulara gerçek dışı cevaplar verebilmektedirler ⁽¹⁰⁾. Bu durum çalışmalarda yanıt yanlılıklarına (response bias) neden olabilmektedir.

Etik ve İzin Süreçlerine İlişkin Sorunlar

Çalışmaların Göç Uygulamaları ve Politikaları ile İlişkisi

Çalışmaların sahaya ve göçmen politikaları oluşturmaya katkısında sınırlılıklar mevcuttur. Epidemiyolojik çalışmalardan beklenen 'Peki ne? -So what?' sorusunun sahaya ve politikalara yön verecek şekilde cevaplanması çoğunlukla kurumsal iş-

birliğinin söz konusu olmaması dolayısı ile belirsiz bir okuyucu kitlesine sunulan mesajlar şeklindedir. Sağlık Bakanlığı, DSÖ, AFAD gibi kurumlar ile işbirliği çerçevesinde yapılmış çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır ⁽⁶⁾ veya hakem süreçlerinden geçmemiş raporlar şeklindedir ⁽¹⁴⁾.

İzin Süreçleri

2013 öncesi AFAD üzerinden giden izin süreçleri daha sonra 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun yayınlanması ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün kurulması ile bu kurum üzerinden yürütülmüştür, ancak özellikle ilk yıllar izin süreçlerinde yetki problemleri ve uzun başvuru süreçleri gözlenmiştir. Üst kurum, valilikler, hastaneler, hastanelerin bağlı olduğu kurumlar, bazen üniversite etik kurullarına ek olarak hastane etik kurullarından ek izin, çalışmaların bir çoğunda gözlenmektedir ^(1,13). Kamplarda gerçekleştirilen çalışmalar mevcut olmakla birlikte ⁽¹⁰⁾, zaman zaman izin alamayan çalışmalar mevcuttur ^(1,15). Bu durum hem çalışma koşullarını güçleştirmekte hem de yöntemsel kısıtlılıklara neden olmaktadır.

Etik İlkelerin Uygulanması

Göç çalışmalarında gönüllülük ve onam alımın göçmenlerin çeşitli kaygıları nedeni ile zor olabildiği, gizlilik ve mahremiyet ilkesinin tercüman kullanımı, kalabalık yaşam alanlarında gerçekleştirilen çalışmalar gibi nedenler ile tam uygulanmadığı, özellikle ruh sağlığı çalışmalarında olumsuz deneyimlerin hatırlanması gibi zarar vermeme ilkesine ters düşebilecek durumların söz konusu olabildiği göç araştırmacıları tarafından bilinen sorunlardır, ancak yapılan çalışmalarda bu sorunların açık bir şekilde tartışılmadığı görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Yukarıda bahsedilen sorunların aşılmasında en büyük çözüm araştırmacılar ve üniversiteler ile göç alanında çalışan, politikalar oluşturan uluslararası ve ulusal resmi kurumlar ve sahada yer alan STK'ların işbirliğinin geliştirilmesi olacaktır. Veri tabanlarının araştırmalara katkı sunacak şekilde düzenlenmesi ve veri paylaşımının etik kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi bu noktada önemli bir adım teşkil edecektir. Göç araştırmalarına ilişkin hem yöntemsel hem de etik konuları ele alan ulu-

sal kılavuzlar oluşturulması ve güncellenmesi hem araştırmacılara yön verecek hem de göçmenlerin haklarının ve etik değerlerinin korunmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca göç araştırmalarına ilişkin öncelikli alanların değerlerin ve yeterli fon ayrılması yapılan araştırmaların kalitesinin yükselmesini ve bu konuda uzmanlaşmış araştırmacıların yetişmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Tekeli-Yesil S, Isik E, Unal Y, Almossa FA, Unlu HK, Aker AT. Determinants of mental disorders in Syrian refugees in Turkey versus internally displaced persons in Syria. *Am J Public Health*. 2018;108 (7):938-945. doi:10.2105/AJPH.2018.304405
- 2) Kaya E, Kiliç C, Karadağ Çaman Ö, Üner S. Posttraumatic Stress and Depression among Syrian Refugees Living in Turkey: Findings from an Urban Sample. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207 (12):995-1000. doi:10.1097/NMD.0000000000001104
- 3) Ergonul O, Tulek N, Kayı I, Irmak H, Erdem O, Dara M. Profiling infectious diseases in Turkey after the influx of 3.5 million Syrian refugees. *Clin Microbiol Infect*. 2020;26 (3):307-312. <http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198743X19303672/pdf>
- 4) Alawa J, Zarei P, Khoshnood K. Evaluating the provision of health services and barriers to treatment for chronic diseases among syrian refugees in turkey: A review of literature and stakeholder interviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16 (15). doi:10.3390/ijerph16152660
- 5) Erenel H, Aydoğan Mathyk B, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Koc Bebek A. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295 (1):45-50. doi:10.1007/s00404-016-4188-5
- 6) Acartürk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2016;46 (12):2583-2593. doi:10.1017/S0033291716001070
- 7) Demirci H, Yildirim Topak N, Ocakoglu G, Karakulak G, Karakulak M, Ustunyurt E, Ulku Turker A. Birth characteristics of Syrian refugees and Turkish citizens in Turkey in 2015. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;137 (1):63-66. doi:10.1002/ijgo.12088
- 8) Turkey Ü, Aydın Ü, Salıcı M, et al. Comparison of pregnant Turkish women and Syrian refugees: Does living as a refugee have an unfavorable effect on pregnancy outcomes? *Int J Gynecol Obstet*. 2020;149 (2):160-165. doi:10.1002/ijgo.13117
- 9) Çelik İH, Arslan Z, Ulubaş Işık D, et al. Neonatal outcomes in Syrian and other refugees treated in a tertiary hospital in Turkey. *Turkish J Med Sci*. 2019;49 (3):815-820. doi:10.3906/sag-1806-86
- 10) Alpak G, Unal A, Bulbul F, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2015;19 (1):45-50. doi:10.3109/13651501.2014.961930
- 11) Altiner AO, Tekeli Yeşil S. Emergency Medical Service (EMS) Utilization by Syrian Refugees Residing in Ankara, Turkey. *Prehosp Disaster Med*. 2018;33 (2):160-164. doi:10.1017/S1049023X18000134
- 12) Yücel A, Alataş N, Yücel H, Güllüev M, Özsöz E, Uğur C. Newborn hearing screening results of refugees living in our city and the factors affecting the results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;123:187-190. doi:10.1016/j.ijporl.2019.05.019
- 13) Abohalaka R, Tekeli Yeşil S. Determination of Perceived Language Barriers in Accessing Healthcare Services According to Syrian Refugees Visiting Two Training and Research Hospitals in Ankara, article in press.
- 14) Balcılar M. *Health Status Survey of Syrian Refugees in Turkey: Non-Communicable Disease Risk Factors Surveillance among Syrian Refugees Living in Turkey.*; 2016. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli_mülteci_ingilizce.pdf
- 15) Smeekees A, Verkuyten M, Çelebi E, Acartürk C, Onkun S. Social identity continuity and mental health among Syrian refugees in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52 (10):1317-1324. doi:10.1007/s00127-017-1424-7

> HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL BİLİMLER

BÖLÜM

15

> Sunuş

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ
Bölüm Editörü

Halk sağlığı tıbbın sosyal bir dalı olarak giderek daha önemli bir alan haline gelmektedir. Günümüzden yaklaşık 170 yıl kadar önce R. Virchow tarafından dile getirilen “tıp sosyal bir bilimdir ve politika tıbbın geniş ölçekte uygulanmasıdır” sözü bu anlamda giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Sağlığı etkileyen değişkenler uzun yıllar boyunca daha çok fiziksel ve biyolojik etmenlerle anlaşılma-ya çalışılmış ancak günümüzde sağlığı etkileyen en önemli boyutlardan birinin sosyal değişkenler olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlığı etkileyen değişkenler üst üste katmanlar halindedir. En dış katmanda genel sosyo-ekonomik ve politik yapı bulunurken ikinci katmanda kişinin eğitim, meslek, gelir gibi sınıfsal konumunu gösteren göstergeler vardır. Daha sonra üçüncü katmanda bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve son olarak da dördüncü katmanda genetik yapısı bulunur. Dış katmanlarda bulunan sosyal belirleyiciler iç katmanlara yani yaşam biçimi ve genetik yapıya da etki ederler. Bu nedenle aslında tüm katmanlar sosyal değişkenlerden etkilenir.

Son yıllarda halk sağlığı anabilim dallarında sosyal bilimler kökenli genç bilim insanlarının yeterli olmasa da daha fazla benimsenmeye başlandığı, yapılan tez ve yayınlanan makale sayılarının

giderek arttığı görülmektedir. Aynı şekilde halk sağlığı uzmanlarının da ikinci öğretim olarak sosyal bilimlere olan ilgisi giderek artmaktadır. Bunlar son derece olumlu gelişmelerdir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından hazırlanan 2020 Türkiye raporunun bu bölümünde Türkiye’de Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler 6 ayrı başlık altında tartışılmıştır. Bu konular antropoloji, sosyoloji, tarih, sanat (sinema, fotoğraf, edebiyat, tiyatro) sosyal belirleyiciler ve tezler/kitaplar başlıklarından oluşmaktadır.

Sosyal bilimler sosyoloji başta olmak üzere antropoloji, tarih, ekonomi, politika, felsefe, etik ve sanat gibi çok geniş bir yelpazeyi kapsar. Bu nedenle bu bölümde ele alınamayan ve eksik kalan bazı başlıklar (felsefe, etik, hukuk, ekonomi, karikatür, belgesel, müzik vb) olmuştur. Ancak gene de Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Çalışma Grubu tarafından hazırlanan bu bölüm HASUDER çatısı altında bu alanda derlenip yayınlanan ilk yazılardan birisi olmaktadır. Bölümün yazımında 10 kadar değişik kurumdan toplam 11 yazar görev üstlenmiştir.

Bu bölümün ülkemizde halk sağlığıyla sosyal bilimler arasındaki bağın güçlendirilmesinde çok yararlı olacağı inancı içinde tüm yazarlara ve raporun baş editörlerine çok teşekkür ediyorum.

Halk Sağlığı ve > Antropoloji

157

DOÇ. DR. AYŞECAN TERZİOĞLU • SERHAT ERDAL

Giriş

Son yıllarda Sağlık Antropolojisi dalının hızla gelişimi sonucunda, bu daldaki çalışmalar sosyal bilimler çalışmaları daha fazla görünürlük ve önem kazandı. Bu süreçte özellikle kadın bedeni, cinselliği ve doğurganlığı üzerine oluşturulan kısıtlayıcı söylemler ve politikalar, feminist ve LGBTİ+ hareketler ve son aylarda COVID-19 gibi salgın hastalıklar da etkin oldu. Sağlık ve hastalık konuları üzerine yapılan Antropoloji çalışmaları, uzun süreli ve derinlemesine, yarı-yapılandırılmış görüşmeler ve gözlemlere dayalı etnografik araştırmalara dayanırsa da siyaset bilimleri, sosyoloji, bilim ve teknoloji çalışmaları, tarih ve edebiyat gibi alanlardan da yararlanan disiplinler arası bir yapıya sahiptir. Bu yüzden burada çeşitli üniversitelerin farklı bölümlerinden sağlık konularına odaklanan, antropolojik bir teorik çerçeveye ve metodolojiye sahip çalışmalar ele alınacaktır. Bu çalışmalar Türkiye odaklı olmalarının yanı sıra, Türkiye gündemindeki farklı sağlık ve hastalık konularını ve uygulamalarını diğer ülkelerle de karşılaştıran bu çalışmalar 1980'lerden itibaren Küresel Neoliberalizmin'in Dünya'da egemen politik ve ekonomik düzen haline gelmesiyle birlikte dönüşen sağlık ve hastalık perspektiflerine ve uygulamalarına da ışık tutar.

Bu çalışmaları konuları itibarıyla iki ana başlıkta toplayarak incelemek mümkündür:

1. Sağlık Politikaları ve Toplumsal Yansımaları
2. Farklı Kimlikler, Bedenler ve Sağlık

Bu iki ana başlıkta toplanabilecek çalışmaların konuları ve bakış açıları birbirleriyle sıklıkla keşişse de bu konuları ele alma biçimleri açısından birinci gruptaki çalışmaların daha çok sağlık alanında geliştirilen ve uygulanan politikalar ve hukuki mevzuattan yol çıkarak bu süreçlerin toplumdaki yansımalarını inceler. İkinci gruptaki çalışmalarsa daha çok toplum içinden çıkan beden, kimlik ve sağlık hareketlerine ve bu hareketlerin sağlık politikalarını nasıl sorguladığına odaklanır.

Sağlık Politikaları ve Toplumsal Yansımaları

Türkiye'de siyasi ve tıbbi otoritelerin birlikte geliştirdiği söylem ve uygulamaların tarihi ve güncel dönüm noktalarından yola çıkarak, bunların toplumdaki sağlık, hastalık, yaşam, ölüm ve beden algılarına etkisini inceleyen çalışmalar bu başlık altında incelenebilir. Amherst Üniversitesi'nde antropolog Christopher Dole'un "Seküler Yaşam ve Şifacılık: Modern Türkiye'de Kayıp ve Adanmışlık" isimli eseri 19. yüzyılda Batı'da kurumsallaşarak, baskın tıp sistemi haline gelen, biyoloji temelli Biyomedikal tıbbın Osmanlı Devleti'nde Batılılaşma ve Modernleşme süreçlerinin bir parçası olarak girmesiyle birlikte, bu tıp sisteminin Osmanlı'daki geleneksel, tamamlayıcı tıp sistemleriyle ideolojik etkileşimini inceler⁽¹⁾. Dole bu etkileşimin Cumhuriyetin ilk yıllarında da Kemalizm'le birlikte Batılılaşmanın, Sekülerleşmenin ve Modernleşmenin

resmi olarak benimsenmesiyle birlikte giderek daha sorunlu hale geldiğini vurgulayarak, buna rağmen neden hala günümüzde bile “cinci hoca”, “üfürükçü” gibi dini şifacıların var olduğunu ve toplumun özellikle daha geleneksel ve düşük sosyo-ekonomik kesimlerince rağbet gördüğünü sorgular. Arşiv çalışmasının yanı sıra, Ankara’da yaptığı etnografik araştırmasında görüştüğü kişilerin modern tıp ve geleneksel tıp sistemleri, kurumları ve söylemleriyle etkileşimini inceleyen Dole, bu etkileşimi 1980’lerden beri artan muhafazakarlık gibi, Türkiye’nin genel politik ve toplumsal dinamikleriyle de ilişkilendirmektedir.

Hamburg’da Avrupa Moleküler Biyoloji Laboratuvarında çalışmalar yürüten antropolog Ashlhan Sanal “Yeni Organlar, Yeni Hayatlar: Organ Nakli, Ahlak ve Ekonomi” isimli eserinde Christopher Dole gibi araştırmasında arşiv ve mevzuatın yanı sıra etnografik yöntemlerden de faydalanarak, Türkiye’de organ nakli konusundaki politikaları, bu politikaların hukuki ve tıbbi boyutlarını inceleyerek organ bağıışı kabul eden, organ satın alan, organ gereksinimi yüzünden yurtdışında ameliyat olan kişilerle de yaptığı mülakatlar yoluyla bu politikaların kişilerin yaşamlarındaki etkilerini araştırıyor⁽²⁾. Bununla birlikte Türkiye’deki politik ve ekonomik eşitsizliklerin ve ayrımcılıkların, organ mafyasının varlığının ve farklı kültürel yaşam, ölüm ve beden algılarının organ naklini nasıl etkilediğini de inceleyen Sanal bu kültürel algıları Meksika ve Brezilya gibi diğer ülkelerdeki organ nakilleri konusundaki kültürel algılarla karşılaştırarak bu konuyu uluslararası bir bağlama oturtuyor.

Çeşitli kitap, makale, rapor gibi çalışmalarıyla Türkiye’deki 2000’lerden beri süregelen sağlık reformu çalışmalarını sosyal bilimler perspektifinden ele alan Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Politikalar Enstitüsü Direktörü Volkan Yılmaz özellikle gençler, LG-BTİ+, engelliler, yoksullar ve mülteciler üzerinden geliştirilerek uygulanan politikalar ve söylemleri çalıştı^(3,4). Yılmaz, Hollanda’daki Groningen Üniversitesi’nde öğretim üyesi Talita Çetinoğlu’yla birlikte yaptığı son çalışmalarında Türkiye’deki mültecilere yapılan nakit transferi yardımı çerçevesinde insani yardım kavramını da irdeleyen Yılmaz çalışmalarında yalnızca devlet politikalarının değil, uluslararası sağlık kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının da devlet politikalarına etkisini inceledi⁽⁵⁾.

Çalışmalarında Volkan Yılmaz gibi insani yardımı ve insancıl (*humanitarian*) bakış açısını sorgu-

layan Koç Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü’nde öğretim üyesi Başak Can, aynı zamanda devlet şiddeti, hekimlik mesleği ve değerleri, hekimler ve medikal antropologların beraber ortak çalışmalar üretebilmesi için yapılabilecek kurumsal düzenlemeler hakkında da çeşitli çalışmalar kaleme aldı⁽⁶⁻⁸⁾.

Son yıllarda sağlık politikaları ve topluma yansımaları konusunda önemli tezler de yazıldı. Örneğin Maria Kramer Koç Üniversitesi, Karşılaştırmalı Tarih ve Toplum Çalışmaları Programı’nda 2015 yılında tamamladığı Lisansüstü tezinde 1961-1973 yılları arasında Almanya’ya giden Türk işçilerin sağlıklı sayılabilmesi için Alman hükümeti, eyalet ve şehir yetkilileri ve tıbbi uzmanları tarafından belirlenen kriterleri ve bu işçilerin sağlık muayene süreçlerini ele aldı⁽⁹⁾. Bilkent Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi’nde 2018 yılında tamamladığı Lisansüstü tezini tamamlayan Oğuz Can Ok ise bir başka göç deneyimine odaklanarak, Türkiye’ye 2011 yılından itibaren gelen Suriyelilerin sağlık hizmetlerine yaşadığı sorunlarda özellikle bu göçün ilk yıllarında devletin sağladığı olanakların yetersiz kaldığını ve bu sorunu çözmek için Türk ve yabancı çeşitli sivil toplum kuruluşlarının bu fırsattan istifade ederek devreye girdiğini aktardı⁽¹⁰⁾.

Farklı Kimlikler, Bedenler ve Sağlık

Bu alt başlıkta Türkiye’de politik, toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerden ve ayrımcılıklardan birçok şekilde etkilenen farklı kimlik gruplarının sağlık durumlarına ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında yaşadıkları sorunlara odaklanan çalışmalar ele alınacaktır. Los Angeles, California Üniversitesi’nde öğretim üyesi olan Can Açıksöz Türkiye’deki gazilerin tedavi süreçlerini, gündelik yaşamlarını ve politik aktivizmlerini anlattığı çalışmalarında, askeri hastaneler, anma günleri ve gösteri yürüyüşleri gibi zaman ve mekanlardan kesitleri yaptığı gözlem ve görüşmeler aracılığıyla okuyucuya aktarıyor⁽¹¹⁾.

Türkiye’de engellilik çalışmaları konusunda öncülük yapan isimlerden Koç Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü öğretim üyesi Dikmen Bezmez rehabilitasyon tedavisi gören engellilerde yürüme konusunda sağlık çalışanlarıyla sürdürülen iletişim süreçleri ve Türkiye televizyonlarındaki sağlık programlarındaki engellilik temsilleri gibi çeşitli konularda çalışmalar yaptı^(12,13).

Türkiye'deki en yaygın görülen meme ve akciğer kanserli hastaların sağlık alanında, sağlık kurumlarında ve toplumsal ilişkilerinde maruz kaldıkları eşitsizlikleri, ayrımcılıkları ve bunlarla başa çıkma yöntemlerini etnografik yöntemlerle çalışan Sabancı Üniversitesi, Kültürel Çalışmalar programı öğretim üyesi, Ayşecan Terzioğlu daha sonraki çalışmalarında Türkiye'deki Suriyelilerin sağlık alanında ve kurumlarında yaşadıkları toplumsal ve kültürel sorunlarla ilgili çalışmalar yapmıştır⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Bilim ve Teknoloji Çalışmalarının teorik çerçevesini Antropolojik araştırma yöntemleriyle destekleyen, Işık Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, öğretim üyesi Maral Erol Türkiye'deki ilk çalışmalarında medya, sosyal medya ve toplumdaki farklı menopoz algılarına ve menopoz kavramının toplumsal inşasına odaklanırken daha sonra Sabancı Üniversitesi, Kültürel Çalışmalar Programı öğretim üyesi Cenk Özbay'la birlikte eşcinsel erkeklerde andropoz ve yaşlanma algılarını inceledi⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Son yıllarda daha çok büyük şehir sakinlerinin Biyomedikal Tıp kurumları, aktörleri, söylemleri ve uygulamalarıyla etkileşimine eğilen antropologların yanı sıra kırsal kesimdeki kültürel sağlık, hastalık, beden, yaşam ve ölüm algılarını inceleyen antropolojik çalışmalar da mevcuttur. Buna örnek olarak Georgetown Üniversitesi, Antropoloji Bölümü'nde öğretim üyesi Sylvia Wing Önder'in kaleme aldığı "Bizim Burada Mikrop Olmaz: Bir Karadeniz Köyünde Tedavi ve Şifa Usulleri" verilebilir. Bir etnografik çalışmada köy sakinlerinin doğum, yaşam, ölüm, beden, sağlık ve hastalık konusundaki inanç ve düşüncelerini inceleyen Önder, özellikle bu köydeki kadınların hastanelerdeki klinik deneyimleriyle yerel söylem ve uygulamaların nasıl bir etkileşim halinde olduğunu araştırdı⁽²⁰⁾.

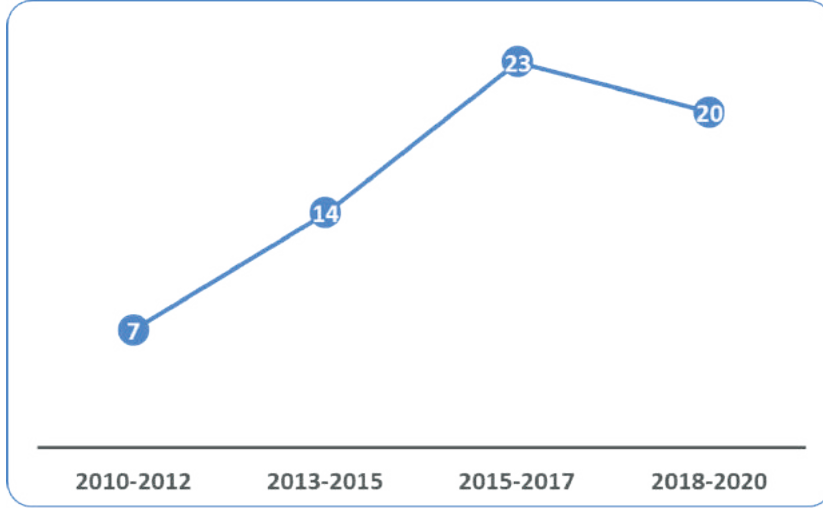
Farklı toplumsal kimliklere sahip kişilerin beden ve sağlık algılarını inceleyen doktora ve lisansüstü tezleri de bulunmaktadır. Bunlardan Esenyurt Üniversitesi'nde halen öğretim üyesi olan Bahar Taymaz'ın (2017) Yeditepe Üniversitesi, Antropoloji Bölümünde tamamladığı doktora tezi Fibromiyalji hastası kadınların ağrı deneyimlerini, bu deneyimlerin toplumsal cinsiyet boyutlarıyla birlikte tartışır⁽²¹⁾. Toplumsal Cinsiyet odaklı bir diğer doktora tezi de Hande Güzel'in 2020 yılında Cambridge Üniversitesi'nde tamamladığı ve Türkiye'de bekaret algısı ve kızlık zarı dikiminin tıbbi ve kültürel boyutlarını araştırdığı çalışmasıdır⁽²²⁾. Bu tezler daha

çok beden sağlığına ve sağlığın biyolojik ve fiziksel boyutlarına odaklansa da ruh sağlığına da odaklanan birkaç tez dikkat çekmektedir. Bunlardan Bilgi Üniversitesi, Kültürel İncelemeler Bölümü'nde Barış Bilgit'in 2018 yılında tamamladığı lisansüstü tezidir⁽²³⁾. Bu tezde Barış Bilgit, Türkçe yazılan Sosyal Bilimler, Tıp ve Hukuk metinlerinde ruh sağlığı, cinsellik ve toplumsal cinsiyet kavramlarının bir arada nasıl tartışıldığını incelemektedir.

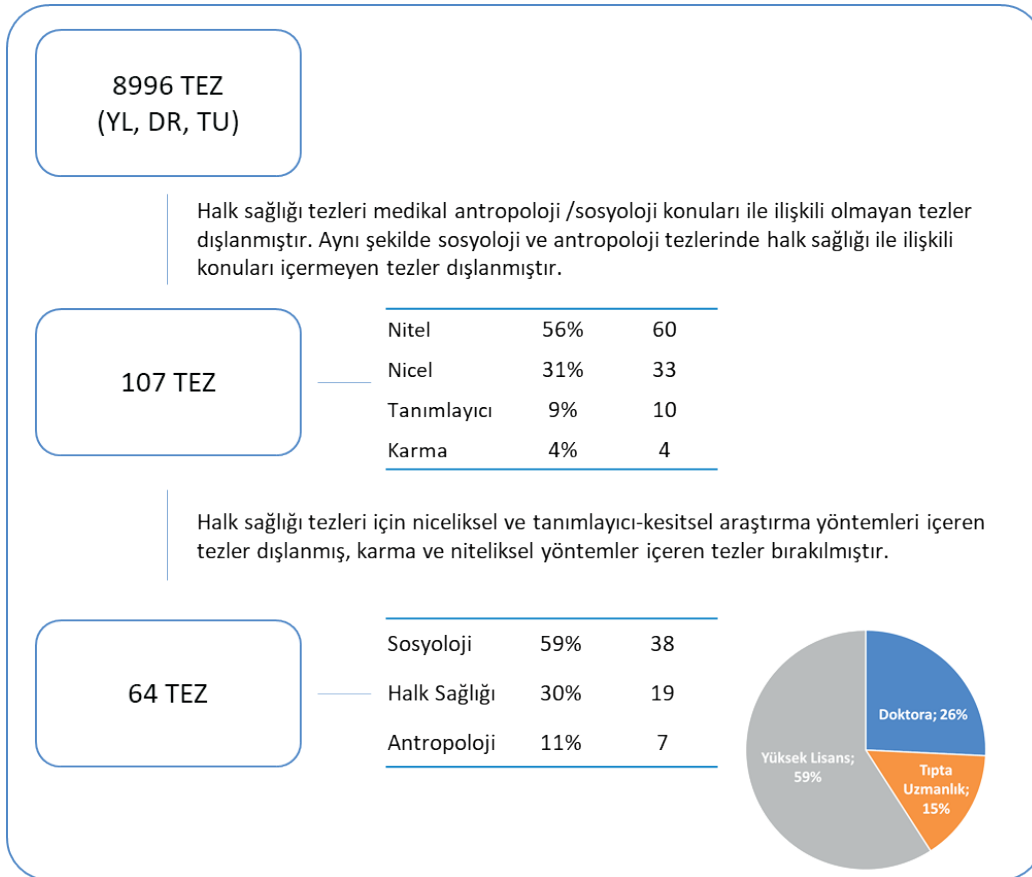
Şüphesiz ki son 10 yılda Türkiye'deki sağlık kurumları, aktörleri, söylemleri ve uygulamaları konusunda bu yazının çerçevesinden çok daha fazla Antropoloji çalışması vardır. Fakat, yer darlığı da gözetilerek burada daha çok Antropolojinin eleştirel ve interdisipliner yapısına uygun, yenilikçi ve kendilerinden sonra gelecek çalışmalara örnek teşkil edebilecek çalışmalara öncelik verildi. Bu tip çalışmaların ileriki yıllarda daha da çok artması, halk sağlığı ve antropoloji dallarında iş birlikleriyle, ortak projelere yol açılması ve Türkiye'de Sağlık Antropolojisi alt dalının da gelişmesi ve kurumsallaşması açısından faydalı olacaktır.

Medikal Antropoloji / Sosyoloji'nin Halk Sağlığı ile Buluştuğu Türkiye'deki Tez Araştırmaları

Medikal antropoloji veya medikal sosyoloji kapsamında gerçekleşen fenomenolojik, etnografik araştırma tasarımlarına Halk Sağlığı disiplininde yetişen akademisyenlerin ilgisi gittikçe artmaktadır. Özellikle klinik branşlarda çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının niteliksel araştırma tasarımlarına yönelmeleri ve kendilerini bu konuda geliştirmeleri sonucunda nitel araştırma yöntemleriyle gerçekleştirilen tez araştırmalarının sayısını arttırdığı son 10 yılda yayınlanan tezlerin konu, yöntem ve yaklaşım eğilimlerinden anlaşılmaktadır (Şekil 157.1). 2010 Ocak ve 2020 Mayıs dönemi arasında YÖK'ün Ulusal Tez Merkezi İnternet sitesinde Halk Sağlığı, Antropoloji ve Sosyoloji Anabilim Dallarında yayınlanan toplam 8996 yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezi incelenmiştir. Yöntem-bilim ve konu ilişkisi bakımından gerçekleştirilen elemelerden sonra toplam 64 yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezinin medikal antropoloji /sosyoloji alanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Şekil 157.2).



Şekil 157.1 Son 10 yılda medikal antropoloji / sosyoloji konusunda yayınlanan tezler.



Şekil 157.2 Yayınlanmış tezlerin seçilme metodolojisi.

Meslek Çalışmaları

Halk sağlığı, antropoloji ve sosyoloji alanlarında gerçekleştirilen tez araştırmalarının konu dağılımlarına bakıldığında en fazla *meslek çalışmalarını* konu alan iş sağlığı ve güvenliği, sağlık çalışanları – hasta ilişkileri, hekim ve hemşire gibi sağlık çalışanlarının mesleki eğitimlerinin kültürel belirleyicileri ile sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken toplum temelinde yarattıkları sosyo-kültürel etkileri inceleyen tezlerin ön plana çıktığı görülmektedir (Tablo 157.1).

Tablo 157.1 Medikal sosyoloji /antropoloji tezlerinin konu bazında dağılımları

Meslek Çalışmaları	20%	13
Sağlık ve Sosyal Politika Çalışmaları	17%	11
Kadın Çalışmaları	16%	10
Sağlık Davranışları Çalışmaları	14%	9
Engellilik-Hastalık Çalışmaları	13%	8
Göç Çalışmaları	11%	7
Toplumsal / Kültürel Çalışmalar	9%	6

Murat Atalay'ın hekimlik mesleğinin yeni kamu yönetimi anlayışı, piyasalaşma, yöneticilik, tüketici odaklılık gibi söylemlerle hızlı bir şekilde değişen hekimlik mesleğini ele aldığı sosyoloji doktora çalışmasında, Türkiye'de özellikle son yıllarda gündemde olan sağlıkta dönüşüm politikalarına bağlı olarak hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimi meslekler sosyolojisi bakımından analiz etmekte ve hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimleri; iş pratikleri, ilişkiler, ekonomik koşullar, eğitim-öğretim ve kariyer süreçleri, mesleki güç ve itibar algısı olarak beş ana tema ile açıklanmaktadır⁽²⁴⁾.

Elif Akkaş ise sosyoloji doktorasında hekimlik mesleğinin içsel ve dışsal kültürel belirleyicilerinden tıp eğitiminin mevcut durumunun, mesleğin siyaset-ekonomi-hukuk üçlemesiyle ilişkilerinin, meslek-modern tıp teknolojileri etkileşiminin ve meslek-toplum ilişkisinin değerlendirmiştir⁽²⁵⁾.

Son örnekte ise Necla Yılmaz, tıpta uzmanlaşma olgusunun; ekonomik, kendini gerçekleştirme, mesleki gelişim, tıp biliminin ve teknolojinin gelişimi, sağlık sistemi, toplumsal beklentiler, sağlık piyasasının yönlendirmesi, hasta ve hastalık kaynaklı nedenler ile iş bölümü şeklindeki nedenler etrafında şekillendiği tespit etmiştir. Uzmanlaşma sonucunda hekimlerim, malpraktis davaları nedeniyle

daha az riskli branşlarda çalıştığını ve hekimlerin böylece defansif tıba yöneldiğini belirtmektedir. Ayrıca spesifik alanda çalışan hekimlerin aşırı uzmanlaşmaya yönelmeleri nedeniyle bütüncül yaklaşımdan uzaklaştığı ve bu nedenle mesleki körleşme yaşandığı ulaştığı sonuçlar arasındadır⁽²⁶⁾.

Sağlık ve Sosyal Politika Çalışmaları

Meslek çalışmalarını takip eden ikinci konu grubu ise *sağlık ve sosyal politika çalışmaları* şeklindedir. Bu grupta da Türkiye'de son 10 yılda neoliberal politikalar ile köklü bir biçimde değişen sağlık sistemine eleştirel bakan, toplumsal tabakalaşmanın sağlık eşitsizliklerine olan etkisini ortaya koyan, aile hekimliği sisteminin hekim hasta ilişkisine olan etkileri göz önüne seren, hasta hakları kavramındaki sorunlara ve değişen sosyal güvenlik sisteminin yaşanan bireyler üzerindeki etkilerine dikkat çeken çalışmalar yer almaktadır.

İsmail Öz, Türkiye'de 2003 yılından günümüze kadar devam eden kamusal ve özel sağlık sektöründe yaşanan neoliberal değişimlerin sağlık hizmetlerini bir tüketim etkinliğine nasıl dönüştürdüğünü ele almakta ve bunu sağlığın *McDonaldlaştırılması* olarak ifade etmektedir. Tarihsel karşılaştırmalı metotlar kullandığı doktora tezinde sağlığın tüketim nesnesine dönüşünü sağlık, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri ve sağlık finansmanı gibi başlıklar altında kavramsal olarak açıklamaktadır⁽²⁷⁾.

Funda Şerbet ise yüksek lisans tezinde, her geçen gün sosyal devletin kurumlarının ve uygulamalarının yeni liberal politikalar tarafından aşındırıldığını ve özel sağlık sektörünün özel sigortalar ve bireysel emeklilik sistemleri gibi uygulamalarının diğer bütün kapitalist uygulamalarda olduğu gibi insanların endişe ve risk algularını bir pazar aracı olarak kullandığını ifade etmektedir⁽²⁸⁾.

Kadın Çalışmaları

Medikal antropoloji / sosyoloji alanında en çok çalışılan üçüncü konu ise kadın çalışmalarıdır. Kadın çalışmalarında meme ve rahim ağzı kanseri gibi hastalıkların kadınlık kimliği üzerindeki deneyimlerini, çalışan kadınların sağlık bilincini, emzirme ve doğum gibi annelik deneyimlerinin toplumsal cinsiyet bağlamındaki sosyokültürel ve politik analizleri ile neoliberal politikalar çerçevesinde kadın sağlığı algısını ele alan çalışmalar dikkat çekmektedir.

Arzu Özata, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin deneyimlerini incelediği halk sağlığı yüksek lisans tez çalışmasında, annelerin yatış öncesi ve yatış sırası dönemlerinde aykırı duygular yaşadıklarını belirtmektedir. Annelik yetisini yerine getirememeye kaygısı ve bebeğinden ayrı kalmakla birlikte yoğun bakıma yüklediği anlamın deneyimini şekillendirdiği ve bu süreçte baş etmede inanç sistemlerini ve ilişki dinamiklerini kullandıklarını ifade etmektedir⁽²⁹⁾.

Deniz Bilge Ülker'in, sağlıklı kadın öznesinin neoliberal söylem üzerinden oluşum sürecini ele aldığı doktora çalışmasında, neoliberal yönetimsellik ağındaki iki farklı mekanizmaya odaklanarak Türkiye'de sağlıklı kadın öznesinin neoliberal söylem üzerinden nasıl oluştuğunun ve Türkiye'de sağlığın neoliberal yönetimselliğinin nasıl işlediğini açıklamaktadır⁽³⁰⁾.

Sağlık Davranışları Çalışmaları

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ya da tam tersi sağlığın zarar görmesi ile ilgili davranışların toplumsal temellerinin ele alındığı bu çalışma grubunda öne çıkan konu aşı reddi konusundaki toplumsal tutumlar ve gıda tüketimine yönelik kültürel alışkanlıkların sağlık risklerine olan etkileri şeklindedir.

Ahmet Abbasoğlu'nun çocukluk aşalarının ebeveynler tarafından reddedilmesini konu alan tıpta uzmanlık tezinde aşı kararsızlığı olan veya aşıları tümünden reddeden ebeveynlerin bir kısmının görüşlerinin zaman içinde oluştuğu, kararlarını çok defa tekrardan değerlendirdikleri ve karar alımına hamilelik sırasında veya hamilelikten önce başladıklarını belirtmektedir. Ayrıca kaderciliğin ve bazı içeriklerin dinen olumsuz olduğuna dair inanışların, ebeveynlerin görüşlerini etkilediği bulguları arasında yer almaktadır⁽³¹⁾.

Engellilik-Hastalık Çalışmaları

Engellilik ve hastalık kavramları sosyo-kültürel yaşamdaki ötekileştirici pratiklerine dikkat çeken bu çalışma grubunda yer alan tez araştırmalarının büyük ölçüde hastalıkların, beden bütünlüğünü "farklılaştıran" biyolojik değişimlerin, zihinsel normatiflik karşısında anormalleştirilen insan gruplarının toplumsal yaşam içindeki varoluş müca-

delesini ve çevre ile olan etkileşimlerini ele aldığı görülmektedir.

Gözde Dalan Polat'ın Alzheimer hastalığı ve beraberinde getirdiği sorunlar üzerine yapmış olduğu düşünelimsel çalışmasında, hastalık karşısında yaşamlarını değiştirmek zorunda kalan insanların, içinde bulunduğu duruma, antropolojinin perspektifinden bakarak Alzheimer hastalığında sevgi ve zaman gibi ontolojik kavramların önemi ne dikkat çekmektedir. Özellikle hastaların içinde bulunduğu eşiksel durumu, benlik, kimlik ve dil kayıplarının etkilerini sosyal kuramlarla temellendirmektedir⁽³²⁾.

Serhat Erdal'ın Down Sendromu ile yaşayan bireyler üzerinde gerçekleştirdiği halk sağlığı yüksek lisans tezinde, bağımsız yaşam ve öz-bakım yetisi kazanımları önündeki toplumsal ve kurumsal etmenlerin iki temel nedenine dikkat çekmektedir. İlki kurumsallaşamayan biyolojik vatandaşlık bağlarının politik bir direniş göstermemesi; ikincisi ise halk sağlığının koruyuculuk ilkesine ters olarak sosyal politiklardaki merkezileşme anlayışının yerel gerçekleri göz ardı etmesi sonucu gelişen sosyal eşitsizlikler şeklinde ifade etmektedir. Özellikle biyolojik vatandaşlık bağlarının doğrudan engelli bireyler arasında inşa edilemeyip, dolaylı olarak ebeveynler arası bir ilişki ağına dönüşmesinin, zihinsel engelli aktivizmini ve sosyal direnişini pasifleştirdiğini öne sürmektedir⁽³³⁾.

İzem Aral'ın sağır çocukları olan annelerin deneyimlerini ele aldığı antropoloji yüksek lisans çalışmasında, anneliği çocukların bakımından sorumlu temel aktör olarak yeniden üreten mekanizmalarına ve annelerin, doktorların, tıp ve rehabilitasyon uzmanlarının, öğretmenlerin ve diğer aile üyelerinin anneliği yeniden üretmedeki rollerine dikkat çekmekte, ayrıca annelerin yetersiz sağlık hizmetleri ve eşitsiz olarak pay edilen aile içi bakım emeği karşısındaki durumlarına dikkat çekmektedir⁽³⁴⁾.

Göç Çalışmaları

Göç çalışmalarında, savaşlar ile toplumsal düzenin alt üst olduğu coğrafyalarda yaşayan ya da o coğrafyalardan göç eden insan gruplarının sağlık ve hastalık deneyimlerini, kronik hastalıklar ile başa çıkma stratejilerini ve sağlık hizmetine erişim konusunda yaşanan sorunları ele alan tez araştırmalarının olduğu görülmektedir.

Tevfik Bayram, İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların kronik hastalık deneyimlerini ele aldığı tıpta uzmanlık tezinde, sağlık sistemini kullanırken birçok bireysel ve kurumsal kaynağa sahip olduğu ve bunların hizmete erişimi önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Kronik hastalığı olan göçmen kadınların gereksinimlerinin karmaşık olması ve zaman içinde değişim göstermesi nedeniyle, sahip oldukları imkanlara rağmen ihtiyaçları sağlık ihtiyaçlarını tam anlamıyla göçmenlik kimlikleri nedeniyle karşılayamadıklarını ifade etmektedir⁽³⁵⁾.

Fatma Betül Coşkun’un, göçmen kadınların sağlık ve hastalık deneyiminde kültürün etkisini, göç, kadınlık, kültür, sağlık ve hastalık olguları açısından ilişkisel olarak ele aldığı çalışmasında, göçmen kadınların sağlık ve hastalık deneyimlerinin, kültürel, ekonomik ve sosyal sermayeleri açısından homojen bir dağılım gösterdiği sonucuna ulaşmıştır⁽³⁶⁾.

Toplumsal ve Kültürel Çalışmalar

Toplumsal ve kültürel çalışmalar konu grubunda tıbbın modernleşme sürecine farklı bakış açılarıyla yaklaşan araştırmalar dikkat çekmektedir. Salgın hastalıklarla olan mücadele yöntemlerinin tarihselliği, modern tıbbi uygulamalara olan toplumun güven algısını, geleneksel sağaltım uygulamalarının toplumsal anlamlarını ele alan araştırmalar öne çıkmaktadır.

Duygu Yazgan Aksoy’un tıpta güven konusunun klasik ve geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp (GTAT) perspektifinden incelediği çalışmada, hastaların hekimlere olan güveninde genel bir azalma olduğu, hastalık anında hekimlerin ilk tercih olduğu, GTAT uygulayıcılarına genellikle çaresiz kaldıktan sonra başvurdukları, fiziksel hastalıklarda ozon, sülük akupunktur gibi yöntemler tercih edilirken, ruhsal sorunlarda NLP, yoga gibi yöntemlere başvurulduğunu öne sürmektedir. Hem hekime hem de GTAT uygulayıcılarına duyulan güven konusundaki en belirleyici unsurun iletişim becerisi olduğuna dikkat çekerken, GTAT uygulayıcılarının hekimleri katı, iletişime kapalı gördüklerini hastaları sadece beden olarak değerlendirdiklerini aktarmaktadır⁽³⁷⁾.

Kaynaklar

- 1) Dole, C., *Seküler yaşam ve şifacılık: modern Türkiye’de kayıp ve adanmışlık*. 2015: Metis.
- 2) Sanal, A. and S. Sıral, *Yeni organlar, yeni hayatlar: organ nakli, ahlak ve ekonomi*. 2013: Metis Yayınları.
- 3) Yılmaz, V., *The political economy of disability in Turkey: disability and social policy reform in Turkey*. Almanya: LAP-Lambert Academic Publishing, 2011.
- 4) Yılmaz, V., *The politics of healthcare reform in Turkey*. 2017: Springer.
- 5) Cetinoglu, T. and V. Yılmaz, *A contextual policy analysis of the cash programme in a humanitarian setting: The case of the Emergency Social Safety Net*. Disasters, 2020.
- 6) Başak, C., *TIBBİ ANTROPOLOJİ NİÇİN ÖNEMLİDİR?*
- 7) Can, B., *The criminalization of physicians and the delegitimization of violence in Turkey*. Medical anthropology, 2016. **35** (6): p. 477-488.
- 8) Can, B., *Human rights, humanitarianism, and state violence: Medical documentation of torture in Turkey*. Medical anthropology quarterly, 2016. **30** (3): p. 342-358.
- 9) Kramer, M., *The Construction of the Labour Migrant’s Body: West Germany’s Recruitment of Turkish Labour between 1961 and 1973*, in *Karşılaşım Tarihi ve Toplum Çalışmaları Programı*. 2015, Koç Üniversitesi.
- 10) Ok, O.C., *Rethinking state and civil society relations in Turkey: an analysis on migrant health*. 2018, Bilkent University.
- 11) Aciksoz, S.C., *Sacrificial limbs: masculinity, disability, and political violence in Turkey*. 2019: University of California Press.
- 12) Bezmez, D. and E. Bulut, *Representations of disability in Turkish television health shows: neo-liberal articulations of family, religion and the medical approach*. Interactions: Studies in Communication & Culture, 2016. **7** (2): p. 137-154.
- 13) Bezmez, D., *Looking for a ‘cure’: Negotiating ‘walking’ in a Turkish rehabilitation hospital*. Disability & Society, 2016. **31** (3): p. 389-405.
- 14) Terzioğlu, A., *Hastalıkta ve sağlıkta mülteci olmak: Türkiye’deki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde yaşadıkları sorunlar*. beyond. istanbul, 2019.
- 15) Terzioğlu, A., *Sağlığın kültürel boyutları ve toplumsal cinsiyet normları: Türkiye’de tütün kontrolü ve kadınların sigara içmesine atfedilen anlamlar*. Toplum ve Hekim Dergisi, 2018. **33** (6): p. 455-464.
- 16) Terzioğlu, A., *Vatandaşlığı biyoiktidar ve sağlık eşitsizlikleri ile tartışmak*. Cogito: Bugünün Distopyası, 2018. **90**: p. 231-240.
- 17) Erol, M. and C. Ozbay, *No andropause for gay men? The body, aging and sexuality in Turkey*. Journal of Gender Studies, 2018. **27** (7): p. 847-859.
- 18) Erol, M., *From opportunity to obligation: Medicalization of post-menopausal sexuality in Turkey*. Sexualities, 2014. **17** (1-2): p. 43-62.
- 19) Erol, M., *Melting bones: The social construction of postmenopausal osteoporosis in Turkey*. Social Science & Medicine, 2011. **73** (10): p. 1490-1497.
- 20) Önder, S.W. and M. Doğan, *Bizim burada mikrop olmaz: bir Karadeniz köyünde tedavi ve şifa usulleri*. 2011: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- 21) Taymaz, B., *Düzeni Bozulan Bedenin Düzen Arayışı: Fibromyalji Hastalarının Ağrı Deneyimleri*, in *Antropoloji Bölümü*. 2017, Yeditepe Üniversitesi.
- 22) Güzel, H., *Becoming Virgin: Re-virginisation Practices in Turkey*, in *Antropoloji Bölümü*. 2020, Cambridge Üniversitesi.

- 23) Bilgit, B., *Formations of sexual orientation based identity narratives in Turkish mental health literature: a discourse analysis*. 2018, İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- 24) Murat, A., *Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Açısından İncelenmesi*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2017, Akdeniz Üniversitesi.
- 25) Elif, A., *Türkiye’de Hekimlik Mesleğinin Kültürel Belirleyicileri Üzerine Nitel Bir Çalışma*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2016, Süleyman Demirel Üniversitesi.
- 26) Necla, Y., *Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2016, Süleyman Demirel Üniversitesi.
- 27) İsmail, Ö., *Sağlığın Mcdonaldlaştırılması: Türkiye’de Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler Bağlamında Bir İnceleme*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2015, Atatürk Üniversitesi.
- 28) Funda, Ş., *Sosyal Devletten Çalışma Refahına Geçişte Güven Kavramı: Özel Sigortalar*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2015, Süleyman Demirel Üniversitesi.
- 29) Arzu, Ö., *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma*, in *Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2019, Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- 30) Deniz, Ü.B., *Türkiye’de Sağlık Neoliberal Yönetimselliği, ‘Sağlıklı Kadın’ Öznesinin Oluşumu Üzerine Bir Vaka Çalışması*, in *Sosyoloji Anabilim Dalı*. 2019, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- 31) Ahmet, A., *Çocukluk Aşularının Uygulanmasını Reddeden Ebeveynlerin Tutumlarının Niteliksel Yöntemle İncelenmesi*, in *Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2018, İstanbul Üniversitesi.
- 32) Gözde, P.D., *Alzheimer Hastalığının Antropolojisi*, in *Antropoloji Anabilim Dalı*. 2013, Yeditepe Üniversitesi.
- 33) Serhat, E., *Down Sendromlu Bireylerin Bağımsız Yaşam Ve Özbakım Yetisi Kazanmalarını Etkileyen Toplumsal Ve Kurumsal Etmenlerin Değerlendirmesi*, in *Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2017, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- 34) İzem, A., *Rethinking disability and motherhood: The experiences of mothers’ of deaf children*, in *Antropoloji Anabilim Dalı*. 2018, Koç Üniversitesi.
- 35) Tefik, B., *Kronik Hastalıklarla Yaşamak: İsviçre’de Yaşayan Türkiyeli Göçmen Kadınların Deneyimi Niteliksel Bir Çalışma*, in *Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2019, Marmara Üniversitesi.
- 36) Fatma, C.B., *Göçmen Kadınların Sağlık Ve Hastalık Deneyiminde Kültürün Etkisi: İlişkisel Sosyolojik Bir Araştırma*, in *Antropoloji Anabilim Dalı*. 2019, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- 37) Duygu, A.Y., *Tıp Ve Güven: Klasik Ve Alternatif Perspektifler*, in *Antropoloji Anabilim Dalı*. 2017, Ankara Üniversitesi.

Sosyoloji toplumsal yaşamı, toplumsal sistemi, toplumsal olayları inceleyen ve kısaca toplum bilimi olarak tanımlanan bir daldır. Sosyoloji biliminin sağlık, ekonomi, hukuk, medya, aile, kültür gibi birçok özel alanı bulunmaktadır. Sosyologlar, antropologlar ve özellikle halk sağlığı alanındaki hekimlerin sağlık sosyolojisi alanının ilerlemesi ve gelişmesinde olumlu katkıları olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bireylerin sağlığını ve hastalığını etkileyen faktörlerin araştırılmasında gerekli olan sosyolojik bakış açısı nedeniyle sosyolojinin halk sağlığı alanında kullanımı Türkiye’de de giderek yaygınlaşmaktadır^(1,2).

Sağlık sosyolojisi ya da tıbbi sosyoloji ise sağlığı kültürel (toplumsal) ve kurumsal açılardan (sağlık sistemi) bir meslek ve disiplin dalı olarak daha ayrıntılı inceler⁽³⁾. Daha geniş bir şekilde ifade etmek gerekirse sosyolojik bir bakış açısıyla, bireyin yaşam alanındaki sosyokültürel ve sosyoekonomik yapısı ile birlikte sağlık ve hastalık olgularına yüklenen bireysel ve toplumsal anlamların, hastalığa gösterilen veya yansıtılan tepkilerin, rahatsızlığı algılama ve çevreden yardım arama davranışının anlaşılabilirliği; sağlık sisteminin sağlıklı bireyler, hasta bireyler, sağlık emekçileri, politika yapıcılar, genel sağlık politikaları, sağlığın finansmanı ve diğer alanları ile değerlendirilebilmesi ile ilgili olan sosyoloji dalı sağlık sosyolojisidir⁽⁴⁾.

Sağlık sosyolojisinde teorik ve uygulamalı olarak sağlık ve hastalık kavramları toplumsal ve kültürel yapılar içine yerleştirilerek incelenmekte, toplum-sağlık alanında nedensellik ilişkileri kurulmakta, bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşıl-

maya çalışılmaktadır. Sağlık, hastalık ve toplumsal yapı ilişkisini, hastalıkların sosyal, ekonomik ve kültürel nedenlerini, hastalıklara karşı kişilerin tutumlarını, eşitsizlikler, yoksulluk, işsizlik, göç, savaş, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkilerini, çevre ve içerisinde yaşanan konutun, aile biçiminin ve meslek gibi faktörlerin sağlık ve hastalık üzerindeki rolünü inceleyen bir daldır sağlık sosyolojisi. Bu incelemeler sağlığın tıbbi boyutu dışında en az onun kadar değerli olan bir de sosyal boyutunun olduğunu göstermektedir^(5,6).

2020 yılı itibarıyla YÖK verilerine göre Türkiye’de 61 Halk Sağlığı Anabilim Dalı bulunmaktadır⁽⁷⁾. Bu anabilim dallarının sağlık sosyolojisiyle ilgili yaptıkları çalışmalar Haziran-Eylül 2020 tarihlerinde e-mail yolu ve telefonla toplanmıştır. Veri toplama formunu dolduran 20 Halk Sağlığı Anabilim Dalının (%33) sağlık sosyolojisi ile ilgili çalışmaları **Tablo 158.1**’de sunulmuştur.

Tablo 158.1’de de görüldüğü üzere anabilim dallarında sağlık sosyolojisi alanında en çok yapılan etkinlik seminerler (%60) veya ders sunumudur (%55). En az düzenlenen ise kurs vb etkinliklerdir. Sağlık sosyolojisi alanında kurs düzenleyen sadece bir anabilim dalı vardır. Ayrıca anabilim dallarının hiç birisinde sosyoloji kökenli olup da mezuniyet sonrası eğitim yapan öğrenci saptanmamıştır. Ancak ulaşılan 20 halk sağlığı anabilim dalında sosyoloji mezunu veya halen sosyoloji bölümünde okuyan yedi öğretim üyesi ve yedi araştırma görevlisi (uzmanlık öğrencisi) olmak üzere toplamda 14 kişi bulunmaktadır. Bu sayının oldukça önemli

Tablo 158.1 Türkiye’de Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları (Haziran 2020)

Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları (n:20)	s	%
Sağlık sosyolojisi alanında seminer sunumu olan AD	12	60,0
Sağlık sosyolojisi dersi olan AD (mezuniyet öncesi veya sonrası)	11	55,0
Sosyoloji mezunu veya halen okumakta olan öğretim elemanı olan AD	7	35,0
Sağlık Sosyolojisi alanında yapılmış/yapılmakta olan tez olan AD	4	20,0
Sağlık Sosyolojisi alanından araştırma ve/veya makale olan AD	4	20,0
Sağlık Sosyolojisi alanında derleme makalesi olan AD	3	15,0
Sağlık Sosyolojisi kitabı veya kitap içinde bölümü olan AD	2	10,0
Sağlık sosyolojisi kursu olan AD	1	5,0
Sosyoloji mezunu olup halk sağlığı anabilim dalında yüksek lisans/doktora yapan/yapmakta olan öğrenciyeye sahip AD	0	0,0

*Ulaşılabilen Halk Sağlığı Anabilim Dalları: Akdeniz, Ankara, Adnan Menderes, Balıkesir, Başkent, Celal Bayar, Dicle, Dokuz Eylül, Erciyes, Ege, Fırat, Gazi, Hacettepe, İzmir Katip Çelebi, Kocaeli, Muğla, Osman Gazi, Sakarya, Trakya, Zonguldak B Ecevit

AD: Anabilim Dalı

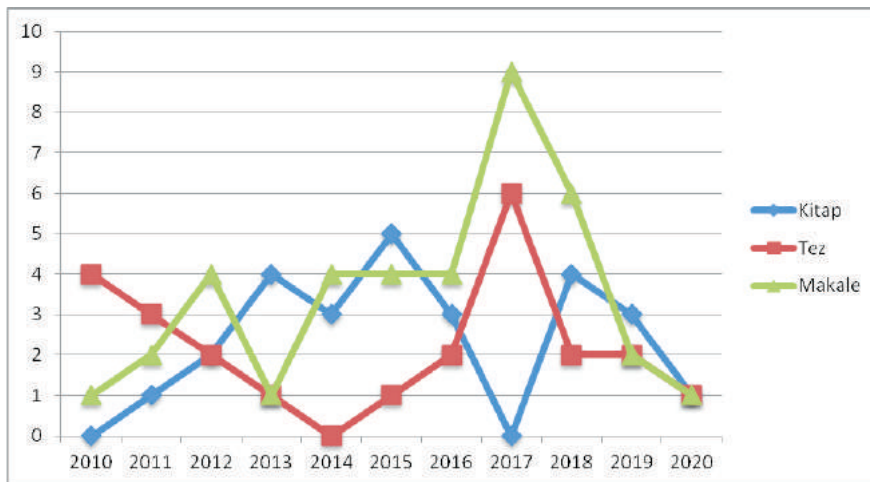
bir olduğu açıktır. Bu durumda halk sağlığı anabilim dallarında sosyoloji alanına giderek artan bir ilgi olduğunu ancak sosyoloji mezunlarından halk sağlığına yüksek lisans veya doktora başvurusunun olmadığını söyleyebiliriz.

Anabilim dallarında verilen sağlık sosyolojisi dersleri mezuniyet öncesi dönemde tıp fakültesi öğrencilerine sağlığın sosyal belirleyicileri, toplumsal cinsiyet, sosyal tıp, sağlık sosyolojisi, ayırıcılık ve savunmasız gruplar gibi ders başlıkları altında verilmektedir. Bunun dışında bazı anabilim dallarında (Dokuz Eylül, Celal Bayar, Bülent Ecevit, Trakya, Ege) halk sağlığı doktora ve yüksek lisans eğitimleri kapsamında sağlık sosyolojisi, sağlığın sosyal belirleyicileri gibi başlıklar altında dersler verilmektedir.

2010-2020 yılları arasında halk sağlığı anabilim dalları tarafından sağlık sosyolojisi alanında

yayınlanan çalışmalara bakıldığında ise 38 makale, 24 tez ve 26 kitap yayınlandığını görüyoruz. Bu çalışmaların sadece 20 anabilim dalını kapsadığı dikkate alındığında oldukça önemli bir sayı olduğu açıktır. Bu çalışmaların yıllara göre dağılımı Şekil 158.1’de verilmiştir. 2010-2020 yılları arasında halk sağlığı dışında sosyoloji ve antropoloji bölümleri de dikkate alınarak sadece medikal sosyoloji alanında yapılan tezlere bakıldığında ise YÖK verilerine göre toplam 38 tez saptanmıştır. Bu tezlerin yaklaşık üçte ikisi 2015 ve sonrasında (8). Bu durumda sağlık sosyolojisi alanında Türkiye’de son 10 yılda giderek artan sayıda tez yapıldığı söylenebilir.

2010-2020 yılları arasında sağlık sosyolojisi alanında yayınlanan 24 tezin yarısı yüksek lisans, 10 tanesi tıpta uzmanlık ve 2 tanesi doktora tezidir. Tıp mezunlarının beklendiği gibi daha çok tıpta uzmanlık tezi yaptığı, tıp dışı bilim insanlarının ise

**Şekil 158.1** Yıllara göre Sağlık Sosyolojisi alanında yayınlanan çalışmalar (2010-2020).

sosyal bilimler alanında doktora tezi yaptığı (Ankara ve Anadolu Üniversitesi) görülmektedir. Tezlerin başlıkları, yapıldıkları üniversiteler ve yılları **Tablo 158.2**'de verilmiştir.

2010-2020 yılları arasında sağlık sosyolojisi alanında yayınlanan 17 kitap, 9 kitap içi bölüm bulun-

maktadır. Bu durum halk sağlığı anabilim dalları tarafından yılda yaklaşık 2-3 kitap veya kitap içi bölüm yayınlandığını göstermektedir. Bu sayı önemli olmakla birlikte çok yeterli değildir. Yayınlanan kitap ve kitap içi bölümlerin isimleri, yazarları, yayın yılları **Tablo 158.3**'te verilmiştir.

Tablo 158.2 Sağlık Sosyolojisi Alanında Yapılan Tezlerin Dağılımı (2010-2020)

Tez Adı	Tez Yazarı	Tez Türü	Yıl	Üniversite
Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma	Pınar Artukoğlu	Halk Sağlığı Yüksek Lisans	2019	Dokuz Eylül Üniversitesi
İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisinin İncelenmesi	Alaa Salah Mohamed Elamin	Halk Sağlığı Yüksek Lisans	2019	Dokuz Eylül Üniversitesi
Bir Ortaokulda Çocuğun Sosyal Çevresine Yönelik Girişimlerin Çocuğun Beslenme Bilgi Düzeyi ve Beslenme Alışkanlığı Üzerine Etkisinin İncelenmesi	Ceren Yapıcı	Halk Sağlığı Yüksek Lisans	2018	Dokuz Eylül Üniversitesi
Güzelbahçe İmkb Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Öğrencilerinde Sağlık Davranışları	Işık Top	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2018	Dokuz Eylül Üniversitesi
Türkiye'de Mamografi İle Meme Kanseri Tarama Sürecinin Sosyokültürel ve Politik Analizi: Nitel Bir Çalışma	Duygu Lüleci	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
Uganda'da Bebeklerde Ek Besine Erken Başlama Durumu ve Etkileyen Etmenler	İbrahim İsa Koire	Halk Sağlığı Yüksek Lisans	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
Down Sendromlu Bireylerin Bağımsız Yaşam ve Özbakım Yetisi Kazanmalarını Etkileyen Toplumsal ve Kurumsal Etmenlerin Değerlendirmesi	Serhat Erdal	Halk Sağlığı Yüksek Lisans	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
Manisa İlinde 2014 Yılı Hepatit A ve Hepatit B Duyarlılığı ve Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi	Hilal Görgel	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
Manisa'da 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk ve Somatoform Bozukluk Sıklığı ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İle İlişkisi	Duygu İşlek	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Kişilerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi	Mehmet Gürkan Güzel	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2017	Dokuz Eylül Üniversitesi
İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Durumları, Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Erişimi Etkileyen Etmenler	M. Hande Bahadır	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2016	Dokuz Eylül Üniversitesi
Manisa'da Küçük Nüfus Bölgelerinde Sosyoekonomik Durumun Hastalık ve Ölüm Hızlarına Etkisi	Ali Ceylan	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2016	Dokuz Eylül Üniversitesi
Manisa'da Koroner Kalp Hastalığı Tanısı Konan Hastaların Tanı Sonrası İş Durumu Değişikliklerinin ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi	Ceyda Şahan	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2015	Dokuz Eylül Üniversitesi
Gazetelerdeki Sağlık Haberleri: Yaşamın Tıbbileştirilmesi, Sağlığın Bireyselleşmesi ve Tüketim Üçgeninde Kadın	Esra Karakuş	Yüksek Lisans Tezi	2013	Dumlupınar Üniversitesi

Tablo 158.2 (DEVAMI)

Tez Adı	Tez Yazarı	Tez Türü	Yıl	Üniversite
Sağlık Haberlerinin Kamuoyunu Yönlendirme İşlevi: Dilovası'ndaki Kanser Vakalarının Türk Yazılı Basınına Yansımaları	Kezban Karagöz	Yüksek Lisans Tezi	2012	İstanbul Üniversitesi
Sağlık Kültürünün Oluşumunda Sağlık Haberlerinin Yeri: Sağlık Muhabirleri ve İstanbul'da İki Farklı Sosyo-Ekonomik Yapıdaki Mahallede Yaşayanlarla Yapılan Araşt.	Tayfun Yeşilşerit	Yüksek Lisans Tezi	2012	Yeditepe Üniversitesi
Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması	Oya Eryiğit Günler	Yüksek Lisans Tezi	2011	Selçuk Üniversitesi
Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi	Hatice Şimşek	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	2011	Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi, Güven Unsuru	Günnur Ertong	Doktora Tezi	2011	Ankara Üniversitesi
Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma	Temmuz Göncü Şavran	Doktora Tezi	2010	Anadolu Üniversitesi
Geleneksel Tıbbın Halk Üzerindeki Etkisi (Adıyaman İli Ören Köyü Örneği)	Mümine Kalındemirtaş	Yüksek Lisans Tezi	2010	Sakarya Üniversitesi
Sağlık felsefesi çerçevesinde Anestezi ve Cerrahi Birimlerde Hasta Savunuculuğu Tutumlarının Belirlenmesi	Sehtap Kaya	Yüksek Lisans Tezi	2010	Gazi Üniversitesi
Sağlık Alanında Risk ve Korku Kültürünün Sosyolojik Analizi: Domuz Gribi Örneği	Ayhan Albal	Yüksek Lisans Tezi	2010	Ankara Üniversitesi
Aydın İlinde Yaşayan Kadınlarda Tütün Kullanımı Sıklığı, Davranışı ve İlişkili Faktörler: Kantitatif ve Kalitatif Bir Çalışma	Yağmur Köksal Yasin	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık	(devam ediyor)	Adnan Menderes Üniversitesi

Tablo 158.3 Sağlık Sosyolojisi Alanında Yayımlanan Kitap ve Kitap İçi Bölümler (2010-2020)

Kitabın adı	Varsa Kitap İçi Bölüm adı	Yayın yılı	Yayınevi	Yazar/Editör
Çocuk Aşılarında Artan Kararsızlık		2020	Hipokrat Yayıncılık	Sarp Üner, Kezban Çelik, Sevgi Turan
Toplum Yönelimli Sağlık: TOYS	Toplumun Tanımlanması	2019	EMA Tıp Kitabevi	Bülent Kılıç, Belgin Ünal
Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık		2019	Nobel Kitabevi	Özlem Özer, Fatih Şantaş
Sağlık Sosyolojisi		2019	Anı Yayınları	Yılmaz Daşlı, Erol Bulut
Sağlık Sosyolojisi		2018	Çizgi Kitabevi Yayınları	Erhan Tecim
Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı	Kadın, yaşlılık ve sağlık	2018	Nobel Akademik Yayınevi	Hatice Keskin
Eğitimde Adaleti ve Geleceği Düşünmek	Kadın, Öğrenim, Sağlık ilişkisi: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Örneğinden	2018	Yeni Kuşak Köy Enstitüleri Derneği Yay.	Hatice Keskin
Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları	Eşitsizlik Kavramı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	2018	Türkiye Klinikleri	Belgin Ünal
Eğitim Reformu İçin Arayışlar	Sağlık hakkı, sağlıkta eşitsizlikler, küreselleştirme	2016	Yeni Kuşak Köy Enstitüleri Derneği Yay.	Hatice Keskin

Tablo 158.3 (DEVAMI)

Kitabın adı	Varsa Kitap İçi Bölüm adı	Yayın yılı	Yayınevi	Yazar/Editör
Elli Soruda Antropoloji		2016	Bilim ve Gelecek Kitaplığı	Sibel Özbudun, Gülfem Uysal
Savaş, Göç ve Sağlık	Kamp Dışında Yaşayan Sığınmacılar: Çalışma, Gelir, Eğitim, Barınma, Su, Banyo ve Beslenme Koşulları	2016	Türk Tabipleri Birliği Yayınları	Hande Bahadır, Reyhan Uçku
Halk Sağlığı Temel Bilgiler (1. Cilt)	Medikal Antropoloji	2015 (3. Baskı)	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi	Nalan Şahin Hodoğlugil
Sağlıkta Eşitsizlikler ve Enfeksiyon Hastalıkları	Enfeksiyon Hastalıklarının Sosyal Belirleyicileri	2015	Akademi Yayınevi	Gül Ergör, Yücel Demiral
Darwin'den Dersim'e Cumhuriyet ve Antropoloji		2015	Doğan Kitap	Zafer Toprak
Sağlık Sosyolojisi		2015	Nobel Akademik Yay.	Zafer Cirhinlioğlu
Sağlık Sosyolojisi-Kadın ve Kentleşme		2015	Siyasal Kitabevi	Nurşen Ö Adak
Türkiye Sağlık Raporu 2014	Güncel veriler üzerinden sağlıkta eşitsizlikler ve Türkiye değerlendirmeleri	2014	HASUDER Yayınları	Hatice Keskin Reyhan Uçku
Göğüs Hastalıklarında Son Gelişmeler	Sağlıkta Eşitsizlikler	2014	Türk Toraks Derneği	Bülent Kılıç
Avrupa Sağlık Reformları		2014	Yazılama yayınları	İlker Belek
Sağlık Antropolojisi		2013	Siyasal Kitabevi	Nuran Elmacı
İnsan ve Toplum		2013	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları	Temmuz G Şavran, Nadir Suçur
Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır		2013	Hayy kitap	Osman Elbek
Tıp Bu Değil-2		2013	İthaki Yay	İlknur Arslanoğlu (ed)
Tıp Bu Değil		2012	İthaki Yay	İlknur Arslanoğlu (ed)
Sağlık Sosyolojisi: Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar		2012	Karatay Akademi	Kadir G Atılgan, Özgür Sarı
Neoliberalizm ve Mahremiyet: Türkiye'de Beden Sağlık ve Cinsellik		2011	Metis Yayıncılık	Ayşecan Terzioğlu, Cenk Özbay, Yeşim Yasin

Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık sosyolojisiyle ilgili görüşlerinin saptanması amacıyla 2019 yılında Bezm-i Alem Üniversitesinde yapılan bir çalışmada tıp fakültesi 2. sınıf öğrencilerinin %82'sinin, 5. sınıf öğrencilerinin ise %43'ünün ($p<0.001$) sağlık sosyolojisi derslerinin meslekleri açısından kendilerine bir yararı olacağını düşündükleri saptanmıştır⁽⁹⁾. Tıp fakültesi öğrencilerinin ilerleyen yıllarda sağlık sosyolojisi alanından kısmen soğumaları ve düşüncelerinin değişmesinde tıp ve halk sağlığı eğitimindeki çeşitli eksikliklerin rolü olduğu açıktır. Bu anlamda mezuniyet sonrası kadar mezuni-

yet öncesi dönemde de sağlık sosyolojisi derslerine her dönemde büyük önem verilmelidir.

Sonuç olarak son 10 yıl içinde sağlık sosyolojisi alanının halk sağlığı anabilim dallarında yeterli olmasa da daha fazla benimsenmeye başlandığı, yapılan tez ve yayınlanan makale sayılarının giderek arttığı saptanmıştır. Ancak halk sağlığı alanında yüksek lisans ve doktora yapan adaylar arasında sosyoloji kökenli genç bilim insanlarının eksikliği önemli bir sorundur. Bu anlamda halk sağlığı anabilim dallarıyla sosyoloji bölümleri arasında daha yakın bir ilişki kurulması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Cirhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yay- Dağ., Ankara, 2001, s. 31.
- 2) Türkdogan O. Türk Köy Sosyolojisine Yardımcı Olması Bakımından Medikal Sosyoloji, Saha ve Problemleri. Istanbul Journal of Sociological Studies, 2011: 45-59.
- 3) Bradby H. Medical Sociology: An introduction. SAGE pub. CA, USA, 2009.
- 4) Tekin A. Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği). Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Y Lisans Tezi, 2007, s:16.
- 5) Kızılcelik S. Türkiye'nin Sağlık Sistemi. Saray Kitabevleri, İzmir, 1995, s:16.
- 6) Mechanic D. Medical Sociology, Second Edition, The Free Press, London, 1978, s. 3-22.
- 7) 7.Yükseköğretim Kurulu, Tıp Programı Bulunan Üniversiteler. İnternet Erişim Adresi: <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10206>. Erişim Tarihi: 12.08.2020
- 8) Terzioğlu A. Erdal S. Halk Sağlığı ve Antropoloji. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bölümü, Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde s:1163-1170. Ed: Üner S, Okyay P. HASUDER, Ankara, 2020.
- 9) Ünlü ES, Mutluer B, Acar C, Yapalak AN, Şentürk Y, Özyıldırım B. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Sosyolojisi Dersinin Gerekliliğine Yönelik Algısı. XXI. Ulusal - III. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, 26-30 Kasım 2019, Antalya, Kongre Kitabı, Sözlü Bildiri, s:999-1000.

Halk Sağlığı Tarihi

> alışmaları (2014-2019)

159

ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN

George Rosen, “Tarih bilincinin, halk sağlığı uygulayıcılarının toplumu dönüştürmede öncülük etmesine yardımcı olabileceği” savını ileri sürmüştür. Thomas McKeown ise toplumsal tarihin sağlık politikalarının oluşturulmasında ve karar süreçlerinde katkısı olacağını düşünüyordu⁽¹⁾.

Berridge, halk sağlığı ile tarihin birbirlerine katkıları olan iki alan olduğunu belirtmiştir. Ona göre tarih, halk sağlığı politikaları üzerine düşüncelerimizi geliştirebilir. Örneğin geçen yüzyılın başlarındaki uyuşturucu politikalarının anlaşılması günümüzdeki tütünle mücadele politikalarına ışık tutacaktır. Yine, politikacıların sigara ile akciğer kanseri ilişkisine 1950’lerdeki yaklaşımı ile 1980’lerde AIDS’e yaklaşımlarının değerlendirilmesi halk sağlığı politikalarının geliştirilmesinde yardımcı olacaktır⁽²⁾.

Halk sağlığına tarihsel bakış açısının üç özelliği sunlardır⁽²⁾:

Bağlamın önemi: Halk sağlığında tarihin kullanımını sağlık sorunlarını bağlamı içerisinde düşünmenin önemini vurgular ve sağlık-hastalık süreçlerinin toplumsal koşullandırma kuramına katkıda bulunur.

Zaman perspektifi: Sağlık sorunları ivedidir ve ivedilikle çözümleri gerekmektedir. Ancak bu sorunların gelişimi uzun yıllara dayanmaktadır. Belli bir soruna ilişkin anlayışımız onun tarihsel gelişiminin incelenmesiyle artar.

Eleştirel görüş: Bir halk sağlığı eylemi çok farklı yorumlanabilir. Halk sağlığının işgücünün yeniden üretimi için kullanılması ya da erkin güç, denetim ve gözlem aracı olması tartışılmıştır. Bu nedenle

halk sağlığı eylemlerinin sonuçları üzerine düşünmek gereklidir. Tarih, eleştirel bakış açısını geliştirmek için yararlı bir araçtır.

Türkiye’de halk sağlığı tarihi ile ilgili sistematik çalışmaların eksikliği bilinmektedir. Buna karşın son on yılda konuya ilginin arttığı söylenebilir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği’nin Halk Sağlığında Gündem bülteni kapsamında İz Bırakanlar dizisi önemli bir girişimdir. Bu dizide Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Yusuf Öztürk, Prof. Dr. Ayşen Bulut, Prof. Dr. Ayşe Akın, Prof. Dr. Necati Dedeoğlu, Prof. Dr. Doğan Benli, Prof. Dr. Sabahat Tezcan, Prof. Dr. Rahmi Dirican, Prof. Dr. Ahmet Tuncer, Prof. Dr. Sıtkı Velicangil, Dr. Üzeyir Kırca, Verem Savaşının İsimsiz Kahramanları, İzmirli Halk Sağlıkçılar, Narlidere Eğitim Araştırma Bölgesi, Ege Toplum Sağlığı Enstitüsü gibi halk sağlığının öncüleri ele alınmıştır^(3,4,5,6). Bursa Tabip Odası ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının Eylül 2010’da düzenlediği Prof. Dr. Rahmi Dirican Halk Sempozyumu da örnek bir etkinliktir⁽⁷⁾.

Bu çalışmada 2014-2019 yılları arasında halk sağlığı tarihi ile ilgili oluşturulan tezlerin ve bu tarihler arasında yayımlanan kitapların dökümü amaçlanmıştır.

Bu çalışmada iki önemli kısıtlılık ortaya çıkmıştır. Birincisi, konu ile ilgili kitap ve tezleri ararken kullanılan anahtar sözcüklerin yetersizliği ya da uyumsuzluğudur. İkinci kısıtlılık ise bulunan yapıtların ayırımında yeterli nesnel bir aracın olmamasıdır. Bu nedenlerle, burada gösterilmeyen kitap ya da tezler olabileceği gibi anılan kitap ya da tezlerin kimileri konuyla ilgisiz görülebilecektir.

Kitaplar (2014-2019)

Halk sağlığı ile ilgili kitap taramasında temel Ulusal Toplu Katalog TOKAT, HASUDER Kütüphanesi ve HASUDER Yayınları temel alınmıştır. Ayrıca TTB, Sağlık Vakfı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, Tabip Odaları yayınlarına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Ulusal Toplu Katalog TOKAT 2014-2019 yılları için taranmıştır. Bu taramada kullanılan sözcükler ve bulunan kitap sayısı şunlardır: "Halk sağlığı tarihi" / 12 kitap, "Hastalık/tarih" / 26 kitap, "Sağlık tarihi" / 111, "Kolera" / 4, "cüzam" / 0, "frengi" / 1, "verem" / 1, "sıtma" / 2, "sağlık hizmetleri tarihi" / 15, "doktor/biyografi" / 136, "hekim/biyografi" / 13.

Öncelikle "**Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı**" adlı kitaptan söz etmek yerinde olacaktır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER)

halk sağlığı tarihi ile ilgili önemli girişimi bu kitapla taçlanmış. Kitapta, Cumhuriyet tarihi boyunca halk sağlığı konularının tarihsel gelişimi 1923-1960, 1960-1980, 1980-2000 ve 2000 sonrası dönemleriyle incelenmektedir⁽⁸⁾ (Kutu 159.1, Şekil 159.1).

Ayrıca bu dönemde 2025'te HASUDER'in "**Yönetim Kurulu Başkanlarının Kaleminden HASUDER'in 20. Yılı**" ve 2019'da Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz'un yapıtı "**Umumi Hıfzıssıhha Kanunu İçin Kılavuz**" adlı kitapları yayınlamıştır (Şekil 159.1).

Bunlardan ayrı olarak Prof. Dr. Çağatay Güler'in "**Rudolf Virchow**" (2015), Prof. Dr. Zafer Öztek'in "**Sağlıkta Altın Olaylar**" (2014 ve 2017) ve Prof. Dr. Nazmi Bilir'in "**Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü**" (2017) adlı kitapları halk sağlığı tarihi için çok değerli yapıtlardır (Şekil 159.1).



Şekil 159.1 Halk sağlığı bilim insanlarının 2013-2014 yılları arasında halk sağlığı tarihi ile ilgili kitapları.

KUTU 159.1

Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı

Editörler: Necati Dedeoğlu, Pınar Okyay, Zafer Öztek, HASUDER Yayınları, 2018

Halk sağlığı kavramı ve Uzmanlığı Prof. Dr. Zafer Öztek

Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel süreci / Bölüm sunuşu Prof. Dr. Zafer Öztek

Anayasalarımızda sağlığa bakış Prof. Dr. Cemil Özcan

Türkiye'de 1923-1960 dönemi sağlık politikaları Prof. Dr. Kayıhan Pala, Prof. Dr. Hamdi Aytekin

Türkiye'de 1960-1980 dönemi sağlık politikaları Prof. Dr. Cemil Özcan

Türkiye'de 1980-2000 dönemi sağlık politikaları Prof. Dr. Cemil Özcan

Türkiye'de 2000 yılı sonrası sağlık politikaları Prof. Dr. Bülent Kılıç

Halk Sağlığı Konularının Tarihsel Süreci

Afetler ve halk sağlığı hizmetleri Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Prof. Dr. İnci Oktay

Çevre sağlığı Dr. Ahmet Soysal

Çocuk ve ergen sağlığı Prof. Dr. Hilal Özcebe

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü / Bölüm sunuşu Prof. Dr. Ayşen Bulut

Türkiye'de aşı üretiminin tarihçesi Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tarihi Prof. Dr. Nuray Özgülner

Hastane enfeksiyonları Prof. Dr. Selma Karabey, Uzman Hem. Hatice Kaymakçı

Lepra Prof. Dr. Ayşe Yüksel

Sıtma Prof. Dr. Muhsin Akbaba

Tüberküloz Prof. Dr. Ferit Koçoğlu

Tarihsel bakışla bulaşıcı hastalıkların denetiminde temel yaklaşımlar Uz. Dr. Umur Gürsoy

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü / Bölüm sunuşu Prof. Dr. Reyhan Uçku

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde genel ilkeler Prof. Dr. Rengin Erdal

Nüfussal Dönüşüm Dr. Mümtaz Peker

Türkiye'de Kontrol programları Doç. Dr. Nazan Yardım

Diyabet kontrolü Prof. Dr. Sibel Sakarya

Engellilik ve önlenmesi Prof. Dr. Hatice Şahin

Kanser Kontrolü Doç. Dr. Sultan Eser

Kardiyovasküler hastalıkların kontrolü Prof. Dr. Reyhan Uçku

KOAH kontrolü Prof. Dr. Mehmet Polatlı Prof. Dr. Ertürk Erding

Obezite kontrolü Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin

İlaç ve teknoloji üretiminin tarihi Prof. Dr. Filiz Abacıgil

Mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitimi Prof. Dr. Meltem Çöl

Halk sağlığı anabilim dallarının tarihçesi Prof. Dr. Meltem Çöl

Mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitimi / Bölüm sunuşu Prof. Dr. Ferda Özyurda

Mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitimi Prof. Dr. Ferda Özyurda

Hıfzıssıhha Okulu Tarihi Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

Gezici eğitim seminerleri Prof. Dr. Nilay Etiler

Okul sağlığı Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz, Araş. Gör. Dr. Aylin Yeniocak Tunç

Nüfus ve sağlık araştırmaları Prof. Dr. Sabahat Tezcan

Şehir sağlığı Prof. Dr. Emine Didem Evcı kiraz

Toplum beslenmesi /Gıda sağlığı Prof. Dr. Gülay Koçoğlu

Toplum ruh sağlığı Prof. Dr. Pınar Erbay Dünder

Tütün Kontrolü Prof. Dr. Nazmi Bilir

Üreme sağlığı Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin, Uz. Dr. Hande Bahadır, Prof. Dr. Türkan Günay

Halk sağlığı kongreleri ve halk sağlığı ile ilgili diğer etkinlikler Prof. Dr. Gamze Çan

Türkiye'de Halk sağlığı tarihinde büyüklerimiz Prof. Dr. Erdal Beşer

Halk Sağlığında Gündem'in 2014 yılında basılan 4. özel sayısında Prof. Dr. Doğan Benli, Prof. Dr. Sabahat Tezcan'a yer verilmiştir (**Kutu 159.2**).

Tarama sonucu bulunan 2014-2019 yılları arasında yayımlanmış seçilmiş kitaplar türlerine ve yıllarına göre sıralanarak **Kutu 159.3**'te gösterilmiştir.

KUTU 159.2**Halk Sağlığında İz Bırakanlar – (Halk Sağlığında Gündem 2014)****PROF.DR. DOĞAN BENLİ**

Sosyalleşirmeyi En İyi Anlayan-Gazanfer Aksakoğlu

Dr. Doğan BENLİ İle Çalışmak – Erkan Pehlivan

Halk Sağlığının Öncülerinden Biri – Levent Akın

Sevgili Doğan Ağabey – Gülseren Ağrıdağ

Bir Ağabey Hatta Bir Baba – Fatma Şirvan

Bazı Kişiler Vardır Onunla Çalışmak Haz Verir – Zafer Öztekin

Başkanım Doğan Benli İle Anılarım – Yusuf Öztürk

En Güçlü Parlayan Yıldızdınız – Server Özgür

Doğan Benli: Bir Efsane – Ferit Koçoğlu

Doğan Beyden İlk Ders – Çağatay Güler

O Bir Kutup Yıldızı İdi – Rengin Erdal

Doğan Benli Anısına – Ferruh Ayoğlu

PROF.DR. SABAHAT TEZCAN

Prof. Dr. Sabahat Tezcan'ın Yaşam Öyküsü

Fotoğraflarla Prof.Dr.Sabahat TEZCAN

Atatürk'ün Görmek İstedığı Türk Kadını'nı Layıkıyla Sembolize Ediyor (Levent Akın)

Bu Nasıl Bir Şey ? (Işıl Maral)

Ben Geleliyorsa da Kalbim Her Gün Gelip Gidiyor (Resul Buğdaycı)

Kahve Tadında Sohbetleriniz (Songül Vaizoğlu)

Sabahat Hoca Neredeyse Efsane Haline Gelmişti (Gökhan Telatar)

Ürettikleri İle Bize Yol Gösterdi (Gamze Çan)

Büyük Bir Öğrenci Ordusu Var (Seçil Özkan)

Bilgi Güçtür (Fehminaz Temel)

Yaptığı İşe Gönülden Bağlanır (Aysen Bulut)

Yaptığın Kadar Konuşacaksın (Ahmet Öner Kurt)

Hocam Sabahat Tezcan (Faruk Yorulmaz)

Türkiye'nin İlk Epidemiyoloğu (Gül Ergör)

KUTU 159.3

Halk sağlığı tarihi ile ilgili 2014-2019 yılları arasında yayımlanmış kitap seçkisi

- Sağlıkta Altın Olaylar** / Zafer Öztekin, 2014. (2. baskı: 2017)
- Ermeni Etibba Cemiyeti: 1912-1922: Osmanlı'da tıptan siyasete bir kurum/** Arsen Yarman, 2014.
- Başbakanlık Osmanlı arşivi belgeleri ışığında II. Abdülhamid devrinde kurulan ve geliştirilen hastaneler,** Nil Sarı, Ahmet Zeki İzgöer, Ramazan Tuğ, 2014
- Osmanlıdan Cumhuriyet'e Harp Malullerinin Sosyoekonomik Ve Sağlık Durumları** / Feyza Kurnaz Şahin, Genelkurmay Başkanlığı, 2014
- 14. Yüzyıldan Cumhuriyet'e Hastalıklar Hastaneler Kurumlar: Sağlık Tarihi Yazıları - 1** / Nuran Yıldırım, 2014
- Tarihî, Coğrafi, İctimaî (Sosyal), Sihnî (Sağlık), İktisâdî (Ekonomik) Nokta'-ı Nazardan (Bakış Açısından) Denizli** / Kemal Şakir, 2014
- Balkan Savaşları'nda Salgın Hastalıklar ve Sağlık Hizmetleri** / Oya Dağlar Macar, 2018
- Hemşirelik tarihi/** Selva Erhan Şentürk, 2014
- Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Türkiye'de Sağlıkın Çağdaşlaşması** / Haluk Çağlayaner, 2014
- Osmanlı'da Salgın Hastalıklarla Mücadele** / Editörler İbrahim Başağaoğlu, Ahmet Uçar, Osman Doğan, 2015
- Gelmiş Geçmiş En Büyük Katil: 1918 "İspanyol" Gribi / M. Kemal Temel,** 2015
- Deliler ve Doktorları: Osmanlı'dan Cumhuriyete Delilik** / Rüya Kılıç, 2015
- Türk Ordusunda Askeri Sağlık Hizmetleri 1853-1923/** Adnan Ataç; Muharrem Uçar, Engin Kurt, 2015
- Yönetim Kurulu Başkanlarının Kaleminden Hasuder'in 20. Yılı HASUDER, 2015**
- Geleneksel Açından Safranbolu Tıp Tarihine Bir Bakış /** Uğuroğlu Barlas, 2015
- Tarihte Sağlık ve Su Kültürü/** ed. Arın Namal, Ayşegül Demirhan Erdemir, Bozena Plonka Syroka, 2016
- Bursa Sağlık Tarihi (2 Cilt)** / Editör: Ceyhan İrgil: Deniz Dalkılıç, Çetin Tor, Can Başaran, Bursa Büyükşehir Belediyesi Bursa Araştırmaları Merkezi, 2017.
- Tarihsel Süreçte Anadolu'da Sıtma** / Editörler Şükran Köse, Çağrı Büke, Fevzi Çakmak, Eren Akçiçek, 2017
- Osmanlı Devleti'nde hekimbaşılık kurumu ve hekimbaşılar** / Ali Haydar Bayat, 2017 2. baskı
- Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü** / Nazmi Bilir, 2017.
- Tıp tarihimizde askerî sağlık hizmetleri: İkinci Dünya Savaşı dönemi/** Gülhan Seyhun, 2018
- Şifahane'den Hastahane'ye: Osmanlı Toplumunda Vakıf, Sağlık Ve Tıp** / Yakup Akkuş, 2018
- Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye'den Gülhane Tıp Dergisi'ne (1872- 2017): Tarihçe** / Dizin (Türk tıp tarihinin en uzun süreli bilimsel yayını) / Hazırlayanlar: Hakan Bacanlı, Efdal As. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018
- Osmanlı'da cinselliğin saklı kıyısı: II. Abdülhamid dönemi ve sonrası İstanbul'da fuhuş, frengi ve iktidar (1878-1922)** / Cem Doğan, 2019
- Çeviriler**
- El-kanun fi't-tıbb/** İbn-i Sina; çeviren Esin Kahya, 1995 | 2014
- Belgelerle Osmanlı'dan Cumhuriyet'e hemşirelik/** Tüzgen, Saffet; Agar, çeviren Mehmet Emin, 2014
- Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık** / Irwin W. Sherman; Çev. Emel Tümbay, Mine Anğ Küçükler, 2016
- Uygurluk Ve Delilik: Kitabı Mukaddes'ten Freud'a, Tımarhaneden Modern Tıba Akıl Hastalığının Kültürel Tarihi** / Andrew Scull; Çev. Nurettin Elhüseyni, 2016
- Deliliğin tarihi** / Michel Foucault Çeviren Mehmet Ali Kılıçbay. Yayın Yılı: 2017
- Tahbizü'l-mathun : El-Kanun fi't-Tıbb Tercümesi İbn Sina ; mütercim Tokadi Mustafa Efendi ; hazırlayanlar Mustafa Koç, Eyyüp Tanrıverdi,** 2018
- Biyografiler**
- İki doktor bir yolculuk** / Warren H. Winkler, 2014
- Cumhuriyetin kuruluş yıllarında bir devrimci doktorun anıları:** Mehmet Fuat Umay; Günümüz Türkçesine çeviren Cahit Kayra, 2014 3. Basım
- Ah bu doktorlar** / İsmail Hakkı Aydın, 2015
- Rudolf Virchow** Çağatay Güler Palme Yayınevi, 2015
- Çekilin ben doktor değilim** / Gökhan Taş, 2016
- Doktor Reşit Galip: "ölünür, dönülmez"** / Prof. Dr. Naki Selmanpakoğlu. Yayın Yılı: 2018
- Kongre / Sempozyum Kitapları**
- Sağlık Tarihi Ve Müzeciliği Sempozyumu 1: 24 Mayıs 2015/** editör Fatma M. Şahin. Yayın Yılı: 2016
- Sağlık Tarihi Ve Müzeciliği Sempozyumu 2: 3-4 Haziran 2016/** editörler Ahmet Zeki İzgöer, Murat D. Çekin. Yayın Yılı: 2017
- Sağlık Tarihi Ve Müzeciliği Sempozyumu 3. 2017** İstanbul / editör editörler Semih Atış, Murat D. Çekin. Yayın Yılı: 2018
- Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Tarihi Kongresi** 18 Haziran 2014, İzmir

Tezler (2014-2019)

Tezler, Ulakbim tez tarama ağından 2014-2019 yılları için taranmıştır. Tarama 20.08.2020'da “**Gelişmiş Arama**” seçeneği kullanılarak yapılmıştır. Halk sağlığı tarihi -konu/0, “Halk sağlığı” ve “tarih”-tümü/20, “sağlık” ve “tarih”-tümü/362, “hastalık” ve “tarih” 101, “sağlık hizmetleri tarihi”-tümü/1, “sağlık hizmetleri” ve “tarih”-tümü/ 45, “hekim” ve “biyografi”-tümü/2, “sağlık kurumları” ve “tarih”-tümü/33, “sağlık kuruluşları” ve “tarih”-tümü/15, “sağlık politikaları” ve “tarih”/8.

Halk sağlığı tarihi ile ilgili seçilen tezler yıllara göre **Tablo 159.1**'de sunulmuştur.

Bu tezlerin yıllara göre dağılımı şöyledir (**Tablo 159.2**):

Tezlerin yaklaşık %60'nın 2017-2019 arasında yapıldığı görülmektedir. Tüm tezlerin %29,4'ü 2019'da yapılmıştır. Bunlar konuya ilginin arttığının göstergesi olabilir. Tezlerin %19.1'i doktora, %80.9'u yüksek lisan tezidir. Tezlerin anabilim dallarına göre dağılımı **Tablo 159.3**'te gösterilmiştir. Buna göre tezlerin %72'si Tarih Anabilim dallarında yapılmıştır.

