

III.
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ
SEMPOZYUMU



"Sektörlerarası İşbirliği"

5-6 Mayıs 2005
MANİSA



III. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

“Sektörlerarası İşbirliği”

5-6 Mayıs 2005

Celal Bayar Üniversitesi
Süleyman Demirel Kültür Merkezi
MANİSA

Düzenleyen Kuruluşlar
TTB Manisa Tabip Odası
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Müdürlüğü

Destekleyen Kuruluşlar
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Manisa Esnaf ve Sanatkarlar Odaları Birliği
Elginkan Vakfı

Sempozyum Düzenleme Kurulu

Sempozyum Eşbaşkanları

Prof. Dr. Cemil Özcan – Celal Bayar Üniversitesi Rektörü

Doç. Dr. Hatice Mavioğlu – Manisa Tabip Odası Başkanı

Dr. Ziya Tay – Manisa Sağlık Müdürü

Başkan

Erhan ESER

Sekreter

Tümer PALA

Metin ÖZTÜRK

Üyeler

Bedri Bilge
Beyhan C. Özyurt
Bülent Kılıç
Gönül Dinç
Hakan Baydur
Koray Erdurak
Mestan Emek
Müjde Şerifhan
Nasır Nesanır
Pınar Baysan
Pınar Dünder
Serdağ Etiz
Serol Deveci
Seval Canbaz
Şaylan Pesen
Yücel Demiral

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Recep Akdur
Prof. Dr. Ayşe Akın
Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
Prof. Dr. Remzi Aygün
Prof. Dr. Hamdi Aytekin
Prof. Dr. Doğan Benli
Prof. Dr. Ayşen Bulut
Prof. Dr. Şanda Çalı
Prof. Dr. Necati Dedeoğlu
Prof. Dr. Rahmi Dirican
Prof. Dr. Çağatay Güler
Prof. Dr. Metin Hasde
Prof. Dr. A. Osman Karababa
Prof. Dr. Ferit Koçoğlu
Prof. Dr. Cemil Özcan
Prof. Dr. Servet Özgür
Prof. Dr. Zafer Öztekin
Prof. Dr. Yusuf Öztürk
Prof. Dr. Hüsyin Polat
Prof. Dr. Haldun Sümer
Doç. Dr. Alp Ergör
Doç. Dr. Melikşah Ertem
Dr. Bülent Piyal
Dr. Ahmet Soysal

SEMPOZYUM PROGRAMI

I. GÜN	5 MAYIS 2005
9:00 – 9:30	Kayıt
9:30 – 9:45	Açılış
9:45 – 10:45	I. Oturum TSH’inde Sektörlerarası İşbirliğine Kavramsal Yaklaşım Ve Türkiye’de Durum. Prof. Dr. Cemil Özcan (Celal Bayar Üniversitesi Rektörü) Ramazan Urgancıoğlu (Manisa İl Vali Yardımcısı) Prof. Dr. Zafer Öztekin (Hacette Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)
10:45 – 11:00	Kahve Arası
11:15 – 12:45	II. Oturum Üreme Sağlığı Ve Kadın Eğitiminde Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Ayşe Akın (Hacette Üniversitesi. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) Dr. Rifat Köse (Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürü) Prof. Dr. Meral UYSAL (Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fak. Halk Eğitimi AD) Fatma Karakoç (TC. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdür Yrd.) Dr. Demet Gural (İKGV)
12:45 – 13:45	Yemek Arası
13:45 – 15:00	III. Oturum Çevre Sağlığında Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Çağatay Güler (Hacette Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) Dr. Ahmet Soysal (İzmir Konak Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü) Mustafa Genç (Manisa İl Sağ. Müd. Gıda ve Çevre Kont.. Şb. Müd) Faruk İşgenç Çevre Mühendisi. (İzmir Çev. Müh. Oda. Şube Başk.)
15:00 – 15:15	Kahve Arası
15:15 – 16:30	IV. Oturum Sözel Sunumlar: Yönetici: Prof.Dr.Gül ERGÖR Sektörler Arası İşbirliği Deneyimleri 1- Kemalpaşa Sağlıklı Sanayi Projesi -1 (Kessan-1) (Ara Sonuçlar) 2- Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin İzmir’de Seçilen Sanayi Meslek Dallarında 2003 Yılı İtibariyle Sona Erdirilmesi Projesi 3- Kunduracılar Sendikası Örgütlenme Süreci Ve Sektörler Arası İşbirliğinin Önemi 4- Kemalpaşa Köylerinde İçme Suyu Sanitasyonu 5- Balçova Sağlık Grup Başkanlığı’nın Balçova Belediyesi Ve Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İle Birlikte Çalışma Durumu, 2003-2005 6-Diyarbakır’da 1. Basamakta Döner Sermaye Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Bir Ön Çalışma
16:30 – 17:45	V. Oturum İş Sağlığında Sektörler Arası İşbirliği Doç. Dr. Alp Ergör (Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) Dr. Bülent Piyal (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı) Ali Çeltekin (DİSK Birleşik Metal İş Sendikası İzmir Şube Başkanı) Çev. Müh. Erden Üçüncüoğlu (İşveren temsilcisi)

SEMPOZYUM PROGRAMI

II.GÜN	6 MAYIS 2005
09:30 – 10:45	I. Oturum Toplum Beslenmesi Ve Gıda Güvenliğinde Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Nevzat Artık (Tarım ve Köy işleri Bak. Koruma ve Kontrol Gen. Md. Yrd.) Prof. Dr. Nafiz Delen (Ege Üniv. Ziraat fakültesi Bitki Koruma Bölümü) Prof. Dr. Mine Yurttagül (Hacettepe Üniv. Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü) Engin Kurt (Tarım İl Müd. Kor. Kontrol. Şb. Md. Manisa)
10:45 – 11:15	Kahve Arası
11:15 – 12:30	II. Oturum Depremlerde Sektörler Ve Sağlıkçılar Arası İşbirliği Prof. Dr. Necati Dedeoğlu (Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) Prof. Dr. Ali Osman Karababa (Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) Dr. Turhan Sofuoğlu (İzmir Sağlık Müdür Yrd.) Op. Dr. Mehmet Eryılmaz, (GATA Acil Hekimliği Anabilim Dalı)
12:30 – 13:30	Yemek Arası
13:30 – 14:45	III. Oturum Sözel sunumlar: Yönetici: Doç. Dr. Gönül DİNÇ Sektörler Arası İşbirliği Deneyimleri 7- İzmir/Konak'ta Bir İşbirliği Öyküsü; Gıda Denetimi 1999-2004 8-Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Bölgesinde Süt Dağıtım Projesi 9- Türkiye'de Kuduz Şüpheli Isırık Ve Brucella Olgularına Bir Bakış 10- Narlıdere Eğitim Araştırma Ve Sağlık Bölgesi: Üniversite / Sağlık Bakanlığı Arasında İşbirliğine Somut Bir Örnek 11-2004 Yılında İzmir İlinde Yapılan Üreme Sağlığı Eğitimleri 12-Sağlıklı Yuva (Eğitim Düzeyi İlkokul Ve İlkokul Altı Olan 15-49 Yaş Kadınlarda Çocuk Sağlığı Eğitimi Ve Beceri Kazandırılması Projesi)
14:45 - 15:15	Kahve Arası
15:15 – 17:00	IV. Oturum FORUM Sağlıkta Dönüşümün Laboratuvarı: Düzce Müdahalesinin Düşündükleri Yönetici: Prof. Dr. Zafer Öztekin (Hacettepe Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD) KAPANIŞ: Sempozyumun Değerlendirilmesi Gelecek Yıl İçin Öneriler

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
SEMPOZYUM PROGRAMI	3
İÇİNDEKİLER	5
SUNUŞ	7
GENEL SUNULAR	
Temel Sağlık Hizmetlerinde Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Zafer Öztekin	9
Kadın Sağlığının İyileştirilmesinde Sektörlerarası İşbirliğinin Önemi Prof. Dr. Ayşe Akın	11
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ve Ulusal Mekanizmanın Rolü Fatma Karakoç	15
Üreme Sağlığı Ve Hakları Konusunda Sektörler Arası İşbirliği Dr. Demet Güral	18
Halk Sağlığı Ve Çevre Sağlığı Uygulamalarında Sektörler Arası İşbirliği Açısından Güçlükler Prof. Dr. Çağatay Güler	20
Yerel Yönetimler Ve Çevre Sağlığında Sektörler Arası İşbirliği Dr. Ahmet Soysal	26
Çevre Sağlığı Hizmetlerinde Sektörler Arası İşbirliği Mustafa Genç	31
Çevre Mühendisliği Ve Sağlık M. Faruk İşgenç	35
İş Sağlığı Ve Güvenliğinde Sektörler Arası İşbirliği Dr. Y. Bülent Piyal	40
Temel İş Sağlığı Hizmetleri Ve İşbirliği Dr. Alp Ergör	49
Toplum Beslenmesi Ve Gıda Güvenliğinde Sektörlerarası İşbirliği Prof. Dr. Nevzat Artık	51
Gıda Güvenliği Açısından Türkiye’de Pestisit Kullanımı Ve Sektörler Arası İşbirliği Nafiz Delen	54
Toplum Beslenmesi Ve Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Mine Yurttagül	57
Hastane Acil Servisleri Ve Sahadaki Sağlık Personeli Arasında Depremler Sonrası Yaşanan Eşgüdüm Sorunları Ve Çözüm Önerileri Dr. Mehmet Eryılmaz	61
Depremde Sektörler Arası İşbirliği Prof. Dr. Ali Osman Karababa	65
SÖZEL BİLDİRİLER	
Kemalpaşa Sağlıklı Sanayi Projesi -1 (Kessan-1) (Ara Sonuçlar)	69
Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin İzmir’de Seçilen Sanayi Meslek Dallarında 2003 Yılı İtibarıyla Sona Erdirilmesi Projesi	70
Kunduracılar Sendikası Örgütlenme Süreci Ve Sektörler Arası İşbirliğinin Önemi	71
Kemalpaşa Köylerinde İçme Suyu Sanitasyonu	72
Balçova Sağlık Grup Başkanlığı’nın Balçova Belediyesi Ve Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İle Birlikte Çalışma Durumu, 2003-2005	73
Diyarbakır’da 1. Basamakta Döner Sermaye Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Bir Ön Çalışma	74
İzmir/Konak’ta Bir İşbirliği Öyküsü; Gıda Denetimi 1999-2004	75
Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Bölgesinde Süt Dağıtım Projesi	76
Türkiye’de Kuduz Şüpheli İsrık Ve Brucella Olgularına Bir Bakış	77
Narlidere Eğitim Araştırma Ve Sağlık Bölgesi: Üniversite / Sağlık Bakanlığı Arasında İşbirliğine Somut Bir Örnek	78
2004 Yılında İzmir İlinde Yapılan Üreme Sağlığı Eğitimleri	79

POSTER BİLDİRİLER	
Sağlıklı Yuva (Eğitim Düzeyi İlkokul Ve İlkokul Altı Olan 15-49 Yaş Kadınlarda Çocuk Sağlığı Eğitimi Ve Beceri Kazandırılması Projesi)	80
İzmir İlinde Suyla Bulaşan Hastalıkların Önlenmesi Amacıyla Sektörler Arası İşbirliğini Sağlayarak Toplam 619 Köyün 2004-2006 Yılları Arasında Güvenli Suya Ulaşma Oranını Artırma Projesi	81
Ordu Ve Sağlık Sektörü Arasındaki İşbirliğine Bir Örnek: Seferihisar Jandarma Muhabere Er Eğitim Taburundaki Acemi Erlerin Aile Planlaması Konusundaki Eğitimleri	82
Sağlık Memurluğu 4. Sınıf Öğrencilerince Manisa'da Bir Grup Er Ve Erbaşa Verilen Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Eğitiminin Değerlendirilmesi	83
Manisa İlinde 6-14 Yaş Grubunda Okula Devam Etmeyen Çocukların Temel Özellikleri, 2004	84
Manisa Nurlupınar Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Ergenlerin Akran Eğitimi Yöntemi İle Üreme Sağlığı Bilgi Ve Tutumunu Geliştirme Projesi: Bir Yarı Kentsel Bölge Müdahalesi	85
Manisa 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Hizmet Alanların İfadesine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	86
Nurlupınar 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadın İzlem Kart Tutarlılığının İncelenmesi	87
Manisa Mevlana Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınların Statüleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler	88
Aile Planlaması Hizmetleri İle Servikal Smear Taramasının Entegrasyonu; Dıyrbakır'da Bir Uygulama Örneği	89
Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Aile Planlaması Yöntemi Olarak Kondom Kullanan Eşlerin Özelliklerini Belirlemek	90
Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Vajinal Enfeksiyonlar Ve Hijyen Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	91
Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Kızamık Sürveyansı Çalışması: Kızamık Sürveyansında Laboratuvar Desteği Gerekli Mi?	92
Çanakkale İli Merkez İlköğretim Okulu Beşinci Sınıf (11-12 Yaş) Öğrencilerinin Beslenme Ve Büyüme Durumlarının İncelenmesi	93
Çanakkale İl Merkezinde 0-1 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Akut İshal Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması	94
İnönü Lisesi Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı Ve İçicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Ve Sağlık Eğitiminin Etkisi	95
İnönü Lisesi Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı Ve Sigara İle İlgili Eğitimlerde Sektörler Arası İşbirliği	96
Balıkesir İli Verem Savaş Dispanserinde Sağaltımı Devam Eden Hastaların Epidemiyolojik Özellikler Yönünden İncelenmesi	97
Çomu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Ve Ebelik Bölümlerinde Okuyan Öğrencilerin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi	98
Manisa Kent Merkezinde Hava Kirliliği Ve Meteorolojik Değerlerin Durumu: 5 Yıllık Sonuç	99
Soma Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebe Eğitimi Ve Anne Sütü Devam Durumu Değerlendirmesi	100
Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı, Manisa Örneği 2004	101
Sektörler Arası İşbirliği Uygulaması: Sağlık Yüksekokulu İle Milli Eğitim Bakanlığı Birlikteliği	102
Manisa Kent Merkezindeki İki Sağlık Ocağı Bölgesinin Bebek Ve Çocuk İzlem Fişi Bilgilerinin Niceliksel Açıdan Değerlendirilmesi	103
Yüksek Ateş Şikayeti İle Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Ateşlenme Durumunda Evdeki Uygulamaları	104
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tükenmişlik, İş Doyumu Ve Stresle Başetme Düzeyleri Üzerine Etkisi	105
Aydın İli 8 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Durumlarının İncelenmesi	106

Sunuş

Değerli katılımcılar, sevgili meslektaşlarımız.

İlk iki sempozyuma TSH'ne gönül veren meslektaşlarımızın verdiği olağanüstü destek, bu yıl sempozyumun üçüncüsünü düzenlememizi zorunlu kıldı. Bu kez İzmir'den meslektaşlarımız da sempozyumun düzenlenmesinde bize katıldılar. İnançımız gibi gönül verenlerimiz de artıyor gün geçtikçe. Kimine göre umut kırıcı olan, kimine göreyse değişim sancılarının çok yoğun yaşandığı bu günlerde Türk TSH çalışanlarının söylemek istedikleri daha çok şey olduğunu, mesleklerine ve ülkelerine sahip çıkmak isteyen büyük bir kitlenin varlığını hissediyoruz her şeye karşın. Toplumsal değişim hangi yönde olursa olsun, TSH'ne olan gereksinimin giderek artacağı ve bu alanda bilgi birikimini artırmanın ülkemiz sağlık sistemine önemli katkıları olacağına inancımızı sürdürüyoruz. Diğer taraftan şunu da biliyoruz ki, 1. basamak koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetlerinin bilimsel doğrulardan sapmadan sürdürülebilmesi ve halkımıza hakkaniyet ölçüsünde sunulabilmesi ancak bu alanda çalışanların inançlı çabalarıyla mümkün olabilecektir. İşte bilgimizi, deneyimlerimizi ve inancımızı yeniden paylaşabilmek için bir kez daha birlikte olmayı diliyoruz sizlerle.

Ülkemizde Temel Sağlık Hizmetlerinde, özellikle de koruyucu sağlık hizmetleri alanında yaşanan ciddi olumsuzlukların gün geçtikçe arttığını gözlüyoruz. Birinci basamakta tedavi edici hizmetlerinin niteliğinin artırılması amacıyla başlandığı söylenen uygulamalar, koruyucu hizmetlerini daha da olumsuz hale getirmiştir. Artık kurumun döner sermaye payını artırmak için tüm çabalar ayaktan tanı tedavi hizmetlere yönelmiştir. Sağlık Ocağı ekibi bir bütün olarak yüzünü sağaltıcı hizmetlere çevirmek zorunda bırakılmışlardır. Buna önlem olarak getirildiği söylenen koruyucu sağlık hizmetleri döner sermaye puanı bu amaca hizmet edemez durumdadır. Türkiye Halk Sağlığı uzmanları araştırmalarında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk grubu izlemlerinin niceliksel ve -daha da önemlisi – niteliksel açıdan giderek bozulduğunu ortaya koymaktadırlar. Bu kötüye gidişte, koruyucu sağlık hizmetlerine hükümetlerin giderek artan genel ilgisizliği yanında, döner sermaye uygulamasının da payı yadsınamaz. Artık bir çok alanda iddialı olduğunu söyleyen, küresel yarışta var olduğunu söyleyen Türkiye'de hala Batı illerimizde bile, anneler, gebelik ve loğusalık nedeniyle ölmektedir. Ana ve bebek ölüm hızlarımızda beklenen düşme gerçekleşmemektedir. İşin bir diğer boyutu, ikinci basamağa sağ olarak ulaşan annelerin, sözüm ona reformize edilmiş hastanelerde kurtarılamamalarıdır. Sözün kısası, özellikle kırsal ve gecekondu yerleşimlerinde kırk yıldır emek verdiğimiz koruyucu hizmetlerden hızla geri çekiliyoruz. Geri çekildikçe de bilimsel olarak ortaya çıkması kaçınılmaz acı sonuçlara boyun eğiyoruz. Bu durum, küresel ekonomik tercihler zincirinin ürünüdür. Bu tercihler, artık ulusal düzeyde sağlığımızı ve varlığımızı tehdit eder duruma gelmiştir. Bu zarardan dönmek elimizdedir. Alanda çalışan, bürokraside yönetici olan, üniversitede görev yapan bizlerin, artık farklılıklarımızı unutup ulusal çıkarlarımıza sahip çıkma zamanımızdır.

Bu yıl seçtiğimiz ana konu TSH’de Sektörler arası işbirliği. Bırakınız yaşamın içindeki işbirliğini, bu sempozyumun oturumlarının organizasyonu için bile sektörler arası işbirliğinin ne denli zor bir iş olduğunu yaşadık. İşte belki hep bir slogan gibi sözünü yıllardır ettiğimiz bu konunun önemi, sağlık sektörünün giderek daha çok sektörden etkilenmesi ve bağımlılıkların artması nedeniyle daha da artmaktadır. Örneğin, çevre sağlığı, besin güvenliği dendiğinde artık sağlık sektörü neredeyse kendi başına hiç bir şey yapamaz duruma geldi. TSH’de sektörlerarası işbirliğinin kapsam alanı neredeyse “sağlık” kavramı kadar geniş. Bu nedenle bu sempozyumda bazı seçimler yapmak zorunda kaldık. Diğer bir deyişle bazı alanları ilerleyen toplantılara bırakmak zorunda kaldık. Eksik kalan alanların da sempozyumda sunulan bildiriler ile kapanacağını umut ediyoruz. Türkiye’de TSH’de sektörler arası işbirliğinin geçmişi ve kamu örgütlenmesindeki yeri yanında gündemde olan kamu reformunun bu işbirliğini nasıl etkileyeceğini tartışarak başlayacağımız sempozyum, sağlık düzeyi belirleyicileri arasında önemi tartışılmaz olan ve ne yazık ki hala ülkemizin ciddi bir sorunu olan “üreme sağlığı ve kadın eğitiminde” sektörler arası işbirliğini tartışarak sürecek. Bunun yanında yukarıda değindiğimiz çevre ve toplum beslenmesi oturumları ve işbirliğinin vazgeçilmez önemde olduğu iş sağlığı ve olağanüstü durumlar oturumlarını izleyecek ve katkıda bulunacağız. Bu yoğun program, sağlıkta dönüşüm çerçevesinde gündeme gelen “Aile Doktorluğu Düzce uygulaması”nı bilimsel bir çerçeveden değerlendirmeye çalışacağız. Bu değerlendirme, “ bir alan müdahalesi nasıl planlanır, nasıl yürütülür ve nasıl değerlendirilir” sorunlarına yanıt arayarak yapılmaya çalışılacak. Forum niteliğindeki son oturuma, gelişmelerin belirli bir noktaya gelmesi halinde Düzce projesinin yetkilileri de davet edilecektir.

Seksen yıllık genç cumhuriyetimizin TSH alanındaki büyük başarısı hep gururumuz oldu. Şimdi bu bayrağı yücelterek taşımak, ulusal çıkarlarımızı hep önde tutmak hepimizin görevi. Biz ebeler, hemşireler, sağlık memurları; biz ocak çalışanları ve hekimleri; biz sağlık bakanlığı, sağlık müdürlüğü, grup başkanlığı, hastane hekimleri ve yöneticileri; ve biz halk sağlıkçılar, biz hepimiz...

Bu sempozyuma destek verdiğiniz ve onurlandırdığınız için hepinize yürekten teşekkür ediyoruz.

Saygılarımızla

Manisa Tabip Odası
Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Prof. Dr. Zafer Öztekin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Temel sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliği konusunu ele almadan önce sağlık, sağlık hizmeti ve temel sağlık hizmeti kavramları tanımlamakta yarar vardır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan da görüldüğü gibi sağlık, tıbbi ve sosyal yönleri olan çok boyutlu, geniş bir kavramdır.

Sağlık hizmetleri ise, "halkın sağlık ile ilgili istek ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca yapılan hizmetler" olarak tanımlanır. Çağdaş anlayışa göre, sağlık hizmetlerinin temel amacı, yalnızca hastalara değil, hasta ya da sağlam olsun herkese hizmet vermektir. Sağlık hizmetlerinin en önemli işlevi, kişileri hastalık, sakatlık ve ölümden korumak, onların yaşamlarını hem uzun hem de sağlıklı olarak sürmelerini sağlamaktır.

Temel sağlık hizmetlerinin (TSH) tanımına gelince : 1978 yılında yayınlanmış olan Alma-Ata Bildirisinde bu tanım şöyle yapılmıştı : TSH, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas hizmetdir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilemez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmet zincirinin birinci halkasını oluşturur.

Görüldüğü gibi, genel anlamıyla sağlık hizmetleri, özelde ise temel sağlık hizmetleri çok yönlü ve yaygın hizmetlerdir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık sektörü olarak adlandırılan sağlık bakanlıkları tarafından verilemez. Bu hizmetlerin başarısındaki faktörlerden biri de, sağlıkla ilgili hizmetleri veren bütün sektörlerin planlı ve uyumlu bir şekilde çalışarak, aynı amaca varmak için çaba göstermeleridir. Bu konuda bir kaç örnek vermek yeterli olacaktır. Eğitim, Milli Eğitim Bakanlığı'nın görevidir. Ancak, söz konusu olan, "okullarda sağlık eğitimi" olduğunda, bu bakanlık ile Sağlık Bakanlığı birlikte çalışmak zorundadır. Kentlerin temizliği, vektör mücadelesi, çöplerin yok edilmesi, esnafın denetimi gibi hizmetler belediyelerin görevleri arasındadır. Ama bu hizmetleri sunarken belediyelerle Sağlık Bakanlığı'nın birlikte çalışmaları şarttır. Tarlaların sulanması için arkların açılması Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü'nün ya da tarım örgütünün görevi olabilir. Ama, eğer bu arklar ve sulama sistemleri, sivrisineklerin üremesini ve sıtmanın yayılmasını hızlandırıyor ise, sözü edilen kuruluşlarla Sağlık Bakanlığı'nın el ele vermesi kaçınılmaz olur. Aile planlaması, çevre sağlığı, aşılama hizmetleri gibi bazı konularda halkın direnci, ancak dini liderler aracılığı ile kırılabilir. İşte bu noktada, Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın birlikte çalışması son derece olumlu sonuçlar verir. Beslenme hizmetlerinde Tarım Bakanlığı ile; finans konularında Maliye Bakanlığı ile; haberleşme konularında Ulaştırma Bakanlığı ile; halk eğitimi konusunda TRT ile sağlık elamanlarının birlikte çalışmaları kaçınılmazdır. Özetle, Sağlık Bakanlığı dışındaki sektörlerin desteği olmadan, sağlık hizmetlerinde başarı söz konusu olamaz. Bu arada, özellikle sivil toplum örgütlerinin de sağlık hizmetlerinde çok önemli yerleri ve rollerinin olduğunu vurgulamak gerekir.

Halk sağlığı felsefesi de sektörler arasında işbirliğini gerektiren ilkeleri savunmaktadır. Söz gelimi, halk sağlığı anlayışına göre, insan çevresiyle bir bütündür ve hastalıkların temel nedenleri yalnızca fiziksel ve biyolojik değil, aynı zamanda sosyal nedenlerdir. Böyle olunca, hastalıklarla mücadelede sosyal nedenlerin de ele alınması kaçınılmazdır. Oysa, sosyal nedenleri ortadan kaldırma yalnızca sağlık sektörünün altından kalkabileceği şey değildir. Özellikle ekonomik, kültürel ve eğitimle ilgili nedenlerle ilgili çalışmalarda diğer sektörlerle işbirliği yapılması kaçınılmazdır.

İlk bakışta, akla yatkın ve kolay gibi görünen bu konu, uygulamada çok güçtür. Yalnızca ülkemizde değil, pek çok ülkede sektörler kendi içlerine kapanmış ve yalnızca kendi görevlerini yapan kurumlar haline gelmişlerdir. Böyle bir yapı içinde genel amaç unutulmuş, halka hizmetteki "bütünlük" anlayışı kaybolmuştur. Unutulmamalıdır ki, sektörler bir orman içinde yalnızca birer ağaçtır.

Güç olmasına karşılık sektörlerarası işbirliği gerçekleştirilmelidir. Alma-Ata Bildirgesi, bu konuda bütün ülkelere gereken çabayı göstermelerini önermektedir. Bidiri'de aynen şöyle denilmektedir : "Temel sağlık hizmetleri, sağlık sektörüne ek olarak, başta tarım, hayvancılık, gıda, endüstri, eğitim, konut, bayındırlık, iletişim gibi ulusal ve toplumsal kalkınmaya katkı yapan diğer sektörleri ilgilendirir ve bunlar arasında eşgüdümü sağlamayı gerektirir. Bütün hükümetler, diğer sektörlerle eşgüdüm içinde, temel sağlık hizmetlerini sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak başlatmak ve sürdürmek için, ulusal politikalar, stratejiler ve eylem planları hazırlamalıdır. Bu amaca ulaşmak için siyasal kararlılık, ulusal ve uluslararası kaynakların harekete geçirilmesi ve akıllıca kullanılması gerekmektedir."

Sektörlerarası işbirliğinde model, ülkelere özgü olmalıdır. Ülkemizde il ve ilçe düzeyinde sektörlerarası işbirliğini sağlamak nisbeten kolaydır. Çünkü İller İdaresi Kanunu, bu konuda kolaylıklar getirmiştir. Valiler ve kaymakamlar, buldukları yerlerde her bakanlığın ayrı ayrı temsilcileri olduklarına göre, çeşitli bakanlıklar arası hizmetleri de koordine edebilirler. Köy düzeyindeki işbirliği de kaymakamlar marifetiyle sağlanabilir.

Ülkemizdeki temel sorun, merkez düzeyinde işbirliğini sağlayabilmektir. Türkiye'de şimdiye kadar, merkez düzeyinde sektörler arası işbirliği, değişik sektörlerin karşılıklı iyi niyetleri ile yürütülmüştür. Bu konudaki en iyi örneklerden birisi 1985 yılında, çocuk sağlığı düzeyini yükseltme çalışmaları çerçevesinde, ilgili bakanlık ve diğer kamu kuruluşlarının üst düzey yöneticilerinden oluşan bir sektörler arası kurulun oluşturulmasıdır. Çocuk ölümlerini azaltma programı çerçevesinde yapılan aşı kampanyasında öğretmenlerin aşı ekibinde görev almaları, diğer sektörlerin oto ve benzin desteğinde bulunmaları, bazı illerde PTT'nin sağlık örgütünün telefonlarından ücret almaması, Başbakanlık ile Milli Eğitim Bakanlıkları tarafından yayınlanan genelgede Sağlık Bakanlığı elemanlarına tüm desteğin verilmesinin istenmesi, TRT'nin ilgili yayınları artırması, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın 54.000 camide aynı anda aşılanma konusunda hutbelerin okunmasını sağlaması ülkemizde sağlık hizmetlerinin bütün kurum ve kuruluşları ilgilendiren bir "devlet hizmeti" olduğunun benimsenmeye başlandığı konusunda ümit vermiştir.

Ülkemizde, kalkınma planları, il ve ilçe hıfzısıhha kurulları, il yönetim kurulları gibi oluşumlar da sektörler arası işbirliğinin yapılmasına zemin hazırlarlar. Öte yandan, 1969 yılında çıkartılmış olan bir yönetmelikle düzenlenmiş olmasına karşın bir türlü yaşama geçirilemeyen "sağlık ocağı sağlık kurulları" hem sektörler arası işbirliği hem de halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlamada kaçırılmış önemli bir fırsat olmuştur.

KADIN SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİNDE SEKTÖRLERARASI İŞBİRLİĞİNİN ÖNEMİ

Prof. Dr. Ayşe Akın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

HÜ Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü, Ankara 2005.

Dünya Sağlık Örgütünü'nün 1948'de yaptığı sağlık tanımlaması günümüzde de geçerliğini korumaktadır. Bu tanıma göre **sağlık; sadece sakatlık ya da hastalığın olmaması değil, beden, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.**

Bu tanımın çok iyi ifade ettiği gibi sağlıklı olmak pek çok psiko-sosyal faktörün etkisinde olan bir konudur. Yani sağlık bir başlangıç değil, pek çok faktörün etkili olduğu bir sonuçtur.

Kadın sağlığı açısından konuyu ele aldığımızda etkileyici faktörlerin çeşidi ve etkileme boyutu daha da fazladır. 1995 yılında Pekin'de yapılan "Dördüncü Dünya Kadın Konferansı" kadının ilerlemesi ve güçlendirilmesi için öncelikle harekete geçilmesi gerekli olan 12 kritik alanı belirlemiştir.

Belirlenen bu 12 kritik alan:

- Kadın ve Yoksulluk
- Kadının Eğitim Ve Öğrenimi
- Kadın ve Sağlık
- Kadına Yönelik Şiddet
- Kadın ve Silahlı Çatışma
- Kadın ve Ekonomi
- Yetki ve Karar Sürecinde Kadın
- Kadının İlerlemesinde Kurumsal Mekanizmalar
- Kadının İnsan Hakkı
- Kadın ve Çevre
- Kız Çocuğu

Bu 12 kritik alandan "Sağlık" sadece biri olup diğer bütün başlıkların kadın sağlığının olumlu ya da olumsuz etkilenmesinde payı vardır. Kadın sağlığının iyileştirilmesinde sektörlerin rolü ve sektörlerarası işbirliğinin önemi bazı örneklerle somutlaştırılacak olursa; Belki de buna verilebilecek en uygun ve önemli örnek "Toplumsal Cinsiyet Rollerinin ve Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığının" kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin iredelenmesidir.

Toplumsal cinsiyet rolü, toplumun kadın veya erkeğe yüklediği, onlardan beklediği davranış biçimleri – toplumda oynamalarını istediği rollerdir. Örneğin toplumsal cinsiyet "Gender" rolü olarak, kadın ev işlerini yapar, çocukları yetiştirir, okumasa da olur, ev dışında çalışması doğru değildir gibi toplumların oluşturduğu toplumsal cinsiyet kalıpları vardır. Aynı şekilde erkek için de, güçlüdür, ağlamaz, evi geçindirir, cinselliğini dilediği gibi yaşayabilir gibi kalıplar oluşturulmuştur. Bireyler erkek ya da kadın olsun, bu toplumsal cinsiyet kalıplarından etkilenirler ancak çok iyi bilinmektedir ki kadınlar için oluşturulan kalıplar "daha negatif"tir ve kadın, doğumdan itibaren hatta daha da önce başlayarak yaşamının her döneminde kendisinin psiko-sosyal gelişmesinde, kaynakları kullanmada çoğu kez "dezavantajlı" konumdadır.

Bu duruma bazı örnekler verilecek olursa;

- Halen dünyada okur-yazar olmayan 900 milyon kişinin üçte ikisi kadındır.
- Anemisi olan her bir erkeğe karşın iki kadın anemiktir.
- Karar verici, yönetici konumundaki kadın oranı özellikle gelişmekte olan ülkelerde çok düşüktür.

Bu örnekler sağlık bağlamında somutlaştırılacak olursa;

- Üreme sağlığına ilişkin kadınların hastalık yükü erkeklere kıyasla üç misli daha fazladır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığı kadınlardan daha yüksektir.
- Kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmaları/kullanmaları toplumsal statüleri ile doğru orantılıdır.

Yukarıda sözü edilen bütün örneklerde, toplumsal cinsiyet kalıplarının etkilediği bir sonuç olan “**Kadının Statüsü**” sağlığının da önemli belirleyicilerinden birisidir. Ülkemizde yapılan bazı araştırma sonuçlarında bu etki açık olarak görülmektedir:

1997-1998’de bir yıllık sürede Türkiye’deki doğumların %80’ninin meydana geldiği 53 ilde doğum yapılan bütün hastaneleri kapsayan “Anne ölüm nedenleri” araştırmasında bütün kadın ölümlerinin %5’i anne ölümü olup, Anne Ölüm Hızı yüzbin canlı doğumda 49.2 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada 5 anne ölümünden 4’ü önlenabilir olarak nitelendirilmiştir. Anne ölümlerinde en önemli nedenlerden biri hizmete ulaşamamak, hizmeti kullanamamaktır. Bu açıdan ülkemizde 1993 yılından beri her 5 yılda bir tekrarlanan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından son üç çalışmada da kadının aile planlaması yöntemlerini ya da obstetrik hizmetleri kullanmasının eğitim düzeyi ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de eğitim durumuna göre sağlık personeli yardımı ile doğum yapma ve modern AP yöntemi kullanma (2003-TNSA)

	Okur-Yazar değil	İlköğretim 1.kademe	İlköğretim 2.kademe	Lise, +
Sağlık personeli ile doğum	59.9	91.1	96.4	98.5
Modern AP yöntemi kullanma	29.9	43.4	50.8	52.2

Kadının toplumsal statüsü düştükçe doğurganlığının da paralel olarak arttığı 99 gelişmekte olan ülkede yapılan bir çalışmada ortaya konmuştur. Bu çalışmaya göre statüsü çok iyi olan kadınlar 2’den daha az sayıda çocuk sahibi olurken statüsü çok düşük olan grupta bir kadın 6 çocuk doğurmaktadır.