Tablo 159.1 Yıllara Göre Halk Sağlığı Tarihi İle İlgili Tezler

2014	Sultan II. Abdülhamid döneminde Osmanlı Devleti'nde sağlık alanında yapılan çalışmalar (1876 – 1909) AHMET UYANIKER
2014	Selçuklular Döneminde sağlık kurumları ÇAĞRI BAKIR
2014	19. yüzyıl'da Anadolu'da salgın hastalıklar (Veba, Kolera, Çiçek, Sıtma) ve salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri FATMA YILDIZ
2014	Yenileşme sürecinde hekimbaşılık (1826-1876) GAMZE AYHAN
2014	Antikçağ'dan Yeniçağ'a delilik, melankoli ve cinlenme: Avrupa'da aykırı olma halleri üzerine tarihsel bir inceleme HAYDAR AKIN
2014	Tarihsel süreçte sanatoryum: Heybeliada Devlet Sanatoryumu KEREM YILMAZ
2014	Ana ve Çocuklara Salname transkripsiyonu ve değerlendirilmesi ÖZGÜR YÜCEL
2015	İzmir sağlık tarihine bir katkı: İzmir Etbâsının Birinci İctimâ'ı (Transkript)' DOĞAN ÜYÜK
2015	Şanlıurfa'da Geç Osmanlı Dönemi kamu yapıları (Mektepler ve hastaneler) ELİF CEYLAN EROL
2015	Trabzon vilayeti'nde kolera (1892-1895) ENVER ARSLAN
2015	Erzurum ve Trabzon vilayetlerinde salgın hastalıklar (1838-1914) ESAT AKTAŞ
2015	Kendi kaynaklarında Amerikan Board'ın Türkiye'deki sağlık faaliyetleri (1833-1923) FARUK TAŞKIN
2015	Hittitlerde tıp üzerine bir inceleme FATMA GÖKHAN
2015	Cemil [Topuzlu] Paşa'nın belediye başkanlıkları ve İstanbul'daki imar faaliyetleri HATİCE KARA
2015	Sinop, Samsun ve Trabzon'da kolera salgınları, Karantina Teşkilatı ve kamu sağlığı hizmetleri (1876-1914) İSMAİL YAŞAYANLAR
2015	Osmanlı'dan Cumhuriyet'e çocukların korunması ve Çocuk Esirgeme Kurumu (1917-1981) KEVSER ŞEKER
2015	Osmanlı Devleti'nde askeri sağlık hizmetleri (1876-1908) MERVA BABUÇCU
2015	1897 Türk Yunan savaşında Türk ordularında askeri sağlık hizmetleri MESUT ERSOY
2015	Geç Ortaçağlarda Batı Avrupa'da hastaneler ve tıp eğitimi MURAT SERDAR
2015	Türk - Yunan nüfus mübadelesinde Tekirdağ İmdad-ı Sıhhi Heyetinin faaliyetleri: 1923 – 1924 SEMİH ÇINAR
2015	Tarihsel süreci ve işleyişi çerçevesinde Bursa Hamidiye Gurebâ Hastanesi YUSUF ZİYA KARAASLAN
2016	Osmanlı'dan Cumhuriyet'e askeri sağlık hizmetleri EDA GÜLŞEN GÖMLEKSİZ
2016	Çanakkale cephesinde tahliye ve sıhhiye faaliyetleri ELİF ERGÜN
2016	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Ekrem Hayri Üstündağ'ın hayatı ve siyasi faaliyetleri (1885-1956) FATİH NAÇAR
2016	İstiklal Harbi'nde Türk askeri sağlık hizmetleri FUAT İNCE
2016	Osmanlı'dan Cumhuriyet'e bir doktor portresi: Hekim, hoca ve yazar olarak Mazhar Osman HASAN HÜSEYİN KOŞAR
2016	Besim Ömer'in Hıfz-ı Sıhhat eserindeki intanî (Bulaşıcı) hastalıklar MEHMET KAVAK
2017	Cumhuriyet Dönemi sıtma mücadelesi (1923-1956) ATAKAN ESEN
2017	Kırım harbi sırasında Osmanlı Devleti'ne gelen İngiliz hekimleri ve hastaneleri AYCAN YILDIZ
2017	Orta Çağ İslam tıbbi ve tıbbi tedaviler BURCU ÖNDER
2017	Selçuklular zamanında hastalıkların tedavisi ve sağlık hizmetleri BURCU YAMAN
2017	XIX. Yüzyılda İzmir'de Amerikalı misyonerlerin sağlık faaliyetleri BÜŞRA ARI
2017	Osmanlı hükümetlerinin sağlık politikaları (1908-1914) EROL KARCI
2017	Bir sağlık kurumu olarak Anadolu Bimaristan FATİH HATİPOĞLU
2017	Behçet Uz ve belediye başkanlığı faaliyetleri (1931-1941) GAMZE IŞIK
2017	II. Abdülhamit Dönemi Osmanlı Devleti'nde engelliler ve engelli politikaları (1876 – 1909) KAMURAN ŞİMŞEK

Tablo 159.1 (DEVAMI)

2017	Klasik dönem Osmanlı sağlık sistemi ve salgın hastalıklar (1300-1600) KÜBRA BENLİ
2017	18. yüzyılın sonu 19. yüzyılın başlarında Osmanlı Devleti'nde veba yılları (İzmir örneği) MERAL ERDOĞAN
2017	Osmanlı Devleti'nde ilk Gureba hastaneleri SEÇİL MURSAL
2017	Birinci Dünya Savaşı sırasında Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Çanakkale Cephesi'ndeki faaliyetleri TUBA İŞLER
2018	Milli Mücadelede ve Cumhuriyetin ilk yıllarında Denizli sağlık hizmetleri (1919-1938) ALİ TOMALI
2018	Yahudi kutsal metinlerine göre hastalıklar ve çeşitleri BİLGE KAĞAN AKSOY
2018	XIX. Yüzyıl Osmanlı sağlık sistemi HATİCE ÇELİK
2018	Mücadelede Hilâl-i Ahmer Cemiyeti'nin Selanik'teki faaliyetleri HÜSEYİN ÇAVDAR
2018	Tarih boyunca salgın hastalıklar ve sanat ile etkileşimleri MERVE DEMİRBAĞ
2018	Cumhuriyet Döneminde Urfa'da sağlık (1923-1950) MUSTAFA DAĞ
2018	Operatör Emin (Erkul) Bey'in hayatı, mebusluğu ve şehreminliği UMUT DERE
2018	Türkiye'de Tek Parti Döneminde salgın hastalıklar: Sıtma örneği (1923-1950) YADİGAR PAÇACI
2019	I. Dünya Savaşı'nda Hicaz'daki sıhhi vaziyet ALİ ÖZDEMİR
2019	Hititler'de ocak kültürü ASLI ÇİZİKÇİ
2019	Milli mücadele döneminde Yunan Salıb-i Ahmer Cemiyeti'nin faaliyetleri (1919-1922) AYHAN SEKİLİ
2019	Demokrat Parti Dönemi sağlık politikaları BERRİN TUNÇAY
2019	XIX.yüzyılda Konya vilayeti'nde meydana gelen salgın hastalıklar ve etkileri ESRA SEMİZ
2019	Malatya Sancağı'nda kolera salgını (1892-1896) GÜLSEREN YÜCEL
2019	I. Dünya Savaşı'nda Irak-İran cephesi: laşe ve sağlık hizmetleri HALİT BAŞ
2019	Asklepios kültürü ile düşler ve tedavi HİLAL ALTUN
2019	Sanatoryumdan akıl hastanesine: Erenköy sağlık yerleşkesinin tarihi İHSAN OLGU DEMİR
2019	Çorum'da Hilâl-i Ahmer Cemiyeti (1912-1932) KEMAL KIRAN
2019	Cumhuriyet Dönemi sağlık politikaları ve frengi ile mücadele (1923-1950) KÜRŞAD KARATORĞUT
2019	Eskiçağ ön asya toplumlarında görülen salgın hastalıklar MUAZES DEMİREL
2019	Trablusgarp Savaşı'nda sağlık hizmetleri MUSTAFA BARIŞÇAN
2019	Eski Mezopotamya'da tıp (Asûtu) NEJLA ALPER
2019	Tanzimat sonrası Osmanlı'da salgın hastalıklara karşı alınan önlemler NURAY YAĞCIOĞLU
2019	Eski Mısır'da tıp uygulamaları OSMAN OLGU DÖNMEZ
2019	XIX. yüzyılda Kastamonu Vilayeti'nde salgın hastalıklar SEDA ÖZDEMİR
2019	Türk Kızılayı'nın Yunanistan'a yaptığı yardımlar (1939-1945) SUAT SERTEL
2019	Kuva-yı Milliye ve düzenli orduya sunulan sağlık hizmetleri TAHSİN KÜÇÜKOĞLU
2019	Osmanlı'da frengi ile mücadele (1880-1918) YUNUS KORKMAZ

Tablo 159.2 Tezlerin yıllara göre dağılımı

Yıl	Sayı	Yüzde
2014	7	10,3
2015	14	20,6
2016	6	8,8
2017	13	19,1
2018	8	11,8
2019	20	29,4
Toplam	68	100,0

Tablo 159.3 Tezlerin anabilim dallarına göre dağılımı

Anabilim Dalı	Sayı	Yüzde
Tarih	49	72,1
Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Anabilim Dalı	6	8,8
İktisat Anabilim Dalı	1	1,5
Kültürel İncelemeler Anabilim Dalı	1	1,5
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı	1	1,5
Sanat Tarihi Anabilim Dalı	1	1,5
Arkeoloji	1	1,5
Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı	1	1,5
Türk İnkılap Tarihi	1	1,5
Türk Tarihi Anabilim Dalı	1	1,5
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı	1	1,5
İslam Tarihi ve Sanatları Anabilim Dalı	1	1,5
Ortaçağ Tarihi Bilim Dalı	1	1,5
Ortaöğretim Sosyal Alanlar Eğitimi Anabilim Dalı	1	1,5
Sanat ve Tasarım Anasanat Dalı	1	1,5
Toplam	68	100,0

Tez konusu olarak en çok sağlık kurumları ve salgın hastalıklar çalışılmıştır (Tablo 159.4).

Tablo 159.4 Tezlerin konulara göre dağılımı*

Konu	Sayı
Sağlık Kurumları	19
Salgın Hastalıklar	17
Sağlık Sistemi/Sağlık Politikaları	12
Askeri Sağlık Hizmetleri	9
Sağlık Hizmetleri	7
Diğer**	4
TOPLAM	72

* Tezlerin kimilerine birden fazla konu atanmıştır.

**Diğer: Ana Çocuk Sağlığı, Sanat, Ruh Sağlığı, Biyografi

Tezler kapsadıkları dönemlere göre değerlendirildiğinde en çok Osmanlı Döneminin çalışıldığı görülmüştür (Tablo 159.5).

Tablo 159.5 Tezlerin Dönemlere göre dağılımı

Dönemler	Sayı
Osmanlı	31
Cumhuriyet	13
Eski Uygarlık	7
Osmanlı/Cumhuriyet	5
Milli Mücadele	5
Selçuklular	2
Diğer*	5
TOPLAM	68

*Diğer: Avrupa-Orta Çağ, Eski Uygarlıklar, İslam, Osmanlı

Sonuç

Tarih, bilim tarihi, tıp ve halk sağlığı tarihi bilgisinin, halk sağlığı uzmanlığının kapasitesini geliştirmek için teknik bir zorunluluk olduğu bildirilmiştir. “Halk sağlığı tarihi, halk sağlığının bilimsel cephaneliğinin bir parçasıdır.”⁽¹⁾ Halk sağlığı için “tarihsel yorum analitik bir araç” olabilir. Tarihçiler de kendi sınırlarını genişletebilirler⁽²⁾. Bu nedenle halk sağlığı tarihi çalışmalarına daha düzenli ve sistemli biçimde ağırlık verilmelidir. HASUDER’in yayınladığı “**Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı**” bu açıdan oldukça önemlidir. Bu çalışmanın, yukarıda sözü edilen kısıtlılıklar nedeniyle, eksiklikleri olmaması düşünülemez. Daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve böylesi çalışmaların sürdürülmesi halk sağlığı ile sosyal bilimler arasındaki ilişkiye de katkı verecektir.

Kaynaklar

- 1) Perdiguero E, Bernabeu J, Huertas R, Rodríguez-Ocaña E. History of health, a valuable tool in public health. J Epidemiol Community Health 2001;55:667-673
- 2) Berridge V. History in public health: who needs it? Lancet 2000; 356: 1923-25
- 3) HASUDER. Halk Sağlığında Gündem. Özel sayı 2011; 43-73.
- 4) HASUDER. Halk Sağlığında Gündem. Özel sayı Eylül 2011-Ağustos 2012; 275-486
- 5) HASUDER. Halk Sağlığında Gündem. Özel sayı 2013; 89-149
- 6) HASUDER. Halk Sağlığında Gündem. Özel sayı 2011;43-73.
- 7) Prof. Dr. Rahmi Dirican Halk Sempozyumu Kitabı. Editör: Alpaslan Türkkkan. Bursa Tabip Odası. 2010
- 8) Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı, Editörler: Necati Deoğlu, Pınar Okyay, Zafer Öztekin, Editör, HASUDER Yayınları, 2018.

Halk Sağlığı ve Sanat

Halk Sağlığında Sinema

> ve Fotoğraf Kullanımı

160

ARŞ. GÖR. DR. K. ONUR ŞİMŞEK • PROF. DR. NURAY ÖZGÜLNAR

Sanatla tıp arasındaki ilişkiyi açıklarken 4 Nisan 1928 tarihli “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” yol gösterici olabilir. İsminden anlaşılacağı üzere tıp, bu kanunda bir sanat olarak tanımlanır. ⁽¹⁾ Hipokrat yemininin özgün çevirisinde de birkaç yerde “sanatım” ifadesinin kullanılmış olduğu görülür. ⁽²⁾ Merriam-Webster sözlük ise tıbbi, sağlığın korunması ve hastalığın giderilmesi, yatıştırılması veya önlenmesi ile ilgilenen bilim ve sanat dalı olarak tanımlamıştır. ⁽³⁾ Tıbbın bir sanat dalı olup olmadığını, halk sağlığının sanat olup olmadığını kesin olarak kanıtlayacak verilerimiz olmasa da, fotoğraf ve sinema sanatlarının halk sağlığına; sanatın tıbbi katkısını net olarak görebileceğimiz pek çok alan ve örnek vardır. Tıbbın diğer sanat dallarıyla birlikte multidisipliner uygulamalarının, bütünlük bir faydayla insana ve topluma hizmet ettikleri bilinen bir gerçektir.

Tıbbın olduğu kadar, tıp ve toplum sağlığında çeşitli yöntem ve amaçlarla kullanılabilen fotoğraf ve sinemanın da sanat olup olmadıkları tartışma konusudur. En yalın tanımlamasıyla ışık yardımıyla iz bırakmak olan fotoğraf ve yine en yalın düzeyde düşünüldüğünde fotoğraf karelerinin birleştirilerek hareketlenmesiyle oluşan “yedinci sanat” sinema, tarihsel süreçleri boyunca çeşitli evrelerden geçmiştir.

Fotoğrafçılık (photography) kelimesi ilk olarak 1839 yılında Sir John Herschel tarafından dünyaya tanıtılmıştır. ⁽⁴⁾ Hareketli kayıt anlamına gelen sinematografi ise, ilk film yapımcıları olan Lumiere kardeşlerin 1895’te geliştirdikleri ve patentini aldıkları sinematograf ile tarihe geçmiştir. ⁽⁵⁾

Hem fotoğraf hem de sinema, çoğunlukla temalarının dönemine dair birtakım bilgiler verir ve sonraki kuşaklar için arşiv ve belge niteliği taşırlar. Halk sağlığı da hemen hemen tüm alanlarında önceki deneyimlerden faydalanarak ilerleyen, coğrafi, sosyal ve demografik yapı ile karşılıklı ilişkiler içinde olan bir alandır. Dolayısıyla fotoğraf ve sinemanın, halk sağlığı alanında bir hafıza olarak kullanılması ve bu hafızanın kuşaklarca aktarılması olağandır.

Dünyanın ilk çağlarından bu yana halk sağlığının ilgi alanlarını içeren durumlar sinema ve fotoğrafik anlatı ve kullandığı metaforlar ile günümüze gelmişlerdir. 1900’lerin başından itibaren olan salgın, göç, savaş, iş kazaları, çevre sağlığı sorunları, doğal afetler gibi konularda sayısız fotoğraf ve çok sayıda sinema filmi vardır. Sağlığın küreselliği ve her kişiye -spesifik- fakat ortak hislerden etkileniyor oluşunun çıkarımı en iyi şekilde bu kaynaklardan edinilebilir. Halâ içinden geçiyor olduğumuz COVID-19 pandemi sürecinde, dünyanın farklı coğrafyalarındaki birçok insan, hem fiziksel hem ruhsal sağlık etkilenmelerinde, sınırların kalktığını ve dünyanın tüm milletlerinin tek bir hastalıktan ortak bir şekilde etkilenebileceğini görmüştür. Ses ve görüntünün yola çıkış gerekçesi farklı olsa da bu ortak duygu paylaşımına ilgi göstermesi tarih anlattıcılığı şeklinde ya da gelecekte yeni bir salgın olasılığında bireysel temelden topluma yansıyan çoğu zamanda halk sağlığının tarihçesine katkı sunacak ürünler ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Pandeminin ilk zamanlarında, Warner Bros’un kataloğunda en çok aranan ikinci film Steven So-

derbergh'in Contagion (Salgın) isimli 2011 yapımı olmuştur. ⁽⁶⁾ Dünyanın birçok yerinden insan konu hakkında bilgilenmek ve gidişat hakkında fikir edinebilmek için 'kurgu' olan bir sinema yapımını izlemiştir. Yine benzer şekilde 1995 yapımı ebola benzeri bir virüs salgını konu alan Outbreak filmi, pandemi sürecinde Netflix'in en popüler 10 film listesinde 3. sırada yer almaktadır. ⁽⁷⁾ Carriers (Veba), Flu, Panic in the Street gibi çeşitli sinema yapımları, çeşitli zamanlardaki salgınları konu almaktadır.

Pandeminin başlangıcından sonra, özellikle sokağa çıkma yasağının olduğu günlerde evlerine hapsolan insanların bir kısmının yaratıcılığının teklendiği muhakkaktır. Bir grup fotoğrafçı, sanatçı, sosyolog ve benzer sosyal bilim insanı, belgenin gücüne ve gerekliliğine inanarak kendilerinden sonrakilere yaşadığı anların fotoğraflarını bırakmanın derdine düştü bir başka deyişle. İstanbul Modern'in 'Pandemi Günlerinde Fotoğraf' adlı, farklı kuşaklardan fotoğrafçıların işlerinin yer aldığı çevrimiçi sergisi 1 Haziran-15 Kasım 2020 arasında müzenin web sitesinde yayınlanmıştır. ⁽⁸⁾

Dünya Sağlık Örgütü de kuruluşundan itibaren fotoğrafın bilgilendirme ve etkileme gücüne inanmış, yayınlarında çokça yer vermiş, halk sağlığı fotoğrafçılığının gelişmesine büyük katkı sunmuştur. Edouard Boubat, Robert Doisneau ve Eric Schwab bu isimlerden bazılarıdır. ⁽⁹⁾ Henri Car-

tier-Bresson, Robert Capa, George Rodger ve David Seymour tarafından 1947 yılında kurulan Magnum Fotoğraf Ajansı da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, savaş fotoğrafçılığına dair çarpıcı örnekler vermişlerdir. Bilhassa Seymour'un 1950 yılında DSÖ ile imzaladığı sözleşme ile yayımlanan pre-matüre bebeklerle ilgili fotoğraf serisi on yıllardan beri bugünlere aktarılmıştır. Henri Cartier Bresson arkadaşı David Seymour'un ölümünden sonra bu fotoğraf serisiyle ilgili şöyle demiştir: "Chim, doktorun stetoskopunu çıkardığı gibi fotoğraf makinesini çantasından çıkarır ve yüreğinin durumunu teşhis ederdi: Yaralanmaya hazırı." ⁽¹⁰⁾

Fotoğraf ve sinema, kişileri bilgilendirmenin ötesinde, duygusal bir yerden içine alarak, halk sağlığı konusunda daha farklı bir duyarlılığa sevk etmektedir. Teorik bilginin, kamu spotunun, bilgi verme amaçlı yapılan bazal eğitimlerin dışında, insanlara bir sanatçı tarafından oluşturulan, duyguların katıldığı, bir 'insan'ın gözünden aktarılan bir yapıyla ifade edildiğinde, herhangi bir durumun izleyen/gören kişiyi daha yüksek ölçüde etkilediği şüphe götürmez bir gerçektir.

Sadece pandemi, savaş vb gibi halk sağlığı konuları değil, iş kazaları, iş güvenliği ve meslek hastalıkları da hem fotoğrafçılığın hem de sinemanın çok eski tarihlerinden itibaren konu edindiği halk sağlığı alanlarıdır. 1978 tarihli Yavuz Özkan'ın yönettiği Maden filmi, bir iş kazası sonrasında işçi-



Şekil 160.1 Neslihan Koyuncu'nun 'Pandemi Günlerinde Fotoğraf' adlı online sergiden Diskroni adlı fotoğrafı.

lerin mücadelelerini ve haklarını koruma çabasını anlatır. ⁽¹¹⁾ 2016 yapımı Kıvanç Sezer imzalı film Babamın Kanatları da şantiyede zorlu iş koşullarının, iş kazalarının konu edildiği bir başka yapıttır. ⁽¹²⁾ Bunun yanında 2006'dan itibaren düzenlenmekte olan Uluslararası İşçi Filmleri Festivali, çeşitli sendikaların işbirliğinde işçi hakları ve çalışan sağlığına dikkat çeken sinematografik eserlerin yer aldığı bir festivaldir. ⁽¹³⁾ Yine Soma'daki maden kazası sonrasında akla kazınan birçok fotoğraf, iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından ve post-travmatik ruh sağlığını özetlemesi açısından çok önemli bir yere sahiptir. Bu facianın ardından, yaşananların unutulmaması ve hafıza oluşturmaya amacıyla Türkiye'nin birçok yerinde sergi açılmıştır. Karaköy Mimarlar Odası Sergi Salonu'nda 6-14 Mayıs 2017 tarihlerinde düzenlenen "Fotoğrafçıların Gözünden Soma" sergisi bunlara bir örnektir. ⁽¹⁴⁾ Gene 17 Ağustos'dan bugüne ulaşan fotoğraflar, deprem riski devam etmekte olan özellikle İstanbul ve diğer pek çok şehirin sağlık örgütlenmesinin hazırlıklı olması için bir uyarı niteliğindedir (bakınız **Şekil 160.2**). ⁽¹⁵⁾

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen Uluslararası Göç Filmleri Festivali'nde gösterimi yapılan filmlerde de, göç ve göçmen sağlığına dair bilgi edinmek mümkün olmaktadır. Bu yıl 14-21 Haziran 2020 tarihlerinde online olarak yapılan festivalde, Omar ve Biz, Kızım Gibi Kokuyorsun gibi Türkiye'ye ait yapımlar izlenebilmiştir. ⁽¹⁶⁾ İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın yayınevinden çıkan Göç Yolunda Bir Durak: Esenler adlı kitapta Nuray Özgülner'in fotoğraflarıyla Suriyeli göçmen kadınların yaşadıkları süreçler görülebilmektedir. ⁽¹⁷⁾

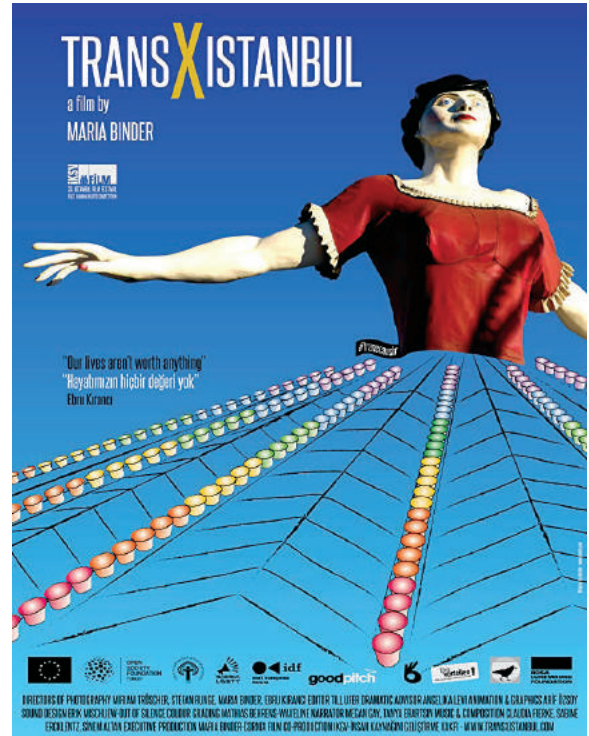
Savunmasız grupların sağlığıyla ilgili çekilen filmler, belgeseller ve fotoğraflar da ayrımcılık ve 'sağlıkta eşitsizlikler' noktasında önemli bir yere sahiptir. İKGV'nin ortak yapımcılığını yapıp, 2014 İKSV İstanbul Film Festivali'nde gösterimi yapılan 'Trans X İstanbul' ⁽¹⁸⁾, Can Candan'ın yönettiği LİSTAG ebeveynlerinin ve çocuklarının sürecine dair olan uzun metraj belgesel Benim Çocuğum ⁽¹⁹⁾, İstanbul Sanat Derneği ve Dramaqueer Sanat Kolektifi'nin açtığı fotoğraf sergileri ⁽²⁰⁾ bunlara örnek olarak gösterilebilir.

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye'de de HIV/AIDS hem çeşitli sanat alanlarının sıklıkla yer verdiği, hem de halk sağlığının ortak konularından biridir. Bu noktada mutlaka çeşitli



Şekil 160.2 Ağustos Depreminden Bir Fotoğraf⁽¹⁵⁾

ülkelerde daha doğru bilgi ve temsillerle anlatılan hikayeler varken, Türkiye'de en bilinen örneği ne yazık ki HIV'i aşka engel olarak gösterip dramatize etmesiyle 2011 yapımı Aytaç Ağrılar'ın yönettiği İncir Reçeli olmuştur. ⁽²²⁾ Bu gibi örnekler, toplumun sağlığıyla ilişkili eserler üreten yaratıcı ekiplerin ne kadar dikkatli olmaları ve o konuda yetkin kişilerin danışmanlığında iş üretmeleri gerektiğinin göstergesidir. (Not olarak belirtmek gerekir ki, Pozitif Yaşam Derneği'nin konu ile ilgili açıklamasında, filmin yazar ve yönetmeni ile senaryo için görüşül-



Şekil 160.3 2014 yılında İKSV Film Festivali'nde prömiyer yapan 'Trans X İstanbul' belgeselinin afişi⁽²¹⁾

düğü fakat sonrasında bu danışmanlığa sadık kalınmadığından bahsedilmektedir.)⁽²³⁾ Bununla birlikte, HIV/AIDS farkındalığını artırmak adına birçok fotoğrafçı, birçok popüler isimle olan fotoğraf çalışmalarını sıklıkla sergilemektedir. 2019 yılında Nihat Odabaşı'nın Pozitif-iz Derneği ve Gillead iş birliğiyle, çeşitli medyatik isimlerle yaptığı "En Büyük Hastalığım" sergisi en güncel örneklerdendir.⁽²⁴⁾

Halk sağlığının hemen tüm ilgi alanlarına uyan bir sinema yapıtı, ilişkilendirilebilecek belge niteliği de yaşayan fotoğraf yapıtı bulmak ve örnekleri sayısız hale getirmek mümkündür. Bir fotoğraf ya da sinema yapıtı, direkt olarak halk sağlığına dair bir alanı tema olarak almasa da, içerisinde yer alan birçok öğeden toplumun sağlığına dair çıkarımlarda bulunmak mümkün olmaktadır. İzlediğimiz yahut baktığımız yerdeki insanların ruh sağlığı, çalışma ve yaşam şartları, sosyokültürel yapısı, alışkanlıkları; eğer hiç insan bulunmuyor ya da bir toplum gözlemleyemiyorsak o çevrenin yapısı, insan sağlığını etkileyecek faktörleri noktasında çok sayıda çıkarım yapılabilir. Dolayısıyla, halk sağlığıyla ilgili politikalar oluşturulurken de, halk sağlıkçı gözüyle sorunlu olan alanlarda politika yapanları ya da direkt halkı; bilimsel doğru karara yönlendirme aşamasında doğrudan sinema ve fotoğrafın kullanılması olanağı önümüze bambaşka bir alanı da çıkarabilir.

Özellikle tıbbın ve halk sağlığının teknoloji ağırlığını insana dokunan, insana dairi çeşitli metaforlarla anlatan sanat alanlarından fotoğraf ve sinema ile desteklemek, daha doğru bir deyişle bu ve benzeri sanat alanları ile iletişim ve etkileşim içinde olmak halk sağlığı alanındaki uzmanlık bakış açımız, ufkumuz içinde yeni bir gelişim olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Sayısı:1219 R.G. Tarihi:04.04.1928 R.G. Sayısı:863 Tababet ve Şuabati San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, (11.05.2009). <https://www.saglik.gov.tr/TR,10385/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-suabati-sanatlarinin-tarzi-icrasina-dair-kanun.html>
- 2) Hipokrat Yemini, (2020). https://tr.wikipedia.org/wiki/Hipokrat_Yemini
- 3) <https://www.merriam-webster.com/dictionary/medicine>
- 4) Sir John Herschel: Biography & Photography <https://study.com/academy/lesson/sir-john-herschel-biography-photography.html>
- 5) Sinematograf (2020). <https://tr.wikipedia.org/wiki/Sinematograf>
- 6) <https://tr.euronews.com/2020/03/11/contagion-salg-n-filmi-koronavirus-sebebiyle-warner-bros-un-en-cok-aran-lan-2-yap-moldu>
- 7) 'Outbreak' cracks Netflix Top 10 amid coronavirus spread (17.03.2020) <https://globalnews.ca/news/6690910/outbreak-netflix-top-10/>
- 8) Neslihan Koyuncu, 1986. Diskroni, Nisan 2020. 40x25 cm <https://www.istanbulmodern.org/tr/koleksiyon/pandemi-gunlerinde-fotograf/114?t=3&id=2553>
- 9) Picturing health: 35 years of photojournalism at WHO https://www.who.int/archives/photographers/full_introduction/en/
- 10) Tüzül, Ş. , Fotoğraf Özürlü Olmak, <http://www.fotografya.gen.tr/TR,1628/fotograf-ozurlu-olmak.html>
- 11) Özkan, Y. (1978). Maden [Film] İstanbul: Maden Film
- 12) Sezer, K. (2016). Babamın Kanatları [Film] İstanbul: Nar Film
- 13) Uluslararası İşçi Filmleri Festivali, (2020) https://tr.wikipedia.org/wiki/Uluslararası_İşçi_Filmleri_Festivali
- 14) Fotoğrafçıların Gözünden Soma Fotoğraf Sergisi, (03.05.2017) http://www.maden.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=10795
- 15) 17 Ağustos 1999... Felaket günü... O fotoğraflar hala hafızalarda, (17.08.2018) <https://www.milliyet.com.tr/galeri/17-agustos-1999-felaket-gunu-o-fotograflar-hala-hafizalarda-2726222/2>
- 16) <https://migrationff.com/festival-films/>
- 17) Özgülner, N. (2018). Göç Yolunda Bir Durak:Esenler, İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı <http://www.ikgv.org/pdf/Goc%20Yolunda%20Bir%20Durak%20Esenler.pdf>
- 18) "Trans X", İKSV İstanbul Film Festivali'nde, (18.03.2014) <https://www.kaosgl.org/haber/quottrans-xquot-iksv-istanbul-film-festivalirsquonde>
- 19) BELGESELİMİZİ İZLEYİN : BENİM ÇOCUĞUM <https://listag.org/belgeselimiz-benim-cocugum/>
- 20) Dramaqueer Sanat Kolektifi "Her Şey Yolunda" isimli sergisini Tarlabası'ndaki mekânında açıyor. <https://bantmag.com/dramaqueer-sanat-kolektifi-her-sey-yolunda-isimli-sergisini-tarlabasindaki-mekaninda-aciyor/>
- 21) <https://www.imdb.com/title/tt3576546/>
- 22) Ağırlar, A. (2011). İncir Reçeli [Film]. İstanbul:Tiglon
- 23) "İncir Reçeli" Bir çuval inciri berbat etti <https://pozitifyasam.org/2011/03/24/incir-receli-bir-cuval-inciri-berbat-etti/>
- 24) ÜNLÜLERDEN HIV'E ve HIV İLE YAŞAYANLARA BÜYÜK DESTEK (30.11.2019)<https://www.pozitifiz.org/post/ünlülerden-hiv-e-ve-hiv-ile-yaşayanlara-büyük-destek>

Halk Sağlığı ve Sanat

Halk Sağlığında

› Tiyatronun Kullanımı

161

DOÇ. DR. FUNDA SEVENCAN

“Yüzünüz çarpıksa aynaya kızmayın.” Gogol

Kültür Politikalarında Sanatın ve Tiyatronun Yeri

Türkiye’de Kültür Politikaları adlı çalışmada kültür politikası şöyle tanımlanmaktadır; *“Halkın kültürel yaşama katılabilmesi için elverişli koşulların yaratılması, toplumda her kişiye yaratıcılığını ortaya koymas ve geliştirmesi için alınan önlemler, kurulan örgütler, sağlanan ekonomik ve sosyal kolaylıklara kültür politikası denir.”*^(1,2) Toplumun yaşam içinde takındıkları biçimler özünde politiktir. Dolayısıyla artık kültür tanımının politika tanımından ayrılması oldukça güç kabul edilmektedir. Steyer’e göre, sanat da, politikanın dışında değil, bilakis, politika sanatın her sahasında, üretiminde, dağıtılmasında ve alınılmasında, onun içinde yer almaktadır^(2,3).

Gelişmiş ülkelerde tiyatronun her dönem kültür politikası kurmak açısından yaşamsal bir önemi olmuştur. İkinci Dünya Savaşı’nda yerle bir olmuş Almanya’nın kısa bir süre sonra Avrupa’nın ekonomik açıdan en güçlü devletlerinden biri durumuna gelmesi üzerine, Federal Almanya’nın ilk Şansölyesi Konrad Adenauer’e, ‘Alman Mucizesi’ denilen ekonomik kalkınmalarını neye borçlu olduklarını sorduklarında, Adenauer’in yanıtı; *“Tiyatroya! Onun için de her şeyden önce tiyatro binalarımızı*

yaptık.” olmuştur. İkinci Dünya Savaşı’nın külleri altında kalan Avusturya, İngiltere, Fransa, Hollanda ve Belçika gibi daha birçok gelişmiş ülkelerde de ilk onarılan ve yeniden yapılan binalar tiyatro ve opera binaları olmuştur⁽⁴⁾.

Johann Elias Schlegel, 1764 yılında yazdığı bir yazısında; *“İyi bir tiyatro tüm insanlara, kendine çekidüzen veren bir kadının ayna karşısında yaptığını yaptırır”* demiştir⁽⁵⁾. Heinrich Laube’nin, 1847 yılında, *“Tiyatro kendi çağında gerçekten yaşayanı göstermekle sorumludur,”* sözlerini anımsayarak tiyatronun güncelliği konusunun her çağda geçerli olmuş olduğunu vurgulamakta yarar vardır⁽⁴⁾.

Bu topraklara daha önce Tanzimat’la birlikte giren Batılı sanat ve kültür biçimlerinin Cumhuriyetin sanat ve kültür politikası haline geldiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Darülbeydi ve 10 Haziran 1949’da kurulmuş olan Devlet Tiyatrosu, batılı tarzda tiyatro üslubunu benimsemiş ve bunu halka tanıtmayı bir görev bilmiştir. Kuruluş amacı; *“Yerli ve yabancı eserlerle halkın genel eğitimini, dil ve kültürünü yükseltmek, Türk Sahne Sanatlarının yurtiçinde ve yurt dışında gelişmesini, yayılmasını ve tanıtılmasını sağlamak, Türk dilini yerleştirmek ve şive birliğini meydana getirmek, temel değerler üzerinde doğru yargılara varılmasını sağlamak, sanat estetik duygusunu geliştirmek”* olarak yazılı kayıtlara geçmiştir. Görüldüğü üzere Devlet Tiyatrolarının kuruluş amacı belli bir kültür politikası inşa etmek olmuştur⁽²⁾.

Tiyatronun Sağlık Açısından Kullanımı

“Sanat, asla ölmediği için değil, sürekli yeniden doğduğu için ölümsüzdür.” Özdemir Nutku

Aristoteles, İ.Ö. 362-360 tarihlerinde yazdığı Poetika adlı yapıtında, tragedyanın işlevinden söz ederken, ‘ruhsal tedavi’ anlamına gelen katarsis sözcüğünü kullanmıştır. Çünkü tragedya, seyredenin acıma ve korku duygularına yönelerek onda entelektüel bir arınma, bir çeşit zihinsel ve ruhsal tedavi uygulamaktadır. Antik dönemde ruh hastalıklarının tiyatro yoluyla iyileştirilmeye çalışıldığı bilinmektedir^(4,5).

Antikten bu yana müzik, resim, tiyatro ve benzeri insan yaratılarının, sadece ruhsal hastalığı olan insanlar üzerinde değil, normal sayılan insanlar üzerinde de iyileştirici bir etkisi vardır. Ruhsal bozukluğu olan insanlar üzerinde, sanatı kullanan psikoterapi yoluyla, kişinin kendini ifade etmesine yarayan denemelerin, iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir. Davranış bozukluklarının, resim, müzik ya da tiyatro yoluyla düzeltilmesine çalışılmıştır⁽⁵⁾.

Tiyatronun kuşkusuz insan karakterini geliştirmede, onu ruhsal yönden sağlıklı bir duruma getirmede büyük katkısı vardır. Tiyatro hem uyarıcı, hem eğitici. Tiyatro çalışmaları insanın hem kendisiyle, hem de başkalarıyla iletişim kurmasını sağlar. Bu da psikolojik sapmalara karşı en sağlam mendireklerden biridir. Tiyatronun hem bireye hem de o bireyin toplum içindeki yaşamına katkıları on maddede özetlenebilir⁽⁵⁾;

1. Dayanışma hazzını öğretir ve sorumluluk duygusunu pekiştirir;
2. Topluluk içinde yaşama anlayışını geliştirir;
3. Toplum içinde kendi benliğinin ortaya çıkmasını gerçekleştirir;
4. Topluluk içinde konuşmasını öğretir;
5. Düşünmeyi ve düşünceyi eyleme sokma becerisini sağlar;
6. Kompleksleri, tutarsızlıkları ve ölçsüzlükleri önler, normale çevirir;
7. Yaşamı gözlemlemeyi düşünmeyi ve yorumlamayı keskinleştirir;
8. Fizikini ve hareketlerini denetimli duruma getirir;
9. Fantezi dünyasını geliştirir, dolayısıyla yaratma kapasitesini artırır;

10. Bireyin estetik duygusunu olgunlaştırır⁽⁵⁾.

Sağlığın Konu Edildiği Tiyatro Metinlerine Örnekler

Cumhuriyet öncesi ve sonrasındaki döneme ait sağlığın konu edildiği tiyatro metinlerinin az sayıda olduğu düşünülmektedir. Sağlığın konu edildiği az sayıdaki tiyatro metnine aşağıdaki örnekler verilebilir⁽⁶⁾.

1. Terkos Gölü - Seval Şahin
2. Makina ve Mikrop - Kazım Karabekir
3. Nebatat Dersleri- Dr. Refer (çeviri)
4. Karagöz Ankara’da - İsmayıl Hakkı Baltacıoğlu
5. Kafatası - Nazım Hikmet
6. Buzlar Çözülmeden - Cevat Fehmi Başkut
7. Ayak Bacak Fabrikası - Sermet Çağan
8. Aladağlı Miho - Ömer Polat
9. Irgat - Haşmet Zeybek
10. Topuzlu - Hidayet Sayın
11. Çıkış - Adalet Ağaoğlu

Ayrıca Erken Cumhuriyet Dönemi Mektep temsilcilerinden Toplumsal Cinsiyeti konu alan oyunlara örnek olarak aşağıdaki tiyatro metinleri verilebilir.

1. Köyden Gelen Ses - Nimet Rakım Çalpalapa
2. Pembe Şafak - Şevket Tanlı
3. Yaman - Vasfi Mahir Kocatürk
4. Burla - İffet Halim Oruz

Tiyatronun Halk Sağlığına Katkıları

Hans Schweikart, çağımızda her yönden tehdit altında bulunan insanlar için tiyatronun sorumluluğunu şöyle açıklamıştır: *“tiyatro, seyircisine, kendi yaşantısında bilmediği şeyleri, yani daha çok bilmekten kaçındığı gerçekleri göstermekle yükümlüdür”*⁽⁴⁾. Halkın gerçekleri görme sorumluluğunu üstlenen tiyatronun, Halk Sağlığı’nın gelişiminde ve halka uygun biçimde ulaşma konusunda çok önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. Halk Sağlığını geliştirmek için kültür politikalarını yeniden gözden geçirmek ve politikalara sanat ve tiyatro penceresinden bakmak uygun olacaktır. Bu pencere özellikle gelecek kuşakları olumlu etkileyecektir. Çünkü çocuk tiyatroları geçmişten günümüze çocukların eğitiminde ve kişisel gelişimlerinde çok önemli ve güvenilir bir yere sahip olmuştur. Çocuk-

lara özgüven duygusu kazandıran, gözlem yoluyla öğrenmeyi sağlayan, korkularla başa çıkmayı öğreten, eleştirel düşüncenin temellerini atan, topluma sağlıklı ve faydalı bireyler kazandıran tiyatrodur. Tiyatro ile çocuklar arasındaki bu pozitif ilişki zamanla topluma da yansır ve yukarıda saydığımız tüm olumlu özellikleri davranış haline getiren bireylerin sayısı toplumda artış gösterecektir^(2,5,7).

Kaynaklar

- 1) Barın, Evren (Ed.) (2006). Türkiye’de Kültür Politikaları. İstanbul: İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı Yayınları
- 2) Akgül, Ozan Ömer (2015). Türkiye’de Kültür Politikaları ve Türkiye Tiyatrosu Üzerine Kısa Bir Deneme. Medeniyet Sanat, İMÜ Sanat ve Tasarım Fakültesi Dergisi, Sayı:2, s. 156-166
- 3) Steyerl, Hito (2013). “Sanatın Politikası: Çağdaş Sanat ve Post-Demokrasiye Geçiş” Çağdaş Sanat Nedir? İçinde. Editör: Ali Artun. çev. Zeynep Baransel İstanbul: İletişim Yayınları
- 4) Kültür Sanat.
<https://www.birgun.net/haber/devlet-tiyatrolari-kulturel-bir-gereksinimdir-224766>
İnternet Erişim Tarihi: 02.06.20
- 5) Sağlık ve sanat
<https://www.aydinlik.com.tr/haber/saglik-ve-sanat>
İnternet Erişim Tarihi: 02.06.20
- 6) Firidinoğlu, Nilgün (2015). Tanzimat’tan Erken Cumhuriyet’e Tiyatro ve Eğitim İlişkisi: Mektep Temsilleri (1896-1936). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tiyatro Eleştirmenliği ve Dramaturji Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- 7) Tiyatronun çocuk gelişimi üzerindeki 5 muhteşem katkısı.
<https://www.hurriyet.com.tr/kesfet/tiyatronun-cocuk-gelismiu-uzerindeki-5-muhtesem-katkisi-40304570>
İnternet Erişim Tarihi: 14.09.20



Halk Sağlığı ve Sanat

Halk Sağlığında

› Edebiyatın Kullanımı

162

ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN • PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

Giriş

Halk sağlığı bilim, beceri ve sanat olmak üzere üç temel yapıdan oluşur⁽¹⁾. Halk sağlığında klinik ve sosyal bilimlerin yanı sıra edebiyat, gibi sanat dallarının da yeri oldukça büyüktür. Bu kimi zaman halk sağlığı öğrencilerine kitaplar okutma (Shakespeare, Montaigne, Don Quixote vb.) şeklinde olurken kimi zaman da bir medikal tema üzerinden (ölüm, disseksiyon, vb), tartışma şeklinde olmuştur⁽²⁾. Çünkü dil, yazı ve edebiyat insanların anlaşmasını sağlayan en önemli bağdır. Halk sağlığı uzmanlarının dilin nüanslarına hakim olması, kültürel ve etnik varyasyonları dikkate alması gerekir. Medikal etik öğreniminde, psikiyatrik ve kronik hastalıkların özellikle terminal kanserlerin, ağrının tedavisinde şiir, yaratıcı yazarlık, drama vb, edebiyat dalları oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu uygulamaların toplum tabanlı yapılması, örneğin Alzheimerlı hastalar ve aileleriyle, evsizlerle, şiddet görmüş kişilerle iletişim ve tedavide oldukça yararlı olmaktadır⁽³⁾.

Halk sağlığında edebiyatın kullanımı üç önemli etkiye sahiptir: Birincisi farklı bakış açılarına sahip olmayı sağlar. İkincisi mesleki gelişimde performans geliştirici etkilere sahiptir. Üçüncüsü disiplinler arası bir deneyim sağlayarak bizleri hayata hazırlar⁽⁴⁾. Edebiyat; bakış açısında esneklik, dogmalara karşı çıkmak, değerleri dikkate almak, eleştirel düşünme ve yaratıcılık konusunda önemli yararlar sağlamaktadır⁽⁵⁾.

Macnaughton, iyi bir hekimin niteliklerinin oluşumunda sanat ve insan bilimlerine yer açmıştır. Ona göre, hekimin vereceği karar, yalnızca teknik

bir karar değildir. Bu, aynı zamanda sanat ve insani bilimlerle kazanılabilecek yorum, kavrayış, etik ve eğitimin getirdiği insancıl kararlarla yoğrulmalıdır⁽⁶⁾. Donohoe ve Gordon'a göre tıp eğitiminde insani bilimler ve sanatın kullanımının çok büyük yararı vardır^(3,7,8). Bu yararlar şöyle özetlenebilir:

- Empati geliştirmek
- Duyguları ifade etmek ve anlamak
- İşbirliğine dayalı ilişkiler ve profesyonel (mesleki) değerler kazanmak
- Etik ikilemlerin değerlendirilmesi için donanımlı olmayı sağlamak
- Alternatif bakış açılarını değerlendirmek ve yenilikçi olmak
- Tıpla insani bilimler ve sanat arasındaki uçurumu gidermek ve disiplinler arası öğretim ve araştırmayı kolaylaştırmak
- Mesleki tükenmişlik durumuna karşı kullanmak.

Bu açılardan edebiyatın halk sağlığı uzmanlık eğitiminde yer alması oldukça önemlidir. TUKMOS, halk sağlığı çekirdek müfredatında yer alan yedi yetkinlik alanına bakıldığında da yukarıda sözü edilen kazanımların ne denli gerekli olduğu ortadadır. Bu alanlar yönetim, iletişim, ekip çalışması, öğrenen-öğreten, değer ve sorumluluk sahibi kişi olmak gibi alanlardır⁽⁹⁾. Bu nedenle halk sağlığı eğitiminde müfredatın edebiyatla desteklenmesi yararlı olacaktır. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminde insani bilimler ve sanatın kullanımı, bakış açısında esneklik, dogmalara karşı çıkmak, değerleri dikkate almak, eleştirel düşünme ve yaratıcılık konusunda önemli yararlar sağlamaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

Bu bölümde örnek olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 2012-2020 yılları arasında halk sağlığı uzmanlık eğitiminde kullanılan edebiyat eserleri verilecektir. Bu tartışmalarda Thomas More'un "Ütopya"sı, Haldun Taner'in "Günün Adamı" ve Stefan

Zweig'in "Amok Koşucusu" gibi kitapları içeren 33 değişik kitap okuması yapılmıştır⁽¹⁰⁾. DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitim programında kullanılan tüm kitapların konularına göre dökümü **Tablo 162.1**'de verilmiştir.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin kitap okumalarıyla ilgili geri bildirim puan ortalamaları 5 üzerinden 4.1 ile 4.8 arasında değişmiştir. Okunan kitaplardan

Tablo 162.1 Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitimlerinde Kullanılan Kitapların ve Konularının Listesi (2012-2020)

Kitabın İsmi / Konusu	Kitabın Yazarı
Türkiye'den Hekimlik Deneyimleri	
Hekim Olmak	Türkan Saylan
Kurtalan'da Doktor Olmak	İldeniz Kurtulan
Dünyadan Hekimlik Deneyimleri	
Genç Bir Hekimin Anıları	Mihail Bulgakov
Altıncı Koğuş	Anton Çehov
Şahika	A.J. Cronin
Köy Doktoru	Honore de Balzac
Talihli Bir Adam	John Berger
Türkiye'de Toplumsal Sorunlara Yaklaşım	
Hakkari'de Bir Mevsim	Ferid Edgü
Bizim Köy	Mahmut Makal
Bereketli Topraklar Üzerinde	Orhan Kemal
Ateş Nefes	Ahmet Naim
Günün Adamı	Haldun Taner
Dünyada Toplumsal Sorunlara Yaklaşım	
Gazap Üzümleri	John Steinbeck
Fahrenheit 451	Ray Bradbury
Afrikalı Leo	Amin Maalouf
Uçurtma Avcısı	Khaled Hosseini
Hastalıklar	
Veba	Albert Camus
Kızıl	Stephan Zweig
Mahşerin 4. Atlısı	Andrew Nikiforuk
Amok Koşucusu	Stephan Zweig
Ütopya tartışmaları	
Ütopia	Thomas More
Güneş Ülkesi	Tommaso Campanella
Yeni Atlantis	Francis Bacon
Etik ve Felsefi Kavramlar	
Auschwitz: Bir doktorun görgü tanıklığı	Miklos Nyiszli
Beni Asla Bırakma	Kazuo Ishiguro
Ölüm Bir Varmış Bir Yokmuş	Jose Saramago
Socrates'in Savunması	Platon
Tembellik Hakkı	Paul Lafargue
Değişim	Franz Kafka
Hayvan Çiftliği	George Orwell
Cahiller – Karşılıklı Bir Aydınlanmanın Öyküsü	Etienne Davodeau
Sağlık sistemleri/ Sağlık politikaları	
Dr Knock veya Tıbbın Zaferi	Jules Romain
Kumpas	Michael Palmer

Amok Koşucusu 4,95 ± 0,08, Michael Palmer'in Kumpas'ı 4,92±0,28, Mahşerin 4. Atlısı 4,92 ±0,28, Hakkari'de Bir Mevsim 4,91± 0,30, Fahrenheit 451 4,91±0,30 olarak en yüksek etkinlik puanı alan ilk 5 kitap olmuştur. Halk sağlığı uzmanlık eğitimi öğrencilerinin halk sağlığı uzmanlık eğitiminde kitap okuma ve tartışma uygulamasına oldukça olumlu baktığı saptanmıştır.

Sağlık ve Edebiyat Konulu Tezler

Sağlıkla ilgili edebiyat tezleri Ulakbim tez tarama ağından 2010-2019 yılları için tarama yapılarak

araştırılmıştır: Bu çerçevede kullanılan anahtar sözcüklerde "Halk sağlığı" ve "edebiyat" için 12 tez; "sağlık" ve "edebiyat" için 98 tez; "hastalık" ve "edebiyat" için 32 tez, "sağlık" ve "roman" için 58 tez saptanmıştır. Tarama sonucunda bulunan tezlerden ilgisizler ve yinelenenler çıkartılmıştır. Geriye kalan 7 tez **Kutu 162.1**'de gösterilmiştir.

Halk Sağlığı Bilim İnsanlarının Edebi Ürünleri

2010-19 yılları arasında halk sağlığı bilim insanları tarafından yayımlanmış bazı edebiyat ürünleri ve kapak resimleri **Kutu 162.2** ve **Şekil 162.1**'de veril-

KUTU 162.1

Sağlık ve Edebiyat Konulu Tezler

Edebiyat Ve Sağlık: Vüs'at O. Bener Romanları Üzerine Kritik Ve Klinik Bir Deneme, Sabancı Üniversitesi Yüksek Lisans, Berkay Uluç, 2017

Türk Ve Alman Masallarında Sağlık Teması, Çukurova Üniversitesi, Yüksek Lisans Müfide Kuvvetli, 2019

Sorun Odaklı Yazında İşitme Yetersizliğine Karşılaştırmalı Bir Yaklaşım Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Yüksek Lisans, Leyla Kural, 2012

Joe Penhall'un Oyunlarında Delilik Olgusu, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Kadriye Bozkurt, 2015

19. Yüzyıl Cep Romanlarının Beden-Zihin Denetimi Ve Romantik İlişilenme Biçimleri Açısından Modernleşmedeki Yeri, İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi, Doktora, Güneş Sezen, 2019

Fahri Celâl'in Hikâyelerinde Sosyal Meseleler, Kastamonu Üniversitesi, Yüksek Lisans, Cihan Özçelik, 2019

Ian McEwan'ın Solar Ve Rachel Carson'ın Sessiz Bahar Romanlarının Ekoeleştirel Bir Bakış Açısıyla İncelenmesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Yüksek Lisans, Burcu Tütak, 2018

KUTU 162.2

Halk Sağlığı Bilim İnsanlarının 2010-2020 Yılları Arasında Yayımlanan Edebi Ürünleri

Zafer Öztekin, Tuzda Balık, 2018; Halk Dilinde Sağlık Değişleri Sözlüğü, 2018

S. Erhan Devenci Aldatan Sevda, 2018

Caner Fidaner, Kalem Kutusu, (Öyküler), 2014. Caner Fidaner; 1987'de Bilim ve Sanat dergisinde başladığı sinema yazılarına bugün PsikeSinema'da ve SinSinSinema adlı blogunda devam ediyor. Aynı zamanda Sinema Dostları grubunun Pasolini ve Godard konulu e-kitapların yazar ve editörlerinden.

Çağatay Güler: Asacaksın Bu Doktorları, 2010; Mizah, Gülme ve Gülme Bilim, 2010; Alır Giderim Düşlerimi, 2011; Morsayrılık, 2011; Kendini Yazdıran Öyküler, 2011; Yaşarım Öyküm Olursun, 2012; Nallı Tilki Çullu Horoz, 2012; Bin Uçurtmaya, Kanıyorsun!, 2012; Üç Numaralı Odanın Beş Numaralı Yatağı, 2013; Şiiri Öldüreceklerdi, 2013; Kim İncitti Seni Böyle?, 2013; Bir Kuş Kanat Çırpar, Tutsak Mıdır?, 2013; Duvarın Ardı Emek, 2013; Kar Yağıyordu Akşamlarıma, 2014; Yanlışta Kurulmuş Saat, 2013; Türküsünü Yitiren Bulut, 2013; Sen Mütevevelli Oğlu Musun?, 2015; Kalabalıkta Yapayalnız, 2019; Bürokrasi ve Mizah, 2019.

Resul Buğdaycı Hülya Kız (Şiir) İnsancıl, Aralık 2015

Esen Armağan Özakbaş Mimoza, 2020

Ahmet Furkan Süner, Ya Dün? Ya Yarın?, 2020

Ali Özyurt Umuduna Yaşamak, 2019; Söz Uçar Yazı Kalır..., 2016

Nureddin Özdener Sütü Kahve Dergisi Yazıları

Dr. Düş Gezgini Bana Aşk Sordular Bence Kırmızı Dedim, 2019; Anneme Yazar Olduğumu Söylemeyin O Beni Hekim Biliyor



Şekil 162.1 Halk Sağlığı Bilim İnsanlarının 2010-2020 Yılları Arasında Yayımlanan Bazı Edebi Ürünlerinin Kapak Resimleri.

miştir.

Sonuç

Halk sağlığı ve edebiyat ilişkisinin Türkiye’de halk sağlığı ortamında giderek geliştiğini ve ilerde daha da güçlü bir yapıya bürüneceğini söyleyebiliriz. Ancak bu çalışmanın henüz oldukça eksik olduğunu, özellikle halk sağlıkçıların edebi ürünlerinin sistematik bir derlemesi yapılamadığı için, listesi verilen yayınlarda bazı eksiklikler olabileceği unutulmamalıdır. İlerde bu konuda yapılacak sistematik çalışmaların ve araştırmaların halk sağlığı ve edebiyat arasındaki zengin ilişkiyi daha çok fazla ortaya koyacağına eminiz.

Kaynaklar

- 1) Last JM. A Dictionary of Epidemiology. IEA, 4th baskı, Oxford Univ Press, 2001, USA
- 2) McManus IC. Humanity and the medical humanities. The Lancet, 1995;346:1143-45.
- 3) Gordon J. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. 2005, MJA. Vol:182 Number 1.
- 4) Shapiro J. A Sampling of the Medical Humanities. Journal for Learning through the Arts, 2006, 2 (1):1-18.
- 5) Weed DL. Epidemiology, the Humanities, and Public Health. Am J Pub Health, July 1995, Vol. 85, No. 7. 914-18.
- 6) Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. J Med Ethics: Medical Humanities 2000;26:23–30
- 7) Donohoe M, Danielson S. A community-based approach to the medical humanities. Medical Education 2004; 38: 204–217.
- 8) Donohoe MT. Exploring the human condition: literature and public health issues. Teaching Literature and Medicine, AH Hawkins and MC McEntyre (ed.s) New York Modern Language Association, 2000.
- 9) T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Programı v.2.4, 2019. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50101/halk-sagligi.html> İnternet Erişim Tarihi: 10.09.2020
- 10) Balaban M, Eren EB, Bilgin AC, Ünal B, Kılıç B. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde İnsani Bilimler ve Sanatın Kullanımı. XXI. Ulusal - III. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, 26-30

Türkiye'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

163

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ • DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF DÖNMEZ

Giriş

Sağlığı etkileyen değişkenler üst üste katmanlar halindedir. En dış katmanda ülkenin genel sosyo-ekonomik ve politik yapısı bulunur. Örneğin Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik kriz, komşu ülkelerdeki savaş koşulları, demokrasi ortamı, dış politika vb. sorunlar tüm toplumun sağlığını etkileyen ilk sosyal değişkenler katmanını oluşturur. İkinci katmanda ise kişinin eğitim, meslek, gelir gibi sosyo-ekonomik statüsünü ve sınıfsal konumunu gösteren göstergeler vardır. Bu katman kişinin zengin veya yoksul olması, eğitilmiş veya eğitimsiz olması, yaptığı iş gibi değişik mülkiyet ve statü ilişkilerinden oluşur. Daha sonra üçüncü katmanda bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve son olarak da dördüncü katmanda genetik yapısı bulunur. Dış katmanlarda bulunan sosyal belirleyiciler iç katmanlara yani yaşam biçimi ve genetik yapıya da etki ederler. Bu nedenle bazı yazarlar ilk iki katmanın bazıları ise aslında tüm katmanların sosyal değişkenleri oluşturduğunu iddia ederler^(1,2). Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler oldukça geniş olup, bu bölümde aşağıda bir listesi verilen seçilmiş 20 sosyal değişken kısa başlıklar halinde incelenecektir:

1. Sınıfsal Konum / Statü
2. Gelir Dağılımı / Yoksulluk
3. İş / İşsizlik / Çalışma Koşulları
4. Toplumsal Cinsiyet
5. Kültür / Gelenek-Görenek / İnançlar
6. Eğitim / Sağlık Okur Yazarlığı
7. Sosyal Politika / Sosyal Güvence
8. Eşitsizlikler / Hakkaniyet

9. Beslenme / Gıda
10. Şiddet / Savaş
11. Demokrasi / Sivil Toplum
12. Irkçılık / Etnik Konum
13. Ayrımcılık / Dışlanma / Cinsel Yönelim
14. Göç / Göçmenlik
15. Yaşlılık
16. Konut / Barınma
17. Kentleşme
18. Sosyal Sermaye / Sosyal Ağlar
19. Psikososyal Etmenler / Stres
20. Erken Çocukluk / İntrauterin Dönemde Yaşanılan Sosyal Çevre

1. Sınıfsal Konum/Statü

Sınıfsal yapı sağlığı etkileyen en önemli sosyal değişkenlerdendir. Bunun nedeni sınıfın birçok sosyal değişkenin etkisini yansıtan, gösteren bir kavram olmasıdır. Bir toplum içinde bireyler veya gruplar arasında var olan tabakalaşmalar veya yapısal farklılıklar toplumsal sınıfları oluşturur. Günümüzde bütün sınıf çalışmaları Marxist Kuramla, Weberci Kuram arasında bir ortaklık kurar. Bu nedenle Erik Olin Wright tarafından tanımlanan sınıf kategorileri daha ön plana çıkmıştır⁽³⁾. EO Wright sınıfın yapısında 3 ölçüt üzerinde durur: Üretim araçlarının mülkiyeti, çalışanlar üzerinde kontrol ve üretim araçları üzerinde kontrol. Bu çerçevede yapılan Türkiye sınıf analizlerinde en altta işsizler, topraksız geçimlik köylüler ve mülksüz kentli emekçiler gelmektedir^(4,5). Sınıfsal konum olarak en alt gruplarla en üst gruplar arasında özellikle ölüm hızları

ve beklenen yaşam süreleri açısından ciddi farklılıklar vardır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre Bebek Ölüm Hızı (BÖH) yoksul ailelerde varsıl ailelere göre 5 kat daha yüksektir⁽⁶⁾. Anne Ölüm Oranı (AÖO) ise Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde Batıya göre iki kat daha yüksektir⁽⁷⁾. Bu durum beklenen yaşam sürelerine alt ve üst sınıflar açısından ortalama 5 yıllık bir fark getirmektedir.

2. Gelir Dağılımı / Yoksulluk

Gelir dağılımı, bir ülkede, belirli bir dönemde (genellikle 1 yıl) üretilen gelirin; kişiler, hane halkları, toplumsal gruplar, bölgeler ya da üretim faktörü sahipleri arasındaki dağılımıdır⁽⁸⁾. TÜİK 2008-2018 Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonuçlarına göre eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert gelirine göre sıralı yüzde 20'lik grupların dağılımına bakıldığında en yüksek yüzde 20'lik grubun toplam gelirden aldığı pay %1 oranında artarak %47,6'ya çıkmıştır. En düşük gelire sahip yüzde 20'lik grubun aldığı pay ise daha az oranda artarak (%0.3) %6,1 olmuştur. Toplumun en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'sinin gelirine oranı ise 7,8'dir. Gelir dağılımı eşitsizliği ölçütlerinden biri olan Gini katsayısı da 2018 verilerine göre Türkiye için 0,40 olarak saptanmıştır⁽⁹⁾. Türkiye'nin de içinde bulunduğu OECD ülkelerindeki gelir dağılımı eşitsizliği incelendiğinde Türkiye'nin Şili ve Meksika'dan sonra en yüksek gelir dağılımı eşitsizliğine sahip olan ülke olduğu görülmektedir⁽¹⁰⁾. OECD ülkelerinin Gini katsayısı ortalaması 0.31'dir. Türkiye'deki yoksulluk oranı ise yoksulluk sınırı medyan değerinin %50'si alındığında 2017 yılı için %13.5 iken 2019 yılı için %14.4 olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de 2010'dan sonra ilk kez yoksulluk oranının arttığı görülmektedir⁽¹¹⁾. Yoksulluk kötü beslenme, kötü koşullarda yaşama, çalışma nedeniyle daha fazla hastalanma ve ölüme yol açmaktadır.

3. İş / İşsizlik / Çalışma Koşulları

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından hazırlanan raporda iş kalitesinin yedi boyutu 'Fiziksel ortam, çalışma yoğunluğu, çalışma süresi ve kalitesi, sosyal ortam, beceri ve gelişim, imkânlar ve kazançlar' incelenmiştir. Türkiye'nin de içinde

olduğu bu raporda aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır⁽¹²⁾.

2015 yılında Türkiye Hanehalkı İşgücü Anketi'ne göre ülke genelinde istihdam oranı %46 olarak gerçekleşmiştir. Çalışanların sadece yarısı (%51) sürekli bir işi olan ücretli kesimdir. Diğer çalışanlar arasında kayıt dışı çalışma yüksek orandadır. Daha da önemlisi ILO verilerine göre Türkiye'de işçilerin %15'i önümüzdeki altı ay içinde işlerini kaybedebileceklerine inanmaktadır. TÜİK 2020 verilerine göre ise Türkiye'de işsizlik oranı %12.8 iken bu oran tarım dışı kesimde %14.9 olmaktadır. OECD verilerine göre ise Türkiye 15-29 yaş arası gençlerde (öğrenim görenler hariç) %28.4 işsizlik oranıyla birinci sıradadır⁽¹²⁾. Bu yüksek oranlar Türkiye'de işsiz gençlerde depresyon, anksiyete, bağımlılık, intihar başta olmak üzere ciddi ruhsal sorunlara ve ölümlere yol açmaktadır.

Türkiye'de çalışanların sağlık sorunları açısından ise yüksek gürültü (%44), tekrarlayan hareketler ve rahatsız edici çalışma pozisyonları en yaygın sorunları oluşturmaktadır. Çalışanların %59'u yorucu veya ağırlı pozisyonlara sahip olmalarını gerektiren işlerde çalışmaktadır. Ayrıca işçilerin %23'ü ikincil tütün dumanına maruz kalmakta, %26'sı iş yerinde partiküllere ve kimyasallar, toz, duman, duman veya gazlar gibi tehlikelere maruz kalmaktadır⁽¹²⁾.

Türkiye İş Kanunu'na göre, ülkenin standart çalışma haftası 45 saattir ve her iş günü 11 saati aşamaz. Ancak bu yasal hükme rağmen, Türk işçilerin %57'si haftada 48 saati aşan bir süre çalıştığını bildirmektedir. Ayrıca Türkiye'de işçilerin %4'ü işyerinde sözlü tacize maruz kalmak, istenmeyen cinsel ilgi, tehditler, küçük düşürücü davranışlar, fiziksel şiddet, cinsel taciz ve/veya zorbalık olarak tanımlanan olumsuz sosyal davranışlar yaşadığını bildirmektedir⁽¹²⁾.

4. Toplumsal Cinsiyet

Toplumsal cinsiyet, toplumun kadınlar ve erkekler için uygun gördüğü rol, davranış, etkinlik ve niteliklerini ifade eder. Toplumsal cinsiyet aynı zamanda insanlar arasındaki ilişkileri ifade eder ve bu ilişkiler içindeki güç dağılımını yansıtır⁽¹³⁾. Türkiye'de toplumsal cinsiyet durumu UNDP'nin "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" içinde yer alan toplumsal cinsiyet indikatörlerine göre kısaca değerlendirilecektir⁽¹⁴⁾:

Kadına Yönelik Şiddet

Türkiye’de kadına yönelik şiddet oranları incelendiğinde son 12 ayda eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmış kadınların oranı yüzde 8’dir. Türkiye genelinde evlenmiş kadınların yüzde 12’si yaşamının herhangi bir döneminde, yüzde 5’i ise son 12 ay içinde cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kadına yönelik şiddet biçimleri arasında en yaygın olanı ise duygusal şiddet ve istismardır. Türkiye genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları duygusal şiddet/ istismar oranı yüzde 44, son 12 ayda ise yüzde 26’dır⁽¹⁵⁾. OECD’nin 2019 verilerine göre, 36 üye arasında ömürlerinde en az bir kez eşinden fiziksel veya duygusal şiddet gören kadın oranının en yüksek olduğu ülke yüzde 38 ile Türkiye’dir. OECD ortalaması ise %22’dir⁽¹⁶⁾.

Ulusal parlamentolardaki ve yerel yönetimlerdeki kadınların oranı

TBMM 2020 milletvekili dağılımına bakıldığında toplam milletvekillerinin %17’si kadın, %83’ü erkektir⁽¹⁷⁾. “Siyasette Kadın 2020” haritasına göre ise dünyada parlamentolarda kadın oranı %25’dir. Türkiye kadın milletvekili sıralamasında 193 ülke arasında 122. sırada bulunmaktadır. Kadın bakan sıralamasında ise Türkiye 190 ülke sıralamasında 138. sıradadır⁽¹⁸⁾.

İşgücüne Katılım ve Yöneticilik Oranı

Kadınların işgücüne katılım oranı 2019 yılında itibarıyla dünyada %47 iken Türkiye’de çok daha düşüktür (%34)⁽¹⁹⁾. Genel olarak toplumsal cinsiyet olgusundan kaynaklanan, kadının işgücüne katılımını olumsuz etkileyen birçok durum mevcuttur. Ayrıca, işgücü piyasasında çalışan kadının üst-yönetim kademesine yükselmesinin de önünde engeller vardır. Kadınların yönetici pozisyonunda çalışması incelendiğinde Türkiye’nin %13 ile dünya ortalamasının (%27) oldukça gerisinde kaldığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak, kadının tarihi süreçteki kalıplaşmış konumu, kadınların erkek iş arkadaşlarıyla gayri-resmi iletişim kurmakta zorluk çekmeleri, ulaştıkları yöneticilik makamlarının, organizasyonların tümünü yönetme imkânı tanınmaması, kariyer ve iş tanımlarının erkek değer yargılarına ve erkek davranışlarına uygun bir biçimde tanımlanmış olması şeklinde ifade edilebilir⁽²⁰⁾.

5. Kültür / Gelenek / İnançlar

Gelenek, bir toplumda eskiden kalmış olmaları dolayısıyla saygın tutulup kuşaktan kuşağa iletilen, toplumsal yaptırım gücü olan kültürel kalıntılar, alışkanlıklar, bilgi, töre ve davranışlardır. Kültür ise; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde insan tarafından yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür⁽²¹⁾. Bireyin yiyecek türleri, pişirme yöntemleri, uyku alışkanlıkları, kıyafet tercihi, giyinme biçimleri, hastalığı algılama tarzları kültürlerin bireye kazandırdığı özelliklerdir. Tüm bu nedenlerden dolayı kültürün hastalıkların oluşumunda ve algılanışında oldukça önemli etkisi vardır⁽²²⁾.

Türkiye’de özellikle son 10 yıllık dönemde Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere iktidar eliyle geleneksel sağlık hizmetlerinin desteklendiği ve vb. bu yöntemlerin modern tıbbı bir alternatif olarak piyasalaştırıldığı görülmektedir. Hacamat, kupa uygulamaların bireylerin sağlığına verdiği zararlar ise sadece tanı ve tedavilerin gecikmesi ile sınırlı kalmamakta doğrudan bireylerin fiziksel sağlığını da bozabilmektedir. Öte yandan tarikatlar eliyle cin çıkarma, nazar, büyü bozma, muska uygulamaları da özellikle kadın ve kız çocuklarının istismar edildiği olaylar giderek artmaktadır.

6. Eğitim / Sağlık Okur Yazarlığı

Eğitim ile sağlık arasında, bilindik, sürekli, pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki bulunur. Eğitim düzeyinin yükselmesiyle daha az hastalık ve eşlik eden hastalık, daha uzun ömür, daha uzun sağlıklı yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişimde artış, sağlıkla ilişkili verimde artış, sağlık bilgisinde artış görülür. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet, fiziksel fonksiyonlar, ölüm oranları, sakatlık, hayat beklentisi ve sağlık davranışı gibi birçok farklı sağlık göstergesi daha kötü durumdadır⁽²³⁾. Ancak Türkiye gerek eğitim gerekse sağlık okur yazarlığı alanlarında iyi bir durumda değildir. 2018 yılında yayınlanan PISA raporuna göre Türkiye okuma becerileri sıralamasında 79 ülke arasında 40. sırada, 37 OECD ülkesi arasında ise 31. sırada yer almıştır⁽²⁴⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye’de toplumda yeterli sağlık okuryazarlık oranı ancak %31 çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43,5’i hekim tarafından tanısı konmuş 6 ay veya daha uzun süreli devam eden bir kronik hastalığa sahiptir. Araştırma, hastalık grupları için yetersiz sağlık okuryazarlığı olanlarda sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin başarılı sonuçlar vereceğini göstermektedir⁽²⁵⁾.

7. Sosyal Politika / Sosyal Güvence

Sosyal politika bir toplumda sağlık, eğitim, barınma, beslenme, istihdam vb gibi alanları hedefleyen ve sürekliliği ve kapsayıcılığı olan düzenlemeler ve uygulamalardır. Sosyal politikanın temel özelliği toplumsal refahı yani ekonomik önlemler başta olmak üzere sosyal güvence, sosyal adalet, sosyal barış ve eşitliği sağlamak için yapılması gerekenleri konu edinmesidir⁽²⁶⁾. Bu anlamda Türkiye’de hukuksal düzenlemeler kısmen yeterli olmakla birlikte hükümet ve NGO kuruluşlarının (sendikalar, dernekler, vakıflar) çalışmaları yeterli değildir.

Sosyal sigorta kapsayıcılığı son yıllarda Türkiye’de %90’nın üzerine çıkmış olmakla birlikte cepten yapılan sağlık harcamaları halen %20 dolayındadır. 2010 yılında kişi başına düşen cepten sağlık harcaması miktarı 149 USD iken, 2018 yılına gelindiğinde yaklaşık %50 artarak 214 dolara yükselmiştir^(27,28). Sosyal güvenlik harcamaları da (devlet tarafından sosyal sigorta kapsamına girmeyen veya eksik kalan alanlarda yapılan harcamalar) yeterli değildir. Kimsesizler, özürsüzler, göçmenler, yaşlılar, yoksullar (çocuk, gıda, kömür yardımları), ve evde bakım hizmetlerine ayrılan para 2020 yılı bütçesinin %6,3’üdür (69 milyar TL). Bu oran AB ülkelerinde ortalama %29 (Fransa %33), OECD ülkelerinde ortalama %22’dir^(29,30).

8. Eşitsizlikler / Hakkaniyet

Sağlıkta eşitsizlik, sağlığa etki eden sosyal etmenlerin ve/veya sağlık sistemindeki yetersizliklerin etkisiyle bireylerin ve/veya toplumun sağlığında önlenemez ve kabul edilemez bozulmaların oluşmasıdır⁽³¹⁾. Sağlıkta eşitsizlikler mortalite, morbidite, engellilik, sağlığı etkileyen risk etmenleri, sağlık algısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kullanı-

mı ile ilişkili sonuçları doğrudan etkiler. Eşitsizliğe uğrayan gruplarda gerek bulaşıcı, gerekse bulaşıcı olmayan hastalıklar, kazalar, yaralanmalar ve ölümler daha fazla görülür⁽³²⁾. Eşitsizliklerle ilgili çalışmalar şiddet (cinayet) ve insanların birbirine güven düzeyinin de azaldığını göstermiştir⁽³³⁾.

9. Beslenme / Gıda

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alınmasıdır. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenmeyle, hastalıkların görülme riskinin azalması, protein enerji malnütrisyonun, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi vb. beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesi sağlanır⁽³⁴⁾. Beslenme ve sağlık sorunları incelendiğinde, Türkiye’de beslenmeye bağlı sık rastlanan sağlık sorunları obezite, demir yetersizliği anemisi, büyüme ve gelişme geriliği, iyot yetersizliği, ve vitamin yetersizliğidir⁽³⁵⁾.

TNSA 2018 verilerine göre kadınların %59’u fazla kilolu veya şişmandır⁽⁸⁾. Okul çağı çocuklarını kapsayan araştırma sonuçlarına göre; Türkiye genelinde çocukların %6,5’inin şişman, %14,3’ünün hafif şişman/kilolu % 1,3’ünün ise çok zayıf olduğu görülmektedir. Şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü bölgeler İstanbul (%13,0) ve Batı Marmara’dır (%11,7). Çocukların %5’inin bodur, %21’inin kısa boylu olduğu saptanmıştır. Çocuklarda yaş ve günlük ortalama bilgisayar başında geçirilen süre arttıkça BKİ’nin de arttığı saptanmıştır. Buna karşın, haftada spor kulübüne gitme sayısı ile uyku uyuma süresi arttıkça BKİ değerinin azaldığı belirlenmiştir⁽³⁶⁾. Türkiye genelinde 6-11 yaş grubu çocukların %10,8’inin kahvaltı yapma alışkanlığına sahip olmadığı, %9,1’inin öğle öğününü atladığı görülmektedir. Türkiye genelinde 20 yaş ve üzeri bireylerde süt tüketmeyenlerin oranı %44,6; kırmızı et tüketmeyenlerin oranı %20,2; balık tüketmeyenlerin oranı ise %39,1’dir. Ambalajlı ürünlerdeki sağlık-beslenme beyanına dikkat edenlerin oranı da sadece %7,6’dır⁽³⁵⁾.

10. Şiddet / Savaş

Türkiye’de son yıllarda silahlanmada ve şiddete bağlı travmalarda artış olması önemli bir göstergedir. Türkiye’de 20 milyonun üzerinde silah bulun-

maktadır ve bunların %90’ı ruhsatsızdır. “*Türkiye’nin Silahlı Şiddet Haritası 2019 Raporu*” verilerine göre 2018 yılında 3623 silahlı şiddet olayında 2211 kişi ölmüş ve 3736 kişi de yaralanmıştır⁽³⁷⁾. Bireysel silahlanmadaki artış bakımından 178 ülke arasında 14. ülke durumunda olan Türkiye’de her üç aileden birinde silahla ilgili bir dram (ölüm, sakatlık vb) yaşandığı saptanmıştır⁽³⁸⁾.

11. Demokrasi / Sivil Toplum

Demokrasi ve sivil toplum yaklaşımı devletin vatandaşlarına baskı yapmadığı ve kendini ifade etme hakkını tanıdığı daha liberal bir yapıyı ifade eder. Sivil toplum, devletin doğrudan denetlemediği, bağımsız ve gönüllü bir şekilde oluşturulan kurum ve etkinlikleri ifade eder. Demokrasi ve sivil topluma ulaşmak için devlet vatandaşlarının siyaset yapmasına karışmamalı ve baskı yapmamalıdır⁽³⁹⁾. Son 10 yıllık dönemde Türkiye’de giderek artan otoriter bir yapı gözlenmektedir. İktidarı desteklemeyen muhalif sivil toplum örgütlerine özellikle son zamanlarda görüldüğü gibi barolar ve Türk Tabipleri Birliği örneklerinde de görüldüğü gibi artan bir baskı gözlenmektedir. Oysa demokrasi ve sivil toplum kuruluşları bireyin sağlık hakkını savunması nedeniyle sağlıklı bir toplum için büyük bir öneme sahiptir.

12. Irkçılık / Etnik Konum

Irkçılık, kendi ırkı dışındaki bir ırkın mensuplarına negatif anlamda farklı muamelede bulunmak olarak tanımlanır. Bu durum yasalarla yasaklanmış olmasına karşın genellikle dominant konumdaki bir ırkın diğer ırkın etnik kimliğine bakarak küçümsemesi, dışlaması ya da negatif anlamda ayrımcılık yapması ile bireylerin sağlığını bozarak sonuçlanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde yapıldığında ciddi bir etik sorun da yaratır. Ancak gene de sağlık hizmeti alırken hastalar tarafından ırk ayrımcılığının algılandığı veya yetersiz sağlık hizmeti aldıkları birçok araştırmayla saptanmıştır^(40,41). Türkiye’de uzun süredir Kürtler, Ermeniler, Romanlar, Rumlar, Suriyeliler gibi gruplar üzerinde etnik ayrımcılık uygulandığı görülmektedir⁽⁴²⁾. Bu gruplarda mevsimlik tarım işçiliğinin ve riskli-tehlikeli işlerde çalışmanın daha yaygın olduğu, buna bağlı kazalar, bulaşıcı hastalıklar ve ruhsal sorunların daha fazla görüldüğü, etnik ayrımcılığın çocuk-

luktan yaşlılığa kadar yaşamın tüm dönemlerinde bir sağlık sorunu oluşturduğu dikkate alınmalıdır⁽⁴¹⁾.

13. Ayrımcılık / Dışlanma / Cinsel Yönelim

Ayrımcılık, aynı şartlardaki bireylere yasal bir zemine dayandırılmaksızın, sadece bazı özelliklerine bakılarak diğerlerinden farklı davranılması demektir⁽⁴⁰⁾. Başka bir ifadeyle ayrımcılık, sosyal olarak tanımlanmış gruplar arasında eşitsizliğe yol açan bir dizi politika, uygulama ve davranış olarak karşımıza çıkar. Kişilere olumsuz davranılmasına sebep olan özellikler daha önceki başlıklarda değinilen sınıfsal köken ve ırk dışında en sık din-inanç, cinsiyet, yaşlılık, hastalık, engellilik, cinsel yönelim gibi konularda görülmektedir^(40,41).

Cinsel yönelim bireyin erotik açıdan hangi cinsle karşı ilgi duyduğu, hangi cinsi arzuladığıyla ilgilidir. Yapılan çalışmalara göre toplumlarda kendi cinsi ile cinsel ilişki kuranların oranı %3-5 arasında değişmektedir. Geyleyler, lezbiyenler, biseksüeller ve cinsiyet değiştirmişler ayrımcılığa konu olan farklı cinsel yönelimli bu azınlık grubu temsil etmektedir. Farklı cinsel yönelimi olan kişiler sağlık kuruluşlarında çalışanların homofobik korkuları yüzünden yeterli hizmeti alamamaktadırlar⁽⁴⁰⁾.

14. Göç / Göçmenlik

Göç, insanların ekonomik, toplumsal, siyasal nedenlerle bireysel veya kitlesel olarak yer değiştirme eylemleri olarak tanımlanır⁽⁴³⁾. Türkiye özellikle coğrafi konumu ve siyasi nedenler ile göç hareketliliğinden en fazla etkilenen ülkelerin başında gelmektedir. Son yıllarda Türkiye’yi etkileyen en önemli göç dalgası 2011 yılında Suriye krizi ile başlamış ve Türkiye’deki geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyeli sayısı 11 Haziran 2020 itibarıyla toplam 3.585.198 kişi ve bu kişilerin 1.681.471’i (%46,9) 0-18 yaş grubu çocuklardır⁽⁴⁴⁾. TÜİK verilerine göre Türkiye’ye 2019 yılında göç eden yabancı uyruklu nüfusun %14,5’i Irak, %13,8’i Türkmenistan, %8,2’si Afganistan, %7,5’i Suriye ve %7,3 ile İran vatandaşları oluşturmaktadır⁽⁴⁵⁾.

Göçmenlerde barınma, beslenme, çalışma koşulları nedeniyle önemli sağlık sorunlarına rastlanmaktadır. Bu sorunlar ruhsal (depresyon, alkol, sigara, şiddet), iş kazası, meslek hastalığı, cinsel

istismar, şiddet, beslenme sorunu, bulaşıcı hastalık riski olarak tanımlanabilir. Ayrıca bu grupların sosyal/kültürel nedenlerle, izolasyon, ayırmacılık, dışlanma, entegrasyon ve dil sorunu nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sorunları vardır^(46,47).

15. Yaşlılık

Yaşlılığın sadece biyolojik ve kronolojik değil aynı zamanda sosyal, toplumsal ve psikolojik boyutları da vardır⁽⁴⁸⁾. Türkiye’de son yıllarda yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır ve 2019 yılı itibarıyla nüfusumuzun %9.1’i yaşlı nüfus grubundadır⁽⁴⁹⁾. Yaşlı nüfusta kronik hastalıklar daha sık görülmekte, ölümler ise daha çok disfonksiyon ve kanser nedeni olmaktadır. En sık görülen kronik hastalıklar kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, astım, kronik bronşit-amfizem, kanser, diabetes mellitus ve artrittir⁽⁴⁸⁾. Türkiye’de yaşlıların ölüm nedenleri incelendiğinde ölümlerin %46’sının dolaşım sistemi, %16’sının kanserler ve %13’ünün solunum sistemi hastalıkları nedeniyle olduğu saptanmıştır⁽⁴⁹⁾.

16. Konut / Barınma

Konut kişinin temel gereksinimlerinden birisidir ve 1948 tarihinde yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde “bir insan hakkı” olarak tanımlanmıştır. Sanayileşmeye bağlı olarak kentleşmenin artmasıyla birlikte konut sorunu daha fazla ortaya çıkmıştır. Türkiye’de sanayileşme ile başlayan göç hareketliliği ile birlikte nüfusun barınma ihtiyacı ortaya çıkmıştır⁽⁵⁰⁾. Konut ihtiyacının en alta olması veya hiç olmaması kentlerin gelişmişliklerini göstermektedir. Türkiye’de konut sorunu konut tüketiminin eşitsiz dağılımından kaynaklanmaktadır. Türkiye’de konut için ayrılan harcama payı da oldukça yüksektir. TÜİK 2019 verilerine göre Türkiye hane halkı tüketim harcamasına bakıldığında konut ve barınmanın payı %24 olarak belirtilmiştir⁽⁵¹⁾.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı raporunda 2020 yılına kadar en az 100 milyon gecekondulu sakininin yaşamının önemli ölçüde iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda incelendiğinde Türkiye genelinde 2000 yılında toplam konut ihtiyacı 10.906.368 iken bu sayı 2.860.343 artarak 2010 yılında 13.766.711 olmuştur. Türkiye’deki konut sorununun en büyük nedenleri; hızlı ve plansız kentleşme, toprak ve kent rantı, yoksulluk, imar afları,

ekonomik olmayan konut yatırımları, boş ya da aşırı derecede kalabalık konutlardır⁽⁵²⁾.

17. Kentleşme

Kentleşme uygarlık tarihinin en önemli basamaklarından birisidir. Kentleşmeyle birlikte ekonomik anlamda tarımsal üretimden sanayileşme ve uzmanlaşmaya; kültürel ve sosyal anlamda ise kentsel yaşam biçimine (kentlilik) geçiş olmuştur. Kent ve sağlık ilişkisi ise ilk olarak sağlıklı su ve kanalizasyon sistemi üzerinden daha sonra yoksulluk ve iş-işsizlik üzerinden kurulmuştur. Günümüzdeyse hem sınıfsal yapının, hem kültür endüstrisinin hem de eşitsizliklerin görüldüğü önemli bir halk sağlığı alanı olmuştur⁽⁵³⁾.

Kentlerdeki değişen yaşam tarzları başta obezite, gürültü ve hava kirliliğine bağlı solunum yolu hastalıkları olmak üzere yeni sağlık sorunları ortaya çıkarmıştır. Artık kentlerde iklim duyarlı ve doğa-esaslı uygulamalara gereksinim vardır. DSÖ ile başlayan Sağlıklı Kentler Hareketi bu anlamda ülkemizde bisiklet yolları ve kentsel dönüşüm projeleriyle kısmen de olsa olumlu örnekler içermektedir^(53,54).

18. Sosyal Sermaye / Sosyal Ağlar

Sosyal sermaye, toplumun tutkalı olan sosyal ağlardır. Ortak bir kimlik anlayışından, güven ve dostluk gibi değerlerden gelişir. Sosyal sermaye, sosyal bağlar (aile, yakın arkadaş, komşular), sosyal köprüler (iş arkadaşları, eski arkadaşlar, uzak tanıdıklar) ve sosyal zincirlerden (sosyal hiyerarşi) oluşur^(2,55). Fakat sosyal bağlar aynı zamanda kısıtlayıcı da olabilir (örneğin göçmen gruplarında, etnik gruplarda vb). Sosyal sermaye sağlığın sosyal iyilik hali ile yakından ilişkilidir. Modern toplumalarda sosyal bağların ve birbirine güvenin zayıflamış olması bireylerin ruh sağlığıyla ilgili sorunların artmasına yol açmıştır. Türkiye’de başkalarını güvenilir bulma oranı %15’dir⁵⁶. Güvenin azalmasıyla sağlık arasında korelasyon saptanmıştır³³. Depresyon, intiharlar, şiddet ve cinayetlerde artış sosyal ağların zayıfladığı yerlerde daha fazla görülmektedir. Sosyal sermaye bir hastalık durumunda destek bulmakta ve bilgiye/hizmete erişmekte de kolaylık sağlamaktadır^(2,55-57).

19. Psikososyal Etmenler / Stres

İnsanların gündelik yaşamda iş yükleri ve bu işleri kontrol edebilme gücü arasındaki uyumsuzluklar bir gerilim/stres yaratır. Dolayısıyla kontrol edemediğimiz ama bizi baskı altına alan her iş bizi strese sokarak sağlığımızı bozar. Bu durum özellikle kronik stres varlığında stres hormonlarının artması ve başta kalp damar hastalıkları ve ruhsal hastalıkların görülmesi olmak üzere sağlığımızı bozar. Baş ağrısı, uyku problemleri, yeme sorunları, motivasyonda düşme, alkol-madde bağımlılığında artma, kaygı ve bunaltıya yol açar⁽⁵⁸⁾.

Psikososyal etmenler özellikle çalışma ortamında daha yoğun bir şekilde önümüze çıkmaktadır. İşin karmaşıklığı, zihinsel iş yükü, değişken çalışma saatleri, iş-ev çatışması ve ayrımcılık iş yaşamında sık rastlanan psikososyal etmenlerdir ve doğrudan çalışanın sağlığına etki eder⁽⁵⁹⁾. Türkiye’de 2015 yılında sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların % 66,1’inde tükenmişlik, % 42,6’sında mobbing ile ilgili risk faktörleri yüksek düzeyde, % 76,5’inde stres ve şiddet artmış risk düzeyindedir. Buna bağlı olarak tükenmişlik oldukça fazladır⁽⁶⁰⁾.

20. Erken Çocukluk / İntrauterin Dönemde Yaşanılan Sosyal Çevre

İntrauterin dönem ve ilk 6 yaş içinde yaşanan sosyal çevre çocukların sağlığını etkilemektedir. Annenin içinde yaşadığı koşullar (beslenme, konut, iş vb) ve diğer sosyal değişkenler özellikle kronik stres varlığında anne karnında fetüsün gelişimine olumsuz etkiler yapabilmektedir. Aynı durum erken çocukluk dönemi için de geçerlidir. Çocuğun sadece fiziksel değil aynı zamanda mental, psikolojik ve sosyal gelişimi sosyal çevreden doğrudan etkilenir. Türkiye’de 2000-2007 yılları arasında yayınlanan konuyla ilgili araştırmalarda özellikle beslenme sorunları (vitamin yetersizliği, iyot eksikliği, anne sütü vb) yaşayan çocuklarda zihinsel, sosyal ve bedensel sağlık durumunun diğer çocuklara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Aynı durum yoksul ve eğitim sorunu yaşayan çocuklar için de saptanmıştır⁽⁶¹⁾.

Sonuç

Sonuç olarak sağlığı etkileyen çok sayıda sosyal değişkenin aynı zamanda birbirleriyle de sürekli etkileşim içinde olduğunu belirtmek gerekir. Örneğin yoksulluk değişkeni beslenme ve yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir. Yapılan iş veya işsizlik hastalık ve kazalarla sağlığı doğrudan etkilediği gibi göç durumuna da yol açabilir. Şiddet, savaş, demokrasi, ekonomik krizler hem yoksulluğa hem işsizliğe hem de göçlere yol açabilir. Eğitimsizlik hem yoksullukla hem işsizlikle hem çalışma koşullarıyla yakından ilişkilidir. Gelenek, görenekler, kültür ve inançlar toplumsal cinsiyeti, beslenmeyi, sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkiler. Sınıfsal konum ise tüm değişkenlerle ve sağlık düzeyiyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle okurlar açısından konuyu parça parça ele almak yerine bir bütün olarak incelemek daha anlaşılır olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden, 1991.
- 2) Raphael D. Social Determinants of Health. 2.ed. Canadian scholars press inc. Toronto, 2009.
- 3) Özügürlü M. Toplumsal Sınıflar, Kuramsal Kapsam ve Metodolojik Yaklaşımlar. Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik içinde (ed:MC Ecevit, F Güneş), Anadolu Ü. Yay.No:2415, 3.baskı, Eskişehir, 2014, 24-43.
- 4) Bahçe S, Günaydın FY, Köse AH. Türkiye’de Toplumsal Sınıf Haritaları:Sınıf Oluşumları ve Sınıf Hareketliliği Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. S.Şahinkaya, İ.Ertuğrul (Eds), Bilsay Kuruç’a armağan kitabı içinde (s:359-392). Mülkiyeliler Birliği Yayınları, Ankara, 2011.
- 5) Boratav K. İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri. İmge Kitabevi, Ankara, 2004.
- 6) HÜNEE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2003.
- 7) HÜNEE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tmsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 8) Metin B. Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele. Sosyal Politika içinde (ed:Aİ.Oral, Y.Şişman), Anadolu Üniv. Yay. No:2628, 4.baskı, Eskişehir, 2015, 90-120.
- 9) TÜİK. Hanehalkı Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2018. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011#, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 10) OECD. Factbook, 2015-2016. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/factbook-2015-en.pdf?expires=1593348476&id=i-d&accname=guest&checksum=E8D3066848F2FB951E5E-37750439C4A5>, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 11) TÜİK. Temel İstatistikler, Eşdeğer hanehalkı ullanılabilir fert gelirine göre hesaplanan yoksul sayıları, yoksulluk oranı ve yoksulluk açığı, 2006-2019. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020

- 12) ILO. Working conditions in a global perspectives, 2019. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_696174.pdf İnternet Erişim tarihi: 05.08.2020
- 13) Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. Bull World Health Organ, 2018, 96 (9), 643-52.
- 14) UNDP, 2020. <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals.html>, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 15) Hacettepe Üniversitesi NEE. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014, http://ceidizleme.org/ekutuphane-resim/dosya/29_1.pdf. İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 16) OECD. Society at a Glance 2019. OECD Social Indicators. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2019_soc_glance-2019-en İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 17) Türkiye Büyük Millet Meclisi Milletvekili Dağılımı (TBMM, 2020) https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/milletvekilleri-miz_sd.dagilim, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 18) UN. Women in Politics:2020. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/women-in-politics-map-2020> İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 19) ILO. 2020 https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer58/?lang=en&segment=indicator&id=EAP_2WAP_SEX_AGE_RT_A İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 20) Akdemir S, Özaktaş FD, Aksoy N. Türkiye’de ve Seçilmiş Ülkelerde Kadının İşgücü Piyasasındaki Yeri. Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi, 2019 (43), 184-202.
- 21) Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık Hastalık ve Kültür Etkileşimi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, Cilt: 9, Sayı:3.
- 22) Türk Dil Kurumu (2020) <https://sozluk.gov.tr/> İnternet Erişim Tarihi 05.08.2020
- 23) Toprakçı E, Meşe ÖF. Türkiye’de Bireylerin Eğitim Düzeyi ile sağlığı Arasındaki İlişki: Ulusal Veriler Işığında Bir Analiz. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2019, Sayı: 51: 118-143.
- 24) PISA 2018 Türkiye Ön Raporu. http://www.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_12/03105347_PISA_2018_Turkiye_On_Raporu.pdf, İnternet Erişim tarihi: 10.06.2020
- 25) Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, 2019. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> İnternet Erişim tarihi: 10.09.2020
- 26) Bedir E. Sosyal Politikaya İlişkin Genel Bilgiler. Sosyal Politika içinde (ed: Aİ.Oral, Y.Şişman), Anadolu Üniv. Yay.No:2628, 2-27.
- 27) Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2019.
- 28) SGK. Aylık İstatistik Bilgileri, Mali İstatistikler ve Sağlık İstatistikleri, Nisan-Mayıs 2020. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri İnternet Erişim tarihi: 30 Temmuz 2020
- 29) T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Bütçe Genel Müdürlüğü. 2020 Yılı Bütçesi, Vatandaşın Bütçe Rehberi, Ocak 2020, Ankara. İnternet Erişim Adresi: <https://www.sbb.gov.tr> İnternet Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2020
- 30) Kleinman M. Kriz mi? Ne Krizi? Avrupa Refah Devletlerinde Süreklilik ve Değişim. Sosyal Politika Yazıları içinde (ed. A Buğra, ÇKeyder), İletişim Yay., 2006, s:159-193.
- 31) Şimşek H, Kılıç B. Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012;10 (2):116-127.
- 32) Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998.
- 33) Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: Why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press, 2009.
- 34) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi, (2016) (<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf?0>, İnternet Erişim Tarihi: 02.08.2020
- 35) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>, İnternet Erişim Tarihi: 02.08.2020
- 36) Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi Projesi Araştırma Raporu, 2011. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_okul_cocuk_6_10yas_bu_yume_izlen_rap.pdf, İnternet Erişim Tarihi: 02.08.2020
- 37) Ünker P. Türkiye’de bireysel silahlanma: Şiddet neden artıyor? Deutsche Welle. <https://www.dw.com/tr/t%C3%BCrkiye-de-bireysel-silahlanma-%C5%9Fiddet-neden-art%C4%B1yor/a-53660740> İnternet Erişim Tarihi: 10 Eylül 2020
- 38) Umut Vakfı. Türkiye Silahlı Şiddet Haritası, 2015. <http://www.umut.org.tr/umut-vakfi-turkiye-silahlı-siddet-haritasi-2015/> İnternet Erişim Tarihi: 10 Eylül 2020
- 39) Akın OF. Sivil Toplum. Siyaset Bilimi Ders Notları, Bölüm:8. https://www.academia.edu/35782472/Siyaset_Bilimi_Ders_Notlar%C4%B1_B%C3%B6lüm%C3%BCm_8_Sivil_Toplum İnternet Erişim Tarihi: 10 Eylül 2020
- 40) Alkan A, Erdem R, Çelik R. Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19 (3): 365-390.
- 41) Aksu Tanık F. Ayrımcılığın Sağlık Etkileri Nasıl Görünür Kılınır? Toplum ve Hekim, 2020, c:34, s:2:153-160.
- 42) Alp S, Taştan N. Türkiye’de İrk veya Etnik Köken Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu. İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2011.
- 43) SG İhlamur Öner. Uluslararası Göçle Bağlantılı Toplumsal Hareketler. Yeni Toplumsal Hareketler içinde (ed:B.Kartal, B.Kümbetoğlu), Anadolu Üniv. Yay.No:3544, Eskişehir, 2017, 133-164.
- 44) Mülteciler Derneği, 2020. <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/> İnternet Erişim Tarihi: 17.07.2020.
- 45) TÜİK. Temel İstatistikler, 2020. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1067# İnternet Erişim Tarihi: 17.07.2020
- 46) TTB. Savaş, Göç ve Sağlık. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2016. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr_en.pdf İnternet Erişim Tarihi: 17.07.2020
- 47) WHO. Health Status Survey of Syrian Refugees in Turkey, Non Communicable Risk Factors Surveillance Among Syrian Refugees Living in Turkey. WHO STEPS Survey, 2016. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli%20m%C3%BCltesi%20ingilizce.pdf> İnternet Erişim Tarihi: 17.07.2020
- 48) Aslan D, Koç E, Çolaklar M. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Durumlarının Toplum Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2018, c:21 s:29-48.
- 49) TÜİK. Temel İstatistikler. Nüfus ve Demografi, 2020. <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> İnternet Erişim Tarihi: 17.09.2020
- 50) Emekçi Ş, Tanyer AM, Maliyet YD. Türkiye’de Alt Gelir Grubunun Konut Sorunu ve Yaşam Döngüsü Maliyet Analizi Tabanlı Çözüm Önerisi. Tasarım Kuram. 2019;15 (27):55-63.
- 51) TÜİK. Temel İstatistikler, 2019. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> İnternet Erişim Tarihi:03.08.2020.

- 52) IMO, 2010, Türkiye’de Konut Sorunu ve İhtiyacı Raporu, http://www.imo.org.tr/resimler/dosya_ekler/9ca6617c167713d_ek.pdf?tipi=4&turu=H&sube=0 İnternet Erişim Tarihi: 03.08.2020
- 53) Sağlıklı Kentler Birliği. Uluslararası Kent ve Sağlık Kongre Kitabı. 11-14 Aralık 2018, Bursa, 2019.
- 54) Velibeyoğlu K. Kentsel Çevre Tasarımında Halk Sağlığı Algısının Dönüşümü. Uluslararası Kent ve Sağlık Kongre Kitabı, s:83-88, Bursa, 2019.
- 55) Keçeli AF. Sosyal Sermaye. Birikim, 29 Mayıs 2013. <https://www.birikimdergisi.com/guncel/719/sosyal-sermaye> İnternet Erişim Tarihi: 10.09.2020
- 56) Kayı İ, Özgülnar N. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri İçinde Ara Halka: Sosyal Sermaye. Toplum ve Hekim, 2015, c:30, s:1:29-41.
- 57) Şavran TG. Sosyal Sermaye ve Sağlık Arasındaki İlişki: Ampirik Çalışmalar Ne Gösteriyor? Journal of Economy Culture and Society 2018; 57: 53-91
- 58) Inter Agency Standing Committee. Basic Psychosocial Skills A Guide for COVID-19 Responders, 2020.
- 59) Şahan C, Demiral Y. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin Ölçümüne Güncel Yaklaşımlar. Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, 2018, c:18, sayı:70
- 60) Kırılmaz H, Yorgun S, Atasoy A. Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. International Journal of Cultural and Social Studies (IntJCSS) August 2016 : Volume 2 (Special Issue 1) pp:66-82.
- 61) Bertan M, Haznedaroğlu D, Koln P, Yurdakök K, Güçüz BD. Ülkemizde erken çocukluk gelişimine ilişkin yapılan çalışmaların derlenmesi (2000-2007). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 1-8.



Geleneksel Tıp Uygulamaları Nereye Gidiyor: Alternatif Tıp > Bilimselleştiriliyor mu?

164

UZM. DR. NUREDDİN ÖZDENER

Hacamatı, ispiroto, pamuk ve su bardağıyla hiçbir maddi beklenti içinde olamadan uygulayan çocukluğumun Gele Mimira'sına

Dünya Sağlık Örgütü 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi kapsamında geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında yasal düzenleme yapılması ve modern sağlık sistemleri ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının entegre edilmesini teşvik etmektedir. ⁽¹⁾

Türkiye’de geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları, Sağlık Bakanlığı tarafından 27.10.2014 tarihli 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği” ⁽²⁾ ile düzenlenmektedir. Ancak kronolojik olarak bu alandaki ilk düzenleme akupunktur alanındaki “Akupunktur Tedavi Yönetmeliğinin” 1991 yılında çıkartılmasıdır. ⁽³⁾

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliğinin amacı “insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.” ⁽²⁾

Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına toplumun her kesiminin ulaşabilmesi ve bu uygulamaların sağlık sistemine entegre edilmesi, uygulayıcı ve uygulamaların standart hale getirilmesi önem taşımaktadır. Yönetmelikten sonraki 5 yıllık bir dönemde ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hızlı ivmeyle, baş döndürücü bir gelişme yaşamaktadır.

Çok kısa bir süre içinde 20’ye yakın Üniversitemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Merkezi hizmet vermekte olup (Ar-Ge ve Eğitim M.), 500’e yakın Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Ünitesi açılmış, 14 Sertifikalı Uygulama alanında yaklaşık toplam 5000 sertifika verilmiştir. ⁽⁴⁾

İlki “Anadolu Tıbbı” vurgusu ile 2018 yılında düzenlenen GETAT Kongresinin ikincisi 2019’da “Kronik Hastalıklarda GETAT Uygulamaları” teması ile gerçekleştirdi. 3. Kongrenin Cumhurbaşkanlığı himayelerinde TC Sağlık Bakanlığı TÜSEB ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde yapılması hedeflenmiş ancak COVID19 engeline takılmıştır. ⁽⁴⁾

GETAT uygulamalarındaki en büyük kilometre taşlarından biri Cumhurbaşkanlığı’nın himayesinde 19-22 Nisan 2018 tarihleri arasında “Medeniyetlerin Beşiğinde Anadolu Tıbbı” sloganıyla İstanbul’da gerçekleşen ilk Uluslararası GETAT kongresidir. Bu kongreye toplam 5125 kişi katılmıştır. Katılımcıların 328’i yabancı katılımcı olup, yaklaşık 50 ülkeden katılım gerçekleşmiştir. Ayrıca DSÖ ’nün ve birçok GETAT derneklerinin üst düzey yöneticileri de bu kongreye iştirak etmiştir. Kongrede 19 farklı alanda (fitoterapi, hipnoterapi, akupunktur, homeopati, aromaterapi, fonksiyonel tıp yaklaşımları, hipertermi uygulaması, homeopati ve miyazma, iridoloji, kanıta dayalı homeopati, müzik terapi, osteopati-1 ve 2, radyestezi, scalp akupunktur, Su-jok, tıbbi çay hazırlama, Tui na masajı, viseral osteopati) atölye çalışması yapılmıştır. ⁽¹⁾

03.05.2020 tarihlerinde planlanan ve COVID19 hastalığı nedeniyle ertelenen 3. Uluslararası Gele-

neksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi, Fuarı Düzenleme ve Bilim Kurulları alternatif ya da tamamlayıcı tıbbın ülkemizde hızlı ilerlemesinin nedenleri hakkında ip uçları vermektedir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongrelerinin bu kadar yüksek katılımı ve güçlü olmasının altında yatan nedenlerden birinin, Sayın Cumhurbaşkanın Eşleri Emine Erdoğan Hanımefendinin himayesinde yapılıyor olmasının saptamasını yapmakta fayda vardır. Daha önce de 1. Uluslararası Kupa Terapisi Sempozyumu, Emine Erdoğan (2011) ve 2. Uluslararası Kupa Terapisi Sempozyumu Sayın Dr. Sare Davutoğlu himayesinde (2012) gerçekleşmiştir. Ülkemizde First Leydilerin özel ilgileri olup geleneksel tıbbın destekleyicisi konumundadırlar.

“Dünya çapında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları giderek daha fazla ilgi görmektedir. Bu uygulamaların nesilden nesile aktarılan bilgilerin olmasının ötesinde bilimsel zemine oturtulması açısından çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.” Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Uz. Dr. Fahrettin Koca'nın 3. Uluslararası geleneksel ve tamamlayıcı tıp kongresine davet yazısından.⁽⁵⁾

Yetkinlik ve etkililik standart bir eğitim ve süreç içinde gelişmediğinden, Halk Sağlığı Uzmanları tarafından şüpheyle bakılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının 2020 yılında ne durumda olduğunu anlamak, durum tespiti yapmak için 2019 GETAT Kongre Bildiri Özet Kitabı ülkemizde hangi disiplinlerin bu alanda ne tür çalışmalar yaptığını ve yapılan çalışmalarını değerlendirme yöntemlerini göstermek bakımından önemlidir.

GETAT 2019 Kongre Kitabı Sayın Emine Erdoğan Hanımefendinin 4 sayfalık, Dünya ve Türkiye'deki GETAT uygulamalarıyla ilgili gelişmeleri anlatan konuşma metni ile başlıyor. Daha sonrasında Sağlık Bakanı Uz. Dr. Fahrettin Koca'nın konuşma metni var. Dört sayfalık açılış konuşmasından bir bölüm:

“Ülkemizde önceleri tıp camiasının bilgisi ve kontrolü dışında tutulan geleneksel yaklaşımlara ilişkin hususlar, 2011 yılında yapılan yasal düzenlemeyle Sağlık Bakanlığının kontrol ve denetimine bırakılmıştır. Bu sorumluluğumuza binaen, 2014 yılında “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğini” yayımladık. GETAT uygulamalarının sağlam kanıtlar üzerine oturması, klinik ve laboratuvar çalışmaları yapılarak doğru ve verimli bir şekilde uygulanabilmesi ve bu alanda yapıla-

cağ akademik çalışmaların önünün açılması için “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Klinik Araştırmalar Yönetmeliğini” de hazırlayarak geçtiğimiz Mart ayında yayımladık. Mevcut mevzuat çerçevesinde, geleneksel tıp uygulamalarında Türkiye’de sadece standart eğitimleri almış olan hekimler yetkilendirilmektedir. Akupunktur, Apiterapi, Fitoterapi, Kupa Terapisi, Hirudoterapi (Sülük tedavisi), Osteopati, Kayropraksi, Refleksoloji, Ozon Terapi, Mezoterapi, Maggotterapi (Larva tedavisi), Müzik terapi, Homeopati, Hipnoz ve Proloterapi olmak üzere 15 başlık üzerinde eğitim verilmektedir. Bugün itibarıyla ülkemizde 56 Üniversite Hastanesinde öncelikle Ar-Ge ve Eğitim faaliyetleri yapmak üzere GETAT Uygulama Merkezleri açılmıştır. 3350 hekime bu üniversitelerimizde GETAT uygulama sertifikası verilmiştir. Yine ülkemizin dört bir yanında 60 tanesi Devlet Hastanesi olmak üzere, özel sağlık kuruluşları ile birlikte toplamda 910 GETAT ünitesine açılış izni verilmiştir.”⁽⁴⁾

Bakan yardımcısı Prof. Dr. Emine Alp Meşe'nin dört sayfalık konuşma metninden: *Kongrede 90 yerli ve 49 yabancı olmak üzere toplam 139 bilim insanı davetli konuşmacı olarak kongrede yer almıştır. Kongre kapsamında; 2200 kayıtlı katılımcı, 274 sözlü bildiri başvurusu, 114 poster başvurusu, 37 ödül başvurusu, 5 çalıştay, 5 teknik sosyal gezi, 40 fuar standı ve 14 atölye çalışması mevcuttur.*⁽⁴⁾ Kongrenin yürütme ve düzenleme kurulunda 2 halk sağlığı profesörü yer almaktadır.

Kongre Kitabına kaynaklar bölümündeki internet erişim bağlantısından ulaşılabilir.⁽⁴⁾

Genel olarak çalışmalara bakıldığında metodolojilerinin sıkıntılı olduğu çoğunun vaka sunumu düzeyinde olduğu görülecektir. Bu raporun konusu olmamakla birlikte GETAT araştırmalarının, örneklem seçimi, gereç ve yöntem bakımından detaylı bir analize tutulması gerekmektedir. Halk Sağlığı açısından bakıldığında, çok çabuk genellemelere gidilen bu araştırmalar ile ilgili meta analizler yapmak önemlidir.

28-29 Mayıs 2016 tarihinde TTB Halk Sağlığı Kolu “Tıbbın Alternatifi Olmaz” sloganıyla GATT Uygulamalarına Hekim Yaklaşımı konulu iki günlük bir sempozyum düzenlemiştir. Bu sempozyumda Tıbbın alternatifi olur mu? Bu uygulamaların bilimsel kanıt düzeyi nedir? Kanıtı dayalı olmayan, bilimsel verilere dayanmayan uygulamaları tedavide kullanmanın etik boyutu nedir? Sorularına cevaplar aranmıştır.⁽⁵⁾

Ülkemizde zaten var olan, uygun olmayan koşullarda uygulanan geleneksel tedavi metotlarını kontrol altına almak amacıyla yapılan bu yönetmelikle, geleneksel ve alternatif tedavi uygulamaları yasal çerçeveye oturtulmuş ve yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bu uygulamaları yapmak için pek çok merkez açılmıştır. Bu merkezlerde çalışan kişilerin nasıl bir eğitimden geçtiği kafa karıştırıcıdır. Bu **yöntemlerin sanki bilimsel alt yapısı varmış gibi sunulması**, hastaların uyarılmaması, toplum tarafından kesin tedavilermiş gibi algılanma riskini taşımaktadır. Bütün yöntemlerde endikasyonlar çok geniş tutulmuştur. ⁽⁵⁾ Saptaması bu sempozyumun çıktılarındandır.

GATT konusunda pek çok tıp disiplinin yer aldığı bağımsız ve özerk bilimsel bir yapı oluşturulmalıdır. Bu yapı GATT uygulamalarının bilimselliğinin araştırılması için bir politika oluşturulması, GATT uygulamalarının bilimselliğine dair, özellikle de sık kullanılan fitoterapi ürünlerinin ilaçlarla etkileşimi konusunda kılavuz oluşturulması, Toplumun bilgilendirilmesi, İlgili düzenlemelere yön verilmesi ve benzeri konularda yetki sahibi kılınmalıdır. ⁽⁶⁾ Önerisi de dikkate değerdir.

Sağlık toplumsal ve bireysel ölçekte hassas olunan bir alandır. Bu alanda doğallık miti kullanılarak kişilere kolaylıkla ulaşılmakta ve hızla, büyüyen yeni bir sektör oluşturulmaktadır. GETAT uygulamaları bir diplomadan çok sertifikalandırma sistemiyle yetişmiş insan kaynağına dayandığından yetkinlik ve kontrolünde güçlükler yaşanabilir.

Dünyada ve ülkemizde modern tıbbın reddetmesine karşın, varlığını korumuş olan bazı geleneksel uygulamalar, sistemin açmazları ve modern tıbbın yetmediği ⁽⁶⁾, insanları ikna edemediği durumlarda, günümüz sosyal medya ve iletişim ağlarının sınır tanımadığı internet ortamının da katkısıyla, sık kullanılan ve başvurulan bir yöntem olmuştur. “Halk Sağlığı Kurumu tarafından tedavi yöntemleri bilimsel olarak test edilmiş ve etkili ve güvenli bulunmuştur.” denilerek onaylanan geleneksel ve tamamlayıcı tıp, akademik mecralarda da kabul gören uygulamalarını analitik olarak değerlendirmek üzere araştırma merkezleri kurulması ve sempozyumlar düzenlenmesi, kültür endüstrisinin bir ürünü hâline getirilmesi bu kabulün birer kanıtı olarak değerlendirilebilir. ⁽⁷⁾ Bazen kabul gören ve yasal olan her uygulamanın bilimsel ve etik olabileceğini akıldan çıkartmamak gerekir.

Türkiye’de gelinen noktada GETAT uygulamalarının özel sektör ve geleneksel halk tıbbı uygulamalarının yanında resmî kurumlar tarafından gündeme alındığı ve desteklendiği görülmektedir. Kongre Bilim Kurulu, Danışma Kurulu Yürütme ve Düzenleme Kurulu incelendiğinde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın ve bazı üniversitelerin bu konudaki çalışmalarını desteklediği görülmektedir.

Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları (GATSU) Hakkında TTB Etik Kurulu Görüşünden bu raporda alıntılar yapmak, yasal olup etik olmayan bazı uygulamaların hayatımızda var olabileceğini bilmek açısından önemlidir. *Halk sağlığı etiği temelde toplumsal sağlığın elde edilmesi kavramı içinde bireylerin zarardan korunmasına, özerkliklerinin korunmasına, sosyal adaletin ve eşitliğin sağlanmasına vurgu yapmaktadır. Kanıta dayalı olmayan uygulamalar ile kişilerin sağlığı ve buna bağlı olarak yaşamı riske edilmektedir. GATSU ile sağlık hizmeti alıyormuş algısı yaratılarak devlet kişilerin sağlık hakkına erişim ödevini yerine getirmekten kaçınmaktadır. Bilimsel etkililiği ve güvenliği kanıtlanmamış uygulamalar ile sağlık amaçlı gereksiz harcama yapılarak sınırlı kaynakların akılcı kullanımı engellenmektedir. GATSU’nun yaygınlaşması ile kişilerin hekime başvurusu gecikmekte ve bu da sağlık hakkına erişimi farklı boyutlarda engellemektedir. Günümüzde konu ile ilgili artan kontrollü çalışmalarla oluşmuş bilimsel veri tabanı, GATSU’nun etkisizliğini, yan etkilerini, doğrudan zararlarını hatta ölüme varan olumsuzluklarını, ilaçlarla etkileşime girerek yarattığı yan etkileri ortaya koyarak sağlık hakkının örselendiğini, halk sağlığı açısından önemini göstermektedir. Günlük yaşamda sağlık çalışanı olmayan kişilerin de bu uygulamaları gerçekleştirmeleri olayın sağlığı tehdit eden başka bir boyutudur.* ⁽⁸⁾

Diğer yandan yüzyıllardır, ticari kaygılar olmadan halk arasındaki geleneksel halk tıbbı uygulamaları, günümüzde küresel sağlık sistemi içinde uyum sağlayarak kapitalizmin istediği biçimde işlemektedir. Modern tıpta olduğu gibi GETAT uygulamaları da artık küresel kapitalizmin bir parçası olma yolunda ilerlemiş, 2. GETAT Kongre kitabı özelinde incelendiğinde kongrenin uluslararası boyutu, katılımın bu denli fazla olmasından yola çıkarak denebilir ki: Bilimselliği hala tartışılıyor olmasına, kanıtları yetersiz olmasına, etik sıkıntularına rağmen, Üniversiteler ve hekimler tarafından rağbet gören GETAT kültür endüstrisinin de bir bi-

leşeni haline gelmiştir. Ekonomik anlamda büyük bir güç olan modern ilaç sektörüne, alternatif hazırlama yolculuğu başlamıştır. Modernizme bir karşı duruş gibi gözüken postmodernizm, modernizmle kapitalizm arasındaki ilişkiye dokunmamakta ve öne çıkardığı bütün yerellikleri aynı modernizmin yaptığı gibi kapitalizmin hizmetine sunmaktadır. (7)

Kaynaklar

- 1) Taştan K., Ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Kilo-metre Taşları Ankara Med J, 2018; (3):458-9.
- 2) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm> Erişim tarihi 20.06.2020
- 3) Akupunktur Tedavi Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı No:20885 (29.05.1991), <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf>, Erişim tarihi:26.06.2020
- 4) 2. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi Özet Kitabı. <https://getat2020.saglik.gov.tr/static/GETAT2019-%C3%96zetKitab%C4%B1.pdf> Erişim Tarihi 20.06.2020
- 5) Koca F., Kongreye Davet <https://getat2020.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi :25.06.2020
- 6) Tütüncü S., Etiler N. Tıbbın Alternatifi olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu https://www.ttb.org.tr/kutuphane/gatt_2017.pdf Erişim Tarihi 15.08.2020
- 7) Ersoy R., An Evaluation About Actuality of Traditional Medicine Applications in the Context of Modernism-Postmodernism, <http://www.millifolklor.com/PdfViewer.aspx?Sayi=101&Sayfa=179> Erişim tarihi:26.06.2020
- 8) Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları (GATSU) Hakkında TTB Etik Kurulu Görüşü https://www.ttb.org.tr/kollar/gatsu/haber_goster.php?Guid=5a94a460-6818-11e9-a960-88f73c48b3ac Erişim tarihi:15.8.2020

Halk Sağlığı Ve Sosyal Bilimler Çalışmaları: Tezler ve Kitaplar

> (2014-2019)

165

ÖĞR. GÖR. DR. AHMET CAN BİLGİN

Tıp sosyal bir bilimdir, politika büyük ölçekte tıptan başka bir şey değildir... Hekimler yoksulların doğal avukatlarıdır ve sosyal sorunlar büyük oranda onların yetki alanları içine girmektedir.
Rudolf Virchow⁽¹⁾

Birleşik Krallık Ekonomik ve Sosyal Araştırma Konseyi'ne (The Economic and Social Research Council) göre sosyal bilimler, toplumu ve insanların davranışlarını, çevrelerindeki dünyaya etkilerini inceler⁽²⁾. Bu alanlardaki bilim insanları davranışsal, toplumsal ve kültürel etkenlerin halk sağlığı üzerindeki etkilerini araştırırlar⁽³⁾. Halk sağlığı ise sağlıkla ilgili olguları geniş bir toplumsal bağlamda incelemekte, sosyal politika, nüfus politikası, konut politikası ve aile politikası gibi birçok politika türü ile de örtüşmektedir⁽⁴⁾.

Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastalık kontrolü için gerekli araştırma tekniklerinin ve araçlarının çoğu, sosyal bilimler yelpazesinde bulunmaktadır ve mutlaka multidisipliner ve disiplinler arası çabaları içerir⁽²⁾. Halk sağlığı ile sosyal bilimlerin kesiştiği alanlar daha çok antropoloji, demografi, ekonomi, insani coğrafya, psikoloji, politika, tarih, hukuk, sosyal politika ve sosyoloji, mimari ve kentsel çalışmalar gibi uygulamalı alanlardır^(2,4).

Sosyal bilimlerin sağlık alanında kullanılmasının pek çok yararları görülmüştür. Tropikal hastalıklar, AİDS, tütün kontrolü, diyabet yönetimi, hastane kontrol sistemleri, sağlık harcamaları, damgalama ve ayrımcılığın sağlık sonuçları, sos-

yo-ekonomik durum ve sağlıkta eşitsizlikler, stres, sosyal ağlar ve sosyal destek, vb^(2,3,5,6).

Halk sağlığı ile sosyal bilimler arasındaki ilişkileri geliştirmek için akademide, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarında ve eğitim programlarında çok bilimli ve bilimler arası çalışmalar yapılması gerekmektedir^(2,3,5,6).

Bu çalışmada 2014-2019 yılları arasında halk sağlığı ve sosyal bilim alanlarının kesiştikleri kitapların ve tezlerin dökümü amaçlanmıştır. Bir sosyal bilim olan tarih, önceki bölümde değerlendirildiği için bu bölümde yer almamıştır.

Bu çalışmada iki önemli kısıtlılık ortaya çıkmıştır. Birincisi, konu ile ilgili kitap ve tezleri ararken kullanılan anahtar sözcüklerin yetersizliği ya da uyumsuzluğudur. İkinci kısıtlılık ise bulunan yapıtların ayırımında yeterli nesnel bir aracın olmamasıdır. Bu nedenlerle, burada gösterilmeyen kitap ya da tezler olabileceği gibi anılan kitap ya da tezlerin kimileri konuyla ilgisiz görülebilecektir.

Kitaplar (2014-2019)

Halk sağlığı ile sosyal bilimlerin kesiştikleri kitaplar araştırılırken Ulusal Toplu Katalog TOKAT, HASUDER Kütüphanesi ve HASUDER Yayınları temel alınmıştır.

Ulusal Toplu Katalog TOKAT 2014-2019 yılları için taranmıştır. Bu taramada kullanılan sözcükler ve bulunan kitap sayısı şunlardır: "sağlık / sosyoloji" / 39, "sağlık / antropoloji" / 6, "sağlık / coğrafya" 6, "sağlık / din" 47, "sağlık / siyasal" 11, "sağlık / arkeoloji" 6, "sağlık / politika" 10, "sağlık / uluslararası"

sı ilişkiler” 10, “sağlık / ekonomi” 192, “halk sağlığı / ekonomi / 15, “sağlık / eğitim” 280, “halk sağlığı / yönetim” 37, “halk sağlığı / hukuk” 21, “halk sağlığı / felsefe” 7, “halk sağlığı / iletişim” 5, “halk sağlığı / işletme” 5, sağlık / sosyal” 437.

Sosyal bilim alanlarında çalışan kişilerin sağlığa ve halk sağlığına ilgisi giderek artmaktadır. Aramada bulunan kitaplar bunu göstermektedir. Kitaplar arasında yapılan seçki **Kutu 165.1-165.9**'da gösterilmiştir.

KUTU 165.1**Halk Sağlığı / Sosyoloji Kitapları****SOSYOLOJİ**

Sağlık Olsun: Sağlığın Toplumsal Görünümleri / İslam Can. 2019

Sağlık sosyolojisi/ Zafer Cirhinlioğlu. 4. Baskı. 2014

Sosyolojik boyutlarıyla sağlık/ ed. Özlem Özer ve Fatih Şantaş. 2019

Sağlık sosyolojisi/ Erhan Tecim. 2018

Sağlık sosyolojisi: Kadın ve kentleşme/ Nurşen Özçelik Adak. 2015

Toplumsal yapı ve sağlık-hastalık sistemi / Orhan Türkddoğan. 2016

Sağlık sosyolojisinde güncel tartışmalar / ed. Nurşen Adak. 2016

Sağlık sosyolojisi yazıları/ editör: Erhan Tecim. 2016

Sağlık sosyolojisi/ Hicran Yıldız. 2016

Kadın Çalışmalarında Güncel Konular: Bilim, sanat, edebiyat, tarih, sosyoloji, din, feminizm, pazarlama ve reklam, yönetim, ekonomi, sağlık, turizm, yükseköğretim, boşanma ve kadına yönelik şiddet/ ed. Reyhan Ayşen Wolff. 2018

Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi / Seçkin Kara, Mine Ersevîç, Ayşe Yıldız, Mineş Kılıç. 2018

İmgelerle hastalıklar/ Hazırlayanlar: Dr. Cengiz Yakıncı, Dr. Filiz Koç. 2015

Neoliberalizm ve mahremiyet: Türkiye’de beden, sağlık ve cinsellik/ hazırlayan: Cenk Özbay, Ayşecan Terzioğlu, Yeşim Yasin; yayıma hazırlayan: Semih Sökmen. 2018

Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı/ editör: Ayşe Akın, Saliha Özpınar. 2018, 2019

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı/ Ali İhsan Taşçı. 2017

Evlilik çocuk oyunu değil: Çocuk evlilikler / ; ed. Bengü E. Çolakoğlu. 2015

Bir jinekoloğun gözünden bacak arasından Türkiye: Jinekolog yazılır kadın doğumcu okunur/ Feraye Sünev Çokgürses, Kaan Arer. 2015

Hastalıkta sağlıkta kadın olmak/ editörler Alev Keser, Filiz Yıldırım, Melike Kaplan. 2016

Democratic life quality perception, world assumptions and values/ Meral Sert Ağır. 2019

Vicdan hayat kurtarı: gençler için yaşam kılavuzu/ Yavuz Dizdar. 2019

Sosyal ilgi: İnsanoğluna bir davet/ Alfred Adler; çeviren Ayşen Tekşen. 2015

Tıbbi güç ve toplumsal bilgi/ Bryan S. Turner; Colin Samson; çeviri Ümit Tatlıcan. 2017

Erkek hemşireler: Değişen roller, çatışan kimlikler/ Temmuz Gönç. 2017

Satılık hastalıklar/ Ray Moynihan ; Alan Cassels; çev. Gökçesu Tamer, Evren Yıldırım. 2014

Ekonomik ve sosyal bakış açısıyla sağlık ve hastalık/ Burhan Baloğlu. 2017

Hasta toplum: cinsiyetçilik, tıbbileştirme ve tüketime dair sağlık çözümlenmeleri / editör Duygu Alptekin. 2015

Gerçekçiler için ütopya / Rutger Bregman ; çev. Duygu Akın.2018

İkinci Dünya Savaşı'nda Türkiye : Gündelik yaşamda devlet ve toplum/ Murat Metinsoy. 2014

KUTU 165.2

Halk Sağlığı / Antropoloji, Halkbilim, Coğrafya, Din, Felsefe Kitapları

ANTROPOLOJİ

- Tıbbi İlmihal: İlmihal-i Tıbbi/ Hüseyin Remzi Bey; haz. Ali Çelik; 2016
 Kültür denen şey: Antropolojik yaklaşımlar/ haz. Ayfer Bartu Candan. 2018
 Beslenme antropolojisi - I/ Türkan Kutluay Merdol. 2015
 Düşünce ve gelenek/ editörler Musa Kazım Arıcan, Mehmet Vural, Muhammet Enes Kala. 2016
 Sağlığın değişen anlamı: Beslenme üzerinden bir inceleme/ Esra Karakuş Umar. 2019
 Kültür ve sağlık/ editör Yalçın Kanbay. 2018

HALKBİLİM

- Halk dilinde beslenme deyişleri sözlüğü / yayına hazırlayanlar Zafer Öztekin, Berat Nursal Tosun. 2014

COĞRAFYA

- Sağlık coğrafyası / Ramazan Özey. 2015
 Türkiye'nin sağlık ve sosyal coğrafyası Urfa Vilayeti (1925) / Şefik Arif ; yay. haz: Abdunasır Yiner. 2015
 Tarihi, coğrafi, içtimaî (sosyal), sihhî (sağlık), iktisâdi (ekonomik) nokta'-i nazardan (bakış açısından) Denizli / Kemal Şakir. 2014
 Türkiye'nin sihhî ictimai coğrafyası: Niğde sancağı / Mehmed Hayri ; yayına hazırlayan Nevzat Topal, Gülin Öztürk. 2016
 Bursa şehir sağlık profili / yayına hazırlayanlar: Esra Eser, Yıldız Odaman Cindoruk. 2014
 Türkiye kent sağlık göstergeleri: (tanımlama, sınıflama, değerlendirme, öneriler) -2013-/ Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği; proje yöneticisi Emel İrgil. 2014 (3. Basım)
 Balıklı Rum Hastanesi kayıtlarına göre İstanbul'un Ortodoks esnafı 1833-1860 / Aleksandros Paspatis; çeviri Marianna Yerasimos. 2014

DİN

- Din ve sağlık kavram, kuram ve araştırma/ Ali Ayten. 2018
 Din, değerler ve sağlık/ ed. Hayati Hökelekli. 2017
 Din-sağlık ilişkisinin imkanı sorunu : din felsefesine mütevazı bir katkı / Şahin Efil. 2016
 Din ve bilimin ışığında oruç ve sağlık/ Alparslan Özyazıcı ; Alparslan Özyazıcı. 2017
 Soldan soldan gidenler... : siyaset, sağlık, tarih, din/ Sedat Aksın. 2015
 Tıbb-ı Nebevi: Hz. Peygamberin (s.a.v) sünnetinde koruyucu hekimlik / Ahmet Altun. 2017
 Din ve bilimin ışığında oruç ve sağlık/ Alparslan Özyazıcı. 2017
 Tıbbu'n Nebevi: Peygamberimiz Sallallahu Aleyhi ve Sellem'den sağlık ve tıp/ İbn Kayyim el-Cevziyye. 2014
 Ruh eczanesi : fiziksel ve ruhsal sağlık için meditasyon rehberi/ Osho (Bhagwan Shree Rajneesh) ; çeviren Ekin Duru. 2014
 Son Söz: Gerçek Tıp Dersleri 2/ Aidin Salih ; Yayına Hazırlayan: Hacer D. Salih, Hüsam Özbay. 2019

FELSEFE

- Sağlığın gaspı/ Ivan Illich ; çeviren: Süha Serabiboğlu ; 2014 (3. Basım)
 Yaşamın dördüncü boyutu; maneviyat/ Ali Polat. 2018
 Yeni bir erdeme dönüşen sağlığa karşı / hazırlayanlar Jonathan M. Metz, Anna Kirkland; çeviren Nurettin Elhüseyni. 2017
 Etik Önleme ve Halk Sağlığı. Angus Dawson ve Prof. Dr. Marcel Verweij. Çeviri Edit: Ayşen Bulut, Muhtar Çokar, Mahmut Yardım, Ahmet Can Bilgin,

KUTU 165.3

Halk Sağlığı / Ekonomi Kitapları

EKONOMİ

- Türkiye'de sağlık sigortası/ Emine Orhaner. 2014
- Genel sağlık sigortası : uygulamalar ve sorunlar/ Namık Tan. 2015
- Türk genel sağlık sigortası/ Ali Nazım Sözer. 2018
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama/ Şükran Karaca, 2015.
- Sağlık Ekonomisi / Yusuf Çelik, 2016 / 2019.
- Ekonomik krizler, sağlık ve sağlık sistemleri/ Ümit Çıraklı; Hasan Hüseyin Yıldırım.
- Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi: 2002-2013 dönemi/ Mehmet Atasever. 2014
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 2009 yılı idare ve faaliyet raporu/ Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü; 2014.
- Sağlık ekonomisi: mikro ve makro boyutları/ editör Burcu Güvenek. 2015
- Sağlık sistemleri ve sağlık politikası/ Selin Ertürk Atabey. 2016
- Sağlık hizmetlerinin tripodu: emek, ekonomi, piyasa / editör Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu. 2016
- Sağlığın politik ekonomisi: sosyal devletin çöküşü/ İlker Belek. 2016
- Sağlık ekonomisi/ yazarlar Mustafa Taşdemir, Haydar Sur, Hacer Özgen Narcı, Osman Hayran, Sabahattin Aydın, Hatice Karahan, Mehveş Tarım, Fulya İçin Gönenç ; editör Mustafa Solak. 2015
- Sağlık sigortacılığı/ Hasan Hüseyin Yıldırım ; Türkan Yıldırım, Yasemin Akbulut. 2015 / 2016
- Suyla gelen sağlık: alkali yaşam / Ahmet Maranki. 2015
- Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik : Kuram ve uygulama / Özlem Özer, Hasan Hüseyin Yıldırım, Türkan Yıldırım. 2015
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama: bütünsel pazarlama iletişimi yaklaşımıyla/ Şükran Karaca. 2015
- Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde Türkiye sağlık sektörü araştırmaları / Türkan Yıldırım, Hasan Hüseyin Yıldırım. 2015
- Sağlık sistemlerinde mali alan yaratma: Kuram ve uygulama / Murat Konca, Hasan Hüseyin Yıldırım. 2017
- Sağlık hizmetlerinde pazarlama araştırmaları/ Rojan Gümüş; Ahmet Kaya. 2018
- Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi/ İsmail Ağırbaş. 2014
- Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları: kuram ve uygulama/ Hasan Hüseyin Yıldırım. 2015
- Sağlık hizmetleri pazarlaması / Dilaver Tengilimoğlu. 2014 (3. Baskı)
- Özelleştirme uygulamaları ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi/ Serkan Çınarlı; Sevinç Arslan Hızal. 2014
- Döner sermayeli sağlık işletmeleri: tespitler ve öneriler/ editör Mehmet Atasever. 2016
- Büyük firar: sağlık, varlık ve eşitsizliğin kökenleri / Angus Deaton ; İngilizceden çeviren Aysun Babacan. 2018
- Financing of health care services and analysis of health expenditures in Turkey : between 2002 and 2013/ Mehmet Atasever. 2014
- Dürtme: sağlık, zenginlik ve mutluluk için alınan kararları geliştirmek üzerine / Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein; İngilizceden çeviren Enver Günsel. 2019
- Esnaf ve sanatkarlar özelinde sektör analizleri projesi : bakım, temizlik ve sağlık sektörü/ 2018.
- Hastane işletmelerinde maliyet hesaplamaları ve muhasebesi / Hüseyin Mert. 2019
- Onuncu kalkınma planı: 2014-2018: sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırılması ve mali sürdürülebilirlik: Özel İhtisas Komisyonu raporu. 2014, 2015
- Onuncu kalkınma planı 2014-2018: İlaç Çalışma Grubu raporu : Özel ihtisas komisyonu raporu 2023/ T.C. Kalkınma Bakanlığı. 2014
- Onuncu kalkınma planı 2014-2018: özürülere sunulan hizmetlerin etkinleştirilmesi çalışma grubu raporu. 2015
- Onuncu kalkınma planı 2014-2018: yaşlanma. 2014
- On birinci kalkınma planı (2019-2023) : Sağlık hizmeti kalitesi ve mali sürdürülebilirlik. 2018
- On birinci kalkınma planı (2019-2023): Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm. 2018
- On birinci kalkınma planı (2019-2023): Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele . 2018
- Sağlıklı yaşam ve pazarlama: 21. yüzyılın en hızlı büyüyen trendlerinden birinin pazarlama çerçevesinde değerlendirilmesi/ Filiz Bozkurt. 2015.
- Munro'nun sağlık araştırmalarında istatistiksel yöntemler/ Stacey B. Plichta ; Stacey B. Plichta ; Elizabeth Kelvin; çeviri editörü: Ruhi Selçuk Tabak. 2015

KUTU 165.3

Halk Sağlığı / Ekonomi Kitapları (DEVAMI)

- Sağlıkta ilaç pazarlaması / Sefer Gümüş. 2014
- Hastanelerde finansal performans analizi ve sürdürülebilirliği/ Cantürk Kayahan. 2016, 2018
- Rakamlarla Türkiye ekonomisi :2017/ der. Gürkan Akdağ, Samet Varışler, Caner Mert, Yusuf Orkun Kızılbey. 2018
- Sosyal bakım hizmetlerine kamu yatırımlarının istihdam, toplumsal cinsiyet eşitliği ve yoksulluğa etkileri: Türkiye örneği= The Impact of public investment in social care services on employment, gender equality, and poverty: the Turkish case/ İpek İlikaracan, Kijong Kim, Tolga Kaya; tercüme Metin Çulhaoğlu. 2015
- Rakamlar ne diyor? 2014 = What the figures say 2014/ Türkiye İstatistik Kurumu/Turkish Statistical Institute. 2014
- Türkiye. Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu / Kalkınma Bakanlığı. 2014
- 50 soruda sürdürülebilir kalkınma hedefleri/ Işın Çelebi. 2019
- Yirmi birinci yüzyılda kapital/ Thomas Piketty; çeviren Hande Koçak. 2014
- Türkiye'de sağlık sigortası: Sağlık arzı ve talebi, sağlık harcamaları, sağlık finansmanı, genel sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları / Emine Orhaner. 2014
- Türk Sağlık Sistemi'nde kurum dışında hizmet alımı uygulamaları/ Recep Akdağ. 2014
- Sağlıkta eşitsizlikler/ Gökhan Aba; Metin Ateş. 2015

KUTU 165.4

Halk Sağlığı / Yönetim, İletişim, Sağlık Turizmi Kitapları

YÖNETİM

- Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi el kitabı/ ed. Kayıhan Pala. 2015
- Risk Değerlendirmesi/ Çağatay Güler. 2011, 2014
- Sağlık kurumlarında yönetsel etkinlik ve yerleşim planının önemi / Yusuf Yalçın İleri. 2018
- Sihhat-ı umumiyye idaresi esasatı: halk sağlığı yönetim esasları/ George Sparr Lukett ; Harold Farnaworth Gray; çeviren: İbrahim Ethem Polat ; editör: Esin Kahya. 2014
- Sağlık işletmeleri yönetimi/ Dilaver Tengilimoğlu. 2014, 2017, 2018
- Döner sermayeli sağlık işletmeleri: tespitler ve öneriler/ editör Mehmet Atasever. 2016
- Sağlık statüsü belirleyicileri/ ed. Fatih Budak. 2019
- Patient Centered Medicine/ Omur Saylıgil. 2017
- Hastane ve sağlık işletmeleri yönetimi / Hüseyin Zennun Beyatlı. 2017
- Hastane ve sağlık kurumları yönetimi/ Şahin Kavuncubaşı; Selami Yıldırım. 2012, 2016.
- Kanıtı dayalı insan odaklı: sağlık yönetimi/ Osman Hayran. 2016
- Sağlık işletmelerinde tedarik zinciri ve malzeme yönetimi/ Dilaver Tengilimoğlu; Vahit Yiğit. 2017
- Tıbbi uygulamalarda ekip iş birliği ve güven ilkesi/ Yakup Gökhan, Doğramacı. 2016
- Arşiv belgeleri ışığında Atatürk dönemi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilat ve faaliyetleri/ Hikmet Zeki Kapıcı. 2015
- Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları için İnsan Gücü Planlaması (2013 - 2023). Bülent Kılıç, Ceyda Şahan, Hande Bahadır. 2014
- Toplum Yönelimli sağlık: TOYS. Bülent Kılıç, Belgin Ünal. 2019

İLETİŞİM

- Sağlık iletişimi/ Ayla Okay. 2016
- Check up, sağlık iletişimi: kaynak, ileti ve hedef kitle bağlamında sağlık konulu yayınların analizi/ Erkan Yüksel. 2014
- Sağlık çalışanlarının kitle iletişim araçları algısı araştırması / Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. 2016
- Türkiye'de sağlık kurumlarının sosyal medya uygulamaları/ Tuba Işık. 2019
- Sağlık hizmetlerinde sağlıklı iletişim/ Yüksel Demirel. 2016
- Multi disiplinler iletişim: Perakende işletmeciliği iletişimi, sağlık iletişimi, sosyal sorumluluk iletişimi, dijital pazarlama iletişimi örnekleriyle/ Saadet Uğurlu. 2016

SAĞLIK TURİZMİ

- Türkiye'nin medikal turizm açısından değerlendirilmesi ve politika önerileri / Aysel Binler. 2015
- Sağlık turizmi : (Teori ve politika) / Zişan Korkmaz Özcan; Vahdettin Aydın. 2015

KUTU 165.5

Halk Sağlığı / Eğitim, Çevre, Psikoloji Kitapları

SAĞLIK EĞİTİMİ

- Yüksek Öğretim kurumlarında sağlık eğitimi, öğrenci alımı, eğitim, mezuniyet / Murat Tuncer, Adem Karataş. 2014
- Bir laboratuvar : YÖK'ün gölgesinde, bilim tarihi ışığında / Reşit Canbeyli . 2016
- Tıp Öğrencileri için Halk Sağlığı/ Ferda Özyurda ; Ferda Özyurda. 2018
- Cinsel sağlık eğitimi/ editörler: Kurtman Ersanlı, Hatice Kumcağız. 2016
- Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme: Yapısal eşitlik modellemesi: IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB uygulamalı/ Kazım Özdamar. 2017
- Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması/ ed. Pınar Okyay, Filiz Abacıgil. 2016
- Türkiye ve Almanya: toplum, sağlık ve eğitimde çeşitlilik/ editörler Theda Borde, Erol Esen; Berlin Alice Salomon Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi. 2012, 2015
- Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Durum Tespit Raporu. Prof. Dr. Ferda Özyurda, Prof. Dr. Dilek Aslan. 2018
- Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk sağlığı Eğitimi. Grup Yürütücüsü: Selma Karabey. 2014

ÇEVRE

- Doğal afetler toplum sağlığını koruma/ çev. Nilgün Sarp. 2014
- Biyo-politik savaşlar: İklim - su - gıda - GDO - sağlık istihbaratı : Yaklaşan mesihî su savaşları, mülteci krizleri ve Türkiye/ Ramazan Kurtoğlu. 2018
- Bir Ekolojistin Not Defteri, Ahmet Soysal. 2019
- Kapitalizmin Kiskacında Doğa, Toplum ve Bilim - Onur Hamzaoğlu Olayı. Cem Terzi , Erkin Başer , Emel Yuvayapan. 2013
- Kocaeli'nde Sanayi Doğa ve İnsan. Onur Hamzaoğlu. 2016
- Doğal afetler toplum sağlığını koruma/ Pan American Health Organization ; çeviren: Nilgün Sarp. 2014
- Küresel krizlerden sürdürülebilir topluma: çağımızın çevre sorunları / Nükhet Barlas. 2014
- Sağlık ve trafik/ Zeynel Boynukara. 2017
- Sağlık ve Çevre: Risk iletişimi. WHO. Çeviri Editörü: Muzaffer ESKİOCAK. 2016
- Genetiği değiştirilmiş organizmalar ve Biyogüvenlik / İsmail Bezirganoğlu. 2017

PSİKOLOJİ

- Hemşireler ve sağlık profesyonelleri için psikolojiye giriş/ Dominic Upton ; Dominic Upton ; çeviri editörü, Ruhi Selçuk Tabak. 2017
- İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları/ Doğan Cüceloğlu. 2017 (34. Basım)
- Toplum psikolojisi : sosyal şizofreniden toplumsal empatiye/ Nevzat Tarhan. 2016
- Sağlıklı toplum/ Erich Fromm; İngilizce'den çevirenler Yurdanur Salman, Zeynep Tanrısever. 2014 (5. Basım)

KUTU 165.6

Halk Sağlığı / Siyasal Bilimler-Politika Kitapları

SIYASAL BİLİMLER- POLİTİKA

Kapitalizm hasta eder: toplumcu tıp/ Deniz Akgün. 2014

Farklı siyasal rejimler ve refah sistemleri bağlamında tüm yönleriyle ABD Küba Türkiye sağlık sistemi ve uygulaması/ Hakkı Demirci. 2019

Türkiye’de Siyasi Partilerin Programlarında Sağlık Politikaları 1923 - 2018/ Ensar Yılmaz. 2019

Hükümet sistemleri ve sağlık politikaları/ Hasan Hüseyin Yıldırım. 2019

Saklı seçilmişler/ Soner Yalçın. 2017

Türkiye’de hasta mahpus olmak / Berivan Korkut. 2016

Hapiste sağlık: proje kitabı/ Berivan Korkut, 2016

Socialist register 2010 : Kapitalizmde sağlık : sağlıksızlık semptomları/ hazırlayanlar Leo Panitch, Colin Leys ; çev. Umut Haskan. 2014

Osmanlıdan cumhuriyete sosyo - kültürel siyasi yansımalar: Prof. Dr. Ali İhsan Gencer Anısına / yayına hazırlayanlar Gülden Sarıyıldız. 2015

Sağlık politikası ve planlaması/ Gökhan Aba. 2018

Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları / Reformlar - Sorunlar - Tartışmalar/ derl.: Çağlar Keyder 2015

Avrupa sağlık reformları “Kel göründü”. İlker Belek. 2014

Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Türkiye/ Hasan Hüseyin Yıldırım. 2015

Seçimler, sağlık ve siyaset: 7 Haziran 2015 genel seçimleri ışığında bir değerlendirme/ Hasan Hüseyin Yıldırım. 2015

Sağlık kurumlarında stratejik yönetim/ Özgür Uğurluoğlu. 2019

Hasan Hüseyin Yıldırım ile Sağlık ve Siyaset Yazıları / Hasan Hüseyin Yıldırım. 2016

Sağlıkta eşitsizlikler/ Gökhan Aba; Metin Ateş. 2015

Kara kutu: yüzleşme vakti/ Soner Yalçın. 2019

Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik: insana karşı piyasa / derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. 2017

Türkiye’de sağlık, siyaset, piyasa/ derl.: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. 2015

Ulusların sağlığı: Yeni bir ekonomi politiğe doğru / Gavin Mooney ; Gavin Mooney ; İngilizceden çeviren Cem Terzi. 2014

Sağlıkta kırmızı alarm: ölümlerden ölüm beğen / Coşkun Bel. 2016

Democratic life quality perception, world assumptions and values/ Meral Sert Ağır. 2019

KUTU 165.7

Halk Sağlığı / Sosyal Politikalar ve Sosyal Hizmetler Kitapları

SOSYAL POLİTİKALAR VE SOSYAL HİZMETLER

Sağlığın sosyal hali/ Osman Elbek. 2019

Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik: insana karşı piyasa/ derleyenler Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler. 2017

Sağlık hizmetlerinde bakım güvenliği / Ali Seyyar, Nurullah Kurutkan. 2015

Göç ve sağlık: Sağlık politikaları 1/ ed. Yeter Demir Uslu. 2018

İslamda sosyal hizmetler : Hz. peygamber dönemi / Yılmaz Çelik. 2017.

Osmanlıdan Cumhuriyet'e harp malullerinin sosyoekonomik ve sağlık durumları (1877-1939)/ Feyza Kurnaz Şahin. 2014, 2015

Türklerde sosyal devlet ve Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nde uygulanan sosyal politikalar (1938'e kadar)/ Tuğba Belenli. 2017, 2018

Sosyal hizmet ve öteki: disiplinlerarası yaklaşım/ yayına hazırlayanlar Pınar Akkuş, Özgür Başpınar Aktükün. 2014; 2016

Sosyal hizmete giriş/ Charles Zastrow ; Charles Zastrow ; çeviren Aslıhan Aykara. 2018 (3. Basım)

Engelli bakım: Sosyal bakım ve kadın emeği/ Betül Altuntaş ; Reyhan Atasü Topçuoğlu. 2016

Dünya'da ve Türkiye'de engelli dostu sosyal politikalar/ Ali Seyyar. 2015

Sosyal bakım hizmetlerine kamu yatırımlarının istihdam, toplumsal cinsiyet eşitliği ve yoksulluğa etkileri : Türkiye örneği = The impact of public investment in social care services on employment, gender equality, and poverty: the Turkish case / İpek İlkcaracan, Kijong Kim, Tolga Kaya ; tercüme: Metin Çulhaoğlu. 2015

Dünya'da ve Türkiye'de engelli dostu sosyal politikalar/ Ali Seyyar. 2015

Yaşlılık psikolojisi/ Sefa Saygılı. 2015

Kıdemli yaşta kişiler için politikalar: Yaşlanmak mı yaş almak mı : (On bir ülke incelemesi)/ Selahattin Çalışal. 2017, 2018

Yaşlanma: özel ihtisas komisyonu raporu: onuncu kalkınma planı 2014-2018/ T.C. Kalkınma Bakanlığı. 2014

Avrupa Birliği ülkelerinde yaşlılara yönelik uzun süreli bakım sistemleri ve uygulamaları/ Zeynep Güldem Ökem; Mustafa Can. 2014

Yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi/ editörler Hasan Bacanlı, Şerife Işık Terzi. 2016

Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020. 2015

Yaşlı sağlığı ve bakım/ Ayfer Karadakovan. 2014

Çocuklar kaybolması / Berna Semerci. 2018

Göç Yolunda bir Durak: Esenler. Nuray Özgülner. 2018

KUTU 165.8

Halk Sağlığı / İş Sağlığı ve Güvenliği Kitapları

İş SAğLIğI VE GüVENLİğI

- İş sağlığı ve güvenliği önlemleri ile sosyo-ekonomik sonuçları/ lk İleri. 2014
- 2023 yılı sağlık iş gücü hedefleri ve sağlık eğitimi/ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü; editör İrfan Şencan. 2014
- Soma maden kazasından hareketle kömür madencililiğinde iş sağlığı ve güvenliği özel raporu. 2015
- İşveren in işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı alıştırma yükümlülüğü/ Efe Yamakoğlu. 2016
- Avrupa Birliği'nde iş sağlığı ve güvenliği/ ed. Fazıl Aydın. 2014
- 500 soruda iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı/ Lütfi İnciroğlu. 2017
- İş sağlığı ve güvenliği/ Nazmi Bilir. 2016
- Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği algısı / yayına hazırlayanlar: Murat Atan.. 2017
- Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları: Sosyal - teknik - hukuk : 6331 Sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu açıklamalı ve sektörel veriler işiğinde / ed. Berrin Filizz , Ayşe Kocabacak. 2016
- Soma Kıyımı: bir avuç kömür için yaşam / vgn Ahmet Ercan. 2014
- İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Temel Konular/ Hasan Selçuk Selek. 2019
- Liman işçilerinin sağlığı ve güvenliği/ Emirali Karadoğan. 2014
- İş sağlığı ve güvenliğinin değişen ve gelişen yüzü: İSGGM' nin son 15 yılı 2000 - 2015 / Yayına hazırlayanlar: Abide Şentürk. 2016
- Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları/ Berrin Filizz ; Ayşe Kocabacak. 2016
- Çalışma yaşamında sağlık güvenlik / A. Gürhan Fişek. 2014
- İş güvenliği palavramız: paradigmanın paradoksları / Erbil Erbigе ; Genel yayın yönetmeni: M. Ali Kaşıki. 2014
- İş Sağlığı v Güvenliği Profili: Türkiye (İLO 2016). Nazmi Bilir. 2016
- Çalışma Yaşamıyla İlgili zel Konular – 1. Metin Pıakiefe. 2016
- Çalışma Yaşamıyla İlgili zel Konular – 2. Metin Pıakiefe. 2018
- Çalışma Yaşamıyla İlgili zel Konular – 3. Metin Pıakiefe. 2019
- 1919-2019 İlo -Türkiye İlişkilerinin Yüzyılı. Prof. Dr. Mesut Gülmez. 2019

KUTU 165.9

Halk Sağlığı / Hukuk Kitapları

HUKUK

- Sağlık hakkı / Ezeli Azarkan. 2018
- Kamu görevlisi hekimlerin tıbbi müdahaleden kaynaklanan sorumluluğu / Simge Demir. 2018
- Tıp sağlık hukuku mevzuatı: uluslararası sözleşme ve bildirgeler ile birlikte/ Hakan Hakeri. 2016
- Sağlık personelinin hukuki sorumluluğu/ Aykut Cemil Aykın. 2016
- Sağlık hukuku: güncel sorunlar ve yaklaşımlar örnek yargı kararları/ Selvi Özçetin. 2015
- Sağlık ve tıp hukukunda sorumluluk ve insan hakları/ Özge Yücel. 2018
- Sağlık hukuku rehberi / Sunay Akyıldız. 2016
- Sağlık hukuku/ H. Fehim Üçışık. 2017
- Sağlık hukuku/ Ünal Er. 2019
- Tıp sağlık hukuku/ Yener Ünver. 2014
- Tıbbi müdahaleler karşısında insan hakları, açlık grevi ve AIDS/HIV / Ezgi Kızılkaya Doğru. 2016
- Tüketici olarak hasta hakları/ İsa Yardım. 2016
- Sağlık hukuku: ders notları/ Kemale Aslanova. 2017
- Sağlık sektöründe mobbing ve hukuki korunma yolları/ Didem Sayan. 2016
- Sağlık hukukunda uzlaşma: alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemleri, sağlık hukukunda uzlaştırma ve arabuluculuk kurumları, dünya'da sağlık hukukunda uzlaşma örnekleri, Türkiye sağlık hukukunda uzlaşma kurumu için öneriler/ Veli Durmuş. 2017
- Hasta hakları ve hasta hakları ihlalinde başvuru yolları/ Osman Oy. 2018
- Özel hastanelerin hukuki sorumluluğu ve hasta hakları/ Gültezer Hatırnaz Erol. 2015
- Tıp hukukunda güncel sorunlara genel bakış ve çözüm önerileri/ Selin Sütçü Sert. 2016
- Sosyal güvenlik mevzuatımızda genel sağlık sigortası ve uygulaması / Zeki Kaynak. 2015
- Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu şerhi/ Resul Aslanköylü. 2017
- Sağlık hukuku / yazar Hasan Petek. 2014
- Sosyal güvenlik mevzuatımızda genel sağlık sigortası ve uygulaması/ Zeki Kaynak. 2015
- Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu/ : Son değişiklikler ve açıklamalar/ : Önemli yönetmelikler kod ve aylık bağlama cetvelleri/ Eriş Gürsel. 2014
- Gerekçeli, açıklamalı içtihatlı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası / Mahmut Çolak. 2016
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu İçin Kılavuz, Cavit Işık Yavuz. 2019

Halk sağlığı çalışanlarının sosyal bilimlere ilgisi ise öteden beri bilinmektedir. Hacettepe Üniversitesi Yayınlarından 2015'te 3. baskısı yapılan HALK SAĞLIĞI TEMEL BİLGİLER adlı önemli yapıtın konu başlıklarından seçilenler bunu göstermektedir⁽⁷⁾:

Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi, medikal antropoloji, demografi ve sağlık, epidemiyoloji, biyoistatistik, kadın sağlığı / üreme sağlığı ve aile planlaması (toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri, kadına yönelik şiddet), okul sağlığı, çevre sağlığı, ergonomi, iş sağlığı ve güvenliği, afetler ve afet tıbbı,

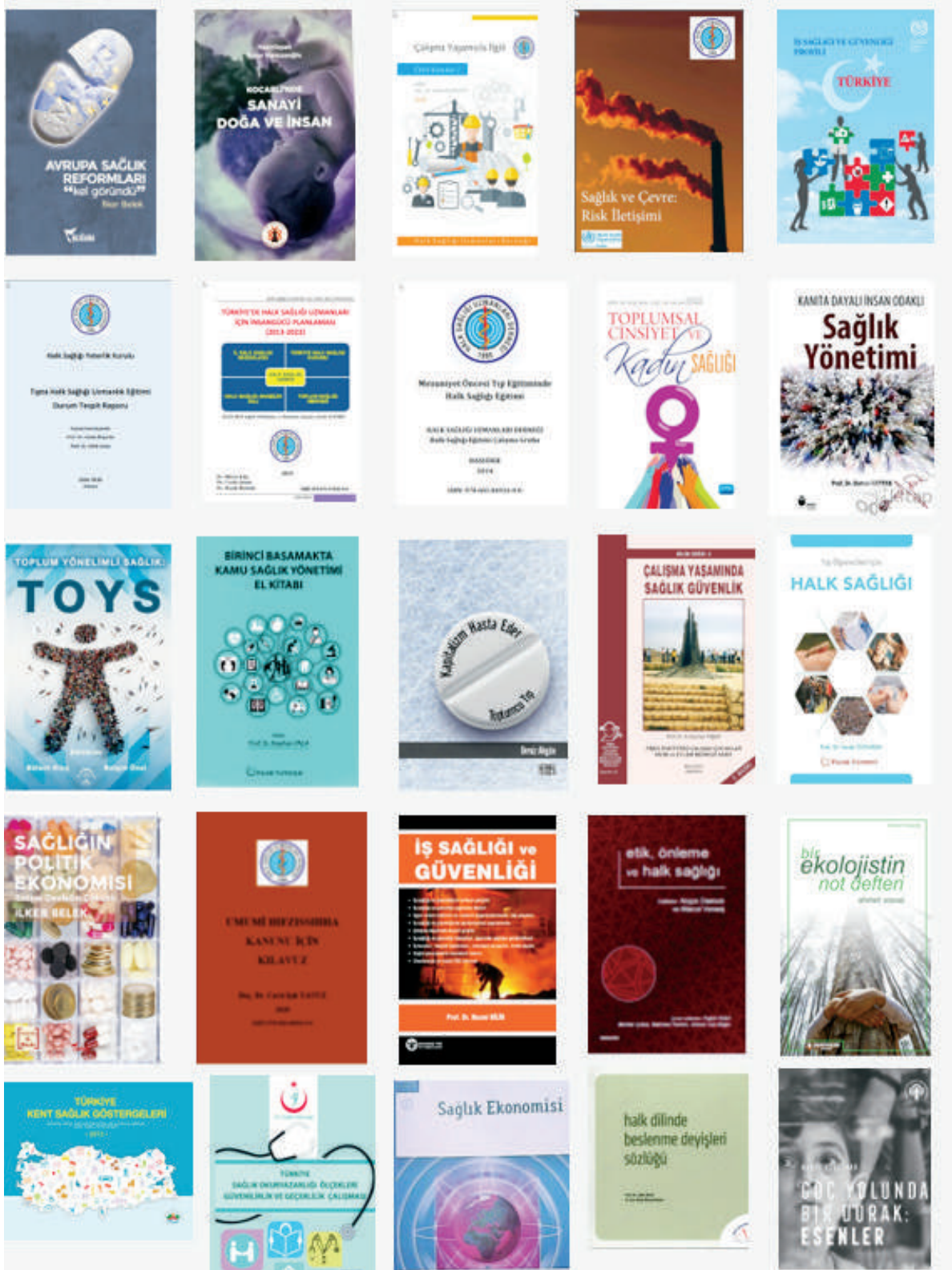
kazalar ve güvenli toplumlar, uluslararası sağlık, toplum beslenmesi, sağlık hizmetleri sağlık yönetimi, yaşlılık sorunları ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, sosyal çalışma ve halk sağlığı, sağlık ekonomisi, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi, tıp ahlaki ve halk sağlığı etiği, sağlık hakkı çerçevesinde insan, kadın ve çocuk hakları, toplum ruh sağlığı, evde bakım, yaşam kalitesi, basın ve halk sağlığı.

Halk sağlığı çalışanlarının 2014-2019 yılları arasında yayımlanan sosyal bilimlerle ilgi kurulan kitaplar şunlardır (Kutu 165.10, Şekil 165.1):

KUTU 165.10

Halk sağlığı çalışanlarının 2014-2019 yılları arasında yayımlanan sosyal bilimlerle ilgili kurulan kitapları

- Risk Değerlendirmesi/ Çağatay Güler. 2011, 2014
- Halk dilinde beslenme değişimleri sözlüğü / yayına hazırlayanlar Zafer Öztek, Berat Nursal Tosun. 2014
- Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi. Grup Yürütücüsü: Selma Karabey. 2014
- Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanları için İnsan Gücü Planlaması (2013 - 2023). Bülent Kılıç, Ceyda Şahan, Hande Bahadır. 2014
- Çalışma yaşamında sağlık güvenlik / A. Gürhan Fişek. 2014
- Kapitalizm hasta eder: toplumcu tıp / Deniz Akgün. 2014
- Avrupa sağlık reformları “Kel göründü”. İlker Belek. 2014
- Türkiye kent sağlık göstergeleri: (tanımlama, sınıflama, değerlendirme, öneriler) -2013-/ Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği; proje yöneticisi Emel İrgil. 2014 (3. Basım)
- Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi el kitabı / ed. Kayıhan Pala. 2015
- Sağlık ekonomisi/ yazarlar Mustafa Taşdemir, Haydar Sur, Hacer Özgen Narcı, Osman Hayran, Sabahattin Aydın, Hatice Karahan, Mehveş Tarım, Fulya İlçin Gönenc; editör Mustafa Solak. 2015
- Kocaeli’nde Sanayi Doğa ve İnsan. Onur Hamzaoğlu. 2016
- Sağlığın politik ekonomisi: sosyal devletin çöküşü / İlker Belek. 2016
- Etik Önleme ve Halk Sağlığı. Angus Dawson ve Marcel Verweij. Çeviri Edit: Ayşen Bulut, Muhtar Çokar, Mahmut Yardım, Ahmet Can Bilgin (2016, 2018)
- Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular – 1. Metin Pıçakçıefe. 2016
- İş sağlığı ve güvenliği / Nazmi Bilir. 2016
- İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye (İLO 2016). Nazmi Bilir. 2016
- Sağlık ve Çevre: Risk iletişimi. WHO. Çeviri Editörü: Muzaffer ESKİOCAK. 2016
- Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması/ ed. Pınar Okyay, Filiz Abacıgil. 2016
- Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı/ editör: Ayşe Akın, Saliha Özpınar. 2018, 2019
- Tıp Öğrencileri için Halk Sağlığı / Ferda Özyurda. 2018
- Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Durum Tespit Raporu. Prof. Dr. Ferda Özyurda, Prof. Dr. Dilek Aslan. 2018
- Göç Yolunda bir Durak: Esenler. Nuray Özgülnar. 2018
- Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular – 2. Metin Pıçakçıefe. 2018
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu İçin Kılavuz, Cavit Işık Yavuz. 2019
- Toplum Yönelimli sağlık: TOYS. Bülent Kılıç, Belgin Ünal. 2019
- Bir Ekolojistin Not Defteri, Ahmet Soysal. 2019
- Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular – 3. Metin Pıçakçıefe. 2019



Şekil 165.1 Halk sağlığı çalışanlarının 2014-2019 yılları arasında yayımlanan sosyal bilimlerle ilgili kurulan kitapları.

Tezler

Tezler, Ulakbim tez tarama ağundan 2014-2019 yılları için taranmıştır. Tarama 30.08.2020'de "Gelişmiş Arama" ve "Detaylı Arama" seçenekleri kullanılarak yapılmıştır.

Tarama sonucunda "halk sağlığı / tümü / sadece yazılan şekilde / 2014-2019 / grup: seçim yok" 2374 tez, "halk sağlığı / tümü / sadece yazılan şekilde / 2014-2019 / grup: sosyal" 194 tez, "halk sağlığı / tümü / sadece yazılan şekilde / 2014-2019 / grup: tıp" 1922, "halk sağlığı / tümü / sadece yazılan şekilde / 2014-2019 / grup: fen" 258 tez bulunmuştur. Tıp grubunda bulunan 1922 tezin 791'i Halk Sağlığı Anabilim Dallarında yapılmıştır.

Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan Tezler ve Sosyal Bilimler

Halk Sağlığı Anabilim Dallarında 2014-2019 yılları arasında yapılmış ve ULAKBİM'e kayıtlı 791 tezin yıllara göre dağılımına bakıldığında en az tez 2014 yılında (74, % 11,8), en çok tez 2019 yılında (215, %27,2) yapılmıştır. Bu tezlerin %46,5'u tıpta uzmanlık (n: 368), %40,7'i yüksek lisans (n:322) ve %12,8'i doktora (n: 101) tezleridir.

Tezler 51 üniversitede gerçekleştirilmiştir. Anabilim dalında 30 ve daha çok tez yapılan üniversiteler şunlardır: Erciyes Üniversitesi / 56, Dokuz Eylül Üniversitesi / 49, İstanbul Üniversitesi / 45, Hacettepe Üniversitesi / 42, Gazi Üniversitesi / 32, Marmara Üniversitesi / 31, Ankara Üniversitesi /30, Trakya Üniversitesi / 30.

Bu tezler sosyal bilimlerle ilişkisine göre değerlendirilmiş, buna göre sonuçta 428 tez seçilmiştir. Bu tezlerin yıllara göre dağılımı **Tablo 165.1**'de gösterilmiştir. Buna göre sosyal bilimlerle ilgili tezlerin sayısı giderek artmış, 2019'da önceki üç yıla göre iki katına çıkmıştır.

Tablo 165.1 Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yapılan Sosyal Bilimlerle İlgili Kurulan Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı (2014-2019)

Yıl	Sayı	Yüzde
2014	41	9,6
2015	49	11,4
2016	66	15,4
2017	65	15,2
2018	77	18,0
2019	130	30,4
TOPLAM	428	100,0

Bu tezlerin türlerine göre dağılımı **Tablo 165.2**'te gösterilmiştir.

Tablo 165.2 Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yapılan Sosyal Bilimlerle İlgili Kurulan Tezlerin Türlerine Göre Dağılımı (2014-2019)

Yıl	Sayı	Yüzde
Doktora	62	14,5
Tıpta Uzmanlık	191	44,6
Yüksek Lisans	175	40,9
TOPLAM	428	100,0

Halk sağlığı anabilim Dallarında yapılan tezlerin en çok eğitim (%29,4; 147), psikoloji (%28,6;142), sağlık kuruluşları yönetimi (%11,8; 59) ve sosyoloji (%10,6; 53) ile ilgili olduğu **Tablo 165.3**'te görülmektedir.

Tablo 165.3 Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan Sosyal Bilimlerle İlgili Kurulan Tezlerin Sosyal Bilimlere Göre Dağılımı (2014-2019)

Sosyal Bilimler	Sayı	Yüzde
Siyasal Bilimler	1	0,2
Sosyal Hizmetler	1	0,2
İletişim	5	1
Ekoloji	1	0,2
Sağlık Politikası	3	0,6
Coğrafya	3	0,6
Etik	4	0,8
Din	4	0,8
Çalışma Ekonomisi	4	0,8
Halkbilim	4	0,8
Kamu Yönetimi	8	1,6
Hukuk	11	2,2
Ekonomi	18	3,6
Demografi	31	6,2
Sosyoloji	53	10,6
Sağlık Kuruluşları Yönetimi	59	11,8
Psikoloji	143	28,6
Eğitim	147	29,4
TOPLAM	500	100

Not: Tezlerin kimilerine birden çok sosyal bilim atanmıştır.

Halk sağlığı anabilim dallarında yapılan ve sosyoloji, coğrafya ve ekonomi ile ilgisi kurulan tezler **Kutu 165.11, 165.12, 165.13**'te gösterilmiştir.

KUTU 165.11

Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan ve Sosyoloji İle İlgisi Olan Tezler (DEVAMI)

- Türkiye'de mamografi ile meme kanseri tarama sürecinin sosyokültürel ve politik analizi: Nitel bir çalışma İzmir'in bir mahallesinde yaşayan geçici koruma altındaki Suriyelilerde sağlık okuryazarlığı ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi
- Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların değerlendirilmesi
- 0-6 aylık bebeklerin sadece anne sütü almasında sosyo-demografik özelliklerin yeri
- Tip 1 diyabet mellitus' lü çocukların hba1c değerlerini etkileyen biyo-psiko-sosyo-kültürel ve ekonomik etmenler
- Van ilinde yaşayan lepradan etkilenmiş kişilerin tıbbi ve sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmesi
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutum ölçeği: Geçerlilik güvenilirlik çalışması
- Altındağ ilçesinde bazı mahallelerde yaşayan yetişkinlerin geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi, görüş ve davranışlarının incelenmesi
- Sigara paketleri üzerindeki uyarı amaçlı resim ve metinlerin sigara içme davranışı üzerine etkisi: Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışanlar üzerine bir alan taraması
- Adana ili Çukurova ilçesindeki annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme durumlarına sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerinin etkisi
- Rize İli lise öğrencilerinde akran zorbalığı ve zorbalığı önleme eğitimi etkisinin değerlendirilmesi
- Televizyondaki şiddetin çocukların davranış ve tutumlarına etkisi hakkında ebeveynlerin düşünce, davranış ve tutumları
- Yaşlılarda ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenler
- Üniversite öğrencilerinde şiddet yaşantısı risk faktörlerini değerlendirme ve önceliklendirme aracı geliştirme
- İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde tedavi gören meme kanseri hastalarının tedavi arama şekilleri, algılanan sosyal destek düzeyinin incelenmesi
- Down sendromlu bireylerin bağımsız yaşam ve özbakım yetisi kazanmalarını etkileyen toplumsal ve kurumsal etmenlerin değerlendirilmesi
- Önemli bir insan hakları ihlali çocuk evlilikler: Erkeklerin görüş, deneyim ve tutumlarının incelenmesi
- Düzce ilinde lise birinci sınıflarda; şiddet algısı, şiddete maruziyet ve şiddet uygulama sıklığı
- Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi
- Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet deneyim ve algıları
- İstanbul'da ev işinde çalışan Filipinli kadın işçilerin yaşam kalitesi ve iş koşullarının belirlenmesi
- Elazığ mesleki eğitim merkezine bağlı olarak çalışan 14-19 yaş grubu çocukların sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmesi
- Türkiye'de antropometrik vücut yağlanması göstergelerine göre bölgelerin içindeki eşitsizlikler ve bölgelerin karşılaştırılması
- Hekimlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına bakış açısı
- Erzurum il merkezinde görev yapan hekimlerin, hasta hakları konusunda bilgi, tutum, davranışları ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi
- Bir kırsal bölgede yaşayan kadınlarda obezite ile mücadelede lider kadın müdahalesinin etkililiği
- Bayraklı İlçesi ortaokul 7. sınıf öğrencilerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve çok boyutlu yoksunlukla ilişkisinin belirlenmesi
- Elazığ İli bir kırsal bölgesinde yetişkinlerin sağlıkla ilgili televizyon programlarını izleme ve etkilenme durumlarının incelenmesi
- Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının tedavilerinin toplumsal cinsiyet yaklaşımı ile değerlendirilmesi
- Araştırma görevlisi hekimlerin toplumsal cinsiyet rolleri tutumlarının ve cinsiyetçiliğe maruz kalma durumlarının nicel ve nitel yöntemlerle değerlendirilmesi
- Öğretim üyelerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi
- 60 yaş üstü bireylerde huzurevinde yaşamanın yaşlanma tutumu ve yaşam kalitesine etkisi
- Adana il merkezindeki gebelerde aile içi şiddet sıklığının, anne ve yenidoğan üzerindeki sağlık etkilerinin araştırılması

KUTU 165.11

Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan ve Sosyoloji İle İlgisi Olan Tezler (DEVAMI)

- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi büro ve temizlik iş kolunda çalışan kadınlarda toplumsal cinsiyet algısının emzirmeye etkisinin değerlendirilmesiyle ilgili niteliksel bir çalışma
- İstanbul'da bir ilçede toplumsal cinsiyet algısının araştırılması
- Siğınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi: Metropol - uydu şehir karşılaştırması
- Ankara'daki bazı ev işçisi kadınların işle ilgili sağlık ve sosyal risklerinin incelenmesi
- Irak/Erbil kentinde yaşayan halkın sosyodemografik özellikleri
- Turgut Özal Tıp Merkezi hemşirelerinin zayıflama amaçlı diyet ürünü kullanma durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları
- Hemşirelerin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının belirlenmesi
- Bir üniversite hastanesinin üroloji polikliniğine başvuran hastalarda geleneksel tedavi kullanımının yaygınlığı ve ilişkili faktörler
- Çanakkale'de yaşlıya yönelik şiddet prevalansı ve ilişkili risk faktörleri
- Toplum sağlığı merkezlerinde sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda yaklaşım ve uygulama farklılıklarının araştırılması: Nitel bir çalışma
- Süleyman Demirel Üniversitesi son sınıf lisans öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve etkileyen etmenler
- Ankara'da bir üniversitenin bazı fakültelerindeki öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörler
- Ankara'nın seçilmiş mahallelerindeki 24-60 yaş arası erkeklerin çocuk yaşta evlilikler konusundaki bazı tutum ve algıları
- 20-65 yaş arası kişilerin toplumsal cinsiyet algısı ve etkileyen faktörler Mardin örneği
- Hacettepe Üniversitesi'nde çalışan idari personelin toplumsal cinsiyet konusunda algı ve görüşlerinin çalışma yaşamında karşılaştığı sorunlarla ilişkisinin incelenmesi
- Kronik hastalıklarla yaşamak: İsviçre'de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların deneyimi, niteliksel bir çalışma
- İzmir Bayraklı Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde bulunan ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin tıbbi ve sosyal durumları ve bunları etkileyen değişkenler
- Çalışmanın eğretlilik ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması; iş kazası ve genel sağlık durumuna etkilerinin değerlendirilmesi
- Manisa'da küçük nüfus bölgelerinde sosyoekonomik durumun hastalık ve ölüm hızlarına etkisi

KUTU 165.12

Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan ve Coğrafya İle İlgisi Olan Tezler

Kutu 15.8.12 Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan ve Coğrafya İle İlgisi Olan Tezler

- İzmir ili merkez ilçelerde su yolu ile bulaşan bildirimi zorunlu hastalıkların coğrafi bilgi sistemi ile mekansal analizi ve yoğunlaştığı riskli bölgelerin belirlenmesi, 2011-2015
- İzmir ili fon radyasyon düzeylerinin belirlenmesi, insan sağlığı üzerine etkilerinin değerlendirilmesi ve coğrafi bilgi sistemleri aracılığı ile dağılımın gösterilmesi
- Türkiye'de ilk defa salgın oluşturan viral bir etkenin coğrafi bilgi sistemiyle mekansal analizi: Siğırların nodüler ekzantemi (lumpy skin disease-LSD)

KUTU 165.13 Halk Sağlığı Anabilim Dallarında Yapılan ve Ekonomi İle İlgisi Olan Tezler

- Manisa'da koroner kalp hastalığı tanısı konan hastaların tanı sonrası iş durumu değişikliklerinin ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne akut koroner sendrom nedeniyle yatan hastalarda katastrofik sağlık harcamaları ve buna etki eden etkenler
- Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarda cepten sağlık harcamaları
- Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulamasının hanehalkı sağlık harcamalarına etkisi
- Bir palyatif bakım merkezi örneğinin yatan hasta özellikleri, kullanıcı memnuniyeti, bakım hizmetinin niteliği ve maliyet boyutlarıyla değerlendirilmesi
- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi pediatrik yoğun bakım servislerinde gelişen hastane enfeksiyonlarının maliyet analizi
- Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde işe bağlı hastalıklar ve maliyeti
- Bir üniversite hastanesinde gerçekleşen doğumların maliyet analizi
- Sezaryen doğum oranları hakkında kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ne düşünüyor? Bursa örneği
- İstanbul'da ev işinde çalışan Filipinli kadın işçilerin yaşam kalitesi ve iş koşullarının belirlenmesi
- Elazığ mesleki eğitim merkezine bağlı olarak çalışan 14-19 yaş grubu çocukların sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmesi
- Türkiye'de antropometrik vücut yağlanması göstergelerine göre bölgelerin içindeki eşitsizlikler ve bölgelerin karşılaştırılması
- Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tedavi maliyetlerinin değerlendirilmesi
- Endonezya tangerang selatan bölgesinde ulusal sağlık sigortası öncesi ve sonrası dönemde sağlığı koruma ve geliştirme hizmetleri açısından toplum sağlığı merkezlerinin rolü
- Tip 1 diyabet mellitus' lü çocukların hba1c değerlerini etkileyen biyo-psiko-sosyo-kültürel ve ekonomik etmenler
- Van ilinde yaşayan lepradan etkilenmiş kişilerin tıbbi ve sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmesi
- Bayraklı ilçesi ortaokul 7. sınıf öğrencilerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve çok boyutlu yoksunlukla ilişkisinin belirlenmesi
- Manisa'da küçük nüfus bölgelerinde sosyoekonomik durumun hastalık ve ölüm hızlarına etkisi

Sosyal Bilimlerde Yapılan Tezler ve Halk Sağlığı

Ulakbim Tez Aramasında “sosyal” grupta “halk sağlığı” ile yapılan aramada 194 tez bulunmuştur. Bu tezlerden halk sağlığı /sosyal bilimler ile ilişkisi olmayanlar çıkartılmış, elde 182 tez kalmıştır. Bu tezlerin yıllara göre dağılımı şöyledir (Tablo 165.4):

Tablo 165.4 Sosyal Bilimlerde Yapılan Halk Sağlığı İle İlgili Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Sayı	Yüzde
2014	16	8,8
2015	18	9,9
2016	24	13,2
2017	39	21,4
2018	21	11,5
2019	64	35,2
TOPLAM	182	100,0

Tezler 71 üniversitede gerçekleştirilmiştir. Beykent Üniversitesi (10) ile Gedik Üniversitesi (18) konu ile ilgili en çok tezin yapıldığı üniversitelerdir. Bu tezlerin türlerine göre dağılımı Tablo 165.5'te gösterilmiştir.

Tablo 165.5 Sosyal Bilimlerde Yapılan Halk Sağlığı İle İlgili Tezlerin Türlerine Göre Dağılımı (2014-2019)

Yıl	Sayı	Yüzde
Doktora	23	12,6
Yüksek Lisans	159	87,4
Toplam	182	100,0

En çok tez sağlık kuruluşları yönetimi alanında yapılmıştır (%18,2; 49). Bunu sırasıyla iş sağlığı ve güvenliği (%10,8; 29), çalışma ekonomisi (%10,4;28), psikoloji (%9,7;26) ve işletme (%8,2; 22) alanları izlemektedir (Tablo 165.6).

Tablo 165.6 Sosyal Bilimlerde Yapılan Halk Sağlığı İle İlgili Tezlerin İlgili Kurulan Sosyal Bilimlere Göre Dağılımı (2014-2019)

Anabilim Dalı	Sayı	Yüzde
Demografi	1	0,37
Deontoloji ve Tıp Tarihi	1	0,37
Dilbilim	1	0,37
Din	1	0,37
İstatistik	1	0,37
Mütercimlik	1	0,37
Reklamcılık	1	0,37
Rekreasyon Yönetimi	1	0,37
Afet Yönetimi	1	0,37
Sanat ve Tasarım	1	0,37
Savunma	1	0,37
Sigorta	1	0,37
Yönetişim	1	0,37
Bilgi Belge Yönetimi	2	0,74
Ekonometri	3	1,12
Ekonomi	3	1,12
Gazetecilik	3	1,12
Sağlık Eğitimi	3	1,12
Coğrafya	4	1,49
Halk Bilim	4	1,49
Halkla İlişkiler	4	1,49
Hukuk	4	1,49
Siyasal Bilimler	4	1,49
Uluslararası İlişkiler	4	1,49
Antropoloji	5	1,86
Tarih	7	2,60
İletişim	7	2,60
Sosyal Hizmetler	9	3,35
Sosyoloji	9	3,35
Eğitim ve Öğretim	12	4,46
Kamu Yönetimi	15	5,58
İşletme	22	8,18
Psikoloji	26	9,67
Çalışma Ekonomisi	28	10,41
İş Sağlığı ve Güvenliği	29	10,78
Sağ Kurumları Yönetimi	49	18,22
Toplam	269	100,00

Antropoloji, coğrafya ve sosyoloji alanlarında yapılan ve halk sağlığı ile ilgili olan seçilmiş tezler **Kutu 165.14**, **165.15** ve **165.16**'da gösterilmiştir.

KUTU 165.14**Antropoloji alanında yapılan halk sağlığı ile ilgili tezler**

Düzeni bozulan bedeninin yeni düzen arayışı: Fibromiyalji hastalarının ağrı deneyimleri İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Fibromiyalji Polikliniğinde antropolojik bir çalışma
Evrimsel süreçte beslenme dönüşümleri ve obezite
Kadınların aylık periyotlarının üç kuşakta sosyo-kültürel açıdan incelenmesi
Göçmen kadınların sağlık ve hastalık deneyiminde kültürün etkisi: İlişkisel sosyolojik bir araştırma
Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine göre şiddet eğilimi üzerine olan sosyal algılarının araştırılması
Düzeni bozulan bedeninin yeni düzen arayışı: Fibromiyalji hastalarının ağrı deneyimleri İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Fibromiyalji Polikliniğinde antropolojik bir çalışma

KUTU 165.15**Coğrafya alanında yapılan halk sağlığı ile ilgili tezler**

Coğrafi bir yaklaşımla Kumasi'nin (Gana) kentsel sürdürülebilirlik ve yaşanabilirlik analizi
Yaşanabilir şehir kapsamında açık rekreasyon alanlarının CBS ile analizi/Adapazarı örneği
Afet yönetiminde coğrafi bilgi sistemi uygulaması: Kırım Kongo kanamalı ateş hastalığı örneği
Bozüyük ilçesindeki atmosferik polenlerin insan sağlığı üzerine etkileri (2010-2014)

KUTU 165.16**Sosyoloji alanında yapılan halk sağlığı ile ilgili tezler**

Sınıf içi farklılaşma ve sınıf içi bütünleşme biçimi olarak Eskişehir'de orta sınıfın yeme-içme örüntüleri
Savaş ve toplumsal cinsiyet: Suriyeli mülteci kadınların toplumsal cinsiyete dayalı kadın sağlığı sorunlarının incelenmesi
Sağlık dergilerinde sağlığın kadın bedeni üzerinden yeniden inşası: Sağlık ve Yaşam dergisi örneği
Karşılaştırmalı yaklaşımdan Türkiye'nin tütün kontrol politikaları: Tütün karşıtı sivil toplum kuruluşlarının görüşlerinin değerlendirilmesi
Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede uygulanan sosyal politikalar
Tütün kullanımını bıraktıktan sonra tütüne yeniden başlama süresini etkileyen faktörlerin cox regresyon ile analizi
Türkiye'de 4207 sayılı tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkındaki kanunun uygulanması: Yasaklar ve sigaranın toplumsal algılanışı
Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının belirlenmesi

Sonuç

Sosyal bilimler ile halk sağlığı arasında çokdallı ve dallararası çalışmaların yapılmasının önemi bilinmektedir. Buna karşın bu tür çalışmaların önünde kurumsal, finansal ve söz konusu akademik alanların kültürleri ile ilgili engeller vardır. Sosyal bilimler ile halk sağlığı arasında ortak çalışmaları yürütecek kurumsal yapılar çok azdır. Bu tür projelere kaynak aktarılmamaktadır^(5,6).

Bu durum, bu çalışmada değerlendirilen tezler ve kitaplara da yansımıştır. Sağlık konusunda sosyal bilimlerin giderek artan ilgisi açıkça görülmektedir. Halk sağlığı ise sosyal bilimlerin neredeyse tüm alanlarını kendi uygulamalarında ve kurumsal çalışmalarında kullanmaktadırlar. Buna karşın çokdallı ve dallararası çalışmalar yok denecek denli azdır.

Sosyal bilimler ile halk sağlığı arasında çokdallı ve dallararası çalışmalar için kurumsal, finansal ve akademik engeller kaldırılmalıdır. Ortak projelerin artırılması, bu tür çalışmaları güdüleyecek kaynak aktarımlarının çoğalması ve ortak etkinlikler söz konusu işbirliğini geliştirecek öncelikler arasında sayılabilir. Kurumsal yapıların oluşturulmasına ve

akademik kültürün geliştirilmesine yönelik çalışmalar da bunlara koşut olarak sürdürülmelidir.

Bu çalışmanın, yukarıda sözü edilen kısıtlılıklar nedeniyle, eksiklikleri olmaması düşünülemez. Daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve böylesi çalışmaların sürdürülmesi halk sağlığı ile sosyal bilimler arasındaki ilişkiye de katkı verecektir.

Kaynaklar

- 1) Güler Ç. Rudolf Virchow. Palme Yayıncılık. 2015; s.11
- 2) WHO. Applied Social Sciences For Public Health (Assph) Higher Degree Training For Implementation Research On Tropical Diseases. 2007
- 3) Holtzman D, Neumann M, Sumartojo E, Lansky A. Behavioral and Social Sciences and Public Health at CDC. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5502a6.htm> (Erişim Tarihi: 20.8.2020)
- 4) Bergenheim S. The population, its health and social sciences. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2018, Vol. 35 (2) 84–90
- 5) Pickersgill M, Chan S, Haddow G, et al. The social sciences, humanities, and health. Lancet. 2018;391 (10129):1462-1463.
- 6) Shelton RC, Hatzenbuehler ML, Bayer R and Metsch LR. Future Perfect? The Future of the Social Sciences in Public Health. Front. Public Health. 2018; 5:357.
- 7) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: Çağatay GÜLER, Levent AKIN Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015 (3. Baskı).

➤ SAĞLIKLA İLGİLİ SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA AMAÇLARI

BÖLÜM

16



SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ



DÜNYAYI DÖNÜŞTÜREN 17 HEDEF

1 YOKSULLUĞA SON 	2 AÇLIĞA SON 	3 SAĞLIKLI BİREYLER 	4 NİTELİKLİ EĞİTİM 	5 TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ 	6 TEMİZ SU, HİJYEN VE HALK SAĞLIĞI
7 ERİŞİLEBİLİR VE TEMİZ ENERJİ 	8 İNSANA YAKIŞIR İŞ VE EKONOMİK BÜYÜME 	9 SANAYİ İNNOVASYON VE ALTYAPI 	10 EŞİTSİZLİKLERİN AZALTILMASI 	11 SÜRDÜRÜLEBİLİR ŞEHİR VE YAŞAM ALANLARI 	12 SORUMLU TÜKETİM VE ÜRETİM
13 İKLİM EYLEMİ 	14 SUDAKİ YAŞAM 	15 KARASAL YAŞAM 	16 BARİŞ VE ADALET 	17 HEDEFLER İÇİN ORTAKLIKLAR 	

> Sunuş

DR. ERAY ÖNTAŞ • PROF. DR. PINAR OKYAY
Bölüm Editörü

Türkiye Halk Sağlığı Raporunun bu bölümü farklı anabilim dallarında eğitim almakta olan araştırma görevlileri tarafından ortak bir çalışma ile gerçekleştirildi. Bu bölümde, **sağlıkla ilgili sürdürülebilir kalkınma amaçlarına** dair Dünya’da ve Türkiye’de 2020 yılında ulaşılan en güncel verilerle mevcut durum incelemesi yer almaktadır.

“Sürdürülebilir kalkınma”, 1990 yıllardan beri dünya gündeminde olan gelecek kuşakların ihtiyaçlarını karşılayabilme olanağından ödün vermeksizin günümüz kuşaklarının ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir kalkınma modelidir. Bu modelin geliştirilmesinin en temel neden, çevre ile sosyo-ekonomik gelişme arasındaki ilişki iyi bir denge içinde uygulanamazsa, günümüz gereksinimlerinin karşılanması uğruna gelecek kuşakların temel ihtiyaçlarının karşılanmasının tehlikeye sokulmasının mümkün olmasıdır. Bu nedenle, günümüz ve gelecekteki insanların kalkınmanın getirdiği fırsatlardan hakkaniyetli bir şekilde yararlanmasının sağlanmalıdır.

“Dünyamızı Dönüştürmek: 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi”, Eylül 2015’te Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edildi. ⁽¹⁾ “Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme imkanlarını tehlikeye sokmadan bugünkü kuşakların ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir kalkınma modeli olarak tanımlanan ⁽²⁾ ‘sürdürülebilir kalkınma’ ekseninde 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen “17 Sürdürülebilir Kalkınma Amacı (Sustainable Development Goals - SDGs)” ile dünya için yeni bir ortak yol haritası belirlenmiştir. SKA’ların temel

amacı; 2015-2030 dönemi boyunca, “kimseyi geride bırakmama” sloganı ile hiçbir ülkenin ve hiç kimsenin kalkınma sürecinde geride bırakılmaması için çalışılmasıdır.

2030 Gündeminin kabulünden sonra T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığının koordinatörlüğünde Türkiye için geçerli olan 218 göstergenin sorumlu ve ilgili kuruluşları belirlenmiştir. Türkiye, 2016 yılında Gönüllü Ulusal Gözden Geçirme (VNR) Raporunu sunan 22 ülke arasında yer almış; bu raporda Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarını (SKA) hayata geçirmek için planlanan adımları içeren yol haritası ortaya konulmuştur. 2019 yılında sunulan 2. VNR Raporunda ise, SKA’lardaki ilerleme durumuna odaklanılmaktadır. ⁽³⁾

Sağlık, SKA’ların temel bir boyutudur. Amaç 3, “Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak” olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri, sağlık sonuçları, sağlıkla nedensel ilişkileri açıkça ortaya konmuş çevresel, mesleki, davranışsal, metabolik riskler ile sağlıkla doğrudan ilgili göstergeler, diğer 16 amacın 10’unda yer almaktadır. Bu **11 amaçta, sağlıkla ilgili 29 hedef içerisinde toplam 52 sağlıkla ilgili gösterge bulunmaktadır.**

Sağlıkla ilgili göstergeleri izlemek, tahminler üretmek ve karşılaştırılabilir bir sağlıkla ilgili SKA endeksi oluşturmak için ilk çaba, The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2015 çalışmasıdır. ⁽⁴⁾ Uluslararası kurumlar ve Küresel Hastalık Yükü Çalışma Grubu, 2016 yılında sağlıkla ilgili SKA göstergeleri için ülke tahminleri üretmeye başlamıştır. Sağlıkla ilgili 52 göstergeden,

GBD 2017 Raporunda 41'ine; Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu'nda ⁽⁵⁾ 37'sine; Dünya Bankası tarafından yayınlanan SDG Atlas 2018'de ⁽⁶⁾ 33'üne ve Sustainable Development Solutions Network'te ⁽⁷⁾ 27'sine değinilmiştir.