Açıklanan bilgiler ışığında kadın sağlığını iyileştirmede kadının toplumsal statüsünün yükseltilmesi ki bunu temel olarak eğitim ve öğreniminin ve para getiren işte çalışmasının temini olarak özetleyebiliriz, bunların sağlanması ise kuşkusuz sağlık sektörünün dışındaki sektörlerin görevidir. Sağlık sektörüne düşen ise temelde 2 büyük

görev vardır. Bunlardan birincisi: Sağlık sektörünün sağlık hizmetlerini, toplumun ulaşabileceği, karşılayabileceği maliyette ve kabul edebileceği nitelikte vermek ve sürekliliğini sağlamaktır. Sağlık sektörünün ikinci görevi ise: kadın sağlığında etkili olan psiko-sosyal faktörlerin ortaya çıkmasında rolü olan sektörlerle karşı konuların “savunuculuğu”nu yapmak, onlarla işbirliği yaparak bu olumsuz faktörlerin ortadan kalkmasını ya da en aza inmesinin gerçekleştirilmesi sürecini izlemektir.

Türkiye örneğinde konu düşünülecek olursa;

Sağlık sektörünün kendi içinde (Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı – Üniversiteler, uluslararası sağlık kuruluşları vs.) işbirliği yaparak sağlık hizmetlerinin çağdaş ve ülke gerçekleri ve gereksinimine uygun olmasının/ verilmesinin sağlanması;

Sağlık sektörünün diğer sektörlerle (Milli Eğitim, Milli Savunma, Kültür, Ulaştırma, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları, Uluslararası kuruluşlar, vs.) işbirliği yaparak sağlığı etkileyen olumsuz faktörlerin giderilmesinde katalizör/savunuculuk rolünü oynaması gerekmektedir.

Kadın sağlığı bağlamında yukarıda sözü edilen işbirliklerinin gerçekleştirilmesinde ise mekanizmalara ihtiyaç vardır. Bu mekanizmalar Türkiye’de genellikle vardır ancak, etkili olarak kullanılmamakta ya da hiç kullanılmamaktadır. Somut bir örnek verilecek olursa; 1983 yılında kabul edilen 2827 Sayılı Yasa’ya bağlı yönetmelikte ilgili sektörleri biraraya getirerek işbirliği yapılmasına zemin hazırlayan, Sağlık Bakanının başkanlığındaki “Nüfus Planlaması Danışma Kurulu” öngörülmüştür. Bu kurul 10 yıl gecikme ile ilk kez 1993 yılında fonksiyone edilmiş ve bu kurulun bir alt kurulu olarak “Kadın Sağlığı Danışma Kurulu” oluşturulmuştur. Bu kurul daha sonraki düzenli çalışmaları ile Milli Eğitim, Genel Kurmay, Diyanet, Gönüllü kuruluşlar gibi sektörleri aktive ederek üreme sağlığı konularında kız çocuklarının eğitimi, erlerin eğitimi, diyanet mensuplarının konu ile ilgili eğitimleri gibi yenilikçi programların başlatılması çalışmalarının yapılmasını sağlamıştır. Bu somut örnek dışında diğer bir mekanizma; Türkiye’de Devlet Planlama Teşkilatı’nın koordinasyonu ile 5 yılda bir hazırlanan “Kalkınma Planları” çalışmaları da sektörlerin biraraya gelerek görev ve işbirliği ilke ve kurallarının konulduğu daha sonra da sektörlerin uyması/uygulaması beklenen bir çerçevedir.. Bu mekanizma iyi kullanıldığı takdirde etkili olabilecek bir süreçtir. Ne varki geçmiş örneklerde bunun gerçekleştirilebildiği söylenemez.

Sonuç olarak, Kadın Sağlığı pek çok faktörden etkilenmektedir, dolayısı ile iyileştirilmesinde de etkili olan bütün psiko-sosyal faktörlerin göz önüne alınarak oluşmasında rolü olan bütün sektörlerin ve disiplinlerin işbirliği yapması zorunluluğu bilimsel bir gerçektir. Konu ile ilgili öncülük ve savunuculuk yapmak konusunda en büyük sorumluluk ise sağlık sektörüne düşmektedir. Ne varki, bu diğer sektörlerin kendi görevlerini eksik yapmalarını da hoş gösteremez.

Kaynaklar

1. World Health Report 2005: Make every Mother and Child Count, WHO-Geneva, 2005.
2. “Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık” (Ed. Akın, A.), T.c., Başbakanlık KSS Genel Müdürlüğü, HÜKSAM, UNFPA yayını 2004, Ankara.

3. “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003”, Hacettepe Üniversitesi NEE, yayını 2004, Ankara.
4. “Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu”, T.C., Başbakanlık KSS Genel Müdürlüğü yayını, Ankara, 1995.
5. “Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın”, “Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM)” yayını, Ankara, 2003.
6. “Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler”, T.C., Sağlık Bakanlığı, AÇS/AP Genel Müdürlüğü yayını, Ankara.

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİ VE ULUSAL MEKANİZMANIN ROLÜ

Fatma KARAKOÇ

**Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Genel Müdür Yrd. V.
Ankara, 2005**

Kadınların statüsünü yükseltmek amacıyla başlatılan mücadeleler 1946 yılında BM bünyesinde Kadının Statüsü Komisyonunun kurulması ile farklı bir önem ve resmiyet kazanmış, kadın-erkek eşitliğinin sağlanması konusu uluslararası platformun ve ülkelerin gündemine yerleşmiştir.

Komisyonun hazırladığı Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) 1980 yılında imzaya açılmış ve 1981 yılında yürürlüğe girmiştir. Sözleşme, ülkemiz açısından 1986 yılında yürürlüğe girmiştir.

BM tarafından gerçekleştirilen dört Dünya Kadın Konferansı, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunu küresel gündeme yerleştirme konusunda önemli bir işlev üstlenmiştir. Dünya ülkelerinin “eşitlik, kalkınma ve barış” ortak hedeflerinde birleşmeleri, bu hedeflere ulaşılabilmesi için pek çok ülkede ulusal mekanizmaların kurulmasında konferanslar etkili olmuştur.

1995 yılında gerçekleştirilen 4 üncü Dünya Kadın Konferansı diğer konferanslardan farklı olarak bir taahhütler konferansıdır. Konferansın sonucunda ortaya çıkan Pekin Eylem Platformunda belirtilen 12 kritik alanda ülkeler taahhütler üstlenmiştir. Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip olma hakkının bulunduğu temeline dayalı “Kadın ve Sağlık” konusu da kritik alanlardan biridir.

Pekin Konferansının yanı sıra 1994 yılında gerçekleştirilen Kahire Nüfus Konferansı gibi toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlenmesine yönelik başka uluslararası platformların da odak noktası olan kadın sağlığı, diğer temel alanlarla yakından ilgili bir alandır. BM Binyıl Zirvesinde tüm üyeler tarafından Binyılın Kalkınma Hedefleri olarak kabul edilen sekiz hedefe ulaşılmasında toplumsal cinsiyet eşitliği, herkesin eğitim hakkından yararlanması ve üreme sağlığı hizmetlerini almasının en önemli araçlar olduğu vurgulanmıştır.

Ülkemizde kadın-erkek eşitliğinin zeminini, Cumhuriyetin kuruluşunu takip eden ilk on yılda gerçekleştirilen reformlar oluşturmuştur. 1926 yılında kadınlara yurttaşlık konumunu getiren Medeni Kanunun kabul edilmesi, 1934 yılında kadınların seçme ve seçilme hakkını elde etmeleri gibi reformların temelinde, kadınların eşit birey/eşit yurttaş olarak kamusal alana çıkmaları ve erkeklerle birlikte kalkınma sürecine katılmaları amacı yer almıştır.

Kadına karşı her türlü ayrımcılığı önlemek, kadın haklarını geliştirmek, kadını sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal yaşamın tüm alanlarında etkin hale getirmek, kalkınmanın fırsat ve olanaklarından eşit bireyler olarak yararlanmalarını sağlamak amacıyla temel politika ve programlara esas olacak çalışmaları yapmakla görevli olan Genel Müdürlük, politika oluşturma ve koordinasyon işlevini kurulduğu tarihten bu yana sektörlerarası işbirliği çerçevesinde yürütmektedir.

Genel Müdürlüğün koordinasyon işlevini daha etkin bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla 6 Kasım 2004 tarihinde yürürlüğe giren Teşkilat Kanununda Kadının Statüsü Danışma Kurulu oluşturulması hükmü yer almaktadır. Kurul, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün koordinasyonu ile ilgili bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, üniversite öğretim üyeleri ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden oluşacaktır. Genel Müdürlüğün görev alanına giren konularda, Kurul tarafından tespit edilen görüş ve öneriler, ilgili kuruluşlara bildirilerek sonuçları izlenecek ve değerlendirilecektir.

Ulusal düzeyde başta eğitim, sağlık, istihdam, karar mekanizmaları, şiddet gibi alanlarda kadın sorunlarının çözümüne yönelik çalışmaları yürütmek/koordine etmek, ülkemizin uluslararası platformda verdiği taahhütlerin yerine getirilmesini sağlamak üzere çalışmalar yürüten Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün faaliyetlerini;

- Yasaların kadın-erkek eşitliği bakış açısıyla gözden geçirilmesi, ihtiyaç duyulan alanlarda yasal düzenlemelerin yapılması,
- Toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda bilinçlendirme ve duyarlılık yaratılması,
- Devlet, sivil toplum, üniversite ve meslek kuruluşları arasında koordinasyon sağlanması,
- Uluslararası fon kaynaklı kadın projelerinin hazırlanması ve yürütülmesi başlıkları altında toplamak mümkündür.

Kadınların güçlenmesi için toplumsal cinsiyet eşitliğinin temel koşul olduğu konusunda çoğunlukla tüm tarafların üzerinde anlaştığı uluslararası toplantılarda, kadınların eğitim almasını engelleyen kültürel, sosyal ve ekonomik sınırlamaların aşılmasında, bir noktada kadınların doğurganlıklarını kontrol etmelerine imkan veren üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmalarının öncelikli araç olduğu vurgulanmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için toplumsal cinsiyet bakış açısının tüm politika, program ve düzenlemelere yerleştirilmesi gerekmektedir.

Ülkemiz açısından kadın sağlığı alanındaki göstergeler bölgesel olarak ve eğitim düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Kırsal alandakilerin yüzde 53,2'si bir doktordan doğum öncesi bakım alırken, kentsel alanda bu oran yüzde 80,2'ye yükselmektedir.

Yine eğitimi olmayan ve ilkokul bitirmemiş kadınların yüzde 42,4'ü doğum öncesi bir doktordan bakım alırken, lise ve üzeri eğitim alanların ise yüzde 96,3'lük bir oranla doktordan bakım almışlardır.

Bir diğer önemli fark eğitimi olmayan ve ilkokul bitirmemiş olanların yaklaşık yarısı (%49,1) doğumunu evde gerçekleştirirken, lise ve üzeri eğitim alanlarda bu oran sadece yüzde 2,5'tir.

Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, özel yaşamını, işini ve diğer sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmek için yeterli imkanlara sahip olması ve hizmetlere erişebilmesi gerekir.

Yapılan araştırmalar, kadın sağlığı konusunun tümü ile, kadının eğitiminden, sosyal statüsünden, kadına verilen değerden ve toplumun onu algılayış biçiminden etkilendiğini göstermektedir.

Kadının statüsü ile doğurganlığı arasında zıt bir ilişki olduğu gibi, doğurganlığı ile sağlığı arasında da aynı zıt ilişkinin varlığı bilinen bir gerçektir. Bir başka deyişle; kadının sosyal statüsü düştükçe doğurganlığı artar, doğurganlığı arttıkça da sağlığı bozulur, hastalanma ve ölüm riski artar.

Kadın sağlığını koruma ve geliştirme, ancak toplumda kadının statüsünün iyileştirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ile gerçekleşebilir.

Bu nedenle, kadın-erkek eşitliği bakış açısının tüm plan ve politikalara yerleştirilmesinde, eşitliğin her alanda hayata geçirilebilmesinde toplumun tüm kesimlerinin işbirliği ve desteği önemli ve gereklidir.

Kadın konusunda ulusal mekanizma olarak işlev üstlenen Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün koordinasyon ve savunuculuk rolünü yerine getirmesi önemli ve gereklidir. Toplumsal sorumluluğun paylaşılması anlamında da bu alanda yapılacak çalışmalarda sivil toplum kuruluşları, özel sektör, üniversiteler, meslek örgütleri gibi tüm sosyal taraflar ile birlikte olmak önemli bir güç birliği oluşturacaktır.

Ulusal düzeyde oluşturulacak bu güç birliğinin bölgesel ve uluslararası alanda da sağlanması ülkeleri toplumsal cinsiyet eşitliği, kalkınma ve barışın tesisinde daha etkin, daha güçlü kılacaktır.

Toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşmak için ülkemizde son yıllarda özellikle yasal alanda kaydedilen gelişmelerin uygulamaya konulması ve toplumsal dönüşümün gerçekleştirilmesi sürecinde de yapılacak işbirliği kararlılığımızın ifadesi olarak, bizleri başarıya götürecektir.

Bu nedenle düzenlenen “Üreme Sağlığı ve Kadın Eğitiminde Sektörler arası İşbirliği” konulu Panel nedeniyle oluşturulacak platformda paylaşılacak deneyimlerin ve çıkacak sonuçların bundan sonraki çalışmalara önemli katkı sağlayacağına inanıyorum. Bu inançla Panelin başarılı geçmesini diliyorum, emeği geçen herkesi gönülden kutluyorum.

ÜREME SAĞLIĞI VE HAKLARI KONUSUNDA SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Dr. Demet Güral
Genel Müdür
Willows Foundation
Nisan 2005

Sorun Nedir?

Türkiye’de nüfus ve üreme sağlığı konusundaki göstergelere bakıldığında belirgin bir iyileşme olduğunu görüyoruz. Her ne kadar bu göstergeler gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında hala iyi olmasa da, toplam doğurganlık hızı, BÖH ve AÖH ile nüfus artış hızlarında azalma, etkin yöntem kullanımında artış var. Ancak bu konu ile uğraşan bizler sadece bu göstergelere bakmıyoruz. İstenmeyen gebeliklerin fazla olmasına rağmen bu talebin yeterince karşılanmamasına, başvuranların gittikleri hizmet kurumlarından memnuniyetsiz olmalarına, isteyerek düşüklerin yüksek oranda olmalarına, birçok yerde doğumların ehil olmayan kişilerce yaptırılmasına, gebelik kontrolüne hiç gitmemiş binlerce kadının olmasına da bakıyoruz. Ve bunları sorun olarak görüyoruz.

Yeterince birincil basamak hizmet kurumları devlet tarafından açılmış ve bunların çoğunda da yeterince personel var. Ama kadınların birçoğu buradan ücretsiz hizmet alabileceklerinden habersiz. Gençlere uygun hizmet birimleri yok. Başvuranların birçoğu kötü muamele görmelerinden veya kendilerine hemen hiç bilgi verilmemesinden veya eksik bilgilennemelerinden yakınıyorlar. Personel ise, iş yükünden veya performanslarına göre terfi alamamaktan yakınıyor. Yeni getirilen performans değerlendirmeleri ise sanki koruyucu sağlığı tamamen yok sayma üzerine temellendirilmiş.

Ne Yapılmalı?

Yıllarca kadın sağlığı ve üreme sağlığı konusunda hizmet sunucuların eğitimlerine büyük fonlarla çok miktarda paralar harcandı. Eğitim merkezlerinde yüzlerce hekim, hemşire, ebe yetiştirildi. Hizmet sunucuların yararlanması için sürekli hizmet-içi eğitimler düzenlendi, son tekniklerin anlatıldığı rehber kitaplar basıldı, en ücra köşelere kadar dağıtıldı. Personelde hareketlilik, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince verilmeyen önem başta olmak üzere, hizmetin kalitesi hala yetersizse o zaman talebi arttırmak gerekiyor. Başvuranların bilinçlenmesi ve kendi haklarını savunması, daha kaliteli hizmet talep etmesi, arzı da değiştirecektir. Bu nasıl yapılabilir?

- 1) Kadınların bilgilendirilmesi- ama kadının birey olarak bilinçlendirilmesi. Örneğin: Çocuklarına daha iyi annelik yapabileceği için okuması değil, daha yetkin bir birey olması için okuması gerekir. Veya kadının doğurma veya doğurmama hakkının kendi bireysel tasarrufu olduğunun bilincine varması gerekir.
- 2) Sağlık hizmeti sunanların meslek okulları sırasında eğitilmesi. Koruyucu hizmeti bilen hekim, hemşire, ebe, sağlık memurlarının yetiştirilmesi. Tıp fakültelerinin uzman değil pratisyen yetiştirmek için öğretim yapması.

Neden Sektörlerarası İşbirliği Gerekli?

Üreme sağlığı programlarının başarıya ulaşabilmesi için geniş çaplı olarak ele alınmaları gerekli. Hedef aldığımız nüfusun hizmet için başvurduğu kurumların çoğu Sağlık Bakanlığı'na ait. Sivil toplum kuruluşları (STKlar) hizmet sektöründe yok. Ama özellikle bilgilendirme ve savunuculuk konusunda etkin olanlar ise sivil toplum kuruluşları. İşte bu bilinçlenen nüfus eğer hizmetlerini kamu kuruluşlarından alması gerekiyorsa, o zaman işbirliği de gerekli oluyor. Örneğin Willows Foundation 2004 yılı sonu itibarı ile 714,000 kadına üreme sağlığı ve hakları konusunda belli ölçüde bilgilendirme yapmış durumda ve bu kadınların hizmet alacağı sağlık kurumlarının da daha iyi hizmet verebilmesi için eğitim çalışmaları ile birlikte bir ödül sistemi de kurulu. Aynı zamanda sağlık personelinin hastaları ve birbirleri ile daha iyi iletişim kurmaları için de bir iletişim eğitimi veriliyor. Willows'un programı STK-kamu işbirliğine güzel bir örnek olarak görülebilir.