Raporun bu bölümünde, "Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017" ⁽⁸⁾ çalışmasında yer alan sınıflamaya benzer şekilde belirlenen sağlıkla ilgili 29 hedef üzerinden inceleme yapılmıştır. Ancak, bu bölüm için, "Hedef 1.5 Çevresel, Ekonomik ve Sosyal Afetlere Karşı Dayanıklılık Oluşturulması" ile "Hedef 11.5 Doğal Afetlerin Olumsuz Etkilerinin Azaltılması" birlikte sunulmuştur. Böylece, toplamda 28 alt başlık olarak SKA'nın ülkemizdeki son durumunun değerlendirilmesi tamamlanmıştır.

Kaynaklar

- 1) Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, United Nations, New York, (2015).
- 2) Başkanlığı TCCSvB. Sürdürülebilir Kalkınma Hakkında Temel Bilgiler 2020 [Available from: <http://www.surdurulebilir.kalkinma.gov.tr/temel-tanimlar/>].
- 3) Başkanlığı TCCSvB. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019.
- 4) Lim SS, Allen K, Bhutta ZA, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388 (10053):1813-50.
- 5) WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs. World Health Organization, Geneva; 2018.
- 6) Bank W. Atlas of Sustainable Development Goals 2018: from World Development Indicators. . The World Bank, Washington, DC; 2018.
- 7) Bertelsmann Stiftung SDSN. SDG Index and Dashboards Report 2018. Global responsibilities: implementing the goals. 2018.
- 8) Lozano R, Fullman N, Abate D, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392 (10159):2091-138.

Yetersiz Beslenmenin Tüm Biçimlerinin > Ortadan Kaldırılması

166

UZM. DR. ELİF AYLİN YÜCE YÖRÜK

SKA 2

Açlığı Bitirmek, Gıda Güvenliğine ve İyi Beslenmeye Ulaşmak ve Sürdürülebilir Tarımı Desteklemek

Hedef 2.2

Beş yaş altındaki çocukların aşırı zayıflıkları ve büyümesini engelleyen nedenlere ilişkin uluslararası düzeyde kabul edilmiş 2025 yılı hedeflerine ulaşması da dahil olmak üzere 2030 yılına kadar, her türlü yetersiz beslenmeye son vermek ve ergenlik çağındaki kızlar, hamile ve emziren kadınlar ve yaşlıların beslenme ihtiyaçlarını ele almak

Göstergeler

- 5 yaş ve altı çocuklarda büyüme geriliğinin yaygınlığı (Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Gelişim Standartları'na göre çocuğun yaşıtlarına göre medyan boy uzunluğunun 2 standart sapmadan daha kısa bir boyda olması)
- 5 yaş altı çocuklar arasında, tipe göre (aşırı zayıflık ve obezite) kötü beslenmenin yaygınlığı (boya göre ağırlığın, Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Gelişim Standartlarının ortanca değerinden $>+2$ ve <-2 standart sapma göstermesi)

Dünya genelinde beslenme yetersizliği milyonlarca kişiyi etkilemektedir. Küçük ölçekli gıda üreticileri, küresel gıda tekelleriyle mücadele edebilmek ve sürdürülebilir tarım faaliyetleri için altyapı ve teknoloji alanında daha fazla yatırıma gereksinim

duymaktadır. 2015 yılında 784 milyon, 2017 yılında 821 milyon insan beslenme yetersizliği yaşamıştır. Afrika, 256 milyondan fazla kişi ile beslenme yetersizliğinin en fazla görüldüğü bölgedir. 2017 yılında 770 milyon kişi ciddi gıda güvencesizliği ile karşı karşıya kalmıştır⁽¹⁾. Dünya genelinde 2019 yılında, 5 yaşın altı çocukların beşte biri (%21,3), yaklaşık 144 milyon çocuk bodurluk yaşamıştır. Bu çocukların üçte ikisi Afrika ve Güneydoğu Asya bölgelerindedir. Küresel düzeyde 2019 yılında, 5 yaş altı 47 milyondan fazla çocuk (%6,9) aşırı zayıflık göstermiştir⁽²⁾. 2018 yılında 40 milyon çocuk fazla kilolu olarak tespit edilmiştir⁽¹⁾.

Beslenme yetersizlikleri, milyonlarca çocuğu hastalık ve ölüme duyarlı hale getirmeye devam etmektedir. Çocukluk çağındaki beslenme yetersizlikleri; protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, raşitizm, diş çürükleri ve şişmanlık gibi pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bodurluk, zayıflık, düşük kiloluluk ve fazla kiloluluk protein-enerji yetersizliği olarak sınıflandırılmaktadır⁽³⁾.

Türkiye'de 5 yaş altı çocuklarda beslenmeyele ilişkili sorunlardan büyüme ve gelişme geriliği, demir eksikliği anemisi ve raşitizm sık görülmektedir⁽³⁾. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 verilerine göre 5 yaş altı çocuklarda bodurluk sıklığı %10,3, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010'da %11,5, TNSA-2013'te %10, TNSA-2018'de %6 olarak açıklanmıştır⁽³⁻⁶⁾. TÜİK verilerine göre 5 yaş altında bodurluk sıklığı 2013 yılında %9,5 iken 2018 yılında %6,0'a gerilemiştir

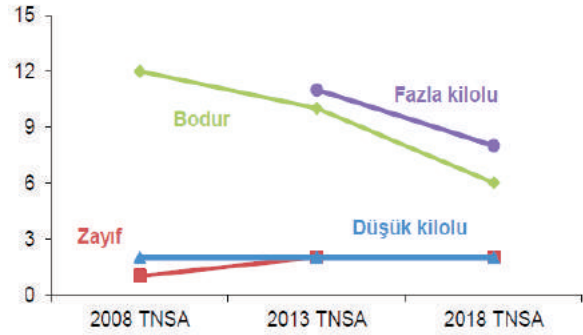
(7). Türkiye’de *Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı* ile çocukluk döneminde sağlıklı beslenme programları yürütülerek 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının %7,5’e indirilmesi hedeflenmiştir. Çocukların beslenme durumunun iyileşmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü *Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı, Ulusal Tarama Programları ve Bebek ve Çocuk Ölümlemlerini Azaltma Programı, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Tamamlayıcı Beslenme Programı, Demir Gibi Türkiye Programı, D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı ve Tuzun İyotlanması Programı*’nın etkisi olduğu söylenebilir (8). Ayrıca 2030 yılına kadar çocuklarda beslenme yetersizliğinin elimine edilmesi hedeflenmektedir.

Çocukların boy uzunluğuna göre vücut ağırlığı değerlendirildiğinde, TNSA-2008’de %0,9, TNSA-2010’ da %5,2, TNSA-2018’de %2’den azı aşırı zayıf olarak değerlendirilmiştir. TÜİK verilerine göre 5 yaş altında aşırı zayıflık sıklığı 2013 yılında %1,7’dir, bu oran 2018’de de değişmemiştir.

TBSA-2010’a göre 5 yaş altı çocukların %5.9’u fazla kiloludur. İlk defa TNSA-2013’te gösterilen fazla kiloluluk oranı %11 iken TNSA-2018’de %8’dir. Kentsel bölgede çocuklarda fazla kiloluluk daha yaygındır (3). Dünyada çocuklukta aşırı kiloluluk önemli ölçüde kötüleşirken (9), ülkemizde 2013 yılına göre azalma göstermektedir (7).

Tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklardan etkilense de bodurluk, çocuğun uzun dönemde yeterli beslenememe durumunu yansıtmaktadır. TNSA raporlarında; kırsal alanlarda, Doğu Bölgesinde, annesi eğitimsiz veya çok az eğitilmiş olan çocuklarda, doğum sırası ileride olan çocuklarda ve bir önceki doğumla arasında 24 aydan daha kısa süre olan çocuklar arasında bodurluk daha yaygın bulunmuştur (4,5). Yıllar içerisinde bodurluk ilişkili olduğu sosyo-demografik değişkenlerde herhangi değişiklik olmamıştır. Buna ilaveten, ülkemizde geçici koruma altında olan yaklaşık 3,6 milyon Suriyeli nüfusun 1,6 milyonu da çocuktur (10). SKA 2 kapsamında Türkiye’nin 2030 yılına kadar bölgesel ve gelir durumuna göre beslenme yetersizlikleri olan gruplara özel politika ve uygulama araçları geliştirmesi gerekli görülmektedir (11).

SKA 2’nin diğer göstergelerinde, işlenen tarımsal alanların oranının %67’den %60’a gerilemesi, nüfus artışı ve göçlerle hızlı kentleşme sonucu



Şekil 166.1 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına göre 5 yaş altı çocukların malnütrisyon yüzdesinin değişimi.

tarım arazilerinin yapılaşmaya açılması, tarımsal destekleme sisteminin değişmesi, piyasadaki fiyat dalgalanmaları gibi değişiklikler, beslenme yetersizlikleri üzerine kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda *Onbirinci Kalkınma Planında* ‘Gıda güvenilirliği, obezite, çevre sağlığı gibi konularda çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modeli güçlendirilecektir.’ hedefi yer almaktadır (12). Dengeli beslenme için gerekli gıda çeşitliliğinin yerli üretimle sağlanması, iklim değişikliğine ikincil gelişecek afetlere yönelik çözümlerin üretilmesi, kırsal yoksulluğun azaltılması, üretimde verimliliği iyileştirmek için iyi tarım uygulamalarının artırılması önemlidir (11). Bu kapsamda SKA 2 hedeflerine ulaşmada yeni göstergelerin belirlenerek izleme alınması gerekmektedir.

2020 yılı başından itibaren tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi, ekonomik durağanlık ve toplu işsizlik, ani yoksulluk, aile içi istismarın artması ile açlığın artması ve beslenme yetersizliklerinin habercisi konumdadır. COVID-19 pandemisinin, SKA 2 kapsamı üzerine ‘**son derece olumsuz etkide**’ bulunacağı öngörülmektedir (13). Bu etkiler,

- Küresel gıda arzı ve ticaretindeki azalma nedeniyle gıda güvencesizliği
- Gelir düşüşü ve karantina sırasında gıda bulunabilirliğinin azalması nedeniyle açlık
- Nakliye zorlukları ve işgücünün azalması nedeniyle daha çok gıda kaybı ve atık
- Okul yemeklerinin kesintiye uğraması nedeniyle yetersiz beslenme, başlıkları altında ele alınmıştır. Pandemi süresince güçlü ekonomisi olan ülkelerde dahi savunmasız hane halkları, gıda güvencesizliği risklerini azaltmak için finansal desteğe ihtiyaç duyacaktır.

Kaynaklar

- 1) Goal 2 .:. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://sustainable-development.un.org/sdg2>
- 2) World Health Statistics 2020: Monitoring Health For The SDGs. 2020.
- 3) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. 2014.
- 4) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2008.
- 5) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2013.
- 6) Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. 2018.
- 7) Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018 TÜİK [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <http://www.surdurulebilir-kalkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergele-ri-2010-2018-yayinlandi/>
- 8) Beslenme Programları [Internet]. [cited 2020 Jul 18]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/cocukergen-bp-liste.html>
- 9) Lim SS, Allen K, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, Goldberg EM, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388 (10053):1813–50.
- 10) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu. 2019.
- 11) Ari I, Yılmaz RF, Ustunisik B, Rahmanlar M, Altınsoy S, Yılmaz SA, et al. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu [Internet]. 2019. Available from: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 12) Ministry of Strategy and Budget. 11th Development Plan of Turkish Government (2019-2023). 2019;1–209. Available from: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/On-birinciKalkinmaPlani.pdf>
- 13) Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., Woelm F. The Sustainable Development Goals and Covid-19. Sustainable Development Report 2020. Cambridge University Press. 2020.

Anne Ölümlerinin > Azaltılması

167

ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK • ARŞ. GÖR. DR. MERVE KEVSER ÇAMLI

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.1

2030 yılına kadar, küresel anne ölüm oranını 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürmek

Göstergeler

- Anne ölüm oranı
- Nitelikli sağlık personeli ile gerçekleştirilen doğumların oranı

Kadın ölümü, ölüm nedenine bakılmaksızın 15- 49 yaş grubu kadınlar arasında meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır. Gebeliğe bağlı ölüm, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır. Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.⁽¹⁾

Gebelik her kadın için riskli bir durumdur. 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda gebelik ve doğuma bağlı sebepler önde gelmektedir. Bunların büyük çoğunluğu önlenemez nedenlere bağlıdır. Gebelik ve doğum sırasında her kadının sağlık bakımı sağlanması ölümleri büyük oranda azaltmaktadır.

Anne ölümleri bu yüzden ülkelerin sağlık ve gelişmişlik durumunu gösteren önemli bir ölçüttür. Anne ölüm oranlarına bakılarak ülkelerin gelişmişlik durumu hakkında bilgi edinmek mümkündür. Türkiye’de anne ölümleri izlemeleri il düzeyinde İl Anne Ölümlerini Tespit ve Önleme Birimi İl İnceleme Komisyonu, ulusal düzeyde ise Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu ve Anne Ölümleri Merkez İnceleme Komisyonu ile yapılmaktadır.

Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen Binyıl Kalkınma Hedeflerinden (MDG) üçüncüsü dünyada anne ölüm oranının azaltılması şeklinde belirlenmiştir. Bu hedefte “1990 ile 2015 yılları arasında anne ölüm oranının dünyada dörtte üç oranında azaltılması” yer almaktadır. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) içinde yer alan sağlık hedefinde (Hedef 3: Sağlıklı Yaşamların Güvence Altına Alınması ve Her Yaşta İyilik Halinin Geliştirilmesi) temel başlıklar arasında yer almaktadır. SKA içinde yer alan anne ölümlerini sona erdirmeye yönelik hedefte (Hedef 3.1) “Dünya’da anne ölümlerini 2030 yılına kadar yüz binde 70’e düşürülmesi yer almaktadır.”⁽²⁾

Tüm dünyada yaşam boyu anne ölümü riski yaklaşık olarak 1990 yılında 73 doğumda 1 iken, bu risk 2015 yılında 180 doğumda 1 değerine iniş göstermiş olup, Sahra Altı Afrika’da 36; gelişmiş ülkelerde ise 4900 doğumda 1 olduğu belirtilmektedir.⁽³⁾

2019 yılına gelindiğinde Sahra Altı Afrika’da kadınların gebelik ya da doğum sırasında yaşam boyu ölme riski 37’de 1, Avrupa’da ise bu oran 6500’de 1’e gerilemiştir. Sahra Altı Afrika ve Güney Asya küresel anne ve çocuk ölümlerinde yaklaşık %80’lik paya sahiptir.⁽⁴⁾

1990 ve 2010 yıllarında arasında anne ölümleri dünya çapında %50 oranında düşmüştür. 2010 yılında dünyada yaklaşık 287.000 anne ölümü olduğu bilinmektedir. ⁽³⁾

Dünyada 2013 yılında yaklaşık 289.000 anne ölümü olduğu tahmin edilmektedir. Dünya genelinde 1990 ve 2013 yılları arasında anne ölüm oranı, %45 oranında azalarak yüz binde 400'den 230'a düşmüştür. Binyıl Kalkınma Hedeflerine (Millennium Development Goals (MDG)), göre anne ölüm oranının her yıl %5,5 azalması hedeflenmiş olmasına rağmen, azalmanın yılda %2,6 oranında gerçekleştiği gözlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm oranı 2013 yılında ortalama yüz binde 16 (1990 yılında 26) ve gelişmekte olan ülkelerde ise ortalama yüz binde 230 olarak belirtilmektedir (1990 yılında yüz binde 380'dir). ⁽³⁾

Anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğu önlenemez sebeplerden meydana gelmiştir. ⁽³⁾ Dünyada 225 milyondan fazla kadın daha kontraseptif yöntemlerle tanışmamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde gelişmemiş ülkelere oranla anne ölüm oranları 14 kez daha fazla olmaktadır. ⁽⁵⁾

Anne ölümlerinde azalma doğum aralığının artırılması ile de orantılıdır. Ailenin kolaylıkla ulaşabileceği doğum kontrol yöntemleri sağlanmalı ve aile planlama ihtiyaçları karşılanmalıdır. Dünya genelinde aile planlaması için modern yöntem kullanan kadınların oranı 2000 yılında % 73,6 iken 2020 yılında az bir artışla % 76,8 olmuştur. 15-19 yaş kadınların hamilelik sırasında daha yüksek komp-

likasyon riski mevcuttur. Dünya genelinde 15-19 yaş kadınların doğurganlık hızları 2000 yılında 1000 ergen kız başına 56 doğumdan 2020 yılında 41'e düşmüştür. ⁽⁶⁾

2017 yılında ise gebelik ve doğuma bağlı önlenemez sebeplere bağlı her gün yaklaşık 810 kadın hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %94'ü düşük ve orta gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Genç adölesanlarda (10-14 yaş arası) yüksek yaş grubundaki kadınlara göre daha yüksek oranda komplikasyon görülmektedir. 2000 ve 2017 yılları arasında anne ölüm oranı dünya çapında %38 azalmıştır. ^(7,8)

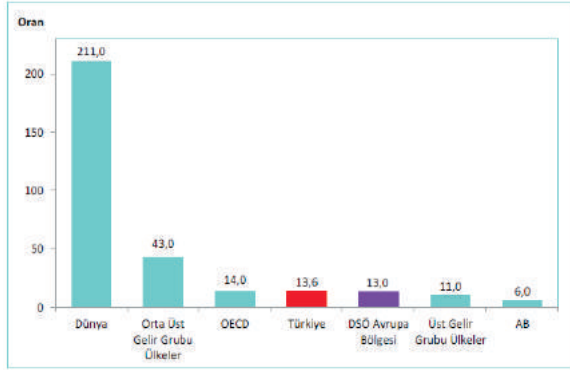
2014'ten 2019'a kadarki verilere göre, dünya çapında doğumların yaklaşık % 81'inin nitelikli sağlık personeli varlığında gerçekleştiği bildirilmiştir ve 2000-2006 dönemine göre % 64 artış mevcuttur. ⁽⁶⁾

2005 yılında ülkemizde yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasına göre gebeliğe bağlı ölüm oranı, ülke geneli için 100,000 canlı doğumda 38,3 (\pm 2,8) olarak bulunmuştur. Bölgeler arasında ise önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu oran, Batı Anadolu Bölgesi'nde 100,000 canlı doğumda 12,4 (\pm 5,0) ile en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise 100,000 canlı doğumda 93,3 (\pm 17,2) ile en yüksektir. ⁽⁹⁾

Ülkemizde 2015 yılı anne ölüm oranı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından, yüz bin ya da 100,000 canlı doğumda 14,7 olarak bildirilmiştir. Bölgeler arasında en yüksek anne ölüm oranının Ortadoğu Anadolu'da en düşük anne ölüm oranının ise Doğu Marmara'da olduğu bildirilmektedir. ⁽¹⁰⁾

Tablo 167.1 Dünyada 2000 ile 2017 Yılları Arasındaki Anne Ölüm Oranları ve Değişimi

Bölgeler	Anne Ölüm Oranı (100binde)					2000 ile 2017 arasında AÖÖ değişimi (%)	2000 ile 2017 arasında AÖÖ'da yıllık ortalama azalma oranı (%)
	2000	2005	2010	2015	2017		
Doğu Asya ve Pasifik	114	100	86	73	69	39	2,9
Avrupa ve Orta Asya	27	22	17	14	13	-	4,4
Doğu Avrupa ve Orta Asya	45	36	26	20	19	58	5,1
Batı Avrupa	8	7	6	6	5	-	2,4
Latin Amerika ve Karayipler	96	91	85	77	74	23	1,5
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	95	81	63	59	57	40	3,0
Kuzey Amerika	12	13	14	17	18	-52	-2,5
Güney Asya	395	309	235	179	163	59	5,2
Sub-Saharan Afrika	870	746	626	557	533	39	2,9
Doğu ve Güney Afrika	780	645	494	406	384	51	4,2
Batı ve Orta Afrika	962	847	755	699	674	30	2,1
Az Gelişmiş Ülkeler	763	635	520	442	415	46	3,6
Dünya	342	296	248	219	211	38	2,9



Şekil 167.1 Anne Ölüm Oranlarının Karşılaştırması

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2018

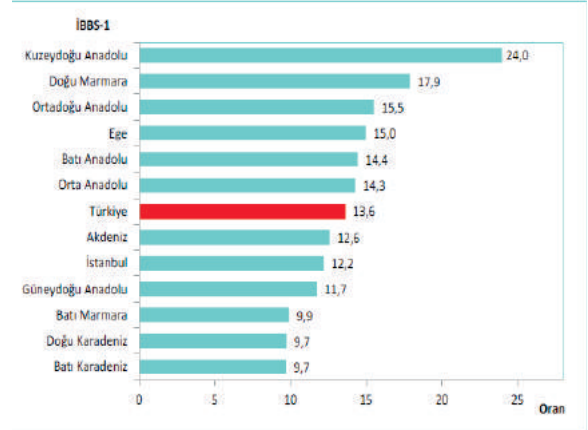
Adölesan (15-19 yaş grubu) annelerin adölesan olmayan annelere göre olumsuz gebelik sonuçlarına veya annelikle ilişkili ölümlülüğe maruz kalmaları daha olasıdır. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA) adölesan dönemde olan kadınların %5 i çocuk doğurmaya başlamıştır. 2018 TNSA'da bu oran %4'e gerilemiştir. 15-19 yaş grubundaki kadınların sadece %1'i 15 yaşından önce evlenmiştir.

Evli kadınların %12'sinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu; bunların %4'ünün bir sonraki doğuma ara vermek istediğini, %8'inin ise daha fazla doğum yapmak istemediğini ortaya koymaktadır. Kadınların %96'sı doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almıştır (doktor, hemşire veya ebe). Kadınların sadece %4'ü doğum öncesi bakım almamıştır. Doğumların neredeyse tamamı (%99), kamu sektörü başta olmak üzere (%59) bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Doğumların sadece %1'i evde gerçekleştirilmiştir.



Şekil 167.2 Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları

Kaynak: Maternal Mortality Ratio- Country <https://vizhub.healthdata.org/sgd/>



Şekil 167.3 İBBS-1'e Göre Anne Ölümleri (100000 Canlı Doğumda), 2018

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2018

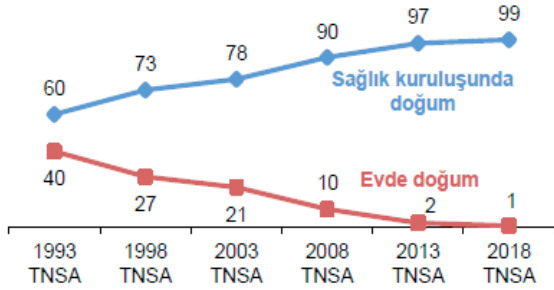
Araştırmadan önceki 2 yıl içinde canlı doğumu olan kadınların %96'sı doğumdan sonraki 41 gün içinde doğum sonrası bakım almıştır. Kadınların %79'u doğumdan sonraki ilk 2 gün içinde doğum sonrası bakım almıştır. Kadınların sadece %5'i doğum sonrası bakım almamıştır.⁽¹¹⁾

Anne sağlığı açısından önemli olan doğum öncesi bakım hizmetleri yaygınlaştırılarak hizmet alma oranı 2017 yılı itibarıyla yüzde 99,7'ye ulaşmıştır. Buna bağlı olarak anne ölüm oranlarında iyileşmeler görülmüştür. Ayrıca, erken yaşta doğumların önüne geçilmesi amacıyla yürütülen çalışmalar sonucunda adölesan doğurganlık oranı 2012 yılında binde 31 iken 2017 yılında binde 21'e gerilemiştir. 2019 yılında anne ölüm oranı ise 100.000 canlı doğumda 14,6'dır. Bu alanda 2030 küresel hedefi aşılmıştır.⁽¹²⁾

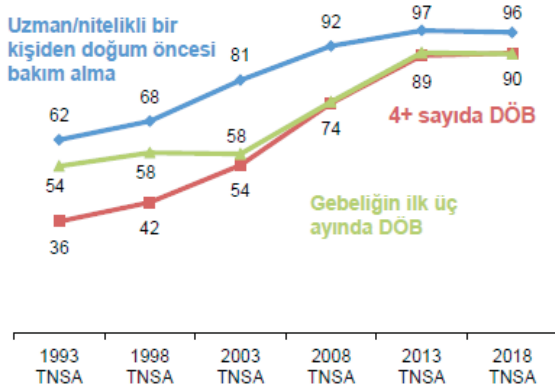
Türkiye'de, adölesan dönemde olan Suriyeli kadınların %39'u hâlihazırda çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. 15-17 yaş aralığındaki Suriyeli göçmen kadınların beşte biri ya annedir ya da ilk çocuğuna hamiledir. On sekiz yaşındaki kadınların %54'ü ve 19 yaşındaki kadınların %68'i çocuk doğurmaya başlamıştır.⁽¹³⁾

2018 TNSA, halen evli Suriyeli göçmen kadınların %21'inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu; %10'unun bir sonraki doğuma ara vermek istediğini, %11'inin ise daha fazla doğum yapmak istemediğini ortaya koymaktadır.

Suriyeli göçmen kadınların %93'ü doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almıştır (doktor, hemşire veya ebe). Suriyeli kadınların %7'si doğum öncesi bakım almamıştır.



Şekil 167.4 Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda ve Evde Yapılan Doğumlar



Şekil 167.5 Yıllara Göre Doğum Öncesi Bakım Alma Oranı
Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması- 2018

Suriyeli göçmen nüfusta doğumların %93'ü, kamu sektörü başta olmak üzere (%76) bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Doğumların %5'i evde gerçekleştirilmiştir. Doğumların %98'i sağlık personeli eşliğinde yapılmıştır

Son olarak ülkemizde anne ölümleri önemsenmekte ve azalması amacıyla uygulamalar başlatılmaktadır. Anne adaylarının gebelik, doğum ve lohusalık döneminde hasta haklarını ve güvenliklerini dikkate alan ortamların oluşturulması amacıyla "Anne Dostu Hastane Programı" başlatılmıştır. Ayrıca anne adaylarının ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden doğuma ve doğum sonrası döneme bilinçli bir şekilde hazırlanması ve desteklenmesi için gebe

okulu, gebe bilgilendirme sınıfı gibi doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezleri kurulmuştur. Elverişsiz hava ve yol koşulları olan yerleşim merkezlerinde ikamet eden gebelerin muhtemel doğum tarihleri yaklaştığında daha elverişli yerleşim merkezlerine nakledilerek konaklamalarının sağlanması ve hastanelerde doğumlarının gerçekleşmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Misafir Anne Uygulaması programını uygulamaya koymuştur.

Kaynaklar

- 1) WHO. Maternal Mortality ratio (per 100 000 live births). Health statistics and health information systems. 2013.
- 2) WHO. Trends in maternal mortality 1990 to 2015. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. 2015;80. Available from: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/files/Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015 full report.PDF>
- 3) WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. World Health Organ [Internet]. 2014;56. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1
- 4) WHO, UNICEF, UNFPA WBG and the UNPD. WHO | Maternal mortality: Levels and trends. Who. 2019.
- 5) The Oxford Handbook of Women, Peace and S. WPS and sustainable development goals. Oxford Handb Women, Peace, Secur. 2018;704-14.
- 6) World Health Organization. World Health Statistics 2020. Vol. 21. 2020.
- 7) WHO. Maternal mortality Evidence brief. Matern Mortal. 2019; (1):1-4.
- 8) World Health Organization. Maternal mortality : level and trends 2000 to 2017 [Internet]. Sexual and Reproductive Health. 2019. 12 p. Available from: <https://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
- 9) TÜRKİYE ULUSAL ANNE ÖLÜMLERİ ÇALIŞMASI. Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması 2005 temel bulgular. 2005.
- 10) Köse MR, GÜLER C, YENTÜR GK. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2015. 71 p.
- 11) TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018.
- 12) T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözgen Geçirime Raporu "Ortak Hedefler için Sağlam Temeller" [Internet]. 2019. Available from: <http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/>
- 13) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme, Temel Bulgular. 2019; Available from: www.hips.hacettepe.edu.tr

5 Yaş Altında Önlenebilir Tüm Ölümlerin Sona › Erdirilmesi

168

ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLIK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.2

2030 yılına kadar hedefi, tüm ülkelerde yenidoğan ölüm oranının 1.000 canlı doğumda 12 veya daha aza, 5 yaş altı çocuk ölüm oranının da 1.000 canlı doğumda 25 veya daha aza düşürülmesi hedefiyle, yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerini sona erdirmektir.

Sürdürülebilir Kalkınma Amacı 3'ün hedefleri içinden Hedef 3.2 ile, 2030 yılına kadar tüm ülkelerde yenidoğan ölüm oranının 1.000 canlı doğumda 12 veya daha aza, 5 yaş altı çocuk ölüm oranının da 1.000 canlı doğumda 25 veya daha aza düşürülmesi, yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerini sona erdirmek planlanmıştır⁽¹⁾.

SKA 3; Başta anne ve bebek ölümleri ile bulaşıcı hastalıklarla mücadele olmak üzere Türkiye, birçok hedefte küresel hedef ve ortalamaların oldukça ilerisindedir. Özellikle son 15 yılda çok sayıda gösterge açısından iyi bir performans sergilenmiştir. Bununla birlikte, Türkiye'nin 2011 yılından bu yana aldığı göç sonucu özellikle çocuklara yönelik kıza-

mık vb. hastalıkların yeniden gündeme gelmesine ve aşılama kampanyalarında istenilen sonuca ulaşamamasına neden olmuştur⁽²⁾.

1. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı

Doğumdan itibaren beş yaşına kadar olan dönemdeki ölüm olasılığını ifade eder ve bir toplumda bir takvim yılında 0-4 yaş arası ölüm sayısının aynı yoplumda aynı yılda canlı doğum sayısına oranı şeklinde hesaplanır⁽³⁾.

Türkiyede Durum

2016 yılı verilerine göre, Türkiye'de 5 yaş altı çocuk ölüm oranı ise binde 11,9 olup 2030 hedefini geride bırakmıştır⁽²⁾.

Türkiye' de 1000 canlı doğum başına beş yaş altı ölüm hızı 2010 yılından itibaren sekiz yılın değerleri yıllık olarak sıra ile 15,5-14,9-14,4-13,4-13,3-12,4-12,0-11,4 şeklindedir. Veriler **Tablo 168.1**'de verilmektedir⁽⁴⁾.

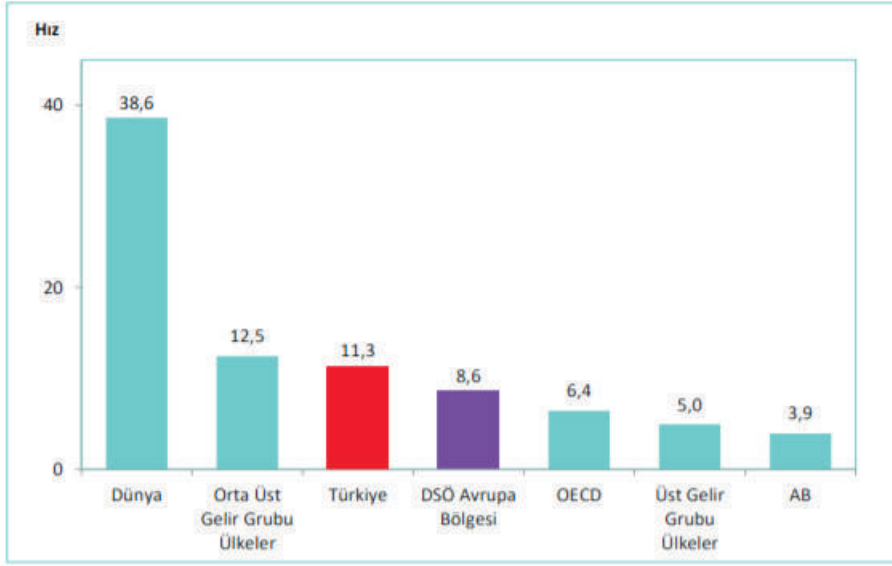
Dünyada Durum

Beş yaş altı ölüm hızının Dünya'daki durumu **Şekil 168.1** ve **Şekil 168.2**de verilmektedir⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

Tablo 168.1 Türkiye'de 1000 canlı doğum başına beş yaş altı ölüm hızı (2010-2018)

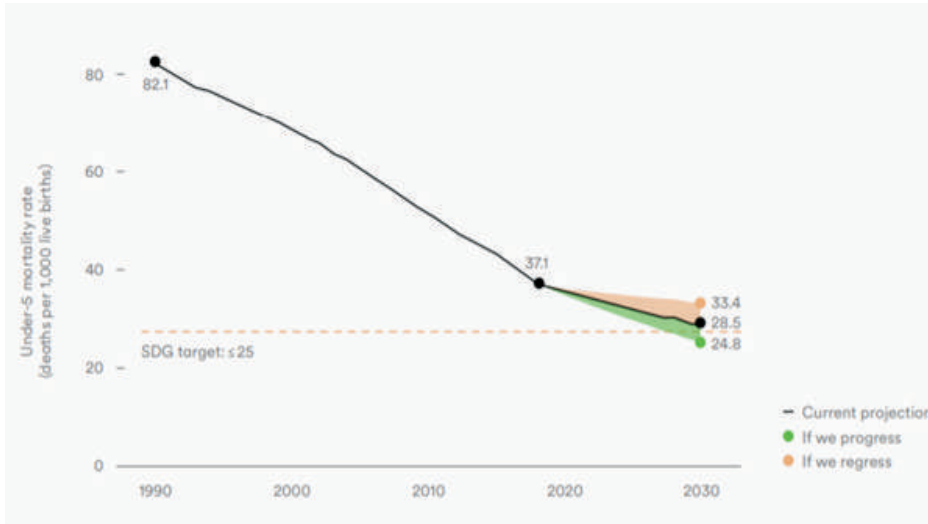
Amaçlar ve Göstergeler	Birim	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
3.2.1 Beş yaş altı ölüm hızı	1 000 canlı doğum başına	15,5	14,9	14,4	13,4	13,3	12,4	12,0	11,4	11,4

Kaynak: TÜİK, 2018



Şekil 168.1 Beş Yaş Altı Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2018

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, UN IGME 2019



Şekil 168.2 Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Dünya, (1.000 Canlı Doğumda)

Kaynak: Stronger Collaboration Better Health, Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All

2. Neonatal Ölüm Hızı

Neonatal ölüm hızı yaşamın ilk 28 günü içindeki ölüm boyutunu belirler. Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve ilk 28 gün içinde ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı sayıda canlı doğum sayısına bölümünün hız sabiti ile çarpılmasıyla bulunur ⁽³⁾.

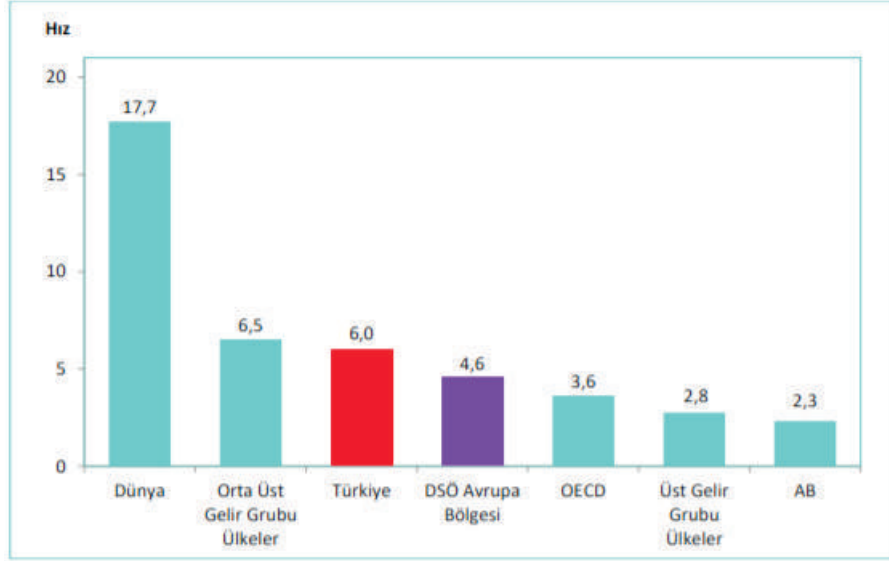
Türkiyede Durum

2016 yılı verilerine göre, Türkiye’de Hedef 3.2’nin göstergesi olan yenidoğan ölüm oranı 1.000 canlı

doğumda 6,2 olup 2030 hedefini geride bırakmıştır. Neonatal ölüm hızının yıllara göre dağılımı [Tablo 168.2](#)’de verilmektedir ⁽⁴⁾.

Dünyada Durum

Dünya’daki Neonatal Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması [Şekil 168.3](#)’te verilmektedir ⁽⁵⁾.



Şekil 168.3 Neonatal Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2018

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, UN IGME 2019

Tablo 168.2 Neonatal ölüm hızının yıllara göre dağılımı (2010-2018)

Amaçlar ve Göstergeler	Birim	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
3.2.2 Neonatal ölüm hızı	1 000 canlı doğum başına	7,6	7,3	7,5	6,9	7,3	6,5	6,3	6,0	6,0

Kaynak: TÜİK, 2018

Kaynaklar

- 1) Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
- 2) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu 2019 [Internet]. Ankara; 2020 [cited 2020 Jul 20]. Available from: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surduirebilir-Kalkinma-Amaclari-Değerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 3) Tezcan SG. Temel Epidemiyoloji. Ankara: Hipokrat Kitabevi; 2017.
- 4) Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>
- 5) BAŞARA DBB, CAĞLAR İS, AYGÜN A, Özdemir T, KULLI B, Uzun BS, et al. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara; 2019.
- 6) World Health Organization. Stronger Collaboration Better Health, Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 14]. 67 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516433>

Bulaşıcı Hastalıklarla > Mücadele

169

ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM • UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.3

2030 yılına kadar, AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropik hastalık salgınlarını bitirmek ve hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek

Göstergeler

- Cinsiyet, yaş ve önemli gruplara göre enfekte olmamış her 1.000 kişiye düşen HIV enfeksiyonuna yeni yakalananların sayısı
- 100.000 kişi başına tüberküloz insidansı
- 1.000 kişi başına sıtma insidansı
- 100.000 kişi başına Hepatit B insidansı
- İhmal edilen tropikal hastalıklara karşı müdahaleler gerektiren kişi sayısı

Hedef 3.3 kapsamında 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropik hastalık salgınlarını bitirmek ve hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek amaçlanmaktadır.

Türkiye'de sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı; ilgili kurumlar Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve üniversitelerdir. Hedef 3.3. kapsamında Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ile bildirim esas bulaşıcı hastalıklar vaka tanımlarının

yapılması, iletişim ağı yapısı ile ihbar ve bildirim sisteminin oluşturulması amaçlanmaktadır. Ayrıca, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun da ilgili alt hedefin gerçekleşmesine hizmet etmektedir. ⁽¹⁾

Hedef 3.3'ün göstergeleri:

- Enfekte olmamış her 1.000 kişiye düşen HIV enfeksiyonuna yeni yakalananların sayısı
- 100.000 kişi başına tüberküloz insidansı
- 1.000 kişi başına sıtma insidansı
- 100.000 kişi başına Hepatit B insidansı
- İhmal edilen tropikal hastalıklara karşı müdahaleler gerektiren kişi sayısı

1. Gösterge: Enfekte olmamış her 1.000 kişiye düşen HIV enfeksiyonuna yeni yakalananların sayısı

Dünyada Durum

2018 yılında enfekte olmamış 1000 nüfusta HIV enfeksiyonu sayısı, OECD üyesi ülkelerde ortalama binde 0,1, düşük gelirli ülkelerde 0,7, düşük-orta gelirli ülkelerde 0,3, yüksek orta gelirli ülkelerde 0,5, yüksek gelirli ülkelerde 0,1'dir ⁽²⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2018 yılında HIV ile yeni enfekte olanların sayısı 1,7 milyondur; 1,6 milyon yetişkin ve 160.000 kadarı 15 yaş altındadır. 2018'de, 1000 enfekte olmamış nüfus başına yeni HIV enfeksiyonu dünya ortalaması

0,24'tir. En yüksek DSÖ Afrika bölgesi (binde 1,07), ikinci sırada Avrupa bölgesi (binde 0,19), en düşük ise DSÖ Batı Pasifik bölgesi (binde 0,06)'dir ⁽³⁾.

AIDS müdahalesine yönelik güçlü ulusal ve uluslararası taahhüt ve yatırımlar ile önlem, tanı ve tedavi için kanıtlanmış programların hızlandırılması sonucu özellikle Sahra altı Afrika'da 15-49 yaş arası yetişkinlerde HIV görülme insidansı 2010-2017 arası yaklaşık %37 oranında azalmıştır. 2010'da enfekte olmamış 1.000 kişideki HIV enfeksiyonu 3,39 iken, 2017'de 2,14'e düşmüştür. Diğer bölgelerde ilerleme daha yavaş olmuştur. Batı Asya (%53), Orta Asya (%51) ve Avrupa (%22) gibi bölgelerde HIV insidansında bir artış görmüştür ⁽⁴⁾.

Yetişkinler arasındaki küresel HIV insidansı, 2010-2017 arasında %22 azalmıştır. Yaş grubuna göre insidansın en büyük düşüşü, 0 ile 14 yaş arası çocuklar arasında (%37 azalma) olmuştur. Bu durum anneden bebeğe HIV bulaşmasını önlemek için antiretroviral ilaçların kullanımının arttığına işaret etmektedir ⁽⁴⁾.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de 1985'ten beri bildirişi yapılan HIV/AIDS insidansı, Avrupa Birliği ve AB ülke ortalamaları ile kıyaslandığında daha düşük değerlerde seyretmekte olup son 20 yıldır 100.000'de 0,1-0,2 olarak seyretmektedir. Ancak vaka sayısında son yıllarda artış görülmektedir. TC. SB. Halk Sağlığı

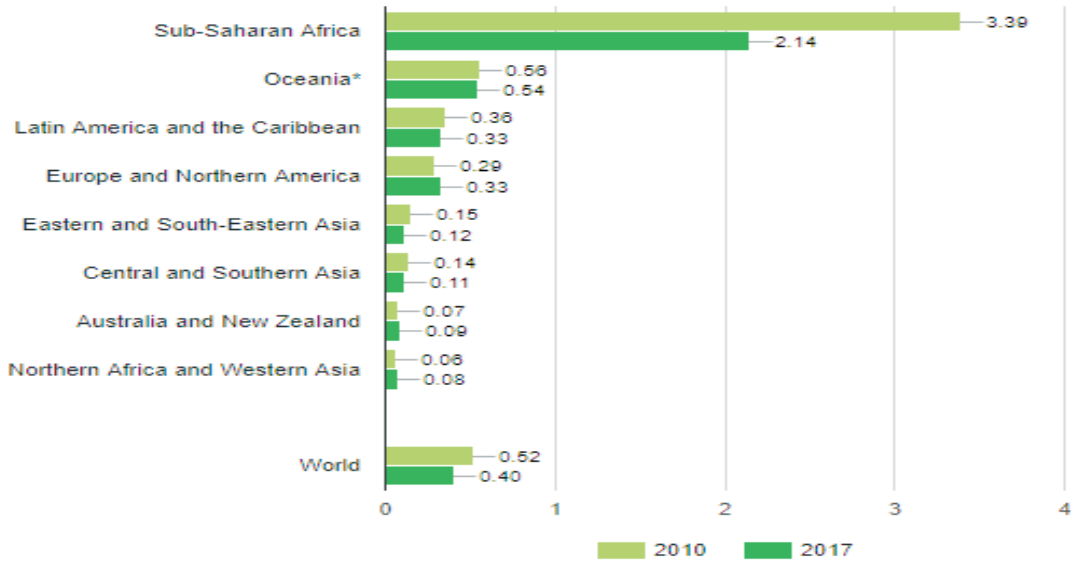
Genel Müdürlüğü 2019 Birim Faaliyet Raporu'na göre Türkiye'de 2000 yılında 123 olan HIV (+) vaka sayısı özellikle 2013 yılı sonrasında daha hızlı şekilde artarak 2018'de 3719'a ulaşmıştır. AIDS vaka sayıları, HIV (+) birey sayılarına göre daha düşük seyretmekte olup 2018 yılı içerisinde 122 AIDS vakası saptanmıştır. 2019 yılının ilk 11 ayı için açıklanan HSGM verisi ise 2097 HIV (+) bireydir. Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı ile insidansın azaltılması için çabalar sürmektedir ⁽⁶⁾.

2. Gösterge: 100.000 kişi başına tüberküloz (TB) insidansı

Bu gösterge, 100.000 kişide yıllık tüberküloz insidansını ifade etmektedir. Bir yıl içerisinde gerçekleşen (yeni ve relaps vaka) tüberküloz vaka sayısının ülke nüfusuna bölünerek 100.000 ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır.

Dünyada Durum

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 2019 Global Tüberküloz Raporu'na göre, tüm Dünyada tüberküloz insidansı 2018 yılında 100 binde 132 olarak hesaplanmıştır; yeni vaka sayısı 10 milyondur. En yüksek olarak DSÖ Afrika bölgesinde 100 binde 231, ikinci olarak Güneydoğu Asya 100 bin-



Şekil 169.1 2010 ve 2017 yılları HIV insidansları (15 ila 49 yaş arası enfekte olmamış 1000 yetişkin başına düşen yeni vaka sayısı) ⁽⁵⁾

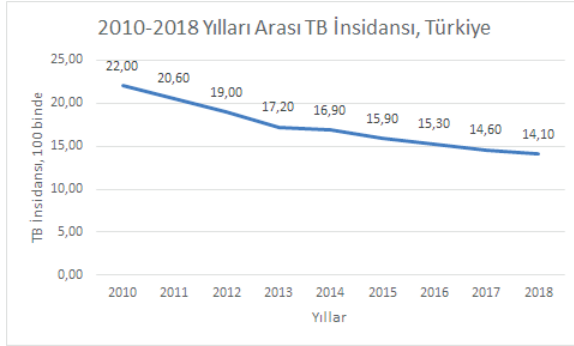
de 220, en düşük olarak Avrupa bölgesinde ise 100 binde 28'dir ⁽⁷⁾.

2018 yılında TB insidansı OECD üyesi ülkelerde 100 binde 11,9, düşük gelirli ülkelerde 205,3, düşük-orta gelirli ülkelerde 220,7; yüksek orta gelirli ülkelerde 66,2; yüksek gelirli ülkelerde 10,7'dir ⁽²⁾.

Türkiye'de Durum

DSÖ'ye göre 2018 yılı Türkiye TB insidansı 100 binde 16'dir; yeni vaka sayısı 13.000'dir ⁽⁸⁾.

T.C Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye TB insidansı, 2010 yılında 100 binde 22,0, 2011 yılında 20,6, 2012 yılında 19,0, 2013 yılında 17,2, 2014 yılında 16,9, 2015 yılında 15,9, 2016 yılında 15,3, 2017 yılında 14,6, 2018 yılında 14,1'dir ⁽⁷⁾.



Kaynak: ⁽⁸⁾

Türkiye, 2018 yılında 100.000'de 14,1'e ulaşarak, 100.000'de 30 insidansına sahip DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının altına inmiş olup, DSÖ'nün pre-eliminasyon hedefi olan 100.000'de 1'e ulaşma yolunda ilerlemektedir ^(7,9). Ancak TB insidansı yıllar içinde azalma gösterse de hala endemik bir ülke olma özelliğinin sürdürülmesi, pre-eliminasyon ve eliminasyon hedeflerine ulaşma yolunda yürütülecek çabayı daha önemli kılmaktadır.

3. Gösterge: 1.000 kişi başına sıtma insidansı

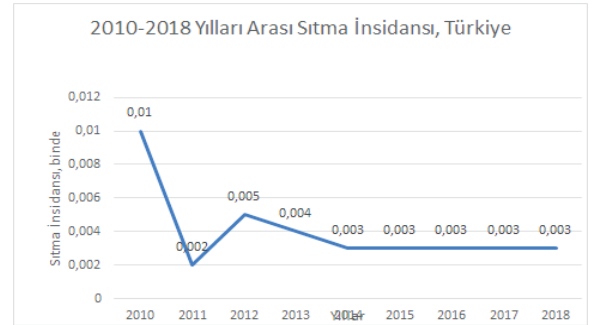
Dünyada Durum

Dünya Sıtma Raporu 2018'e göre, Küresel olarak, beş DSÖ bölgesinde 92 ülkede tahmini 3,4 milyar insan sıtmaya yakalanma ve hastalık geliştirme riski altındadır ve 1,1 milyar insan yüksek risk altındadır. 2017 yılında küresel olarak 219 milyon sıtma vakası ve 435.000 sıtma ölümü olmuştur. Sıtma ölümlerinin yaklaşık %93'ü DSÖ Afrika Böl-

gesi'nde ve %61'i 5 yaşın altındaki çocuklarda görülmüştür. ⁽¹⁰⁾ Bin kişi başına düşen sıtma insidansı 2017 yılında tüm dünyada ortalama 59,12 olarak saptanmışken, vakaların çoğunluğuna sahip olan Afrika Bölgesinde insidans 1000'de 219,38'dir. DSÖ bölgelerinin sıtma insidansları karşılaştırıldığında, Afrika bölgesi ile diğer tüm bölgeler arasında derin bir farklılık olduğu görülmektedir. Afrika'dan sonra en fazla sayıda vakanın görüldüğü bölge olan Doğu Akdeniz bölgesinde sıtma insidansı 1000'de 14,77 iken, diğer bölgelerde daha düşüktür ⁽¹¹⁾.

Türkiye'de Durum

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de sıtma insidansı yıllar içinde azalarak 2018 yılında binde 0,003'e düşmüştür ⁽⁸⁾. 2018 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, ülkemizde var olan yıllık sıtma vaka sayıları 2014 yılından itibaren sırasıyla 249, 221, 209, 214 ve 2018 yılında 238 olarak saptanmıştır. Vakaların tamamı importe (yurt dışı kaynaklı) vakadır ⁽⁹⁾. 2018 Dünya Malarya Raporu'na göre, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkeleri sıtma insidansı ortalaması 100.000 nüfusta 0,1 iken, Türkiye insidansı 0,3 olarak belirlenmiştir ⁽¹⁰⁾.



Kaynak: ⁽⁸⁾

4. Gösterge: 100.000 kişi başına Hepatit B insidansı

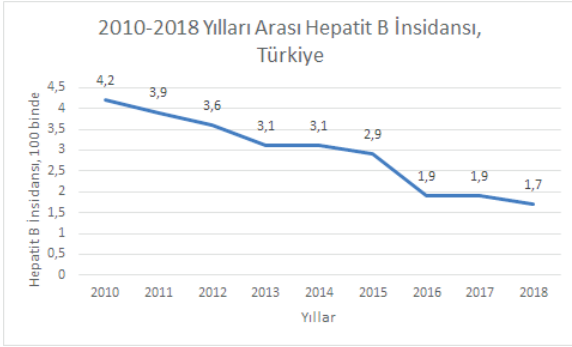
Dünyada Durum

2017 yılı itibariyle tüm dünyada 257 milyon Hepatit B vakası bulunmaktadır ⁽¹²⁾. 1990-2017 yılları arasında dünyada hepatit B insidansı çok değişim göstermemiş olup, 2017 yılı insidansı 100.000'de 1.930 olarak hesaplanmıştır ⁽¹³⁾. DSÖ bölgeleri arası hepatit B prevalansları karşılaştırılacak olunursa, vakaların büyük kısmının Batı Pasifik ve Afrika Bölgelerinde olduğu görülmektedir. DSÖ tahmini HBV enfeksiyonu prevalanslarına bakıldığında Batı

Pasifik bölgesi %6,2, Afrika bölgesi %6,1 iken dünya ortalaması %3,5 olarak hesaplanmıştır. Avrupa Bölgesi için %1,6, Amerika bölgesi için %0,7 prevalans tahmini yapılmıştır⁽¹⁴⁾.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de 2010 yılında 100.000 nüfusta 4,2 olan hepatit B insidansı yıllar içinde azalarak 2018 yılı itibariyle 100.000'de 1,7 değerine ulaşmıştır⁽⁸⁾.



Kaynak:8

5. Gösterge: İhmal edilen tropikal hastalıklara karşı müdahaleler gerektiren kişi sayısı

Bu gösterge, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bildirilen, Dünya Sağlık Asamblesi kararlarında ve

DSÖ'nün İhmal Edilmiş Tropikal Hastalıklar Yol Haritasında hedeflenen ihmal edilmiş tropikal hastalıklardan herhangi biri için tedavi ve bakım gerektiren kişi sayısını ifade eder.

Türkiye'de Durum

Ülkemizde ihmal edilmiş tropik hastalıklardan sadece Kuduz (Rabies) ve Leishmaniasis (Şark Çıbanı ve Kala Azar) görülmekte olup veriler bir yıllık toplam vaka sayısını göstermektedir.

Kuduz

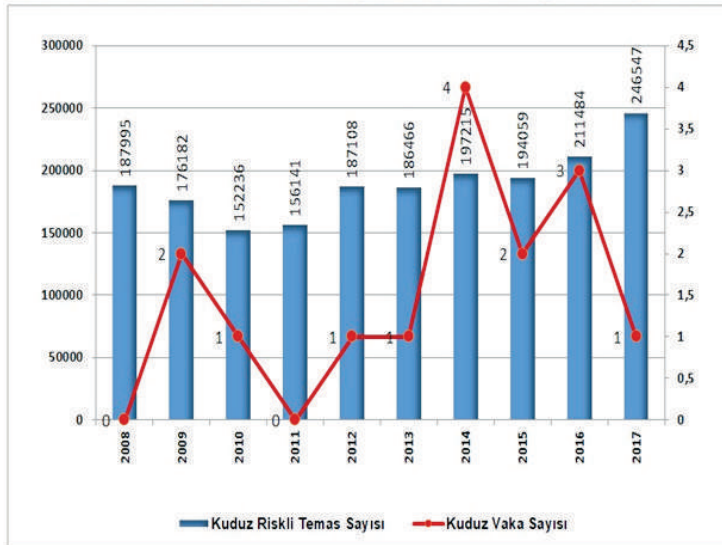
HSGM verilerine göre 2017 yılında ülkemizde 246.547 kuduz riskli temas saptanmış olup kuduz vaka sayısı 1 olarak belirlenmiştir. Yıllar içerisindeki kuduz riskli temas sayılarına bakıldığında 2013-14 yılları itibariyle önceki yıllara göre artış olduğu izlenmektedir. Fakat kuduz vaka sayılarında tek haneli değerlerin üzeri görülmemiştir⁽¹⁵⁾.

Kuduz vaka sayısı 2010 yılında 1, 2011 yılında 0, 2012 yılında 1, 2013 yılında 1, 2014 yılında 4, 2015 yılında 2, 2016 yılında 3, 2017 yılında 1, 2018 yılında 1 kişidir⁽¹⁵⁾.

DSÖ'ne göre 2011, 2012, 2013 yıllarında rapor edilen kuduz ölüm vaka sayıları sırasıyla 2, 1, 4'tür⁽⁹⁾.

Şark Çıbanı (Leishmaniasis)

Ülkemizde 2008 yılında 1133 olan şark çıbanı vaka sayısı ılımlı artış göstererek 2012'de 2015 vakaya

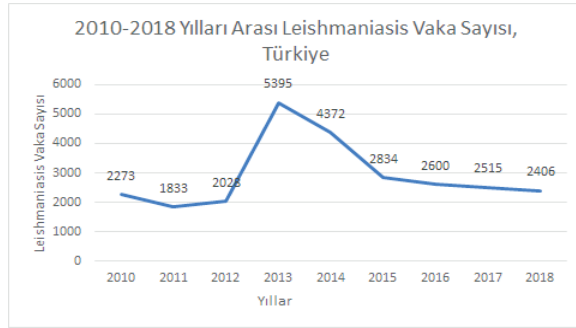


Şekil 169.2 Kuduz Riskli Temas ve Kuduz Vaka Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye 2008-2017

Kaynak: (15)

ulaşmıştır. 2013 ve 2014 yıllarında pik yaparak 5362 ve 4350 sayıda vaka görülmüştür ⁽¹⁶⁾. Bu yıllardaki artışa, Türkiye'ye 2010 yılında başlayan Suriye'den göç dalgasının etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Leishmaniasis vaka sayılarının yıllara göre dağılımı tabloda belirtildiği şekilde, 2010 yılında 2273, 2011 yılında 1833, 2012 yılında 2028, 2013 yılında 5395, 2014 yılında 4372, 2015 yılında 2834, 2016 yılında 2600, 2017 yılında 2515, 2018 yılında 2406 kişidir ^(8,16).



Kaynak: ⁽⁸⁾

Türkiye'nin 2011 yılından bu yana aldığı göç özellikle çocuklara yönelik kızamık vb. hastalıkların yeniden gündeme gelmesine ve aşılama kampanyalarında istenilen sonuca ulaşamamasına neden olmuştur.

Kaynaklar

- 1) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
- 2) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2020, Cambridge Üniversitesi Yayınları (Sustainable Development Report 2020, Cambridge University Press).
- 3) [Internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 4) Messerli, P., Murniningtyas, E. et al. Global Sustainable Development Report 2019: The Future Is Now—Science for Achieving Sustainable Development.
- 5) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019, Birleşmiş Milletler (Report of the Secretary-General on SDG Progress 2019- Special Edition, United Nations, NY, 2019)
- 6) [Internet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faliyetler/HSGM_2019_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file
- 7) Global Tüberküloz Raporu 2019, DSÖ (Global Tuberculosis Report 2019, WHO)
- 8) TÜİK, Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010- 2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1097
- 9) TC. SB. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>
- 10) Küresel Sıtma Raporu- DSÖ, 2018 (Global Malaria Report 2018, WHO). <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/en/>
- 11) [Internet] <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-3-viz-3?-lang=en>
- 12) [Internet] https://www.who.int/hepatitis/news-events/WHO_Global-Hepatitis-Infographic-1.gif
- 13) [Internet] https://hepatitis.ihme.services/trends?age_group_id=22&cause_id=2901&gender_id=3&location_id=1&measure_id=6&metric_id=3
- 14) Küresel Hepatit Raporu 2017, DSÖ (Global Hepatitis Report 2017, WHO). <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>
- 15) [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoootikvektorel-kuduz/istatistik>
- 16) [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoootikvektorel-sarkci-bani/istatistik>

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Kaynaklanan Ölümlerin Azaltılması ve Ruh Sağlığının Desteklenmesi

170

ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ • UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.4

2030 yılına kadar, koruma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümleri üçte bir oranında azaltılmak ve akıl sağlığı ile esenliği desteklemek

Göstergeler

- Kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı ölüm oranı
- İntihar ölüm hızı

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından **3.Amaçta**, “Herkes için her yaşta sağlıklı bir yaşam sağlamak ve esenliği desteklemek” kapsamında yer alan dört ana temadan; anne-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, akıl sağlığı, cinsel sağlığa ve üreme sağlığına ilişkin ilk temanın içindeki hedefler arasında yer alan hedeflerden biri de 3.4’tür.

Hedef 3.4

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Kaynaklanan Ölümlerin Azaltılması

2030’a kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin, bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla üçte bir oranında azaltıl-

ması, akıl ve ruh sağlığının ve esenliğinin geliştirilmesidir. Bu hedefe yönelik sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı, ilgili kurumlar ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve Üniversitelerdir. Göstergeleri; Kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı ölüm oranı ve intihar ölüm oranıdır. Bu göstergelerin yıllara göre dağılımı **Tablo 170.1**’de gösterilmiştir.

Tablo 170.1 Hedef 3.4’ün Göstergelerinin Yıllara Göre Dağılımı

Göstergeler	Birim	2015	2016	2017	2018
3.4.1 Kalp damar hastalıkları, kanser,diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı ölümlerin oranı	%	71,3	70,0	69,4	68,6
3.4.2 İntihar Ölüm Oranı	100 000 nüfusta	4,1	4,0	3,9	3,9
Toplam		6,0	6,1	6,1	5,9
Erkek		2,3	1,9	1,8	1,9
Kadın					

Kaynak: TÜİK, Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018

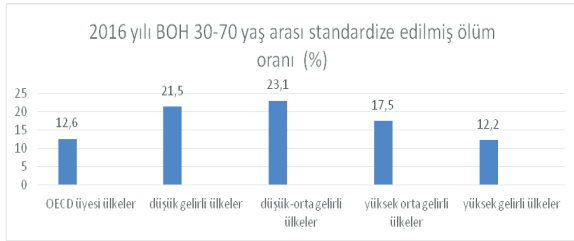
Kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı ölüm oranı

Bu gösterge; 30-70 yaş arası popülasyonlarda (100.000 nüfus başına) kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalığına bağlı yaşa göre standardize ölüm oranını ifade etmektedir.

Dünyada Durum

2016 yılında 30-70 yaş arası kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranları OECD üyesi ülkelerde %12,6, düşük gelirli ülkelerde 21,5, düşük-orta gelirli ülkelerde 23,1, yüksek orta gelirli ülkelerde 17,5, yüksek gelirli ülkelerde 12,2'dir⁽¹⁾.

Şekil 170.1'de görüldüğü üzere 2016 yılında dört ana hastalık grubunun standardize edilmiş ölüm oranı en fazla düşük-orta gelirli ülkelerdedir.

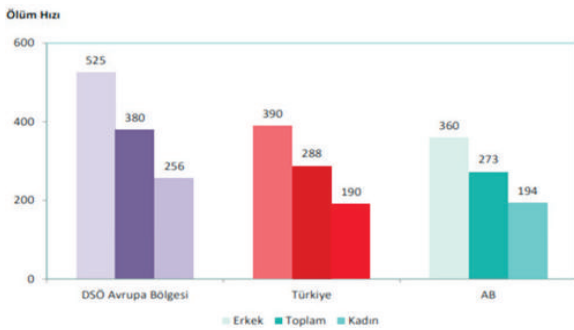


Şekil 170.1

Kaynak: 2020 Sustainable Development Report

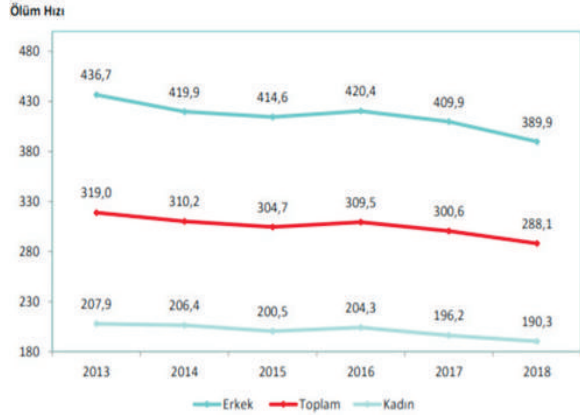
Türkiye'de Durum

Bulaşıcı olmayan dört ana hastalık grubunun yaşa standardize erken ölüm hızlarının uluslararası karşılaştırması (100 binde, Avrupa standart nüfusu) **Şekil 170.2**'de gösterilmiştir. Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinden daha düşük, AB ülkelerinden daha yüksek ölüm hızına sahiptir.



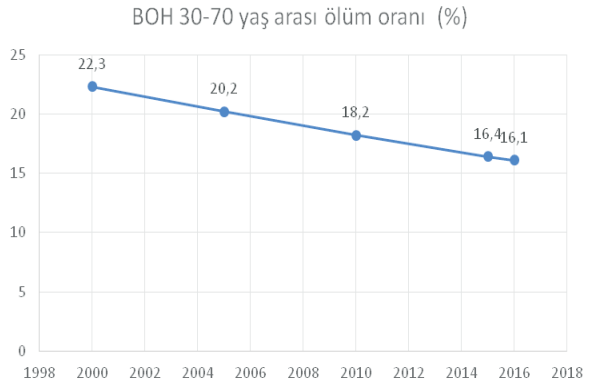
Şekil 170.2

Yıllara ve cinsiyete göre bulaşıcı olmayan dört ana hastalık grubunun yaşa standardize erken ölüm hızları (100 binde, Avrupa standart nüfusu) **Şekil 170.3**'de gösterilmiştir.



Şekil 170.3

DSÖ verilerine göre 30-70 yaş arası kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalığına bağlı yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranları **Şekil 170.2**'te gösterilmiştir.



Şekil 170.4

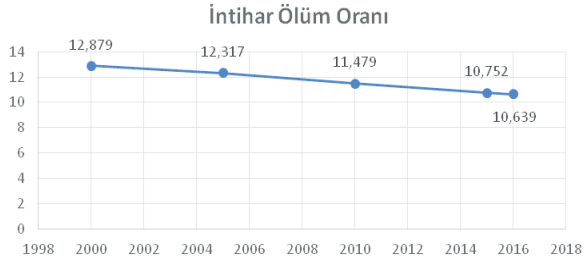
Kaynak: DSÖ, Dünya Sağlık Veri Platformu, Küresel Sağlık Gözlemevi

İntihar ölüm hızı*

*Bu gösterge, belirli bir yılda ölümle sonuçlanan intihar sayısının yıl ortası nüfusa bölünmesi ve 100 000 ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır.

Dünyada Durum

DSÖ'nün bildirdiğine göre yıllara göre kaba intihar ölüm oranı **Şekil 170.5**'te gösterilmiştir.

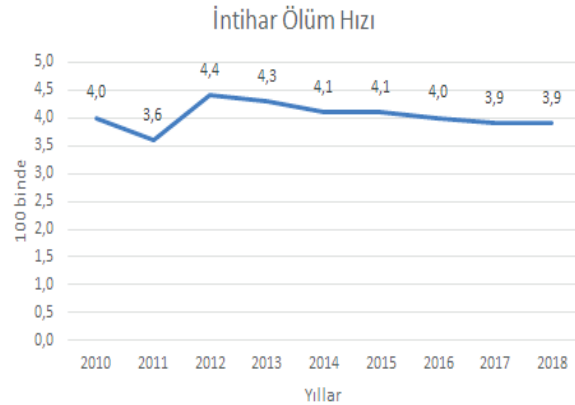


Şekil 170.5

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Gözlemi (apps.who.int/ghodata)

Türkiye’de Durum

İntihar ölüm hızı 2010 yılında 100 binde 4.0, 2011 yılında 3.6, 2012 yılında 4.4, 2013 yılında 4.3, 2014 yılında 4.1, 2015 yılında 4.1, 2016 yılında 4.0, 2017 yılında 3.9, 2018 yılında 3.9’dur.



Şekil 170.6

Kaynak: TÜİK, Sürdürülebilir kalkınma göstergeleri, 2010-2018.

Türkiye’de Hedef 3.4’e Yönelik Uygulamalar

Uygulanan sağlık programları (Kalkınma Planları, Yıllık Programlar, Sağlık Bakanlığı 2010-2014 ve 2013-2017 Stratejik Planı) içerisinde hedef 3.4 git-tikçe daha fazla yer almaya başlamıştır. Özellikle 2014-2018 dönemi 10. Kalkınma planı kapsamında Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı ve akıl sağlığı ve esenliğini birlikte ele alan bütüncül bir yaklaşım yer almaktadır. Diğer taraftan, Hedef 3.4’e yönelik bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin azaltılmasına ilişkin politikalarda meslek hastalıkları gelişim alanı olarak saptanmıştır.

Hedef 3.4’e Yönelik Politika Belgeleri

- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı
- Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı, Ulusal Kanser Kontrol Programı
- Ulusal Kanser Kontrol Programı
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

2000-2016 döneminde SKA 3 kapsamında, özellikle Hedef 3.4’ün de içinde bulunduğu yasal düzenlemeler arasında Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulmasına yönelik yeni düzenleme ve değişiklik gelmektedir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sigortacılık Kanunu, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ve bu kanunlardaki düzenlemelere paralel yapılan yönetmelik değişiklikleri başlıca düzenlemeler olarak sayılabilir.

Bu göstergelerle ilgili olarak Türkiye’de yapılan faaliyetler:

- BOH’ın risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Öncelikli Dönüşüm Programı çerçevesinde ele alınmıştır.
- BOH’ın erken teşhisinde, tedavisinde ve süreç yönetimi konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde hastalıkların takibine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.
- Sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi için sağlıklı beslenme ve hareketli hayat alışkanlıklarının kazandırılması ve obezitenin önlenmesi amacıyla Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Türkiye Diyabet Programı ve Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı yürütülmektedir. Ayrıca, Sağlıklı Hayat Merkezleri ve bazı Toplum Sağlığı Merkezlerinde sağlıklı beslenme ve obezite tedavisi için danışmanlık hizmeti verilmektedir. 2018 yılında 235.000 kişiye danışmanlık hizmeti verilmiştir.
- 2018 yılında başlatılan Sağlık Riski Tarama Programı kapsamında muhtemel hastalıkların önlenmesi için yaş, cinsiyet ve risk gruplarına göre check-up programları uygulanmakta ve kanser taraması hizmetleri verilmektedir. 2015 yılında 155 olan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim

Merkezi sayısı 2017 yılında 166'ya yükselmiştir. Söz konusu merkezleri yaygınlaştırma çalışmaları devam etmektedir.

- Çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin engellenmesi amacıyla 2010 yılından beri Beslenme Dostu Okul Programı uygulanmakta olup 2016 yılında söz konusu program daimi hale getirilmiş olup okul kantinlerinde sağlığa zararlı yiyeceklerin satışı yasaklanmıştır.
- 2014 yılından itibaren ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psikolojik destek hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre bir biçimde sunulabilmesi için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmış olup sayıları yurt genelinde 163'e ulaşmıştır.

Ancak hedef 3.4. ile ilgili yürürlükteki mevzuatta, özellikle 2030'a kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre bebek ölümlerinin hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla üçte bir oranında azaltılması ve akıl ve ruh sağlığının ve esenliğinin geliştirilmesini ele alan düzenlemeler yeterli düzeyde bulunmamaktadır⁽²⁾.

SKA 3 kapsamında en fazla iyileşme ihtiyacı bulunan Hedef 3.4'te; kalp, kanser, diyabet ve solunum hastalıklarına bağlı ölüm oranında 2000-2015 döneminde iyileşme sağlanmakla birlikte (%23'ten %17'ye); Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability-Adjusted Life Year, DALY) baz alınarak yapı-

lan çalışmalarda 2000 yılından 2013 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklarda %14'lük artış tespit edilmiştir⁽²⁾. Mortalitenin azaltılması ile birlikte morbiditenin azaltılması için gereken önlemler belirlenmelidir. Bu amaçla ileriki dönemlerde Hedef 3.4'e ulaşabilmek için aşağıdaki politikaların uygulanması hedeflenmelidir:

Anne, çocuk ve ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesi alanındaki çalışmaların sürdürülmesi,

Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi amacıyla programların geliştirilmesi ve hizmetlerin yaygınlaştırılması,

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadeleye çok sektörlü olarak etkin bir şekilde devam edilmesidir.

Mevcut programlar ile toplumsal ve bireysel düzeyde bulaşıcı olmayan hastalıklar risk faktörlerine yönelik bilgi, tutum ve davranış düzeyleri belirlenmelidir.

Kaynaklar

- 1) Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, ... GL-SD, 2020 undefined. The Sustainable Development Goals and COVID-19.
- 2) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 2019 "Ortak Hedefler İçin Sağlam Temeller" [Internet]. Vol. 14. 2019 [cited 2020 Oct 16]. 50 p. Available from: http://dSPACE.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/970/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Turkiye-2nci-Ulusal-Gozden-Gecirme-Raporu_TR-WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Madde Bağımlılığının Tedavi Edilmesi ve > Önlenmesi

171

ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLIK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.5

Uyuşturucu madde ve alkolün zararlı kullanımı dâhil olmak üzere madde bağımlılığına yönelik önlemleri ve tedaviyi güçlendirilmek

Göstergeler

- Madde kullanımına bağlı hastalıkların tedavi müdahalelerinin kapsamı (farmakolojik, psikososyal ve rehabilitasyon ve tedavi sonrası bakım hizmetleri)
- Alkolün zararlı kullanımı, ulusal bağlama göre tanımlanmış, bir takvim yılında kişi başına (15 yaş ve üzeri) tüketilen litre olarak saf alkol miktarı

Sürdürülebilir Kalkınma Amacı 3'ün hedefleri içinden Hedef 3.5 ile, uyuşturucu madde ve alkolün zararlı kullanımı dâhil olmak üzere madde bağımlılığına yönelik önlemleri ve tedaviyi güçlendirmek planlanmıştır. Bu hedefin iki göstergesi; 3.5.1 ile Madde kullanımına bağlı hastalıkların tedavi müdahalelerinin kapsamı (farmakolojik, psikososyal ve rehabilitasyon ve tedavi sonrası bakım hizmetleri), 3.5.2 ile Alkolün zararlı kullanımı, ulusal bağlama göre tanımlanmış, bir takvim yılında kişi başına (15 yaş ve üzeri) tüketilen litre olarak saf alkol miktarı şeklindedir ⁽¹⁾.

Uyuşturucu madde ve alkolün zararlı kullanımı, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenabilir ve değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Madde ve alkolün zararlı kullanımı dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Madde Kullanımına Bağlı Hastalıkların Tedavi Müdahalelerinin Kapsamı (Farmakolojik, Psikososyal ve Rehabilitasyon ve Tedavi Sonrası Bakım Hizmetleri)

Bitkisel kökenli ve/veya bir takım kimyasal yollarla oluşturulmuş sentetik moleküllerden elde edilen, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal olarak sakinleştirici ve/veya uyarıcı etkileri olan ve kişide sürekli kullanıma bağlı olarak zamanla daha fazla kullanma isteği uyandıran ve alınmadığında yoksunluk belirtileri gösteren tüm maddeler uyuşturucu maddedir. Yıkıcı sonuçlarına rağmen bu maddelerin kullanılmasına devam edilmesi ise uyuşturucu bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır ⁽²⁾.

Dünyada Durum

Dünya genelinde uyuşturucu kullanımı artmaktadır. 2009 yılında, 15-64 yaşlarındaki küresel nüfusun % 4.8'ini oluşturan tahmini 210 milyon uyuşturucu kullanıcısı varken, 2018'de %5.3 ile tahmini 269 milyon kullanıcı olmuştur. 2018'de yaklaşık 35,6

milyon insan uyuşturucu kullanım bozukluklarından muzdaripti. 2017'de uyuşturucu kullanım bozuklukları ile ilgili tahmini 167.000 ölüm oldu. 11 milyondan fazla insan uyuşturucu enjekte etmesi sonucu, 1.4 milyon PWID HIV ile yaşarken, 5.5 milyon hepatit C ve 1.2 milyon ile hem hepatit C hem de HIV ile yaşıyor. Uyuşturucuyla ilgili tedaviye ihtiyacı olan her sekiz kişiden sadece biri bu tedaviyi almaktadır. Her üç uyuşturucu kullanıcılarından biri kadın iken, tedavi gören her beş kişiden sadece biri kadındır. (3)

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) tarafından yayımlanan 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporu verilerine göre; Avrupa'da 15-64 yaş arası genel nüfusta herhangi bir uyuşturucu maddenin en az bir defa kullanım yaygınlığının % 29'ler civarında olduğu yani yaklaşık 96 milyon kişiye karşılık geldiği görülmektedir.

Avrupa'da uyuşturucu tedavilerinin çoğunluğu ayakta tedavi ortamlarında sunulmakta olup özel tedavi merkezleri en çok tercih edilmektedir. Bunu düşük eşikli ajanslar, birinci basamak sağlık hizmetleri ve genel ruh sağlığı merkezleri takip eder. Avrupa'da daha az oranda ilaç tedavisi, hastane temelli yerleşim merkezleri (örn., psikiyatri hastaneleri), terapötik topluluklar ve özel tedavi yerleşim merkezleri gibi yatarak tedavi görülen ortamlarda sunulmaktadır. Uyuşturucu tedavisine erişimde bireysel başvuru en yaygın yöntemdir. 2017 yılında, Avrupa Birliği'nde tahminen 1,2 milyon kişi yasa dışı uyuşturucu kullanımı tedavisi görmüştür (Norveç ve Türkiye de dâhil 1,5 milyon kişi) (4).

Türkiyede Durum

Ülkemizde madde kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili çalışan kurum ve kuruluşların arasındaki koordinasyonu sağlayan ilk kurumsal yapılanmaya 1997 yılında rastlanılmaktadır. Milli Güvenlik Kurulu'nun 26.04.1996 tarihli ve 393 sayılı tavsiye ve Bakanlar Kurulu'nun 25.07.1997 tarihli ve 97/9700 sayılı kararları ile Aile Araştırma Kurumu bünyesinde "Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Üst Kurulu" ile "Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Alt Kurulu" oluşturulmuştur (5)

Uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında yapılan örnek uygulamalar; madde ve alkol

kullanımıyla ilgili sorunların çözümüne yönelik danışma, ayaktan tedavi ve eğitim hizmetlerini içeren bir merkez olan DAN-TE (Bağımlılık Yapıcı Madde Danışma ve Ayakta Tedavi Merkezi), bağımlılıkla mücadele konusunda Türkiye'de ilk proje olan Sancaktepe Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM) Projesi, danışmanlık ve destek alabileceği ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı, YEDAM (Yeşilay Danışmanlık Merkezi) birimlerinin hizmete açılması, 13-19 yaş arası ergenlere yönelik madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren Gaziantep Oya Bahadır Yüksel Çocuk ve Gençlik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinin açılması, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Yıldırım Belediyesi işbirliğinde 2014 yılında hayata geçirilen "Değerlisin Sağlıklı Kal" Projesi, Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülen "Hayat Boşluk Kabul Etmez" Projesi, Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yürütülen "Bağımlılığı Önlemede Akran Eğitimi" Projesi, Van Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yürütülen "Hayatlar Solmasın" Projesi, rehabilitasyon süreci ni içeren "BAHAR" Projesidir.

Türkiye'de ulusal ve uluslararası raporlara yansımış ülkemiz verilerine bakıldığında; 15-64 yaş arası genel nüfusta en az bir defa uyuşturucu kullanım yaygınlığının % 2,7 olduğu, başka bir deyişle yaklaşık 1,3 milyon kişinin herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez denediği, yine raporlarda 15-16 yaş arası genç nüfusta en az bir defa uyuşturucu kullanım yaygınlığının Avrupa'da % 18, ülkemizde ise % 1,5 olduğu belirtilmektedir (6).

Türkiye'de uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından "2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı"na uygun olarak yürütülmektedir (7).

Türkiye'de uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi ayaktan ve yatarak tedavi olarak sunulmaktadır. Bu kurumlar; Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri, Üniversitelere bağlı tıp fakültesi psikiyatri klinikleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile irtibatlı üniversite hastaneleri ve bazı özel hastanelerdir. Yataklı tedavi merkezlerinin yanı sıra 66 ayakta tedavi merkezinde de bağımlılık tedavisi sunulmaktadır. 2014 yılında 3 olan Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Merkezi (ÇEMATEM) sayısı 2019 yılı itibarıyla 9'a, 24 olan yataklı Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) sayısı 41'e ve bu kurumlardaki toplam yatak sayısı

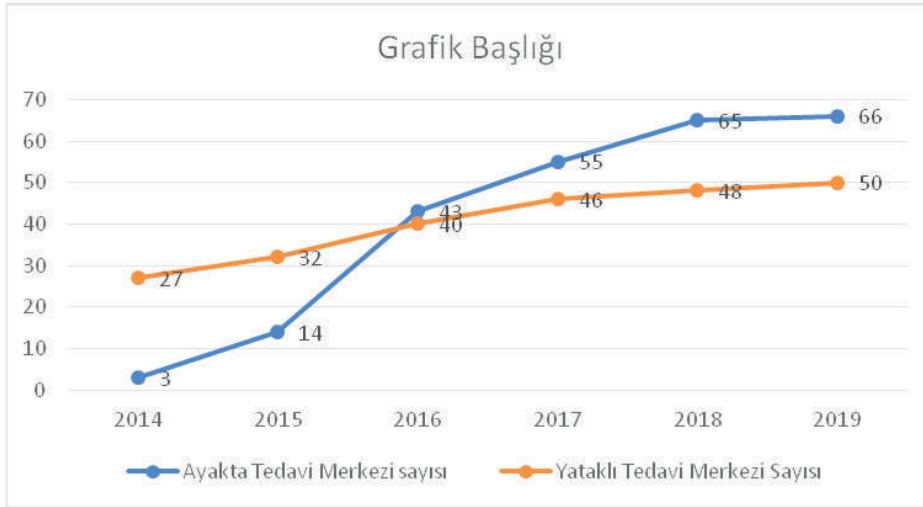
710'dan 1.158'e yükseltmiştir ⁽⁸⁾. Aradaki yıllarda da ayakta tedavi merkezi sayısı yıllara göre: 2015'te 14, 2016'da 43, 2017'de 55, 2018'de 65 olup, yataklı tedavi merkezi sayısı 2015'te 32, 2016'da 40, 2017'de 46, 2018'de 48 olmuştur. Yıllara göre yatak kapasitelerine de baktığımızda; 2015'te 783, 2016'da 957, 2017'de 1041 ve 2018'de de 1077 olmuştur ⁽⁹⁾. Bu verilerin grafikleri Şekil 171.1 ve Şekil 171.2'de gösterilmektedir. ⁽¹⁰⁾

Sürdürülebilir Kalkınma Amacı 3'ün hedeflerine ulaşılabilmesi adına özellikle de Hedef 3.5 için uyuşturucu bağımlılığıyla mücadelenin sürdürülmesi kapsamında, farkındalığın artırılması, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşılabilirliğinin

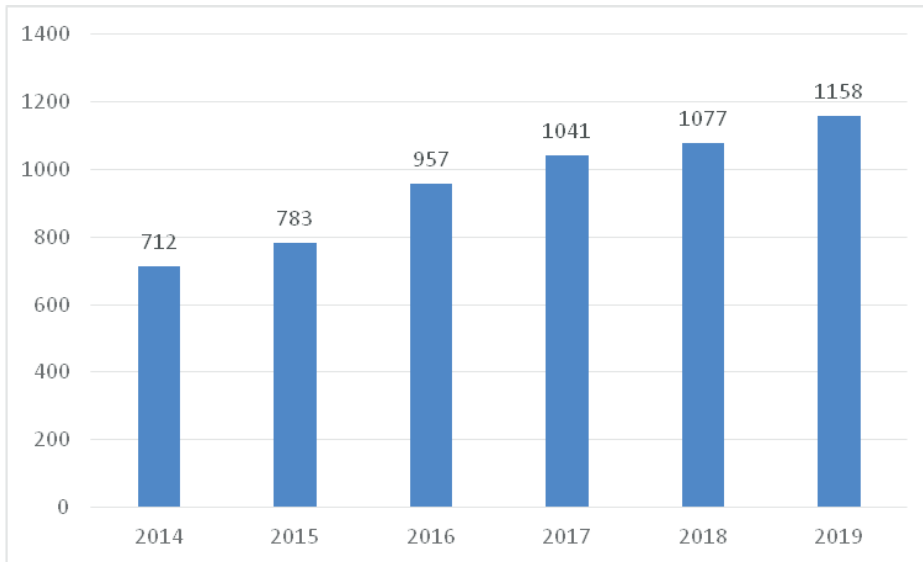
güçlendirilmesi ve sosyal uyum mekanizmalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Alkolün Zararlı Kullanımı, Ulusal Bağlama Göre Tanımlanmış, Bir Takvim Yılında Kişi Başına (15 Yaş ve Üzeri) Tüketilen Litre Olarak Saf Alkol Miktarı

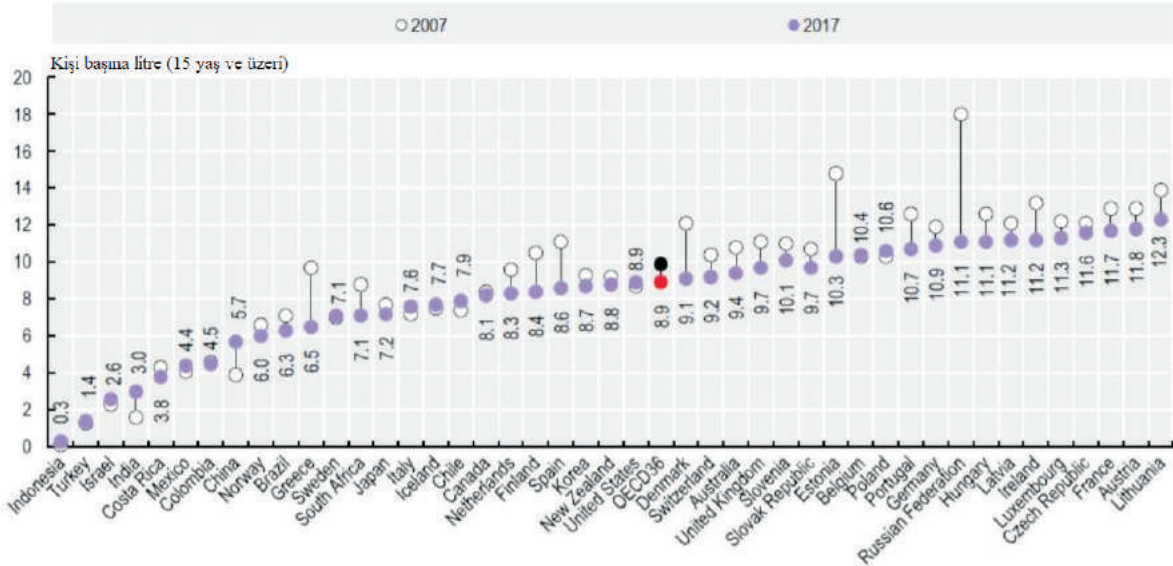
Alkol bağımlılık oluşturan toksik ve psikoaktif bir maddedir. Alkol, birçok toplumda sosyal ortamların bir parçası olarak tüketilmektedir. 2019'da 15 yaş



Şekil 171.1 Yıllara Göre Ayaklı ve Yataklı Tedavi Merkezlerinin Dağılımı.



Şekil 171.2 Yıllara Göre Yataklı Tedavi Merkezlerindeki Yatak Kapasitesi.



Şekil 171.3 Ülkelere göre yetişkinler arasında kaydedilmiş alkol tüketimi, 2007 ve 2017 (veya en yakın yılı)⁽¹⁷⁾

üstü bireylerin alkol kullanmaya başlama nedenleri incelendiğinde en sık neden eğlenme amaçlı (%52,3) olduğu bulunmuş olup bunu arkadaş etkisi, özentilik, kişisel sorunlar ve aile sorunları izlemiştir⁽¹¹⁾.

ICD-10'a göre alkolün zararlı kullanımı için teşhis kriterleri: Madde kullanımının, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya veya olumsuz sonuçlara yol açabilecek, bozulmuş yargı veya anormal davranışlar da dahil olmak üzere zihinsel ve / veya fiziksel zarardan büyük ölçüde veya tamamen sorumlu olduğuna dair açık kanıtlar olması ;Maddenin neden olduğu zararın niteliği açıkça belirtilebilir ve açıklanabilir olması; zararlı kullanım paterni en az bir aydır veya son on iki ay boyunca tekrar tekrar ortaya çıkmış olması; aynı maddenin neden olduğu başka bir zihinsel veya davranışsal bozukluk için tanı ölçütleri aynı anda karşılanamaz olmasıdır⁽¹²⁾.

2012-2020 Alkolün zararlı kullanımını azaltmak için Avrupa eylem planında; alkollü içeceklerin pazarlamasında kısıtlamalar, vergi ve fiyatlandırma politikaları ile alkolün kullanılabilirliğini ve ulaşılabilirliğini kısıtlamak gibi bazı önlemler yer almaktadır⁽¹³⁾.

Dünyadaki Durum

21 Eylül 2018'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan bir rapora göre, 2016 yılında zararlı alkol kullanımı sonucu 3 milyondan fazla insan ölmüştür. Bu 20 ölümden 1'ini temsil edi-

yor. Bu ölümlerin dörtte üçünden fazlası erkektir. Genel olarak, alkolün zararlı kullanımı küresel hastalık yükünün %5'inden fazlasına neden olmaktadır ve 132.6 milyon engelli yaşam süresine yani o yıldaki tüm DALY lerin % 5,1 ine neden olmaktadır.2016' da yaklaşık 2,348 (nüfusun% 43'ü) milyar insan mevcut içicidir. Alkol sadece üç DSÖ bölgesinde (Amerika, Avrupa, Batı Pasifik) nüfusun yarısından fazlası tarafından tüketilmektedir. Dünya çapında tüketilen tüm alkollerin dörtte biri (%25.5) kayıt dışı alkol şeklindedir yani devletin resmi kanalları dışına üretildiği, dağıtıldığı, satıldığı için alkol vergilendirmesi veya satışı ile ilgili ulusal resmi istatistiklerde hesaba katılmayan alkoldür. 15 yaşın üzerindeki dünya nüfusunda kişi başına toplam alkol ,2005 yılında 5.5 litre saf alkolden 2016 yılında 6.4 litreye yükselmiştir⁽¹⁴⁾.2018 yılında 6.2 litre olmuştur⁽¹⁵⁾.

Alkol tüketimi, 15 yaş ve üstü kişi başına litre olarak yıllık saf alkol satışı olarak tanımlanmaktadır. Bu gösterge kişi başına litre (15 yaş ve üstü kişiler) olarak ölçülür. OECD ülkeleri içerisinde kişi başına saf alkol tüketimi oranı 2007 'de 10,2 Litreden 2017'de 8,9 Litreye düşmüştür (15 yaş ve üzeri bireyler için)⁽¹⁶⁾

Türkiye'de Durum

TBMM Nisan 2013'te alkol kontrolü ile ilgili küresel bir sempozyuma ev sahipliği yaptıktan sonra, Mayıs 2013'te, Kanun ile alkol satışı, reklamı ve tanıtımı-

na kısıtlamalar getirilmiştir. Bu kısıtlamalar; Akşam 22.00 ile sabah 06.00 saatleri arasında dükkânlarda perakende içki satışı yasağı, Vitrinlerde alkol teşhiri yapılamaması ve okul veya ibadethane yakınındaki dükkanlarda içki satışı yapılamaması, İçki üreticileri, bundan böyle, reklam yapamaz veya organizasyonlara sponsor olamamasıdır. 2012 yılında Bakanlar Kurulu kararı doğrultusunda 4760 sayılı vergi kanununda değişiklik ile yılda iki kez Tüketici Fiyat Endeksi'ne göre alkollü içkilerin vergilendirilmesinde alkol oranları (TÜFE) ayarlı özel tüketim vergisi artışı yapılmaktadır (18).

Ülkemizde kişi başına düşen alkollü içki tüketimini piyasaya arz edilen içki miktarını 15 yaş üstü nüfusa bölerek hesaplamak mümkündür. 2007 yılından 2008 yılına geçerken dikkat çeken bir artış 2012 yılından 2013 yılına geçerken ise dikkat çeken bir azalış gözlemlenmektedir. söz konusu yılda çıkarılan ve kamuoyunda "alkol yasakları" ile adlandırılan mevzuat değişikliği olmuştur. 2007 yılında piyasaya arz edilen alkollü içkilere zorunlu bandrol uygulaması getirilmiştir. Bu uygulama ile birlikte

2008 yılında 2007 yılına göre piyasaya arzda önemli bir artış (%12) görülmüştür. Kayıt dışı olan bir alanın en azından bir kısmı bandrol uygulaması ile kayıt altına alınmış ve piyasaya arz miktarı artmış bulunmaktadır (19).

Kişisel tüketim yıllara göre inişli çıkışlı bir eğilim izlemektedir. Şekil 171.3'de yıllık 15 yaş ve üstü kişi başına litre olarak yıllık saf alkol tüketimi ve Şekil 171.4'de de bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaşa göre dağılımı verilmiş bulunmaktadır.

Alkolün zararlı kullanımının artmasını önlemek başta toplum ve birey sağlığının korunması olmak üzere, toplumsal yaşam açısından önemlidir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi, ulaşılabilirliğinin artırılması ve sağlık politikalarının desteklenmesi önem arz etmektedir.

SKA 2030 gündeminde ve WHO Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar için Küresel İzleme Çerçevesinde yer alan hedefler doğrultusunda alkolün zararlı kullanımında azalma sağlanması, ülkeler tarafından uyumlu eylemler, etkili küresel yönetim ve il-

→ Değişken	Alkol tüketimi i																		
	Kişi başına litre (15+)																		
→ Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼	▲▼
→ ülke																			
Türkiye	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,4	1,5	1,4	1,3	1,4	1,4

Şekil 171.4 Yıllık 15 yaş ve üstü kişi başına litre olarak yıllık saf alkol tüketimi⁽²⁰⁾

Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010-2019

The percentage of individuals' status of consuming alcoholic drinks by sex and age group, 2010-2019

[15+ yaş - age]	(%)														
	2010			2012			2014			2016			2019		
	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female	Toplam Total	Erkek Male	Kadın Female
Kullanan Consumes	12,6	21,1	4,4	10,4	17,2	3,8	14,9	24,3	5,8	12,2	19,3	5,3	14,9	23,3	6,6
15-24	8,6	14,7	2,8	7,4	11,7	3,2	13,3	20,9	5,8	9,3	13,1	5,4	11,4	16,4	6,2
25-34	17,0	26,4	7,5	14,0	21,7	6,2	20,5	31,0	10,0	16,5	24,1	8,7	20,7	30,9	10,5
35-44	16,6	25,5	5,7	13,1	21,2	5,0	17,1	27,4	6,7	15,9	25,2	6,4	19,8	30,8	8,7
45-54	13,7	23,6	3,8	11,9	20,3	3,5	15,2	25,6	4,7	11,5	19,2	3,7	14,2	22,2	6,0
55-64	11,6	20,9	2,8	8,4	15,2	1,9	12,6	22,6	2,9	11,6	19,7	3,8	12,5	21,3	3,9
65-74	5,0	9,8	1,5	4,0	8,2	0,6	5,8	11,2	1,3	5,9	11,5	1,0	8,2	15,0	2,3
75+	3,3	6,5	0,8	1,3	3,0	0,1	2,0	4,4	0,5	2,5	5,5	0,6	2,0	4,1	0,5

Şekil 171.5 Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaşa göre dağılımı, 2010-2019⁽²¹⁾

gili tüm paydaşların uygun katılımını gerektirir. Et-kili bir şekilde birlikte çalışarak, alkolün olumsuz sağlık ve sosyal sonuçları azaltılabilir ⁽²²⁾.