STK'ların en önemli özellikleri hızlı karar verebilmeleri ve risk alabilmeleri. STK'ların öncülük ettiği örnek çalışmalardan şunlar var: seks işçilerine güvenli seks eğitimleri, ilköğretimde cinsel sağlık bilgilerinin müfredata girme çalışmaları, kontraseptif sosyal pazarlama çalışmaları, parlamenterlerin üreme sağlığı ve hakları konularında bilinçlendirilmeleri. Halbuki kamu sektöründe ağır bir bürokrasi olduğu için kararlar zor alınıyor. Bununla birlikte yukarıda belirtilen sorunlarla verilen hizmetlerde bir yetersizlik var. Ancak hizmet ağlarının geniş olması, büyük bir avantaj. İşte STK-kamu işbirliği, hızlı kararlarla, her türlü gruba ulaşabilen bir sektör ile geniş hizmet ağına sahip sektörün işbirliğini getiriyor. STK- kamu işbirlikleri ile uygulanan programların bu kurumların ayrı ayrı yaptıklarından çok daha başarılı, etkili ve uzun ömürleri oluyor.

STK- özel sektör arası işbirliği ise henüz çok yeni. Bu alanda görülen en başarılı örneklerden biri Willows'un programlarında yapılan özel anlaşmalarla özel kliniklerin ücretlerinde belli bir indirim yapmaları. Daha önceki yıllarda ise sosyal pazarlama konusunda yapılan bir işbirliği örneği olmuştu ama sürekli olmadı. Bu konunun iyi örnekleri daha çok eğitim alanında görülüyor. Üreme sağlığı ve kadın sağlığı alanında henüz büyük programlar uygulanmıyor.

HALK SAĞLIĞI VE ÇEVRE SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ AÇISINDAN GÜÇLÜKLER

Prof. Dr. Çağatay Güler

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ülkemizde halk sağlığı ve çevre sağlığı uygulamalarında alınan bir çok karar uygulanamamakta, hatta kimi mevzuat düzenlemeleri çıktığı gün uygulanamaz hale gelmektedir. Bu durum sektörler arası işbirliğini engelleyen en önemli etkenleri oluşturmaktadır. Bu güçlükler ve başlıca nedenleri kısaca tartışılacaktır:

1. Terim ve kavram kargaşası: Terimlerin hatalı tanımlanması, kimi zaman kişilerin aynı terimleri kullandığı, ancak farklı anlamları kast etmeleri nedeniyle sağlıklı diyaloguna dönmemektedir.

Kavram ve tanı farklılıkları, olayların tek yönlü değerlendirilmesi bir çok sorunun çözümsüz kalmasına neden olmaktadır. Sözelimi:

1. Çevre (**environment**)
2. Çevre sağlığı (**environmental health**)
3. Çevre bilim(**environmental science**)
4. Çevre hekimliği(**environmental medicine**)

terimleri birbirinin aynı terimler olarak ele alınmakta çoğu kişi alınan çevre sağlığı önlemlerini ekolojik önlemler, çevreye uygun her önlemi ekolojiye de uyumlu önlemler olarak algılamaktadır. (1-3)

2. Tıp fakültesi öğrencileri ve hekimlerin çevre sağlığı sorunlarının klinik uygulamaların dışında sayması: Çevre sağlığı eğitimindeki klasik yaklaşımın özellikle kırsal kesimde insan atıkları, sıvı ve katı atıklar vb sorunlar üzerinde yoğunlaşması tıp fakültesi eğitiminden başlayarak hekimde bunların kendisinin dışında sorunlar olduğu, halen çözümlenmemesi nedeniyle kendilerine ders konusu olarak anlatıldığı, hekimlik uygulamalarının temelde bunların çözümüyle ilişkili olmadığı şeklinde bir düşünce yaratmaktadır. Çevre sağlığı ile ilgili önlemler radikal sonuç verdiğine göre, bir takım yatırımcı kuruluşlar, yerel yönetimler görevlerini yaptığında sorun kalmayacaktır!

Klinik uygulamalarda "fonksiyonel" ya da "psikolojik" yakınmalar olarak tanımlanan, hastanın çoğu kez yetersiz sedatizasyonunu sağlayacak reçetelerle gönderildiği bir çok yakınmanın çevresel etkilenimle ilgili yakınmalar olduğunu gösteren yayınlar giderek artmaya başlamıştır. "Yeni bina sendromu" gibi tanımlar buna örnek verilebilir. Çünkü yeni bir eve taşınan ailelerde eğer evde badana, cilalar, boya, ve değişik deterjanlarla yapılan genel temizlik uygulamaları söz konusu ise tüm aile bireylerini etkileyen "yorgunluk, bitkinlik, uyku hali, vb" nonspesifik bir çok yakınma ve belirti ile oraya çıkan bir durum çıkmaktadır. Eğer alınan klinik anamnezde söz konusu durumla ilgili sorular yoksa, "fonksiyonel yakınmalar" olarak kabul edilen söz konusu durum gereksiz bir takım sedatiflerle veya semptomatik tedaviye yönelik ilaçlarla tedaviye çalışılmaktadır.

Kimyasal etkilenimin kişi yer ve zaman özellikleri açısından değerlendirilmesi çok önemli hale gelmiştir. Böylece çevresel etkilenimin karmaşık özelliği ile ilgili bağlantıların kurulması daha kolaylaşacaktır. Bir çok çevresel kirlenici tek başına spesifik bir klinik tablo oluşturmaz. Çoğu kez nonspesifik bir çok diğer hastalıklar içinde geçerli olan belirti ve sonuçlarla karşımıza gelir. Çevre epidemiyolojisinin; epidemiyoloji biliminin özel bir dalı olarak gelişmesinin nedeni de budur.

Bu nedenle klinik uygulamadaki her hekimin ayrıntılı bir çevre öyküsü alması

zorunluluğu vardır. Hekim çevre sorunlarının dışında kalmak bir yana doğrudan bu sorunların sağlıkla ilgili sonuçlarının değerlendirilmesi, toplumsal sorunun boyutunun belirlenmesi ve çözümüne yönelik koruyucu adımların atılmasında anahtar eleman durumuna gelmiştir.

3. Resmi kurum ve kuruluşlar arasında yetki karmaşası: Sağlık Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Tarım Bakanlığı vb bir çok kuruluşun çevre sağlığı ile ilgili önlemlerde yetki tartışması içerisinde bulunmaları en önemli sorunu oluşturmaktadır. İlgili her kuruluş çıkan mevzuatı kendi yetkilerine ağırlık vermek, kadrolaşma ya da propaganda gücü kazanmak amacıyla biçimlendirmeye çalışmaktadır.

Çevre Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı, Belediyeler, Tarım Bakanlığı, İmar İskan Bakanlığı vb aynı uygulamaları standartları birbirinden çok farklı örgütlenme modelleri, personel, araç, gereç ve donanımla yapmakta, bu ise sadece hizmetin etkinliğinin azalmasına hatta etkisiz hale gelmesine neden olmaktadır.

Mevzuat dağınıktır. Kimi mevzuat doğrudan çeviridir. Kimi mevzuat ise akademik endişelerle çok yüksek standartta hazırlanmakta pratikte öngörülenlerin uygulanması mümkün olamamaktadır.

Çevre Bakanlığının hastane atıkları ile ilgili olarak çıkardığı yönetmelik bunun tipik bir örneğidir. Burada sağlık personeli için risk olan hastane atıklarının hastane kapısına konurken tehlikesiz hale getirilmesi yerine, o tehlikenin atık işleme yerine kadar sürdüğü varsayılarak düzenleme yapılmaktadır. Gereksiz teknoloji transferine (yakma fırınları gibi) yol açan özendirmeler bulunmaktadır. Sonuçta hiç kullanılmayan, idame ve bakımı yapılamayan, fonksiyonsuz olarak bekleyen yakma fırınlarının açılması söz konusu olmaktadır.

Gıda sağlığı uygulamaları Tarım Bakanlığı yetkisine devredilmiştir, gıda sorunu ile gıda sağlığı sorunu birbirine özdeş kavramlar olarak ele alınmaktadır. Oysa ülkemizde Tarım Bakanlığı mensuplarının hem karar verici mevkide olup hem de pestisit, kimyasal gübre, hormonal maddeler satan ticari kuruluş açmaları mümkündür. Zaman zaman talimatlarla ve dış destekli projelerle ülkemizde kullanıma sokulmasına yönelik prosedürü zorlayan, geçiştirmeye çalışan düzenleme eğilimleri geleceğe yönelik önemli tehlikeler yaratmaktadır. Bazı ülkelerin “ülkede kullanılması yasak, ancak yurt dışına satılmak üzere imalatına izin verilen” kimyasalları sadece bizim için değil gelişmekte olan ülkeler için de bir risktir.

Çevre sağlığı uygulamalarıyla ilgili yetki dağınıklığı, sektörler arası işbirliği ya da üretime ve çözüme yönelik rekabet yerine, kişisel, politik ve kuruluşsal rekabetin ön plana çıkması bir çok sorunun çözümsüz kalmasına neden olmaktadır.

Çevre Bakanlığı bir çok teknik Bakanlığın alanına giren çevre konularındaki mevzuat kargaşasını gidermek, bilimsel esaslara ve ülke gerçeklerine uygun temel mevzuat esaslarını belirlemek, uygulamaya yönelik alt yapının geliştirilmesini sağlamak zorundadır.

”Kirlenen öder” vb slogan yaklaşımlar bir yarar sağlamamaktadır. Belirli bir bölgede insanlarda kanser tehlikesi yaratan bir kirliliğin ödenebilirliği yoktur. Kanser etkisi çıktıktan sonra kanser olmuş, yaşamı kısalmış kişilerde ortaya çıkan bu durum hangi ölçülere göre ödenebilir? Bu nedenle Sağlık kuruluşlarının çevre denetiminin dışında kalmasına neden olabilecek dışlayıcı bir yaklaşımın çok tehlikeli olabileceği unutulmamalıdır.

Çevresel etki değerlendirmesiyle ilgili uygulamalara halk sağlığı uzmanı yoksa hekim uygun görüşünün alınmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, çevresel etki değerlendirmesi raporlarında yer alan en kötü durum senaryolarına sağlık en kötü durum senaryolarının katılması gerekmektedir.

Çevre zabıtası sistemi kurulmalı, söz konusu uygulamalarda görev alacak Personelin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.

Çevre suçlarının mevzuat açıklarından yararlanılarak cezasız kalması önlenmelidir. Çevreye yönelik hata, kusur ve suç sınıflaması iyi yapılmalıdır. Dengesiz derecede ağır ceza çoğu zaman suçun cezasız kalmasına da neden olabilmektedir. Zaman aşımı, davanın uzaması, bilirkişi yetersizliği vb nedenleriyle cezanın etkinliğinin azalması engellenmelidir.

Çevre Bakanlığının mevzuat düzenlemelerine özellikle Tıp fakültesi halk sağlığı birimleri olmak üzere, tüm akademik ve teknik kuruluşların katkı ve katılımının artırılması esas olmalıdır. Bunun yapılmaması, bir çok düzenlemenin uygulanması mümkün olmayan kurallardan ibaret kalmasına neden olmaktadır. Geçmişte bir çok çevre bakanının “yapılan mevzuat düzenlemelerine” yine devlet kuruluşlarının uymadığı biçimindeki yakınmaları hatırlardadır. Çevre Bakanlığı gibi kuruluşlar kapalı kapılar ardında mevzuat düzenlemesi yapamazlar. Çevreye yönelik her düzenlemede ayrıntılı bir tartışma ortamı yaratılmalıdır.

Çevre Bakanlığı il düzeyinde teşkilatlanma çabasında olmamalıdır. Kural koyucu ve standart belirleyici bir bakanlık olarak kalmalıdır.

Uluslararası mevzuat hükümleri benimsenmeden ya da reddedilmeden önce ülkede teknik kurum ve kuruluşların, akademik çevrelerin görüşü alınmalı, uluslararası çevre toplantılarına katılan ülke temsilcilerinin uzmanlaşmasına imkan verilmeli, sürekli olan bazı kurullarda görevli ülke temsilcilerinin değişimi sırasında kopukluk olması engellenmelidir. Bu gibi kararlar ülke sanayi, toplum sağlığı gibi konularda önemli sonuçlar verebilir. Gelecekte ülkemizle ilgili büyük problemlere kaynak yaratabilir. Bu nedenle alınan her kararın ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesini sağlayacak bir sistem kurulması yoluna gidilmelidir.

4. Laboratuvarlar araç gereç ve personel standardının olmaması: Çevre sağlığı sorunlarının çözümünde önemli bir kuruluş olan halk sağlığı laboratuvarları araç,gereç yöntem ve personel standardına sahip değildir. Bunların düzeltilmesi yerine değişik kuruluşlar kendi örgütlenme çabaları içerisinde benzeri yetersiz laboratuvarlar açma eğilimindedir. , Tarım Bakanlığının laboratuvarları, Çevre Bakanlığının açmaya çalıştığı laboratuvarlar bu açıdan güzel bir örnektir. Bu resmi laboratuvarların çelişkili sonuçları önemli hukuki sorunlar yaratmakta, uygulamada ki personelin önemli güçlüklerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Akademik testlerin özendirilmesi, saha pratiğinde ,yerinde denetimi gölgelemektedir.

Halk sağlığı konusunda çalışan laboratuvarlar arasında önemli standart farklılıkları bulunmaktadır. Değişik Bakanlıkların laboratuvar kurma eğilimleri farklı standartlara ve karşılaştırılması mümkün olmayan yöntem farklılıklarına yol açmaktadır. Çoğu kez örnek alma yöntemleri arasında bile önemli farklılıklar olmaktadır.

Laboratuvar elemanları sınırlı özellikte ve özel bir amacı bulunmayan bir takım ölçümlerle önemli ölçüde zaman yitirmektedir. Bir çok laboratuvar sadece elindeki araca ve personelin niteliğine göre ölçüm yapmaktadır.

Çevre, çevre sağlığı, hayvan sağlığı vb alanlarında çalışan laboratuvarların bir ulusal Toplum sağlığı ve Çevre laboratuvarı sistemi içerisinde entegre edilmesi gerekir. Bu hem hizmet ve standart ikilemini kaldıracak, hem de uygulama etkinliğini arttıracaktır.

5. Denetimden sorumlu elemanların yeterli araç, gereç ve donanımına sahip olmaması: Son yıllarda Sağlık Bakanlığı özellikle çevre sağlığı teknisyenleri olmak üzere çevre sağlığı denetiminden sorumlu elemanların teknik bilgilerinin artırılmasına yönelik çabalara ağırlık vermiştir. Ancak çevre sağlığı teknisyenleri gibi yerinde değerlendirme yapması gereken personel gerekli araç gereç ve donanımına sahip bulunmamaktadır. Okul eğitimleri yetersizdir ve müfredat eskidir. Alan pratikleri yok

denecek kadar azdır. Bu tip personelin yetiştiği okulların müfredatları gözden geçirilerek amaca uygun biçimde yenilenmeli ve değiştirilmelidir.

6. Diğer disiplinlerden önemli katkılar yapabilecek personelle ilgili sorunlar: Yetişen çevre mühendisleri kendi fonksiyonları dışında işlerde çalışmakta, diğer mühendislik disiplinlerinin lobileri nedeniyle çevre sağlığı uygulamalarına büyük boyutta katkı yapabilecekleri pratik uygulama alanına girememektedir.

7. Yüksek teknoloji eğilimi: Basit, ve ucuz teknoloji ve müdahalelerle çok etkili sonuçlar alınması mümkünken, kaynaklar pahalı teknolojiye yönlendirilmektedir. akademik endişelerle hazırlanan mevzuat bunu özendirilmektedir.

8. Emisyon ve deşarj yaklaşımı: Mevzuatımızda deşarj ve emisyon yaklaşımı ön plandadır. Kirletici herhangi bir kimyasalın belirli bir tehlikenin altında sıvı olarak (deşarj) ya da gaz olarak (emisyon) atılması hedef alınmaktadır. Oysa bazı alıcı ortamlar belirli bir total kirletici yükünü taşıyamaz. Bir göle konulan sınır değer altında bir den fazla tesis atığını boşalttığına göl canlı yaşamı için elverişli olmaktan çıkar. Bu nedenle alıcı ortam kavramına ağırlık verilmesi, herhangi bir alıcı ortamın taşıyabileceği çevresel yük ön plana çıkartılmalıdır. Eğer bu yaklaşım benimsenmeyecek olursa çevrenin ve toplumun zarar görmesini engelleyecek kararlar pratikte yarar sağlamayacaktır.

İlk kurulan işyerleri çevreye yönelik düzenlemeler nedeniyle alt yapı yatırımı yaptıklarında, daha sonra kurulan kuruluşlar bu alt yapıdan yararlanarak daha az maliyetle iş kurdukları için cezalandırılmış duruma düşebilmektedir. Bu durumun özellikle ilk çevre koruyucu yatırım yapan kuruluş lehine düzenlemelerle giderilmesi gerekmektedir.

9. Getirilen bir çok mevzuat hükmünün saha pratiğinden uzak olması nedeniyle uygulanamaması: Toplumdaki işsizlik vb zorlaması nedeniyle mevzuat hükümlerinin çoğu pratikte uygulanamamaktadır.

Çevre sağlığı uygulamalarında toplumun gereksinimi ve birey haklarının yanı sıra doğal ve ekolojik etkiler gündeme gelmektedir. Çevre sağlığı ile ilgili müdahaleler bir yandan toplum çıkarları ile ters düşerken bir yandan ekolojik zararlara yol açabilir.

Sözgelimi sağlığa zararlı koşulları bulunan bir işyerine yönelik uygulamalar işyerinin kapanmasına ve zarar görenlerin işsiz kaldıkları için tepki göstermelerine neden olabilir.

Bozuk gıda, sağlıksız ve güvenliksiz çalışma koşulları, kötü konut gibi durumlar için bir çok ülkenin yasal düzenlemeleri bulunmaktadır. Ancak toplumsal ve ekonomik zorlamalar nedeniyle gevşek tutulmakta, sıkı kurallar kağıt üzerinde kalmaktadır. (6-8)

Günümüzde oluşan uluslararası kamuoyunda sağlığa çevresel zarardan bozulan çevreye kayma söz konusudur.

İlginç ikilemlerden birisi çevreye zarar verenlerin kendilerine de zarar veriyor olmalarıdır. Bir yazara göre “Bu durumda sağlık personeli çevreye zararlı birimi kapatacak olursa, Ibsen’in “Bir toplum Düşmanı” oyunundaki “Dr. Stockmann a benzemektedir.”(6-8)

Bu durumda çözümü sağlayabilmek için:

1. Taraflara olayın bütün yönleri anlatılmalı
2. Bireysel hakkaniyet esası ve zarar vermeme ilkesine ağırlık verilmelidir.

Bu nedenle:

1. Durum için doğrunun ne olduğu
2. Önceliklerden hangisinin daha uzun süre de daha az kişiye zarar vereceği düşünülmalıdır.

Kuşkusuz birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma uygulamalarından ikincil ve üçüncünün olması, birincil koruma önlemlerine ağırlık verilmesini engellememelidir. Ancak birincil korumada başarısız olduğunda ikincil koruma

uygulamalarının önem kazandığı da gözardı edilmemelidir. Buradaki tehlikeli algılama sınırı bir çok uygulamanın hatalı olmasına neden olur.

10.Bilimsel ve sivil toplum kuruluşlarının getirdiği sansür: İlgili çatışmaları tamamlanan ve yayıma gönderilen araştırmaların firmalara sızdırılmasına,. Firmanın kendi bilim adamlarına tersi araştırmalar yapmalarını sağlayacak biçimde yönlendirmesine ya da eleştirileriyle yıpratmalarına olanak veriyor. Çoğu zaman yayımdan çekilme, makalenin kırılması vb dolaylı ya da doğrudan sansürle sonuçlanmaktadır.(6-8)

Ülkemizde gelişmiş ülkelerde az görülen bir diğer konu sivil toplum kuruluşlarının kişi güdümlü olması, tek yönlü kamu oluşturma eğilimleri, spekülatif tartışmalara ağırlık vermeleridir. Adeta bir sivil toplum kuruluşu toksikasyonu yaşanmaktadır. Sivil toplum kuruluşlarının yönetiminde görev alanların sayısı, sivil toplum kuruluşlarının sayısının çok altındadır.

Sivil toplum kuruluşlarına kişi katılımı çok azdır. Dar bir çekirdek kadro bütün politikaya hakim olmakta, diğer üyeler seçimlerde çoğunluğu ve gerekli oyu sağlayacak bir kalabalık olmaktan öteye işlev görmemektedir.

11.Bireysel çevre bilincinin ve katılımın eksikliği: Çevre sağlığı ile uygulamalarda bireysel etkinlik ve katılım çok büyük önem taşımaktadır. Katı atıklar, su savurganlığı gibi konular bireysel düzeyde katkı sağlamaksızın çözülemeyecek sorunlardır. Toplum bireylerinin çoğu çevre sağlığı sorunlarının üst kademe kararları ve mevzuat düzenlemeleriyle çözümlenebileceğini sanmaktadır. Gerçek bir kentlilik bilinci yerleşmemiştir. Sözelimi herkes hidrofor takarak az olan suyu birbirinden çalma savaşı vermektedir. Herkes kişisel elektrik biriktirme aygıtlarıyla yetersiz elektriği birbirinden çalmaya çalışmaktadır. Kimse evinde yeniden üretime sokulabilen ve sokulamayan atıkları ayırmamaktadır.

12.Risk iletişimi ve risk algılama eksikliklerinin yarattığı sonuçlar: Yetersiz risk iletişimi, medyanın hatalı tutumu, sağlık ve çevre muhabirlerinde gerçek anlamda bir özelleşmenin ya da uzmanlaşmanın olmaması, risk algılama hataları toplum baskısının kolayca olumsuz yönlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Gürültü vb konularında toplum talebi bulunmamaktadır. Gerçek bir risk algılama söz konusu değildir. Yapılan bütün propagandalara rağmen bazı önlemlerle ilgili olarak toplum desteği sağlanamamaktadır. Toplum çevre eğitimi ve çevre bilincinin artırılmasına yönelik uygulamalara ağırlık verilmelidir.

13.Çevre kirliliğinin sağlık sonuçlarının belirlenmesine yönelik veri sistemi bulunmamaktadır. Tartışmalar teorik zeminde yapılmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar destek görmemektedir. Üniversite ve diğer kuruluşlarda çevre ve çevre sağlığına yönelik araştırmalar özendirilmeli, var olan araştırmaların sonuçları kolay ulaşılabilir hale gelmeli, sistemli olarak ilgili teknik kuruluşların bilgilendirilmesini sağlayacak önlemler alınmalıdır.

14.Ülke çevre gündemi ülke gerçeğinden uzak bir biçimde belirlenmektedir.

15.Enerji dar boğazı bir çok mevzuat hükmünün göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Gelişmiş ülkeler temiz enerji konusunda destek yapmamakta, kirletici teknoloji için kredi imkanı sağlamaktadır.

16. Kayıtlar ilgili kişilerden saklanmakta, medyada spekülasyon endişesi nedeniyle gerçekten yorumlama ve değerlendirme kapasitesine sahip kişilerin ellerine ulaşması gecikmektedir. Ölçümler çok çeşitli disiplinlerin katkısını ve katılımını gerektirmektedir. Ölçüm yapabilen olanaklara sahip akademik birimler sağlık açısından ve epidemiyolojik açıdan değerlendirme yapma standardına sahip birimlerle işbirliği içerisinde değildir.

Kaynaklar

1. Güler, Ç. Çobanoğlu, Z. , Çevre Sağlığının İlkeleri ve Genel Bakış Açısı, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 1, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN 975-7572-49-7 , Ankara 1994.
- 2.Güler, Ç. Çevre hekimliği, Sağlık, Toplum ve Çevre Bülteni, 4, 37, 1-8, Ocak 1994.
- 3.Güler, Ç. Çevre Hekimliği, Çevresel Etkilenim ve Genel Kavramlar; İliçin,G. et al (Ed.)Temel İç Hastalıkları, sayfa 2786-2789, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996
4. Nebel, B. J. Environmental Science, The Way the World Works. , (345-351) Third Ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1990.
5. Koren, H. ; Bisesi, M. Handbook of Environmental Health and Safety, (69-72), Lewis Publishers, Florida, 1996.
- 6.Last, J.m.,Obligations of epidemiologists to research subjects, J.Clin. epidemiol, 44(Suppl5) 95S-101S, 1991.
- 7.Last, J.M.,Ethics and Public health Policy, in M. Last, Robert, B. Wallace (eds), Maxcy Rosenau-Last, Public Health and Medicine, Prentice Hall International Inc.,1187- 1196, ,NewYork, 1992.
- 8.Last J. M. Epidemiology: questions of science, ethics, morality and law Am.j. epidemiol, 130,1073, 1989.

YEREL YÖNETİMLER ve ÇEVRE SAĞLIĞINDA SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Dr. Ahmet Soysal

İzmir Konak Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü

Yerel yönetimler denince genellikle belediyeler anlaşılmasına karşın; yerel yönetimler iki ana parçadan oluşmaktadır:

1-İl Özel İdareleri

2-Belediyeler

2004 ve 2005 yılları içinde yerel yönetimlerle ilgili yasalar değiştirilmiş ve yerel yönetimlerin yetki ve sorumlulukları önemli ölçüde arttırılmıştır. 10-07-2004 tarihinde çıkarılan 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu büyükşehirlerin yetki ve sorumluluklarını arttırmakla kalmamış; yetki alanlarını da *valilik binasından 50 km'lik çap* yaklaşımı ile önemli derecede genişletmiştir. 7-12-2004 tarihli ve 5272 sayılı Belediye Kanunu büyükşehir kapsamı dışındaki belediyelerin yetki ve sorumluluklarını arttırırken; 22-02-2005 tarihinde çıkan 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu il özel idarelerine daha çok belediye sınırları dışında olmak üzere geniş yetkiler tanımıştır.

Yeni yasaların yürürlüğe girişinden önce uygulanan; başta 3030 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ve 1580 sayılı Belediye Kanunları olmak üzere tüm yasa ve yönetmeliklerin yerel yönetimlere çevre ve çevre sağlığı alanında verdiği sorumluluk ve yetkileri bu yönetimlerin gerektiği şekilde kullanıp kullanamadıkları tartışılırken; yeni düzenlemelerden sonra ortaya çıkabilecek durum belirsizdir.

5216 sayılı yasa ile büyükşehir belediyelerine; *sürdürülebilir kalkınma ilkesine uygun olarak* çevrenin, tarım alanlarının ve su havzalarının korunmasını sağlama; ağaçlandırma yapma; hafriyat toprağı, moloz, kum ve çakıl depolama alanlarını, odun ve kömür satış ve depolama sahalarını belirleme, bunların taşınmasında çevre kirliliğine meydan vermeyecek tedbirler alma; büyükşehir katı atık yönetim plânını yapma, yaptırma; katı atıkların kaynaktan toplanması ve aktarma istasyonuna kadar taşınması dışındaki katı atıkların ve hafriyatın yeniden değerlendirilmesi, depolanması ve bertaraf edilmesine ilişkin hizmetleri yerine getirme, bu amaçla tesisler kurma, kurdurma, işletme veya işletme; sanayi ve tıbbî atıklara ilişkin hizmetleri yürütme, bunun için gerekli tesisleri kurma, kurdurma, işletme veya işletme; deniz araçlarının atıklarını toplama, toplama, arıtma ve bununla ilgili gerekli düzenlemeleri yapma, gıda ile ilgili olanlar dâhil birinci sınıf gayrisihhî müesseseleri ruhsatlandırma ve denetleme, yiyecek ve içecek maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurma ve işletme; su ve kanalizasyon hizmetlerini yürütme, bunun için gerekli baraj ve diğer tesisleri kurma, kurdurma ve işletme; derelerin ıslahını yapma; kaynak suyu veya arıtma sonunda üretilen suları pazarlama; merkezi ısıtma sistemleri kurma, kurdurma, işletme veya işletme gibi sorumluluklar verilmiştir. 5272 sayılı Belediye Kanunu ise bu alanda büyükşehir belediyeleri dışındaki belediyelere de geniş yetkiler vermiştir: içme, kullanma ve endüstri suyu sağlama; atık su ve yağmur suyunun uzaklaştırılmasını sağlama; bunlar için gerekli tesisleri kurma, kurdurma, işletme ve işletme; kaynak sularını işletme veya işletme; katı atıkların toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geri kazanımı, ortadan kaldırılması ve depolanması ile ilgili bütün hizmetleri yapma ve yaptırma; gayri sıhhî müesseseler ile genele açık dinlenme ve eğlence yerlerini

ruhsatlandırma ve denetleme gibi. 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ise belediye sınırları dışındaki ilin kalan bölümü için; su, kanalizasyon, katı atık, çevre, gayri sıhhi müesseseler ile genele açık istirahat ve eğlence yerlerine ruhsat verme ve denetleme yetkilerini il özel idaresine bırakmıştır. Bu yasaya göre il özel idareleri; il çevre düzeni planını; valinin koordinasyonunda, büyükşehirlerde büyükşehir belediyeleri, diğer illerde il belediyesi ile birlikte yapmakla yükümlüdür. Bu yasaya göre il çevre düzeni planı belediye meclisi ile il genel meclisi tarafından onaylanmaktadır.

Yasaların incelenmesinden de anlaşılacağı gibi yerel yönetimler çevre sağlığı alanında geniş yetki ve sorumluluklara sahiptir. Ancak yerel yönetimlerin; özellikle de belediyelerin çevre sağlığı açısından sorumluluklarını yerine getirmeleri için başta sağlık, sanayii, tarım, ulaşım, enerji, gıda olmak üzere diğer sektörlerle ve merkezi yönetimlerle (Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı vs.) geniş bir işbirliğine gereksinimleri olduğu açıktır. Gerek son yasal düzenlemeler öncesi; gerekse sonrası en önemli sorun bu noktada yaşanmaktadır. Yerel yönetimlerin verimli bir işbirliğini gerçekleştirememelerinin ana nedenleri şunlardır:

1-Yetki paylaşımı konusundaki anlaşmazlık: Çevre sağlığı alanında yerel yönetimlerin dışında merkezi yönetimin organları olan Çevre ve Orman Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı gibi bakanlıklar ve bu bakanlıklara bağlı merkez ve taşra örgütleri de yetkilidir. Yasalar da ve bu yasalara bağlı çıkarılan yönetmelik ve tüzüklerdeki belirsizlikler; işbirliği alanlarının net tanımlanmaması işbirliğini güçleştirmekte; hatta çatışmalara neden olmaktadır. Hava kirliliğinin önlenmesi konusunda Çevre ve Orman Bakanlığına bağlı il örgütleri ile çeşitli belediyeler arasında yaşanan çatışmalar bu duruma güzel bir örnektir. Yine katı atık yönetiminde karşılaşılan en büyük sorunlardan biri olan tehlikeli atıklar ve sanayii atıklarının durumu ise Belediyeler-Sanayii Bakanlığı-Sanayii kuruluşları-Sağlık kuruluşları ekseninde yeterli işbirliği olmaması ve yetki uyuşmazlığına bir örnek olarak verilebilir.

2-Yerel Yönetimlerle sanayi ve enerji sektörü arasında yeterli işbirliğinin olmaması: Bir yerleşim bölgesi için sanayii tesislerinin kurulacağı bölgenin belirlenmesi ve belirlenen bölgenin imar planlarının yapılması çok önemlidir. Bu işlem yapılırken bölgenin jeolojik yapısı, yer altı ve yerüstü su kaynaklarının durumu, yerleşim ve tarım alanlarına uzaklığı, hakim rüzgarların yönü, koruma bandları zorunluluğuna uyum gibi konular dikkate alınmalıdır. Bilindiği gibi imar planlarını yapmak yerel yönetimlerin temel görevi olup; bu görevi belediye sınırları içinde belediyeler; dışında ise il özel idareleri sürdürmektedir. Bu planlar yapılırken Yerel Yönetimler ile Sanayii Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Sanayii Kuruluşlarının örgütleri, Tarım ve Enerji sektörü temsilcileri ile yakın bir işbirliği yapılmalı ve plansız tesis yapımına izin verilmemelidir. Ancak bu hiç bir zaman sağlanamamakta ve kaçak sanayiileşme ve buna bağlı çevre kirliliği yaşamımızın kaçınılmaz bir parçası olmaktadır. İmar planları bulunmayan ve gerekli alt yapı çalışmaları yapılmamış bölgelerde bu tip gayrisıhhi müesseseler kurulmakta; bunlar yine yerel yönetimlerden almaları gereken gayri sıhhi müessese ruhsatlarını (GSM) alamadan çalışmaya başlamaktadır. Ekonomik nedenlerle bu işletmelerin çalışmaları durdurulamamakta ve Yerel Yönetimler, Sanayii Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Sanayii kuruluşları örgütleri, Tarım ve Enerji sektörü temsilcileri arasında işbirliği yokluğu nedeni ile ortaya çıkan bu sorun; daha sonraki aşamada bu kuruluşlar arasında kavga nedeni de olabilmektedir. Zaman içinde bu

kuruluşların yarattığı çevre sorunları gerek çevresinde yaşayanları gerekse o tesiste çalışanları olumsuz etkilemektedir. Ayrıca verimli tarım alanları da elden çıkmaktadır.

İzmir kent merkezinin yakınında bulunan Aliğa bu duruma en çarpıcı örneklerden biridir. Bu bölgede ortaya çıkan plansız sanayileşme yarattığı hava kirliliği ile İzmir kent merkezini ve burada yaşayanların sağlıklarını; neden olduğu asit yağmurları ile Menemen ovasındaki tarımı olumsuz olarak etkilemektedir.

Yine İzmir kent merkezinde hava kirliliğinin önlenmesi için jeotermal enerjinin ısınmada kullanılması projesi yerel yönetimlerin her iki kanadı; Belediyeler ve İl Özel İdaresi ile enerji sektörü kuruluşları arasında işbirliğinin gerçekleşmemesi nedeni ile yaşama geçirilememiştir. Henüz kurulacak şirket üzerinde bile görüş ve eylem birliği sağlanamamıştır.

Yatağan ve Kemerköy Termik Santralleri ise Yerel Yönetimler-Merkezi Yönetim (Çevre ve Orman Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı vs.)- Enerji sektörü-Turizm sektörü arasında yıllardan bu yana gerçekleştirilemeyen işbirliğinin örnekleridir. Bu bölgede yoğun hava kirliliği nedeni ile insan sağlığı ciddi bir şekilde etkilenmiş ve tarım adeta yok olmuştur. Yatağan Termik Santralinin Yatağan ve çevresinde yarattığı sağlık sorunlarına ve yerel yönetimin karşı duruşuna karşın; *sürdürülebilir kalkınma ilkesi(!)* gereği bugün çalıştırılmaya devam edilmesi ise sektörel işbirliği eksikliğinden çok; konu ile ilgili tüm sektör ve kurumların duyarsızlık göstergesidir.

3-Yerel Yönetimlerle ulaşım sektörü arasında işbirliği olmaması: Günümüzde gelişen kentlerde toplu ulaşımın önemi artmıştır. Özellikle deniz kıyısı olan kentlerde kara ve deniz ulaşımının birleştirilmesi önem kazanmasına karşın uzun yıllar kara toplu taşımacılığı belediyeler tarafından yürütülürken; deniz ulaşımı Ulaştırma Bakanlığına bağlı kalmıştır. Özellikle İstanbul ve İzmir gibi kentleri etkileyen bu durum ancak yakın geçmişte çözülebilmıştır.