Kaynaklar

- 1) ‘Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs’ <<https://sdgs.un.org/goals/goal3>> [accessed 20 July 2020].
- 2) *Uyuşturucu İle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023* (Ankara, 2018).
- 3) ‘World Drug Report 2020’ <<https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>> [accessed 20 July 2020].
- 4) ‘Avrupa Uyuşturucu Raporu Eğilimler ve Gelişmeler’ <<https://doi.org/10.2810/880049>>.
- 5) ‘On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)Sağlıklı Yaşam Ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu’ <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikliYasam_ve_BagimliliklaMucadeleCalismaGrubuBagimliliklaMucadeleAltCalismaGrubuRaporu.pdf> [accessed 20 July 2020].
- 6) ‘2017 Uyuşturucu İle Mücadele Faaliyet Raporu’ <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/Uyusturucu/2014-2017_UYUSTURUCU_ILE_MUCADELE_FAALİYET_RAPORU_1.pdf> [accessed 21 July 2020].
- 7) ‘Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu 2019’ <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Değerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf> [accessed 20 July 2020].
- 8) ‘Surdurulebilir Kalkinma Amaclari Turkiye 2. Ulusal Gozden Gecirme Raporu Ortak Hedefler Icin Saglam Temeller 2019’ <http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2020/01/Surdurulebilir_Kalkinma-Amaclari-Turkiye-2.-Ulusal-Gozden-Gecirme-Raporu-Ortak-Hedefler-icin-Saglam-Temeller_-interaktif.pdf> [accessed 20 July 2020].
- 9) ‘2018 Uyuşturucu İle Mücadele Faliyet Raporu’ <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/Uyusturucu/Uyusturucu_Faaliyet_Raporu_16.08.2019yeni.pdf> [accessed 20 July 2020].
- 10) ‘2017 Uyuşturucu İle Mücadele Faaliyet Raporu’.
- 11) ‘Türkiye İstatistik Kurumu’ <<http://www.tuik.gov.tr/Start.do>> [accessed 20 July 2020].
- 12) ‘The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical ... - WHO, World Health Organization, WHO Staff - Google Kitaplar’ <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=DFM0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&ots=g35QyQR1r&sig=AJoG11hnHZZNOMYyAOdfb9YnsXo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false> [accessed 20 July 2020].
- 13) World Health Organization and Regional Office for Europe, *European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020*, 2012 <<http://www.euro.who.int/pubrequest>> [accessed 20 July 2020].
- 14) ‘Global Status Report on Alcohol and Health 2018’ <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>> [accessed 20 July 2020].
- 15) ‘World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals’ <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [accessed 20 July 2020].
- 16) *Health at a Glance 2019 OECD Indicators* <<http://oe.cd/israel-disclaimer>> [accessed 20 July 2020].
- 17) ‘Recorded Alcohol Consumption among Adults, 2007 and 2017 (or Nearest Year)’, 2019 <<https://doi.org/10.1787/8c4ca761-en>>.
- 18) Türkiye Bulaşıcı and Olmayan Hastalıklar, ‘Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025’, 2017 <www.kumbaski.com> [accessed 20 July 2020].
- 19) Sencer Buzrul, ‘Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi Sencer Buzrul’, *Journal Of Food And Health Science*, 2 (3), 2016, 112–22 <<https://doi.org/10.3153/JFHS16012>>.
- 20) ‘Health Status’ <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT> [accessed 20 July 2020].
- 21) ‘Türkiye İstatistik Kurumu’. [accessed 20 July 2020].
- 22) ‘Alcohol’ <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>> [accessed 20 July 2020].

Trafik Kazalarından Kaynaklanan Yaralanma ve Ölümlerin Azaltılması

172

ARŞ. GÖR. DR. TÜLİN ÇOBAN

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.6

2020 yılına kadar dünya genelinde karayollarındaki trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanma sayısını yarıya indirmek

Gösterge 3.6.1

Karayolu trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı

SKA 3, Hedef 3.6 ile, 2020'ye kadar karayolları trafik kazalarından kaynaklanan küresel ölümlerin ve yaralanmaların sayısının yarıya indirilmesi hedeflenmektedir. Bu hedefin göstergesi, "karayolu trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı" dır. Bu gösterge, karayolu trafik kazası nedeniyle meydana gelen ölümcül yaralanmaya bağlı ölümlerin 100 000 nüfus başına sayısını ifade etmektedir.⁽¹⁾

Dünyada Durum

Trafik kazalarına bağlı yaralanmalar küresel ölçekte ölüm sebepleri arasında 8. sırada, 5-29 yaş aralığındaki ölüm sebepleri arasında ise 1. sıradadır. Bu, dünya çapında, trafik kazalarının HIV/AIDS, tüberküloz veya ishali hastalıklara göre daha fazla ölüme neden olduğu anlamına gelmektedir. Trafik kazaları sonucu her yıl yaklaşık 1,35 milyon kişi hayatını kaybetmekte, yaklaşık 50 milyon insan yaralanmaktadır. Trafik kazaları çoğu ülkede gayri safi yurtiçi hasılanın %3'üne mal olmaktadır. Dünya-

daki karayolu ölümlerinin %93'ü, dünyadaki araçların yaklaşık %60'ına sahip olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Küresel Yol Güvenliği Durumu 2018" raporuna göre Hedef 3.6'nın birinci göstergesi olan "karayolu trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı", 2000-2016 yılları arasında dünya genelinde 18,8'den 18,2'ye gerilemiştir. Trafik kazalarında en yüksek ölüm oranı, 100 bin kişide 26,6 ile Afrika'da ve 20,7 ile Güneydoğu Asya'da meydana gelmektedir. Aynı raporda, trafik kazalarının yarısından fazlasının, yaya, bisikletli, 2 ya da 3 tekerlekli motorlu araç kullanıcılarından oluşan "savunmasız yol kullanıcılarını" hedef aldığına ve ölüm oranlarının %26'sını yaya ve bisikletliler, %28'ini ise iki ya da 3 tekerlekli motorlu araç kullanıcılarının oluşturduğuna dikkat çekilmiştir.⁽²⁾

2020 Sürdürülebilir Kalkınma Raporunda; Gösterge 3.6.1 için 2016 verileri esas alınarak ülkeler ve bölgeler arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Buna göre; "karayolu trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı" için OECD ülkelerinin ortalaması 8,4; düşük gelirli ülkelerin ortalaması 26,9; düşük-orta gelirli ülkelerin ortalaması 19,8; yüksek gelirli ülkelerin ortalaması 8,4; Doğu Avrupa ve Ortaasya ülkelerinin ortalaması ise 14,9 iken Türkiye için bu değer; 12,3 olarak belirtilmiştir.^(3,4)

Küresel duruma kıyasla Avrupa Birliği (AB), ulusal, bölgesel ve yerel düzeydeki eylemleri sayesinde nispeten iyi durumda kabul edilebilir. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde "karayolu trafik kazaları nedeniyle ölüm oranı" 2010 yılında 6,7; 2018 yılında 5,2; 2019 yılında ise 5,2 olup 2010-2019 arasın-

da %23 azalma göstermiştir. Buna rağmen 2018'de trafik kazası nedeniyle 25.100 kişi hayatını kaybetmiş, yaklaşık 135.000 kişi ağır yaralanmıştır. AB, bu konuda "Vision Zero" stratejisini uygulamakta, bu zihniyetin hem politika yapımcılar arasında hem de genel olarak toplumda şimdiye kadar olduğundan daha fazla benimsenmesi gerektiğini belirtmektedir. Vision Zero, karayolu trafiğini içeren ölüm veya ciddi yaralanmaları olmayan bir karayolu sistemine ulaşmayı amaçlayan ve Ekim 1997'de İsveç'te başlayan çok uluslu bir karayolu trafik güvenliği projesidir. (5) Ayrıca "AB Yol Güvenliği Politika Çerçevesi (2021-2030)"nde güvenli sistemlerin (altyapı, yol, kaza sonrası bakım vb) AB düzeyinde yaygınlaştırılması ve mobil cihazların artan dikkat dağıtıcı durumu gibi yeni trendlere karşı stratejiler geliştirilmesi üzerinde durulmakta; yol güvenliği sağlanırken engellilerin ve yaşlıların gözönünde bulundurulması ve toplumsal cinsiyete daha fazla dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir. (6, 7)

Karayolu güvenliği konusundaki küresel tartışmaya katkı olarak Birleşmiş Milletler tarafından 2010-2020 yılları "Karayolu Güvenliği için Eylem On Yılı" olarak kabul edilmiş ve bu süreçte konuyla ilgili bir eylem planı hazırlanmıştır. (8, 9) Stockholm'de gerçekleştirilen 3. Karayolu Güvenliği Küresel Bakanlar Konferansı (19-20 Şubat 2020) sonrası yayınlanan deklarasyonda ise sadece önümüzdeki on yıl boyunca dünyanın yollarında ölüm ve yaralanmaların önlenmesine yönelik değil, aynı zamanda yol güvenliğini Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine daha fazla dahil etmekle ilgili hedefler paylaşılmıştır. (10)

Türkiye'de Durum

Küresel Hastalık Yükü Çalışması (2017)'ye göre trafik kazaları ülkemizde en sık görülen onuncu ölüm nedenidir. (11)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri (2019)'ne göre; (12)

Ülkemiz karayolu ağında 2019 yılında toplam 1 milyon 168 bin 144 adet trafik kazası meydana gelmiştir. Bu kazaların 993 bin 248 adedi maddi hasarlı, 174 bin 896 adedi ise ölümlü-yaralanmalı trafik kazasıdır.

Türkiye'de 2019 yılında trafik kazalarında 5 bin 473 kişi ölmüş, 283 bin 34 kişi de yaralanmıştır. Ölümlerin %47,5'i yerleşim yeri içinde gerçekleş-

irken 52,5'i dışında gerçekleşmiş; yaralanmaların ise %68,1'i yerleşim yeri içinde, %31,9'u dışında olmuştur.

Kara yolu ağında 2019 yılında gerçekleşen trafik kazalarında ölenlerin %42,7'si sürücü, %34,1'i yolcu, %23,2'si yayalardan oluşmuştur. Ölenlerin %76,2'si, yaralananların ise %67,2'si erkektir.

Türkiye'de ölümlü-yaralanmalı trafik kazasına neden olan toplam 204 bin 538 kusura bakıldığında, bunların %88'inin sürücü kaynaklı olduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de 2019 yılında meydana gelen 174 bin 896 ölümlü-yaralanmalı kazanın aylara göre dağılımına bakıldığında Ağustos ayı %10,5 pay ile en fazla kazanın meydana geldiği ay olurken Şubat ayı %5,8 pay ile en az kazanın meydana geldiği ay olmuştur.

Haftanın günlerine göre bakıldığında ise ölümlü-yaralanmalı kazaların %14,8 pay ile en fazla Cuma günü ve %13,9 pay ile en az Çarşamba günü gerçekleştiği görülmüştür.

Kara yolu ağındaki ölümlü-yaralanmalı kazaların %67,8'si gündüz, %29,4'ü gece ve %2,8'i alaca karanlıkta gerçekleşmiştir.

İllere göre ölümlü yaralanmalı kaza sayıları incelendiğinde bin taşıt başına en fazla ölümlü yaralanmalı kazanın Bingöl'de en az İstanbul'da gerçekleştiği görülmüştür.

Ülkemiz karayolu ağında 2019 yılında ölümlü yaralanmalı trafik kazasına karışan toplam 280 bin 700 taşıtın %53,1'i otomobiller olduğu saptanmıştır.

Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Başkanlığı tarafından, TÜİK işbirliğiyle aylık "Trafik İstatistik Bültenleri" yayımlanmaktadır. Haziran 2020'de yayımlanan bültene göre Haziran 2020 sonu itibarıyla trafik kazalarında olay yerinde toplam 879 ölüm (yerleşim yerlerinde 310, yerleşim yeri dışında 569); toplam 94.019 yaralanma (yerleşim yerlerinde 28.401, yerleşim yeri dışında 65.618) meydana gelmiştir. (13)

TÜİK verilerine göre Hedef 3.6 göstergelerinde trafik kazaları nedeniyle ölüm oranının 2000-2018 döneminde her 100.000 kişi için 11,7'den 8,1'e gerilediği görülmektedir. (14) Ülkemizde bu rakam, 2019 sonu itibarıyla 6,5'e gerilemiştir. Özellikle 2018-2019 arasında ölümlü kaza sayısında %22,4; olay yeri can kaybında ise %25,1'lik azalma meydana gelmiştir. (15)

Ülkemizde SKA 3 kapsamındaki hedeflerin tamamı Kalkınma Planları ve Yıllık Programlarda

değişik boyutlarda ele alınmış ve strateji dokümanlarına entegre edilmiştir. ⁽¹⁶⁾ Hedef 3.6 ile ilgili hedefler özellikle İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü) ve Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı (Karayolları Genel Müdürlüğü) koordinasyonunda yürütülmektedir. Mevzuat dayanağını ise 2918 sayılı “Karayolları Trafik Kanunu” oluşturmaktadır. ⁽¹⁷⁾

Karayolları Trafik Güvenliği Stratejisi ve Eylem Planı (2012-2020) ⁽¹⁸⁾ Bu başlıkla ilgili önemli bir politika belgesidir ancak denetim sisteminin müstakil hale getirilmesi tartışılmaktadır.

Eylem Planı’nda, trafik yönetimi, daha güvenli yollar, daha güvenli yol kullanıcıları, dezavantajlı grupların trafik güvenliği, kaza sonrası acil müdahale, araç güvenliği için yapılması hedeflenenler belirtilmiş ve eğitim, denetim, altyapı, sağlık ve kampanyalarla ilişkili olarak İçişler Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı), Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, (o dönemki adlarıyla) Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı (Karayolları Genel Müdürlüğü, Demiryolları Genel Müdürlüğü) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ve ilgili kurumların konuyla ilgili yapmaları gerekenler açıklanmıştır.

03 Mart 2020 tarihinde yapılan Karayolu Trafik Güvenliği Stratejisi Eşgüdüm Kurulu’nun beşinci toplantısında alınan karara göre 2021-2030 Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi ve 2021-2023 “Vizyon 2023” Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı çalışmaları devam etmektedir. ⁽¹⁹⁾

“Trafik Güvenliği Uygulama Politika Belgesi (2017) ⁽²⁰⁾ ise İçişleri Bakanı Süleyman Soylu’nun katılımıyla 12.09.2017 tarihinde gerçekleştirilen “Trafik Güvenliği ve Karayolu Yolcu Taşımacılığı Çalıştay”ında açıklanan bu belge “denetim”, “kaza sonrası acil müdahale”, “personel eğitimi”, “projelerimiz” ve “düzenleme yapılacak konular” olmak üzere 5 başlıkta hazırlanmıştır.

Çalıştayda sunulan verilere göre; ⁽²⁰⁾

2010-2017 arasındaki dönemde sürücü belgesi olan kişi sayısının %33,4 artarak 28 milyon 740 bin 383’e ulaşmıştır.

Ülkedeki motorlu araç sayısı 2010’da 15 milyon 95 bin 603 iken 2017 Temmuz ayı itibarıyla 21 milyon 763 bin 103’e yükselmiş olup ortalama her 3,6 kişiye bir araç düşmektedir.

Trafik kazalarında günde ortalama 20 kişi hayatını kaybetmektedir.

Bu kazaların yarattığı yıllık sosyo ekonomik maliyet yaklaşık 38,9 milyar liradır.

Trafik kazalarının %89,6’sının sürücü hatasından kaynaklanmakta, bunların da yüzde 42’sini aşırı hız, yüzde 13,1’ini kavşakta geçiş kurallarına uymamak oluşturmaktadır.

“Trafik Güvenliği Uygulama Politika Belgesi”ne göre yapılması planlananlar aşağıdakilerdir: ⁽²⁰⁾

- “Trafik kural ihlali tespit tutanağı eğitimleri” ile genel kolluk birimlerinin gerektiğinde trafik kuralı ihlallerinde tespit yapılabilmesi imkanı genişletilecek,
- Denetim hedefleri ölçülebilir, gerçekçi ve uygulanabilir olacak,
- Trafik tescil plakasına yazılan ceza ile doğrudan sürücünün yüzüne yazılan ceza oranı arasındaki dengenin sağlanabilmesi için yüze yazılan cezalar artacak,
- Trafik birimleri görünür kılinarak alan ve karayolu denetimleri artırılacak,
- Maket trafik aracı ve personel uygulaması yaygınlaştırılacak,
- Trafik kazalarına en çok karışan 10.000 sürücü tespit edilerek 1.000 kişiye eğitim verilmesi ve ilave cezaların getirilmesi için çalışma yapılacak,
- Hız sınırlayıcılarının zorunlu hale getirilmesi sağlanacak,
- Cep telefonu ve emniyet kemeri kullanımı ile ilgili denetimler sıklaştırılacak,
- Yazlık ve kışlık kışık uygulamalar ile ilgili genelgeler yayımlanacak,
- Ülke genelinde kazaların yoğunlaştığı “kaza kara noktaları” tespit edilerek tedbirlerin artırılması sağlanacak,
- Karayolları Genel Müdürlüğü verilerine göre 2020 yılında iyileştirme yapılacak “kaza kara noktaları”nın sayısı 28’dir. Bu bölgeler web sitesinde görüntülenebilmektedir. ⁽²¹⁾
- Kaza sonrası müdahale süresinin azaltılması için akıllı ulaşım sistemleri geliştirilecek,
- Bu süreç Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığının hazırladığı ve uyguladığı Ulusal Akıllı Ulaşım Sistemleri Strateji Belgesi (2014-2023) ve Eylem Planı (2014-2016) doğrultusunda ilerlemektedir. ⁽²²⁾
- Yaka kamerası kayıt cihazı kullanımı yaygınlaştırılacak,
- Bu uygulama çeşitli illerde yürürlüğe girmiş olup İl Emniyet Müdürlüklerine bağlı Trafik De-

netleme Şube Müdürlükleri tarafından organize edilmektedir.

- 4-17 yaş arası çocuk ve gençlerin eğitimine yönelik "Trafik Dedektifleri" projesi uygulanmaya devam edilecek,
- AB "Yol Güvenliği-Hedef Sıfır Vizyon" projesindeki hedeflere ulaşmak için çalışmalar devam edecek.

İçişleri Bakanı Sn. Süleyman Soylu 02.05.2020 tarihinde Trafik Haftası münasebetiyle yaptığı yazılı açıklamada istatistikler üzerinden Karayolları Trafik Güvenliği Stratejisi ve Eylem Planı (2012-2020) ve Trafik Güvenliği Uygulama Politika Belgesi (2017) hedeflerine uyum konusunda yapılanları aktarmıştır.⁽¹⁵⁾

2019 yılındaki trafik kazalarının ülkemize sadece ekonomik maliyeti 55,5 milyar TL olarak hesaplanmıştır.

Denetlemelerde sürücü farkındalığının artmasına katkıda bulunulmak amacıyla plakaya yazılan cezalar azaltılarak yüzyüze yapılan denetimleri artırılmış ve tuzak radar/tekrarlanan radar uygulamalarına da son verilmiştir.

Kazaların yoğun olarak meydana geldiği Cuma, Cumartesi ve Pazartesi günleri ile diğer günlerin 18.00-20.00 saatleri arasında ekip ve personel sayısı iki kat artırılarak ekiplerin görünürlüğü artırılmıştır.

2.155 km'lik otoyol ağında Ortalama Hız Tesbit Sistemi'ne geçilmiş, yolun genelindeki ortalama hızı düşürmek hedeflenmiştir. 2018-2019 arasında bu sistemin kullanıldığı otoyollarda kaza sayısında %20,3; ölümlü kaza sayısında ise %12 azalma saptanmıştır.

Görünürlüğü ve farkındalığı arttırmak amacıyla kullanılan maket/model trafik ekip araçları uygulamasıyla 2019 yılında maketlerin buldukları yerlerin 3 km yarıçapındaki alanlarda 2018 yılına göre kaza sayısında %11,5; ölümlü kaza sayısında %17,5; bu kazalardaki can kayıplarında %26,4 azalma görülmüştür.

Drone ve helikopterler aracılığıyla Havadan Trafik Denetimi uygulamasına başlanmış, uygulamanın başladığı 5 Ekim 2018 tarihinden 6 Ocak 2020 tarihine kadar, helikopterle 1.771 saat uçuş yapılarak 12 bin 052 ihlal; dronelarla 18 bin 283 saat uçuş yapılarak 107 bin 094 ihlal tespit edilmiştir.

Ülkemizde sıklıkla kaza yaşanan yerler belirlenip bunlara "kaza kara noktaları" adı verilerek bu noktalara özel denetimler gerçekleştirilmiştir.

Son 5 yılda kusura olarak en çok kaza yapan 3.050 sürücüye yeniden eğitim verilmiştir.

Türkiye'de 42 ilde bulunan toplam 90 adet Çocuk Trafik Eğitim Parkı'nda 2019 yılında 148 bin 585 çocuk eğitim almıştır.

Trafik Dedektifleri Çocuk Eğitim Projesi kapsamında 7,2 milyon çocuğa; uyuşturucu suçlarından ele geçirilip modifiye edilerek hizmete sunulan 2 adet Mobil Trafik Eğitim Tırı ile 27 ilde 16 bin 150 öğrenciyeye; umuma açık alanlarda 490 bin vatandaşa, başka pekçok farklı projeye birlikte toplam 13,5 milyon kişiye trafik eğitimi verilmiştir.

Trafik polisi işe alımlarıyla önceden şehirlerarası yollarda her 20 kilometreye 1 trafik ekibi düşüyorken, bu mesafe 16 kilometreye inmiştir.

Ekim 2018'de Karayolları Trafik Kanunu'nun 74. maddesinde yapılan değişiklikle "Yaya Öncelikli Trafik Anlayışına" geçirilmiş ve "Öncelik Hayatın, Öncelik Yayanın" sloganıyla bir kampanya halinde duyurulmuştur. Uygulamanın başladığı ilk bir yıllık periyotta yaya ölümlerinde %22'lik bir azalış sağlanmıştır.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından 2019'da yayımlanan Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu'nda Gösterge 3.6.1 için 2016 verileri üzerinden "Bu rakamlar OECD ve AB ortalamalarının çok üzerindedir ve iyileşme ihtiyacı devam etmektedir. Hedef 3.6'da önemli bir iyileşme ihtiyacı bulunmaktadır." şeklinde bir değerlendirme yapılmış,⁽¹⁶⁾ İçişleri Bakanı Sn. Süleyman Soylu ise yaptığı açıklamada son yıllardaki hızlı gelişmelerle Türkiye'nin *Karayolları Trafik Güvenliği Stratejik Planı hedeflerine bir yıl önceden ulaşmış* durumda olduğunu belirtmiştir.⁽¹⁵⁾

Kaynaklar

- 1) [İnternet] <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 2) Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 3) OECD. Measuring Distance to the SDG Targets 2019: An Assessment of Where OECD Countries Stand. Paris: OECD Publishing; 2019.
- 4) Sachs J, Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., Woelm, F. . Sustainable Development Report 2020. New Report shows how to use the Sustainable Development Goals to build back better after Covid-19.; 2020.

- 5) Swedish Transport Administration. Road Safety. Vision Zero on the move. [Internet] https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/20151210_1_sweden.pdf. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 6) Road safety: Europe's roads are getting safer but progress remains too slow [Internet] https://ec.europa.eu/transport/media/news/2020-06-11-road-safety-statistics-2019_en. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 7) EU Road Safety Policy Framework 2021-2030 - Next steps towards "Vision Zero" [Internet] https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/move-2019-01178-01-00-entra-00_3.pdf. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 8) United Nations Road Safety Collaborations. [Internet] https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/en/. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 9) Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011–2020. [Internet] https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/global_plan_decade.pdf. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 10) Stockholm Declaration. Third Global Ministerial Conference on Road Safety: Achieving Global Goals 2030 [Internet] <https://www.roadsafetysweden.com/contentassets/b37f0951c837443eb9661668d5be439e/stockholm-declaration-english.pdf>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 11) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 Seattle, WA: IHME; 2018.
- 12) Türkiye İstatistik Kurumu. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2019 [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?sessionId=Nb2PfTfY8Qvz7XVlhdmcdJGgXQg-lQsH26b5D2nfy3mGvg3GwgWg4!-1940490068?id=33628>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 13) Emniyet Genel Müdürlüğü. Trafik İstatistik Bülteni. Haziran 2020 [Internet] <http://trafik.gov.tr/kurumlar/trafik.gov.tr/04-Is-tatistik/Aylik/haziran20.pdf>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 14) Türkiye İstatistik Kurumu. Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>. (Erişim Tarihi: 22.06.2020)
- 15) T.C.İçişleri Bakanlığı. Bir Yol Hikayesi. [Internet] <https://www.icisleri.gov.tr/bir-yol-hikayesi>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 16) T.C. Cumhurbaşkanlığı. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019.
- 17) Karayolları Trafik Kanunu [Internet] <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2918.pdf>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 18) Karayolu Trafik Güvenliği Stratejisi ve Eylem Planı 2012-2020. [Internet] http://www.trafik.gov.tr/kurumlar/trafik.gov.tr/07-Bilgilendirme/KTG/Karayolu_Trf_Guv_eylem_plan%C4%B1.pdf. (Erişim Tarihi: 02.08.2020)
- 19) [Internet] <http://www.trafik.gov.tr/kurumlar/trafik.gov.tr/07-Bilgilendirme/KTG/2021-2030StratejiBelgesi/sgudum.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.08.2020)
- 20) T.C. İçişleri Bakanlığı. Trafik Güvenliği ve Karayolu Yolcu Taşımacılığı Çalıştay 2017 [Internet] <https://www.icisleri.gov.tr/trafik-guvenligi-ve-karayolu-yolcu-tasimaciligi-calistayi-12092017>. (Erişim Tarihi: 01.08.2020)
- 21) T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı. Karayolları Genel Müdürlüğü. Trafik Kaza Kara Noktaları [Internet] <http://yol.kgm.gov.tr/KazaKaraNoktaWeb/>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
- 22) Ulusal Akıllı Ulaşım Sistemleri Strateji Belgesi (2014-2023) ve eki Eylem Planı (2014-2016) [Internet] <https://hgm.uab.gov.tr/uploads/pages/akilli-ulasim-sistemler-aus/aus.pdf>. (Erişim Tarihi: 04.08.2020)

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Aile Planlaması ve Eğitimine Evrensel

› Erişim

173

ARŞ. GÖR. DR. GÖKÇE HAZAR OTÇU • ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.7

2030 yılına kadar, aile planlaması, bilgilendirme ve eğitime yönelik olanlar dahil, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimi sağlamak ve üreme sağlığını ulusal stratejilere ve programlara entegre etmek

Göstergeler

- Modern yöntemlerle kendi aile planlaması ihtiyacını karşılayabilen üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların oranı
- 10-14 yaş ve 15-19 yaş gruplarında, 1.000 kadın başına düşen adolesan doğurganlık hızı

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından **3. Amaçta**, “Herkes için her yaşta sağlıklı bir yaşam sağlamak ve esenliği desteklemek” kapsamında yer alan dört ana temadan; anne-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, akıl sağlığı, cinsel sağlığa ve üreme sağlığına ilişkin ilk temanın içindeki hedefler arasında yer alan hedeflerden biri de 3.7’dir.⁽¹⁾

2030’a kadar cinsel sağlık ve aile planlamasını da kapsayan üreme sağlığı hizmetlerine ve bu konuda bilgi ve eğitime evrensel erişimin sağlanması ve üreme sağlığının ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesidir. Bu hedefe yönelik sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı, ilgili kurum ise Aile, Çe-

leşme ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıdır.⁽²⁾ Göstergeleri;

- Modern yöntemlerle kendi aile planlaması ihtiyacını karşılayabilen üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların oranı
- 15-19 yaş gruplarında 1000 kadın başına düşen adolesan doğurganlık hızıdır. Bu göstergelerin Türkiye’deki ve dünyadaki durumuna bakacak olursak;

Modern Yöntemlerle Kendi Aile Planlaması İhtiyacını Karşılayabilen Üreme Çağındaki (15-49 Yaş) Kadınların Oranı

Modern yöntemlerle uygulanan aile planlaması istenmeyen gebelikleri ve isteğe bağlı düşüklüklerin oranını azaltacak, kadınların eğitim ve ekonomik katılımını artırarak fakirliği azaltacaktır. Dünya genelinde modern bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %76 iken bu oran ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde evli kadınların %99,5’i gebeliği önleyici yöntem hakkında bilgi sahibidir. TNSA 2018’e göre herhangi bir yöntem kullanım oranı % 69,8, modern yöntem kullanımının oranı % 48,9’dur. Son beş yıla bakacak olursak aile planlaması kullanım oranı %74’ten %70’e düşmüştür. Ayrıca modern olmayan yöntemlerin kullanımı da %27’den %30’a yükseldiği görülmektedir.⁽³⁾

Sağlık Bakanlığı’nın teşkilatlanmasını düzenleyen 663 sayılı KHK 2011 yılında çıkarılmış, 2017

yılında 694 sayılı KHK ile Bakanlığın kurumsal yapılanmasında değişikliğe gidilmiştir. Ayrıca Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü'nün (TAÇESE) yapılanması ve faaliyetlerine dair Yönetmelik 24 Kasım 2017 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Enstitü kurulmuştur.⁽³⁾

2004 yılında yürürlüğe giren 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve bu Kanuna istinaden yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği çerçevesinde Aile Hekimliği 2010 yılından bu yana ülke genelinde uygulanmaktadır. 2015 yılında Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Bağlı Birimler Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğe göre TSM özetle, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla verilen hizmetleri ve ilgili kuruluşları koordine eden sağlık kuruluşudur. TSM'ler bünyesinde belirli bir hizmeti yoğun olarak sunmak üzere bağlı birimler (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Birimi (AÇSAP), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Birimi (KETEM) hizmetlerini de vermektedirler. Bu birimler kadın cinsel ve üreme sağlığının korunmasında önemli görev üstlenmektedirler. Türkiye'de bu konuda farkındalık sağlanmış ve buna yönelik politika ve stratejiler geliştirilmiştir. Önümüzdeki dönemde bu başlıkta politika, strateji ve uygulamaların güçlendirilmesi önem arz etmektedir. 2010-2016 döneminde ilerleme kaydedilen Hedef 3.7'de ilerleme sağlanmaya devam edilmesi ihtiyacı saptanmaktadır.⁽¹⁾

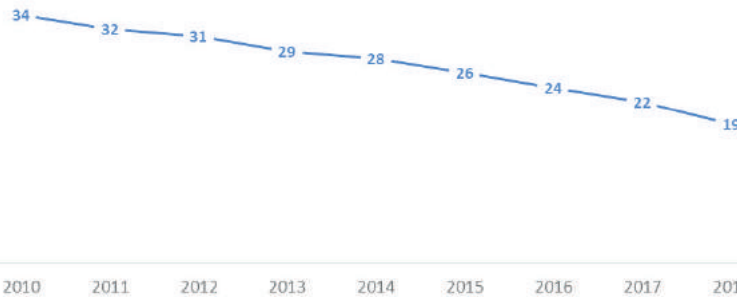
Hedefin ana yürütücüsü Sağlık Bakanlığı iken Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı da ilişkilidir. Onbirinci Kalkınma Planında, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve özellikle Aile Hekimlerinin kadın sağlığına yönelik hizmetlerin iyi-

leştirilmesi hedeflenmektedir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığının artırılması, kadınların sağlık bilincinin yükseltilmesi planlanmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezleri'nin de sayısı artırılarak hem kadınlara yönelik kanser taramaları hizmetlerine ulaşım ve aile planlaması hizmetlerine ulaşım kolaylaştırılacaktır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik finansmanın ve performans sisteminin yeniden düzenlenmesi sağlanarak kaynakların etkin kullanımı sağlanacaktır.⁽³⁾

15-19 Yaş Gruplarında 1000 Kadın Başına Düşen Adölesan Doğurganlık Hızı

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı göstergelerinden biri olan adölesan doğurganlık hızı 2015 yılı için binde 25'tir. Bu değer ile Türkiye, yer aldığı orta-üst gelir grubu ülkeler (%3,2) ile dünya (%4,4) ortalamalarından daha düşük adölesan doğurganlık hızına sahip olsa da DSÖ Avrupa Bölgesi (%1,8) ve üst gelir grubu ülkelerin (%1,5) ortalamalarının üzerindedir.⁽¹⁾ Ülkemizde adölesan doğurganlık hızı 2010 yılında %3,4 iken her yıl kademeli olarak azalarak %1,9 a düşmüştür.⁽⁵⁾ 2000-2016 arası dönemde yıllar itibarıyla gelişim değerlendirildiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da etkisiyle neredeyse hedeflerle ilişkili tüm göstergelerde iyileşme sağlandığı görülmektedir. Ülke performansı açısından bu alanda önemli bir gelişim sağlansa da birçok göstergede bölgeler arası dengesiz dağılımın devam ettiği görülmekte ve bu konuya temel politika ve strateji belgelerinde vurgu yapılmaktadır⁽¹⁾ (Şekil 173.1).

15-19 YAŞ GRUBUNDA 1000 KADIN BAŞINA DÜŞEN DOĞURGANLIK HIZI (BİNDE)



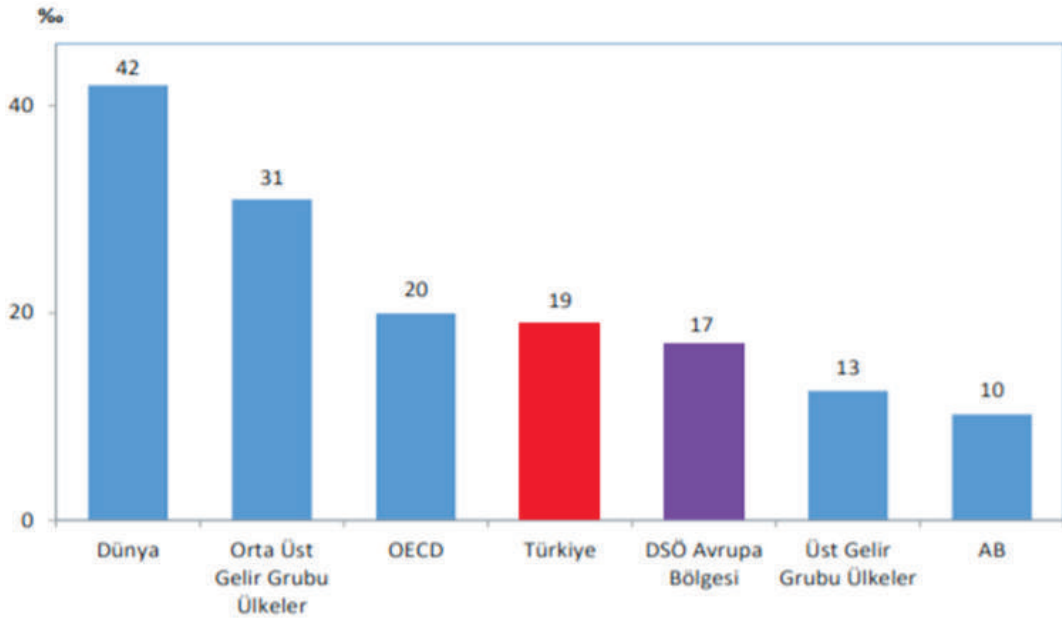
Şekil 173.1

Kaynak: Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018, TÜİK

Ortaöğretim kademesinde okullaşma oranlarında son beş yılda önemli bir artış söz konusudur. Zorunlu eğitimin 12 yıla çıkartıldığı yıl olan 2012-2013 öğretim yılında ortaöğretimde net okullaşma oranı kız çocukları için %69.31 olarak kaydedilirken; 2016-2017 eğitim öğretim yılında %82.38 olarak gerçekleşmiştir. Adölesan doğum oranlarının düşüşüyle kız çocuklarının okullaşma oranının artıdaki paralellik göze çarpmaktadır⁽⁶⁾ (**Şekil 173.2**).

Bu hedefi değerlendirdiğimizde hem dünyada hem de ülkemizde aile planlaması yöntemlerine erişim düşüktür. Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın yü-

rüttüğü programlardan biri olan 15-49 yaş arası kadınların izlem verilerine bakacak olursak sadece aile planlaması hizmetleri değil üreme çağındaki kadınların sağlık hizmetlerine erişimi de beklenen seviyede değildir. Önümüzdeki dönemlerde Hedef 3.7'ye ulaşabilmek için; öncelikle bu yaş grubunun farkındalığı artırılmalı özellikle günlük hayatlarında sıklıkla buldukları ortamlarda bilinçlendirme kampanyaları yapılmalı ve üreme sağlığı ve farkındalığının geliştirilmesi amacıyla eğitim programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.



Şekil 173.2 Adölesan Doğurganlık Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (Binde), 2017.

Kaynak: TÜİK Doğum İstatistikleri 2018, UNPD

Not: Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

Tablo 173.1 Hedef 3.7'nin Göstergelerinin Yıllara Göre Dağılımı

Göstergeler	Birim	2013	2016	2017	2018
3.7.1 Modern yöntemlerle aile planması ihtiyacını karşılayabilen üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınların oranı	%	59,8	-	-	60,6
3.7.2 15-19 yaş grubunda 1000 kadın başına düşen adölesan doğurganlık hızı	1000 kadın başına	29	24	22	19

Kaynak: TÜİK, Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019
- 2) TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Ankara, 2019
- 3) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 'Ortak Hedefler için Sağlam Temeller', 2019.
- 4) Sustainable Development Report 2019, <https://sdgindex.org/reports/sustainable-development-report-2019/> (Erişim Tarihi: 04.07.2020)
- 5) TÜİK, Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018, <http://www.surdurulebilirkalkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergeleri-2010-2018-yayinlandi/> (Erişim Tarihi: 06.07.2020)
- 6) Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi Ve Eylem Planı, 2018-2023, Tc Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- 7) TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Ankara, 2019

Evrensel Sağlık

› Güvencesine Ulaşılması

174

ARŞ. GÖR. DR. TÜLİN ÇOBAN

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.8

Finansal riskten korunmayı, kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişimi ve herkesin güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişimini de kapsayan evrensel bir sağlık güvencesi sisteminin oluşturulması

Gösterge 3.8.1

Temel sağlık hizmetlerinin kapsamı (genel ve en dezavantajlı grup arasında üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığını; bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve hizmet kapasitesi ve erişimini içeren izleyici müdahalelere dayalı temel hizmetlerin ortalama kapsama oranı olarak tanımlanmış)

Evrensel sağlık kapsayıcılığı (Universal Health Coverage, UHC), tüm bireylerin finansal sıkıntı olmadan ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde erişebilmeleri anlamına gelir. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesinden korunma, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar tüm temel sağlık hizmetlerini içerir. Bu kapsayıcılık sadece sağlık finansmanı ile ilgili değildir. Sağlık hizmetinin sunumu, sağlık işgücü, sağlık tesisleri ve iletişim ağları, sağlık teknolojileri, bilgi sistemleri, kalite güvence mekanizmaları, yönetim ve mevzuat gibi tüm bileşenlerini kapsar. Yalnızca asgari bir sağlık hizmeti paketi sağlamakla

kalmaz, aynı zamanda daha fazla kaynak mevcut olduğunda sağlık hizmetlerinin ve finansal korumanın kapsamının giderek genişlemesini sağlamayı hedefler. Sadece bireysel tedavi hizmetleri ile ilgili değildir, halk sağlığını ilgilendiren toplum tabanlı hizmetleri de kapsar.⁽¹⁾ UHC'nin birbiri ile ilişkili üç boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar; tüm nüfusun sigorta kapsamına alınması (kapsamın genişliği), sigorta kapsamında yeterli düzeyde hizmetin sağlanması (kapsamın derinliği) ve cepten ödemenin varlığı durumunda sigorta kapsamında yer alan sağlık hizmetlerinin ödenebilir bir fiyatla sunulmasıdır (finansal koruma).⁽²⁾

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu 12.12.2012 tarihinde önemli bir karar alarak, üye ülkelerini sağlık güvencesinde evrensel sağlık kapsayıcılığına erişme konusunda çaba göstermeye davet etmiş, "herkese, yer yerde, kaliteli ve ödenebilir sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasını" uluslararası kalkınma için zorunlu bir öncelik olarak vurgulamıştır.⁽³⁾ Evrensel sağlık kapsayıcılığını 2000'li yılların başından bu yana yoğun olarak gündeme getiren Dünya Sağlık Örgütü ise her yıl dünyanın en önemli sağlık sorunlarından birine adanan ve DSÖ anayasasının kabul günü olarak kutlanan 7 Nisan'ın 2018 yılındaki temasını "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı: Herkese ve Her Yerde" olarak belirlemiştir.⁽⁴⁾ BM 2015-2030 dönemi için belirlediği "Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları" arasına sağlık güvencesinde evrensel sağlık kapsayıcılığını da dahil etmiştir (SKA 3.8).⁽⁵⁾

Dünyada Durum

Dünya nüfusunun en az yarısı halen temel sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanamamaktadır. Sağlık için cepten yapılan harcamalar nedeniyle her yıl yaklaşık 100 milyon insan aşırı yoksulluğa itilmekte, 930 milyondan fazla insan hanehalk gelirinin en az %10'unu sağlık hizmetleri için harcamaktadır.⁽⁶⁾

DSÖ, SKA izleme çerçevesinde UHC'ye yönelik ilerlemeyi iki gösterge ile takip etmektedir:⁽⁷⁾

Hizmet kapsamı indeksi (seçilmiş bazı temel sağlık hizmetlerinin kapsamı ile hesaplanan ve 0-100 arası bir değer alan bir endeks)→ 3.8.1

Sağlık hizmetleri için cepten harcamaları yüksek olan nüfusun oranı (katastrofik sağlık harcamalarının insidansı)→ 3.8.2

Ülkelerdeki kapsam düzeyinin ve eşitliğinin göstergesi olarak kullanılan hizmet kapsamı indeksinde (Service Coverage Index, SCI) aşağıdaki 14 temel sağlık hizmeti yer almaktadır:⁽⁶⁾

- Çocuk, yenidoğan, anne ve üreme sağlığı:
 - Modern yöntemlerle karşılanan aile planlaması ihtiyacı
 - Doğum öncesi bakım (4 ve üzeri izlem)
 - Tam çocuk aşılması (DTP3)
 - Çocuklarda pnömoni için sağlık arama davranışı
- Enfeksiyon hastalıkları:
 - Tüberküloz tedavisi
 - HIV antiretroviral tedavisi
 - Sıtmanın önlenmesi için böcek ilacı ile muamele edilmiş yatak ağlarının kullanılması
 - Yeterli sanitasyon.
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar:
 - Yüksek tansiyonun önlenmesi ve tedavisi
 - Kan şekerinin yükselmesinin önlenmesi ve tedavisi
 - Tütün kullanmayan
- Hizmet kapasitesi ve erişimi:
 - Hastane yatağı yoğunluğu
 - Sağlık çalışanı yoğunluğu
 - Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne uygunluk

Konuyla ilgili **"2019 Küresel İzleme Raporu"** verileri şöyledir:⁽⁶⁾

UHC hizmet kapsamı indeksi (SCI) 2000'den 2017'ye kadar iyileşme göstermiş, ancak küresel olarak ve birçok ülke için ilerleme hızı 2010'dan beri yavaşlamıştır.

En fazla mutlak artış DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'nde (2000'de 49-2017'de 77); yılda en fazla ortalama artış DSÖ Afrika Bölgesi'nde (%3,6) gerçekleşmiştir. 2017 yılında en düşük ortalama UHC SCI değerleri DSÖ Afrika Bölgesi'nde (46); en yüksek değerler ise Amerika Bölgesi (79) ile Avrupa (77) ve Batı Pasifik Bölgeleri'nde (77) saptanmıştır.

Yüksek gelirli ülkeler, yıllık ortalama %0,9 artışla SCI'da yıllık en düşük iyileşme oranına sahip iken düşük gelirli ülkeler, yıllık ortalama %3,7 artışla bu dönemde en hızlı ilerlemeyi kaydetmiştir.

Küresel olarak, UHC SCI'nın bulaşıcı hastalık bileşeni (sıtmanın önlenmesi için böcek ilacı ile muamele edilmiş yatak ağlarının kullanılması ve HIV antiretroviral tedavisi) en hızlı iyileşmeyi göstermiş olup hizmet kapasitesi ve erişim bileşeni en yavaş ilerlemeye sahipti.

2017 yılında dünyadaki insanların neredeyse yarısı (%33-%49) temel sağlık hizmetleri kapsamındaydı. SDG döneminde (2015-2030) kapsanacak olan sayının 1,1-2,0 milyar artacağı tahmin edilmektedir, ancak nüfus artışı nedeniyle kapsanan insanların yüzdesi daha yavaş artmaktadır. Mevcut eğilimler 2030'a kadar devam ederse, küresel nüfusun sadece %39-%63'ünün temel sağlık hizmetleri karşılanmış olacaktır. 2030 yılına kadar UHC'nin SDG hedefine ulaşmak için kapsamın en az iki katına çıkması gerekmektedir.

UHC'ye ulaşmak dünyadaki ülkeler için ulaşılabilir bir hedef ve bir sorun olmaya devam etmektedir. Hizmet kapsamı artarken, finansal korumadaki ilerleme karışıktır. Ülkelerin performansları her iki temel gösterge esas alınarak değerlendirilmeli; odak noktası hizmet kapsamı ve finansal korumadaki eşitsizliklerin giderilmesi olmalıdır.

Türkiye'de Durum

Ülkemizde Hedef 3.8 ile ilgili çalışmalar Sosyal Güvenlik Kurumu (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) ve Sağlık Bakanlığı eşgüdümünde yürütülmektedir.⁽⁸⁾

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu başta olmak üzere yürürlükteki mevzuat, sağlık hizmetlerinin yurt içinde eşit, ulaşılabilir ve verimli olarak yürütülmesini amaçlayan düzenle-

meler getirmiştir.⁽⁹⁾ Düzenlemeler, Sosyal Güvenlik Kurumu Stratejik Planı (2019-2023) doğrultusunda ilerlemektedir.⁽¹⁰⁾ Fakat finansal riskten korunmaya, ilaca ve aşıya erişime dair düzenlemeler yeterli düzeyde görülmemektedir.⁽⁸⁾

Hedef 3.8'in iki göstergesinde de (aşılama hızı ve sosyal güvenlik kapsamı) iyileşme olduğu görülmektedir.⁽⁸⁾

2002-2016 döneminde beşli karma aşı (DaBT3) üçüncü doz aşılama hızı %78'den %98'e çıkarken sosyal güvenlik kapsamı bu dönemde %70'den %86'ya ulaşmıştır.

Ülkemizde evrensel sağlık güvencesini uygulamaya geçirmek amacıyla 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulmuş, 2012 yılında da GSS primini ödeme gücü olmayan kişilerin primlerinin devlet tarafından ödenmesine başlanmıştır.⁽⁸⁾

Ülkemize göç eden sığınmacılara ve göçmenlere gerek koruyucu gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinin Türk vatandaşlarıyla aynı erişim şartlarıyla sunulması evrensel sağlık kapsayıcılığı için önemli bir gerekliliktir.

Bu çerçevede, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunumu geliştirilmekte ve Geçici Barınma Merkezleri ve göçmenlerin yoğun yaşadığı yerlerde Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmaktadır.

29 ilde yabancı sağlık personelinin de istihdam edildiği 180 göçmen sağlığı merkezinde toplam 780 göçmen sağlığı birimi açılmıştır.

Nüfusu nispeten yüksek olup tam teşekküllü bir kamu hastanesine uzak olan geçici barınma merkezleri ile Suriyeli sayısının 20 bini aştığı yerleşim yerlerinde toplam 34 adet Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Söz konusu birimlerde sığınmacılarla aynı milliyetten sağlık çalışanlarının istihdam edilebilmesi için "Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik" ve "Yabancı Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından göçmenlerde görülmesi muhtemel bulaşıcı hastalıklara yönelik çalışmalar, kanser taramaları, muhtelif mesleki konularda eğitimler ve 9 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde psikolojik destek faaliyetleri devam etmektedir.⁽¹¹⁾

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2018) göre ülkemizde "**temel sağlık hizmetlerinin kapsamı**" ile ilgili bazı veriler aşağıdaki gibidir;⁽¹²⁾

1993-2013 döneminde karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı sürekli olarak azalmıştır. Ancak, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2013-2018 döneminde %6'dan %12'ye yükselmiştir. Halen evli kadınlar arasında geri çekme en sık kullanılan yöntemdir (%20), bunu erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) izlemektedir. Modern yöntem kullanımı, son 30 yıllık dönemde sürekli olarak artarak 1988-2018 döneminde %31'den %49'a yükselmiştir.

Türkiye'de gebe kadınların %90'ı 4 veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım aldığı beyan etmektedir. Kadınların %4'ü doğum öncesinde hiç bakım almamıştır. 1993'ten beri son doğumları için en az 4 doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesi giderek artmaktadır. Ancak, bu değişim hızı 2013'ten bu yana belirgin olarak yavaşlamıştır, en az 4 ziyareti olan kadınların yüzdesi 2013 ve 2018 yılları arasında %89'dan %90'a yükselmiştir.

Çocukların %93'ünün BCG aşısını almış, %90'ı OPV'nin ilk dozunu almıştır. DTaP-IPV-Hib aşısının ilk dozunu alan çocukların oranı yüksek iken (%93), bu oran ilk dozdan sonra giderek azalmıştır (ikinci ve üçüncü dozlar için sırasıyla %83 ve %79), Tekrarlayan dozları olan diğer aşılarda da aynı örüntü görülmektedir (Hepatit B ve PCV aşıları).

2013 TNSA'ya göre tam aşı (1 doz BCG, 1 doz KKK, 3'er doz DTaP-IPV-Hib, HepB ve PCV) çocukların oranı %74'tür.

Türkiye için UHC SCI 2015'de 71,4; 2017'de ise 74,4 olarak hesaplanmıştır.⁽⁶⁾

Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na (2018) göre "**hizmet kapasitesi ve erişimi**" ile ilgili bazı veriler ise şöyledir:⁽¹³⁾

Tablo 174.1 Türkiye için UHC SCI, indeksin dört bileşeni ve göstergelerine ait puanlar (2017)

Çocuk, yenidoğan, anne ve üreme sağlığı (ÇYAÜS)				Enfeksiyon hastalıkları (EH)				Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH)			Hizmet kapasitesi ve erişim (HKE)			SCI Bileşenleri				UHC SCI (SDG 3.8.1)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	ÇYAÜS	EH	BOH	HKE	
60	89	96	87	76	44	-	97	89	60	41	100	84	88	82	69	60	90	74

Kaynak: Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019.

2015 yılında 26,6 olan on bin kişiye düşen yatak sayısı 2018 yılında 28,3'e yükselmiştir.

Nitelikli yatak sayısının toplam yataklar içerisindeki oranı ise 2015 yılında yüzde 59,7 iken bu oran 2018 yılında yüzde 71,9'a çıkmıştır.

2015 yılında 100 bin kişiye düşen toplam hekim ve hemşire/ebe sayıları sırasıyla 179 ve 261 iken 2018 yılında bu rakamlar 187 ve 301'e yükselmiştir.

Aile Hekimliği Birimi ve Aile Sağlığı Merkezi sayıları 2015 yılına göre 2018 yılında sırasıyla 21.696'dan 26.252'ye ve 6.902'den 7.979'a yükselmiştir.

Türkiye genelinde 2018 yılı itibarıyla 3.124 kişiye bir aile hekimi hizmet sunmaktadır. Ancak aile hekimi başına düşen kişi sayısı açısından istenen seviyeye henüz ulaşamamış olup, iller arasında dengeli dağılım ihtiyacı devam etmektedir.

Ülkemizde SKA 3.8 çerçevesinde **“Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu”** projesi yürütülmektedir. Projenin hedefi evde sağlık hizmeti ihtiyacı olduğu düşünülen binde 2'lik nüfusa ulaşmaktır. 2010 yılından beri Sağlık Bakanlığı yürütücülüğünde merkezi ve yerel yönetimlerin işbirliğiyle devam eden projede 2018 yılı sonu itibarıyla hizmet veren ekip sayısı 1600 kişiye, ulaşılan hasta sayısı ise 1,25 milyona ulaşmıştır.⁽¹⁴⁾

Sağlık krizlerine yanıt vermek için güçlü sağlık sistemleri çok önemlidir. UHC, sağlık güvenliğini geliştirerek, temel sağlık hizmetlerine erişimi artırarak ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin üstesinden gelerek daha hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturmak için gereklidir. Salgınlar gibi büyük krizler sırasında, UHC korunmasız birey ve aileleri felaketin finansal riskinden koruyarak yoksullaşmayı önlemekte, bu da bulaşıcı hastalık yayılımının azalmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde finansal engel bulunmaması, erken vaka tespitini ve temasların tanımlanmasını kolaylaştırmakta, böylece ciddi vakaların hastaneye yatırılmasıyla ilgili sağlık harcamalarının azaltılmasını sağlamaktadır. Dünyanın 2019 sonlarından bu yana içinde bulunduğu COVID-19 salgını sağlık sistemleri ve hizmetleri üzerinde büyük baskı yaratmış ve herkesin, her yerde kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişiminin olması gerektiğini keskin bir şekilde hatırlatmıştır. Sağlık sistemleri bir yandan salgına yanıt vermek, bir yandan da temel hizmetleri sürdürmek gibi iki zorluk ile karşı karşıya kalmıştır.^(15,16) Birleşmiş Milletler'in önerilerine göre *sağlık sistemlerinin “yeni norma-*

li”, “Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı” bakış açısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine dayanan güçlü sağlık sistemleri geliştirilmesini ve sağlık için kamu finansmanına öncelik verilmesini gerektirmektedir. Hükümetlerin pandemiye yanıtında küresel işbirliği ve sivil toplumla yakın çalışma büyük önem taşımaktadır.⁽¹⁷⁾

Kaynaklar

- 1) World Health Organization. Universal Health Coverage. [İnternet] https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 2) The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 3) World Health Organization. Universal Health Coverage. Health: essential for sustainable development [İnternet] https://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 4) World Health Organization. World Health Day-7 April 2018 [İnternet] <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/en/>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 5) [İnternet] <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 6) Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 7) World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization.; 2020.
- 8) T.C. Cumhurbaşkanlığı. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019.
- 9) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. [İnternet] <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 10) Sosyal Güvenlik Kurumu. 2019-2023 Stratejik Planı. [İnternet] http://www.sgk.gov.tr/sp/SGKStratejikPlan_2019_2023.pdf. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı 2019 Faaliyet Raporu. [İnternet] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36626,tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf?0>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 12) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. [İnternet] http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 13) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. [İnternet] <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 14) Turkey's 2nd VNR 2019. Sustainable Development Goals. “Strong Ground towards Common Goals”. [İnternet] <http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2019/12/TURKEY-2nd-VNR-Report-2019-Strong-Ground-towards-Common-Goals-Interactive.pdf>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)
- 15) Alwan A. Universal health coverage in the context of emergencies. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 19 (8), 685-686, 2013. 2013.
- 16) Armocida B, Formenti B, Palestra F, Ussai S, Missoni E. COVID-19: Universal health coverage now more than ever. Journal of Global Health. 2020;10 (1).
- 17) UHC2030. [İnternet] <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/beyond-covid-19-coronavirus-what-will-be-the-new-normal-for-health-systems-and-universal-health-coverage-555372/>. (Erişim Tarihi: 03.08.2020)

Tehlikeli Kimyasallardan ve Kirlilikten Kaynaklanan Ölümlerin ve Hastalıkların > Azaltılması

175

ARŞ. GÖR. DR. ATALAY AKTUNA • ARŞ. GÖR. DR. NURDAN FİLİS ÖZBAY

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.9

2030 yılına kadar tehlikeli kimyasallar ile hava, su ve toprak kirliliği ile kontaminasyonundan kaynaklanan ölüm ve hastalıkları kayda değer miktarda azaltmak

Göstergeler

- Hane içi ve çevresel hava kirliliğine atfedilen mortalite
- Güvenli olmayan suya, sanitasyona ve hijyen eksikliğine atfedilen mortalite
- Kasıtsız zehirlenmeye atfedilen mortalite

Günümüzde, hava, su ve toprak kirliliği en önemli çevre sağlığı sorunları ve çevre ilişkili ölüm nedenleridir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 9 milyon erken ölümün hava, su ve toprak kirliliği nedeniyle gerçekleştiği tahmin edilmekte; bu ölümlerin %90'undan fazlasının ülkemiz gibi düşük veya orta gelirli ülkelerde meydana geldiği belirtilmektedir. Ayrıca birçok çevresel kirleticinin sağlık üzerindeki etkileri tam olarak belirlenemediği için bu rakamların azımsanmış olabileceği düşünülmektedir⁽¹⁾.

Hava Kirliliğinden Kaynaklanan Ölümlerin ve Hastalıkların Azaltılması

Çevresel kirlilikler içerisinde hava kirliliği, en önemli çevresel risk faktörlerinden biri olarak görülmektedir. Dünyada her yıl hava kirliliği nedeniyle 7 milyon erken ölümün meydana geldiği düşünülmektedir⁽²⁾. Ülkemizde ise hava kirliliğinin, 2018 yılında, 50.000'in üzerinde ölüme yol açtığı tahmin edilmektedir⁽³⁾. Dünya genelinde her 10 kişiden 9'unun kirli hava soluduğu, hatta dünya nüfusunun yarısının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartlarına göre 2,5 kat daha kirli hava soluduğu belirtilmektedir⁽²⁾. Türkiye'de ise hava kirliliğinin illere göre 2018'deki durumuna bakıldığında; ulusal sınır değerlerine göre 81 ilin yarısından fazlasında (%56) kirli hava solunduğu, DSÖ'nün önerdiği kılavuz hava kirliliği değerlerini karşılayan yalnızca bir ilin olduğu görülmektedir⁽³⁾. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) 3.9 kapsamında hava kirliliğinin azaltılması hedefi ile ilgili ülkeler ve bölgesel düzeylerde karşılaştırmalarda sıklıkla "hane içi ve çevresel hava kirliliğine atfedilen mortalite" (100.000 kişide) kullanılmaktadır. Bu göstergenin değeri ülkemizde 2016 yılı için 46,6'dır. Dünyada 114,16; üst-orta gelirli ülkelerde 85,96 düzeyindedir ve ülkemizden yüksektir. Bununla birlikte ülkemizin de dahil olduğu Avrupa & Orta Asya ülkelerinde bu oran 36,30'dur. Yüksek gelirli ülkelerde, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) ülkelerinde, Avrupa Birli-

ği (AB) ülkelerinde ise bu oran 20'ye yakındır; ve ülkemize göre oldukça düşük düzeydedir ⁽⁴⁾ (**Şekil 175.1**). Tüm bunların ortaya koyduğu üzere, dünyada ve ülkemizde hava kirliliği önemli bir çevre sağlığı sorunudur. Hava kirliliğinin önlenmesi için, yapılan ölçümlerin iyileştirilmesi, ölçüm sonuçlarının kamu yararı ve akademik çalışmalar için paylaşılması, endüstriyel yatırımlar için Çevre Etki Değerlendirme ve Sağlık Etki Değerlendirme süreçlerinin uygun şekilde işletilmesi, enerjide yenilenebilir kaynakların ve verimliliğin artırılması, politika üreticiler tarafından bu önerilere yönelik mevzuatın geliştirilmesi ve ilgili paydaşların işbirliği yapması gerekmektedir ⁽³⁾.

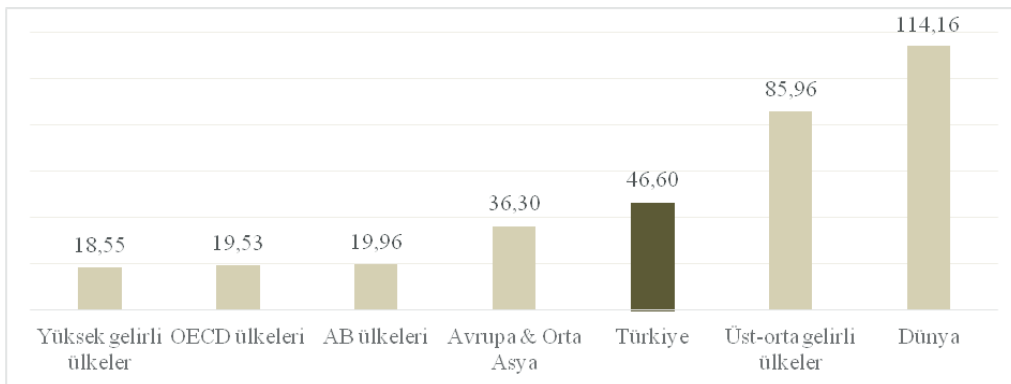
Su Kirliliğinden Kaynaklanan Ölümlerin ve Hastalıkların Azaltılması

2017 yılında, küresel nüfusun yarısından fazlasının (% 55) güvenli sanitasyon hizmetlerine erişiminin olmadığı, dörtte birinden fazlasının (% 29) güvenli içme suyu bulamadığı; dünya genelinde her beş haneden ikisinde (% 40) sabun ve su içeren temel el yıkama araçlarının bulunmadığı belirtilmektedir. Küresel olarak 2016 yılında, güvenli olmayan içme suyu ve sanitasyon; ve el hijyeni eksikliği sonucunda 1.2 milyon kişinin hayatını kaybettiği; bu kişilerin 300.000'inin 5 yaşın altında ishal nedeni ile gerçekleştiği tahmin edilmektedir ⁽⁵⁾. SKA 3.9 kapsamında su kirliliğinin azaltılması hedefi ile ilgili ülkeler ve bölgesel düzeylerde karşılaştırmalarda sıklıkla "Güvenli olmayan suya, sanitasyona ve hijyen eksikliğine atfedilen mortalite" (100.000 kişi) kullanılmaktadır. Bu göstergenin değeri ülke-

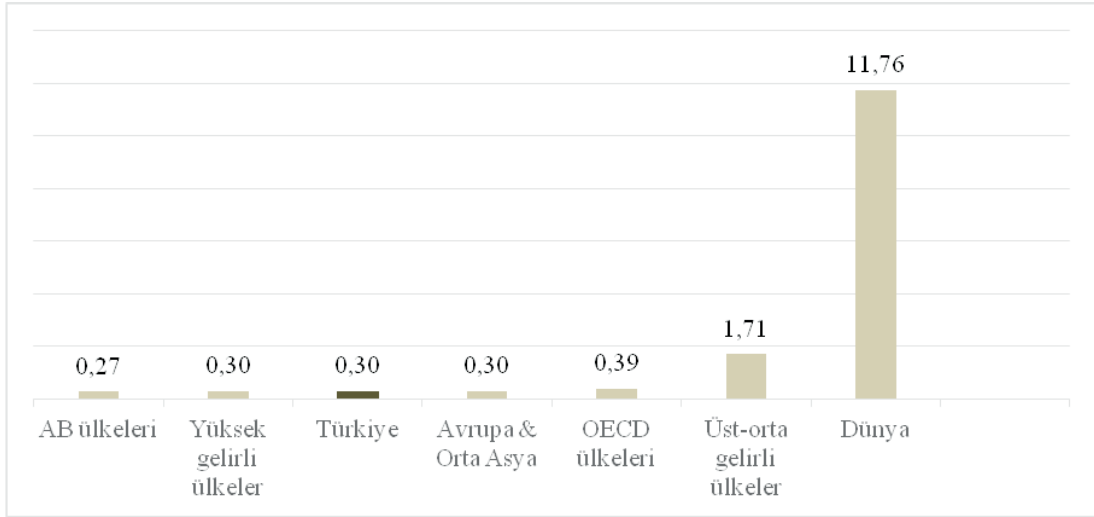
mizde 2016 yılında 0,30'dur. Bu oran Avrupa & Orta Asya ülkeleri, Yüksek gelirli ülkeler, AB ve OECD ülkelerinde de benzer düzeydedir. Dünyada ise bu oran 11,76; Üst-orta gelirli ülkelerde ise 1,71'dir ve ülkemizden yüksek düzeydedir ⁽⁶⁾ (**Şekil 175.2**). Ülkemizde bu oran yüksek gözükmemekle birlikte; hem ülkemizde hem de dünyada 5 yaş altı ölümlerin ve içerisindeki ishal oranlarının düştüğü belirtilmektedir ⁽⁷⁾. Ancak halen ishaller hastalıklar özellikle çocukluk çağına önemli ve önlenemez ölüm sebeplerindedir. Bu nedenle bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç devam etmektedir. Mevcut olan etkin politikaların ve uygulamaların sürdürülmesi, iyileştirilmesi gerekmektedir.

Kimyasallardan Kaynaklanan Ölümlerin ve Hastalıkların Azaltılması

Kimyasal kirlenmeler, her türlü kontaminasyon sonucu hava, su, toprak kirliliklerine neden olarak; önemli bir çevre sağlığı sorunu teşkil etmektedirler. 1950 yılından bu yana 5.000'i yüksek üretim hacimli olmak üzere 140.000'in üzerinde kimyasal madde üretilmiştir ve günümüzde halen çok sayıda kimyasal madde aktif olarak kullanılmaktadır. Tarihte, asbest, diklorodifeniltrikloretan (DDT), poliklorlu bifeniller (PCBs), ozon yıkıcı kloroflorokarbonlar gibi kimyasal maddelerin zararları ortaya konmuştur. Ancak bu örneklerde de yaşandığı gibi, kimyasal maddelerin zararlarının anlaşılması zaman alabilmekte ve bu süreçlerde bu maddelerin kullanımının devamı toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Günümüzde, bilinen kimyasal maddelerin yalnızca yarısından azının



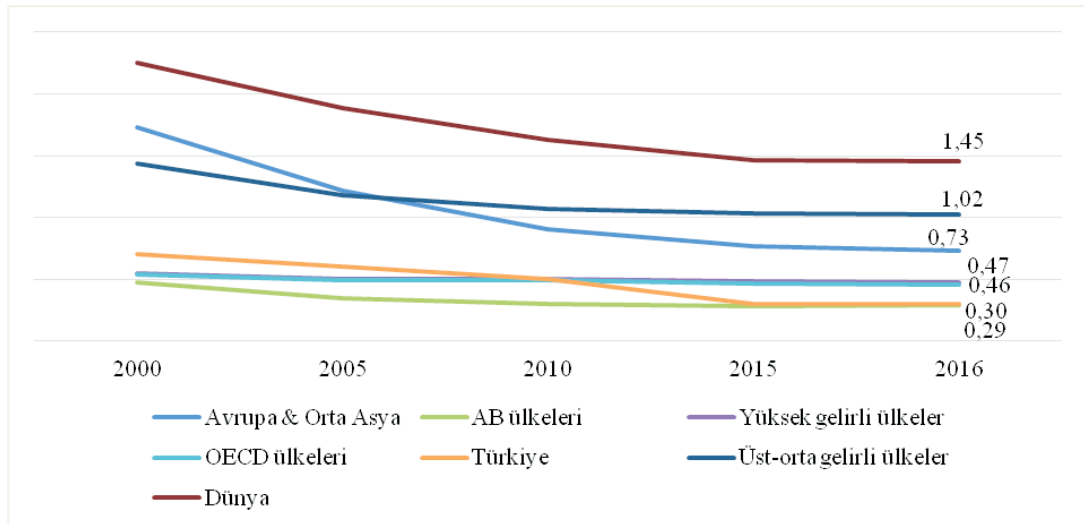
Şekil 175.1 Türkiye ve bazı ülke gruplarına göre, hane içi ve çevresel hava kirliliğine atfedilen yaşa standardize mortalite (100.000 kişi), 2016 ⁽⁴⁾



Şekil 175.2 Türkiye ve bazı ülke gruplarına göre, güvenli olmayan suya, sanitasyona ve hijyen eksikliğine atfedilen mortalite (100.000 kişide), 2016 ⁽⁶⁾

güvenlik testi tam olarak yapılabilmıştır. Birçoğunun da sağlık etkileri net olarak bilinmemektedir ⁽¹⁾. Ayrıca sağlık etkileri bilinse, güvenlik testleri yapılsa dahi bu kimyasalların uygun kullanılmamasından kaynaklanan ölümler ve hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. 2016 yılında, dünya genelinde, kimyasallara kasıtsız maruziyet ile zehirlenme sonucu 106.000'den fazla kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir ⁽⁵⁾. Dünyada her yıl, pestisit zehirlenmelerinin 3.000.000 hastane yatışına ve 250.000 erken ölüme yol açtığı düşünülmektedir ⁽⁸⁾. SKA 3.9 kapsamında kimyasallardan kaynaklanan ölümlerin ve hastalıkların azaltılması hedefi ile il-

gili ülkeler ve bölgesel düzeylerde karşılaştırmalarda "Kasıtsız zehirlenmeye atfedilen mortalite" (100.000 kişide) kullanılmaktadır. Ülkemizde, dünyada ve ilgili tüm bölgelerde bu gösterge açısından 2000 yılından bu yana bir düşüş trendi görülmektedir. 2016 yılında bu oran ülkemizde 0,30 düzeyine inmiştir. Bu oran AB ülkelerinde 0,29 ile benzer düzeydedir. Üst-orta gelirli ülkelerde ise 1,02; Avrupa & Orta Asya ülkelerinde 0,73; Yüksek gelirli ülkelerde 0,47; OECD ülkelerinde 0,46 ile ülkemize göre yüksek düzeydedir. Dünya ortalaması da 1,45 ile ülkemizden yüksektir ⁽⁹⁾ (Şekil 175.3). Bu oranlara bakıldığında ülkemizde ve dünyada olumlu yönde



Şekil 175.3 Türkiye ve bazı ülke gruplarında kasıtsız zehirlenmeye atfedilen mortalitenin (100.000 kişide) yıllara göre değişimi, 2000-2016

bir gelişme görülmektedir. Ancak meydana gelen bu ölümlerin önlenemez olduğu unutulmamalıdır. Ülkelerin kasıtsız zehirlenmeyi azaltmak için var olan kanıtlanmış önlemleri alması gerekmektedir⁽⁵⁾. Bu bağlamda yapılacak müdahalelere ülkemizde ve küresel düzeyde halen ihtiyaç vardır.

Çevre kirliliğinin insan sağlığı ve gezegen üzerindeki zararlı etkileri yıllar boyunca hükümetler ve uluslararası kalkınma gündemi tarafından ihmal edilmiştir⁽¹⁾. Ancak SKA 3.9 ile konu küresel olarak gündeme alınmıştır. SKA 3.9 ile küresel düzeyde, 2030 yılına kadar hava, su, toprak kirliliği ve tehlikeli kimyasalların kontaminasyonundan kaynaklanan ölüm ve hastalıkların kayda değer miktarda azaltılması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde de SKA 3.9 kapsamında başta Çevre Kanunu olmak üzere tehlikeli kimyasallardan ve atıklardan kaynaklanan kirliliğin önlenmesine yönelik olarak çeşitli kanun ve yönetmelikler bulunmaktadır. Ayrıca Kalkınma Planları ile Yıllık Programlarda tehlikeli kimyasalların yönetimi ve hava, su ve toprak kirliliğinin önlenmesine yönelik politikalar yer almaktadır. Ancak bu yasal düzenlemeler ve programlar çevre kirliliğinin sağlıkla ilişkisine yer verme noktasında yetersiz kalmaktadır⁽¹⁰⁾. İlgili düzenlemeler ve programların bu yönde geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bununla birlikte SKA 3 için koordinatör kurum ülkemizde Sağlık Bakanlığı iken SKA 3.9'da Sağlık Bakanlığı ilgili kurum; sorumlu kurum ise Çevre ve Şehircilik Bakanlığıdır⁽¹⁰⁾. Bu durum

nedeni ile iki bakanlık arasında üst düzey bir işbirliği geliştirilmeli; koordinasyon sağlanmalıdır. Politika üreticiler tarafından bu alanlardaki karar alma süreçlerinde, halk sağlığı ve çevre sağlığını öncelleyen bir yaklaşım benimsenmelidir.

Kaynaklar

- 1) Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet*. 2018;391 (10119):462-512. doi:10.1016/S0140-6736 (17)32345-0
- 2) World Health Organization. Air pollution. <https://www.who.int/health-topics/air-pollution>. Published 2020. Accessed July 13, 2020.
- 3) Temiz Hava Hakkı Platformu. *Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri - Kara Rapor*; 2019.
- 4) The World Bank. Mortality rate attributed to household and ambient air pollution, age-standardized (per 100,000 population). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.AIRP.P5>. Published 2016. Accessed July 13, 2020.
- 5) World Health Organization. *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Vol 21. Geneva; 2020.
- 6) The World Bank. Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (per 100,000 population). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.POIS.P5>. Published 2016. Accessed July 13, 2020.
- 7) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri*. Ankara; 2017. https://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf.
- 8) Food and Agriculture Organization. *Impacts on Agriculture and Human Health*.
- 9) The World Bank. Mortality rate attributed to unintentional poisoning (per 100,000 population). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.POIS.P5>. Published 2016. Accessed July 13, 2020.
- 10) Arı İ, Yılmaz RF, Üstümsük B, et al. *Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu*. Ankara; 2019.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesinin Uygulanması

176

ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇAMLIK • ARŞ. GÖR. DR. REYHAN CAN YILDIZ

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.A

Uygun olduğu takdirde, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin tüm ülkelerde, uygulanmasını güçlendirmek

Gösterge

15 yaş ve üstü bireyler arasında mevcut tütün kullanımının yaşa göre standartlaştırılmış yaygınlığı

Sürdürülebilir kalkınma amacı 3'ün hedefleri içinden 3.a ile, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin bütün ülkelerde, uygun görüldüğü şekilde uygulanmasının güçlendirilmesi planlanmıştır. Bu hedefin göstergesi ; 3.a.1 ile 15 yaş üstü bireyler arasında mevcut tütün kullanımının yaşa göre standartlaştırılmış yaygınlığıdır ⁽¹⁾.

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra, tütün ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkileri nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir ⁽²⁾.

Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biri olarak tanımlanmakta ve doğum öncesi dönemden başlayarak, insan yaşamının bütün evrelerinde 50'den fazlası kanser olmak üzere, ölüme kadar götüren pek çok

sağlık sorununa yol açmaktadır. 2018 'de %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere, dünyada 1,1 milyar kişi ülkemizde ise yaklaşık 15 milyondan fazla kişi tütün ürünü kullanmaktadır ⁽³⁾.

Dünyadaki Durum

Tütün ürünleri, dünyada olduğu gibi ülkemizde de en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Aynı zamanda tütün kullanımı önlenemez hastalık ve ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en tehlikeli halk sağlığı tehditlerinden biri olarak tanımlanmakta ve doğum öncesi dönemden başlayarak, insan yaşamının bütün evrelerinde ölüme kadar götüren pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Sadece tütün ürünü kullananlar değil tütün dumanına maruz kalanlar da aynı şekilde etkilenmektedir. Dünyada yılda 7 milyondan fazla, ülkemizde de 100.000'den fazla kişi tütün ürünü kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının sonucu iken yaklaşık 1 milyon kişi de tütün ürünü kullandığı için değil tütün dumanına maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir. Dünya genelinde tütün ürünü kullananların yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. ⁽⁴⁾

Tütün kullanımı bütün ülkeler açısından yaygın bir alışkanlıktır. Ancak, tütün kullanımının yol açtığı sağlık sorunlarının ortaya konmasından sonra özellikle gelişmiş ülkelerde sigara kullanımında azalma meydana gelmiştir. Bunun üzerine sigara firmaları ürünlerini satabilmek için yeni pazarlar

aramaya girişmişler, tütün kullanımının fazla olmadığı gelişmekte olan ülkelere yönelmişlerdir. Bunun sonucunda gelişmekte olan ülkelerde de sigara kullanımında artış meydana gelmiş ve aynı zamanda yabancı sigara markalarına yönelme de artmıştır ⁽²⁾ (Şekil 176.1).

Türkiye'deki Durum

Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir.

Ülkemizde 18 milyon kişi (%29,6) (halen) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5).

Günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir. Sigara içenlerin %21'i günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir.

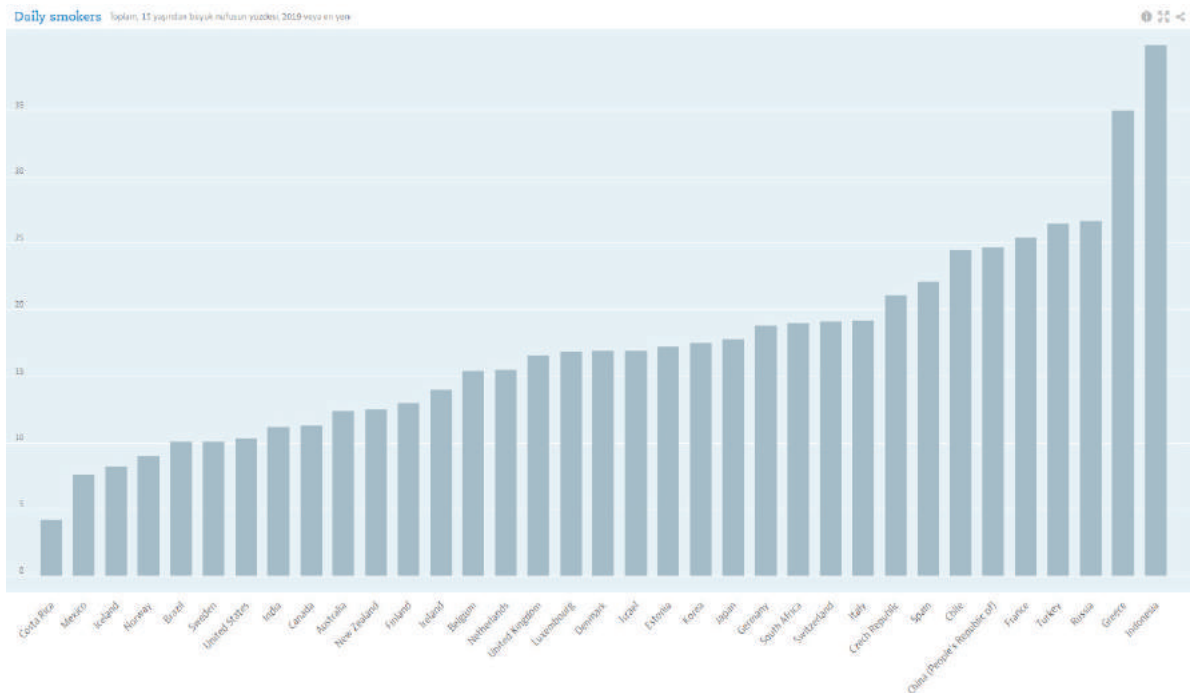
15-34 yaş arasındaki tütün kullananların %15'i her gün kullanıma 15 yaş altında başlamışlardır. Kullanıma 18 yaş ve altında başlayan yüzdesi 57,5'dir. Ortalama başlama yaşı 17'dir ⁽⁶⁾.

Ülkemizde tütünle mücadelede ilk yasal düzenleme 1996 yılında yapılmıştır. 2004 yılında, DSÖ tarafından kabul edilen **Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi**, TBMM'de kabul edilerek yürürlüğe

girmiştir. 2006 yılında, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak tüm çalışmaların planlanması ve tütün tüketiminin kontrol altına alınması için hazırlanmış olan program Başbakanlık Genelgesi ekinde yayımlanmış, 2007 yılında, Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın bir bütün olarak uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi için İl Tütün Kontrol Kurulları 81 ilimizde kurulmuştur.

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında sağlığa olan tehdidine ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi", 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmış ve 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir ⁽⁷⁾.

2008 'den günümüze kadar 15 yaş ve üzeri tütün kullanım durumu inişli çıkışlı bir eğilim iz-



Şekil 176.1 15 Yaş Üstü Her Gün Sigara İçen Kişilerin Populasyondaki Yüzdelelerinin Ülkelere Göre Karşılaştırması⁽⁶⁾

Kaynak: OECD (2020), Daily smokers (indicator). doi: 10.1787/1ff488c2-en (Accessed on 17 July 2020)

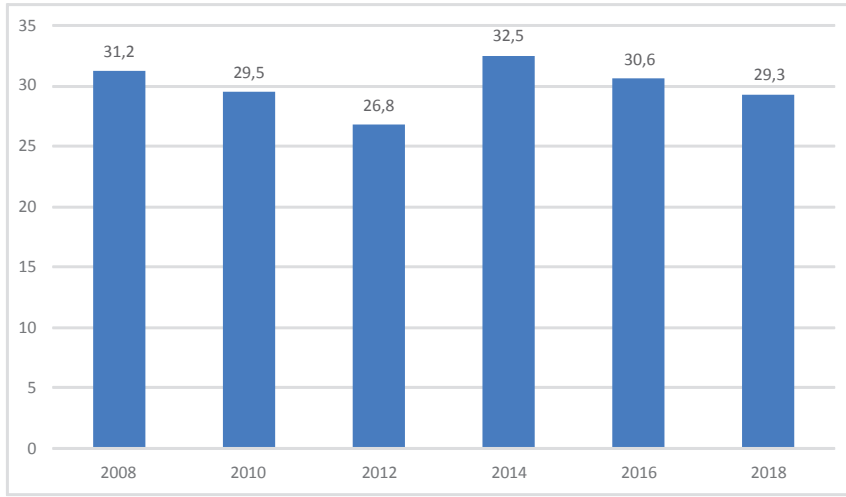
lemektedir.2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TÜİK Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri 2010-2018,World Health Statistics 2020 verilerine göre Yıllara Göre 15 yaş ve Üzeri Tütün Kullanım Durumu: 2008 'de %31.2 ,2010 'da % 29.5 ,2012'de %26.8 ,2014'de %32.5 ,2016'da %30.6 ,2018 'de % 29.3 'tür ^(8,9,10) (Şekil 176.2).

Hedef 3.5'e yönelik Mevzuat ile bağımlılık yapması muhtemel maddelerin çocuklara satışı yasaklanmış ve bu yasağa uymayanlar için yaptırımlar belirlenmiştir. Tütün bağımlılığının önlenmesi için ayrıca düzenleme yapılmış, eğitim ve tedavi birimlerinin kurulması öngörülmüştür. Madde bağımlılığının önüne geçilmesi için de geniş çaplı terapiler

öngörülmüştür. Mevzuat, tütün ve alkol satışının esaslarını da belirleyerek, bağımlılığın önlenmesini amaçlamıştır. Dolayısıyla mevzuat, amaca tam olarak hizmet etmekte, madde bağımlılığı ile savaşan hükümler getirmektedir.

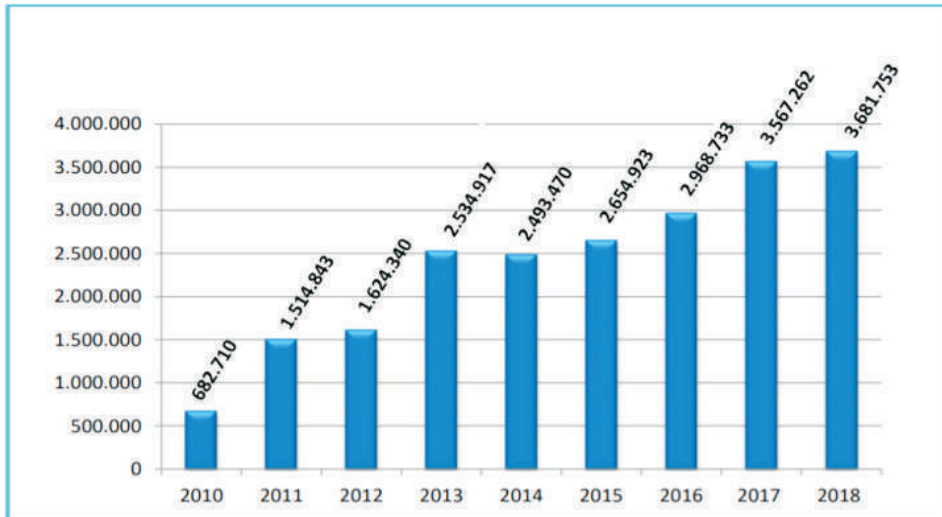
Hedef 3.a kapsamındaki gösterge 15 yaş üstü nüfusta her gün tütün ve tütün ürünü kullananların oranı olup, bu oran Türkiye için 2003 yılında %32,1 iken 2016 yılında %26,5'e düşmüştür.15 Önemli bir iyileşme sağlanmakla beraber söz konusu oran hala yüksek olduğu düşünülmektedir ⁽¹¹⁾ (Şekil 176.3).

13-15 yaş grubu öğrencilerdeki %17,9 olan tütün ürünü kullanım sıklığının 2023 yılında %10'a, 15 ve üzeri yaş grubunda % 31,6 olan tütün ürünü kul-



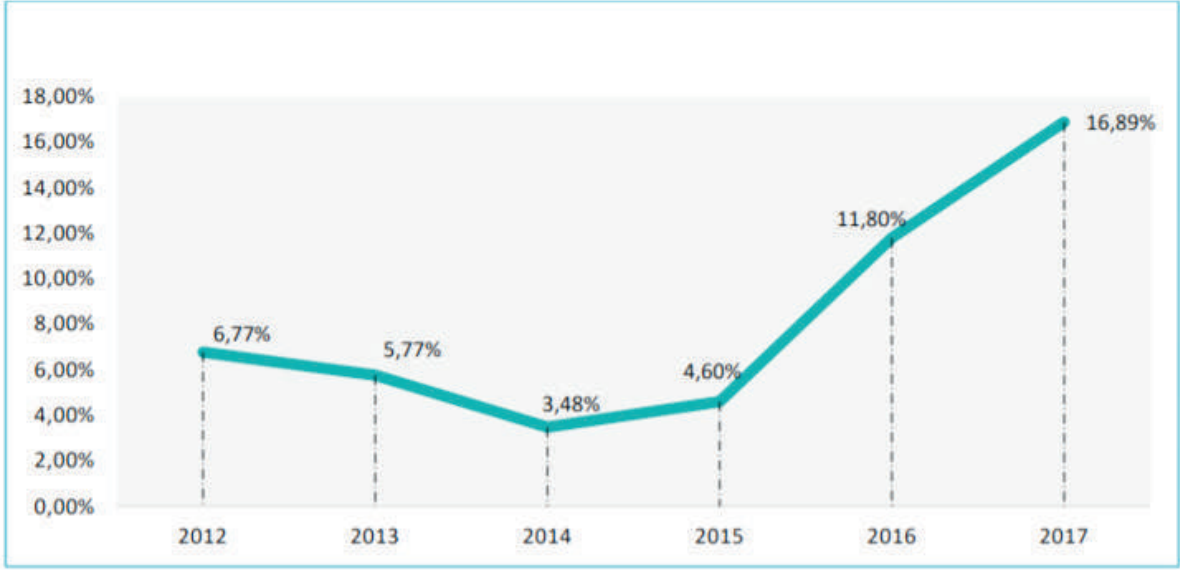
Şekil 176.2 Yıllara Göre 15 yaş ve Üzeri Tütün Kullanım Durumu (%)

Kaynak: 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TÜİK Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri 2010-2018, World Health Statistics 2020



Şekil 176.3 Yıllara Göre Denetim Sayıları (Adet)

Kaynak: 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu



Şekil 176.4 Yıllara Göre ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattını Arayanlardan Sigara Bırakma Planı Yapılarak Bir Yıl Takip Edilen Danışanların Sigara Bırakma Durumu (%)

Kaynak: 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu

lanım sıklığının (ara sıra ve her gün kullananların toplamı) ise 2023 yılında % 24'e kadar düşürülmesi hedeflenmektedir. Sigara bırakmak isteyenlere destek olmak amacıyla Alo 171 Sigara Bırakma Hattı 27 Ekim 2010 tarihinde Ankara'da hizmete açıldı. 27.02.2014 tarihinden itibaren Tekirdağ'da hizmet vermeye devam etmektedir. Danışma Hattı, 175 operatörle 24 saat esasına göre hizmet sunmaktadır. ALO 171 Sigarayı Bırakma Danışma Hattı santaline günlük ortalama 4000 çağrı girişi olmaktadır. Yıllara Göre ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattını Arayanlardan Sigara Bırakma Planı Yapılarak Bir Yıl Takip Edilen Danışanların Sigara Bırakma Durumu yüzdesi **Şekil 176.4'** te verilmektedir.⁽¹²⁾

Kaynaklar

- 1) "Sağlık ve Kaliteli Yaşam Küresel Amaçlar." <https://www.kureselamaclar.org/amaclar/saglik-ve-kaliteli-yasam/> (accessed Jul. 21, 2020).
- 2) H. Toker, E. Sağlık Bakanlığı -Temel, S. Hizmetleri, and G. Müdürlüğü, *Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control)*. 2008.
- 3) "2018-2023 Tütünle Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu," 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf (accessed

Jul. 21, 2020).

- 4) "2018-2023 Tütünle Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planı," 2018. https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/eylem_plani/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani.pdf (accessed Jul. 21, 2020).
- 5) OECD, "Daily smokers," 2016. <https://data.oecd.org/health-risk/daily-smokers.htm> (accessed Jul. 21, 2020).
- 6) C. for Disease Control, "GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016," 2016.
- 7) H. Toker, E. Sağlık Bakanlığı -Temel, S. Hizmetleri, and G. Müdürlüğü, *TÜTÜN KONTROLÜ ÇERÇEVE SÖZLEŞMESİ Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control)*. .
- 8) "World Health Statistics 2020," 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed Jul. 22, 2020).
- 9) TÜİK, "Sürdürülebilir kalkınma göstergeleri 2010-2018," 2010.
- 10) TÜİK, *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Global Adult Tobacco Survey*. 2012.
- 11) "Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu," 2019. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Değerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf (accessed Jul. 22, 2020).
- 12) "2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu," 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf (accessed Jul. 22, 2020).

Karşılanabilir Aşı ve İlaç için Araştırma-Geliştirme ile Bunlara Evrensel Erişimin > Desteklenmesi

177

ARŞ. GÖR. DR. TUĞÇE DARTILMAK

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.B

Özellikle gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için ilaç ve aşıların araştırılmasını ve geliştirilmesini desteklemek, halk sağlığının korunması ve özellikle herkesin ilaçlara erişiminin sağlanması için gelişmekte olan ülkelerin Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşmasının tüm hükümlerini kullanabilme hakkını tanıyan Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) ve Kamu Sağlığına İlişkin Doha Deklarasyonuna uyumlu olacak şekilde karşılanabilir zaruri ilaç ve aşılarla erişimi kolaylaştırmak

Gösterge

- Ulusal programlardaki tüm aşular ile kapsanan hedef nüfus oranı
- Tıbbi araştırma ve temel sağlık sektörlerine toplam net resmi kalkınma yardımı
- Sürdürülebilir bir temelde elde edilebilir ve karşılanabilir ilgili temel ilaçlar setine sahip sağlık tesislerinin oranı

Bu hedefle amaçlanan; öncelikle gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik aşıların ve ilaçların araştırılmasını ve geliştirilmesini desteklemektir. Aynı zamanda amaç; Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) Anlaşması ve Kamu Sağlığı ile ilgili

li Doha Deklarasyonu uyarınca uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişim sağlamaktır.⁽¹⁾

TRIPS Anlaşması birçok fikri ve sınai mülkiyet hakkını koruduğu gibi aşı ve ilaçlara da patent koruması sağlamaktadır. Ancak anlaşma ile sağlanan korumanın aynı zamanda HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi ilaçların fiyatlarını artırması, özellikle Afrika ülkelerinde hastaların ilaca ulaşmalarını neredeyse imkansızlaştırmıştı. Bu nedenle 2000 yılında TRIPS Anlaşması'nın bu ülkeler lehine esnetilmesi için girişimler başlatılmıştır. Uluslararası kamuoyunun da desteği ile 2001 yılında Doha'da yapılan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) IV. Bakanlar Konferansı'nda konu ile ilgili müzakereler yapılmaya başlanmış, 14 Kasım 2001 tarihinde TRIPS Anlaşması ve Kamu Sağlığına İlişkin Doha Deklarasyonu kabul edilmiştir. Doha Deklarasyonu 30 Ağustos 2003 kararı ile yürürlüğe girmiş ve böylece ihtiyaç duydukları ilaçları üretemeyen ülkelerin bu ilaçları zorunlu lisans yoluyla ithal etmeleri imkânı yaratılmıştır. Doha Deklarasyonu ile TRIPS'in uygulanması ve yorumunda, hem mevcut ilaçlara ulaşma hem de yenilerinin üretilmesini sağlama yoluyla, kamu sağlığı ilkesine ağırlık verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.^(2,3)

Birinci gösterge önceden üç aşı dozunun kapsayıcılığı (covarege) kullanılarak izlenmekteyken (difteri-tetanoz-boğmacanın 3. dozu [DTP3], kızamık içeren aşının ikinci dozu [MCV2] ve konjuge pnömokok aşısının üçüncü dozu [PCV3])⁽⁴⁾; 2002 yılında önce dördüncü olarak Human papilloma virüsü (HPV) de eklenmiş⁽⁵⁾, en son olarak da Birleşmiş Milletler (BM) İstatistik Komisyonu tarafından

2020 Mart ayında yapılan 51. toplantıda ülkelerin ulusal programlarına dahil olan tüm aşuların kapsadığı hedef nüfus oranı olarak değişmiştir. (6)

Dünyada Durum

DTP3 aşısının kapsayıcılığı 1 yaşındaki çocuklardan yüzde kaçının aşısı yaptırmış olduğu ile belirlenmektedir. Küresel kapsayıcılık 2000 yılında %72 iken 2018'de %86'ya yükselmiştir. 83 ülke Küresel Aşı Eylem Planı hedefi olan en az %90 kapsayıcılığa ulaşamamıştır. Kızamık içeren aşının tek bir dozu için %86 kapsayıcılık oluşmuşken, MCV2'nin kapsayıcılığı 2018'de %69'a ulaşmıştır (2000'de %18'di). MCV2'nin kapsayıcılığı artmasına rağmen; kızamık aşısına erişim ve kullanımdaki farklılıklar, tüm gelir düzeylerindeki ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde devam etmekte ve yeni kızamık salgınlarına neden olmaktadır. PCV3 kapsayıcılığı (1 yaşındaki çocukların yüzde kaçının aşısı yaptırmış olduğu ile değerlendirilir) 2008'den bu yana 10 kattan fazla artmıştır, ancak 2018'de hala küresel olarak %50'nin altındadır. (5)

Çocukların çocuk felcine karşı aşılmasının küresel kapsamı da büyük bir başarı sağlayarak, bildirilen vahşi poliovirüs vakalarını 1988'den bu yana %99.9 azaltmış (tahmini 350.000 vakadan

2019'da 175'e) ve 210 ülke ve bölgede çocuk felci eradike edilmiştir. 2018'de dünyadaki bebeklerin yaklaşık %84'ü, 3. doz hepatit B aşısını yaptırmıştır, bu oran 2000'de %30'dur. 5 yaşın altındaki çocuklar arasında hepatit B prevalansı, aşı öncesi dönemde %4,7'den 2017'de %0,8'e düşmüştür. (5)

HPV üreme sisteminin en yaygın viral enfeksiyonudur ve serviks kanserine neden olabilmektedir. 9-14 yaşındaki kızları hedefleyen aşı şu anda 90 ülkede sunulmaktadır, ancak serviks kanseri riskinin en yüksek olduğu en yoksul ülkelere henüz ulaşmamıştır. HPV aşularının tam seyri için küresel kapsayıcılık (önerilen HPV aşı dozunu almış olan 15 yaşındaki kızların yüzdesi) 2010'da %3 iken 2018'de %12'ye yükselmiştir. (5)

11 Mart 2020'de ilan edilen COVID-19 pandemisi, küresel olarak çocukluk çağındaki aşılama çabalarını kesintiye uğrattı. Mart 2020'den beri, rutin çocukluk aşılama hizmetleri, 1970'lerde Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nın başlamasından bu yana görülmeyen bir ölçekte kesintiye uğramıştır. Geçerli verilerin bulunduğu 129 ülkenin yarısından fazlası (yüzde 53), Mart ve Nisan ayı boyunca aşılamalarda orta-ileri derecede aksama olduğunu veya tüm aşı hizmetinin askıya alındığını bildirdi. Bu durumdan özellikle kızamık ve çocuk felci aşı kampanyaları

Tablo 177.1 Aşıların küresel kapsayıcılığı (DSÖ)⁽⁷⁾

	2019	2018	2017
BCG (Verem)	88	89	89
DTP1	90	90	90
DTP3	85	85	86
HepB_BD	43	41	40
HepB3	85	83	84
Hib3	72	71	71
IPV1	82	72	57
MCV1	85	85	85
MCV2	71	69	68
PCV3	48	46	44
Pol3	86	85	85
RCV1	71	69	52
rotac	39	34	27
TT2plus	71	72	73
YFV	46	45	44

BCG (Bacille Calmette-Guérin): Verem, DTP1: Difteri-Tetanoz-Boğmaca 1. doz, DTP3: Difteri-Tetanoz-Boğmaca 3. doz, HepB_BD (Hepatit B – Birth Dose): Hepatit B Yenidoğan, HepB3: Hepatit B 3. doz, Hib3: Hemofilus İnfluenza Tip b 3. doz, IPV1: İnaktif Polio 1. doz, MCV1: Kızamık içeren aşı 1. doz, MCV2: Kızamık içeren aşı 2. doz, PCV3: Konjuge Pnömonokok aşısı 3. doz, Pol3: Polio 3. doz, RCV1: Kızamıkçık içeren aşı 1. doz, rotac: Rotavirüs 1. doz, TT2plus: Tetanoz toksoid aşının 2 veya daha fazla doz uygulanmış olması, YFV (Yellow Fever): Sarhumma Aşısı

Tablo 177.2 TNSA 2018 aşılama oranları⁽¹³⁾

	12-23 aylık çocuklar aşılama (%)	24-35 aylık çocuklar aşılama (%)
BCG (Verem)	92.6	94.2
DaBT-Hib-İPA (3. doz)	78.8	72.7
Hepatit B (3. doz)	80.8	77.1
OPA 1. doz	89.7	87.4
OPA 2. doz	na	69.0
Konjuge Pnömonokok Aşısı (KPA) 3. doz	75.1	65.6
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)	na	94.3
Hepatit A 1. doz	na	89.9
Hepatit A 2. doz	na	64.2
Suçiçeği	na	90.0
Temel Aşıları Olanlar*	na	71.8
Yaşa Uygun Tüm Aşıları Olanlar**	66.9	49.6

na: uygun değil

DaBT-Hib-İPA: Difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, Hemofilus influenza Tıp B, İnaktif polio aşısı

OPA: Oral Polio Aşısı

*BCG, 3 doz DaBT Hib İPA ve 1 doz KKK

**12-23 aylık çocuklar: BCG, 3 doz DaBT Hib İPA, 3 doz Hepatit B, birinci doz OPA ve 3 doz KPA. 24-35 aylık çocuklar: Bir önceki gruptaki aşılarla ek olarak ikinci doz OPA, 1 doz KKK, 1 doz suçiçeği, 2 doz Hepatit A eklenmiştir

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Kasım 2019

ciddi bir darbe almıştır (27 ülkede kızamık kampanyası, 38 ülkede çocuk felci kampanyası bu süreçte askıya alındı). 21 düşük gelirli ülkede en az 24 milyon insan; çocuk felci, kızamık, tifo, sarıhumma, kolera, rotavirüs, HPV, menenjit A ve kızamıkçığa karşı aşılanamama riskiyle karşı karşıyadır. Ayrıca, COVID-19 salgınlarından kaynaklanan sınır kapanmaları, en az 26 düşük ve orta gelirli ülkede potansiyel aşı sıkıntısına yol açmaktadır.⁽⁸⁾

Yüksek gelirli ülkelerde, düşük gelirli ülkelere göre 73 kat daha fazla sağlık araştırmacısı bulunmaktadır. 2018 yılında ihmal edilen hastalıklar için yapılan Ar-Ge yatırımlarında 2017'ye göre %10'luk bir artış olmuştur.⁽⁹⁾ Tıbbi araştırma ve temel sağlık sektörlerine toplam net resmi kalkınma yardımında kişi başına 38.38 ABD doları ile Nauru, 2018'de dünyada birinci sırada gelmektedir. Avrupa bölgesinde kişi başına 4.11 ABD doları ile Kırgızistan en yüksek görünürken, Avrupa'daki üst-orta gelirli ülkelere göre Bosna Hersek 3.94 ABD doları ile başta görülmektedir.⁽¹⁰⁾

DSÖ 1977 yılından itibaren her iki yılda bir temel ilaç listesi yayımlamaktadır.⁽¹¹⁾ 2008-2019 yılları arasında yapılan bir araştırmada 25 ülkeden oluşan bir örnekleme göre; sağlık tesislerinin ortalama sadece %22,4'ü birinci basamakta akut, kronik, bulaşıcı, bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi, önlenmesi ve tedavisi için kullanılabilir ve erişilebilir (uygun fiyatlı) bir dizi temel ilaç temin etmiştir. Bu

25 ülke arasında ilaçlara erişimde çok fazla değişiklik gözlenmektedir. Özellikle, ülkelerin %28'inde hiçbir tesis erişilebilir ilaç sağlamamıştır.⁽⁵⁾

Türkiye'de Durum

TÜİK 2018 verilerine göre DTP3 %98, BCG %96, Hepatit B %98, KKK %96, KPA3 %98 kapsayıcılığa sahiptir.⁽¹²⁾ Ancak 2018 TNSA raporu aşılama oranlarının çok daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 177.2).⁽¹³⁾

TNSA 2018 verilerine göre toplamda, 24-35 aylık çocukların %50'si yaşa uygun tüm aşılarını almıştır. 12-23 aylık çocukların sadece %2'si ve 24-35 aylık çocukların sadece %3'ü hiç aşılanmamıştır. 24-35 aylık çocuklardan tüm temel aşıları olanların oranı ise %72'dir.⁽¹³⁾

Hepatit A ve Suçiçeği DSÖ tarafından önerilmesine rağmen ulusal aşı şemamıza dahildir. Ulusal aşı şemasındaki aşılar ücretsiz olup erişkin aşıları muayene ve tedavi ücretine tabidir. DSÖ'nün önerdiği aşıların içinde Rotavirüs ve HPV aşısı olmasına rağmen güncel ulusal aşı takvimimize eklenmemiştir.⁽¹⁴⁾

Türkiye'de tıbbi araştırma ve temel sağlık sektörlerine toplam net resmi kalkınma yardımı kişi başına 0.82 ABD doları olarak belirtilmiştir.⁽⁵⁾ Avrupa Bölgesinde üst-orta gelirli ülkeler arasında Türkiye 4. sırada görülmektedir.⁽¹⁰⁾ 3. göstere ile ilgili ülkemize ait veri bulunamamıştır.

Ülkemiz gerek bulundurduğu göçmen sayısı bakımından gerek de savaştan kaçanların geçiş yolu olarak kullandığı bir güzergah olmasından dolayı aşı ile önlenemez bulaşıcı hastalıklara maruziyeti fazla olan bir ülkedir. AFAD 2013 raporuna göre Suriyeli sığınmacı çocukların toplamda %74'ü çocuk felcine karşı aşılanmışken, kamp dışında yaşayan çocukların aşılanma oranı daha düşüktür (erkek çocukların %57'si, kız çocukların %52'si). 10 yaş altı çocuklarda kızamık aşı durumuna bakıldığında; kamplarda yaşayan erkek çocukların yaklaşık 4'te 1'inin ve kız çocukların yaklaşık 3'te 1'inin, kamp dışında yaşayan erkek ve kız çocukların her birinin yaklaşık 5'te 2'sinin kızamık aşısı olmadığı görülmektedir.⁽¹⁵⁾

Aşı kapsayıcılığı aşı yapılan kişilerin toplam nüfusa oranı ile belirlenmektedir. Ancak ülkemizde artan kayıtsız göçmen sorunu nedeniyle toplam nüfus hesaplanmasında eksiklikler olmaktadır. Aile hekimlerine kaydı bulunmayan göçmenlerin ulusal takvimde yer alan aşılarından yararlanması mümkün olmamaktadır. Bu da yanlış yüksek aşı kapsayıcılığına sebebiyet verebilmektedir. Verilerin güvenilirliğinin artması için kapsanan nüfusun doğru bilinmesine ihtiyaç vardır. Pandemi sürecinde aşılamaların devam etmesine özen gösterilmelidir. Temel ilaç ve aşılarla ulaşımı artırabilmek için dışa bağımlılığı azaltmalı, ülkemizde COVID-19 sürecinde başlayan aşı ve ilaç çalışmalarına desteğin devamı sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) United Nations Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, Goal 3 Targets. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 2) Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı. Fikri Mülkiyet Haklarının Uluslararası Düzeyde Korunması - Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü (WIPO). http://www.mfa.gov.tr/fikri-mulkiyet-haklarinin-uluslararasi-duzeyde-korunmasi---dunya-fikri-mulkiyet-orgutu-_wipo_.tr.mfa Erişim Tarihi:22.07.2020
- 3) Bak B. İlaçta Zorunlu Patent Lisansı. Ankara Barosu Dergisi. 2011 (3)
- 4) World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 5) World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2020.
- 6) United Nations Economic and Social Council. Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. December 2019. Update: 3-6 March 2020.
- 7) World Health Organization. Global data 2020 [updated 12 October 2020]. Available from: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gloprofile.pdf?ua=1
- 8) United Nations Statistics Division. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/goal-03/> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 9) World Health Organization. Global Observatory on Health R&D. <https://www.who.int/research-observatory/en/> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 10) World Health Organization. Official development assistance (ODA) for medical research and basic health sectors per capita, by recipient country. Published: April 2020. https://www.who.int/research-observatory/indicators/oda_per_capita/en/ Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 11) World Health Organization. Model Lists of Essential Medicines. <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. 2019.
- 13) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Kasım 2019.
- 14) World Health Organization. Table 1: Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunization. https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 15) Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları. 2013.

Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanının Artırılması ve Sağlık İşgücünün Desteklenmesi

178

ARŞ. GÖR. DR. ANIL BAŞPINAR

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.C

Özellikle en az gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan küçük ada devletleri olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde sağlık finansmanını ve sağlık işgücünün işe alımını, geliştirilmesini, eğitimini ve idamesini kayda değer miktarda artırmak

Gösterge

Sağlık çalışanı yoğunluğu ve dağılımı

Bu hedefin amacı gelişmekte olan ülkelere sağlık finansmanını artırarak iş gücünün desteklenmesini sağlamaktır. Sağlık finansmanını; gelişmekte olan ülkelerde sağlık işgücünün ve eğitiminin geliştirilerek ihtiyaç duyulan bölgelerde istihdam edilmesini sağlamak temel gösterge olarak belirlenmiştir ⁽¹⁾. Temel olarak evrensel sağlık kapsayıcılığı (Universal Health Coverage, UHC) kavramı ile yakın ilişkili bir madde olarak tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde sağlık personelinin dağılımının ve sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığına yönelik yapılacak ekonomik düzenlemelerin incelendiği SKA'dır ⁽²⁾.

Sağlık finansman sistemleri, kapsayıcı sağlık hizmetlerine ulaşmak için kritik öneme sahiptir. Sağlık finansmanının artırılmasına yönelik çalışmalar ile sağlık ödemelerinin cepten yapılmasının önüne geçilmesi, bu amaca hizmet eden ortak bir fon yaratılarak hizmet erişiminin artırılması

amaçlanmaktadır. Sağlık finansmanı alanlarındaki gelişmeler ile bu hizmetlerin bağımlı olduğu iş gücünün küresel anlamda dengeli dağıtılması, sağlık hizmetlerinin etkililiğini belirleyecektir ⁽³⁾.

Sürdürülebilir sağlık finansmanı için anahtar rol, sağlık eşitsizliklerini azaltarak ve bireyler üzerindeki mali etkiyi en aza indirmektir ⁽⁴⁾.

Dünyada Durum

Dünyada son yıllarda sağlık yatırımlarındaki önemli artışlara rağmen, birçok ülke dış finansman kaynaklarına bağımlı kalmaktadır. Ülkeler, 2030 hedeflerine ulaşmak için çalışırken sağlık için finansmanın sürdürülebilirliği giderek daha fazla önem kazanmıştır ⁽⁴⁾. Ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etme konusundaki sorumluluklarının artmakta olan payı, olumlu bir gelişme olarak karşımıza çıkarken özellikle gelişmekte olan ülkelere yapılan dış desteklerde gözlenen azalmalar bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının sağlanması çabaları önünde engel olarak karşımıza çıkmaktadır ⁽⁴⁾.

Sağlık sistemlerinin etkililiğinin temel belirleyicisi sağlık çalışanlarıdır ve sağlık hizmetinin iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının erişilebilirliği ve kalitesi ile yakından ilişkilidir. DSÖ, 2030 yılına kadar sağlık ile ilişkili SKA'larının başarılabilmesi için çoğunlukla düşük ve düşük orta gelirli ülkelerde olmak üzere 18 milyon sağlık çalışanına daha ihtiyaç duyulacağını tahmin etmektedir. Bununla birlikte bazı ülkelerdeki sağlık personelinin eğitiminde yaşanan yatırım problemleri, sağlık sistemlerinin nüfusun ihtiyaçlarına uygun cevabı veremiyor

oluşu problemlerin büyümesine sebep olmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarını kırsal bölgelerde istihdam edilmesinde problemler yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının artan uluslararası göçü, özellikle düşük ve düşük orta gelirli ülkelerde sağlık işgücü eksikliklerini daha da kötüleştirmektedir. Bu etkenler, bazı ülkelerde karşılanmamış personel ihtiyacı ile birlikte var olan işsiz sağlık çalışanı paradoksunu ortaya çıkarmaktadır^(5,6).

Sağlık iş gücünde; hemşireler 172 ülkeden gelen verilere göre sağlık uzmanlarının (tıp doktorları, hemşirelik personeli, ebeler, diş hekimleri, eczacılar) yaklaşık % 59'unu temsil etmekte olan en kalabalık sağlık çalışanı grubudur. 191 ülkeden elde edilmiş 2018 verilerine göre 2018'de tüm dünyada yaklaşık 28 milyon hemşire bulunmaktadır. Bu sayının çoğunluğunu (%69) profesyonel hemşireler oluşturmaktadır. Bu büyük iş gücünün dağılımında var olan heterojenite problemin büyüklüğünü göstermeye yetmektedir. Örnek olarak Amerika kıtasında hemşirelerin %80'i nüfusun %57'sine ev sahipliği yapan üç ülkede (Brezilya, Kanada, ABD) istihdam edilmektedir. Afrika kıtasında ülkeler arasında nüfus başına düşen hemşire yoğunluğunda 100 kata kadar farklılıklar görülmektedir^(7,8).

Sağlık iş gücünde cinsiyet faktörü de ön plana çıkmaktadır. Küresel 2013-2018 verilerine dayanarak, kadınlar toplamda tıp doktorlarının ve hemşirelerin yüzde 70'inden fazlasını oluşturmaktadır. Ancak kadınlar, doktorların %40'ından biraz fazlasını temsil ederken hemşirelik personelinin neredeyse %90'ını temsil etmektedir. Belirli bölgesel farklılıklar dışında dünyada her 10 hemşireden dokuzunun kadın olduğu bilinmektedir. Erkek hemşirelerin kadın hemşire sayısından fazla olduğu ülke sayısı yalnızca 13'tür^(7,9).

Küresel olarak, sağlık işgücüne yatırım olması gerekenden çok daha düşüktür. Bazı ülkelerdeki sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretimine yönelik devamlı var olan yetersiz yatırım; sağlık sistemleri ve nüfus ihtiyaçlarının sağlık hizmetleri ile uyumsuz olmasına, böylece sağlık sisteminde çözülmemeyen problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu problemler aktif sağlık çalışanlarının kırsal bölgelerde istihdam edilmesindeki güçlüklerle birlikte daha da artmaktadır. Bu problemler küresel sağlık işgücü hareketliliğine uygun ortam hazırlamakta ve sağlık çalışanlarının ihtiyacın daha

az olduğu, gelişmiş bölgelere göç etmesine sebep olmaktadır. Böylece sağlık hizmetine erişimde var olan eşitsizlikler derinleşmektedir⁽¹⁰⁾.

Küresel olarak, hanehalkı gelirlerinin yüzde 10'undan fazlasını sağlık hizmetleri için harcamakta olan nüfusun oranı, 2000-2015 yılları arasında %9,4'ten %12,7'ye (927 milyon kişi) yükselmiştir. 2020'de bu sayının bir milyara ulaşacağı, bu nüfusun çoğunluğunun düşük-orta gelirli ülkelerde ikamet eden kimseler olacağı tahmin edilmektedir⁽⁹⁾.

Bu şartlar altında küresel nüfusun yarısından daha azının temel sağlık hizmetlerine düzenli erişiminin olduğu dünyamızda, küresel bir etken olarak COVID-19 krizi bugüne kadarki kazanımlarımızın önüne geçebilir⁽¹¹⁾. Pandemi birçok ülkede, özellikle hastalık yükünün en fazla olduğu bölgelerde, sağlık profesyonellerinin mevcut sıkıntısını vurgulamaktadır. Tüm ülkelerin %40'ından fazlasının 10.000 kişi başına 10'dan az tıp doktoru bulunmaktadır ve ülkelerin %55'inden fazlasının 10.000 kişi başına 40'tan az hemşirelik ve ebeler personeli bulunmaktadır⁽⁹⁾.

Salgın; özellikle gelişmekte olan ülkeleri, önümüzdeki süreçte sosyal ve ekonomik etkileri de dahil olmak üzere insan sağlığı üzerinde beklenen yıkıcı etkilerle tehdit etmektedir. Yerli finansal kaynakların eksikliği, mali krizler ve kırılan sağlık sistemleri bir acil durum oluşturmaktadır. Kısa vadede bir sağlık krizi olarak ortaya çıkan şeyin uzun vadede eğitim, insan hakları, gıda güvenliği ve ekonomik kalkınma üzerinde çok geniş etkileri olabilir⁽¹²⁾.

Türkiyede Durum

Ülkemizde sağlık insan gücü ile ilişkili çalışmalar Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu birimin görevleri:

Sağlık insan gücü ile ilgili analizler ve projeksiyonlar yapmak; sağlık insan gücü ihtiyacını belirlemeye yönelik planlar oluşturmak,

Mevcut sağlık insan gücünün dağılımını izlemek,

Sağlık insan gücü alanında ihtiyaca uygun personel yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yapmak,

Sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık insan gücü ihtiyaçlarının karşılanması için çalışmalar yürütmektir⁽¹³⁾.

Türkiye’de 2017 OECD verilerine göre, sağlık içi kamu ve özel harcamaları GSYİH’nın %4,2’sini oluştururken; kişi başına halk sağlığı harcamaları OECD ortalamasının altındadır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle başlayan, Genel Sağlık Sigortasına geçiş aşaması ve 3,5 milyondan fazla sığınmacıya sağlanan tıbbi bakım sağlık sistemi üzerindeki baskıların artmasına sebep olmaktadır. Bu süreçte incinebilir kesimlere yönelik hizmetler de dahil olmak üzere sosyal harcamalar, OECD ülkeleri ortalamasından hızlı bir artış göstermiştir. Bu hizmetler ile özellikle düşük gelirli yaşlı bireylere, engelli kişilere ve özel sağlık sorunları olan ailelere yönelik hizmetler artırılmıştır⁽¹⁴⁾.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile fiziksel altyapı ve sağlık işgücünde artışlar görülmüştür. 2015 yılında 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 26,6 iken, 2017 yılında bu sayı 27,9 olmuş; nitelikli yatak sayısının toplam yataklar içerisindeki oranı 2015’te %59,7 iken bu oran 2017 yılında %67,2’ye çıkmıştır. Ülke genelindeki hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli sayısındaki artışla beraber, kişi başına düşen sağlık personeli sayılarında gelişmiş ülkelerin seviyelerine yaklaşıldığı gözlenmektedir. 2015 yılında 100.000 kişiye düşen toplam hekim ve hemşire/ebe sayıları sırasıyla 179 ve 261 iken, 2017 yılında bu sayılar 186 ve 272 olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum sayısı artırılmış ve acil sağlık hizmetlerinin altyapısı geliştirilmiştir. Aile Hekimliği Birimi ve Aile Sağlığı Merkezi sayıları 2015 yılına göre 2017 yılında sırasıyla 21.696’dan 25.198’e ve 6.902’den 7.774’e yükselmiştir. Türkiye genelinde 2017 yılı itibarıyla 3.481 kişiye bir aile hekimi hizmet sunmaktadır. Ancak aile hekimi başına düşen kişi sayısı hala hedeflenenin altında olup, iller arasında dengesizlikler bulunmaktadır⁽¹⁵⁾.

29 ilde yabancı sağlık personelinin de istihdam edildiği 178 Göçmen Sağlığı Merkezinde toplam 688 göçmen sağlığı birimi açılmıştır. Söz konusu birimlerde sığınmacılarla aynı milliyetten sağlık çalışanlarının istihdam edilebilmesi için “Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik” ve “Yabancı Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarında Değişiklik Yapılmasına Dair

Yönetmelik”ler düzenlenerek, yürürlüğe konmuştur⁽¹⁶⁾.

Sağlığın finansmanı kapsamında özel sektörün sağlık alanında payının artırılmasına yönelik tedbirler alınmaktadır. 2017 yılı itibarıyla mevcut hastanelerin %37’siz özel sektöre ait olup 2016 yılında 47.143 olan özel hastane yatağı sayısı 2017 yılında 49.200’e ulaşmıştır⁽¹⁶⁾.

SKA gündemi, Genel Sağlık Kapsamını diğer tüm sağlık hedeflerine ulaşmanın anahtarı olarak kabul etmektedir. SDG 3.C sağlık finansmanı ile sağlık işgücünün işe alımını, geliştirilmesini, eğitimini ve elde tutulmasını önemli ölçüde artırmayı hedeflemektedir. Bu amaçla küresel ve yerel otoriteler güçlendirilmiş sağlık sistemleri ile sağlık hizmetine eşit erişim sağlayarak sağlık hizmeti kapsamalarını ve 2030 hedeflerinin başarılabilmesini sağlamaya yönelik politikalar geliştirmektedirler⁽¹⁶⁾.

Kaynaklar

- [İnternet] <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-c-1-health-worker-density-of-physicians/> Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] https://www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf?ua=1 Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/en/> Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] <https://www.undp-capacitydevelopment-health.org/en/capacities/focus/financial-management/sustainable-financing-for-health/> Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1 Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] <https://www.who.int/hrh/com-heeg/en/> Erişim: 22.07.2020
- State of the World’s Nursing, WHO, 2020.
- The Sustainable Development Goals Report, UN, 2019.
- The Sustainable Development Goals Report, UN, 2020.
- Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, WHO, 2016.
- [İnternet] <https://sdgs.un.org/goals/goal3> Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] <http://unohrlls.org/covid-19/> Erişim: 22.07.2020
- [İnternet] <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,9847/daire-baskanligi-gorevleri.html> Erişim: 22.07.2020
- OECD Economic Surveys: Turkey 2018, OECD.
- Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu “Ortak Hedefler için Sağlam Temeller”, 2019.
- [İnternet] <https://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/> Erişim: 22.07.2020

Küresel Sağlık Riskleri için Erken Uyarı Sistemlerinin İyileştirilmesi

179

ARŞ. GÖR. DR. ERAY ÖNTAŞ • UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 3

Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak

Hedef 3.D

Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm ülkelerin ulusal ve küresel sağlık risklerine karşı erken uyarı, riski azaltma ve risk yönetimi kapasitelerini güçlendirmek

Gösterge

3.D.1. Uluslararası Sağlık Mevzuatı (UST) kapasitesi ve sağlık acil durum hazır bulunuşluğu

SKA 3, Hedef 3.d ile, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm ülkelerin ulusal ve küresel sağlık risklerine karşı erken uyarı, riskleri azaltma ve risk yönetimi kapasitelerini güçlendirmek hedeflenmektedir. Bu hedefin göstergesi, 'uluslararası sağlık tüzüğü konusunda yeterlilik ve acil sağlık durumlarına hazır olma bulunuşluğudur. Bu gösterge, ülkenin genel temel kapasite düzeyini göstermektedir.

Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST)⁽¹⁾, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2005'te yayınlanan ve 2007'de yürürlüğe girmesinin ardından taraf devletler açısından bağlayıcılığı olan uluslararası bir dokümandır. Ülkelerin belirli hastalık salgınlarını ve halk sağlığı olaylarını DSÖ'ye bildirmelerini gerektiren yasal olarak bağlayıcı bir anlaşmadır. UST, küresel ölçekte halk sağlığı olaylarına hızlı ve uyumlu bir şekilde müdahale edilmesini sağlamak amacıyla, hem rutin operasyonlar hem de halk sağ-

lığı acil durumlarına müdahale için belirlenmiş giriş noktalarında önleme, tespit ve müdahale için temel kapasitelerin geliştirilmesine yönelik gereklilikleri ortaya koymuştur.⁽²⁾ İlgili sektörler, halk sağlığı otoriteleri ve diğer paydaşlar dâhil olmak üzere sürece dâhil olan tarafların görev ve sorumluluklarını öngörmektedir.

DSÖ UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi⁽³⁾ kapsamında küresel halk sağlığı güvenliğine karşı şeffaflığı ve karşılıklı hesap verebilirliği teşvik etmek amacıyla 2010 yılından itibaren taraf devletler, öz değerlendirmeye dayalı yıllık raporlar hazırlarlar (State Party Annual Reporting - SPAR) ve bu zorunlu raporlamaya ek olarak eylem-olgu sonrası incelemeler, simülasyon egzersizleri, gönüllü dış değerlendirmeler ile izlem ve değerlendirme sürecini güçlendirebilirler.⁽⁴⁾ Ülkeler; mevzuat, koordinasyon, gözetim, tepki, hazırlıklı olma, risk iletişimi, insan kaynakları, laboratuvar, giriş noktaları, zoonozlar, besin güvenliği, kimyasal olaylar, radyasyon acillerinden oluşan 13 temel kapasite -her bir kapasitenin durumunu ölçmek için bir ila üç gösterge- ve 24 gösterge ile değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmelerin sonuçları, ulusal eylem planları geliştirmek için kullanılmaktadır.

Dünyada Durum

SPAR (Taraf Devlet Öz Değerlendirme Yıllık Raporlaması) aracı, halk sağlığı riskini ve ulusal ve uluslararası öneme haiz akut olayları tespit etmek, değerlendirmek, bildirmek, raporlamak ve bunlara yanıt vermek için gerekli 13 kapasitenin yıllar içerisinde geliştirildiği izlense de kimyasal olaylar,

radasyona bağlı acil durumlarda, belirlenmiş giriş noktaları (689 liman, 622 havalimanı ve 566 kara geçişi) ile ilgili kapasitelerin geliştirilmesi gerektiği görülmektedir (Tablo 179.1).

Uluslararası düzenlemelerin ve işbirliğinin gerekliliği 2020'de ortaya çıkan COVID-19 pandemisi ile de anlaşılmıştır. Ülkeler ve kıtalar arasında bulaşıcı bir hastalık salgınının ortaya çıkması ve yayılması, devletlerin UST kapasitelerinin gücüne, enfeksiyon kontrol önlemlerine bağlılıklarına, iklim ile ilgili baskılara ve nüfus yoğunluğu gibi çeşitli faktörlere bağlıdır.

SPAR değerlendirmelerinin, bağımsız kuruluşlarca değil, ülkelerin kendi beyanlarına dayalı olması; hava yoluyla bulaşan bu patojenin yüksek nüfus yoğunluğu gibi yayılımı doğrudan etkileyen

faktörler gibi, ilişkili olabilecek sosyoekonomik faktörler, komorbid durumlar, sağlık altyapı yetersizliklerini yeterince ele almaması önemli bir kısıtlılıktır. İzlem ve değerlendirmeler anlık veritabanları, bağımsız gözlemci değerlendirmeleri ile triangüle edilmeli; risk değerlendirmeleri uluslararası, ulusal ve ulus altı bölgesel seviyelerde incelenmelidir.⁽⁵⁾ Bir ülkenin müdahale kapasitesi, acil durum hazırlığının gücüne ve ulusal planların ve kapasitelerin düzenli olarak test edilmesine ve güncellenmesine bağlıdır.⁽⁶⁾

Türkiye'de Durum

Türkiye'de *Influenza A virüs subtip H5N1'e* bağlı ilk vakalar ve ölümlerin 2006 yılında görülmesinin ardından⁽⁷⁾ 23.08.2006 tarihli "Küresel Bir Grip

Tablo 179.1 Uluslararası Sağlık Tüzüğü Raporlarının Değerlendirilmesi Sonucu Temel Kapasitelere Göre Puanlama

Ulusal Sağlık Tüzüğü - Temel Kapasite	2018 Ortalaması	2019 Ortalaması	2019 Türkiye (Öz Değerlendirme)
C1 - Mevzuat ve finansman	62	66	100
C2 - UST koordinasyonu	67	70	70
C3 - Zoonotik olaylar	63	67	100
C4 - Gıda güvenliği	60	65	60
C5 - Laboratuvar	70	72	93
C6 - Sürveyans	71	73	90
C7 - İnsan kaynakları	63	63	60
C8 - Ulusal sağlık acil durum çerçevesi	59	62	60
C9 - Sağlık hizmeti sunumu	59	63	87
C10 - Risk iletişimi	57	60	40
C11 - Giriş noktaları	52	56	100
C12 - Kimyasal olaylar	50	53	80
C13 - Radyasyon acilleri	52	55	60
Toplam	60,4	63	77

DSÖ Bölgelerine göre ortalama kapasite (13.07.2020'de güncellenmiştir)



- 9) Küresel Grip Salgını (Pandemi) ile İlgili 2019/5 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi (2019), Resmi Gazete <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190413-7.pdf>
- 10) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu (2019), T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 11) <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
- 12) Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries (2020) Kandel, N., Chungong, S., Omaar, A., Xing, J. The Lancet. doi:10.1016/s0140-6736(20)30553-5
- 13) Joint external evaluation process: bringing multiple sectors together for global health security (2017) Kandel N, Sreedharan R, Chungong S, et al. Lancet Glob Health; **5**: e857–58.
- 14) Solidarity in the wake of COVID-19: reimagining the International Health Regulations (2020), Taylor A.L., Habibi R., et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10244, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31417-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31417-3).

Kadınlar ve Kız Çocuklarına Yönelik Her Türlü Şiddet ve İstismarın Ortadan

› Kaldırılması

180

ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK • ARŞ. GÖR. DR. MERVE KEVSER ÇAMLI

SKA 5

Cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınlar ile kız çocuklarını güçlendirmek

Hedef 5.2

Kamusal ve özel alanlarda, tüm kadınlara ve kız çocuklarına yönelik, insan kaçakçılığı, cinsel ve her türlü istismar dâhil, şiddetin her türünü yok etmek

Gösterge

- Şiddetin türüne ve yaşa göre, son 12 ay içinde mevcut ya da eski partneri tarafından fiziksel, cinsel ya da psikolojik şiddete maruz kalan daha önce ilişkisi olmuş 15 yaş ve üzeri yaştaki kadın ve kızların oranı
- Yaşa ve olayın oluş yerine göre, son 12 ay içinde partneri dışındaki biri tarafından cinsel şiddete maruz kalan 15 yaş ve üstü kadın ve kızların oranı

Kalkınma kavramı artık, fiziki kalkınmanın yanı sıra, insanların seçeneklerini artırıp artırmamasını içerecek bir anlayışa dönüşmüştür. Bu alanda küresel boyutta önemli çabalar sarf edilmiş ve 2000 yılında Binyıl Kalkınma Hedefleri (BHK) gündeme gelmiştir. Bu girişim küresel kalkınma yolunda önemli bir adım olmuş, başta yoksulluğun azaltılması olmak üzere eğitim ve sağlık gibi alanlarda önemli ilerlemelere aracılık etmiştir. Binyıl Kalkınma Hedeflerinin tüm kazanımlarına rağmen küresel kalkınmanın sağlanması yönünde kat edilmesi gereken uzun bir yol vardır. Bu kap-

samda, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin yarım bıraktığı işleri tamamlamayı hedefleyen Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA), kalkınmanın yalnızca ekonomik boyutu ile sınırlı olmayıp, çevresel ve sosyal boyutlarına da dengeli şekilde odaklanmaktadır.

Kadına yönelik şiddet kavramı, uluslararası insan hakları hukuku alanında ilk kez 1993 yılında “Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri”de tanımlanmıştır. Bu çerçevede, kadına yönelik şiddet ister kamusal isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma anlamına gelir. ⁽¹⁾

Bir insan hakkı ihlali olarak “kadına yönelik şiddet” olgusu, uzun yıllar boyunca özel yaşam ve aile mahremiyeti içerisinde algılanmış, bu nedenle de gerek uluslararası gerekse ulusal düzeyde insan hakları gündemine geç girmiştir. Uluslararası düzeyde 1980’li yıllarla birlikte görünürlük kazanmaya başlayan bu olgu, 1990’lardan itibaren toplumsal bir sorun ve bir insan hakkı meselesi olarak görülmeye başlanmıştır. 1991 yılında, Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal Haklar Komisyonu ve Kadının Statüsü Komisyonu (KSK) tarafından, kadına yönelik şiddetin önemli bir problem olduğunun altı çizilmiştir.

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi (CEDAW Komitesi), 19 No’lu Tavsiye Kararı’nda kadınlara yönelik toplumsal cinsiyete

dayalı şiddet, “bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen şiddet” olarak tarif edilmiştir. Bu şiddet, “kadına fiziksel, zihinsel ya da cinsel yönden zarar veya acıya neden olan davranışları, bu davranışlara ilişkin tehditleri, zorlamayı ve özgürlüklerin kaybedilmesine neden olan diğer davranışları” kapsamaktadır.⁽²⁾

Kadınlara karşı şiddet terimi aşağıdaki halleri içerecek şekilde anlaşılır, fakat bu hallerle sınırlı değildir:

- Aile içinde meydana gelen dövme, kız çocukların cinsel istismarı, evlenirken verilen başlıkla ilgili şiddet, evlilik içi tecavüz, cinsel organları dağlama ve kadınlara zarar veren geleneksel uygulamalar, eş olmayanlar arasındaki şiddet ve sövmek için uygulanan şiddet de dahil fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet uygulanması;
- Toplum içinde meydana gelen tecavüz, cinsel istismar, çalışma hayatında, öğretim kurumlarında ve diğer yerlerde cinsel taciz, kadın satışı ve zorla fahişleştirilme de dahil, fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet;
- Nerede meydana gelirse gelsin, Devlet tarafından işlenen veya hoş görülen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet.⁽³⁾

1994 yılında Kahire’de gerçekleşen Uluslararası Populasyon ve Geliştirme Konferansında kadınlar ve kız çocuklarına karşı şiddetin önlenmesindeki gerekli adımlar sıralanmıştır.

1995 yılında Pekin’de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu’nda, kadına yönelik şiddetin kadınların insan hakları ihlali olduğu benimsenmiştir. Pekin Deklarasyonu, hükümetleri kadının güçlendirilmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması ve toplumsal cinsiyet perspektifinin politika ve programlara yerleştirilmesi konularında yükümlü kılmakta ve Eylem Platformu’nun hayata geçirilmesini öngörmektedir. Kadınlara yönelik şiddetin ve istismarın önlenmesi bağlamında, Türkiye 2011 yılında Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesini (İstanbul Sözleşmesi) ilk imzalayan ve onaylayan ülke olmuştur.

Türkiye’de kadına yönelik şiddetin görece olarak yüksek düzeyde olması ve erken yaşta ve zorla evliliklerin sürmesi de Türkiye’nin uluslararası düzey-

deki kadın erkek eşitliği konusundaki konumuna olumsuz yansımaktadır.

Dünyada Durum

2013 yılı verilerine göre, dünya çapında kadınların %35’i ya partnerinin (eşi veya birlikte yaşadığı kişi) fiziksel ve/veya cinsel şiddetine ya da partneri olmayan bir kişinin cinsel şiddetine maruz kalmaktadır. Ancak bazı ülke araştırmaları, kadınların %70’inin yaşamları boyunca partnerlerinden fiziksel ve/veya cinsel şiddet gördüklerini ortaya koymaktadır. Dünya çapında kadın cinayetlerinin %38’i kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlenmektedir.

Kadınlara karşı şiddet dünya çapında yaygındır ve kadınlar ve çocukları için çok sayıda ciddi sağlık problemiyle ilişkilidir.

Partner şiddetinin HIV enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), isteyerek düşüklük, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, büyüme geriliği, alkol kullanımı, depresyon ve intihar, yaralanma ve ölüm şeklinde önemli sonuçları vardır.

Dünya çapında kadınların partneri olmayan biri tarafından cinsel şiddetin yaşam boyu yaygınlığı %7,2’dir. Partner dışı kişi tarafından uygulanan şiddette depresyon, aksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu gibi genellikle kadınların mental sağlığı etkilenmektedir.⁽⁴⁾

Kadınlara yönelik şiddet genellikle partner ve cinsel şiddet içerir ve bu kadın hakları ve halk sağlığı açısından majör bir problemdir. Son verilere göre ise dünya çapında kadınların üçte biri (%35) partner kaynaklı olan veya olmayan fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Bunun büyük çoğunluğu partner şiddeti oluşturmaktadır. Dünyada, %30 kadın hayatları boyunca partner ilişkilerinde fiziksel veya cinsel şiddete en az bir kere maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kurban kadınların % 38-50’i partner kaynaklıdır. Şiddet mağduru kadınların çoğunluğu (% 55-95) hiçbir yardım ve hizmet almamışlardır.⁽⁵⁾ Adölesan kızlar, genç kadınlar, azınlıkta veya farklı etnik grupta olan kadınlar, trans kadınlar ve engelli kadınlar şiddetin çeşitli formlarına karşı daha yüksek risk grubunda yer alırlar.

2019 yılında RESPECT, kadına yönelik şiddeti önlemede bir çerçeve olarak oluşturulmuştur. RESPECT tasarımı adında DSÖ ve Birleşmiş Milletler Kadın Topluluğu tarafından 7 adet strateji oluşturulmuştur.

Son on yılda dünyada cinsiyet eşitliği ve kadın hakları konusunda önemli ilerleme kaydedilmiştir. Ancak 2005-16 döneminde, 87 ülkede 15 ila 49 yaşlarındaki kadınların % 19'u son 12 yılda bir partnerin fiziksel veya cinsel şiddeti yaşadığını bildirmiştir. (6)

Türkiye'de Durum

Türkiye'de kadına yönelik şiddetle alakalı veri kaynakları çok sınırlıdır. Bilinen partner şiddeti dışında kadınlar, örf, adet ve namus kavramlarıyla da yıllardır hayatını kaybetmektedir. Bu sebeple meydana gelen şiddet ya da ölümler hakkında bir veriye ulaşmak günümüzde halen daha çok zordur. Ne kadar kadının namus kisvesi adı altında işlenen cinayetler nedeniyle öldüğü geçmişte ve günümüzde halen daha bilinmemektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 2005 -2006 yılları arasında gerçekleşen Töre ve Namus Cinayetleri ile Çocuklara yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu için yapılan sınırlı bir çalışmaya göre 2000-2005 yılları arasında töre ve namus adına işlenen 1091 cinayet ve 480 ölüm vardır. (7)

CEDAW 7. Ülke raporunda 2009'dan 2013'e kadar geçen sürede 842 kadın cinayeti olduğu bildirilmiştir. (8)

1994-2008 yıllarında arasında yapılan büyük ölçekli Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet sıklığını belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda kadınların %20 ila %40'ı fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. (9)

2012 yılından beri şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına yönelik destek ve izleme hizmetlerini veren Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) sayısı 2019 yılı Mart ayı itibarıyla 79'a ulaşmıştır.

Hedef 5.2'in ilk göstergesi olan 15 yaş üstünde partneri tarafından şiddete maruz kalan kadınların oranına ilişkin Türkiye'de ilk kapsamlı çalışma 2008 yılında yürütülen "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması"dır. Bu araştırma 2014 yılında da tekrarlanarak verilerin karşılaştırılabilir biçimde derlenmesi söz konusu olmuştur. Bu veriler ışığında, Türkiye'de 2014 yılı itibarıyla yaşamının herhangi bir döneminde eşi ya da partneri tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz bırakılmış kadınların oranı ortalama %37,5, son 12 ay

içinde şiddete maruz kalanların oranı ise ortalama %11'dir. 2008 yılı ile karşılaştırıldığında, şiddetin yaygınlığının her iki gösterge temelinde ortalama olarak azaldığı görülmektedir. 2008 ve 2014 yılları kıyaslandığında fiziksel şiddet gördüğünü beyan eden kadınların oranı %39,3'ten %35,5'e; cinsel şiddete maruz kaldığını beyan eden kadınların oranı ise %15,3'ten, %12'ye gerilemiştir.

İkinci gösterge ise partneri dışındaki kişiler tarafından şiddete maruz kalma oranıdır. Türkiye'de ortalama 100 kadından 2008 yılında 18'i 2014 yılında ise 14,1'i partneri dışındakilerin fiziksel şiddetine, 100 kadından 3'ü partneri dışındaki kişilerin cinsel şiddetine maruz kaldığını belirtmektedir. 2008 yılında %3,6 olan bu oran 2014 yılında %3,1 seviyesine düşmüştür. (TUIK, Kadına Şiddet İstatistikleri)

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 10 2013-2014 yıllarında eski adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) tarafından yürütülmüş ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmiştir. (10) Bu araştırmaya göre;

-Ülke genelinde hayatının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36, son 12 ayda ise %8'dir. Başka bir ifadeyle, her 10 kadından yaklaşık dördü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. 2008 yılında yapılan araştırma sonucuna göre bu oran %39'dur.

-Türkiye genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları psikolojik şiddet %44, son 12 ayda ise %26'dır. Batı Anadolu ve Orta Anadolu bölgelerinde yaşayan kadınların yarısı, yaşamlarının herhangi bir döneminde psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. 2014 yılında gerçekleştirilen araştırma sonuçları 2008 araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

-Araştırmaya göre ekonomik şiddet biçimleri; kadının çalışmasına engel olma ya da işten ayrılmasına neden olma, ev harcamaları için para vermeme ile kadının gelirini elinden alma olarak tanımlanmıştır. Türkiye genelinde, bu davranışlardan en az birine, yaşamının herhangi bir döneminde maruz kalan kadınların oranı %30, son 12 ayda maruz kalan kadınların oranı ise %15'tir. Çalışmaya engel olma ya da bir işten ayrılmaya neden olma kadınlara yöneltilen ekonomik şiddet biçimleri arasında en fazla belirtilendir. Yaşamının herhangi

Tablo 180.1 Kadına Şiddet Konulu Ülkemizde Yapılan Çeşitli Araştırmalar

Araştırmanın adı	Örnek büyüklüğü	Kapsamı	Fiziksel şiddet sıklığı
Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları araştırması 1995	4287 hane	12 il	29.6 Kadın yanıtı 34.0 Erkek yanıtı
Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu araştırması 1995	1070 hane	Ankara İstanbul İzmir	21.2 Kadın yanıtı
Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet araştırması 1998	2578 hane	18 il	25.2 Kadın yanıtı
Türkiyede kadına yönelik şiddet araştırması 2007	1800 hane	56 il	35.0 Kadın yanıtı
Türkiyede kadına yönelik aile içi şiddet araştırması 2008	17168 hane 14854 kadın	51 il	39.0 Kadın yanıtı Son 12 ay %9.9
Türkiyede kadına yönelik aile içi şiddet 2014			35.5 Kadın yanıtı Son 12 ay %8

Kaynak: Türkiye Sağlık Raporu-2014

bir döneminde kadınların dörtte biri, son 12 ayda ise kadınların onda biri ekonomik şiddete maruz kalmıştır.⁽¹¹⁾

Tabloda kadına karşı uygulanan şiddet 1995 yılından 2007 yılına kadar artıyor gibi gözükmesine rağmen ülkemizde kadınların şiddete karşı tutumlarının değiştiği de dikkate alınmalıdır. Ülkemizde kırsal kentsel alanlarda şiddet algısında önemli farklar olduğu gibi doğu ve batı arasında da şiddet algısında farklılıklar mevcuttur. Bu tutum eğitim durumuna ve refah düzeyine göre de değişiklik göstermektedir. TNSA-2003'te fiziksel şiddet yaşanmasına ilişkin en az bir nedeni kabul eden kadınların oranı yüzde 39'dur. 2008'de fiziksel şiddet yaşanmasına ilişkin en az bir nedeni kabul eden kadınların oranı yüzde 25' (kırsal alanlarda yaşayan kadınların yüzde 36'sı belirtilen durumların en az biri için kadının eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalmasını doğrularken, bu oran kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda yüzde 21'e düşmektedir)'di; 2013'te bu oran yüzde 13'e (kırsal alanlarda yaşayan kadınların yüzde 24'ü belirtilen durumların en az biri için kadının eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalmasını doğrularken, bu oran kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda yüzde 11'e düşmektedir) geriledi.

2013 yılı verilerine göre, dünya çapında kadınların %35'i ya partnerinin (eşi veya birlikte yaşadığı kişi) fiziksel ve/veya cinsel şiddetine ya da partneri olmayan bir kişinin cinsel şiddetine maruz kalmaktadır. Ancak bazı ülke araştırmaları, kadınların %70'inin yaşamları boyunca partnerlerinden fiziksel ve/veya cinsel şiddet gördüklerini ortaya koymaktadır. Dünya çapında kadın cinayetlerinin %38'i kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişi ta-

rafından işlenmektedir. Eşi veya birlikte yaşadığı kişiler tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalan kadınlar birçok sağlık sorunu ile yüzyüze kalmaktadır. Örneğin, şiddete maruz kalan kadınlarda düşük doğum ağırlığına sahip bebeğe sahip olma oranı %16'dır. Şiddete maruz kalan kadınlar, kalmayanlara oranla neredeyse iki kat daha fazla kürtaj olmakta ve depresyona girmektedir.

2018 TNSA' da kadınların şiddete ilişkin tutumları sorulmuştur. Genel olarak %9'u (Kırsal alanlarda yaşayan kadınların yüzde 16'si belirtilen durumların en az biri için kadının eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalmasını doğrularken, bu oran kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda yüzde 7'ye düşmektedir. Bu durum doğu bölgesinde yaşayan kadınlarda %17 ve batı bölgesinde yaşayan kadınlarda ise %6) olmuştur. En az bir durumda erkeğin fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulmaktadır. Söz konusu durumlar arasında daha fazla kadın tarafında kadının çocuklarını ihmal etmesi ve kadının eşi ile tartışması durumunda erkeğin fiziksel şiddet uygulaması %4 ile %6 arasında doğru bulunurken, kadının yemeği yakması durumunda %1 erkeğin fiziksel şiddet uygulaması daha az kadın tarafından doğru bulunmuştur.

Yapılanlar

Türkiye, 1985 yılında "Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"ni (CEDAW), daha sonra 2014 yılında da kısa adıyla İstanbul Sözleşmesi olarak bilinen "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi"ni onaylayarak cinsiyet ayrımcılığının en

vahim tezahürü olan kadına karşı şiddetin ortadan kaldırılması ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik önemli bir irade göstermiştir. ⁽¹²⁾

2011 yılında ülkemiz tarafından imzalanan ve onaylanan 1 Ağustos 2014 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren İstanbul Sözleşmesi'nde ise kadına yönelik şiddet, "Bir insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik ayrımcılığın bir biçimi olarak anlaşılmaktadır ve ister kamusal ister özel alanda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan toplumsal cinsiyete dayalı her türlü eylem ve bu eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma anlamına gelir." biçiminde tanımlanmıştır.

Mevzuatta Türk Ceza Kanununda ve Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunda cinsiyet eşitliğinin sağlanması kapsamında kadına yönelik şiddetin ve istismarın önlenmesi konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi kapsamında çıkarılan en önemli mevzuat 2012 yılında yasalaşan 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanundur. Bu alandaki ilgili diğer mevzuat olarak Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri Hakkında Yönetmelik ve Kadın Konukevlerinin Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik sayılabilir.

2012 yılından beri şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına yönelik destek ve izleme hizmetlerini veren Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri (ŞÖNİM) sayısı 2019 yılı Mart ayı itibarıyla 79'a ulaşmıştır.

Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair 6284 Sayılı Kanun 2012 de yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile korunan kişi ile şiddet uygulayan ve uygulama ihtimali bulunan kişi hakkında alınabilecek koruyucu ve önleyici tedbirler ayrıntılı düzenlenmiştir. Korunan kişi hakkında; barınma yeri tespiti, geçici maddi yardım yapılması, psikolojik, mesleki, hukuki ve sosyal destek hizmetlerinin verilmesi, resen geçici koruma altına alınması ve kreş imkânından faydalandırılması sağlanmaktadır. Aciliyet arz eden durumlarda ise delil ve belge aranmaksızın ilgili kolluk amirlerince koruyucu tedbir kararı alınabilmektedir. 2014 yılında yapılan bir dizi değişiklik ile de cinsel suçlara ilişkin cezalar artırılmıştır

2014-2016 yılları arasında yürütülmüş olan, Aile İçi Şiddetle Mücadele İçin Kadın Konukevleri Pro-

jesi ile şiddet mağduru kadınlara sağlanacak destek hizmetlerinin geliştirilmesi yoluyla 26 ilde; kadına yönelik şiddetle mücadele çalışmalarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Proje kapsamında şiddete maruz kalan kadınlara hizmet veren birimlerin personeline yönelik eğitim programları düzenlenmiş ve verilecek hizmetlerde standartlaşmanın sağlanmasına ilişkin çalışmalar geliştirilmiştir.

Hedef 5.2 kapsamında Kalkınma Planlarında yer alan politikaların yanı sıra, kadına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla 2007-2010, 2012-2015, 2016-2020 dönemlerini kapsayan Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planları hazırlanmıştır. 2016-2020 Eylem Planı ile mevzuat düzenlemeleri, farkındalık yaratma ve zihniyet dönüşümü, koruyucu ve önleyici hizmet sunumu ve şiddet mağdurlarının güçlenmesi, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanması, kurumlar arası işbirliği ile politika olmak üzere 5 temel alanda iyileştirmeler hedeflenmiştir.

Yıllık Programlarda kadınların ekonomik ve sosyal yaşamda güçlenmeleri, fırsatlara eşit şekilde erişimleri ve bunun için bir izleme-değerlendirme mekanizması oluşturulması, iş ve aile yaşamının uyumlaştırılması için kurumsal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, cinsiyet eşitliğine duyarlı bütçeleme hazırlık çalışmalarının yapılması, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması bulgularına dayalı politika geliştirilmesi ve Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerinin (ŞÖNİM) sayısının artırılması ve niteliğinin geliştirilmesi gibi politikalara yer verilmiştir. ⁽¹³⁾

Eski adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı, şehit yakınları ile gaziler ve gazi yakınlarına yönelik hizmetler sunan "Alo 183 Sosyal Destek Hattı" şiddete uğrayan ya da uğrama riski taşıyan, destek ve yardıma ihtiyacı olan kadın ve çocuklar için psikolojik, hukuki ve ekonomik danışma hattı kurulmuştur.

Günümüzde şiddet mağduru kadın ve beraberindeki çocukların güvenli bir barınma yerine hızlı ve kolay erişimini sağlamak üzere kadın konukevlerinin sayı ve kapasiteleri artırılmakta, bunlardan hizmet alan farklı ihtiyaç gruplarına daha etkin hizmet sunumu amacıyla ihtisaslaşma çalışmaları konukevi 3.454 kapasite ile hizmet vermektedir. Kadın konukevi ihtisaslaşmasına yönelik modeller geliştirilmiş, hizmet standartları rehberi hazırlanarak pilot olarak Ankara'da uygulanmıştır. Bu uygulamaların ülke geneline yaygınlaştırılması çalışma-

larına devam edilmektedir.

İçişleri Bakanlığının yaptığı bir açıklamada 24 Mart 2018 tarihinde hayata geçirilen Kadın Acil Destek (KADES) uygulamasını 02.06.2020 tarihi itibarı ile indiren kişi sayısı 453 bin 12 olup 30 bin 601 kadın ihbarda bulunmuştur. Bu bildirimde bulunabilen kadınlar akıllı cep telefonu kullanabilen ve KADES uygulamasını yükleyebilen kadınlardır. Yani durum bu sayılardan çok daha büyüktür.

Kadına şiddet konusunda ülkemizde gelinen durum yeterli değildir. Kadın cinayetleri veya namus cinayetleri ile alakalı resmi kayıtlar tutulması ve bu verilerin medya veya başka yollarla toplumla paylaşılması bilinç durumunu yükseltecektir.

Kaynaklar

- 1) Nations U. The Elimination of Violence Against Women. 1993; (December):28–9.
- 2) CEDAW. Kadınlara Yönelik Şiddet-Anlaşmanın Belirli Madelerine Dair Yorumlar. Vol. 2. 1993.
- 3) BM. Birleşmiş milletler kadınlara karşı şiddetin tasfiye edilmesine dair bildiri. 1993;2–4.
- 4) WHO. Global and Regional Estimates of Violence Against Women. 2013.
- 5) Western D, Varley C. Preventing violence against women. RESPECT women Prev violence against women. 2019;99–114.
- 6) Gigliotti M, Schmidt-Traub G, Bastianoni S. The sustainable development goals. In: Encyclopedia of Ecology. 2018.
- 7) TBMM. Meclis Araştırması Komisyonu Raporu [Internet]. 2005. Available from: <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1140m.htm>
- 8) CEDAW. CEDAW 7. TÜRKİYE RAPORU [Internet]. 2014. Available from: <http://www.ceidizleme.org/ekutuphane/129>
- 9) Erdem M, Çan G. Türkiye Sağlık Raporu 2014. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. 2015.
- 10) Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de kadına yönelik şiddet araştırması. 2014.
- 11) Planı UE. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü [Internet]. 2016;104. Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf>
- 12) İHOP. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Etmek Kadınların İnsanlık Onuru ve Eşitliği İçin Mücadele Etmektir! [Internet]. 2019. Available from: <https://ihop.org.tr/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-etmek-insanlik-onuru-ve-esitligi-icin-mucadele-etmektir/>
- 13) Ari I, Yılmaz RF, Ustunisik B, Rahmanlar M, Altınsoy S, Yılmaz SA, et al. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019; Available from: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amac-lari-Değerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf

Üreme Sağlığı ve Haklarına Evrensel

> Erişim

181

ARŞ. GÖR. DR. GAMZE KETREZ • ARŞ. GÖR. DR. GÖKÇE HAZAR OTÇU

SKA 5

Cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınlar ile kız çocuklarını güçlendirmek

Hedef 5.6

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı, Pekin Eylem Platformu ve bunların gözden geçirme konferanslarının sonuç dokümanları çerçevesinde mutabık kalınan şekilde, cinsel ve üreme sağlığı ile üreme haklarına evrensel erişim sağlamak

Gösterge

- Gebelik önleyici uygulamaların kullanımı, cinsel ilişkileri ve üreme sağlığına ilişkin kendi bilinçli kararlarını veren 15-49 yaş kadınların oranı
- 15+ yaştaki kadın ve erkeklerin, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi ve eğitime tam ve eşit erişimini garanti eden kanun ve yönetmeliklere sahip olan ülkelerin sayısı

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı, Pekin Eylem Platformu ve bunların gözden geçirme konferanslarının sonuç dokümanları çerçevesinde mutabık kalınan şekilde, cinsel ve üreme sağlığı ile üreme haklarına evrensel erişim sağlamaktır.

Bu hedefe yönelik politika belgesi; Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı (2005-2015)'dir.

Hedef 5.6 kapsamında anne-çocuk ve üreme sağlığı ile cinsel sağlık haklarına erişime yönelik

politikalar Kalkınma Planları ile Yıllık Programlarda ele alınan konular arasındadır. Bunların yanı sıra Türkiye Üreme Sağlığı Programı (2003- 2007) ve Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı (2005-2015) temel politika dokümanı niteliği taşımaktadır.

Bu hedef kapsamında, Türk hukuk sistemi içinde, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin hukuki düzenlenmeler; uluslararası anlaşmalar ve Anayasa başta olmak üzere çeşitli kanun ve yönetmeliklerde yer almış ve hak ihlallerine karşı cezai hükümler getirilmiştir. Türkiye'nin taraf olduğu İnsan Hakları Bildirgesi uyarınca, üreme sağlığı hakkına ilişkin olarak tüm bireylerin çocuk sahibi olup olmamaya ve ne zaman çocuk sahibi olacağına karar verme hakkı güvence altına alınmış olup, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun uyarınca da paralel düzenlemeler iç hukukumuzda yer almaktadır. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği ile çocuk sahibi olamayan evli çiftlere bu konuda hizmet verecek kurumlar ve hizmetin nasıl verileceği düzenlenmiştir. Türk Ceza Kanunu da cinsel sağlık hakkına erişimin sağlanması hedefiyle bağlantılı olarak koruyucu hükümler getirerek, on beş yaşını doldurmamış veya doldurmuş olmasına rağmen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilecek her türlü cinsel davranışı suç olarak düzenlemiş ve çocukların cinsel sağlık haklarını güvence altına almıştır. Hedeften sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı, ilgili kurumlar ise Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır⁽¹⁾. Göstergeleri;

- Gebelik önleyici uygulamaların kullanımı, cinsel ilişki ve üreme sağlığına ilişkin kendi bilinçli kararlarını veren 15-49 yaş arası kadınların oranı,
- 15-49 yaş arası kadınlara cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi ve eğitime erişimi kanun ve yönetmeliklerle garanti eden ülkelerin sayısıdır.

Bu göstergelerin Türkiye'deki durumuna bakacak olursak;

Gebelik Önleyici Uygulamaların Kullanımı, Cinsel İlişki ve Üreme Sağlığına İlişkin Kendi Bilinçli Kararlarını Veren 15-49 Yaş Arası Kadınların Oranı

Gebelik önleyici yöntem kullanımı açısından, Türkiye'de 15-49 yaş grubundaki kadınların neredeyse tamamına yakını en az bir yöntemi bilmektedir. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan ka-

dınların %75'i bu kararı eşleri ile birlikte verdiğini, %22'si kararı çoğunlukla kendilerinin aldığını, %2'si kararı çoğunlukla eşlerinin verdiğini belirtmiştir⁽²⁾. 2003-2007 yılları arasında uygulanan Türkiye Üreme Sağlığı Programı ve 2005-2015 döneminde uygulanan Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı çerçevesinde bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin sivil toplum kuruluşları, özel sektör gibi çeşitli paydaşlarla işbirlikleri dâhilinde yaygınlaştırılması söz konusu olmuştur⁽¹⁾.

Ülkemizde 16 ve 17 yaşındaki kız çocuklarda resmi evliliklerin toplam evlilikler içindeki payı 2008 yılında yüzde 7,2 iken 2018 yılında yüzde 3,8'e düşmüştür. Erken yaşta evlenmenin en önemli sonucu erken yaşta doğurganlıktır. Yıllar itibarıyla 15-17 yaş arasındaki doğum oranları düşmekte olup, adölesan doğurganlık hızı 2012 yılında yüzde 0,31 iken 2018 yılında yüzde 0,19 olarak gerçekleşmiştir. Ulaşım açısından dezavantajlı kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınlar, mevsimlik tarım işçileri, mülteciler, uluslararası koruma altında olan veya bu statü için başvuran kadınlar gibi özel politika/

Tablo 181.1 Hedef 5.6.1'in Göstergesinin Yıllara Göre Dağılımı

Göstergeler	Birim	2015	2016	2017	2018
5.6.1 Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, cinsel ilişki ve üreme sağlığı konularında kendi bilinçli kararını veren 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı	%	-	-	-	49,8

Kaynak: TÜİK, Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018⁽⁷⁾

Tablo 181.2 Yıllara Göre 15-49 Yaş Kadın İzlemi, 2013-2019

Dönemler	TÜİK 15-49 Yaş Kadın Nüfusu	15-49 Kadın Sayısı (Birim Kayıtlı)	Modern Yöntem	Yöntem Kullanan	Modern Yöntemin Toplam İzlenenlere Oranı (%)	Toplam İzlenmiş	Modern Yöntemin Yöntem Kullananlara Oranı (%)	İzlenenlerin Nüfusa Oranı (%)
2013-1	20.379.735	19.118.023	1.918.844	2.624.776	25,4	7.542.324	73,1	39,4
2013-2	20.379.735	19.238.451	1.571.681	2.192.617	21,1	7.431.299	71,6	38,6
2014-1	20.522.489	19.296.951	1.089.305	1.520.285	14,3	7.602.544	71,6	39,4
2014-2	20.522.489	19.364.311	1.090.531	1.561.879	14,7	7.420.288	69,8	38,3
2015-1	20.640.443	19.470.163	3.025.244	4.149.490	37,4	8.078.653	72,9	41,4
2015-2	20.640.443	19.629.819	2.888.202	3.935.053	37,9	7.630.826	73,4	38,9
2016-1	20.886.741	19.798.567	2.839.846	3.827.830	39,0	7.289.774	74,0	36,8
2016-2	20.886.741	19.961.893	2.552.339	3.443.991	39,1	6.528.963	74,1	32,7
2017-1	20.886.741	19.871.692	1.517.143	2.131.750	19,8	7.658.918	71,2	38,5
2017-2	21.113.313	21.896.596	1.008.618	1.446.132	10,0	5.874.766	69,8	26,8
2018-1	21.331.734	21.931.359	1.406.345	2.028.920	22,2	7.896.479	69,3	36,0
2018-2	21.331.734	22.199.643	1.218.040	1.754.778	13,8	6.795.436	69,4	30,6
2019-1	21.331.734	22.045.630	1.262.335	1.824.320	28,1	6.963.498	69,2	31,6

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Ankara, 2019

hizmet gerektiren kadınların 15-49 yaş izlemleri, doğum öncesi bakım, sağlık kuruluşunda doğum ve doğum sonrası bakımları için “mobil sağlık hizmetleri” de dâhil verilen hizmet politikaları geliştirilecektir. Ayrıca, özel politika/hizmet gerektiren kadınların mobil sağlık hizmetlerine erişimine ilişkin olarak kanser taramaları hizmetleri yaygınlaştırılacaktır⁽³⁾.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen 15-49 Yaş Kadın İzlemi Programı 15-49 yaş “doğurganlık dönemi” gebelik ve doğumla ilgili istenmeyen sonuçların en fazla yaşandığı dönemdir. Bu nedenle 15-49 yaş kadın izlemleri hizmet sunumunda önem arz etmekte ve yılda 2 defa 6 ay ara ile izlenerek kadın sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. 15-49 yaş doğurganlık dönemindeki kadınlarda riskli durumların tespiti, gebelik öncesi danışmanlık verilmesi, iki yıldan sık ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, üreme sağlığı yöntemleri hakkında bilgi verilmesi amacıyla yılda 2 defa 6 ay ara ile izlem yapılmaktadır⁽⁴⁾.

TNSA 2018'e göre ülkemizde herhangi bir yöntem kullanım oranı % 69,8, modern yöntem kullanım oranı % 48,9'dur. Üreme sağlığı hizmetlerinde farkındalığı arttırmak için kadınlara verilen eğitimlerin yanı sıra erkek katılımını da arttırmak üzere;

- Askerlik görevini yapan er ve erbaşlara,
- Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda tüm öğrencilere,
- Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı birimlerde,
- Halk Eğitim Merkezleri'nde vatandaşlarımıza,
- Göçmen Sağlığı Merkezleri'nde de göçmenlere güvenli annelik, üreme sağlığı yöntem danışmanlığı, cinsel sağlık, ergen üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon konularında eğitim verilmektedir. 2019 yılında 50.435 seansta 631.210 kişiye eğitim verilmiştir⁽⁴⁾.

15-49 Yaş Arası Kadınlara Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Bilgi ve Eğitime Erişimi Kanun ve Yönetmeliklerle Garanti Eden Ülkelerin Sayısı

Ülkemiz 15-49 yaş arası kadın ve erkeklerin cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine ve eğitimine tam ve eşit erişimini kanun ve yasal düzenlemelerle ga-

ranti eden 107 ülkeden biridir. Hedef 5.6.2 nin anne sağlığı, kontrasepsiyon hizmetleri, üreme sağlığı eğitimleri ve HIV- HPV korunması hakkında dört alt başlığı vardır. Ülkemizin kürtaj işlemi için partner izni istenmeyip kararın kadınlara bırakılması, üreme sağlığı eğitimlerinin müfredata girmesi ve HPV aşısı açısından eksikleri vardır⁽⁵⁾.

Kadınlarda en sık görülen kanser ilk on kanserin birincisi %24,8 ile meme kanseri, 4. Uterus korpus kanseri 7. Over kanseri ve 9. Uterus servix kanseridir. Bu bilgilere dayanarak Sağlık Bakanlığı'nın kanser tarama programlarının hedef grubunda da olan bu yaş grubu kadınların farkındalığının artırılması olası kanserlerinin erken tanı ve tedavisinin sağlanması böylece kadınların cinsel ve üreme sağlığının korunması hedeflenmektedir. 2019 yılında 779.038 kadına meme kanseri taraması 1.042.357 kadına servix kanseri taraması yapılmıştır⁽⁴⁾.

Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığının asıl yürütücü olduğu kadının güçlenmesi 2018-2023 yılı Stratejik Planlarında ayrıca Onbirinci Kalkınma Planı da kadın sağlığı başlıklarının üzerinde durmaktadır. Bu amaçla üreme sağlığının geliştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hedeflenen izlemlerin yapılması gereklidir. TNSA 2018 de kadınların büyük çoğunluğu (%81) dört farklı kitle iletişim aracından (radyo, televizyon, internet, yazılı basın) aile planlamasıyla ilgili bir şey duymadığını belirtmiştir. Üreme Sağlığı hakkında doğru bilgiye erişimde karşılaşılan bu zorluk kişilerin gerçekliği olmayan kulaktan duyma sözlerle yanlış kararlar vermelerine sebep olabilmektedir. Bu da bize kadınların bilinçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığının artırılması için yapılması gereken çok şey olduğunu göstermektedir. Şu an 15-49 yaşları arasındaki kadınların bu dört kitle iletişim aracına olan erişim potansiyeli de göz önünde bulundurulacak olursa bu araçlar kullanılarak yapılabilecek eğitim faaliyetlerine önem verilmesi gerektiği görülmektedir. Böylelikle kişilerin yanıltıcı ve bilimsel gerçekliği olmayan bilgilerden etkilenmesi engellenebilecek, kişilerin kendi bedenleri ve sağlıkları hakkında daha bilinçli karar vermeleri sağlanabilecektir. Ayrıca geliştirilmesi gereken diğer noktalar da; erken yaşta ve zorla evlilikler bağlamında kadın ve kız çocuklarına yönelik uygulanmakta olan mevzuatın yeniden gözden geçirilmesi ve erken yaşta ve zorla evliliklerle ilgili bölgesel ve yerel düzeyde detaylı veri üretilmesi olarak görülmektedir.

Kaynaklar

- 1) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019.
- 2) TNSA, 2018 Değerlendirme Raporu, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2019.
- 3) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 'Ortak Hedefler için Sağlam Temeller', 2019.
- 4) TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Ankara, 2019.
- 5) UNFPA, Measuring SDG Target 5.6, 2020.

Güvenli ve Karşılabilir > İçme Suyu

182

UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 6

Herkes için erişilebilir su ve atıksu hizmetlerini ve sürdürülebilir su yönetimini güvence altına almak

Hedef 6.1

2030 yılına kadar herkes için güvenilir ve karşılanabilir içme suyuna evrensel ve adil erişim sağlamak

Güvenilir şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranı

Hedef 6.1 kapsamında 2030'a kadar herkes için güvenli ve uygun fiyatlı içme suyuna evrensel ve eşit erişimin sağlanması hedeflenmektedir. Sürdürülebilir kalkınma için 'güvenli şekilde yönetilen hizmetlere doğru ilerleme' amacı ile ilişkilidir⁽¹⁾.

Göstergesi, güvenilir şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranıdır. Bu gösterge, içme ve kullanma suyu şebekesi* ile hizmet verilen nüfusun toplam nüfusa oranını (%) ifade etmektedir. Bu hedefe ulaşma düzeyini belirlemede gelişmiş içme suyu kaynaklarına erişimi olan nüfus oranı kullanılmıştır. Hizmetlerin erişilebilirliği, kullanılabilirliği ve kalitesi hakkında yeni verilere ulaşmak amaçlanır. Geliştirilmiş su kaynakları arasında borulu su, sondaj kuyuları, korumalı kazma kuyuları, korumalı yaylar ve paketlenmiş veya teslim edilen su bulunur. Konut içinde erişilebilen, gerektiğinde temin edilebilen ve dışkı ve kimyasal kontaminasyon içermeyen gelişmiş bir kaynaktan elde edilen içme suyudur⁽²⁾.

İçme ve kullanma suyu şebekesi: İnsanların günlük faaliyetlerinde içme, yıkanma, temizlik ve

benzer ihtiyaçları için kullandıkları suyun dağıtımı için kullanılan borulu sistemdir.

Dünyada Durum

2020 küresel sürdürülebilir kalkınma raporuna göre 2017 yılında temel içme suyu hizmetleri kullanan nüfus oranı OECD üyesi ülkelerde %99.5, düşük gelirli ülkelerde 57.2, düşük-orta gelirli ülkelerde 88.5, yüksek orta gelirli ülkelerde 94.7, yüksek gelirli ülkelerde 99.5'dir⁽¹⁾.

DSÖ ve UNİCEF Ortak İzleme Programı 2017 güncellemesine göre⁽³⁾;

On kişiden sekizi (5.8 milyar), gerektiğinde su bulunan iyileştirilmiş kaynaklar kullanmıştır.

Dört kişiden üçü (5,4 milyar) konutlarda iyileştirilmiş kaynaklar kullanmıştır.

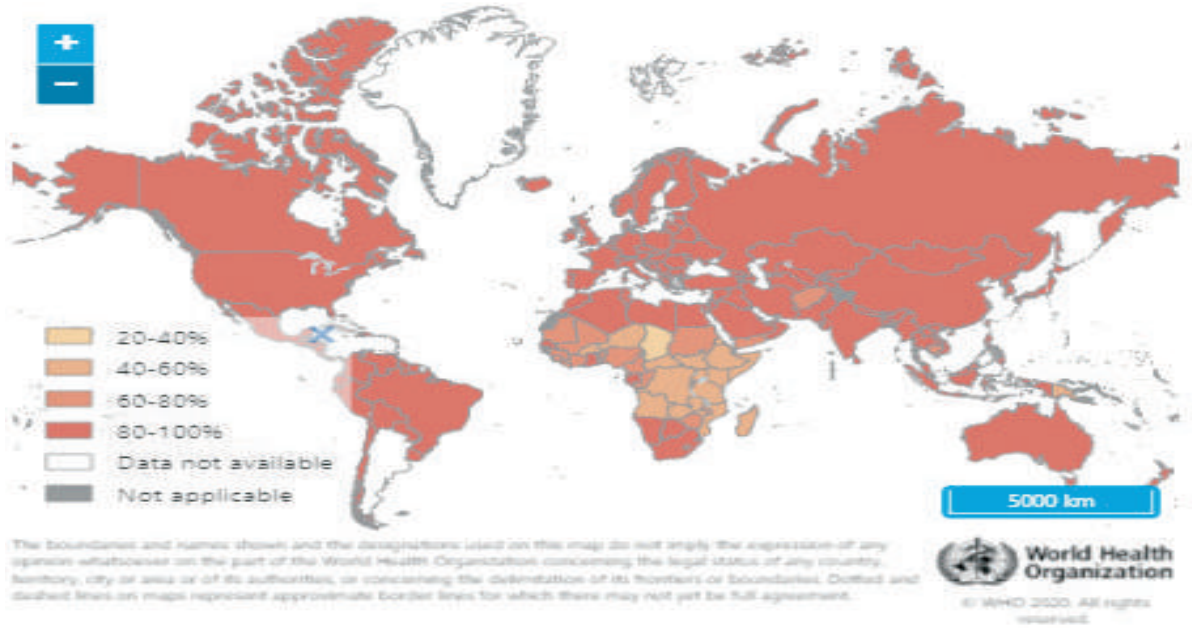
Dört kişiden üçü (5,4 milyar) kontamine olmamış kaynaklar kullanmıştır.

Dünya nüfusunun % 7,9'u (6,5 milyar kişi) en az bir temel hizmet yani su toplamak için 30 dakikalık gidiş-dönüş yolculuğunda iyileştirilmiş bir kaynak kullanmıştır.

844 milyon kişi hala temel bir içme suyu hizmetinden bile yoksundur.

263 milyon kişi, iyileştirilmiş bir kaynaktan (sınırlı içme suyu hizmeti) su toplamak için gidiş dönüş başına 30 dakikadan fazla zaman harcamıştır.

159 milyon kişi hala doğrudan yüzeyel su kaynaklarından içme suyu edinmiştir, bunların % 58'i Sahra altı Afrika'da yaşamaktadır⁽³⁾. Sahra-altı Afrika'da insanların % 58'i en azından temel suya erişebilmekte, ancak bunların yarısından azı güvenli bir şekilde yönetilen suya erişime sahiptir⁽⁴⁾.



Şekil 182.1 Temel içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranı, 2017⁽²⁾

Dünya nüfusunun % 71'i (5,2 milyar kişi) güvenli bir şekilde yönetilen yani konutlarda bulunan, gerektiğinde kullanılabilir ve kontamine olmamış içme suyu hizmeti kullanmıştır.

96 ülke için (küresel nüfusun % 35'i) ve sekiz SDG bölgesinin dördünde güvenli şekilde yönetilen içme suyu hizmetleri mevcuttur (Ulusal tahminler, verilerin nüfusun en az% 50'sine ulaşılan yerlerde yapılır. Nüfusun en az % 30'una ulaşılan yerlerde bölgesel ve küresel tahminler yapılır)

Güvenli şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini (1,9 milyar) kullanan her üç kişiden biri kırsal alanlarda yaşamaktadır⁽³⁾.

Türkiye'de Durum

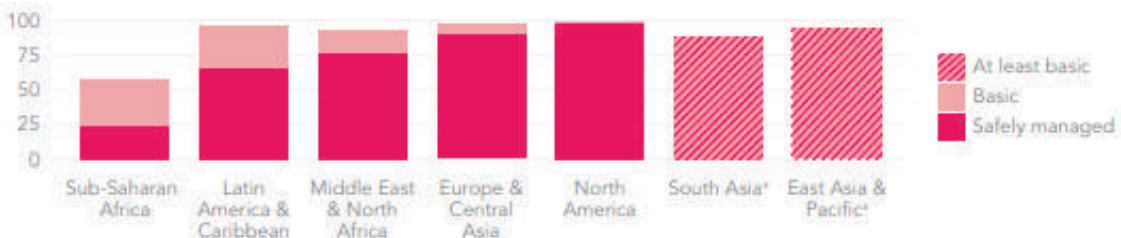
Hedef 6.1 ile ilgili sorumlu kurum Çevre ve Şehircilik Bakanlığı; ilgili kurumlar İçişleri Bakanlığı,

Tarım ve Orman Bakanlığı, DSİ Genel Müdürlüğü, İLBANK A.Ş. ve Türkiye Belediyeler Birliğidir.

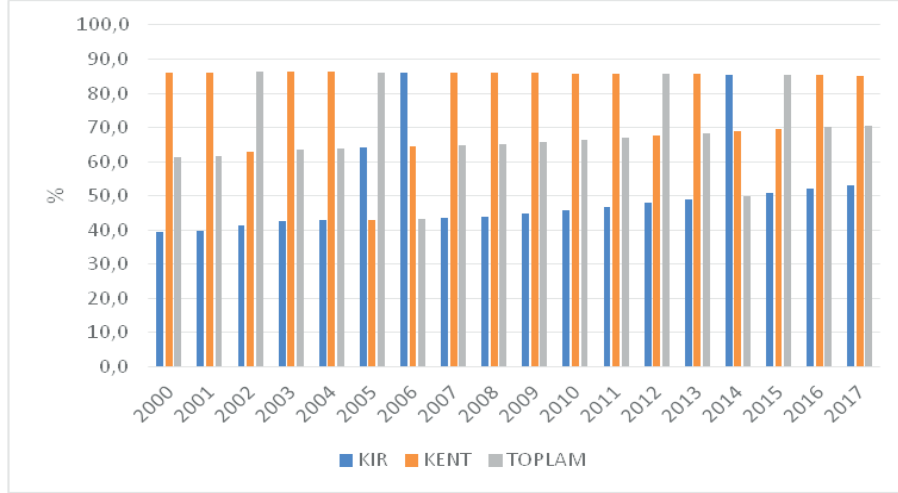
Hedef 6.1 ile ilgili yürürlükteki mevzuatta güvenilir ve erişilebilir içme suyunun teminine yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. 2014 yılında yürürlüğe giren İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerindeki Su Kayıplarının Kontrolü Yönetmeliği ile su kaynaklarının korunması ve verimliliğin artırılması doğrultusunda, içme-kullanma suyunun etkin kullanılması hedeflenmiştir.

Hedef 6.1 kapsamında 2000-2018 döneminde başta Tarım ve Orman Bakanlığı ve DSİ olmak üzere, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı ile İLBANK A.Ş. tarafından yürütülen projeler ile SUKAP ve KÖYDES gibi programlar mevcuttur⁽⁶⁾.

Türkiye'de temel içme suyu hizmetleri kullanan nüfus oranları 2000-2017 yılları arasında %89.3'den



Şekil 182.2 Temel ve Güvenli şekilde yönetilen içme suyuna erişim (%), 2015⁽⁴⁾



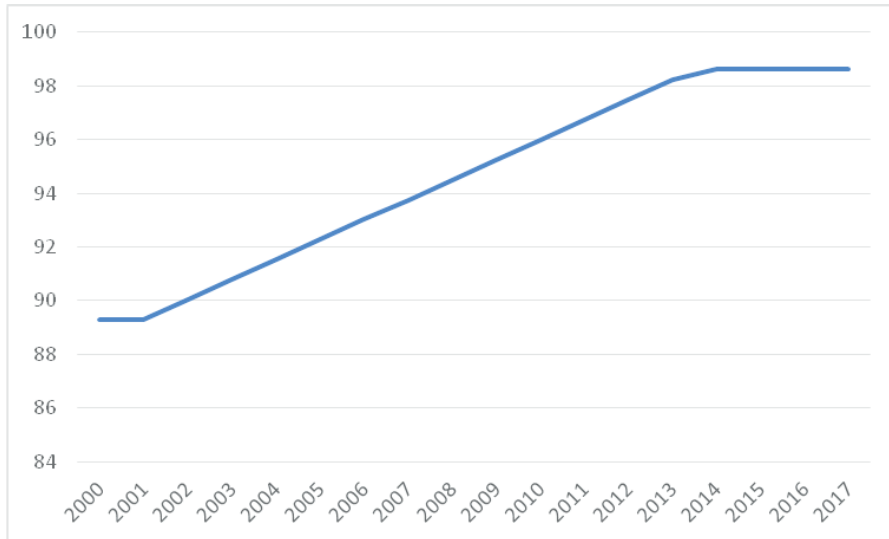
Şekil 182.3 Güvenli şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfus oranı (%)⁽⁵⁾

%98.62'ye yükselmiştir (5). 2020 küresel sürdürülebilir kalkınma raporuna göre Türkiye'de 2017 yılında temel içme suyu hizmetleri kullanan nüfus %98.9'dur⁽²⁾. T.C 2019 sürdürülebilir kalkınma raporuna göre, içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun toplam nüfusa oranında 2001 yılında %75 iken, 2016 yılında %92 seviyesine ulaşmıştır⁽⁶⁾.

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre Türkiye'deki hanehalklarının %98'i iyileştirilmiş içme suyu** kaynağına ulaşabilmektedir⁽⁸⁾.

- Kentteki hanelerin iyileştirilmiş su kaynağına ulaşma yaygınlığı kırdaki hanelere göre daha yüksektir (sırasıyla %98 ve %96).

- Türkiye'deki konutların yarısından çoğu (%53) evde şebeke suyu, %33'ü şişe suyu, %6'sı korunaklı kaynak suyu kullanmaktadır.
- Kentte en yaygın içme suyu kaynakları evde şebeke suyu (52) ve şişe suyudur (%40).
- Kırdaki hanelerde en yaygın içme suyu kaynakları evde şebeke suyu (58), korunaklı kaynak suyu (%14) ve sondaj veya borulu kuyu suyudur (%6).
- Hanelerin %94'ü evlerinde veya bahçelerinde su olduğunu beyan etmiştir. Kentsel alandaki konutların %95'inde, kırsal alandaki konutların %98'inde evde veya bahçede içme suyu bulunmaktadır.



Şekil 182.4 Temel İçme Suyu Hizmetleri Kullanan Nüfus Oranları (%)⁽⁷⁾

- Hanelerin %98'i suyu 30 dakika içerisinde alıp gelebilmektedir. Hanelerin %2'sinin suyu getirmeleri 30 dakikadan fazla zaman almaktadır.
- İyileştirilmiş su kaynağına ulaşım oranı 2008 TNSA'da %92 iken, 2018 TNSA'da %98'e yükselmiştir⁽⁸⁾.

***şebeke suyu, ortak şebeke suyu, umumi çeşme, sondaj, borulu kuyu suyu, korunaklı kuyu veya kaynak suyu, yağmur suyu, tanker/su istasyonu veya küçük tanker ile taşınan su, şişe suyu*

TÜİK'e göre güvenilir şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranı 2010 yılında %98,3 iken, 2018 yılında %98,6 olmuştur⁽⁹⁾.

Güvenilir şekilde yönetilen içme suyu hizmetlerini kullanan nüfusun oranının 2010-2018 yılları arasındaki değişimi grafikte gösterilmiştir.

Açıklanan bu veriler Türkiye'nin SDG 6 kapsamındaki amaç 6.1 için 2030 hedeflerine çok yakın olduğunu⁽¹⁰⁾. Ancak Türkiye'nin kış ve bahar yağış rejiminde meydana gelen değişimler su kaynaklarının miktarını oldukça etkilemektedir. Yeraltı ve yerüstü sularının varlığının devamı için bu dönemlerde meydana gelen yağışın miktarı ve şekli oldukça önemlidir. Özellikle kış yağışlarında meydana gelen azalmalar neticesinde su rezervlerinde azalma olabilmektedir⁽⁶⁾. 2016 yılında, içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen belediye

nüfusunun Türkiye nüfusu içindeki payı %92,2 olarak tespit edilmiştir⁽¹¹⁾. Belediyelerin en önemli ve en çok kullanılan su kaynağı barajlardır. Yağışlarda azalma meydana geldiği yıllarda belediyelerin içme ve kullanma amaçlı su kullanımı için barajlardan çekilen su oranında azalma, akarsu, göl ve göletlerden çekilen su oranında artma olabilmektedir⁽⁶⁾. 2016 yılında belediyeler tarafından içme ve kullanma suyu şebekesi ile dağıtılmak üzere çekilen suyun %44,8'i barajlardan, %26,8'i kuyulardan, %17,1'i kaynaklardan, %9,5'i akarsulardan ve %1,8'i göl, gölet veya denizlerden sağlanmıştır⁽¹¹⁾.

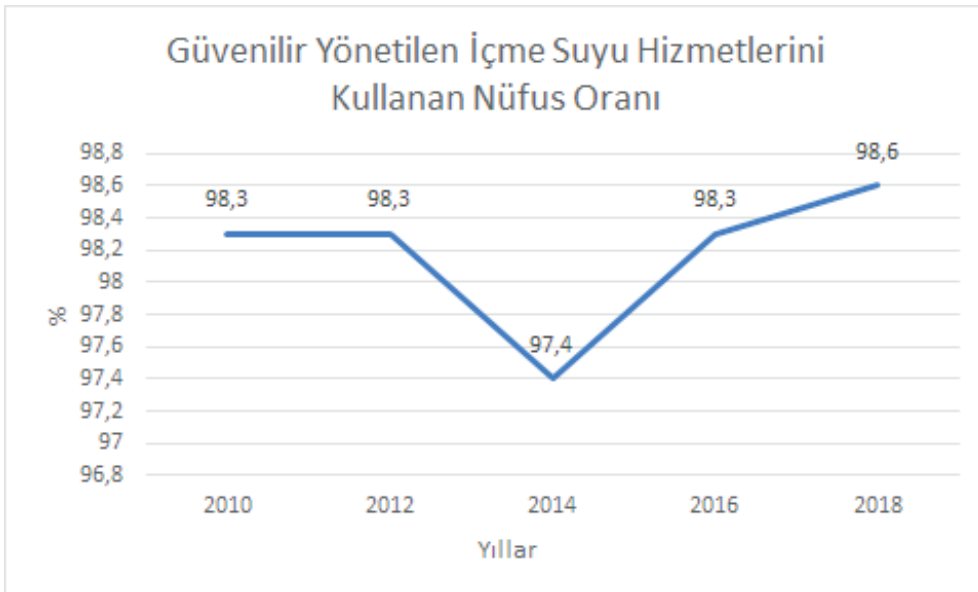
T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 11. kalkınma planında (2019-2023)⁽¹²⁾:

Kentsel dönüşüm uygulamaları ile Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) tarafından yüzde 89'u sosyal konut olmak üzere toplam 239 bin konut üretilmiştir. İçme suyu hizmetleri gibi kentsel altyapı yatırımlarına devam edilmiştir.

Turizm bölgelerindeki içme suyu altyapı yatırımları gerçekleştirilecektir.

Su kaynaklarının etkin kullanımı ve korunması amacıyla 25 havza için nehir havzası yönetim planları, sektörel su tahsis planları, havza master planları, kuraklık yönetim planları, taşkın yönetim planları, içme suyu havzaları koruma eylem planları tamamlanacaktır.

İçme suyu yatırım ve hizmetlerinin sağlanmasında DSİ'nin içme suyu proje finansmanının sür-



Şekil 182.5 Güvenilir Yönetilen İçme Suyu Hizmetlerini Kullanan Nüfus Oranı⁽⁹⁾

dürülebilir bir yapıya kavuşturulmasını teminen geri ödeme sistemi geliştirilecektir.

Köylerin mahalli müşterek nitelikli altyapı ve üst yapı ihtiyaçlarının giderilmesi için büyükşehir olmayan iller için KÖYDES kapsamında; büyükşehir belediyesi bulunan illerde köy ve beldeden mahalleye dönen yerleşim yerlerinde ise Büyükşehirlerin Kırsal Altyapısı Projesi (KIRDES) kapsamında köylerin ve beldelerin kaliteli ve erişilebilir içme suyu için finansal destek sağlanacaktır.

Köylerde 2018'de 64.700 olan içme suyu tesisi yapılan ve yenilenen ünite sayısı 2023'de 69.700'e çıkarılacaktır.

Köylerde 2018'de %98 olan içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen belediye nüfusunun toplam belediye nüfusuna oranı 2023'de %100 yapılacaktır.

Köylerde 2018'de 519 olan içme ve kullanma suyu arıtma tesisi sayısı 2023'de 690'a çıkarılacaktır⁽¹²⁾.

Kaynaklar

- 1) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2020, Cambridge Üniversitesi Yayınları (Sustainable Development Report 2020, Cambridge University Press.
- 2) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-6.1-drinking-water>

- 3) Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines, World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2017.
- 4) <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29788>. Erişim Tarihi: 26.07.2020
- 5) <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>
- 6) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- 7) http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24874&utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+tuikbulten+%28T%C3%9C%C4%B0K-Haber+B%C3%BCItenleri+%28Son+1+Ay%29%29.
- 8) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- 9) TÜİK, Sürdürülebilir kalkınma göstergeleri, 2010-2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>
- 10) https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a8caf3fa-en/1/2/2/34/index.html?itemId=/content/publication/a8caf3fa-en&_csp_=1c51c432b7a7683f5a0142ba189c0c39&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- 11) T.C. Şehir ve Çevrelik Bakanlığı, Çevresel Göstergeler. <http://cevreselgostergeler.csb.gov.tr/belediye-icme-ve-kullanma-suyu-kaynaklari-i-85745>.
- 12) http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/ON_BIRINCI_KALKINMA-PLANI_2019-2023.pdf

Açık Alanlarda Dışkılamamanın Sona Erdirilmesi, Sanitasyon ve Hijyene Erişimin Sağlanması

183

UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 6

Herkes için erişilebilir su ve atıksu hizmetlerini ve sürdürülebilir su yönetimini güvence altına almak

Hedef 6.2

2030 yılına kadar herkes için yeterli ve adil sanitasyon ve hijyene erişim sağlamak ve kadınların, kız çocuklarının ve kırılğan durumda olan kişilerin ihtiyaçlarına özel ilgi göstererek kamuya açık alanlarda dışkılamaya son vermek

Gösterge

Sabun ve su ile el yıkama imkanı dahil olmak üzere güvenilir şekilde yönetilen atıksu ve kanalizasyon hizmetlerini kullanan nüfusun oranı

2030'a kadar herkes için yeterli ve eşit sanitasyon ve hijyene erişim sağlamak ve kadınların, kız çocuklarının ve hassas kişilerin ihtiyaçlarına özellikle dikkat ederek kamuya açık alanlarda dışkılamaya son vermek amaçlanmaktadır. Hedef 6.2, sürdürülebilir kalkınma amaçlarından hem 'açık dışkılamamanın sona ermesi' amacı hem de 'güvenli şekilde yönetilen hizmetlere ilerleme' amacı ile ilişkilidir⁽¹⁾.

Hedef 6.2'nin göstergeleri:

- Açık dışkılama yapan nüfus oranı
- Güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetlerini kullanan nüfus oranı
- Konutlarda sabun ve su ile el yıkama için temel olanaklara ulaşan nüfus oranı

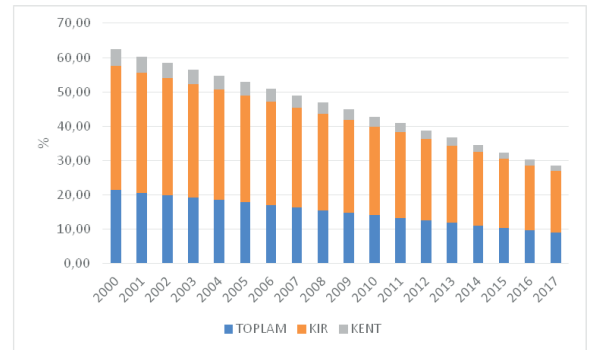
Başka bir deyişle sabun ve su ile el yıkama imkanı dahil olmak üzere güvenilir şekilde yönetilen atıksu ve kanalizasyon hizmetlerini kullanan nüfusun oranıdır. Yaşadığı konutta ev içinde tuvalet ve borulu su sistemi bulunan nüfusun oranını ifade etmektedir⁽¹⁾.