Kent içi yollar belediyeler tarafından yapılırken çevre yolları ve kent bağlantıları Ulaştırma Bakanlığına bağlı Karayolları Genel Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır. Ancak bu projeler oluşturulurken merkezi yönetim yerel yönetimlerin ve ulaşım sektörü temsilcilerinin görüşünü almamakta; yerel yönetimler tarafından oluşturulan kent planlarını bile görmemezlikten gelebilmektedir. Bu duruma en güzel örnek İzmir'de yaşanmıştır. Karayolları Genel Müdürlüğü imar planlarını dikkate almayarak sadece ulaşım sektörü temsilcilerinin desteği ile İzmir 1. Kordon'dan İzmir Körfezi'ni doldurarak bir otopan geçirmeye çalışmıştır. Belediye'nin, kent halkının, çevre örgütlerinin ve turizm sektörü temsilcilerinin yoğun karşı duruşları ve mahkeme kararları sonucu bunu yapamamışlardır. Sonuçta İzmir çok pahalı bir yöntem olan denizden doldurma ile kazanılan bir alanda belki de dünyanın en pahalı yeşil alanına sahip olmuştur. Bu durum; kentin imar planlarını yapan belediyelerin ve konu ile ilgili tüm sektör temsilcilerinin merkezi yönetimler tarafından işbirliği açısından dikkate alınması gerektiğini gösteren bir örnektir.

4-Yerel Yönetimler ve Ruhsatlandırma ve Gıda Denetimleri:1995 te yürürlüğe giren 560 sayılı KHK gıda denetimlerini büyük oranda Sağlık Bakanlığına bırakmış; bu kararnamenin 10. maddesi ise belediyelerle işbirliğinin önünü açmasına karşın bir bölge dışında bu işbirliği gerçekleştirilememiştir. 2001 de yapılan yönetmelik değişikliği ile bu işbirliği olanakları arttırılmasına karşın; Merkezi Yönetim (Sağlık Bakanlığı)-Belediye (İzmir-Konak Belediyesi) işbirliği tek bir örnekle sınırlı kalmıştır. Bu örnekte zaman zaman gıda sektörü temsilcilerinin de katkısı sağlanmışsa da 27-5-2004 tarihinde çıkarılan ve denetim yetkisini tamamen Tarım ve Köyişleri Bakanlığına aktaran yasadan sonra bu tek örnekte ortadan kalkmıştır. Bu yasaya dayanılarak 30-3-2005 tarihinde

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı tarafından çıkarılan ‘Gıda ve Gıda ile Temasta Bulunan Madde ve Malzemelerin Piyasa Gözetimi, Kontrolü ve Denetimi ile İşyeri Sorumluluklarına Dair Yönetmelik’ ile bu alanda tüm sektörler arası işbirliği kapıları kapatılmıştır.

Bu karşın 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu gıda üreten, depolayan, satan tüm işyerlerinin gayrisihhi ve sıhhi müessese ruhsatlandırmalarını ve ruhsat denetimlerini belediyelere bırakmış; ayrıca büyükşehir belediyelerine ‘gıda denetim laboratuvarları’ açma yetkisi vermiştir. Ruhsat ve gıda denetimlerinin Merkezi Yönetim-Belediye işbirliği ve gıda sektörü temsilcilerinin görüşleri alınmadan ve ayrı ayrı nasıl yapılacağı tam bir soru işareti oluşturmaktadır. Ayrıca bir yasanın yerel yönetimlerin denetim yetkisini ortadan kaldırırken diğer yasanın belediyelere gıda denetim laboratuvarı kurma yetkisi vermesi de ilginçtir.

5-Yasa ve yönetmeliklerin uygulanabilirliği: Bazı yasa ve yönetmeliklerin uygulanmasında ülkemiz koşulları nedeni ile zorluklarla karşılaşılabilen; bu durum o alanda oluşabilecek sektörel işbirliği olasılıklarını da ortadan kaldırmaktadır. Pazaryerleri ile ilgili çıkarılan düzenlemelerin uygulanabilirliğinin güçlüğü Belediye-Tarım ve Köyişleri Bakanlığı- Sektör temsilcileri işbirliğini başlangıçta güçleştirmiştir.

6-Yetişmiş Personel eksikliği ve uyumsuzluğu: Gerek yerel yönetimler ve gerekse merkezi yönetimler çevre sağlığı alanında yetişmiş personel sıkıntısı çekmektedir. Ayrıca personellerin eğitim ve çalışma düzeyleri kurumdan kuruma veya sektörden sektöre değişim göstermekte; buda işbirliği yapılmasını güçleştirmektedir. 5179 sayılı ‘Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun’ dan sonra Sağlık Bakanlığı’ndan Tarım ve Köyişleri Bakanlığına geçirilen çevre sağlığı teknisyenlerinin yeni bakanlıklarında yaşadığı sorunlar bu duruma örnektir. Ayrıca İzmir Tarım ve Köyişleri İl Müdürlüğünün 28 ilçesi olan İzmir’in tüm gıda denetimlerini ve gıda ithalat-ihracat işlemlerini 161 denetim elamanı ve 4 araç ile sürdürmeye çalışması eleman ve malzeme eksikliğinin hangi boyutlara vardığının tipik bir örneğidir.

Herşeye rağmen; yetersiz ve küçük boyutlu da olsa çevre sağlığı alanında geniş yetkileri olan yerel yönetimlerin diğer sektörlerle yaptığı işbirliğine ait örnekler de vardır: Bazı belediyeler geri kazanılabilir atıkları toplama ve ekonomik olarak değerlendirebilme projeleri geliştirmişler ve sanayii sektörü ile yaygın işbirliğine girmişlerdir. Bazı belediyeler ise sanayii sektörü örgütleri ile işbirliğine girerek sanayii atıklarının depolanması ve sıvı deşarjlarının arıtılmasını sağlayabilmişlerdir.

Sonuç olarak yerel yönetimler çevre sağlığı alanında gıda denetimi dışında geniş yetkilere sahip olmasına karşın bu yetkilerini etkin bir şekilde kullanamamaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri ise gerek merkezi yönetim ile gerekse konu ile ilgili sektörler ile etkili ve samimi bir işbirliğinin oluşturulamamasıdır. Bu durum ise hem bu alanda çözümleri zorlaştırmakta hem de yeni sorunlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Kaynaklar:

- 1-5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu 10-07-2004 www.re.basbakanlik.gov.tr
- 2-5272 sayılı Belediye Kanunu 07-12-2004 www.re.basbakanlik.gov.tr
- 3-5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu 22-02-2005 www.re.basbakanlik.gov.tr
- 4-5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun www.re.basbakanlik.gov.tr

5- Gıda ve Gıda ile Temasta Bulunan Madde ve Malzemelerin Piyasa Gözetimi, Kontrolü ve Denetimi ile İşyeri Sorumluluklarına Dair Yönetmelik 30-03-2005
www.re.basbakanlik.gov.tr

6- TC Çevre Bakanlığı-UNDP . Sürdürülebilir Kalkınma Ulusal Raporu 2002.

7-Hava Kirliliğini Kontrol Yönetmeliği. 02-11-1986 19269 sayılı Resmi Gazete

ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Mustafa GENÇ

Manisa İli Sağlık Müd. Gıda ve Ç.K.Şb.Md.

Çevre kirliliği, dünyada olduğu gibi gün geçtikçe artan boyutlarıyla Ülkemizde de önemini hissettirmekte, Ülkenin doğal kaynaklarını kullanılamaz hale getirirken, insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Artan nüfus ve sanayileşme ile birlikte kullanım sonucu oluşan atık maddelerin miktarı ve özellikleri günümüzde öylesine büyümüştür ki, doğanın kontrolsüz bir biçimde atılan atıkları özümlemesi çoğu kez mümkün olmamaktadır.

Çevre sorunları insanlık tarihi ile birlikte varolmuş, gelişmiş ve bu gün bizlere kadar ulaşmıştır.

Bunun ana nedeni insanın doğayı kendi yaşam ihtiyaçları yönünde değiştirmesi ve tahrip etmesindedir. Yaşamımızda havayı, suyu, toprağı ve hatta iç mekanlarımızı kirlettiğimiz bir gerçektir.

Çevre sorunlarının çözümünde devlet kadar vatandaşımıza da önemli görevler düşmektedir. Nitekim Anayasamızın 56. Maddesinde de çevreyi korumakla devletimizle birlikte vatandaşlarımızda ödevlendirilmiştir. Günümüzde çevre sorunlarının etkileri, başta insan sağlığında, ekonomide, ekolojik dengede, kültürel mirasımızda görülmektedir. Çevre kirliliğinin etkilerini en aza indirmek için, sağlık alanında nasıl koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermemiz yadsınamaz bir gerçekse, çevre kirliliğinin kontrolünde mutlaka sorunların kaynağında çözülmesi gerekmektedir.

İlimizde diğer illerde olduğu gibi hava, su, toprak, gürültü kirliliği vb. çevre sorunları mevcuttur. Bu durum ilimizin ekonomi, sağlık, tarım vb. sektörlerinde olumsuz gelişmelere yol açmaktadır.

Çevre sağlığı; çevreyi oluşturan öğelerin insan sağlığı ile bağdaşacak biçimde korunması, eğer bunlarda sağlık yönünden sakıncalar varsa bu olumsuz şartların düzeltilmesi yada hafifletilmesi çabalarını amaçlayan bilim ve uygulamalarıdır.

Çevre sağlığı, toplumların sağlık düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Toplumların sağlık düzeylerinin gelişmişliği ise değişik göstergelerle ölçülebilmektedir. Bunlar sağlık elemanına düşen nüfus, yatak başına düşen hasta, hastalık, ölüm olayları ve nedenleri gibi parametrelerdir.

Çevre sağlığı hizmetleri, çok bilimli ve çok sektörlü bir yapıya sahiptir. Bu nedenle politikaların oluşturulması ve belirli plan ve program dahilinde ilke ve ölçütlerin saptanarak, yetki ve sorumluluk, doğru kuruluş ve birimlerde olması gerekmektedir.

Türkiye ' de Çevre Sağlığı Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Belediyeler ağırlıklı olmak üzere Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı , Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü, Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü, TÜBİTAK, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, İller Bankası, İl Özel İdareleri ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlarca yürütülmektedir.

Türkiye' de çevre sağlığına ilişkin ana düzenlemeler ; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Çevre Kanunu, İmar Kanunu ile bunların tüzük ve yönetmelikleridir. Bunlara ek olarak pek çok kanun, tüzük, yönetmelik, karar tebliği, genelge ve standartlar bazında düzenleme bulunmaktadır.

Çevre Sağlığı Hizmetlerinin yürütülmesinde sektörler ve kurumlar arası işbirliği çok önemlidir. Bunlar; Tarım ve Hayvancılık Sektörü, Gıda Sektörü, Enerji Sektörü, Turizm Sektörü, Sanayi Sektörü, Ulaşım Sektörü, Diğer Hizmet Sektörü olarak sayılabilir.

Sektörler arası işbirliğinin sağlanmasında; Sağlık Müdürlüğü Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü olarak bizlere de önemli görevler düşmektedir.

SU GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARI:

İnsani tüketim amaçlı (Doğal Kaynak, içme suları Doğal mineralli sular, içme ve kullanma suları) sular ve kaplıca sularını kapsar

İlimizde Doğal Kaynak suyu ambalajlayan 2 adet işletme mevcuttur. Bu işletmeler Sağlık Bakanlığından işletme ruhsatlarını almış olup yönetmelik gereği işyerleri kontrol edilmekte, düzenli aralıklarla su numuneleri alınıp Halk Sağlığı Laboratuvarı ve İzmir Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü Laboratuvarlarında kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan kontrol edilmektedir.

İçme ve kullanma suları İlimizde şehir şebekesinin değişik yerlerinden ve diğer yerleşim yerlerinden (Kasaba ve Köyler) numuneler alınarak bakiye klor miktarına bakılmakta, kimyasal ve mikrobiyolojik analizler İlimiz Halk Sağlığı Laboratuvarında yapılmaktadır.

Su kaynaklarında ve şebekelerde meydana gelen kirlilikler tespit edildiğinde şehir merkezlerinde Belediye Başkanlığı, Köylerde ise Muhtarlıklarla birlikte çalışılarak sorunlar giderilmektedir.

Celal Bayar Üniversitesi Fen Fakültesi Kimya Bölümü ile ortaklaşa olarak yapılan çalışmalarda; İl genelinden su numuneleri alınarak İlimizdeki suların kimyasal yapısını inceleme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışma ile ilimizdeki suların sağlık açısından önem taşıyan florür ve iyodür, kirlilik açısından önem taşıyan nitrit haritaları çıkartılması amaç edinilmiştir.

Yine aynı şekilde tüm Manisa' nın su envanterinin çıkarılması çalışmaları başlatılmıştır.

İller Bankası Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen içme ve kullanma suyu temini ve kanalizasyon sistemleri geçici ve kesin kabulleri ile ilgili çalışmalara katılım sağlanmaktadır.

İlimizde 7 adet kaplıca tesisi mevcut olup bir tanesinin izin işlemleri tamamlanmış diğer 6 işletmenin işlemleri devam etmektedir

RUHSATLANDIRMA ÇALIŞMALARI

Gayri Sıhhi Müesseseler, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 268-275 maddeleri uyarınca Çevre ve toplum sağlığının korunması açısından önem arz eden işletmelerin zararlı etkilerinin yok edilmesi veya en az düzeye indirilmesi, doğal kaynakların kirlenmelere karşı korunması için çıkarılan 26 Eylül 1995 tarih ve 22416 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Gayri Sıhhi Müesseseler Yönetmeliğine göre ruhsatlandırılmaktadır. Gayri Sıhhi Müesseseler ilgili yönetmeliğin Ek:5 listesinde 1,2 ve 3 Sınıf olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Gayri sıhhi Müesseselerin ruhsatlandırılması Yönetmeliğin ilgili maddelerine istinaden bilgi ve belgelerin toplanması ve incelenmesi sonucunda verilen belgedir.

1 Sınıf Gayri Sıhhi Müesseseler Ruhsatlandırılması aşamasında bilgi ve belgelerin tamamlanmasına istinaden Sanayi ve Ticaret İl Müdürlüğü, Çevre Müdürlüğü, İlgili İmar Müdürlüğü Temsilcisi (Belediye Başkanlığı, Bayındırlık ve İskan İl Müdürlüğü, Organize Sanayi Müdürlüğü), Ticaret ve Sanayi Odası Başkanlığı, Tarım İl Müdürlüğü ve gerektiğinde konusunda bilirkişi olacak bilim adamının katılımı ile Gayri Sıhhi Müesseseler ruhsatlandırılmaktadır.

2. ve 3. Sınıf Gayri Sıhhi Müesseselerin Ruhsatlandırılması aşamasında bilgi ve belgelerin tamamlanmasına istinaden bağlı bulunduğu sağlık ocağının başkanlığında iki çevre sağlığı Teknisyeninin katılımı ile Gayri Sıhhi Müesseseler ruhsatlandırılmaktadır.

İlimiz Merkezinde şehir içinde bulunan küçük ölçekli işletmeleri Belediye Başkanlığı ile yürütülen çalışmalar sonucu; Kenan Evren Sanayi Sitesine taşındırılmış,Şehir içinde bulunan tüpçüler için İlimiz Merkez Kırtık Mevkiinde yer ayrılmış,Stadyum Karşısında bulunan eski sanayi Gıda Sanayi alanı olarak planlama yapılmış, Şehir Merkezinde kalan Dericiler için Horozköy Mahallesi Mağarabahçe mevkiinde yer ayrılarak Belediye Başkanlığı,Sanayi Ticaret İl Müdürlüğü ile koordineli olarak şehir dışına imar planında işyerleri için ayrılan bölgelere taşındırılmaktadır.

Gayri Sıhhi Müesseselerin Ruhsatlandırılması aşamasında İlgili İmar Müdürlüğü (Belediye Başkanlığı İmar İşleri Müdürlüğü,Bayındırlık ve İskan İl Müdürlüğü,Organize Sanayi Müdürlüğü),Yangın ve patlamalar için İlgili İtfaiye müdürlükleri,Emisyon İzni için Hava Kalitesi Korunması Yönetmeliğine göre,Deşarj izni için Su Kirliliği Kontrol Yönetmeliğine göre Çevre İl Müdürlüğü ile,İşletme belgesi için Çalışma Bakanlığı Bölge Çalışma Müdürlüğü ile koordineli olarak çalışılmaktadır.

İlimiz Merkezinde 33 1. Sınıf,2163 2.sınıf,1059 3.sınıf gayri sıhhi müessese,İl Genelinde 66 1.Sınıf,4273 2.Sınıf,5680 3.Sınıf ruhsatlı Gayri Sıhhi Müessese mevcuttur.

Ancak Gayri Sıhhi Müesseselerin ruhsat düzenleme yetkisi 07.12.2004 tarihli 5272 sayılı Belediye kanununa istinaden,İl Belediye sınırlarında bulunan 1,2 ve 3 Sınıf Gayri Sıhhi Müesseselere ruhsat verme ve diğer belediyelere 2 ve 3 Sınıf Gayri Sıhhi Müesseselere ruhsat verme ,Belediye sınırları dışında bulunan Gayri Sıhhi Müesseselere de İl Özel İdare tarafından Ruhsat verme yetkisi verilmiştir.

HAVA KALİTESİNİN KORUNMASI

İlimizde hava kirliliği ölçümleri Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından şehri temsil edecek şekilde yerleştirilmiş 4 yarı otomatik cihazla yapılmaktadır.Cihazlarımızla kükürtdioksit ve duman değerlerinin 24 saatlik ortalaması alınmaktadır. Ölçüm sonuçları Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği limitleri dahilindedir. Ancak hava akımının düşük olduğu dönemlerde şehir anlık kirliliklerden etkilenmektedir. Dolayısıyla doğal gaz kullanımı ile daha sağlıklı ve temiz bir hava kalitesine kavuşmak mümkün olabilecektir. Ayrıca Belediye Başkanlığı ile ortaklaşa yapılan çalışmalarda kömür ve hava kirliliği denetimleri sürdürülmektedir.