Gösterge 1: Açık Dışkılama Yapan Nüfus Oranı

Dünyada Durum

Dünya genelinde açık dışkılama yapan nüfus oranı kırsal bölgelerde daha fazladır (**Şekil 183.1**).

2017 yılında 673 milyon kişi hiçbir sanitasyon hizmeti kullanmamış ve açık dışkılama yapmaya devam etmiştir⁽³⁾. Dünya genelinde Hindistan en fazla oranda açık dışkılama yapan ülkedir (**Şekil 183.2**).



Şekil 183.1 Dünya Genelinde Açık Dışkılama Yapan Nüfus Oranı⁽²⁾

Türkiye'de Durum

Türkiye'de açık dışkılama yapan nüfus oranı kırsal bölgelerde daha fazladır ve zaman içinde dünya genelinde görülen azalma sağlanamamıştır (Şekil 183.3).

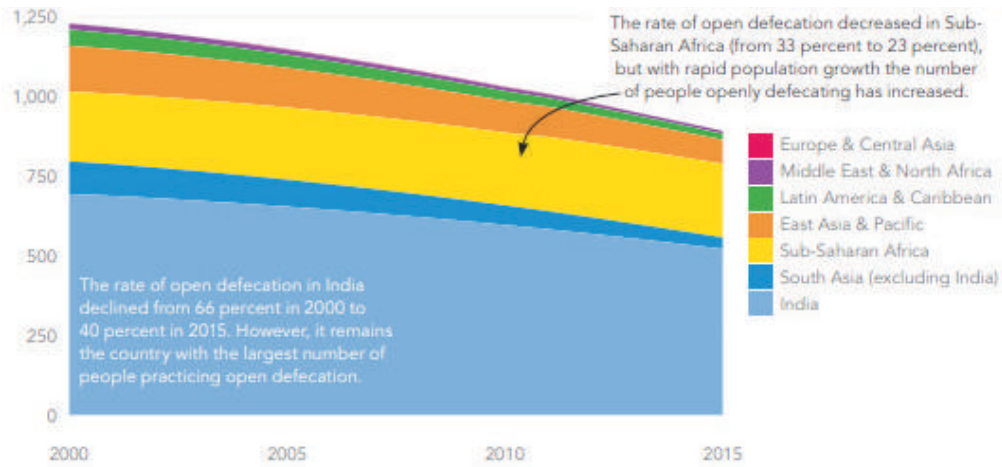
Yaşadığı konutta ev içinde tuvalete sahip nüfusun oranı: 2010 yılında %87.3, 2011 yılında %91.0, 2012 yılında %90.8, 2013 yılında %91.2, 2014 yılında %92.4, 2015 yılında %93.5, 2016 yılında %94.8, 2017 yılında %95.4, 2018 yılında %95.7'dir⁽³⁾ (Şekil 183.4).

DSÖ'ne göre Türkiye'de 2000-2003 yılları arasında Türkiye'de açık dışkılama yapan nüfus oranı her yıl için %1'dir ve bu oran kırsal bölgeye aittir. 2004-2017 yılları arasında ise her yıl için %1'in altındadır ve bu oran kırsal bölgeye aittir⁽⁵⁾.

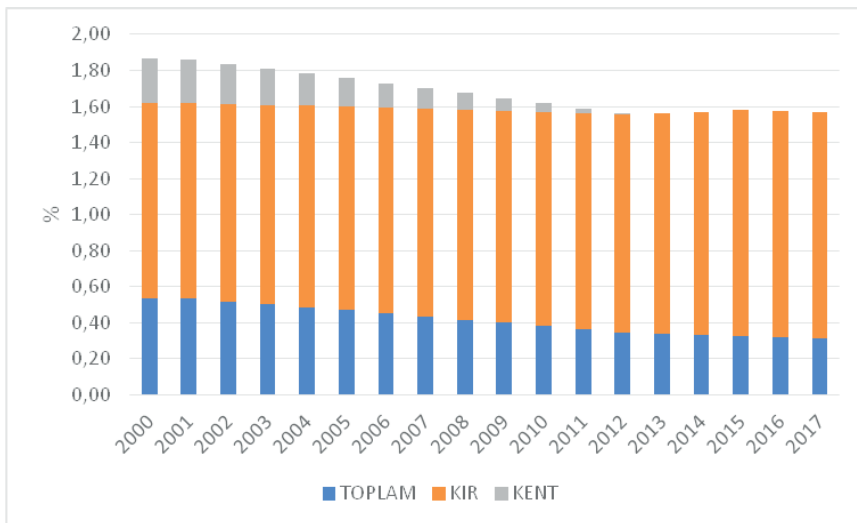
Gösterge 2: Güvenli Şekilde Yönetilen Sanitasyon Hizmetlerini Kullanan Nüfus Oranı

Dünyada Durum

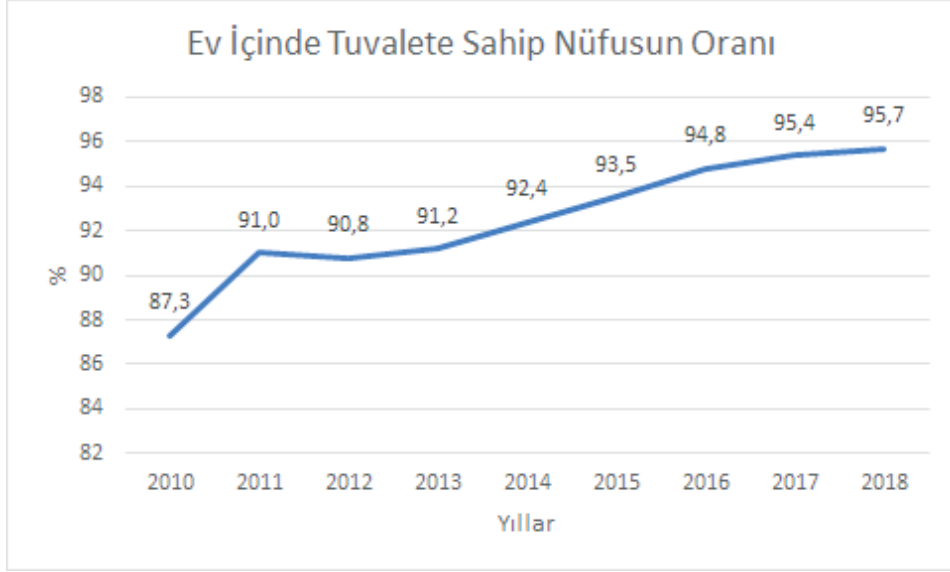
2000-2017 yılları arasında temel sanitasyon hizmetlerini kullanan nüfus her yıl 2 milyardan fazla veya %1.02 artmıştır. Kent-kır farklılıkları devam etmektedir: Temel sanitasyon hizmetlerini kullanmayan 10 kişiden 7'si kırsal alanlarda yaşamaktadır. 2017 yılında küresel nüfusun % 45'i (3.4 milyar kişi) güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmeti (dışkının güvenli şekilde bertaraf edildiği, payla-



Şekil 183.2 Bölgelere Göre Açık Dışkılama Yapan Nüfus Oranı⁽²⁾



Şekil 183.3 Açık Dışkılama Yapan Nüfus Oranı, Türkiye⁽²⁾



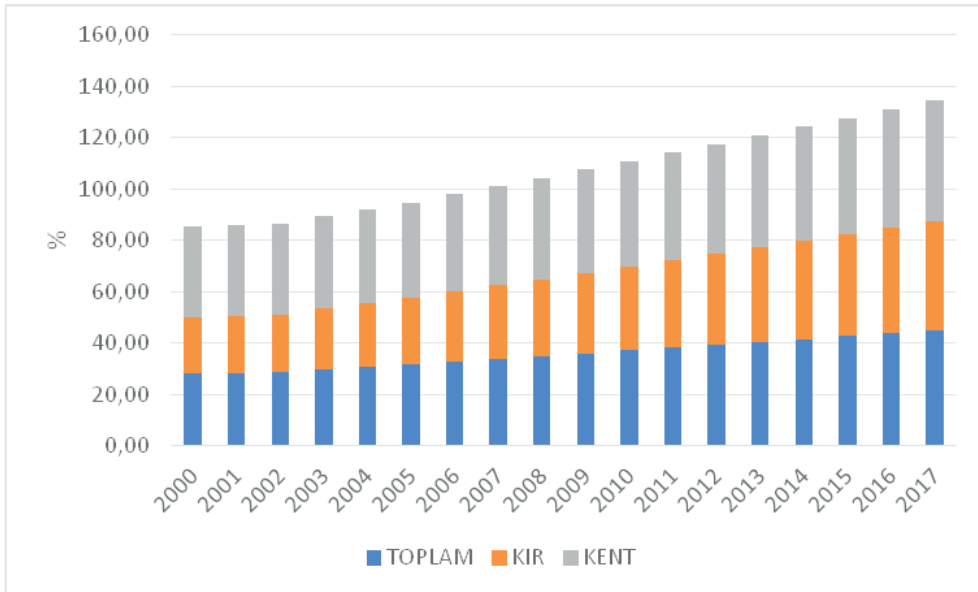
Şekil 183.4 Ev İçinde Tuvalete Sahip Nüfusun Oranı, Türkiye⁽⁴⁾

şılmayan bir tuvalet) kullanmıştır. İki milyar insan, diğer hanelerle paylaşılan basit sanitasyon hizmeti kullanmıştır⁽⁶⁾.

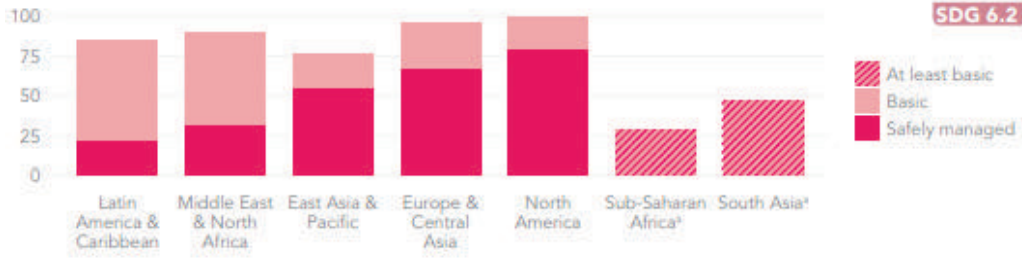
2020 sürdürülebilir kalkınma raporuna göre 2017 yılında temel sanitasyon hizmetleri kullanan nüfus oranı OECD üyesi ülkelerde %98.5, düşük gelirli ülkelerde %30.0, düşük-orta gelirli ülkelerde %60.8, yüksek orta gelirli ülkelerde %87.3, yüksek gelirli ülkelerde %99.4'dür⁽⁷⁾. Temel sanitasyon hiz-

metlerini en az kullanma oranı düşük gelirli ülkelerdedir (**Şekil 183.5**).

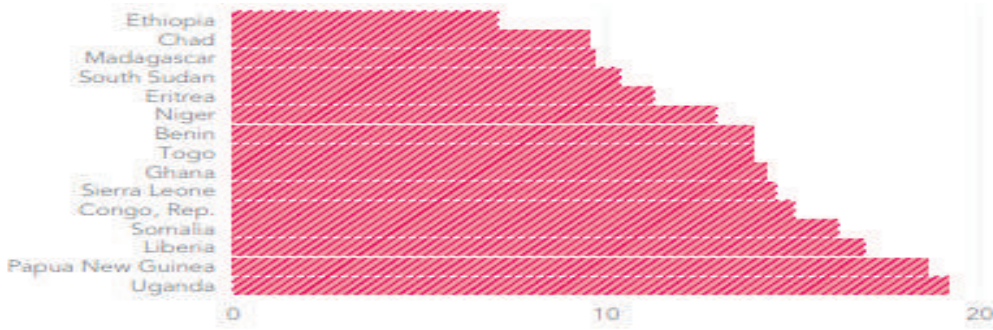
Latin Amerika ve Karayipler'de insanların yüzde 86'sı temel sanitasyona erişebilmekte, ancak bunların sadece dörtte biri güvenli bir şekilde yönetilen sanitasyona erişebilmektedir. Özellikle Sahra altı Afrika gibi birçok ülkenin erişim oranları çok düşüktür⁽⁷⁾(**Şekil 183.6, 183.7**).



Şekil 183.5 Güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetlerini kullanan nüfus oranı⁽²⁾



Şekil 183.6 Bölgelere göre Temel ve Güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetlerine erişim (%), 2015⁽⁷⁾

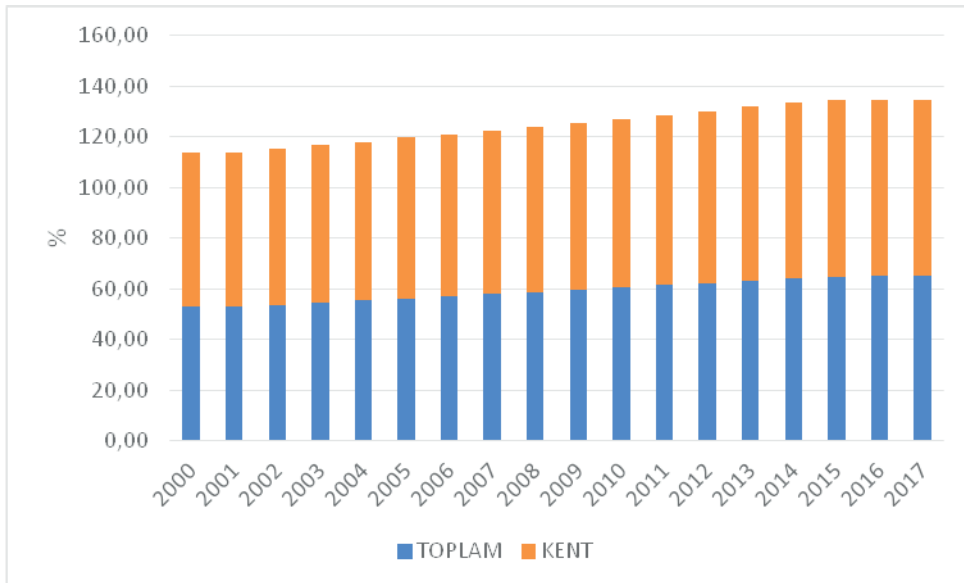


Şekil 183.7 Ülkelere göre Temel sanitasyon hizmetlerine erişim (%), 2015⁽⁷⁾

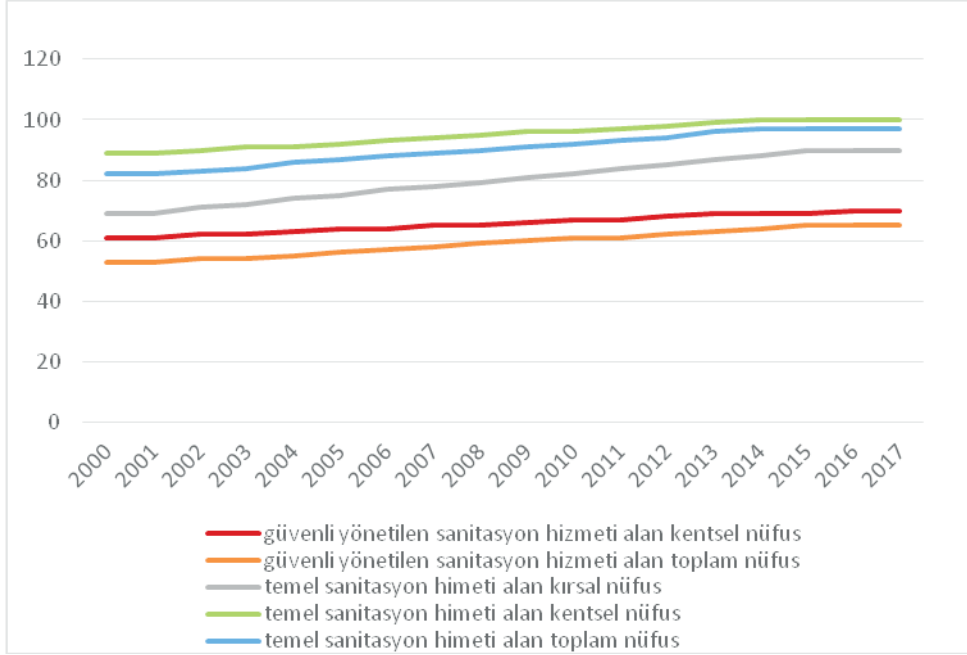
Türkiye'de Durum (Şekil 183.8, 183.9)

Türkiye'de 2017 yılında temel sanitasyon hizmetleri kullanan nüfus % 97.3 ve kentsel bölgede kırsal bölgeden daha fazladır⁽⁶⁾.

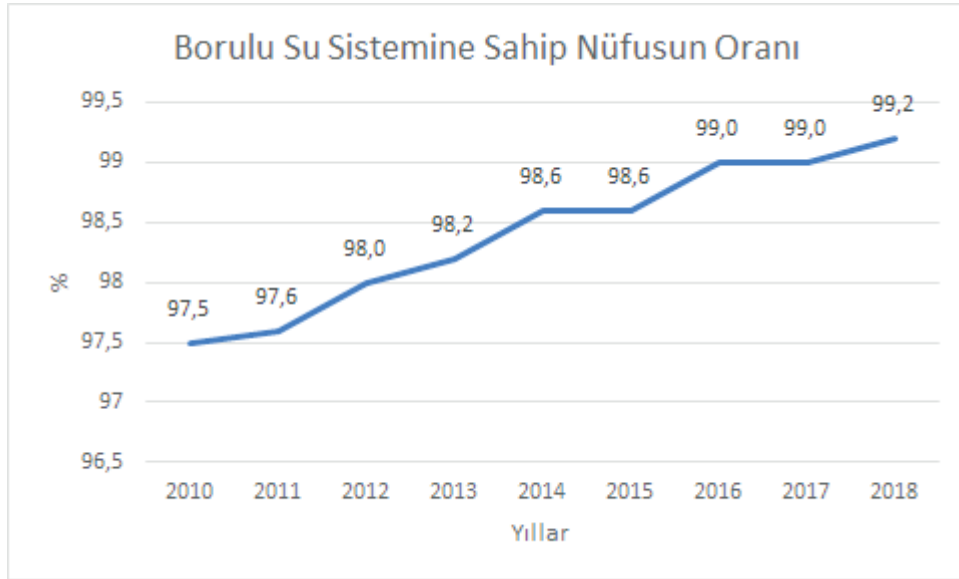
Yaşadığı konutta ev içinde borulu su sistemine sahip nüfusun oranı: 2010 yılında %97.5, 2011 yılında %97.6, 2012 yılında %98.0, 2013 yılında %98.2, 2014 yılında %98.6, 2015 yılında %98.6, 2016 yılında %99.0, 2017 yılında %99.0, 2018 yılında %99.2'dir⁽⁴⁾ (Şekil 183.10).



Şekil 166.8 Güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetlerini kullanan nüfus oranı, Türkiye⁽²⁾



Şekil 166.9 Temel sanitasyon ve güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetleri alan nüfus (%), Türkiye⁽⁵⁾



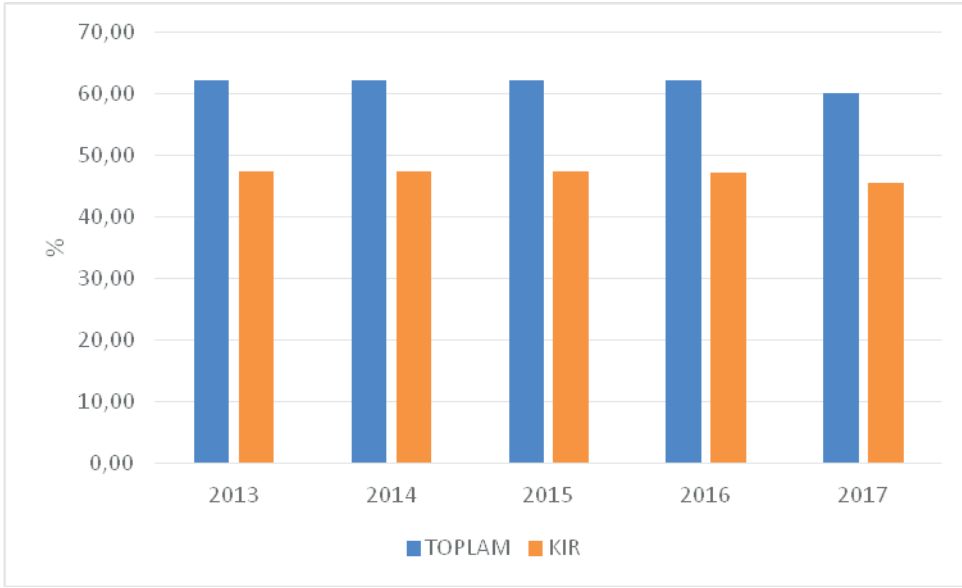
Şekil 166.10 Borulu Su Sistemine Sahip Nüfusun Oranı, Türkiye⁽⁴⁾

Gösterge 3: Konutta Sabun ve Su ile El Yıkama İçin Temel Olanaklara Ulaşan Nüfus Oranı

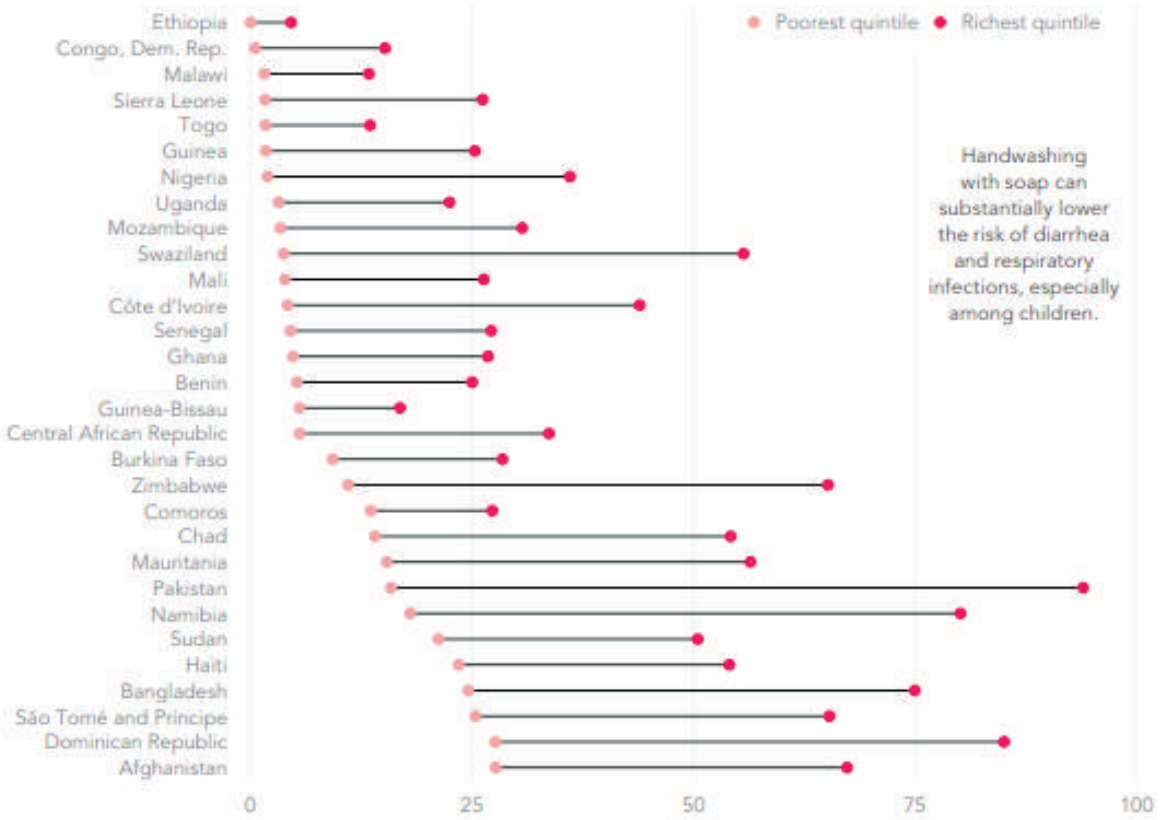
Dünyada Durum (Şekil 183.11, 183.12)

Türkiye'de Durum

Hedef 6.2 ile ilgili sorumlu kurum Çevre ve Şehircilik Bakanlığı; ilgili kurumlar İçişleri Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, İLBANK A.Ş. ve Türkiye Belediyeler Birliğidir. Hedef 6.2'ye ilişkin mevzuat-



Şekil 166.11 Konutta sabun ve su ile el yıkama için temel olanaklara ulaşan nüfus oranı ⁽²⁾



Şekil 166.12 Konutlarda sabun ve su ile el yıkama temel olanaklara erişim, 2010-14 ⁽⁷⁾

ta atıksu hizmetlerine erişime yönelik ve açık alanlarda dışkılama ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır⁽⁸⁾.

Hedef 6.2 ile ilgili politika dokümanları Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017), İlbank A.Ş. Stratejik Planı (2015-2019) 'dur.

Hedef 6.2 kapsamında 2000-2018 döneminde başta Tarım ve Orman Bakanlığı ve DSİ olmak üzere, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı ile İLBANK A.Ş. tarafından yürütülen projeler ile SUKAP ve KÖYDES gibi programlarla içme ve kullanma suyu, atıksu ve kanalizasyon hizmeti verilen nüfusun oranı artırılmıştır. Güvenilir şekilde yönetilen atıksu ve kanalizasyon hizmetlerini kullanan nüfusun toplam nüfusa oranı 2001'de %63 iken, 2016'da %84'e ulaşmıştır⁽⁸⁾.

Kaynaklar

- 1) Messerli, P. Et al. (2019). Global Sustainable Development Report 2019: The Future Is Now—Science for Achieving Sustainable Development.
- 2) <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> Accessed July 13, 2020.
- 3) <http://www.surdurulebilir-kalkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergeleri-2010-2018-yayinlandi/> Accessed July 13, 2020. TÜİK, Sürdürülebilir kalkınma göstergeleri, 2010-2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>. Accessed July 13, 2020.
- 4) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/exposure--basic-and-safely-managed-sanitation-services>. Accessed July 13, 2020.
- 5) Sustainable Development Report 2020, Cambridge University Press.
- 6) <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29788> Accessed July 13, 2020.
- 7) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- 8) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-6.2-sanitation-and-hygiene>. Accessed July 13, 2020.

Su Kalitesi, Atık Su Yönetimi ve Güvenli Yeniden Kullanımın İyileştirilmesi

184

ARŞ. GÖR. DR. NURDAN FİLİS ÖZBAY • ARŞ. GÖR. DR. ATALAY AKTUNA

SKA 6

Herkes için erişilebilir su ve atıksu hizmetlerini ve sürdürülebilir su yönetimini güvence altına almak

Hedef 6.3

2030 yılına kadar, dünya genelinde kirliliği azaltmak, düzensiz çöp depolamayı ortadan kaldırmak, tehlikeli kimyasalların ve maddelerin salınımını asgariye indirmek, arıtılmamış atık su oranını yarıya indirmek, geri dönüşümü ve güvenli tekrar yeniden kullanımı dünya çapında büyük ölçüde artırmak suretiyle su kalitesini yükseltmek

Göstergeler

- Güvenilir şekilde arıtılmış atıksu oranı
- İyi su kalitesi çevresine sahip su alanlarının oranı

Su temel yaşam kaynağımızı oluşturmaktadır. Dünya genelinde ülkelerin yaklaşık üçte birinde orta veya yüksek düzeyde su stresi vardır. Bu seviyeler, en azından yılın bazı bölümlerinde tatlı su tedarikinde ciddi zorluklara işaret etmektedir. Yüksek su stresi kaydeden ülkelerin büyük çoğunluğu Kuzey Afrika, Batı Asya, Orta ve Güney Asya'da bulunmaktadır⁽¹⁾.

Giderek artan dünya nüfusu, buna paralel olarak çeşitli sektörlerde artan su talebi ve iklim değişikliği su kaynaklarının azalmasındaki başlıca nedenler olarak gösterilebilir. İklim değişikliği Türkiye'nin de içinde bulunduğu coğrafya için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Dünya Bankası tarafın-

dan yayımlanan rapora göre yapılan bir araştırmada, Türkiye'nin Avrupa ve Orta Asya bölgesindeki ekstrem iklim olaylarına 21. yüzyılın sonlarına doğru en fazla maruz kalacak üçüncü ülke olacağı belirtilmektedir⁽²⁾. Sıcaklığın artmasıyla yağışların tüm mevsimlerde azalması, sel ve fırtına gibi doğal afetlerin sayısının artması yeraltı su seviyeleri ve sulak alanları olumsuz etkilemektedir. 2019 yılında Türkiye'deki 13 havza normallerinin altında yağış almıştır⁽³⁾.

Sürdürülebilir kalkınma amaçları 6.3; 2030 yılına kadar, dünya genelinde kirliliği azaltmak, düzensiz çöp depolamayı ortadan kaldırmak, tehlikeli kimyasalların ve maddelerin salınımını asgariye indirmek, arıtılmamış atık su oranını yarıya indirmek, geri dönüşümü ve güvenli tekrar yeniden kullanımı dünya çapında büyük ölçüde artırmak suretiyle su kalitesini yükseltmek olarak açıklanmıştır. Amaç 6.32'te iki gösterge yer almaktadır.

Arıtılmamış atık su oranının yarıya indirilmesi ve 2030 yılına kadar küresel olarak geri dönüşüm ve güvenli yeniden kullanımın önemli ölçüde artırılması

Güvenli olmayan içme suyu, sanitasyon ve el hijyeni eksikliği; 2016 yılında, ishal nedeniyle ölen 5 yaşın altındaki yaklaşık 300.000 çocuk da dahil olmak üzere 1.2 milyon ölümün nedeni olarak belirtilmektedir⁽⁴⁾.

Amaç 6.3 kapsamında arıtılmamış atık su oranını yarıya indirme hedefi olmasına rağmen, 2017 yılında dünya genelinde nüfusun %55 i halen güvenli sanitasyon hizmetlerine erişememektedir.

DSÖ 2020 raporuna göre kırsal alanda yaşayan nüfusun ise %70'i ise temel sanitasyon hizmetlerine erişememektedir⁽⁴⁾. 2019 yılında yayınlanan sürdürülebilir kalkınma raporuna göre; dünya genelinde kentsel atık suların %48.8'i arıtılmaktadır⁽⁵⁾.

Birleşmiş Milletler istatistikleri 2018 yılı verilerine göre evsel atık su arıtımı, çeşitli ülkelerde % 0.7 ile %100 arasında değişmektedir. Evsel atık suların tamamını arıtan ülkelere örnek Monako, Andorra, Kuveyt, Singapur verilebilir. Türkiye'de ise oran %35.03 olarak belirtilmiştir⁽⁶⁾ (Şekil 184.1).

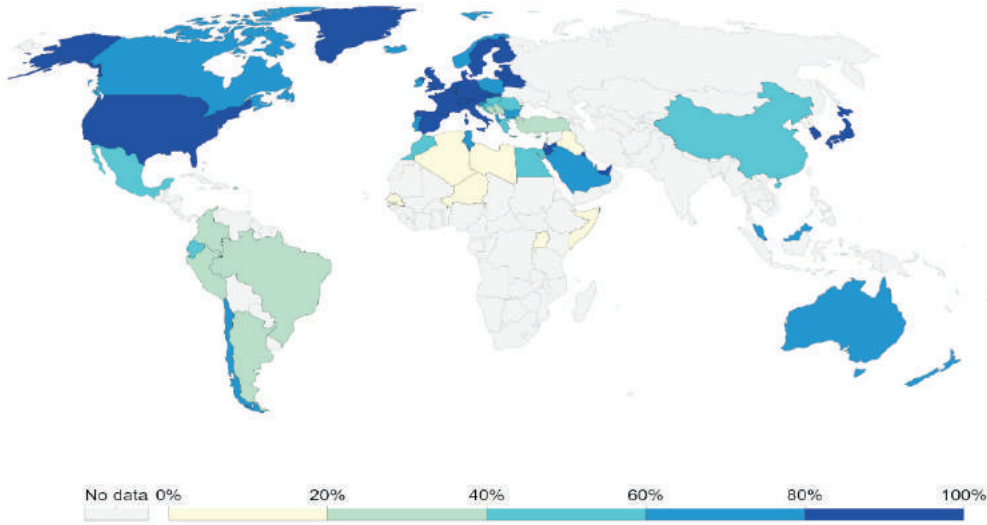
OECD Çevresel Performans İncelemeleri Türkiye 2019 Raporuna göre; kentsel atık su yönetimi açısından Türkiye OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır. TÜİK 2018 verilerine göre evsel

atık suların %14'ü arıtılmadan deşarj edilmekte, sanayi atık sularının %38'i herhangi bir su kaynağına bırakılmadan önce arıtılmamaktadır⁽⁷⁾ (Şekil 184.2).

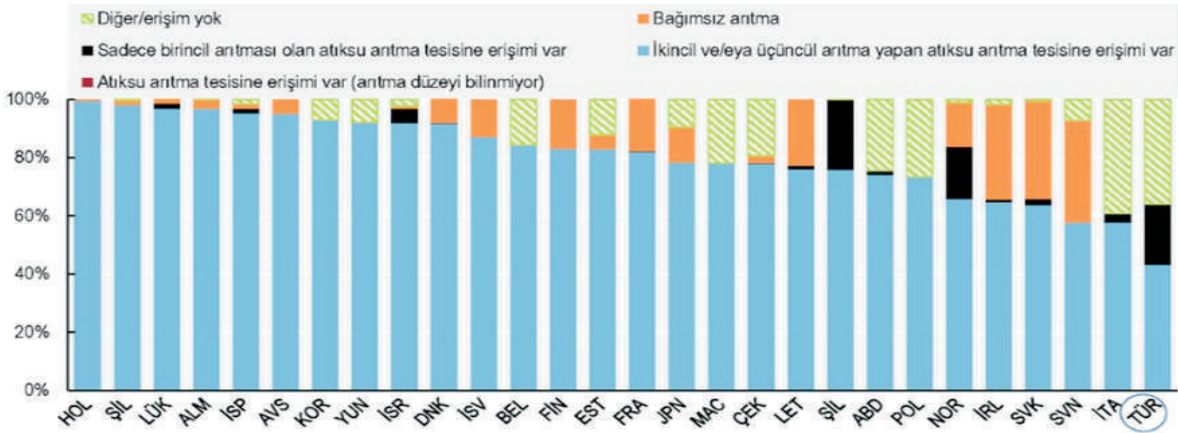
"Ortak Hedefler için Sağlam Temeller" Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözden Geçirme 2019 Raporunda güvenilir şekilde arıtılmış atık su oranı 2010 yılında %72.8 iken 2016 yılında %80.7 olarak bildirilmiştir⁽⁸⁾.

TÜİK verilerine göre güvenilir şekilde arıtılmış atık su oranı 2010 yılında %72.8, 2012 yılında %76, 2014 yılında %76.9, 2016 yılında %80.6 ve 2018 yılında %80.9 olarak bildirilmektedir.

2019 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme raporunda; atık su ve kanalizasyon hizmetlerini kullanan belediye nüfus oranı 2002 yılın-



Şekil 184.1 Güvenli Arıtılmış Evsel Atık Su Oranları, 2018⁽⁶⁾



Not: 2016 veya en son yıl, Türkiye ile ilgili veriler, 2014 yılına aittir.

Kaynak: OECD (2018), "Su: Atıksu Arıtımı", OECD Çevre İstatistikleri (veritabanı).

Şekil 184.2 OECD Ülkelerinin Atık Su Arıtımına Erişim Durumları⁽⁷⁾

da %83'ten 2018 yılında %90'a; evsel atık su arıtma tesisi sayısı 126'dan 881'e; atık su arıtma tesisiyle hizmet verilen belediye nüfus oranı ise %35'ten, %75 seviyesine yükseldiği belirtilmiştir⁽⁹⁾.

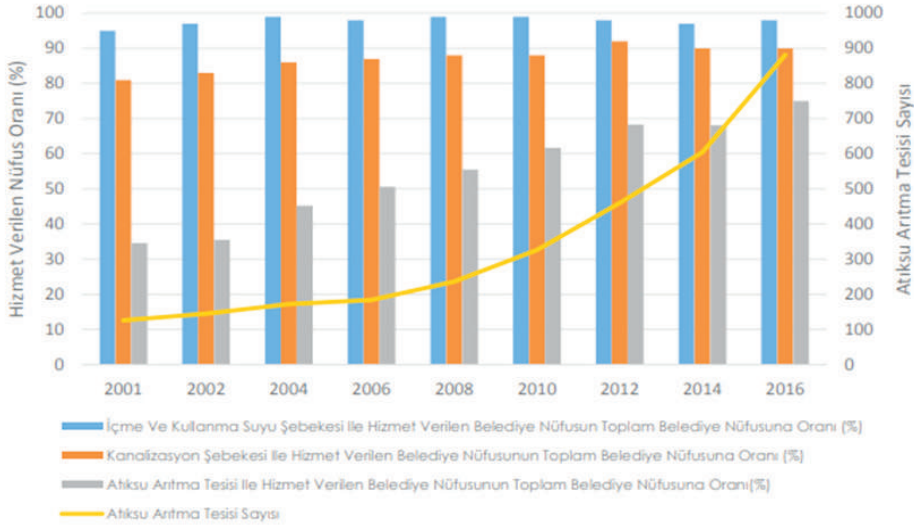
Türkiye'de içme suyu ve atık su hizmeti verilen nüfusun toplam belediye nüfusuna oranları aşağıdaki grafikte gösterilmiştir⁽⁹⁾ (Şekil 184.3).

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı 2014-2023 dönemi için hazırladığı eylem planında tüm belediyelerin 2023 yılına kadar atık su arıtma tesislerine sahip olmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Ancak Türkiye'de atık suların çok küçük bir kısmı ileri düzey yöntemlerle arıtılmaktadır⁽⁷⁾ (Şekil 184.4).

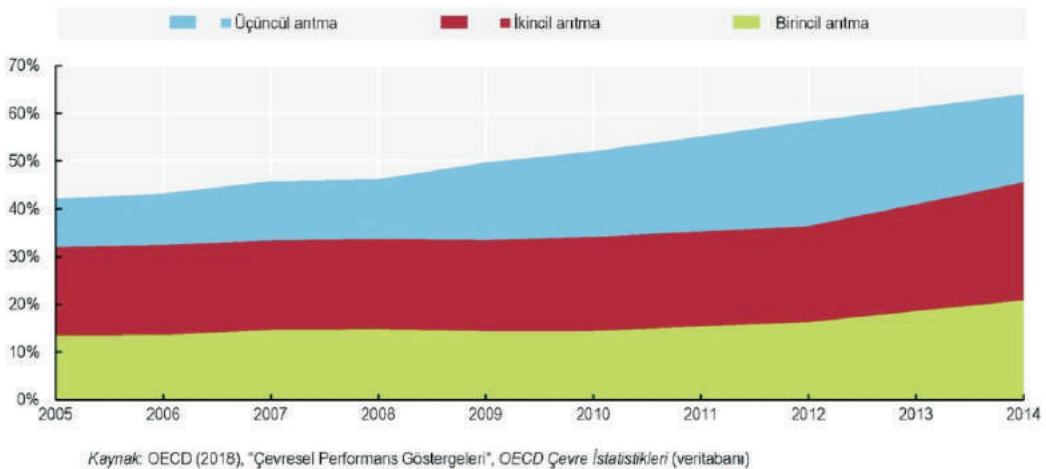
Türkiye su zengini bir ülke değildir ve su kaynakları ülke genelinde eşit dağılmamaktadır. Bu

nedenle su kaynaklarının etkin şekilde yönetimi büyük önem arz etmektedir⁽⁷⁾ (Şekil 184.5).

Son yıllarda, atık suların su ve besin içeriği dolayısıyla geri kazanımı ve hatta potansiyel bir enerji kaynağı olarak değerlendirilmesi gündeme gelmiş, atık su artık sadece bertaraf edilmesi gereken bir "atık" olarak görülmemeye başlanmıştır⁽¹⁰⁾. Atık suların yeniden kullanımı ve çamur çürütme yöntemiyle biyogaz üretimi gibi uygulamaların Türkiye'de yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ülke genelinde yeterli arıtma düzeyine erişmek, altyapıyı yenilemek ve değişen iklime uyum sağlamak için çalışmalar yürütülmelidir⁽⁷⁾.

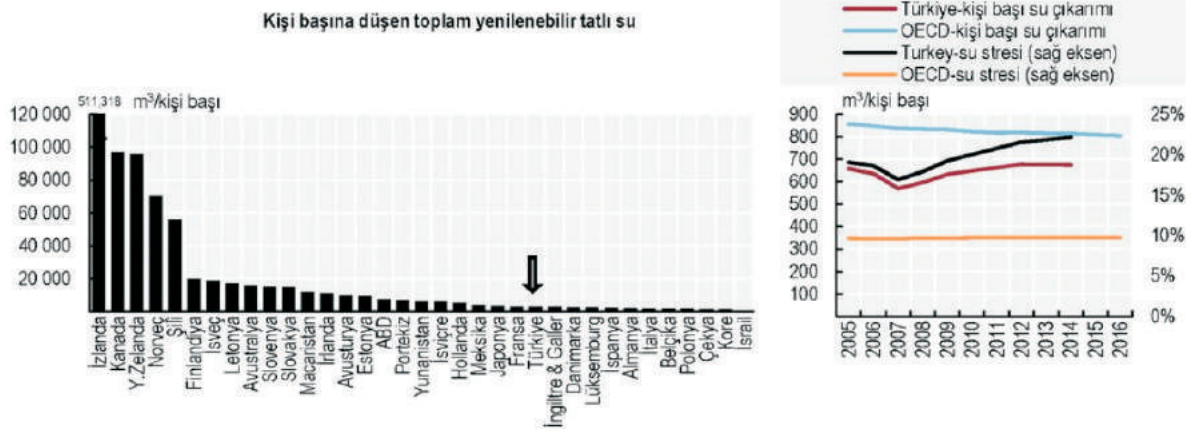


Şekil 184.3 İçme suyu ve Atık Su Hizmeti Oranları ve Atık su Arıtma Tesisi Sayısı⁽⁹⁾



Kaynak: OECD (2018), "Çevresel Performans Göstergeleri", OECD Çevre İstatistikleri (veritabanı)

Şekil 184.4 Türkiye'de Atık Su Arıtımı⁽⁷⁾



Şekil 184.5 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Tatlı Su Miktarı ve Su Stresi Durumları⁽⁷⁾

2030'a kadar kirliliği azaltarak, düzensiz çöp depolamayı ortadan kaldırarak ve tehlikeli kimyasalların ve maddelerin salınımını en aza indirerek su kalitesini artırılması

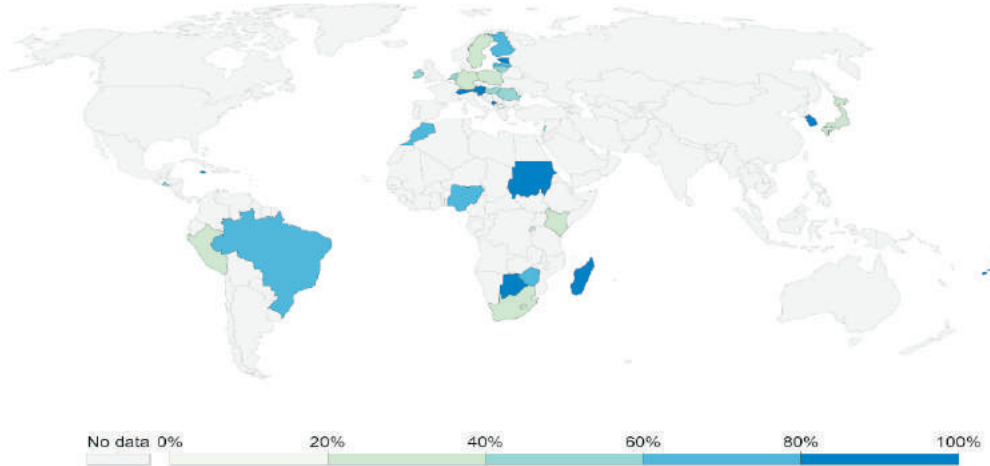
Su kaynakları, uzun vadede istikrarlı kullanılması gereken doğal zenginliklerdendir. Su kaynaklarının %27.5'inde kuruma olduğu bildirilmektedir⁽⁵⁾. Su kaynaklarının ekolojik durumlarının ortaya konulması ve iyi ekolojik konumlarının korunması, kötü statüdeki su kaynaklarının ise iyi statüye yükseltilmesi önem arz etmektedir⁽¹¹⁾.

Su kalitesi, doğal su kalitesini yansıtan temel fiziksel ve kimyasal parametrelerle değerlendirilir. İzleme değerlerinin en az %80'i hedef kalite düzeylerini karşılıyorsa, bir su kütlesi "iyi kalite" olarak sınıflandırılır⁽⁶⁾.

Su kütleleri, iyi ortam suyu kalitesine sahip tüm su kütlelerinin oranı (%), yeraltı suyu kütlelerinin oranı (%), açık su kütlelerinin oranı (%) nehir suyu kütlelerinin oranı (%) olarak değerlendirilir. İyi su kalitesi ile ilgili dünya genelinde ülke verileri az olmakla beraber; tüm su kütlelerinin Marshall Adaları, İsviçre, Fiji, Estonya'da %100'ü iyi kalite olarak bildirilmiştir⁽⁶⁾ (Tablo 184.1, Şekil 184.6).

Tablo 184.1 En İyi Su Kalitesine Sahip Ülkeler-2017⁽⁶⁾

Ülke	Nehir Suyu (Yüzde)	Yeraltı (Yüzde)	Açık su (Yüzde)	Tüm su kütleleri (Yüzde)
Zimbabve	75.47			76.47
Fas	76.14	76.27	85.94	79.15
Lihtenştayn	77.78	100.00		80.00
Avusturya	80.12	94.57	91.94	80.44
Sudan	100.00	90.00	70.00	86.05
Güney Kore	82.61	96.01	0.00	87.29
Madagaskar	94.12	81.58	94.59	90.91
Jamaika	92.08			92.08
Andorra	100.00	75.00		94.12
Karadağ	100.00	0.00	100.00	94.12
Estonya	100.00		100.00	100.00
Fiji	100.00	100.00	100.00	100.00
İsviçre	100.00			100.00
Marshall Adaları		100.00	100.00	100.00



Şekil 184.6 İyi Su Kalitesine Sahip Nehir Suyu Kütlelerinin Oranları, 2017⁽⁶⁾

Su kalitesini etkileyen nedenler arasında plansız ve hızlı kentleşme nedeniyle doğal kaynakların aşırı kullanımı, arıtılmamış sanayi ve evsel atık sularının tatlı su kaynaklarına ve denize deşarjı, arıtma tesislerinin yetersiz olması ve noktasal olmayan tarımsal kirlilik gösterilebilir. Türkiye’de tarımda su kullanımının fazla olması, su kirliliğine önemli ölçüde neden olmaktadır. Gübre kullanım yoğunluğu nispeten düşük olmasına rağmen yüzey sularının %20 ile 50’si nitrojen ile kirlenmektedir. Ergene, Sakarya, Susurluk, Akarçay ve Gediz havzalarında nitrojen kirliliği vardır. Bazı göllerde fosfor kirliliği önemli seviyelere çıkmıştır. Deniz kirliliği ile ilgili de izleme programları yürütülmesine rağmen Akdeniz, Ege, Karadeniz ve Marmaranın birçok kıyısında ötrofikasyon sorun olmaya devam etmektedir⁽⁷⁾.

Yer üstü ve yer altı sularının kalite ve miktarının korunmasına yönelik, su kalitesini izleme veya izleme görevi Tarım ve Orman Bakanlığı Su Yönetimi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Bu alanda yirmiyi aşkın Avrupa Birliği direktifi bulunmaktadır. Avrupa Birliği “Su Çerçeve Direktifi” (2000/60/EC) doğrultusunda hazırlanan “Su Havzalarının Korunması ve Yönetim Planlarının Hazırlanması Hakkında Yönetmelik”, “Yüzeysel Sular ve Yeraltı Sularının İzlenmesine Dair Yönetmelik” ve “Yer Üstü Suları ve Sedimentten Numune Alma ve Biyolojik Örneklemeye Tebliği” bu alandaki başlıca mevzuatları oluşturmaktadır⁽¹²⁾.

Su Çerçeve Direktifi’nin temel yapısını bütüncül havza yönetimi oluşturmaktadır. Bütüncül havza yönetimi su ve toprak kaynaklarının sürdürülebilir

kullanımını teşvik ederek, su ve bunlara bağlı diğer ekosistemlerin korunması, iyileştirilmesi ve olası tahribatların önlenmesini hedeflemektedir.

Türkiye’deki 25 hidrolojik havza bulunmakta ve Ulusal İzleme Ağının oluşturulması çalışmaları doğrultusunda her bir havza için izleme programları oluşturulmuştur. Nehir, göl, geçiş ve kıyı sularında, toplam 2877 adet izleme noktasında, genel kimyasal ve fizikokimyasal parametreler, öncelikli maddeler, belirli kirleticiler, biyolojik kalite unsurları ve hidromorfolojik kalite bileşenleri izlenmektedir⁽⁸⁾.

Ülkemizde mevcut çöplerin vahşi depolama alanlarında bertarafı halen devam etmektedir. Bu durum yeraltı ve yerüstü su kirliliği de dahil birçok çevresel soruna yol açmaktadır⁽¹³⁾. Bu nedenlerle vahşi depolama alanı olarak kullanılan alanların ek kısa sürede rehabilite edilmesi, çevreye olan olumsuz etkileri kontrol altına alınarak kirliliğin büyümesi engellenmelidir. Aynı zamanda depolama alanının civarındaki su kaynaklarından düzenli periyotlarla su numunesi alınarak kirlilik kontrolü yapılmalıdır⁽¹⁴⁾.

Su kaynaklarının sürdürülebilirliği için su havzalarındaki yapılaşmanın, kentsel ve sanayi atık sularının arıtımının, tarımsal ilaç ve gübre kullanımının kontrolü önemini korumaktadır⁽⁸⁾.

Sorumlu ve İlgili Kurum veya Kuruluşlar -Politikalar

Amaç 6 koordinatörlüğünü Tarım ve Orman Bakanlığı yürütmektedir. 6.3.üçüncü madde ile ilgili Çevre ve Şehircilik Bakanlığı sorumlu kurum, Tarım ve

Orman Bakanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, DSİ Genel Müdürlüğü ve İLBANK A.Ş. ise ilgili kurumlardır.

Kalkınma Planı ile ilgili kamu kurumlarını stratejik planlarının yanı sıra Havza Koruma Eylem Planları, Nehir Havza Yönetim Planları, Havza Master Planları, Su Kalitesi Eylem Planları, İçme Suyu Havzaları Koruma Eylem Planları, İklim Değişikliği Eylem Planı (2011-2023), Türkiye'nin İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı, Taşkın Yönetimi Eylem Planları, Kuraklık Yönetimi Eylem Planları, Sektörel Su Tahsis Planları, Su Kalitesi Eylem Planları, Ulusal Havza Yönetim Stratejisi, Atıksu Eylem Planı, İçme Suyu Koruma Planları, Tarımda Su Kullanımının Etkinleştirilmesi Programı ve Eylem Planı SKA 6 ile ilgili öne çıkan planlardır⁽⁶⁾.

Endüstriyel ve tarımsal faaliyetler sonucu aşırı kullanım ve havaya suya veya toprağa yapılan deşarjların ve bunların çevreye olan etkilerinin izlenmesi önemlidir. İlgili düzenlemeler ve programların bu yönde geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Halkın sağlığını yakından ilgilendiren SKA 6.3 kapsamında yürütülen çalışmalarda, ilgili kurumlar arasında Sağlık Bakanlığı da yer almalıdır.

Kaynaklar

- 1) United Nations. Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals Report of the Secretary-General. <https://undocs.org/E/2019/68>
- 2) T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Türkiye'nin Yedinci Ulusal Bildirimi 2018. <https://webdosya.csb.gov.tr/db/cygm/icerikler/yed-nc--ulusal-b-ld-r-m-20190909092640.pdf>
- 3) T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, Meteoroloji Genel Müdürlüğü. 2019 Yılı Yağış Değerlendirmesi Ocak 2020. <https://www.mgm.gov.tr/FILES/arastirma/yagis-degerlendirme/2019alan-sal.pdf>
- 4) World Health Organization. World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Vol 21. Geneva; 2020.
- 5) Sustainable Development Report 2019- Transformations to Achieve the SDGs. https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2019/2019_sustainable_development_report.pdf
- 6) <https://sdg-tracker.org/water-and-sanitation>
- 7) OECD Çevresel Performans İncelemeleri Türkiye 2019 Raporu. https://read.oecd-ilibrary.org/environment/oecd-cevresel-performans-incelemeleri-turkiye-2019_653318da-tr
- 8) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu "Ortak Hedefler için Sağlam Temeller" 2019. http://www.surdurulebilir-kalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2020/01/Surdurulebilir_Kalkinma-Amaclari-Turkiye-2.-Ulusal-Gozden-Gecirme-Raporu-Ortak-Hedefler-icin-Saglam-Temeller_-interaktif.pdf
- 9) T.C. Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu 2019. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 10) <http://ctue.mam.tubitak.gov.tr/tr/arastirma-alanlari/su-ve-atik-su-aritim-teknolojileri>
- 11) <http://ctue.mam.tubitak.gov.tr/tr/arastirma-alanlari/cevre-kalitesi-izleme-ve-karakterizasyon>
- 12) <https://www.tarimorman.gov.tr/SYGM/Menu/47/Izleme-Ve-Su-Bilgi-Sistemi-Daire-Baskanligi-Sunumlari>
- 13) Gökçe GF, Kırkık Aydemir KP, Hasanoğlu P, et al. Katı Atık Düzenli Depolama Sahalarının ve Vahşi Depolama Alanlarının İslahı ve Bitkilendirilmesi. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/56349>
- 14) Türkiye Belediyeler Birliği Atık Komisyonu; ANKARA-2014. Düzenli Depolama Sahalarının Tasarımı, Yer Seçimi ve Vahşi Depolama Alanlarının İslahı

Modern Enerjiye › Evrensel Erişim

185

UZM. DR. ASLI ATA TENELER • UZM. DR. ELİF AYLİN YÜCE YÖRÜK

SKA 7

Herkes İçin Karşılabilir, Güvenilir, Sürdürülebilir ve Modern Enerjiye Erişimi Sağlamak

Hedef 7.1

2030 yılına kadar karşılanabilir, güvenilir ve modern enerji hizmetlerine evrensel erişim sağlamak

Göstergeler

- Elektriğe erişebilen nüfusun oranı
- Isıtma, aydınlatma ve yemek yapmada temiz yakıt ve teknoloji kullanan nüfus oranı

Enerji; sağlık, eğitim ve temiz su teminine erişim imkanı sağlayarak toplumsal ilerlemeye katkı sağlar. Enerji ve doğal kaynaklar üzerindeki belirsizlikler, kentsel yaşamı sekteye uğratarak yatırımları yavaşlatır⁽¹⁾. Bu nedenle neredeyse tüm Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'na (SKA) ulaşmada kritik rolü vardır. Toplumların elektrik üretimini ağırlıklı olarak yenilenebilir kaynaklar yerine fosil kaynaklardan sağlaması sonucu meydana gelen hava kirliliği ve sera gazı emisyonlarının artışına bağlı olarak iklim değişikliği meydana gelmekte, çevre ve sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir⁽²⁾.

Bu hedefin amacı, 2030'a kadar uygun fiyatlı, güvenilir ve modern enerji hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasıdır. Bu hedefin sağlıkla ilişkili göstergeleri, elektriğe erişimi olan nüfusun oranı (proportion of population with access to electricity) ile temiz yakıtlar ve teknolojiye öncelik veren

nüfusun oranı (proportion of population with primary reliance on clean fuels and technology) dir.

Toplumun tüm sosyoekonomik kesimleri için elektrik erişilebilir olmalıdır. Küresel elektriğe ulaşılabilir oranı 2010'da %83 iken, 2015'te %87'ye, 2017'de %89'a ulaşmıştır. Bununla birlikte çoğunluğu kırsal bölgelerde olmak üzere, dünya çapında yaklaşık 840 milyon insan elektriğe erişememektedir⁽²⁾. 2030 projeksiyonlarında küresel elektriğe erişim oranının %93 olması beklenmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında kriz dönemlerinde güvenilir, karşılanabilir, sürdürülebilir ve çağdaş enerjiye erişimin özellikle hastaneler ve sağlık kurumları açısından ne kadar önemli olduğu görülmüştür. Pandemi sürecinde Sahraaltı Afrika'daki 730 sağlık merkezinin ancak %75'i birincil elektrik kaynağına (%42'si şebekeye bağlı, %33'ü şebeke dışı çözümler) erişirken, %25'in elektriğe erişimi olmamıştır⁽³⁾.

TÜİK verilerine göre, Türkiye'de 2010-2018 yılları arasında elektriğe herkesin erişim sağladığı görülmektedir⁽⁴⁾. Dolayısıyla bu hedefin Türkiye için aşıldığı söylenebilmektedir. Ancak kırsal ve kentsel alanlardaki nüfusun elektriğe erişiminde yeterli, kaliteli, sürekli, düşük maliyetli ve çevreyle uyumlu olma kriterleri açısından farklılıklar olduğu bilinmektedir⁽⁵⁾. Elektrik iletiminin yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesi amacıyla genişletme ve yenileme çalışmalarına devam edilmektedir⁽⁶⁾. Ulusal veriler yalnızca hanenin resmi olarak elektrik şebekesine bağlı olup olmadığını sorgulamaktayken, bu soru hanenin elektrik kullanımı hakkında yeterli ve kaliteli bilgi sağlamamaktadır. Günlük elektrik arz ve

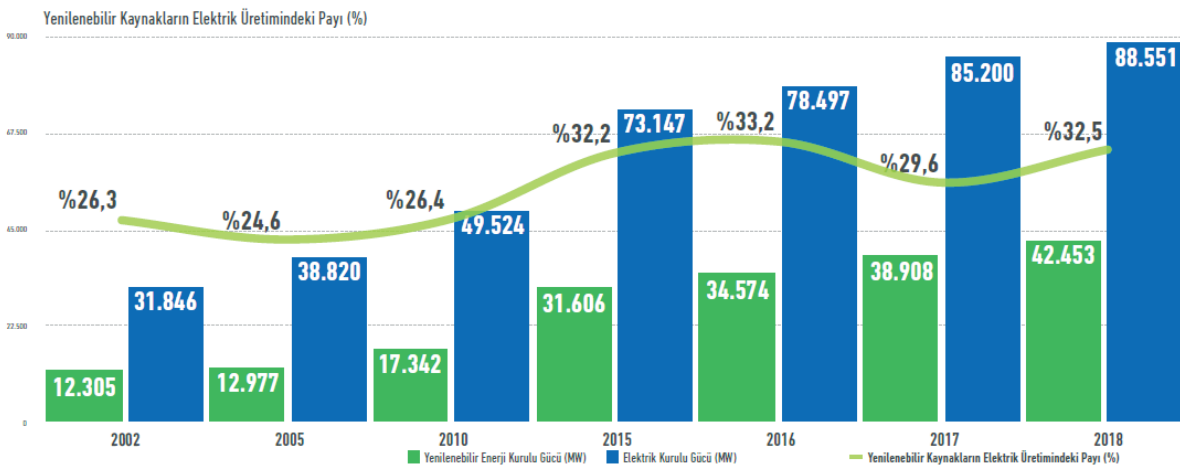
kesinti sürelerinin bilinmemesi, hizmetin niteliği hakkında yorum yapmayı engellemektedir. Buna ek olarak elektrik piyasasında özel sektörün elektrik üretimindeki payının %85 seviyesine yaklaşması, enerjiye erişim önünde bariyer olarak değerlendirilmelidir⁽¹⁾. Bu nedenle düşük gelirli vatandaşların asgari elektrik tüketim ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik Şubat 2019'dan itibaren *Elektrik Tüketim Desteği Programı* başlatılmıştır⁽⁶⁾.

SKA 7'nin içerisindeki ikinci gösterge olan "temiz yakıtlara ve teknolojiye öncelik veren nüfusun oranı" için farklı çıktılarla değerlendirmelerin yapıldığı görülmektedir. Birleşmiş Milletler'in raporuna göre, pişirme amacıyla temiz enerji kaynaklarını kullananların oranı 2010 yılında %57 iken, 2018 yılında %63'e yükselmiştir⁽³⁾. Bu ilerlemeye rağmen, 3 milyara yakın insan hala verimsiz ve kirletici pişirme yöntemlerini kullanmaktadır⁽²⁾. 2030'a kadarki on yılda, temiz yakıt ve teknolojilere evrensel erişim hedefine ulaşmak için yıllık %3'ten fazla artış hedeflenmektedir⁽³⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), temiz yakıtlar ve teknolojiye öncelik veren nüfusun oranını Türkiye için %95 olarak açıklamıştır⁽⁷⁾. Ancak, Türkiye'de bu maddenin küresel gösterge karşılığına ait uygun veri olmadığı için onun yerine 'doğalgaz aboneliği olan hanelerin oranı' verilmiştir. Bu oran 2014 yılında %51 iken yıllar içinde artarak 2018 yılında %63'e ulaşmıştır⁽⁴⁾. Doğal gaz dağıtımı tamamen özel sektöre devredilmiştir⁽⁶⁾. Ülkemizde özellikle elektrik üretimi ve ısınma amaçlı fosil yakıtların ağırlıklı olarak kullanılması ve yenilenebilir ener-

ji potansiyelinin tamamının devreye alınmamış bulunması, bu alanda geliştirilmesi gerekenler olduğuna işaret etmektedir^(5,8). 2018 yılında yenilenebilir enerji kaynaklarının elektrik üretimindeki payı %32,5'e yükselmiş olması yanı sıra⁽⁶⁾, linyit kömür madenciliğinde arama ve üretim faaliyetlerinin arttırılması, yerli kömür kaynaklarının elektrik üretiminde kullanım kapasitesinin arttırılması, denizlerde petrol ve doğal gaz arama faaliyetlerine başlanması gibi *kalkınma hedefleri*, önümüzdeki dönemlerde de enerji kaynağı olarak fosil yakıtların kullanılmaya devam edeceğini göstermektedir⁽¹⁾. Ayrıca, COVID-19 pandemisi nedeniyle 2020 yılı içerisinde ekonomik büyümedeki yavaşlamaya bağlı yenilenebilir enerjiler için teşviklerin azalması öngörülmektedir⁽⁹⁾.

'Global Hastalık Yükü, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri' çalışmasında SKA 7'nin sağlıkla ilgili göstergesi olarak **ev içi hava kirliliği** kabul edilmiş ve prevalans üzerinde değerlendirmeye alınmıştır⁽¹⁰⁾. DSÖ, "yakıt ve pişirme amaçlı kirletici yöntemleri kullanan hane" oranını ev içi hava kirliliğinden etkilenenleri tahmin etme kriteri olarak kabul etmektedir. Ev İçi Hava Kirliliği Raporu'na göre sadece 2016 yılında yaklaşık 3,8 milyon çocuk ve yetişkinde, hava kirliliğinin neden olduğu hastalıklardan dolayı erken ölüm gerçekleşmiştir⁽¹¹⁾. Ev içi hava kirliliği, küresel ölümlerin %7,7'sinin nedenini oluşturmaktadır⁽¹²⁾, öncelikle kadınları ve çocukları etkilemektedir⁽¹³⁾. Isınma ve aydınlatma için hangi tür enerji kaynağının kullanıldığı verisinin gösterge olmaması eksiklidir. Ev içi hava kirliliğinin



Şekil 186.1 Yıllara Göre Yenilenebilir Enerji Kaynaklarının Elektrik Üretimi İçindeki Payının Değişimi⁽⁶⁾

tam olarak değerlendirilebilmesi için evde kullanılan her türlü yakıt ve soba hakkında soruların ayırtılı olarak sorulması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Ministry of Strategy and Budget. 11th Development Plan of Turkish Government (2019-2023). 2019;1-209. Available from: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/On-birinciKalkinmaPlani.pdf>
- 2) Goal 7 .. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://sustainable-development.un.org/sdg7>
- 3) Tracking SDG 7: The Energy Progress Report (2020) [Internet]. [cited 2020 Jul 8]. Available from: </publications/2020/May/Tracking-SDG7-The-Energy-Progress-Report-2020>
- 4) Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018 TÜİK [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Available from: <http://www.surdurulebilir-kalkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergeleri-2010-2018-yayinlandi/>
- 5) Ari I, Yılmaz RF, Ustunisik B, Rahmanlar M, Altınsoy S, Yılmaz SA, et al. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu [Internet]. 2019. Available from: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 6) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu. 2019.
- 7) World Health Statistics 2020: Monitoring Health For The SDGs. 2020.
- 8) Sanayi ve Teknoloji Stratejisi 2023 [Internet]. 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005%0Ahttp://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757%0Ahttp://dx>
- 9) Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., Woelm F. The Sustainable Development Goals and Covid-19. Sustainable Development Report 2020. Cambridge University Press. 2020.
- 10) Lim SS, Allen K, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, Goldberg EM, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1813-50.
- 11) World Health Organization. Exposure to household air pollution for 2016. World Health Organization. 2018.
- 12) WHO. Indoor Air Quality Guidelines: Household Fuel Combustion [Internet]. World Health Organization. 2014. Available from: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/141496Summary in 6 languages: http://apps.who.int/iris/handle/10665/144309/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141496/1/9789241548885_eng.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/141496Summary%20in%206%20languages%20http://apps.who.int/iris/handle/10665/144309/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141496/1/9789241548885_eng.pdf?ua=1)
- 13) United Nations. Global SDG7 Conference [Internet]. A global preparatory meeting in support of the review of SDG7 at the 2018 UN High Level Political Forum. 2018. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/sdg7conference/content/documents/concept_note.pdf

İşçi Haklarının Korunması ve Güvenli Çalışma Ortamlarının Desteklenmesi

186

ARŞ. GÖR. DR. ANIL BAŞPINAR

SKA 8

İstikrarlı, kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyüme, tam ve üretken istihdamı ve herkes için insana yakışır işleri desteklemek

Hedef 8.8

Çalışan haklarının korunması ve başta kadın göçmenler olmak üzere göçmen işçiler ve güvencesiz çalışanlar dahil tüm çalışanlar için güvenli çalışma ortamlarının geliştirilmesi

Gösterge

- 100.000 İşçi Başına Ölümcül ve Ölümcül Olmayan Mesleki Yaralanma
- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Metin Kaynaklarına ve Ulusal Mevzuata Dayalı Çalışma Haklarına (Örgütlenme ve Toplu Pazarlık Özgürlüğü) Ulusal Uyum Düzeyi

Çalışma hayatımızdan yeterli düzeyde verim alabilmenin ve insana yakışır iş olanaklarının sağlanması için en temel ihtiyaçlarından biri sağlıklı ve güvenli işyerleri oluşturmaktır. Dünyada çalışma koşullarının zaman içinde değişmesi ile birlikte iş sağlığı ve güvenliği alanında yeni riskler ortaya çıkmaktadır. Bu gelişmeler İSG alanında var olan sorunların çözümünü zorlaştırmakta ve yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği politikaları sürekli takip edilmesi gereken oldukça dinamik bir alandır⁽¹⁾.

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının sekizinci maddesi kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyüme, tam ve üretken istihdamı ve herkes için insana yakışır işleri desteklemek

yüme, tam ve üretken istihdamı ve herkes için iyi çalışma koşullarını hedeflemektedir. Bu amacın alt maddelerinden 8.8 ise “tüm çalışanların çalışma haklarının” korunmasını gerektirmektedir⁽²⁾. Sağlık ile ilişkili bir alt madde olarak kabul edilen bu madde kapsamında başta iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları olmak üzere çalışma ortamında sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili uygulamaların tüm iş gücünü kapsayacak şekilde etkili bir şekilde düzenlenmesi amaçlanmaktadır^(3,4). Bu madde kapsamında;

- İnsana yakışır iş fırsatlarının artırılması,
- Çalışan kesimin sesinin duyulmasının sağlanması, çalışanların karar mekanizmalarında etkili bir şekilde temsil edilmesi,
- Sağlıklı ve güvenli işyerlerinin sağlanması iş sağlığı ve güvenliği standartlarına uyumun artırılması,
- İş gücünün sürdürülebilirliğine yönelik çalışmalar yapılması, kayıtlı istihdam sağlanmasının teşvik edilmesi,
- Kadınlar göçmenler gibi hassas grupların istihdamının artırılması ve bu grupların çalışma şartlarının iyileştirilmesi konuları ele alınarak daha sağlıklı ve sürdürülebilir iş yerlerinin yaratılması,
- Uluslararası çalışma programlarının güçlendirilmesi ve teşvik edilmesi,
- İşçilerin sağlığının korunması ve iş güvenliğinin teşvik edilmesi hedeflenmektedir⁽⁵⁻⁷⁾.

Dünyada Durum

ILO verilerine göre her yıl 2,3 milyon çalışan meslek ile ilişkili kazalara ve hastalıklara bağlı olarak

hayatını kaybetmektedir. Meslek ile ilişkili ölümcül olmayan hastalıklardan her yıl 160 milyon çalışan, meslek ile ilişkili olmayan ölümcül olmayan yaralanmalardan da 313 milyon çalışan etkilenmektedir. Bu yaralanmalar, hastalıklar ve ölümlerin dünyadaki yıllık gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) %4'ünden fazlasının kaybedilmesine sebep olduğu tahmin edilmektedir⁽⁸⁾.

Çalışma hayatı ile ilişkili ölümler, yaralanmalar ve hastalıkların, ekonomik ve sosyal etkileri gelişmekte olan ülkelerde daha belirgindir. Bu ülkelerde tarım, inşaat, balıkçılık ve madencilik gibi görece daha tehlikeli iş kollarının ekonomideki payının daha büyük olması etkili olabilir. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının çoğu 1,3 milyar insan ile dünyadaki iş gücünün yaklaşık yarısının çalıştığı tarım sektöründe görülmektedir. Tarım sektörünü inşaat ve madencilik sektörleri takip etmektedir⁽⁸⁾. Bu sektörlerden kaynaklanan ölüm ve sakatlıklar bireyler ile birlikte aileleri de etkileyerek yoksulluğun önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmakta ve -özellikle kadınlar, çocuklar ve göçmenler üzerindeki- sonuçların ağırlaşmasına, toplumsal eşitsizliklerin derinleşmesine sebep olmaktadır⁽⁹⁾.

Toplumsal eşitsizlik açısından öne çıkan göçmen ve sığınmacı nüfus ise küresel nüfusun %3,3'ünü oluştururken, küresel iş gücünün %4,4'ünü oluşturmaktadır. Göçmen ve göçmen olmayan çalışan nüfuslar arasında erkek nüfusu için belirgin bir farklılık bulunmazken (%78 göçmen, %77,2 göçmen olmayan); kadınlarda belirgin farklılık bulunmaktadır (%67 göçmen, %50,8 göçmen olmayan). Çalışma hayatında var olan bu eşitsizlikler kayıt dışı çalışma riskinde artışa sebep olarak, güvencesiz ve sağlıksız çalışma koşullarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır⁽¹⁰⁾. Özellikle kadın çalışanlar için evler iş yeri halini alabilmekte ve hem çalışanlar hem de aileler için sağlıksız koşulların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir⁽⁸⁾. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre kayıt dışı istihdamın oranı yüksektir. Bu durum İSG göstergelerine olumsuz olarak yansımaktadır⁽¹¹⁾.

Bu durumların önüne geçilebilmesi amacıyla Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından "İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanması için Küresel Önleme Planı" (Global Action for Prevention on Occupational Safety and Health: OSH-GAP) hazırlanmıştır. Stratejik ortakların katılımı ve katkısıyla program, ülke koşullarının ve önceliklerinin değerlendiril-

mesine dayalı olarak çalışma hayatını iyileştirmek için "gerekli koşulları" yaratmayı amaçlamaktadır⁽⁸⁾. Sürdürülebilir kalkınma için gerekli olduğu anlaşılmış olan iş gücü hareketliliğinde ise göçmen iş gücü için 2014 yılında Adil Göç Gündemi (Fair Migration Agenda) ilan edilmiştir^(10,11).

Tüm bunların yanında 2020 yılı, tüm dünyayı etkisi altına almış olan COVID-19 salgınının küresel iş gücü ve çalışma yaşamı üzerindeki etkileri açısından önemlidir. Küresel ekonomik büyümenin yavaşlaması ile yaşanan ekonomik kriz pandemi sırasında kayıt dışı ekonomideki 1,6 milyar çalışanın geçim kaynaklarını kaybetme riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu durum çalışma hayatında elde edilen kısıtlı kazanımların da tehlikeye girmesine sebep olmaktadır⁽¹²⁾.

Nisan 2020'de Birleşmiş Milletler tarafından ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan desteklenebilmesini sağlamak amacıyla, bir yol haritası olarak COVID-19'a yönelik bir çerçeve plan yayınlandı. Tüm insanların temel hizmetlere ve sosyal korumaya erişebilmelerini sağlamak için uluslararası destek ve siyasi bağlılığın önemli ölçüde geliştirilmesini gerektiren bu plan beş temelden oluşmaktadır⁽¹³⁾. Bunlar:

1. Temel sağlık hizmetlerinin hala mevcut olmasını sağlamak ve sağlık sistemlerini korumak;
2. Sosyal koruma ve temel hizmetler yoluyla insanların sıkıntıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak;
3. Ekonomik müdahale ve kurtarma programları yoluyla işleri korumak, küçük ve orta ölçekli işletmeleri ve kayıt dışı sektör çalışanlarını desteklemek;
4. Makroekonomik politikaların en savunmasız durumda işe yaramasını sağlamak için mali ve finansal teşvikte gerekli dalgalanmanın yönlendirilmesi ve çok taraflı ve bölgesel yanıtların güçlendirilmesi;
5. Sosyal uyumu teşvik etmek ve toplum önderliğindeki esneklik ve müdahale sistemlerine yatırım yapmak.

Bu çerçeve zemininde görüldüğü üzere COVID-19'un etkileri ile mücadelede temel sağlık hizmetleri ve sosyal politikalara ek olarak, çalışma hayatına yönelik düzenlemeler de büyük önem göstermektedir.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde 1980 sonrası dönemdeki sanayileşme artışı ile sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışan sayısı artmış, böylece iş kazalarında artış gözlenmiştir. 2000’li yıllarda yaşanan mevzuat sıkıntısının tamamen çözülmesi 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmeliklerin uygulamaya konması ile olmuştur⁽¹⁾.

İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin performansının en dramatik değerlendirme kriteri iş kazası sayısı ve hızlarıdır. Ülkemizde SGK tarafından açıklanan en son verilere bakıldığında 2018 yılında iş kazası geçiren sigortalı çalışan sayısının 430.985 olduğu, iş kazası sıklık hızının ise 100 kişide 2,42 olduğu görülmektedir. 2018 yıl sonu itibari ile ölüm vaka sayısının ise 1.541 olduğu görülmektedir⁽¹⁴⁾. Fakat yalnızca kayıtlı çalışanlar üzerinden elde edilmiş olan bu veri gerçeği tam olarak yansıtmıyor olabilir. Yine SGK’nın verilerine göre 2018 yılında %33,42, 2019’da %34,52 kayıt dışı istihdam oranı açıklanmıştır. 2018 ve 2019 yıllarında kayıt dışı istihdamın en fazla görüldüğü sektör %82,73 ve %86,62 ile tarım sektörü olmuştur⁽¹⁵⁾

- Ülkemizde SKA 8.8’e yönelik çalışmalar kabaca,
- İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının niteliğinin artırılarak standardize edilmesi;
- İş kazalarının azaltılması, meslek hastalıklarının belirlenerek ön tanılarının toplanması;
- İş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili kayıt sistemlerinin geliştirilmesi;
- Toplumda iş sağlığı ve güvenliği kültürünün yaygınlaştırılması başlıkları altında toplanabilir⁽⁵⁾.

Bu uygulamalardan İSG alanında iyi uygulama yapılan işyerlerinin desteklenmesi planlanmış, bu alanda üretim yapan iş yerlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir. Fakat bu amaca yönelik düzenlemeler önerilen vergi ve KDV istisnasını içeren maddelerde herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. İlgili konudaki cezai durumlar ise 6331 sayılı kanunda belirlenen oranlar kullanılarak her sene güncellenmektedir⁽¹⁾.

İşveren yükümlülüklerinin ve hukuki sorumluluklarının geliştirilmesi konusu yalnızca madencilik sektörüne getirilmiş olan zorunlu sigorta ile sınırlı kalmıştır. Diğer sektörlerle ilgili yasal düzenlemeler yapılmamıştır⁽¹⁾.

Ülkemizde sayısal olarak İSG profesyonelleri yeterli gibi görünse de niteliksel olarak ihtiyaç

planlaması yapılamamakta, niteliksel gelişimin izlenebileceği bir sistemin eksikliği hissedilmektedir. Bu politika ile ilgili diğer eylemlerde yeterli gelişme sağlanamamıştır⁽¹⁾.

Toplumda iş sağlığı kültürünün oluşturulmasına yönelik çalışmalarda ilk ve orta öğretimde görevli eğitimcilerin İSG konusunda eğitilmesi ile ilgili çalışmalar yetersiz kalmıştır. Ek olarak sendika ve meslek örgütlerinin insan gücüne yönelik eğitimlerde yer almasına yönelik planlanan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. Bu örgütler ile ortak çalışma grupları oluşturularak eğitim modülleri geliştirilmesi gerçekleştirilememiştir⁽¹⁾.

Kadınların iş gücüne katılımlarının artırılması amacıyla 2000’li yılların başından itibaren aktif işgücü programları yaygınlaştırılmış ve mesleki danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır. İşgücü piyasasında ayrımcılığı önleyen mevzuat düzenlemeleri yapılmıştır. Plan döneminde özellikle kadın işgücünün artırılması amacıyla cinsiyet eşitsizliği kavramından yola çıkarak kadınlar lehine pozitif ayrımcılığı sağlayacak yasal uygulamalar yürürlüğe konmuştur. Çeşitli teşvik mekanizmaları ile istihdam politikaları uygulanarak ayrımcılığın önüne geçilmeye çalışılmaktadır⁽¹⁵⁾.

Türkiye 2015 yılından beri dünyada en fazla sığınmacı, mülteci barındıran ülkedir. Bu nüfusun çoğunluğunu oluşturan Suriyeli sığınmacılara işgücü piyasasına erişim hakkı tanınmış olsa da yalnızca 38 bin Suriyeli sığınmacı çalışma izni almıştır. Suriyeli nüfusun uyum yasası kapsamından çıkarılması ve kayıtlı olarak işgücü piyasasına geçişini destekleyecek projelerin finanse edilmesinin planlandığı duyurulmuştur. Bu nüfusun ihtiyaçlarını kendisinin karşıladığı sürdürülebilir sosyal ve ekonomik düzenin inşası hedeflenmektedir⁽¹⁵⁾.

Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Geliştirilmesi Gerekenler

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün yetersiz oluşu çağdaş ve işlevsel İSG uygulamalarının önünü kesmektedir. İşveren ve çalışanların bu uygulamalara bakışı sistemin başarısı ile doğrudan ilişkilidir. Çalışanlar açısından davranış değişiklikleri, işverenler açısından ek maliyetler temel problem yaratan konulardır⁽¹⁾.

Ülkemizde İSG ile ilişkili yasal düzenlemelerin başarıya ulaşması iyi eğitilmiş, nitelikli ve deneyimli saha personeli ile mümkündür. İSG profes-

yonellerinin eğitimlerinde uygulanan müfredat programlarında gerekli düzenlemeler yapılmalı, nitelikte iyileştirmeler planlanmalıdır.

Saha uygulamalarında performans takibi ve gelişimin izlenmesi için düzenli veri toplamak çok önemlidir. Performansın izlenmesini ve hızlı önlem alarak sorunları büyümeden çözebilmeyi sağlayan etkin bir kayıt ve takip sistemi geliştirilmelidir. Özellikle veri toplama konusunda ülkemizde ciddi altyapı sorunları bulunmaktadır. Bunların çözülmesi ile birlikte merkezi ve işlevsel bir veri toplama, kayıt ve takip sisteminin oluşturulması çok önemlidir⁽¹⁾.

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile ülkelerin ekonomik ve sosyal hedeflerinde “sürdürülebilirlik” ortak paydayı oluşturmaktadır. Geleceği de sahiplenen bu hedef, herkesin temel ihtiyaçları ile daha iyi bir hayata ilişkin beklentilerinin karşılanmasına imkân vermeye yöneliktir. Bu kapsamda yer alan 8 numaralı hedef olan “İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme” İSG uygulamaları ile doğrudan desteklenmesi gereken bir hedefdir⁽¹⁾.

Türkiye’de ve dünyada bu amacın geliştirilebilmesi için iş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildiriminin arttırılması sağlanmalıdır. İş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi için koruyucu iş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve yerleşmiş bir İSG kültürünün oluşturulmasının sağlanabilmesi adına, önümüzdeki yıllara yönelik etkili planlar ve hedefler geliştirmeli; bunların uygulanabilmesi için gerekli sistemlerin inşası için çalışılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışma Grubu Raporu. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Ankara, 2018.
- 2) [İnternet] <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-08-08-02.pdf> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 3) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. 2019.
- 4) [İnternet] <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/freedom-of-association/lang--en/index.htm> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 5) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu “Ortak Hedefler için Sağlam Temeller”, 2019.
- 6) [İnternet] https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/theme-by-sdg-targets/WCMS_558153/lang--en/index.htm#T11 Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 7) [İnternet] http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/06/Johannesburg_WSSD_Plan_Implementation.pdf Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 8) [İnternet] <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/osh/lang--en/index.htm> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 9) Global Strategy on Occupational Health for All The way to Health at Work, WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 1994.
- 10) [İnternet] <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/migration/lang--en/index.htm> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 11) [İnternet] <https://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/fair-migration-agenda/lang--en/index.htm> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 12) [İnternet] <https://sdgs.un.org/goals/goal8> Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 13) Occupational Safety and Health Profile, Ministry of Labour and Social Security Publication Number:62, 2016.14.
- 14) [İnternet] http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari Erişim Tarihi: 22.07.2020
- 15) [İnternet] http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani Erişim Tarihi: 22.07.2020/6)

Çevresel, Ekonomik ve Sosyal Afetlere Karşı Dayanıklılık Oluşturulması /Doğal Afetlerin Olumsuz Etkilerinin Azaltılması

187

ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM • ARŞ. GÖR. DR. SAİDE MEBRURE DAĞDAŞ TOPAL

SKA 1

Yoksulluğun tüm biçimlerini her yerde sona erdirmek

Hedef 1.5

2030 yılına kadar, yoksul ve kırılgan durumda olanlara dayanıklılık kazandırmak ve iklimle ilgili aşırı olaylara ve diğer ekonomik, sosyal ve çevresel şoklara ve afetlere maruz kalım ve kırılganlıklarını azaltmak

SKA 11

Şehirleri ve yerleşim yerlerini kapsayıcı, güvenli, dayanıklı ve sürdürülebilir kılmak

Hedef 11.5

2030'a kadar, yoksulları ve kırılgan durumdaki insanları korumaya odaklanarak, su kaynaklı afetler de dâhil olmak üzere afetlerden kaynaklanan ölümleri ve etkilenen insan sayısını kayda değer miktarda azaltmak ve ekonomik kayıpların küresel GSYH içerisindeki göreceli payını büyük oranda düşürmek

Hedeflerin amacı, 2030'a kadar afetlerin kırılgan kesimler üzerinde oluşturduğu risklerin azaltılmasına yönelik önemli adımlar atılması, yoksulluk sınırındaki kesimlerin çevresel olaylar ve aşırı hava olayları ve diğer ekonomik, sosyal ve çevresel faktörler nedeniyle oluşan afetlere maruz kalımla-

rının ve afetler karşısındaki kırılganlıklarının azaltılmasıdır. Ayrıca risk azaltma, hazırlık, müdahale ve afet sonrası iyileştirme çalışmalarının bir bütünlük içinde yürütülmesi ve afet yönetim kapasitesinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Göstergelerin ortak olması nedeniyle bu iki hedef birlikte değerlendirilmiştir.”

Dünya ve ülkemiz genelinde bu amaca ne kadar yaklaştığımızı ölçebilmek adına Birleşmiş Milletler tarafından bu hedefler için **Tablo 187.1**'deki göstergeler belirlenmiştir.¹

Tablo 187.1 Hedef 1.5/ 11.5 Göstergeleri

1.5.1/11.5.1 100 000 kişi başına afetlerden etkilenen, kaybolan ve ölen kişi sayısı

1.5.2/11.5.2 Afetlerin yol açtığı doğrudan ekonomik kayıplar Küresel GSYH'ye oranı

1.5.3. Ulusal ve yerel düzeyde afet riski azaltma stratejisine sahip ülkelerin oranı

1.5.4. Yerel yönetimlerin ulusal afet risk azaltma stratejilerden ne kadarına uyum sağladığı ve uygun bir şekilde uyguladığının oranı

*Kaynak: [İnternet] <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
Erişim: 24.07.2020*

Dünyada Durum

Fırtına, sel, deprem, orman yangınları ve diğer doğal afetler yoksulluğu tetiklemektedir. Birleşmiş Milletler'in verilerine göre toplam 80 ülke, 2018 yılında afet kaynaklı 23.458 ölüm ve 2164 kayıp kişi bildirmiştir. Ek olarak 39 milyon insan afetlerden etkilenmiş, 29 milyonunun ise evleri hasar görmüş veya yıkılmıştır. Bu ülkelerin toplam hasarı 23,6 milyar ABD doları olarak belirtilmiştir. Hasarın %73'ü ise tarım sektörüne atfedilmiştir.

Sürdürülebilir kalkınma amaçlarına erişimin önündeki büyük engeller olarak, savaş, salgın, sosyal huzursuzluk ve afetler gibi uzun dönemli amaçların önüne geçen büyük olaylar görülmektedir. 2019'da tüm dünyada yaşanan Covid-19 pandemisi, oluşturduğu küresel etki ile bu duruma bir örnek teşkil etmektedir. Dünyadaki tüm zenginliklere, bilimsel ve teknolojik güçlere ve afetlere hazırlıklı olduğunun söylenmesine, pandeminin risklerine yönelik yineleyen uyarılara rağmen dünya koronavirüs pandemisine tam olarak hazır değildi. Birçok sosyal ve ekonomik kayıp yaşandı. Covid-19 afetinin iyi olarak başardığı bir şey varsa o da dünyayı halinden memnun olan durumdan sarsarak, sürdürülebilir bir gelecek için çok çalışmaya itmesiydi.

Hedef 1 (yoksulluğa son) kapsamında Covid 19 pandemisinin özellikle düşük gelir düzeyli ülkelerde onlarca milyon insanı yoksulluk sınırının altına ittiği görülmektedir. Bu ülkelerde sosyal izolasyonun ve temizlik koşullarının sağlanamaması ve halk sağlığı önerilerinin yeterli düzeyde yerine getirilememesi gibi olası sonuçlar pandemiyle mücadeleyle zorlaşmaktadır⁽⁴⁾.

Türkiye'de Durum

Bu hedef ve göstergeler için ülkemizde bulunan stratejik plan ve belgeler³:

- İklim Değişikliği Strateji Belgesi,
- AFAD Stratejik Plan (2013-2017),
- Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı 2023,
- Afet Yönetiminde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2014),
- ÇŞB Stratejik Planı (2015-2017).

Hedef 11.5 kapsamında nicel olarak ölçülebilir olan iki gösterge bulunmaktadır³:

- 100.000 kişi başına afetlerden etkilenen, kaybolan ve ölen kişi sayısı ve
- Afetin kritik altyapının hasar görmesi ve temel hizmetlerin bozulmasına verdiği zararı kapsayan doğrudan ekonomik kayıpların küresel GSYH'ye oranı.

Türkiye Afet Bilgi Bankası (TABBB) verilerine göre 2000-2016 döneminde toplam 688 kişi deprem nedeniyle yaşamını kaybetmiştir. AFAD Stratejik Planı, son 60 yıllık istatistiklere göre; afetlerin neden olduğu doğrudan ve dolaylı ekonomik ka-

yıpların, GSMH'nin %3'ü kadar olduğunu belirtmektedir ancak afetin yarattığı hasarın GSYH ya da GSMH'ye oranı hakkında yıl bazında kırılımlı veri bulunmamaktadır.³

Ülkemizde hedef 1.5'e yönelik olarak, afet ve acil durumlar ile ilgili mevzuat kapsamında, afet riskini azaltmaya ve afetzedelerin içinde buldukları zorlu durumları düzeltmeye yönelik düzenlemeler bulunmaktadır:

- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği
- Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği
- Afet Bölgelerinde Yapılacak Yapılar Hakkında Yönetmelik⁽³⁾.

Bunların yanı sıra, büyük depremlerde ciddi zararlara uğrayan afetzedeler ile ilgili ayrıca bir yönetmelik bulunmaktadır (Tunceli, İzmir ve Bingöl Depremlerinde Zarar Gören Afetzedeler Hakkında Yönetmelik). Tüm bu mevzuatın temel amacı, afet bölgelerindeki yapıların sağlamlaştırılması, bazı afet bölgelerine getirilen yapı sınırlandırması, tüm yapıların mevzuatta belirtilen standartlara ve teknik şartnamelere uygunluğunun sağlanmasıdır. Bu yönetmelikler, kaçınılmaz olan afetlere karşı hazırlıklı olmayı hedeflemektedir⁽³⁾.

Hedef 11.5 kapsamında 2030'a kadar, yoksulları ve kırılgan durumdaki insanları korumaya odaklanarak, su kaynaklı afetler de dâhil olmak üzere afetlerden kaynaklanan ölümleri ve etkilenen insan sayısını kayda değer miktarda azaltmak ve ekonomik kayıpların küresel GSYH içerisindeki göreceli payını büyük oranda düşürmek hedeflenmiştir. Bu amaçla Kalkınma Planlarında afetler konusunda risk azaltma, hazırlık, müdahale ve afet sonrası iyileştirme çalışmalarının bir bütünlük içinde yürütülebilmesi ve ülkemizin afet yönetim kapasitesinin artırılmasına yönelik politikalar yer almaktadır⁽³⁾.

Hedef 11.5 kapsamında ülkemizdeki kentsel dönüşüm projeleri, afet riskli alanların yenilenmesinden sanayi alanlarının dönüşümüne, tarihi alanların canlandırılmasından nitelikli konut projeleri üretimine kadar birçok alanda gerçekleştirilmektedir. Gerçekleştirilen yasal düzenlemeye istinaden, 2012-2019 yılı 1. çeyrek döneminde; ülkemiz genelinde 602 bin bağımsız birimden 188 binin riskli yapı tespiti yapılmış, 28.145 hektar alanda 227 adet riskli alan, 141 adet Kentsel Dönüşüm ve Gelişim Proje Alanı (KDGPA) ile 10 adet Yenileme

Alanı ilan edilmiştir. Ayrıca 37 ilde toplamda 46.217 hektarlık 204 adet rezerv yapı alanı belirlenmiştir. Kentsel dönüşümün finansmanı kapsamında 2012 yılından itibaren, yaklaşık 8,1 milyar TL (2,83 milyar ABD Doları) harcama yapılmıştır⁽²⁾.

2013 yılında yayımlanan *Ulusal Deprem Stratejisi Planı* depremlerin neden olabileceği fiziksel, ekonomik, sosyal ve çevresel zarar ve kayıpların önlenmesi veya etkilerinin azaltılması ve depreme dirençli, güvenli, hazırlıklı ve sürdürülebilir yeni yaşam çevrelerinin oluşturulmasını amaçlamıştır. *Türkiye Afet Müdahale Planı*, afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak hizmet grupları ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamakta, afet öncesi, sırası ve sonrasındaki müdahale planlamasının temel prensiplerini belirlemektedir. Dolayısıyla Plan, bütünlükli afet yönetimi konusunda üst çerçeveyi belirleyen bir politika dokümanı görevi görmektedir. Gelecek dönemde stratejik planlarda afet risklerinin azaltılmasına yönelik uygulama mekanizmalarının güçlendirilmesi, afetlere hazırlık ve afet sonrası müdahalede özel önem arz eden kullanım mekânları ile enerji, ulaştırma, su ve haberleşme gibi kritik altyapıların ve binaların güçlendirilmesine öncelik verilmesi önem arz etmektedir. AFAD tarafından yayımlanmış olan 2014-2023 İklim Değişikliği ve Buna Bağlı Afetlere Yönelik Yol Haritası Belgesi ile afet yönetimi politika belgelerine eklenmiştir⁽³⁾.

Hedef 11.5'e hizmet eden mevzuat 3194 Sayılı *İmar Kanunu* ve 6306 Sayılı *Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Hakkında Kanun* ve uygulama yönetmelikleridir. Mevzuatta afet tehlikesi karşısında can ve mal güvenliğinin korunması için düzenlemeler getirilmiştir. Bu düzenlemeler kapsamında afet riski altındaki alanların dönüştürülmesi, riskli yapıların tespit edilmesi, afetten kaynaklanacak tehlikelerin azaltılması için halkın bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca afet ve acil durumlara ilgili faaliyetlerin bir bütünlük içinde yürütülmeleri ve bu alanda görev yapan kuruluşların koordineli bir şekilde çalışabilmeleri amacıyla 29.05.2009 tarihinde 5902 sayılı *Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun* yürürlüğe girmiştir. AFAD ile yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmış afetlere yönelik risk azaltma ve hazırlık çalışmalarının iyileştirilmesi, afet konusunda görev yapan kurumlar arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması

amacıyla AFAD'a bağlı İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri oluşturulmuştur⁽³⁾.

Ülkemizde afet risklerinin azaltılması kapsamında, hedeflere yönelik olarak afet risklerinin azaltılması ve kapasite güçlendirmeye yönelik projeler bulunmaktadır. *Afet Yönetim ve Karar Destek Sistemi (AYDES)* bu projelerden biridir. AFAD tarafından yürütülen proje ile afet ve acil durumların tüm aşamalarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi için coğrafi bilgi sistemi ve uzaktan algılama destekli uygulamalarla erken uyarı ve tahmin, modelleme ve simülasyon yapabilen web tabanlı bir platform kurulmuştur. Afetler için önceden hazırlıklı olmaya ve meydana gelen afetleri daha etkin ve hızlı yönetmeye yönelik bir karar destek sistemi olan AYDES afet yönetiminden sorumlu kurumlara yönelik entegre bir veri tabanı sunmaktadır^(2,3).

Hedef 1.5 kapsamında, 2010-2023 dönemlerini kapsayan İklim Değişikliğiyle Mücadele Stratejisiyle, çevresel felaketler ve afetlerin kırılgan kesimler üzerinde oluşturduğu risklerin azaltılmasına yönelik önemli adımlar atılması hedeflenmektedir. Bu çerçevede, tarımsal kuraklıkla mücadele edilmesi, altyapı, sağlık ve kentleşme alanlarında iklim değişikliği risk haritaları ve uygulama planları oluşturulması yoluyla yoksulluk sınırındaki kesimlerin çevresel olaylar ve afetler karşısındaki kırılganlığı azaltılacaktır⁽²⁾.

Ülkemizde risk azaltımı ve risk yönetimi kapsamında özellikle afetlere bağlı dışsal faktörlerin sağlık üzerine etkisini azaltmaya yönelik Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) kurularak önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Konusunda uzman gönüllü sağlık personelinin oluşan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) olağan dışı olaylar ve doğal afetlerde acil tıbbi yardım ve medikal kurtarma yapmaktadır. UMKE Bünyesindeki gönüllü sağlık personeli sayısı ve farklı dallardaki uzmanlaşmış medikal ekiplerin niteliği açısından medikal kurtarma konusunda dünyadaki iyi örneklerden biri konumundadır⁽²⁾.

Ülkemizde Sosyal Uyum Yardımı (SUY) Programı ile DGP (Dünya Gıda Programı) ve Kızılay'ın öncülüğünde 2016 yılından beri sürdürülen, Suriyeli mültecilerin kamp dışı hizmetlere ulaşabilmesi için geliştirilmiş bir program mevcuttur. Her ay "Kızılay Kart" aracılığıyla temel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri miktarda para yatırılmaktadır (120 TL/ay/kişi engeli varsa 600 TL ek). En büyük insani maddi yardım programı ise ECHO (Avrupa

Sivil Koruma ve İnsani Yardım Genel Müdürlüğü) tarafından finanse edilmektedir⁽²⁾.

Sosyal uyum kapsamında kişilere verilen yardım, fon devam ettiği sürece kişilere sınırlı da olsa destek olacaktır; fakat fonun kesilmesi durumunda kişiler zor durumda kalabilir. Bu nedenle sürdürülebilirlik açısından kişilere istihdam sağlamak daha faydalı olacaktır. İstihdam odaklı programlar ile ülkenin üretim kapasitesi korunup artırılacağı gibi, en incinebilir grubun bile gelir güvencesi sağlanabilecektir. Ek olarak, bu altyapı hamlesi ile gelecekte gerçekleştirilecek afetlerin etkisi hafifletilebilecektir.

Ülkemizdeki yerleşimleri etkileyebilecek afet tehlikelerini birlikte ele alan ve farklı afet türlerine göre ayrı ayrı üretilmiş tehlike ve risk haritalarının hazırlanması çalışmaları devam etmektedir. Heyelan, kaya düşmesi ve çığ afetleri için kılavuzlar geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Heyelan afeti için duyarlılık haritaları tamamlanmış, kaya düşmesi ve çığ afetleri için haritaların ülke genelinde tamamlanması çalışmaları devam etmektedir⁽²⁾.

Birden fazla afet için risk altında olan Türkiye'nin ilgili hedefler kapsamında güçlü olduğu noktalar olmakla birlikte, alt başlıklarda boşlukların olduğu gözlenmektedir. Bunların ilki afet yönetimi süreçlerine iklim değişikliği konusunun entegre edilmesidir. Türkiye'de afet yönetimi bütünlük bir yapı ve farklı strateji belgeleriyle kapsamlı bir çerçevede yönetilmektedir. Ancak, iklim değişikliği ile mücadele çalışmaları halen afet yönetimi sürecinin resmi bir politikası haline gelmemiştir. İklim değişikliği mevsim dengelerini bozarak doğal afetleri artırması ve afet yönetimi açısından önemli risk oluşturması nedeniyle iklim değişikliğine uyum politikaları gelecekte afet risklerinin azaltılması sürecinde dikkate alınması gereken en önemli faktörlerden biri olacaktır. İkinci konu ise, uluslararası yardımlarda sürdürülebilir inşaata sağlanan yardımların, sürdürülebilir şehirleri destekleyen bir tema ile detaylandırılmasıdır⁽³⁾.

Türkiye 11. Kalkınma Planına göre, afet yönetimi kapsamında Türkiye'de afetlere karşı toplumsal bilincin artırılması, afetlere dayanıklı ve güvenli yerleşim yerlerinin oluşturulması ve risk azaltma çalışmaları yapılarak afetlerin neden olabileceği can ve mal kaybının asgari düzeye indirilmesi temel amaçtır. Bu amaçla yapılması planlanan bazı çalışmalar, planda yer aldığı haliyle aşağıda özetlenmiştir :

- Bölgelerin sosyo-ekonomik ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak, farklı afet türlerine göre önceliklendirme yapılarak ve ülke genelinde işbirliği faaliyetleri artırılarak afet risk ve zarar azaltma çalışmaları yapılacaktır.
- Türkiye Afet Risk Azaltma Planı hazırlanacaktır.
- Öncelikli afet türleri dikkate alınarak il afet risk azaltma planları hazırlanacaktır.
- Olmuş veya olması muhtemel afetler için yerel afet önleme projeleri hazırlanıp uygulanma kapasitesi artırılacaktır.
 - Doğal afet sigortası bütün afet türlerini kapsayacak şekilde genişletilerek yaygınlaştırılacak, zorunlu deprem sigortası beyanı ve ödemesinin etkin bir şekilde takibi sağlanacaktır.
 - Uluslararası işbirliği faaliyetleri artırılacaktır.
- Ülke genelinde iklim değişikliğinin etkilerine ilişkin senaryolar da dikkate alınarak afet tehlike ve risk haritaları hazırlanacaktır.
 - Tüm afet türlerine göre afet tehlike haritaları hazırlanacaktır.
 - Afet tehlike derecesi yüksek olan yerlerde afet türlerine göre risk haritaları hazırlanacaktır.
- İstanbul'da olması muhtemel bir deprem sonrasında oluşabilecek can ve mal kaybının en az seviyede tutulabilmesi için gerekli risk azaltma ve güçlendirme çalışmalarına devam edilecektir.
 - İstanbul'daki kritik alt yapı tesislerinin afetlere karşı dayanıklılığı artırılacaktır.
 - İstanbul'da afet ve acil durumlarda kullanılması planlanan geçici barınma alanlarının hizmet vereceği kapasite dikkate alınarak sosyal donatılarının tamamlanması ve kapasitelerinin artırılması sağlanacaktır.
 - İstanbul'da yer alan kültür ve tabiat varlıklarının afetlere karşı dayanıklı hale getirilmesi sağlanacaktır.
- Afetlere hazırlık ve afet sonrası müdahalede özel önem arz eden hastane, okul, yurt gibi ortak kullanım mekânları ile enerji, ulaştırma, su ve haberleşme gibi kritik altyapıların güçlendirilmesine öncelik verilecektir.
 - Kamu hizmet binalarının envanterini çıkarma ve afetlere karşı güçlendirme çalışmalarına devam edilecektir.
 - Kritik altyapı tesislerinin önceliklendirilmesi için yöntem belirlenecektir
- Afet sonrası iyileştirme çalışmaları için kapasite güçlendirilecektir. 726.1. Afet sonrası iyileştirme planı hazırlanmasının usul ve esasları belirlene-

Tablo 187.2 Afet Yönetimi Hedefleri, Türkiye

	2018	2023
Zorunlu deprem sigortasına dahil olan konut ve işyeri sayısı (Milyon)	8,9	12,1
Risk azaltma planı hazırlanacak il sayısı (Kümülatif)	-	81
Sayısal telsiz sistemine dahil edilen il sayısı	1	81

Kaynak: On Birinci Kalkınma Planı, 2019-2023. TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.

rek ulusal iyileştirme planının çerçevesi hazırlanacaktır.

- Afet sonrası iyileştirme planı hazırlanmasının usul ve esasları belirlenerek ulusal iyileştirme planının çerçevesi hazırlanacaktır.
- Afet riski yüksek olan yerler için yerel afet sonrası iyileştirme planları hazırlanacaktır.
- Afet yönetiminin etkinliğini artırmak üzere kurumlar arasında sürdürülebilir iletişim altyapısı üzerinden karar desteği sağlamaya yönelik veri paylaşımını iyileştirecek kesintisiz haberleşme altyapısı ile afet yönetimi bilgi ve karar destek sistemleri geliştirilecektir.
 - Afetlere daha etkin müdahale için kesintisiz ve güvenli haberleşme altyapısı kurulmasına yönelik çalışmalar tamamlanacaktır.
 - Afetlerin daha etkin yönetimi için coğrafi bilgi sistemi üzerinde kurulan ve afet anında tüm kaynakları etkin bir şekilde yönetebilen karar destek mekanizması geliştirilecektir.
- Afet ve acil durumlara karşı toplumsal farkındalık artırılacak ve yerel düzeyde afet yönetiminden sorumlu birimlerin kapasiteleri güçlendirilecektir.
 - Afet ve acil durumlara karşı ülke genelinde bilinçlendirme çalışmaları yapılacak, eğitim ve farkındalık merkezleri aracılığı ile toplumsal farkındalığın artırılması sağlanacaktır.

- Yerelde afet yönetiminden sorumlu birimlerin teknik ve idari kapasitelerinin güçlendirilmesi çalışmaları yapılacaktır.
- İhtiyaç duyulan lojistik barınma malzemesinin tedariki yapılacaktır.

Kaynaklar

1. [İnternet] <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> Erişim: 24.07.2020
2. Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 2019 "Ortak Hedefler için Sağlam Temeller". TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
3. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
4. United Nations- Economic and Social Council. Progress towards the Sustainable Development Goals, Report of the Secretary- General, 2020.
5. Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., Woelm, F., The Sustainable Development Goals and COVID-19. Sustainable Development Report 2020. 2020, Cambridge: Cambridge University Press.
6. Bong, C.L., et al., The COVID-19 Pandemic: Effects on Low- and Middle-Income Countries. Anesth Analg, 2020. 131 (1): p. 86-92.
7. International Labour Organisation. Active Labour Market Policies, 2020. Erişim: <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/active-lm-policies/lang--en/index.html>.
8. On Birinci Kalkınma Planı, 2019-2023. TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.

Şehirlerin Çevresel Etkilerinin Azaltılması

188

UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 11

Şehirleri ve insan yerleşimlerini kapsayıcı, güvenli, dayanıklı ve sürdürülebilir kılmak

Hedef 11.6

2030 yılına kadar, belediye atıkları ile diğer atıkların yönetimine ve hava kalitesine özel önem verilerek kentlerde kişi başına düşen olumsuz çevresel etkileri azaltmak

Gösterge

- Düzenli olarak toplanan ve uygun nihai işlem uygulanan kentsel katı atıkların toplam kentsel katı atıklara (şehir bazında) oranı
- Şehirlerdeki (nüfusa göre ağırlıklı) ince partikül maddelerin (örneğin PM2.5 ve PM10) yıllık ortalama seviyeleri

2030'a kadar, belediye atıkları ile diğer atıkların yönetimine ve hava kalitesine özel önem verilerek kentlerde kişi başına düşen olumsuz çevresel etkileri azaltmak amaçlanmaktadır.

Şehirlerin Çevresel Etkileri:

- Nüfusun şehirlerde yaşama oranı
- Kentsel gecekondu bölgelerinde yaşayan nüfus artışı

Toplu taşımaya erişim (Sürdürülebilir ulaşım): Toplu taşıma araçlarının kullanılması hava kirliliğinin ve iklim değişikliğinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır.

- Belediye atıkları ve kentsel altyapı
- Açık kamusal alanlar

Hava kirliliği: Şehirlerdeki ince partikül maddelerin (örneğin PM2.5 ve PM10) nüfusa göre ağırlıklı yıllık ortalama seviyeleridir. PM10 değeri hava kirliliğinin bir ölçüsü olup; çapı 10 mikronun altında olan havada asılı ince partiküllerin yıllık ortalama konsantrasyonunu ifade etmektedir. Trafik, sanayi, enerji üretimi, atık yakma ve konut yakıtının yanmasından kaynaklanan çevre hava kirliliği, hanehalkı hava kirliliği ile birlikte, hem insan sağlığı hem de iklim değişikliğini azaltma çabaları için büyük bir tehdit oluşturmaktadır.

Dünyada Durum

2007'den bu yana, dünya nüfusunun yarısından fazlası şehirlerde yaşamakta ve 2030 yılına kadar % 60'a çıkacağı tahmin edilmektedir. Şehirler ve metropol bölgeler, küresel GSYİH'nın % 60'ına katkıda bulunmakla birlikte, kaynak kullanımının % 60'ından fazlasını ve küresel karbon emisyonlarının yaklaşık % 70'ini oluşturmaktadır⁽¹⁾.

Dünya çapında kentsel gecekondu bölgelerinde yaşayan nüfusun oranı 2000 ve 2014 yılları arasında % 28'den % 23'e azalmakla birlikte bu oran 2018'de % 23,5'e yükselmiş ve mutlak insan sayısı 1 milyarın üzerine çıkmıştır. 2030 yılına kadar tahmini 3 milyar insanın yeterli ve uygun fiyatlı konutlara ihtiyacı olacaktır. Gecekondu sakinlerinin sayısındaki artış, hem şehirleşmenin hem de nüfus artışının yeni uygun fiyatlı evlerin inşasını geride bırakmasının sonucudur. Yeterli barınma bir insan hakkıdır

ve yokluğu kentsel eşitliği ve kaynaşmayı, sağlık ve güvenliği ve geçim olanaklarını olumsuz etkilemektedir. 2030 yılına kadar herkes için uygun fiyatlı ve yeterli konut sağlanabilmesi için politikaların yenilenmesi ve yatırımların artırılması gerekmektedir⁽¹⁾.

2018'de 78 ülkede 227 şehirde, kent sakinlerinin % 53'ü toplu taşıma araçlarına kolay erişim (otobüs durağına veya demiryolu ve / veya feribot terminaline 500 metre yürüme mesafesi) imkanına sahip olduğu bildirilmiştir. 2001 ve 2014 arasında toplu taşıma kullanan insanların sayısı yaklaşık % 20 artmıştır⁽¹⁾.

Düzenli olarak toplanan belediye katı atıklarının oranı, 2001-2010 yılları arasında % 76'dan, 2010-2018 arasında % 81'e yükselmiştir. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde birçok belediye katı atık tesisi, açık çöp sahalarıdır. Bunlar plastik atıklar, metan gibi sera gazı emisyonlarının yanı sıra hava, su ve toprak kirliliğine katkıda bulunurlar. 2010-2018 yılları arası, 2 milyar insan için atık toplama hizmetinden, 3 milyar insan kontrollü atık bertaraf tesislerine erişimden yoksun kalmıştır.

2018'de 77 ülkede 220 şehirde, tüm kentsel alanları kapsayan, yani tüm sakinlerin kolayca ulaşabileceği bir açık kamusal alan sistemi uygulanabilmiştir. Bulgular, açık bir kamusal alana 400 metre yürüme mesafesinde olan nüfusun ortalama oranı % 31'dir⁽¹⁾. 2030' kadar Küresel olarak üretilen toplam atığın 2016 yılında yaklaşık 2 milyar mt'dan 2050 yılına kadar 4 milyar mt'a çıkması bekleniyor. Dünya genelinde katı atıkların işlenmesini iyileştirmek için atık yönetimi altyapısına yatırım acilen gereklidir⁽¹⁾.

2016 yılında on kent sakininden dokuzu kirli havayı solumaktadır (WHO hava kalitesi yönergeleri-

ne uygun olmayan- metre başına 10 mikrogram veya daha az yıllık ortalama ince partikül madde (PM2.5) seviyeleri). Bu kişilerin yarısından fazlası hava kirliliği seviyelerine, kılavuz değer en az 2,5 katı kadar maruz kalmıştır. Hava kalitesi 2010-2016 yılları arasında dünya nüfusunun % 50'sinden fazlası için daha kötüleşti. Orta ve Güney Asya ve Sahra altı Afrika, partikül madde konsantrasyonlarında en büyük artışları olan iki bölgedir⁽¹⁾.

2016 yılında düşük ve orta gelirli ülkelerde 100.000'den fazla nüfusu olan şehirlerin % 97'sinin ve yüksek gelirli ülkelerin % 49'unun hava kalitesi, hava kalitesi yönergelerini karşılamamıştır. Hava kirliliğine bağlı ölümlerin % 90'ından fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde, özellikle Asya ve Afrika'da meydana gelmektedir⁽¹⁾.

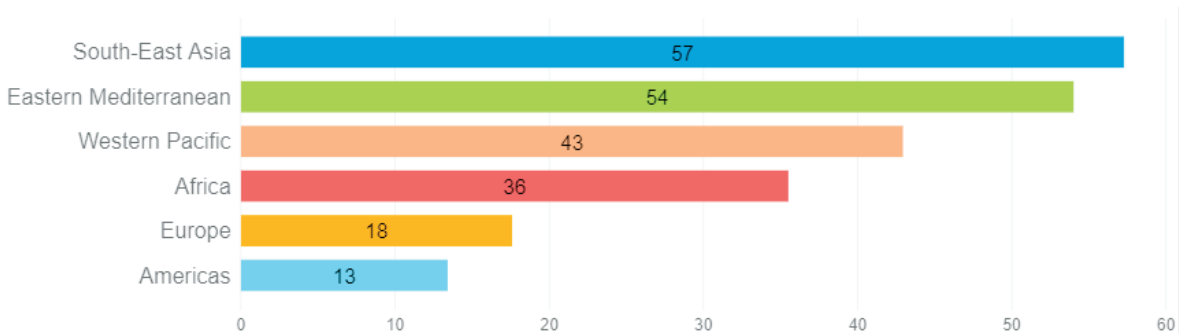
Dünya genelinde PM2.5 ince partikül madde konsantrasyonu kentsel bölge için 39,6 µg / m³, kentsel ve kırsal toplamı için 39 µg / m³'dur. Gelişmiş bölgelerde 11, gelişmekte olan bölgelerde 44'dür⁽²⁾.

En yüksek konsantrasyon DSÖ Güneydoğu Asya bölgesi (57.28 µg / m³), en düşük konsantrasyon DSÖ Amerika bölgesi (13.41 µg / m³)⁽²⁾.

2020 küresel sürdürülebilir kalkınma raporuna göre 2017 yılında çapı 2,5 mikrondan az olan partikül madde (PM2,5) yıllık ortalama konsantrasyonu OECD üyesi ülkelerde 14.5 µg / m³, düşük gelirli ülkelerde 43.2 µg / m³, düşük-orta gelirli ülkelerde 64.3 µg / m³, yüksek orta gelirli ülkelerde 38.9 µg / m³, yüksek gelirli ülkelerde 14.6 µg / m³'dür⁽³⁾.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de 2012 yılına kadar 16 büyükşehir statülü belediye varken yürürlüğe giren 6360 sayılı yasa ile



Şekil 188.1 Kentsel alanlarda yıllık çevre ince partikül maddelere (PM 2.5) maruz kalma, 2018 (metreküp başına mikrogram (µg / m³))

sayıları 30'a yükseltilmiştir. Yeni yasa ile büyükşehir belediyelerinin hizmet sınırları tüm il sınırı kabul edilmiş, ildeki beldeler kapatılmış ve köy yerleşmelerinin tüzel kişilikleri kaldırılarak mahalle statüsüne alınmıştır. Yeni yapılandırma sonucunda 30 büyükşehirde kırsal yerleşmeler bağlı oldukları ilçe merkezleriyle birleşerek büyükşehir idari alanını oluşturmaktadır. Bu yasa sonucunda Türkiye'de 2012 yılında % 74,6 olan şehir nüfusu ise % 89,8'e yükselmiştir ⁽⁴⁾.

Belediyeler aracılığıyla toplam nüfusun %91'ine atık hizmeti verilmektedir. Atık bertarafı ve geri dönüşüm hizmetlerinden yararlanan nüfus %71 oranındadır ⁽⁵⁾. TÜİK verilerine göre Türkiye'de düzenli toplanan kentsel katı atıkların oranı 2010 yılında %54,7, 2012 yılında %59,9, 2014 yılında %61,8, 2016 yılında %70,1, 2018 yılında %78,6'dır ⁽⁶⁾.

Türkiye'de 81 ilde kurulu bulunan hava kalitesi izleme istasyonlarının ölçümlediği veriler il bazında yıllık ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Nüfusun tamamı Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen seviyelerin üzerinde hava kirliliğine maruz kalmaktadır. 2007 yılında tamamı Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'na ait olan 36 adet hava kalitesi izleme istasyonu sayısı, 2017 yılı itibarıyla 219'u belediyelerin 28 ve sanayi kuruluşlarına ait 6 olmak üzere toplam 253 adet olmuştur ⁽⁵⁾.

DSÖ'ne göre Türkiye genelinde PM2.5 ince partikül madde konsantrasyonu kentsel bölge için 41,2

$\mu\text{g} / \text{m}^3$, kırsal bölge için 43,2 $\mu\text{g} / \text{m}^3$, toplamda 42,0 $\mu\text{g} / \text{m}^3$ 'dir ⁽²⁾.

2020 küresel sürdürülebilir kalkınma raporuna göre Türkiye'de 2017 yılında çapı 2,5 mikrondan az olan partikül madde (PM2,5) yıllık ortalama konsantrasyonu 44.3 $\mu\text{g} / \text{m}^3$ 'dür ⁽³⁾.

Türkiye'de hedef 11.6 ile ilgili sorumlu kurum Çevre ve Şehircilik Bakanlığı; ilgili kurumlar Türkiye Belediyeler Birliği ve İller bankası A.Ş'dir. SKA-11.6 ile ilgili Politika Dokümanları;

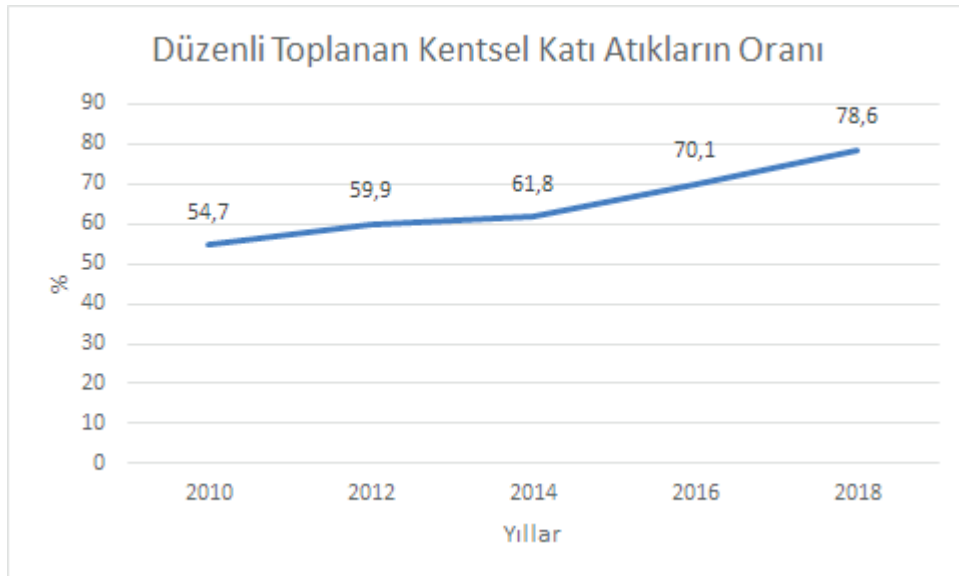
- Türkiye'nin İklim Değişikliği Uyum Stratejisi Eylem Planı,
- Ulusal Çevre Stratejisi ve Eylem Planı,
- Ulusal Geri Dönüşüm Stratejisi ve Eylem Planı (2014-2017),
- ÇŞB Stratejik Planı (2015-2017),

Atık Yönetimi Eylem Planı, Atıksu Arıtımı Eylem Planları, 2008-2013 ve 2015-2023 dönemleri

Temiz Hava Eylem Planı,

KENTGES hava, su ve toprak kirliliğinin ölçme, izleme ve bilgilendirme alt yapısının geliştirilmesini hedeflemektedir ⁽⁵⁾.

Hava yönetiminde daha etkin politika üretebilmek amacıyla 2017 yılında pilot Marmara Bölgesi hava kirliliği dağılım haritası hazırlanmış olup, söz konusu uygulamanın 2019 yılına kadar ülke genelinde yaygınlaştırılması planlanmaktadır ⁽⁵⁾.



Şekil 188.2

Kaynak: TÜİK, Sürdürülebilir kalkınma göstergeleri, 2010-2018.

6360 sayılı On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı ve Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile nüfusun %93'ü belediye sınırları içinde yaşar hale gelmiş ve belediyelerin hizmet alanları genişlemiştir⁽⁵⁾.

2015 yılında yürürlüğe giren Atık Yönetimi Yönetmeliği ile evsel nitelikli katı atık bertarafının sorumluluğu büyükşehirlerde büyükşehir belediyelerinde, diğer yerlerde de belediyeler mahalli idare birlikleri ile özel idarelerinde bulunmaktadır. Atıkların toplanması ve taşınması da il ve ilçe belediyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca 5491 sayılı Çevre Kanunu tehlikeli atık üreticilerini atıklarını bertaraf etmek veya ettirmekle yükümlü kılmaktadır⁽⁵⁾.

Hedef 11.6 ile ilgili olarak Ulusal Hava Kirliliği Emisyon Yönetim Sisteminin Geliştirilmesi Projesi kapsamında emisyon envanteri hazırlanması için ulusal bir sistemin oluşturulması, ülkemize özgü emisyon faktörlerinin geliştirilmesi, il bazında katı yakıt satışlarının elektronik olarak kayıt altında tutulması, Marmara Bölgesi için detaylı ve sektörel emisyon envanterinin oluşturularak modeller aracılığıyla hava kalitesi değerlendirmelerinin yapılması faaliyetleri yürütülmüştür⁽⁵⁾.

T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 11. kalkınma planında (2019-2023):

Kentsel dönüşüm uygulamaları ile Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) tarafından yüzde 89'u sosyal konut olmak üzere toplam 239 bin konut üretilmiştir. Kentiçi ulaşımında erişilebilirliğin artırılması yönünde çalışmalara devam edilmiştir.

Köylerin mahalli müşterek nitelikli altyapı ve üst yapı ihtiyaçlarının giderilmesi için büyükşehir olmayan iller için KÖYDES kapsamında; büyükşehir belediyesi bulunan illerde köy ve beldeden mahalleye dönen yerleşim yerlerinde ise Büyükşehirlerin Kırsal Altyapısı Projesi (KIRDES) kapsamında köylerin ve beldelerin kaliteli ve erişilebilir yol ağı için finansal destek sağlanacaktır.

Kentsel dönüşüm uygulamaları ile Toplu Konut İdaresi Başkanlığı (TOKİ) tarafından yüzde 89'u sosyal konut olmak üzere toplam 239 bin konut üretilmiştir. Atık su ve katı atık hizmetleri gibi kentsel altyapı yatırımlarına devam edilmiştir.

Turizm bölgelerinde kanalizasyon, katı atık bertaraf ve atık su arıtma altyapı yatırımları gerçekleştirilecektir.

Köylerin mahalli müşterek nitelikli altyapı ve üst yapı ihtiyaçlarının giderilmesi için büyükşehir olmayan iller için KÖYDES kapsamında; büyükşehir belediyesi bulunan illerde köy ve beldeden mahalleye dönen yerleşim yerlerinde ise Büyükşehirlerin Kırsal Altyapısı Projesi (KIRDES) kapsamında köylerin ve beldelerin kaliteli ve erişilebilir atık su tesisi, küçük sulama tesisi yapım işleri için finansal destek sağlanacaktır.

Köylerde 2018'de 90 olan kanalizasyon şebekesi ile hizmet verilen belediye nüfusunun toplam belediye nüfusuna oranı 2023'de 95'e çıkarılacaktır.

Biyokütle ve atıklar verimli kullanılarak kimyasal üretiminde alternatif girdi olarak

Değerlendirilecektir.

Arıtılmış atıksuların başta tarım olmak üzere yeniden kullanılması için havza bazında planlama yapılacak ve su kaynakları üzerindeki baskı azaltılacaktır.

Atıksu arıtma tesislerinin etkin şekilde çalıştırılması için KÖİ modeli yaygınlaştırılacak, atıksuya ilişkin denetim, teknik bilgi eksikliği ve kapasite gibi mevcut engellerin hızlı ve etkin şekilde üstesinden gelinecektir.

Sıfır Atık Projesi uygulamaları yaygınlaştırılacaktır.

Sera gazı emisyonuna sebep olan binalar ile enerji, sanayi, ulaştırma, atık, tarım ve ormancılık sektörlerinde emisyon kontrolüne yönelik Niyet Edilmiş Ulusal Katkı çerçevesinde çalışmalar yürütülecektir⁽⁷⁾.

Kaynaklar

- 1) Messerli, P., Murniningtyas, E., Eloundou-Enyegue, P., Foli, E. G., Furman, E., Glassman, A., ... & Richardson, K. (2019). Global Sustainable Development Report 2019: The Future Is Now—Science for Achieving Sustainable Development.
- 2) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-11.6-clean-cities>
- 3) Sustainable Development Report 2020, Cambridge University Press.
- 4) Bekdemir, Ü., Kocaman, S., & Polat, S. (2014). Yeni Büyükşehir Yasası Sonrasında Türkiye'de Şehir Nüfusu Ve Şehir Yerleşmeleri. Eastern Geographical Review, 19 (32).
- 5) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
- 6) <http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergeleri-2010-2018-yayinlandi/>
- 7) http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/ON_BIRINCI_KALKINMA-PLANI_2019-2023.pdf

İklİmle İlgili Afetlere Karşı Dayanıklılık ve Uyum Kapasitesinin Güçlendirilmesi

189

UZM. DR. DİLEK ENER • ARŞ. GÖR. DR. DİLEK YILDIRIM

SKA 13

İklim değışikliği ve etkileri ile mücadele için acilen eyleme geçmek

Hedef 13.1

Tüm ülkelerde iklim değışikliğiyle ilgili tehlikeler ile doğal afetlere karşı dayanıklılık ve uyum kapasitesini güçlendirmek

Gösterge

- 100.000 kişi başına afetlerden doğrudan etkilenen, kaybolan ve ölen kişi sayısı
- Sendai Afet Risk Azaltımı Çerçeve Belgesi, 2015-2030 ile uyumlu olarak ulusal afet riski azaltma stratejilerini kabul eden ve uygulayan ülkelerin sayısı
- Ulusal afet riski azaltma stratejileri ile uyumlu yerel afet riski azaltma stratejilerini uygulayan ve kabul eden yerel yönetimlerin oranı

Hızla artan nüfus, şehirleşme, ekonomik faaliyetler ve çeşitlenen tüketim alışkanlıkları çevre ve doğal kaynaklar üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Çevre kirliliği, iklim değışikliği, çölleşme, ormansızlaşma, biyolojik çeşitlilik kaybı, kuraklık gibi çevre problemleri, her geçen gün insan yaşamını ve kalkınma sürecini daha belirgin bir şekilde etkilemektedir. Yüksek sera gazı emisyonlarının da etkisiyle hızlanan iklim değışikliğinin doğal afetlerin artmasına neden olduğu ve insanlık için ciddi bir tehdit oluşturduğu görülmektedir. Talebin ve tüketimin arttuğu dünyada sürdürülebilir çevre ve doğal

kaynak yönetimi ile yaşanabilir kentlerin inşası git-tikçe önem kazanmaktadır ⁽¹⁾.

Kentlerin sürdürülebilir gelişimini sağlamaya yönelik; erişilebilir yüksek bağlantılı kentsel ulaşım sisteminin kurulması, afetlere ve iklim değışikliğine karşı dayanıklı altyapı, sürdürülebilir üretim ve tüketim mekanizmasının oluşturulması, uzun vadeli bütünleşik kentsel planlama ve tasarım yapılması ve etkin afet yönetiminin uygulanması gibi çalışmalar, tüm paydaşların katılımını ve kapsamlı bir işbirliğini gerekli kılmaktadır ⁽¹⁾.

Dünyada Durum

2018 yılında ortalama küresel sıcaklık değeri, son yıllardaki kontrolsüz artışın sonucu olarak bazal çizginin yaklaşık 1°C üzerine çıkmış ve rekor düzeye ulaşmıştır. Geri dönüşümsüz değışimlerden korunmak için küresel ısınmayı 1,5°C'ye sınırlamak gerekmektedir. Sera gazı seviyeleri yükseldikçe, iklim değışikliğini tetikleyen olaylar artmakta ve etkileri dünya çapında yayılmaktadır ⁽²⁾.

İklim değışikliği afet riskini daha da artırmaktadır. 1998'den 2017'ye kadar, dünyadaki iklim kaynaklı felaketler, tüm felaketlerden kaynaklanan 3 trilyon dolarlık ekonomik kayıpların yüzde 77'sini oluşturmuştur. İklimle ilgili ve jeofizik felaketler tahmini 1,3 milyon ölüme neden olmuştur ⁽²⁾.

2015-2030 Sendai Afet Riskini Azaltma Çerçevesi, yeni afet risklerini önlemek ve mevcut riskleri azaltmak için hedefleri ve öncelikleri açıklamaktadır. Ülkeler 2020 yılına kadar Sendai Çerçevesi'ne uygun ulusal ve yerel afet riskini azaltma stratejilerini geliştirmek ve uygulamak için çaba sarf etmiş-

tir. 2017-2018 raporlarına göre, 70 ülkenin 67'sinin Sendai Çerçevesi ile bir ölçüde uyumlu stratejileri bulunmaktadır.⁽²⁾

Ülkeler ve iklim değişikliğiyle mücadelele yönelik finansmanı artırarak olumlu adımlar atmış olsa da, toplumun her alanında çok daha iddialı planlar ve benzeri görülmemiş değişiklikler yapılması gerekmektedir.⁽³⁾

Türkiye'de Durum

Akdeniz havzasında yer alan Türkiye, iklim değişikliğinden en fazla etkilenen ülkelerden biridir. Son yıllarda yaşanan kuraklıklar, taşkınlar ve sıra dışı hava olayları bunun en önemli göstergesi olup orman, su ve toprak kaynakları üzerinde önemli baskılar oluşturmaya başlamış, ekonomik ve sosyal hayatı etkilemiştir. Bu nedenle, Türkiye iklim değişikliğine uyum konusunda alınacak önlemlere özel önem vermektedir. Bu bağlamda, ekosistemler ve biyolojik çeşitlilik ile su kaynakları, tarım, sanayi, enerji, ulaşırma, yerleşmeler, turizm, ormancılık, sağlık gibi sosyoekonomik sektörler ön plana çıkmaktadır.⁽²⁾

Amaç 13.1 kapsamında "İklim değişikliğine uyum", "İklim değişikliğiyle mücadelenin politikalara entegrasyonu", "Farkındalık ve kapasite artırma" ile "Finans" temalarında değerlendirmeler yapılmaktadır.⁽²⁾ Amacın odak noktasında ise insan kaynaklı iklim değişikliğinin olumsuz etkilerine uyum kapasitesinin artırılması ve iklim bağlantılı risklere dayanıklılığın oluşturulması bulunmaktadır.⁽³⁾

İklim değişikliğine uyum kapsamında, son yıllarda Türkiye'de gerçekleşen hortum, sel, yıldırım düşmesi, aşırı sıcak hava ve dolu gibi afetlerin sayısında belirgin bir artış gözlenmektedir. Türkiye'de iklim değişikliğine bağlı olarak sellerin neden olduğu ekonomik kayıplar, sismik afetler nedeniyle olan ekonomik kayıplardan sonra ikinci sıradadır. İklim değişikliğinin olumsuz etkilerine karşı öncelikle kırılgan gruplar olmak üzere her kesimin ve kurumun uyum kapasitesinin güçlendirilmesi önemlidir. Bu bağlamda iklim değişikliği kaynaklı risklere dayanıklılığın oluşturulması konusunda afet politikalarına öncelik verilmektedir.⁽²⁾

İklim değişikliğinin Türkiye üzerindeki başlıca etkilerinin kuraklık, çölleşme, tarımsal verimde düşüş, biyolojik çeşitlilik ve ekosistem hizmetlerinin kaybı, orman yangınlarında ve salgın hastalıklar

ile zararlılarda artış olacağı tahmin edilmektedir. Tarım, doğaya bağlı olarak sürdürülen bir faaliyet olduğu için iklim değişikliğinin olumsuzluklarından en fazla etkilenecek sektörlerden biridir. Bu sebeple, tarımda suyun tasarruflu kullanımı ve su kirliliğinin önlenmesi, tarım arazilerinin korunması, çayır/mera ıslahı, erozyonla mücadele, tarımsal genetik çeşitliliğin korunması, risklerin erken algılanması, bitkisel ve hayvansal üretimde kuraklığa dayanıklı türlerin/ırkların seçimi ve geliştirilmesine ilişkin uygulamaların artırılması önem arz etmektedir.⁽²⁾

13.1 hedefine ulaşmada ülkemizde sorumlu kurum Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, ilgili kurumlar Tarım ve Orman Bakanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, AFAD Doğal Afet Sigortaları Kurumu'dur.⁽³⁾

SKA-13.1 ile İlgili Politika Dokümanları:

- Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı (US-DEP),
- Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) (2013),
- Yukarı Havza Sel Kontrolü Eylem Planı, Taşkın Eylem Planı (2014-2018),
- Ulusal Kuraklık Yönetimi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2017),
- Ulusal İklim Değişikliği Stratejisi (2010-2023),
- İklim Değişikliği Eylem Planı (İDEP) (2011-2023),
- İklim Değişikliği Uyum Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2023),
- İklim Değişikliği ve Buna Bağlı Afetlere Yönelik Yol Haritası Belgesi (2014-2023),
- Çölleşme ile Mücadele Ulusal Stratejisi ve Eylem Planı (2015),
- Erozyonla Mücadele Eylem Planı,
- Tarımsal Kuraklıkla Mücadele Stratejisi ve Eylem Planı,
- Ulusal Havza Yönetim Stratejisi (2014),
- AFAD Stratejik Planı, ÇŞB Stratejik Planı'dır.⁽³⁾

T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığının yayınladığı 10. Kalkınma Planı, iklim değişikliğini afet yönetiminde bir parametre olarak kabul etmiş olmakla birlikte, Plan ve Dönüşüm Programlarında doğrudan iklim değişikliği eksenli eylemlere yer verilmemiştir.⁽³⁾

Hedef 13.1 kapsamında afet ve acil durum öncesi, sırası ve sonrasına yoğunlaşan mevzuatta da insanları ve mallarını korumaya yönelik sigorta kurumları gibi vasıtalara öncelik verilmekle beraber sağlık ve eğitim hizmetlerinin de afet sonrası

devam etmesi için alınan afet ve acil durum müdahale hizmetlerinde yeterli teşkilatlanma oluşturulmuştur. Ancak, Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesinin belirlediği prensipler göz önüne alındığında bu afetlerden diğer bölgelere oranla daha fazla etkilenen dezavantajlı gruplara pozitif ayrımcılık uygulanmasına yönelik bir düzenleme yapılabileceği düşünülmektedir⁽³⁾.

Diğer bir afet riski azaltma stratejisi olarak oluşturulan veri merkezleri ve gerçek/tüzel kişilerle işbirliği yapmak suretiyle yaptırılan bilimsel araştırmalar yeterli olmakla birlikte veri toplama uygulaması daha çok deprem çerçevesinde teşkilatlanmış olup deprem dışındaki afet/acil durum riski olan bölgeler için teşkilatlanma ve işbirliği sınırlıdır⁽³⁾.

Afet sonrasında yapılacak yeniden yapılanma çalışmaları için ise hasarın giderilmesine ve günlük faaliyetlerin devamına yoğunlaşan bir teşkilatlanma sağlanmıştır, fakat Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesinde belirtilen afet sonrası rehabilitasyon çalışmaları ve iklim değişikliğine bağlı olarak gelişen afet riskleriyle ilgili halkta farkındalık yaratma konusunda özel olarak tasarlanmış bir mevzuat bulunmamaktadır⁽³⁾.

Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından DSİ, Meteoroloji Genel Müdürlüğü (MGM) ve AFAD'ın işbirliği ile Türkiye'de Taşkın Direktifinin Uygulanması İçin Kapasitenin Geliştirilmesi Projesi (2012-2014) yürütülmüştür⁽³⁾.

Afet riskinin azaltılmasına yönelik olarak Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından ülkemizde yer alan 25 nehir havzası için Taşkın Yönetim Planları ve Kuraklık Yönetim Planları hazırlanmaktadır. Türkiye'de ormanlık arazi oranı 2018 yılı itibarıyla %28,5 olarak hesaplanmıştır. Ormanlık arazinin toplam arazi büyüklüğüne oranı 2010 yılında %27,1 iken 2018 yılında 1,4 puan artarak %28,5 olmuştur⁽⁴⁾.

Ayrıca İklim Değişikliğinin Su Kaynaklarına Etkisi Projesi (2013-2016) ile iklim değişikliği senaryolarının Türkiye'nin tüm havzalarındaki su kaynaklarına etkisi tespit edilmiştir⁽³⁾.

Afet riskinin azaltılmasına yönelik ülkemizde yer alan 25 nehir havzası için Taşkın Yönetim Planları ve Kuraklık Yönetim Planları hazırlanmaktadır. Bu planlarla kriz yönetimi anlayışından risk yönetimi anlayışına geçiş sağlanması planlanmaktadır.

Taşkın Yönetim Planları 5 havzada tamamlanmış olup 18 havzada çalışmalar devam etmektedir. 2021 yılı sonuna kadar bu planların tüm havzalarda hazırlanması hedeflenmektedir. Kuraklık Yönetim Planları 9 havzada tamamlanmış olup 6 havzada çalışmalar devam etmektedir. Bu planların, 2023 yılı sonuna kadar tüm havzalarda hazırlanması planlanmaktadır⁽²⁾.

Ayrıca İklim Değişikliğinin Su Kaynaklarına Etkisi Projesi (2013-2016) ile iklim değişikliği senaryolarının Türkiye'nin tüm havzalarındaki su kaynaklarına etkisi tespit edilmiştir. Proje ile farklı sektörlerde su bütçesi modelleme modelleri yapılarak uyuma yönelik tedbirler tespit edilmiştir⁽²⁾.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından iklim değişikliğinin neden olabileceği afet risklerinin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik kapasite ve farkındalık artırıcı çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca, taşkın ve sellerden ciddi şekilde etkilenen Türkiye'de bu konuda kapasitenin geliştirilmesi için projeler uluslararası işbirlikleri ile yürütülmektedir. İklim değişikliği ile mücadele ve iklim değişikliğine uyum konusu yerel ölçekte de büyük ivme kazanmış olup bazı öncü belediyelerde iklim değişikliği eylem planları hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Yerelde farkındalık ve bilgi düzeyini artırmak, yerel aktörler arasında etkin iletişim ve işbirliğini sağlamak ve iyi uygulamalar ile edinilen bilgiyi paylaşmak için oluşturulan uluslararası ağlara Türkiye'den katılım gün geçtikçe artmaktadır⁽²⁾.

Kaynaklar

- 1) On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), TC. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
- 2) Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu 2019 "Ortak Hedefler için Sağlam Temeller. <http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr> (Messerli, P., Murniningtyas, E. et al. Global Sustainable Development Report 2019: The Future Is Now—Science for Achieving Sustainable Development)
- 3) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
- 4) [İnternet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>

Şiddetin Her Yerde > Azaltılması

190

ARŞ. GÖR. DR. İLKEM DUMAN KIYMIK

SKA 16

Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumlar tesis etmek, herkes için adalete erişimi sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmak

Hedef 16.1

Her yerde her türlü şiddeti ve şiddet kaynaklı ölüm oranlarını kayda değer miktarda azaltmak

Gösterge

- Cinsiyet ve yaşa göre 100.000 nüfus başına kasten adam öldürme mağdurlarının sayısı
- Cinsiyet, yaş ve nedene göre 100.000 nüfus başına çatışmaya bağlı ölümler
- Önceki 12 ay içinde fiziksel, psikolojik veya cinsel şiddete maruz kalan nüfusun oranı
- Yaşadıkları alanın çevresinde yalnız yürürken kendini güvende hissedenden nüfusun oranı

Gösterge, kasıtlı cinayet mağdurlarının toplam sayısının 100.000 kişi başına ifade edilen toplam nüfusa bölünmesiyle tanımlanır. Kasıtlı cinayet, ölüm veya ciddi yaralanmaya neden olma niyetinde olan bir kişiye verilen yasadışı ölüm olarak tanımlanır; nüfus, belirli bir yılda belirli bir ülkede yaşayan toplam nüfusu ifade eder. Bu gösterge, şiddet içeren suçların en uç biçimini ölçmek için ulusal ve uluslararası düzeyde yaygın olarak kullanılmaktadır ve ayrıca güvenlik eksikliğinin doğrudan bir göstergesidir. Şiddetten korunma, bireylerin güvenli ve aktif bir yaşam sürmeleri ve toplumların

ve ekonomilerin özgürce gelişmesi için bir ön koşuldur. Dünyanın tüm ülkelerinde kasıtlı cinayetler meydana gelir ve bu göstergenin küresel geçerliliği vardır. ⁽¹⁾ Suçların ve cinayetlerin olduğu bir ülkede güvenliğin sağlanamayacağı gibi sağlık hizmetleri de bundan negatif yönde etkilenecektir

Sebeplerini, etkenlerini ve sonuçlarını daha iyi değerlendirmek ve uzun vadede etkili önleyici tedbirler geliştirmek için cinayetlerin izlenmesi gereklidir. Veriler doğru şekilde ayrılmak istenirse (Uluslararası Suç İstatistikleri Sınıflamasına (ICCS) 'de önerildiği gibi), gösterge cinayetle ilişkili farklı şiddet türlerini tanımlayabilir: kişiler arası (eş ve ailevi şiddet dahil), suç (organize suç ve diğer suç faaliyetlerini içeren) ve sosyo-politik (terörizm, nefret suçu dahil). ⁽¹⁾

Savaşlar ve çatışmalar eşitsizlik ve yoksulluğu doğurur. Devlet kurumların bu konulardaki etkililiği, adalet ve barışa her bireyin erişimi gelecekteki sorunların önlemeyi sağlamaktadır. Dünya çapında, 2015 yılında cinayet mağdurlarının sayısı 100.000 kişi başına 4,6 ile 6,8 arasındadır ve çocuklara yönelik şiddetin birçok biçimi halen üzücü bir şekilde devam etmektedir. Irksal, dini ve cinsel şiddet sorun olmaya halen devam etmektedir. Yolsuzluk, hırsızlık ve vergi kaçakçılığı, dünya toplumuna yılda 1.25 milyar dolara mal olmakta ve bu da insanların yoksulluğuna sebebiyet vermektedir. Tüm bu kavramlar sağlıktan uzak gibi görünse de, barış olmadan sağlık düşünülemez. Her insanın sağlıktan önce yaşama hakkı vardır. Devlet yoksulluğu önlemelidir. Bu kavramları içeren birçok indeks bulunmaktadır. Bunlardan biri İnsani Gelişim

İndeksi 2019'a göre Türkiye 59. Sırada yer almaktadır. 1. Sırada Norveç yer almaktadır ve bu ülkenin sağlık indeksi oldukça yüksektir. ⁽²⁾ (Tablo 190.1).

Bu verilere göre Türkiye'deki cinayet oranları ve sayıları dünya ortalamasına göre düşük kalmaktadır. Diğer yandan Suç İndeksine göre Türkiye 39,86 puanla 73. Sırada yer almaktadır. İlk sıraları Venezuela yer almaktadır. Bu ülkenin sağlık indeksine bakıldığında ise dünyada son sırada yer aldığı görülmektedir. Sonuç olarak suç oranları arttığında ölüm ve yaralanmalar artacağından sağlık da etkilenecektir. ⁽³⁾

Her iki cinsiyete bağlı ölümlerde en yüksek orana sahip ülkeler El Salvador, Jamaica ve Honduras olmaktadır. Kadın cinsiyetine bağlı ölümlerde ise bu 3 sıra değişmemektedir. Türkiye'nin 2012 yılından beri bu veri setine göre güncellenmiş verisi bulunmamaktadır. ⁽⁴⁾

Cinsiyet, Yaş ve Nedene Göre 100.000 Kişi Başına Savaşa Bağlı Ölümleri Azaltmak

Bu gösterge, çatışma ile ilişkili ölümlerin toplam sayısının 100.000 kişi başına ifade edilen toplam nüfusa bölünmesi olarak tanımlanır. Gösterge, son 12 ay içinde meydana gelen 100.000 kişi başına ifade edilen ve belirli bir silahlı çatışma durumunda ölenlerin toplam yerleşik nüfus sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Silahlı çatışmaların yaygınlığını ve bunların can kaybı açısından etkisini ölçer. Kasıtlı cinayet göstergesiyle birlikte 16.1.1 göstergesi ile birlikte, dünyanın tüm ülkelerinde (kasıtlı cinayet) ve silahlı çatışma durumlarında (çatışmalarla ilişkili ölümler) meydana gelen şiddetli ölümleri ölçerler.

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları evrensel barışı güçlendirmeyi amaçlamakta ve çatışmayı

çözme veya önleme çabalarını iki katına çıkarmayı taahhüt etmektedir. Barış olmadan sürdürülebilir kalkınma ve sürdürülebilir kalkınma olmadan barış sağlanamamaktadır. Dolayısıyla savaşa bağlı ölümlerin ve sonuçlarının incelenmesi gelecekteki silahlı çatışmaların önlenmesi için önemlidir.

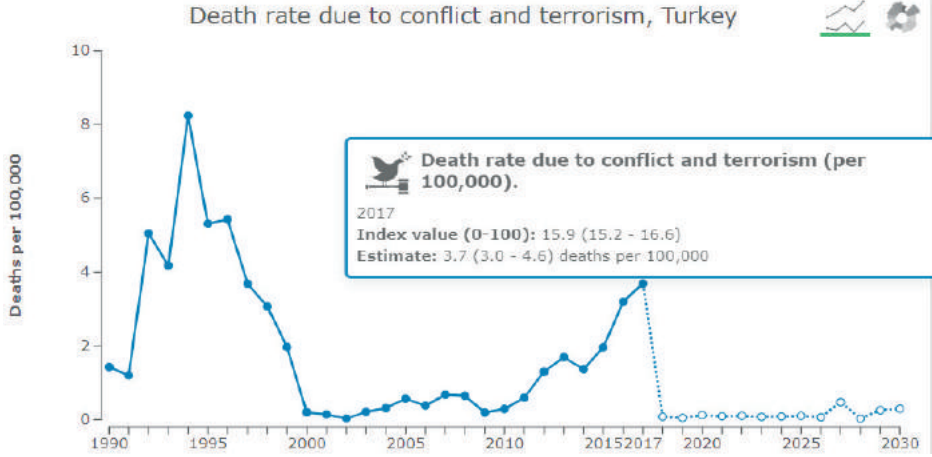
Savaşa bağlı ölümler, direkt olarak silah veya başka metotlara bağlı ölümler haricinde indirekt olarak cinsel ve cinsiyete bağlı suçları, açlık, sağlıklı yiyeceklere ulaşımında sıkıntı, ilaç ve sağlık teminindeki sıkıntıları da içermektedir. İndirekt ölümler; hayati yiyeceklere ulaşımında sıkıntı ve servislerin yavaşlaması, temiz yiyecek, su ve hijyendeki sıkıntılara bağlıdır. Silahlı çatışma durumlarında, ölümlerin büyük bir kısmı rapor edilmeyebilir. Genellikle, normal kayıt sistemleri silahlı çatışmaların varlığından büyük ölçüde etkilenir. Çoğu durumda, bildirilen ölümlerin sayısı, Birleşmiş Milletler barış misyonları ve uluslararası olarak zorunlu kılınan diğer kuruluşlar, ulusal kurumlar ve ilgili sivil toplum kuruluşları gibi uluslararası ve ulusal aktörlerin erişimine, motivasyonuna ve azimine bağlı olacaktır. Savaşa bağlı ölümlerin hesaplanması sırasında silahlanmaya bağlı direkt ölümler tahmin edilir. Ancak bu sayılar indirekt (hayati gıdalara ulaşımındaki sıkıntılar vs. gibi) sebeplere bağlı ölümleri de içermektedir. Mevcut veriler düzenli olarak güncellenmelidir. Savaşa bağlı ölümlerde geriye dönük olarak incelendiğinde yeni veriler de ortaya çıkabilmektedir (Tablo 190.2, Şekil 190.1).

Tablo 190.2 2017 Yılı Ülkelerin Savaşa Bağlı Ölüm Oranları

Ülke	Ölüm Oranı (100binde)
Suriye	228.2
Libya	22.1
Irak	76.8
Somali	32.3
Türkiye	3.7

Tablo 190.1 Dünyada ve Türkiye'de Cinayet Sayı ve Oranları

Bölge	Ülke	Ölçüt	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Batı Asya	Türkiye	Cinayet Oranı	4,2	4,3			2,8	3,3	3,1	2,6
		Cinayet Sayısı	3.061	3.216			2.235	2.665	2.503	2.133
Dünya	Dünya	Cinayet Oranı	6,1	6,2	6	6,1	5,9	6	6	5,8
		Cinayet Sayısı	431.756	439.543	436.042	442.752	438.877	447.625	449.565	441.163



Şekil 190.1 Savaş ve Terörizme Bağlı Yıllara Göre Ölüm Oranı, Türkiye

Kaynak: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

Geçmiş 1 Yıl İçindeki Fiziksel, Psikososyal ve Cinsel Şiddet Oranlarını Azaltmak

Fiziksel Şiddet: Uluslararası Suç İstatistikleri Sınıflamasına (ICCS) göre bir kişinin bedenine kasıtlı bir şekilde güç uygulanmasıdır. Bu kavram minör vücut yaralanmalarını, ciddi ve minör fiziksel gücü içermektedir. ICCS' ye göre minör fiziksel güç, itirme, vurma, düşürme gibi eylemleri de içermektedir. Minör vücut hasarı da, kesme, tırmalama, ısırma ya bağlı, şişme ve morarmayı da içermektedir.

Cinsel şiddet (ICCS): İstenmeyen cinsel eylem, cinsel eylem elde etme girişimi veya geçerli rıza olmadan veya sindirme, kuvvet, sahtekarlık, baskı, tehdit, aldatma, uyuşturucu kullanımının bir sonucu olarak istenmeyen cinsel ilgi ile temas veya iletişim veya alkol veya gücün kötüye kullanılması ya da güvenlik açığı bulunan bir konum. Buna tecavüz ve diğer cinsel saldırı biçimleri de dahildir.

Psikolojik şiddet: Psikolojik şiddetin kesin tanımının uluslararası düzeyde henüz bir fikir birliği yoktur ve henüz psikolojik şiddeti ölçmek için genel olarak güvenilir bir metodoloji yoktur.

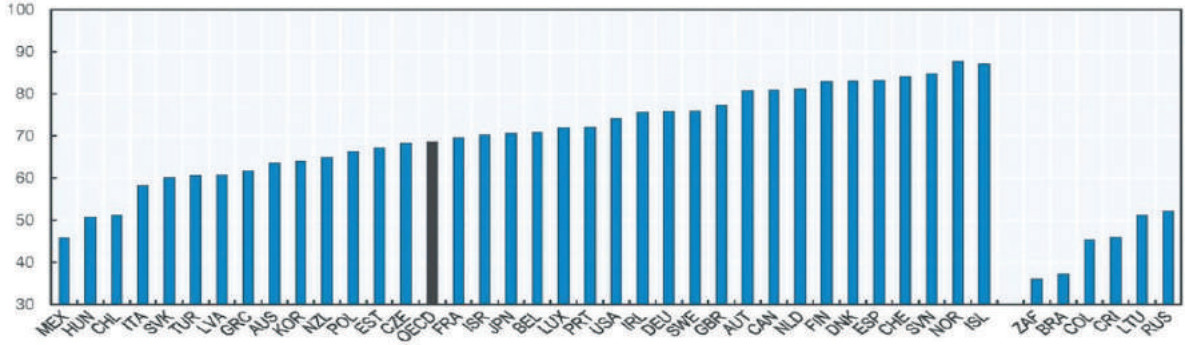
Yaşanılabilir Alanlarda Güvenli Yürüme Alanlarının Popülasyona Oranı

'Suç korkusu' nun, suçun yaygınlığından ayrı olan ve suç algısı ve ortaya çıkan korkunun birtakım

aracılık ettiği için gerçek deneyimden büyük ölçüde bağımsız olabilen bir olgu olduğunu anlamak önemlidir. Suç bilinci, kamuoyu tartışması, medya ve kişisel koşullar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bununla birlikte, 'suç korkusu' kendi başına önemli bir göstergedir, çünkü yüksek korku düzeyi ülkelerdeki refahı olumsuz yönde etkileyebilir ve kamuoyu ile temasların azalmasına, güven ve faaliyetlerin azalmasına ve dolayısıyla kalkınmanın önündeki bir engeli yol açabilir. Dolayısıyla ülkede yaşayan bireylerin suç ve güven algısı, kalkınmayı da büyük ölçüde etkilemektedir.

Mağduriyet anketinde bireylere 'Çevrenizde yalnız yürüdüğünüzde kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz sorusu cevaplar çok güvenli/güvenli/biraz güvensiz/çok güvensiz/karanlıkta asla yürümem/bilmiyorum olacak şekilde kullanıldı. Katılımcılardan çok güvende ve güvende hissedenlerin tüm katılımcılara oranı ile bu oran elde edildi (**Şekil 190.2**).

Ülkelerin güvenli yürüme alanları oranlarına dair bir harita oluşturulmuştur. Bu harita ülkelerin yıllara göre oranlarını göstermektedir. ⁽⁶⁾ Bu oranlara bakılarak ülkelerin güvenli alan oranları hakkında yorum yapabilmek mümkündür. 'Barış olmadan sağlık olamaz' sloganı ile, bireylere bağlı oldukları devletler tarafından sağlanan sağlık hizmetinin verimliliği güvenli alanlarla, barışla ve suç oranlarının azalması ile sağlanacaktır. Aksi takdirde ülkede yaşayan bireylerin yürümekte bile endişe duyduğu bir çevrede sağlık, sadece bir tanım olarak kalacaktır.



Şekil 190.2 Populasyon Ağırlıklı OECD Ortalamasına Göre Ülkelerin Güvenli Alan Oranları

Kaynak: GALLUP World Poll ⁽⁵⁾

Kaynaklar

- 1) UNODC. International Classification of Crime for Statistical Purposes (Iccs). 2015; (03):8–9.
- 2) UN. İnsani Gelişme Raporu. 2019.
- 3) Crime Index by Country [Internet]. 2020. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/crime-rate-by-country>
- 4) UNSTATS. Indicator 16.1.1: Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex (victims per 100,000 population) [Internet]. 2017. Available from: <http://unstats-undesa.opendata.arcgis.com/datasets/indicator-16-1-1-number-of-victims-of-intentional-homicide-per-100000-population-by-sex-victims-per-100000-population-2>
- 5) Gallup World Poll. OECD Calculations Based on Gallup World Poll [Internet]. How's Life? 2017. 2017. Available from: www.gallup.com/services/170945/world-poll.aspx
- 6) UNSD_SDG16. Proportion of population that feel safe walking alone around the area they live [Internet]. Available from: http://www.sdg.org/datasets/indicator-16-1-4-proportion-of-population-that-feel-safe-walking-alone-around-the-area-they-live-percent-1?selectedAttribute=value_2017

Çocukların İstismar, Sömürü, Çocuk Ticareti > ve Şiddetten Korunması

191

ARŞ. GÖR. DR. SAİDE MEBRURE DAĞDAŞ TOPAL

SKA 16

Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumlar tesis etmek, herkes için adalete erişimi sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmak

Hedef 16.2

Çocuklara yönelik taciz, istismar, kaçakçılık ve her türlü şiddete ve çocuk işkencesine son vermek

Göstergeler

- Son bir ay içinde bakıcılar tarafından herhangi bir fiziksel ceza ve/veya psikolojik saldırganlığa maruz kalan 1-17 yaş arası çocukların oranı
- Cinsiyet, yaş ve istismar türüne göre 100.000 kişi başına insan kaçakçılığı mağdurlarının sayısı
- 18 yaşına kadar cinsel şiddete maruz kalan 18-29 yaş arası genç kadın ve erkeklerin oranı

Hedef 16.2

Çocukların İstismar, Sömürü, Çocuk Ticareti ve Şiddetten Korunması

Hedefin amacı, 2030 yılına kadar çocuğa karşı yapılan tüm şiddet eylemlerini sona erdirmektir. Bu amaç her çocuğun korku, ihmal ve istismardan uzak yaşamasına dair çocuk hakkını tekrar gündeme getirmiştir^(2,3). Ülkemiz ve dünya genelinde bu amaca ne kadar yaklaştığımızı ölçebilmek adına Birleşmiş Milletler tarafından bu hedefler için **Tablo 191.1**'deki göstergeler belirlenmiştir⁽⁴⁾:

Tablo 191.1 Hedef 16.2 Göstergeleri

16.2.1 Son bir ay içinde bakıcılar tarafından herhangi bir fiziksel ceza ve/veya psikolojik saldırganlığa maruz kalan 1-17 yaş arası çocukların oranı

16.2.2 Cinsiyet, yaş ve istismar türüne göre 100.000 kişi başına insan kaçakçılığı mağdurlarının sayısı

16.2.3 18 yaşına kadar cinsel şiddete maruz kalan 18-29 yaş arası genç kadın ve erkeklerin oranı

Dünyada Durum

Çocuğunun doğumunun resmi olarak belgelenmesi çocuğa ait hakların korunmasını sağlar. Uluslararası adalet ve sosyal hizmetlere erişimi mümkün kılar. Buna rağmen 2010-2019 yılları arasında doğmuş 5 yaş altı **her dört çocuktan birinin** (yaklaşık olarak) resmi kaydı yapılmamıştır. Sahra altı Afrika bölgesinde doğan çocuklarda ise bu oran **%44'e** tırmanmaktadır⁽⁵⁾.

Çocuğa karşı şiddet dünyada **1 milyar** çocuğu etkilemekte ve toplumlara **7 trilyon** ABD dolarına mal olmaktadır⁽⁶⁾. Çoğunluğu orta ve düşük gelir düzeyine sahip 69 ülkede, 2012-2019 yılları arasında, 1-14 yaşları arasındaki yaklaşık **her on çocuktan sekizi** evde psikolojik ve/veya fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir⁽⁵⁾.

Çocuklar evlerinde olduğu kadar okulda da güvende hissetmelidir fakat okul çağındaki çocukların yarısı öğretmen tarafından şiddetin yasak olmadığı ülkelerde yaşamaktadır. Böylece **732 milyon** çocuk yasal olarak korumasızdır. Okulda yaşatları tarafından zorbalığa maruz kalan çocukların sayısı ise **246 milyondur**^(7,8).

Cinsel istismar çocuk hakları ihlalleri içinde en endişe verici olanlardan biridir. Her yaşta cinsel istismara maruz kalım riski olsa da, adölesan döneme geçildiğinde kız çocukların incinebilirliği artmaktadır. Verilerine ulaşılabilen 28 ülkede her on adölesan kızdaki dokuzunun cinsel ilişkiyi yakın ilişkide bulunduğu kişiler (sevgilisi, eşi gibi) tarafından zorlandığı belirlenmiştir. Adölesan erkekler de bu duruma maruz kalmakta ve bu şiddeti uygulayanlar en sık arkadaşları ve eşleridir ⁽⁷⁾. Yaklaşık her dört ülkeden birinin (45 üke) 2012-2019 yılları arasındaki karşılaştırılabilir verilerine bakıldığında; 18-29 yaş arası kadınlardan en az %5'inin çocuklukta cinsel taciz yaşadığı ortaya konmuştur ⁽⁵⁾.

Şiddet sebepli ölümler de çocuklarda oldukça sık görülmektedir. Geçen her **7 dakikada** bir çocuk şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sadece 2015 yılında gerçekleşen 20 yaş altı ölümlerin **119 bini** şiddet kaynaklı gerçekleşmiştir. Özellikle 15-19 yaş arası daha incinebilir grubu oluşturmaktadır ^(6,7).

Zorbalık birçok çocuğun sağlığını, duygusal iyilik halini ve akademik başarısını etkilemekte ve etkileri erişkin dönemde de izlenmektedir. Yaşlıları tarafından 13-15 yaş arası, 130 milyon çocuk zorbalığa maruz kalmaktadır ⁽⁷⁾. Zorbalık çocuğun sadece fiziksel çevresinde değil internet aracılığıyla sanal olarak da gerçekleşebilmektedir. Her 3 internet kullanıcısından biri çocuktur ve **800 milyon** çocuk sosyal medya kullanmaktadır. Her **10 kullanıcıdan biri** sanal zorbalık mağduru olmuştur. İnternet ve sosyal medya aracılığıyla çocuklar cinsel istismara da maruz kalabilmektedir. Son beş yılda raporlanmış sanal istismarların sayısı 1 milyondan 45 milyona yükselmiştir ^(6,9).

Türkiye'de Durum

Türkiye genelinde, TÜİK tarafından gerçekleştirilen 2016 Aile Yapısı Araştırması sonucunda **her iki çocuktan birinin** (%53) ceza olarak ailesinden fiziksel şiddet gördüğü (dövme, tokat atma şeklinde) ve **her 4 çocuktan üçünün** (%72,6) sözel şiddete uğradığı belirlenmiştir ⁽¹⁰⁾.

TÜİK verilerine göre 2017 yılında ailesinin ihmali ve/veya istismarı sonucu güvenlik birimine getirilen **335 bin** çocuk bulunmaktadır. Cinsel suçlar nedeniyle güvenlik birimlerine 6 bin çocuk getirilmiştir ^(11,12).

Türkiye'nin bu hedefe ulaşma durumuna bakıldığında 1990-2016 arasında çocuğa yönelik şiddette %72, cinsel istismarda ise %80 ulaşıldığı görülmektedir ⁽¹³⁾.

Çocuklar şiddete kendi yaşlıları tarafından da maruz kalabilmektedir. Bu durumu 13-15 yaş arası her dört çocuktan biri (%26) her ay deneyimlemekte ve %84'ü kendini savunamayan arkadaşlarına yardım etmenin iyi bir şey olduğunu belirtmiştir ^(7,14). Sanal olarak bu sorunu nedeniyle 2019 yılında 195 çocuk suça karışmıştır ⁽¹¹⁾.

Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yapılanlar/ Yapılabilecekler

Çocuğa karşı şiddetin sona erdirilmesinde kritik adımlardan biri politik iradeyi harekete geçirmek ve kanıt dayalı stratejiler kullanarak bu soruna neden olan bileşenleri, kültürel ve sosyal normları ortaya koymak, yasal ve politika kaynaklı eksiklikleri ortaya çıkarmak ve mağdurlara yönelik yetersiz hizmetleri iyileştirmektir. Bu amaca hizmet için oluşturulan "Çocuğa Yönelik Şiddetin Sona Erdirilmesi Küresel Ortaklığı" faaliyetlerin merkezinde olup birçok konuda kişi ve kurumlara yardımcı olmaktadır. Şiddetten korunmanın sürdürülebilmesi için bunun yanında ulusal planlar ve sürekli eylemler ile hükümet ve toplumun birlikte hareket etmesi gerekmektedir ⁽⁷⁾.

İnsan haklarının hayata geçmesi için göstergelerin önemi yaygın olarak kabul görmüş ve Engellilerin Haklarına Dair Sözleşme'nin 31. Maddesinde yer almakta ve insan hakları antlaşmaları ile düzenlenmiştir fakat göstergelerin kullanımı henüz sistematik hale gelmemiştir. Uygun göstergelerin kullanımı, devletlerin yasal sınırları içinde yaşayan insanların haklarından yararlanmasını sağlamalarını garanti etmek adına kendi ilerlemelerini değerlendirebilmelerine yardımcı olmakta, yükümlülük sahiplerine yönelik hak taleplerini dile getirmek ve talepleri geliştirmek için yararlıdır. Nicel ve nitelik göstergeler belirleme ve somut elle tutulur pratik araçlar sağlamaktadır ⁽¹⁵⁾.

Çocuk Hakları Sözleşmesi ile uyumlu olarak çocuğun korunması, haklarının toplumsal kültüre, kamusal ve toplumsal uygulama ve hizmetlere dâhil edilmesi yönünde önemli aşama kaydedilmiştir. Suça sürüklenmiş çocuklara yönelik koruyucu ve destekleyici tedbirlerin uygulanması, güçlendiril-

mesi ve bunların izlenmesine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Alo 183 Aile, Kadın, Çocuk ve Engelli Sosyal Hizmet Danışma Hattı şiddete uğrayan ya da uğrama riski taşıyan ve desteğe gereksinimi olan kadınlara ve çocuklara, 7 gün 24 saat psikolojik, hukuki ve ekonomik alanda danışmanlık hizmetleri sunmaktadır⁽¹⁶⁾.

İhmal veya istismar edildiği ya da suç mağduru olduğu tespit edilen çocuklara ve ailelerine de kurum bakımı, psiko-sosyal destek ve ekonomik destek gibi hizmetler sağlanmaktadır. Suça sürüklenmiş, suç mağduru, sokakta yaşayan, madde kullanan ve yabancı uyruklu refakatsiz çocuklara ise ihtisaslaştırılmış Çocuk Destek Merkezleri'nde hizmet verilmektedir. Şuan hizmet veren 63 merkezde toplam 1632 çocuğa hizmet verilmektedir^(16,17).

Türkiye'de henüz zorbalığa karşı çocukları koruyacak ve güvenli bir eğitim ortamı sağlayacak yasal müdahale bulunmamaktadır. Buna yönelik çeşitli ülkeler ulusal eylem planları, yasal stratejiler geliştirmiş ve bu konunun çözümlenebilmesi için araştırma merkezleri kurmuşlardır⁽¹⁸⁾.

Covid-19 pandemisi gelişen ekonomilerde yetişen çocukların incinebilirliğini arttırmakta ve çocuk ticareti, cinsel istismar ve suç gruplarına katılım riskini yükseltmektedir. Ek olarak izolasyon, gelir kaybı, hareket kısıtlamaları çocuğun evde karşılaşacağı ve tanık olacağı fiziksel, psikolojik, cinsel şiddet ve ihmal riskini arttırmaktadır. Bu dönemde sokakta yaşayan çocuklar için ise emniyet güçlerinin gerektiğinde fazla güç kullandığına dair uluslararası kanıtlar bulunmaktadır^(19,20).

Pandeminin çocuklar için oluşturduğu riskler konusunda endişelenen 22 küresel lider bir araya gelerek hükümetleri, sivil toplum kuruluşlarını ve bireyleri göreve çağırıştır. Yaptıkları ortak açıklamada, her sektörden uluslararası ortaklıklar ve liderler de dahil herkesin bir rolü olduğunu, özellikle hükümetlerin Covid-19'dan korunma planlarını yaşa uygun, cinsiyete duyarlı ve çocukları şiddet ve istismarın her türünden koruyacak bir hale getirmesi gerekliliğini onaylamıştır⁽²⁰⁾.

Kaynaklar

- 1) Türkiye, U. *Temel Konular*. 2020 [cited 2000 7 July]; Available from: <https://www.kureselamaclar.org/kaynak-merkezi/temel-konular/>.
- 2) Platform, U.N.S.D.G.K. *Violence Against Children*. 2017 [cited 2020 23 July]; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/violenceagainstchildren>.
- 3) Nations, U., *Convention on the Rights of the Child* 1989.
- 4) Branch, U.N.S.D.D.a.O. *SDG Indicators*. 2020 22 July 2020; Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>.
- 5) Council, U.N.E.a.S., *Progress towards the Sustainable Development Goals*. 2020.
- 6) Goals, U.N.-S.D. *Goal 16: Promote just, peaceful and inclusive societies-Facts and Figures*. 2020 [cited 2020 24 July]; Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/peace-justice/>.
- 7) UNICEF Data and Analytics Section Division of Data, R.a.P., *A Familiar Face- Violence in the lives of children and adolescents*. 2017.
- 8) UNESCO. *School Violence and Bullying*. 2020 [cited 2020 24 July]; Available from: <https://en.unesco.org/themes/school-violence-and-bullying>.
- 9) Director, H.F.F.U.E. *An Open Letter to The World's Children*. 2019 [cited 2020 24 July]; Available from: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/open-letter-to-worlds-children>.
- 10) TÜİK, *Aile Yapısı Araştırması*. 2016.
- 11) TÜİK, *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri*. 2015-2019.
- 12) TÜİK, *Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri*. 2017.
- 13) Collaborators, G.S., *Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. *Lancet*, 2017. 390 (10100): p. 1423-1459.
- 14) Govorova, E., I. Benitez, and J. Muniz, *Predicting Student Well-Being: Network Analysis Based on PISA 2018*. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17 (11).
- 15) Adem Arkadas-Thibert, H.F.S., *Çocuğa Karşı Şiddeti İzleme ve Göstergeleri Kılavuzu*. 2013.
- 16) Başkanlığı, T.C.C.S.v.B., *Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Türkiye 2. Ulusal Gözden Geçirme Raporu*. 2019.
- 17) Müdürlüğü, Ç.H.G. *Çocuk Hizmetleri İstatistikleri*. 2018 [cited 2020 24 July]; Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/5864/chgm-2018-istatistik.pdf>.
- 18) Assembly, U.N.G., *Protection Children From Bullying*. 2018.
- 19) Group, I.-A.W., *Violence against Children-Agenda for Action*. 2020.
- 20) Partnership, E.V.A.C.G. *Violence against children: A hidden crisis of the COVID-19 pandemic*. 2020 [cited 2020 24 July]; Available from: <https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Ending%20Violence%20in%20a%20time%20of%20COVID-19%20-%20Join%20Statement%20FINAL2.pdf>.

Evrensel Yasal Kimlik

> Sağlanması

192

UZM. DR. DİLEK ENER

SKA 16

Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumlar tesis etmek, herkes için adalete erişimi sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmak

Hedef 16.9

2030 yılına kadar, doğum kayıtları da dâhil olmak üzere herkese yasal kimlik sağlamak

Gösterge

Yaşa göre, bir sivil otorite tarafından doğumları tescil edilen 5 yaş altı çocukların oranı

2030'a kadar, doğum kayıtları da dâhil olmak üzere herkese yasal kimlik sağlamak amaçlanmaktadır.

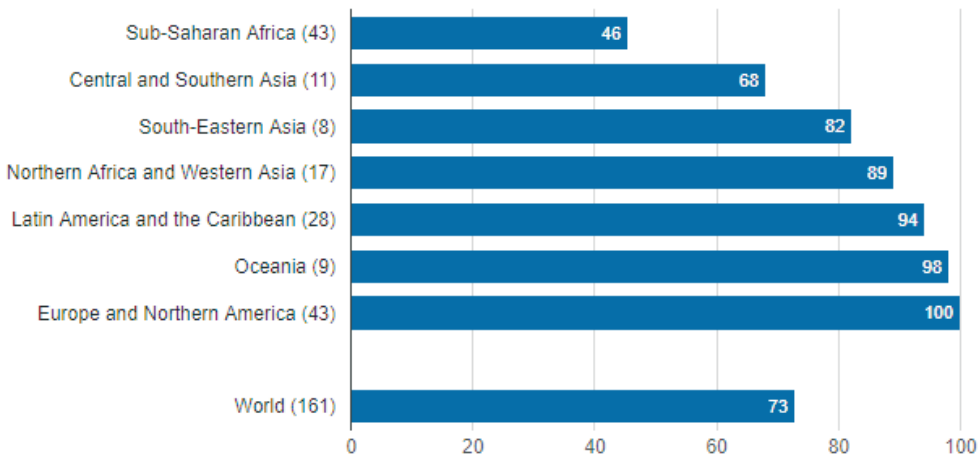
2018 yılında savaştan, zulümden ve çatışmadan kaçan kişi sayısı Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre yaklaşık 70 yıllık en üst düzeye ulaşarak 70 milyonu aşmıştır. Doğum kaydı, insanların temel sosyal hizmetler ve yasal adalet gibi kişisel haklarına erişmelerine yardımcı olmak için esastır ve bir insan hakkıdır. Göstergesi;

16.9.1 Doğumları bir kamu otoritesi tarafından tescil edilen beş yaş altı çocukların oranıdır.

Bu gösterge, doğumları bir kamu otoritesi tarafından tescillenmiş beş yaş altındaki çocukların oranını ifade etmektedir.

Dünyada Durum

2010-2018 döneminde 161 ülkede, dünya çapında 5 yaş altı çocukların dörtte üçünden azı (% 73) do-



Şekil 192.1 Doğumları bir sivil otoriteye kayıtlı olan 5 yaş altı çocukların oranı, 2010-2018 arası (%)

ğumları kayıtlıdır. Sahra altı Afrika'da 5 yaş altı çocukların yarısından azı (% 46) kayıtlıdır.

2018 yılında doğumları bir kamu otoritesi tarafından tescil edilen beş yaş altı çocukların oranı OECD üyesi ülkelerde %99.4, düşük gelirli ülkelerde %42, düşük-orta gelirli ülkelerde %73.3, yüksek orta gelirli ülkelerde %96.5, yüksek gelirli ülkelerde %100'dür ⁽¹⁾.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de doğum olayının tescili, sağlık kuruluşunca düzenlenen resmi belge veya raporun ilçe nüfus müdürlüklerine bildirilmesi ile gerçekleşmektedir. Sağlık personelinin takibi dışında doğan çocukların doğum bildirimini nüfus müdürlüklerine sözlü beyanla yapılmaktadır.

Hedef 16.9 kapsamında, Dünya Bankası Türkiye'de doğum kayıt işlemlerinin 2003'te %84'ten 2013'e %98,8'e yükseldiğini bildirmiştir. Bu göstergede ölçüğünde Kır-kent ayrımının çok düşük olduğu, kentlerde %99,1'e ulaşıırken, kırsal alanda %97,7'lik oranın söz konusu olduğu görülmektedir ⁽²⁾.

2020 sürdürülebilir kalkınma raporuna göre Türkiye'de 2018 yılında doğumları bir kamu otoritesi tarafından tescil edilen beş yaş altı çocukların oranı 98.8'dir ⁽¹⁾.

TÜİK verilerine göre doğumları bir kamu otoritesi tarafından tescil edilen beş yaş altı çocukların oranı 2013'te %98.6, 2018'de %98.4'dür ⁽³⁾.

Türkiye'de hedef 16.9 için sorumlu kurum İçişleri Bakanlığı, ilgili kurumlar TÜİK ve Sağlık Bakanlığı'dır.

5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan herkesin yurt içinde nüfus müdürlüğüne, yurt dışında dış temsilciliğe müracaatla kendisini nüfus kütüklerine yazdırması ve kimlik kartı alması düzenlenmiştir. Ayrıca, doğum bildirimlerinin daha hızlı bir şekilde yapılabilmesi için 19/10/2017 tarihinde Nüfus Hizmetleri Kanunu'nda yapılan değişikliklerle doğum bildirimlerinin, doğumu gerçekleştiren sağlık kuruluşlarına da yapılabilme imkânı getirilmiştir.

Kaynaklar

- 1) Sustainable Development Report 2020, Cambridge University Press.
- 2) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu, 2019. T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı
- 3) <http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/surdurulebilir-kalkinma-gostergeleri-2010-2018-yayinlandi/>

İlerlemenin Ölçülmesi Yöntemlerinin Daha da > Artırılması

193

ARŞ. GÖR. DR. ERAY ÖNTAŞ

SKA 17

Uygulama araçlarını güçlendirmek ve sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklığı canlandırmak

Hedef 17.19

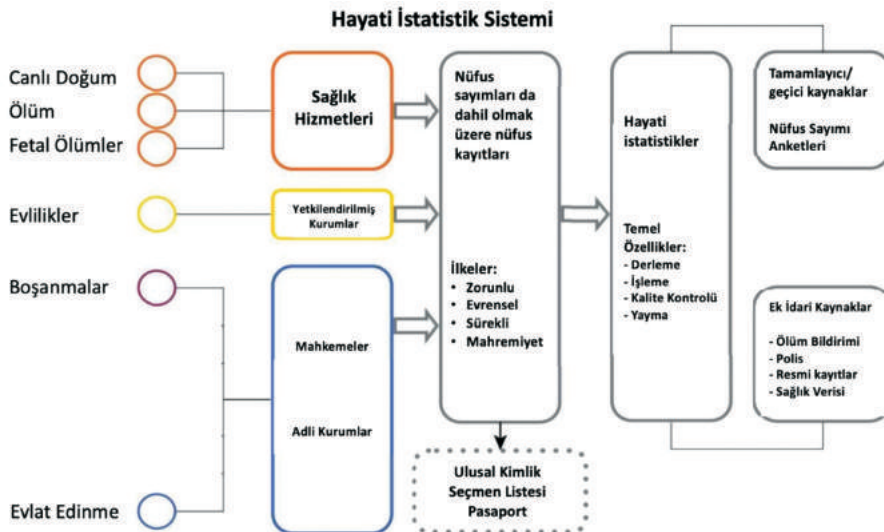
2030'a kadar, GSYH'ya ek olarak sürdürülebilir kalkınmada kaydedilen ilerlemenin ölçülmesini geliştirmeye yönelik mevcut girişimlerin üzerine ilerlemek ve gelişmekte olan ülkelerde istatistiksel kapasite gelişimini desteklemek

Gösterge 17.19.2

a) Son 10 yıl içinde en az bir nüfus ve konut sayımı yapan;

b) %100 doğum kaydı ve %80 ölüm kaydı elde eden ülkelerin oranı

İyi işleyen bir nüfus kayıt ve hayati istatistik sistemi (civil registration and vital statistics-CRVS), tüm doğumları ve ölümleri kaydeder, doğum ve ölüm sertifikaları verir ve ölüm nedeni bilgileri de dahil olmak üzere hayati istatistikleri derler (Şekil 193.1⁽¹⁾). Buna karşılık pek çok ülkede yeterli altyapı mevcut değildir; her yıl on milyonlarca çocuğun doğumunun kayıt dışı olduğu bilinmektedir ve ölümlerin üçte ikisinin hiçbir zaman kaydedilemediği ve bu nedenle hayati istatistik sisteminde sayılmadığı tahmin edilmektedir.⁽²⁾



Şekil 193.1 Hayati İstatistik Sistemi⁽¹⁾

Son 10 yıl içinde (2010-2019) en az bir nüfus ve konut sayımı yapan ülke sayısının 205 (%86,1) olduğu saptanmıştır. 2018 yılı verilerine göre ülkelerin %59,8'inin (n=147) doğum kaydı verilerinin en az yüzde 90 oranında tamamlanmış olduğu, %62,2'sinin (n=153) ölüm kaydı verilerinin en az yüzde 75 oranında tamamlanmış olduğu gözlemlenmiştir. (3) Küresel ölçekte değerlendirildiğinde, sürdürülebilir kalkınmanın istatistiksel olarak nasıl ölçümlenebileceği konusunda zorluklar yaşandığı gözlemlenmektedir. Henüz dünya çapında kabul gören bir metodoloji geliştirilememiştir. Ek olarak küresel bazda veri temini bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. Özetle Hedef 17.19'un küresel bağlamda da gelişim gösteremediği gözlemlenmektedir. (4)

Türkiye'de Durum

Gösterge 17.19.2 (a) değerlendirildiğinde, Türkiye'de en son nüfus sayımı 2000 yılında yapılmıştır. 2007 yılından itibaren ise Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kapsamında nüfus sayımları yapılmaktadır. (5,6) Böylelikle sağlık, eğitim, vb. kamu hizmetleri sistem üzerinde tutulan veriler kullanılarak zaman ve maliyet efektif bir şekilde planlanmaya ve uygulanmaya başlanmıştır.

Gösterge 17.19.2 (b) değerlendirildiğinde, ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında gerçekleşen tüm doğumlar e-Doğum Raporu sistemi üzerinden kayıt altına alınmaktadır. e-Rapor Sistemi üzerinden alınan bebek bilgileri, T.C. kimlik kartının otomatik oluşturulması amacıyla Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğüne, yapılan entegrasyon üzerinden elektronik ortamda iletilmektedir. (7) Dünya Bankası verilerine göre Türkiye'de doğum kayıtlarının tamlığı 2013 yılına göre %99 (8) olarak gözlenmiştir.

Doğum bildirimlerinin daha hızlı bir şekilde yapılabilmesi için 19/10/2017 tarihinde Nüfus Hizmetleri Kanununda yapılan değişiklikle doğum bildirimlerinin, doğumu gerçekleştiren sağlık kuruluşlarına da yapılabilme imkânı getirilmiştir. (9) Buna göre, sağlık kuruluşunda dünyaya gelen çocukların e-Tescil (Doğum) üzerinden doğum bildirilebilmesi için çocuğun isminin belirlenmesi, anne ve babanın Türk vatandaşı olması ve doğumu takip eden beş iş günü içinde, doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşundan taburcu olunmadan, doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşundan talep edilmesi gerekmektedir; çıkarılan kimlikler,

ailelerin adreslerine gönderilmektedir. (10) 2019 sonu itibariyle hastanede yapılan nüfus tescili sayısı 10.374' tür. (7)

Doğum kayıtlarının güvenilir bir biçimde tutulabilmesi için doğumun bir sağlık kuruluşunda yapılması önemlidir. TNSA 2013 verilerine göre doğumların %97'si, TNSA 2018 verilerine göre doğumların %99'u bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Özellikle çocuk yaşta gebelikler ve diğer hukuka aykırı durumlar açısından takip edilmesi gereken %1'lik evde doğumlar için mevzuata göre; "sağlık personelinin takibi dışında doğan çocukların doğum bildirimini, nüfus müdürlüklerine sözlü beyanla yapılır. Sözlü beyanla yapılan doğum bildirimlerinde, mülki idare amirinin talimatı ile il sağlık müdürlüğüne beyanın doğruluğunun araştırılması zorunludur." (11)

Gösterge 17.19.2 (b) değerlendirildiğinde, Dünya Bankası 2016 yılı verilerine göre Türkiye'de ölüm sebebi bilgisi de içeren ölüm belgesi tamlığı %92 olarak gözlemlenmiştir. (12) Geçmiş yıllarda kağıt ortamında derlenen "Ölüm Bildirim Formu", 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından elektronik ortamda "Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) " ile derlenmeye başlanmıştır. (13) Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu-2017'ye göre ÖBS, ülke genelinde gerçekleşen ölüm vakalarının %99'unu kapsamaktadır.

Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi'nin (MERNİS) 2001 yılında online uygulamaya geçmesiyle ölüm istatistiklerinin bu veri tabanından elde edilmesine karar verilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2009 yılından itibaren Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) veri tabanında yer alan ölüm verisi ile Sağlık Bakanlığı Ölüm Bildirim Sistemi'nden elde edilen ölüm nedeni verisini kullanarak Türkiye geneli için ölüm istatistiklerini yayımlamaktadır ve adrese dayalı ölüm verilerine TÜİK Dağıtım Veri Tabanı'ndan ulaşılabilir. (14)

Ölüm nedeni istatistikleri, 2019 yılından itibaren ölüm istatistikleri ile beraber yayımlanmaya başlamıştır. Ölüm nedeni verisi, Ölüm Bildirim Sistemi'nden elde edilen ölüm bildirim formlarının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Hastalık Sınıflaması (UHS-10)'na göre ölümün altında yatan nedeni kodlanarak oluşturulmaktadır. Ölüm nedeni verisi, idari kayıtlara gecikmeli yansıyan yeni kayıtlardan dolayı 1 yıl geriye dönük olarak güncellenmektedir. (15)

Ölüm nedenine ilişkin doğru bilgilerin sağlanması, sağlık hizmetleri için bir önceliktir. ÖBS'ye

girişlerde standardizasyonun sağlanmasına dair verilen eğitimlere rağmen, ölüm nedeni istatistiklerinde tutarsızlıklıklar olduğu gözlenmektedir.

Ülkemizde kayıtlı Suriyeli göçmen sayısı 3,6 milyon olarak saptanmıştır. ⁽¹⁶⁾ Savaş sonrası Türkiye'ye sığınan Suriyelilerin prematür ölümlerine ve risk faktörlerine dair bir veri bulunmamaktadır. Göç konusunda kaliteli veriler, ülkelerin göçü etkili bir şekilde yönetmesi ve göçmenlerin insan hakkı olan sağlık hizmetlerinden geri kalmamasını sağlamak için elzemdir. Buna rağmen, göçmen sağlığı ve ölüm nedenleri de dahil olmak üzere halk sağlığı ile ilgili çeşitli konularda açık veriye erişimde önemli kısıtlılıklar bulunmaktadır. Yetmiş yaşından önce kaybedilen potansiyel yaşam yılları (KPY-Y-PYLL potential years of life lost) cinsinden ölçülen prematür ölüm, nüfusun genç yaş grupları arasındaki ölümlere odaklanmaktadır. KPY-Y değerleri, bebek ölümlerinden, çocukları ve genç yetişkinleri etkileyen hastalıklar ve yaralanmalara bağlı ölümlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. ⁽¹⁷⁾ Mevcut durum tespit edilebilir ve zaman içinde harekete geçirilse prematür ölümler önlenebilir.

Kaynaklar

- 1) Principles and Recommendations for a Vital Statistics System, Revision 3 (United Nations publication, Sales No. E.13.XVII.10) / Kaynak Metin : Dissemination and Communication of Vital Statistics, UN ESCAP Stats Brief, February 2019 | Issue No. 17, https://www.unescap.org/sites/default/files/Stats_Brief_Issue17_Feb2019.pdf
- 2) Health statistics and information systems, WHO https://www.who.int/healthinfo/civil_registration/en/
- 3) United Nations Global SDG Database <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>
- 4) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu (2019), T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
- 5) https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-103_tr
- 6) Adres Kayıt Sistemi Yönetmeliği, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü <https://www.nvi.gov.tr/kurumlar/nvi.gov.tr/Projeler/aks/adreskayitsistemiyonetmeli.doc>
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2019, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Ekleri/36626,tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf?0> Erişim Tarihi 21.07.2020
- 8) Completeness of birth registration (%) The World Bank Data derived from UNICEF's State of the World's Children based mostly on household surveys and ministry of health data. Erişim Tarihi 21.07.2020
- 9) Nüfus Hizmetleri Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete 03.11.2017 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/11/20171103-16.htm> Erişim Tarihi 21.07.2020
- 10) [İnternet]Yeni Doğan Bebek Hastaneden Çıkmadan Kimliği Çıkıyor, T.C. İçişleri Bakanlığı Yayınlanma Tarihi 06.10.2019 <https://www.icisleri.gov.tr/yeni-dogan-bebek-hastaneden-cikmadan-kimligi-cikiyor> Erişim Tarihi 21.07.2020
- 11) Nüfus Hizmetleri Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete 09.05.2020 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.2505.pdf> Erişim Tarihi 21.07.2020
- 12) Completeness of death registration with cause-of-death information (%) The World Bank Data derived from World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository/World Health Statistics (apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en) Erişim Tarihi 21.07.2020
- 13) Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 - Açıklamalar; Türkiye İstatistik Kurumu <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>
- 14) Ölüm İstatistikleri, 2018 - Açıklamalar; Türkiye İstatistik Kurumu http://tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=30701&tb_id=8
- 15) Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33710>
- 16) UNHCR The UN Refugee Agency Operational Data Portal - Turkey <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/113> Erişim Tarihi 21.07.2020
- 17) [İnternet] OECD (2009), "Premature mortality", in Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-5-en Erişim Tarihi 06.09.2019

nk
Hipokrat
Yayıncılık



Sağlık Mah. Süleyman Sırrı Cad.
No:16/2 Sıhhiye/ANKARA



0312 433 03 05



hipokratkitabevi



0549 860 29 46



hipokratkitabevi



www.hipokratkitabevi.com

ISBN 978-605-7874-83-2



9 786057 874832