KATI ATIK DEPONİ ALANLARI

İlimizin mevcut katı atık deponi alanı yeterli ve sağlıklı olmadığından Belediye Başkanlığı tarafından, Saruhanlı İlçesi, Develi Kasabası bölgesinde 71 hektar alanda yeni bir katı atık bertaraf tesisi kurulma çalışmaları sürdürülmektedir. Müdürlüğümüz bu çalışmalara iştirak etmektedir.

TIBBİ ATIK KONTROLÜ

Sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıkların halk sağlığına ve çevreye zarar vermeden ayrı ayrı toplanması geri kazanılması taşınması ve nihai bertarafının sağlanmasını amaçlayan 20.05.1993 tarih ve 2158 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanarak yürürlüğe giren “Tıbbi Atık Kontrol Yönetmeliği” çerçevesinde ve tıbbi atıkların kontrollü bir şekilde toplanması amacı ile Belediye Başkanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Çevre İl Müdürlüğü ve ilgili kurumların yöneticileri ile tıbbi atıkların kontrollü toplanması sağlanmaktadır.

OKUL-KURS, YURT VB. YERLERİN KONTROLÜ

Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığınca ortaklaşa yapılan Okul Sağlığı Projesi çerçevesinde ilimizde de bir dizi çalışma başlatılmıştır.Bu çalışma ile okulun çevresi dahil sağlığı olumsuz olarak etkileyen her türlü etmenin denetimi ile öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin

verilebilmesi amaçlanmıştır. Bu proje öncesinde yine Milli Eğitime bağlı okulların su depolarının temizliği, dezenfeksiyonu çalışmaları başlatılmıştı.

Milli Eğitim Müdürlüğünce ruhsatlandırılan özel dersane, yurt, sürücü kursu vb. kurs yerleri yapılan müracaat doğrultusunda denetimleri yapılarak şube müdürlüğü ve sağlık grup başkanlıklarınca ortaklaşa denetimler yapılarak mevzuata uygunluğu açısından sonuçlandırılmaktadır

İL HIFZISSİHHA KURULU

İl hıfzısıhha kurulu yıl içerisinde her ay 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu 23. maddesinde yazılı üyelerin iştiraki ile toplanması sekreteryası sürdürülmüş bu çerçevede ilimizin sorunları ile ilgili yürürlükteki mevzuatlarda yer almayan düzenlemelere gidilerek çalışmalarımıza yasal dayanak oluşturulmuştur.

ŞİKAYETLER

Müdürlüğümüze doğrudan ve ilgisi nedeni ile başka kurumlardan ve vatandaşlardan yazılı olarak yapılan şikayetler şube müdürlüğümüz tarafından değerlendirilip ilgisi bulunan kurumlarca ortaklaşa denetimler yapılarak sonuçlandırılmaktadır.

EĞİTİM ÇALIŞMALARI

Şube Müdürlüğümüz eğitim grubu tarafından sağlık grup başkanlıkları ve müdürlüğümüz gıda ve çevre kontrol şube müdürlüğümüzde çalışan personele hijyen, uygulama, su kontrolleri, ruhsatlandırma konularında hizmet içi eğitim yapılmaktadır.

ÇEVRE MÜHENDİSLİĞİ VE SAĞLIK

M. Faruk İŞGENÇ

TMMOB Çevre Mühendisleri Odası İzmir Şubesi

cmoizmir@org.tr

Günümüzden 13.000 yıl önce Mezopotamya’da başlayan tarımsal üretim, yalnızca yüz binlerce yıl devam etmiş olan toplayıcı – avcı toplum yapısının bitişini değil, aynı zamanda o güne kadar görülmemiş sayıda insanın uzun süre bir arada yaşamasına olanak sağlayan köy, kasaba ve şehirlerin de kurulmasının ön koşullarını yaratmıştır.

Bitkilerin evcilleştirilmesi ile başlayan tarım devrimi, hem tarım alanlarının sulanmasını sağlayan nehirlerin taşkın dönemlerinin izlenmesini hem de yağışsız dönemlerde bitkilerin su ihtiyacını karşılamak amacıyla inşa edilen su kanallarının yapımını zorunlu kılmıştır. Bu süreç aynı zamanda, mühendislik üretiminin temelini oluşturan doğanın izlenmesi ve doğa yasalarının kullanılarak, doğanın belli bir bölümünün kontrol altına alınması sürecini de başlatmıştır.

SU VE YAŞAM

Yaşam için vazgeçilmez öğelerden birisi olan su, dünya üzerindeki yetersizliği, eşitsiz dağılımı ve oluşumuna yol açan meteorolojik süreçlerdeki rastlantısallık nedeni ile çevre ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilere sahiptir.

Dünya yüzeyinin % 70’lik bir bölümünün sularla kaplı olmasına rağmen, 1,4 milyar km³ olan dünya su rezervinin % 97,5’i içme ve kullanma suyu olarak bugün için kullanımı ekonomik olarak mümkün olmayan tuzlu sudur. Geriye kalan %2,5’luk tatlı suyun çok büyük bir bölümü ise kutuplarda buzul halinde veya yüzey seviyesinden bin metreyi aşan derinliklerde bulunmaktadır. Kullanılabilir durumdaki tatlı su miktarı, toplam tatlı su rezervinin yalnızca % 1’i kadardır.

Günümüzde dünyada su tüketiminde tarım sektörü yıllık 2.500 km³ ile ilk sırada yer almaktadır. Aşağıdaki tabloda dünyada sektörel su kullanımı görülmektedir.

Tablo 1 : Dünyada Sektörel Su Kullanımı

Sektör	Tüketim
Tarım	2.500 km ³ /yıl
Endüstri	750 km ³ /yıl
Konut	250 km ³ /yıl
Toplam	3.500 km³/yıl

Önümüzdeki elli yıl içerisinde dünya nüfusu ve sanayi üretimindeki artışa bağlı olarak ihtiyaç duyulacak su miktarının ise yıllık 4.958 km³’e ulaşacağı öngörülmektedir.

Tablo 2 : Dünyada Su Kullanımında Artış

Sektör	2000 km ³ /yıl	2050 km ³ /yıl	Artış %
Tarım	2.500	2.650	6
Endüstri	750	1.778	137
Konut	250	530	113
Toplam	3.500	4.958	41,7

Son elli yılda dünyanın çeşitli bölgelerinde kişi başına düşen kullanılabilir su miktarlarında dört kata kadar ulaşan azalmalar yaşanmıştır. Bu azalmanın Afrika'da maksimum, Avrupa'da ise minimum düzeyde olduğu görülmektedir. Özellikle ekvator kuşağına yakın bölgelerde yaşanan hızlı nüfus artışları ve sanayileşme, bu bölgelerdeki su kısıtını iyice arttıracak ve yeterli ve temiz suya ulaşamamanın getirdiği sağlık sorunlarında büyük artışlara yol açacaktır. Aşağıda çeşitli kıtalarda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarlarındaki değişimler verilmiştir.

Tablo 3 : Kullanılabilir Su Miktarında Değişimler (1000 m³/kişi.yıl)

	1950	1960	1970	1980	2000
Afrika	20,6	16,5	12,7	9,4	5,1
Asya	9,6	7,9	6,1	5,1	3,3
L.Amerika	105	80,2	61,7	48,8	28,3
Avrupa	5,9	5,4	4,9	4,4	4,1
K.Amerika	37,2	30,2	25,2	21,3	17,5

Su miktarlarındaki yetersizlikle birlikte, ulaşılan suyun kalitesi de sağlık sorunlarına yol açan faktörlerden birisi olarak görülmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık olarak dörtte birisini oluşturan 1,5 milyar insan fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik olarak temiz ve yeterli miktarda suya ulaşamamaktadır. Bunun sonucunda her yıl 250 milyon insanın sağlığını yitirdiği ve 5 milyona yakın insanın yaşamını yitirdiği ifade edilmektedir. Gelişmiş ekonomi, alt yapı ve yaygın sağlık hizmetleriyle Avrupa ve Kuzey Amerika'da temiz su kaynaklarına ulaşımında büyük sorunlar yaşanmazken, Afrika, Asya ve Latin Amerika'da yaşayan nüfusun önemli bir bölümü temiz su ve yeterli sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Tablo 4 : Bölgesel Su ve Sağlık Sorunları

Bölge	Temiz İçme suyu Olmayan (%)	Yeterli Sağlık Hizmeti Olmayan (%)
Afrika	36	40
Asya	19	53
L.Amerika Karayipler	13	22

Günümüzde kara yüzeylerinin % 40'lık bir bölümünde yaşayan ve dünya nüfusunun % 71'lik bir bölümünü oluşturan 4,6 milyar insan düşük, orta yada yüksek şiddette su problemleri ile karşı karşıyadır. Küresel ısınmaya bağlı olarak önümüzdeki dönemde daha da artması beklenen bu sorunların, sağlık sorunları ötesinde siyasal sorunlara da yol açmaya başladığı görülmektedir. Su kaynaklarının paylaşımı odaklı bu sorunların dünya nüfusunun yaklaşık olarak % 20'sine su kaynaklarının ise yalnızca % 10'luk bir bölümüne sahip olan Ortadoğu'da yoğun bir şekilde yaşanacağını farkında olarak gerekli ulusal politikaların yaşama geçirilmesi de büyük bir önem taşımaktadır.

Ülkemizde ise suyun gerek kalitesi gerekse yeterliliği ile ilgili sorunlar büyüyerek devam etmektedir. Yıllık 75 milyar m³ su tüketiminin olduğu ülkemizde, tarımsal tüketim 56,5 milyar m³ ile ilk sıradadır. Tarımsal tüketimi yıllık 11 milyar m³'le konut ve 7,5 milyar m³'le sanayi sektörleri izlemektedir.

Şehir şebekelerinde su kayıpları ülkemizde oldukça yüksektir. Bu değer, Ege Bölgesi'nde % 36, Akdeniz Bölgesi'nde % 40 düzeyinde olup, Türkiye ortalaması

%37,4 civarındadır. Şebeke kayıpları su kaybı dışında, kirlenme risklerine de yol açmaktadır.

İçme suyu kalitesi insan sağlığı açısından, sulama suyu veya endüstriyel su kalitesine göre daha büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde içme suyu ihtiyacının %44'lük bir bölümü yüzeysel suların, % 54'lük kısmı ise yer altı kaynaklarından karşılanmaktadır. Diğer yandan ülkemizde oluşan evsel ve endüstriyel atıksuların ancak % 17'lik bir bölümü arıtılmakta ve atıksuların % 62'lik bir bölümü dere, nehir ve göllere, yani içme suyu elde etmekte olduğumuz rezervuarlara boşaltılmaktadır. Arıtılmaksızın alıcı su ortamlarına boşaltılan atıksular, yalnızca insan değil tüm canlılar açısından tehlike oluşturmaktadır. Örneğin Gediz Nehri'nde 2004 yılı aralık ayında üç kez toplu balık ölümleri yaşanmıştır.

KÜRESEL ISINMA VE HAVA KİRLİLİĞİ

İnsanın biyolojik faaliyetleri dışında atmosfere CO₂ gazı salınımının bilinen tarihi günümüzden 750.000 yıl kadar önceye, Fransa'nın Marsilya kenti yakınlarındaki Escale bölgesindeki bir mağaraya kadar uzanmaktadır. Bununla birlikte, insanlığın hava kalitesi üzerindeki etkisi sanayi devriminin başlangıcı sayılan 1850'li yıllara kadar ihmal edilecek düzeyde kalmıştır. Avrupa'da başlayan sanayileşme süreci yaklaşık yüz yıl içerisinde dünyayı sarmış, üretim ve tüketim süreçlerindeki büyük artışlar, öncelikle sanayi tesislerinde, sonrasında ise kentsel alanlarda hava kirliliği ve buna bağlı sağlık sorunlarına yol açmıştır.

Günümüzde dünya nüfusunun dörtte birlik bir bölümü elektriğe ulaşamaz ve beşte ikisi temel enerji ihtiyacını karşılamada bio kütle enerjisine bağlı halde olmasına rağmen, hava kirliliği sorununun temelinde fosil yakıt kullanımı yatmaktadır.

İnsanlığın enerji gereksiniminin karşılanması 19. yüzyıla kadar çok önemli oranda odunla karşılanırken, İngiltere'den başlayarak kömür odunun yerini almıştır. 1960'lı yıllara gelindiğinde otomobil üretiminin ulaştığı büyüklük, kömürün yerini petrolün almasına yol açmıştır. 20. yüzyılın sonuna gelindiğinde petrol halen insanlığın enerji ihtiyacını karşılamada en önemli kaynak olmakla birlikte, yine bir fosil yakıt olan doğalgazın kullanımı hızla artmaktadır.

Önümüzdeki otuz yılda dünyanın enerji tüketiminin yıllık % 1,7'lik bir artışla 2030 yılında 15,3 milyar ton petrol eşdeğerine ulaşacağı öngörülmektedir. Yine bu dönemde hava kirliliğinin başlıca nedeni olan fosil yakıtların toplam enerji talebinin % 90'ından fazlasını sağlayacağı öngörülmektedir. Önümüzdeki otuz yılda nükleer enerjinin günümüzde % 7 düzeyinde olan payı azalarak, 2030 yılında %5 düzeyine gerileyecektir.

Önümüzdeki otuz yıl içerisinde çevre kalitesi ve sağlık açısından en tercih edilir enerji kaynağı olan yenilenebilir enerjinin elektrik üretimindeki payı artmakla birlikte, toplam enerji tüketimi içerisindeki payı önemli bir değişiklik göstermeyecektir.

21. yüzyılın başında yıllık enerji tüketimi 8,8 milyar ton petrol eşdeğerine (tpe) ulaşmıştır. Bu tüketimin yaklaşık % 40'ı petrolden, % 25'i kömürden, % 24,7'si doğal gazdan, % 7,6'sı nükleerden ve % 2,6'sı da hidroelektrikten elde edilmiştir.

Türkiye'nin ise yıllık enerji tüketimi 82,2 milyon ton petrol eşdeğeri olup, dünya tüketiminin % 0,932'lük bir bölümüne karşılık gelmektedir.

Fosil yakıtların kullanımı sonucu atmosfere atılan CO₂ miktarı yıllık 8 milyar m³ düzeyine ulaşmış bulunmaktadır. Bu karbon dioksitin 5 milyar m³'lük bir bölümü okyanuslar ve bitki örtüsü tarafından geri alınmakta, geriye kalan 3 milyar m³'lük kısım ise küresel ısınmaya yol açarak iklim değişikliğine neden olmaktadır. Fosil yakıtların giderek artan kullanımına bağlı olarak 20. yüzyılın başında 280 ppm düzeyinde olan

atmosferdeki CO₂ konsantrasyonu 370 ppm düzeyine yükselmiş ve bunun sonucunda ortalama yüzey sıcaklığında 0,6°C derece artış yaşanmıştır. 1990 – 2100 yılları arasında yüzey sıcaklığındaki artışın 1,4 ile 5,8°C derece arasında olması beklenmektedir.

Gerek fosil yakıtların kullanımı, gerekse endüstriyel prosesler sonucu atmosfere CO₂ dışında insan ve diğer canlıların sağlığını olumsuz yönde etkileyen SO₂, NOX, PAH, CO gibi gaz ve organik veya inorganik yapıda tozlar atılmaktadır.

Ülkemizde de sanayileşme sürecinin gelişimine bağlı olarak kirletici emisyonlarda artışlar yaşanmaktadır.

Tablo 5 : Türkiye de Sektörel Emisyonlar (Ton/yıl)

Sektör	PM	SOX	NOX	UOB	CO
Evsel Isınma	2.959.055	672.690	28.386	54.748	20.425
Sanayi - Yakıt	2.273.018	643.442	44.965	4.427	20.795
Sanayi - Proses	412.208	165.876	68.348	254.987	670.515
Enerji Üretimi	1.137.982	2.207.779	106.493	12.541	48.337
Ulaşım	23.387	---	215.946	160.289	1.101.740
TOPLAM	6.803.650	3.457.065	464.141	486.992	1.861.812

Görüldüğü gibi ısınma ve sanayide katı yakıt kullanımının yaygınlığına bağlı olarak toz miktarları ve enerji üretiminden kaynaklanan SOX emisyonları çok yüksektir. Bu durum özellikle Yatağan Termik Santral gibi tesislerin yakınında yaşayan insanlarda sağlık sorunlarına yol açmakta, ayrıca civardaki bitki örtüsünde tahribata neden olmaktadır.

KATI VE TEHLİKELİ ATIKLAR

Üretim ve tüketim süreçleri sonucu ortaya çıkan katı formdaki atıklar çevre sorunlarının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Tehlikeli atık oluşumu ülkelerin sanayileşme düzeylerine bağlı olarak büyük değişiklikler gösterirken, evsel nitelikli katı atık oluşumunun 1 kg/kişi.gün olduğu kabul edilmektedir.

Evsel katı atıklar içindeki organik maddeler bozunma süreçlerinde metan gazı oluşumuna bağlı yangın ve patlamalara yol açarken, özellikle düzensiz depolama alanları sinek, kemirgen ve çeşitli zararlıların üremesi için uygun bir ortam oluşturmaktadırlar. Katı atık içerisindeki organik maddelerin bozunma sürecinde ortaya çıkan sızıntı suları ise, yer altı sularının kirlenmesi açısından önemli bir potansiyel oluşturmaktadır.

Ülkemizde yıllık katı atık oluşumu 25 milyon ton düzeyine ulaşmakla birlikte, bu atıkların ancak % 30'luk bir bölümü yönetmeliklere uygun bertaraf edilebilmektedir. Belediye sayısı 3215'e ulaşmışken, katı atık bertaraf tesisi sayısı henüz 16 adettir.

İçerdiği patojenler nedeniyle tehlikeli atı sınıfında değerlendirilen tıbbi atıkların miktarı ise yılda 65.000 ton düzeyindedir. Ülkemizde 3215 belediyeden ancak 471'i tıbbi atıklarını ayrı toplarken, düzenli depolama tesisleri dışında, 9 adet yakma tesisi de tıbbi atık bertarafında kullanılmaktadır.

Büyük bir kısmı kimya ve metal sanayinden kaynaklanan tehlikeli atıkların miktarı 5,5 milyon tonu aşmaktadır. Ülkemizde bu alanda lisanslı tek bir tesis bulunmakta olup, bu tesisin kapasitesi yıllık 135.000 ton düzeyindedir. Geriye kalan büyük miktardaki atıklar ne yazık ki düzensiz depo alanlarına boşaltılmaktadır.

SONUÇ

Üretim ve tüketim süreçlerinde ulaşılan büyüklük, doğal kaynakların daha önceki yüzyıllarda görülmemiş ölçüde tüketilmesine ve bu süreçler sonucu farklı özelliklerde atıkların oluşmasına yol açmaktadır. Oluşan atıklar, yalnızca insan sağlığını tehdit etmemekte, canlı ve cansız doğanın da tahribine yol açmaktadır.

Bu sorunun aşılması, tüketime dayalı olmayan bir yaşam anlayışının egemen olması, doğal kaynakların en az miktarda kullanım ve kirlenmesini sağlayacak temiz üretim süreçlerine geçilmesi ve bu sürecin aktörlerini bir araya getirecek koordinasyonların yapısal olarak sağlanması ile mümkün olabilecektir.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNDE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Dr. Y. Bülent Piyal

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

GİRİŞ: İş Sağlığı ve Güvenliğinde Sektörler Arası İşbirliği

Çalışanın sağlık durumu karmaşık bir dizi etmenin ve bunlar arasındaki ilişkilerin bileşkesi olarak tanımlanabilir. Belirli bir yer ve zaman diliminde, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri ve istihdam özellikleri arasındaki etkileşimin bu ilişkiler ağının ilk bölümünü oluşturur. Bu unsurların ekonomik, siyasi, kültürel, ekolojik ve biyososyal çevrelerle ilişkisinin ürünü olan tehlike ve risklerin düzeyi ile bu tehlike ve riskleri önlemek için işletmeden başlayarak bütün ölçeklerde; işletmede ve işletme dışında, çalışılan ve çalışılmayan sürelerde; farklı kişi ve kuruluşların takım çalışmasıyla ve tarafların demokratik katılımıyla hazırlanan politika ve eylem planları uyarınca yürütülen iş sağlığı güvenliği hizmetlerinin etkililik düzeyinin bileşkesidir.

Bu tanıma göre çalışanların sağlık durumunu belirleyen bileşke üç düzeyde irdelenebilir:

- Tehlike ve risk düzeyi çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri ve istihdam özellikleri arasındaki etkileşimin bileşkesi olduğuna göre, bu etkileşime sağlıklı ve güvenli nitelik kazandıracak olan sermayedir ve sermaye ile emek arasındaki ilişkinin doğasıdır.
- Üretim alanında ortaya çıkan ve çalışanların sağlık ve güvenlik düzeyini belirleyen tehlike ve riskler çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri ve istihdam özellikleriyle çevresel sistemler arasındaki etkileşimin ürünü olduğuna göre çok etmenlidir, dolayısıyla, çalışanların sağlık ve güvenlik düzeyi çok etmenli, karmaşık ilişkilerin ürünüdür.
- Çok etmenli tehlike ve risklerden korunmak için farklı uzmanlıkları olan kişi ve kuruluşlar tehlike ve riskleri önlemek veya çalışanları bu tehlike ve risklerden korumak için ortak ve sistematik çalışma yürütmelidir. Öyle ise, çalışanın sağlık ve güvenlik düzeyi önleme ve koruma amacıyla görevlendiren kişi ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin ürünüdür.

Bu ilişkiler, ilişkinin kurulduğu düzeye ve verili siyasal, ekonomik, toplumsal koşullara bağlı olarak karşılık ve çatışmadan, birlikte olmaya, işbirliğinden, eklemlenmiş ilişkilere kadar değişen farklılıklar gösterebilir. Bu karmaşık ve eklemlenmiş yapının “işbirliği” ile ilgili boyutu aşağıda iki bölümde irdelenmiştir.

SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİNDE İLK BOYUT

Üretimin Doğası ve Üçlü Yapı

Üretim insanın yaşamını sürdürmek için gereksindiği mal ve hizmetleri elde etmek amacıyla doğayı değiştirmesi ve dönüştürmesidir. İnsanlar doğa ile ilişkilerinde birlikte davranmak zorunda oldukları için, birbirleriyle ilişki kurarlar. Bu ilişkiler sırasında insanlar da değişir. Toplumsal yapı bu değişim sürecinde biçimlenir. Üretimin biçim verdiği toplumsal yapı da üst yapı kurumları aracılığıyla doğayı, insanları ve ilişkilerini değiştirirken süreç yeniden başlar, üst yapı kurumları yeni koşullara uyarlanır. İnsanlık tarihi bu süreçte oluşmuştur. İnsan diğer canlılardan aynı zamanda varlık koşulu olan üretici olma özelliği ile ayrılmıştır. Üretim, üretici insan ile üretilebilen doğanın

birbirlerini etkileyip değiştirebilmeleri için gerekli *üretim araçlarının* insan eliyle üretilerek sürece katılmasıyla gerçekleşmiştir. Doğa, insan ve üretim araçları birlikte *üretim güçlerini* oluştururlar. İnsan tek başına üretmemiştir. Üretim toplumsal bir etkinliktir. İnsanlar arasında üretmek amacıyla kurulan zorunlu ilişkiler *üretim ilişkileri* olarak tanımlanır. İnsan sayısı ve gereksinimleri artıkça üretimin artması ve koşut olarak üretim güçlerinin ve ilişkilerinin gelişmesi nesnel bir zorunluluktur. Üretim araçları ve üretim ilişkileri birlikte *üretim tarzını* belirlemiştir. İkisi arasındaki uyum üretim tarzının sürekliliğini sağlar. Üretim güçleri sürekli geliştiği için üretim ilişkileri eskir, uyum bozulur, üretim tarzı değişir. Bir toplumun ne ile (hangi üretim güçleriyle) ve nasıl (hangi üretim ilişkileriyle) ürettiği *üretim biçimini* tanımlar.

İnsanlık tarihinin yapı taşları olan üst yapılar üretim altyapısıyla belirlenip, biçimlenir. Marx'ın dediği gibi, "insan tarih boyunca nasıl üretmiş ise, ona göre bölüşmüş, tüketmiş ve düşünmüştür". İnsanlık tarihi insanın nasıl ürettiğinin, yani üretim biçimlerinin tarihidir.

Üretimin tarihsel gelişiminde üreticiler önce sadece kendi gereksinimlerini karşılamak için üretmişler, emek üretkenliği artıkça kendi emekleri ve üretim araçlarıyla pazar için üretmeye başlamışlardır. Üretim araçlarının gelişmesi ve kölelik düzeninin kurulmasıyla sömürü artmış, üretim güçleri ve ilişkileri içindeki ve arasındaki çelişkiler derinleşmiştir. Önce feodal üretim biçimine, sonra kapitalist üretim biçimine geçilmiştir. Kapitalist üretim biçiminde, üretim güçlerinin daha hızlı gelişmesini sağlayan koşulları hazırlayan artık değer üretimi büyük ölçekli işletmelerde, büyük işçi yığınlarıyla ve büyük ölçekli üretimle gerçekleştirilmiştir. Artık değer, üretimi toplumsallaştırıp, üretim araçlarının özel mülkiyetini bireyselleştirirken, bu üretim biçiminin en temel çelişkisini oluşturan sermaye emek karşıtlığının temellerini güçlendirmiştir. Artık değer üretimini sürekli artırmak için, üretim güçlerinin gelişmesi, ama yanı sıra üretim ilişkilerinde, artık değer bölüşülürken ortaya çıkan uzlaşmaz çelişkinin çözülmesi ve sermaye ile emeğin üretim sürecinde bir arada tutulması gerekmiştir. Gerçekten, sermaye büyümek için artık değerden emeğe ayırdığı payı işgücünün sürekliliğini sağlayacak düzey ile sınırlamaya, emek de yaşama koşullarını iyileştirmek için artık değerden aldığı payı ücretini ve sosyal maliyetini artırarak çoğaltmaya çalışacaktır. Bu çelişkiyi uzlaştırma arayışı devlete bu konuda düzenleyici işlev yüklenmesiyle sonlanırken, üretim ilişkilerinde üçlü yapı kavramı ortaya çıkmıştır. Kapitalizmin liberal birikim modelinin egemen olduğu sanayi devrimi döneminde üretim ilişkilerinde seyirci konumunda kalan devlet, Keynesçi Birikim Modeli uygulamaya sokulduğunda emek sermaye ilişkilerini emeğin korunmasından yana düzenleyen karışmacı devlete dönüşmüş, ancak yeni liberal birikim modeli yeniden uygulamaya sokulunca, sermayeyi korumayı amaçlayan düzenlemeler yapmaya başlayarak bu işlevinden uzaklaşmıştır.

Üçlü Yapının Doğası ve Bir Arada Olma Zorunluluğu

Kapitalist üretim biçiminde artık değeri artırmak için üretim güçleri ve pazar geliştirilmeli, tüketim artırılmalı ve artık değer bölüşülürken ortaya çıkan çıkar çatışması uzlaştırılmalıdır. Üretim biçiminin doğası sermayenin sürekli büyümesini gerektirir. Üçlülük ilkesi bu karşıtlığı üretimin sürekliliğini sağlayacak biçimde uzlaştırmayı amaçlayan bir strateji, üçlü yapı da bu stratejinin kurumsal alt yapısıdır. Hem üçlülük ilkesi, hem de üçlü yapı diğer toplumsal alanlarda örneği olmayan, uluslar arası, bölgesel ve ulusal ölçeklerde kabul gören evrensel değerlerdir.

Çalışma yaşamında sosyal politika ve haklar konusunda evrensel kurallar üretme yetkisiyle donatılan Uluslararası Çalışma Örgütü'nün temel özelliklerinden biri kuralların üretilmesi ve uygulamaların denetlenmesi aşamalarında üçlülük ilkesine dayanıyor olması ve bu ilkeyi en üst organı olan uluslararası çalışma konferansından başlayarak kurumsal alt yapısına ve bütün etkinliklerine yansıtmış olmasıdır. Bu örgüt onaylanmış Sözleşmeleri ve Tavsiye Kararları aracılığı ile bu ilkenin hem üye ülkelerde hem de bu ülkelerin oluşturduğu bölgesel örgütlenmelerde kabul görmesini sağlamıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün kuruluşundan bu yana temel özelliği olan üçlülük ilkesi, İkinci Dünya Savaşından sonra yayınlanan Filadelfiya Bildirgesi ile pekiştirilmiştir. Örgüt onaylanan bir dizi düzenleme ile bu ilkenin etkinlik düzeyini işletme düzeyinden ulusal ve uluslararası düzeylere, etkinlik alanını bütün ekonomik etkinliklere ve iş sağlığı ve güvenliğinin de dahil olduğu sorun alanlarına yaygınlaştırmış ve oluşturduğu güçlü ulusal, bölgesel, uluslararası kurumlar ve etkili bir denetim aygıtıyla bu ilkeye uyulmasını güvence altına almıştır.

SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİNDE İKİNCİ BOYUT İş Sağlığı ve Güvenliğinin Kavramsal ve Kurumsal Gelişimi

Liberal siyasal, ekonomik ve toplumsal politikaların yürürlükte olduğu koşullarda gerçekleşen sanayi devriminin ürettiği insanlık dışı çalışma ve yaşama koşulları işyerinde ve dışında toplu kırımlara yol açarken, hem işgücünün sürekliliğini sağlama sorununu gündeme taşımış, hem de toplumsal başkaldırı için uygun bir toplumsal ortam yaratmıştır. İş sağlığı ve güvenliği birikim sürecinin sürekliliği için tehdit oluşturan bu koşullarda hem işgücünün sürekliliğini sağlayacak, hem de toplumsal başkaldırıcıyı önleyerek işgücünü sistem içinde tutacak bir toplumsal koruma uygulaması olarak gelişmeye başlamıştır. Kapitalist üretimde ilk iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları bu koşullarda biçimlenmiş, önce çocukları ve kadınları korumaya yönelik kurallar, sonra da çalışanları üretim alanındaki çeşitli tehlikelerden korumayı amaçlayan kurallar koyulmuş, kurallara uyulmadığı görülünce ilk iş denetim örgütleri kurularak, denetim artırılmıştır. Denetimler etkisiz kalınca, önce işverenlere zararı ödeme yükümlülüğü getirilmiş, sonra da çalışanları iş kazası ve meslek hastalıklarının sonuçlarından korumayı amaçlayan sigorta uygulamalarına geçilmiştir. İşyerlerinde zararı ödemenin bedelinin korumaktan daha yüksek olduğu anlaşılınca ilk işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı uygulamaları başlatılmış, işyerine ve riske özel önlemler uygulanmıştır.

Liberal dönemde risk üretimin doğal ve kaçınılmaz bir bileşeni olarak gösterildiği ve tek etmenli olarak algılandığı için, korunmada etmene veya kişiye yönelik, olayla sınırlı, tekil ve etkisiz önlemler alınmış, sağlık ile güvenlik arasında ilişki kurulmamıştır. Önlem alınmadığı veya etkisiz önlem uygulandığı için oluşan zararın tazmini en gelişmiş uygulama olmuştur.

Liberal dönemde kavramsal gelişme sürecine önce birbirinden bağımsız kavramlar olarak iş güvenliği ve iş hijyeni, dönemin sonunda tazminat kavramı katılmıştır. İş hukuku, iş denetimi, kaza ve hastalık sigortaları ile öncü işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı uygulamaları kurumsal gelişme sürecinin ilk kurumları olmuştur.

Liberal Birikim Modeli tıkanınca Keynesçi Birikim Modeli uygulamaya sokulmuş, sermaye birikimini hızlandırmak amacıyla hem üretim verimliliğini artıracak değişiklikler yapılmış hem de tüketimi artırmak için refah tabana yayılmış, toplumsal harcamalar artırılmış ve toplumsal koruma uygulamaları geliştirilmiştir.

Üretim süreci sırasıyla teknik, örgütsel ve insani temelde değiştirilmiştir. Büyük ölçekli işletmelerde, bant tipi, kitlesel üretime geçilmiştir. İşçiler, üretim bandında, işlevsel süreklilik temelinde sıralanan, birbirini denetleyen, gücü ve hızı artırılmış makinelerde, en küçük parçalarına ayrılmış, basit, tekdüze ve anlamsız iş ve işlemleri, büyük bir hızla ve üretim sürecine bağımlı olarak ve birbirlerini denetleyerek yapmaya zorlanmıştır. İş ve işlemlerin basitleşmesi işgücüne ve sürekliliğine olan bağımlılığı azaltırken, işçinin üretim sürecine bağımlılığını artırmıştır. İşçiler işin gereklerine uyum sağladıkça, işin daha ağırlaştığını, hızlandığını, basitleştğini, anlamsızlaştığını görmüş ve bu süreçte tükenmişlerdir. Böylece, sanayi devriminde yaşanan ekonomik yabancılaşma, teknik ve örgütsel düzlemde yeniden üretilmiş ve verimlilik arayışıyla başlatılan değişim verimliliği azaltmaya başlamıştır.

İşçiye teknik ve örgütsel alanlarda verimliliği artırmak amacıyla yapılan dayatmalar sınırına ulaştığında, üretimin insani boyutu akla gelmiş, iş ile işçi arasında uyum sağlama, işi işçiye uygunlaştırma arayışları başlamış, süreç insan odaklı işletme anlayışında noktalanmıştır. Bu evrede, çalışma çevresi verimliliği artıracak biçimde insana uyarlanmıştır. Ancak, çalışma koşullarının iyileşmesine, sağlık ve güvenliğin korunmasına katkı yapan bu uygulamaların amacının da, verimliliği artırmak için yapıldığı halde, sonuçta işçinin yabancılaşmasına yol açarak amacından uzaklaşan teknik ve örgütsel değişiklikler yerine üretimin üçüncü bileşeni gibi görülen insan unsurunu devreye sokmak olduğu, sonraki bölümde ele alınan yeni liberal uygulamalarla anlaşılmıştır.

Bu dönemde iş sağlığı ve güvenliği sorunları gelişmiş ülkelerde azalmamış, ama başkalaşmış, gelişmekte olan ülkelerde ise, eşitsiz yarışma koşullarında yürütülen sanayileşme sürecinde artmış ve yaygınlaşmıştır. Ölçme ve değerlendirme yöntemleri geliştikçe, risklerin çok etmenli olduğu, önleme ve koruma teknikleri ve yöntemleri geliştikçe iş sağlığı sorunlarının önlenebileceği saptanmıştır. Bu amaca ulaşmak için, risk değerlendirmesi temelinde hazırlanan işyeri, işkolu ve ülke politikalarının farklı alanlarda uzmanlaşmış kişi ve kuruluşların oluşturduğu iş sağlığı sistemi aracılığıyla uygulanması gereği genel kabul görmüştür. Ancak, psikososyal ve kimyasal risklerde olduğu gibi risklerin üretim biçiminin doğasına içselleştiği, yani, yapılaşta olduğu ve bu nedenle amaca ulaşmak için risklere yönelik önlem almanın yeterli olmadığı, üretimin doğasının değiştirilmesi gerektiği anlaşılmıştır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği, mesleki risk, toplu koruma, önleme, sağlıklı işyeri ve iş, ergonomik yaklaşım, ulusal, işkolu ve işyeri iş sağlığı politikaları ve eylem planları, iş sağlığına bütünsel yaklaşım gibi terimler kavramsal gelişme sürecine; işçi sendikaları, işyeri sağlık ve güvenlik hizmetleri, sosyal güvenlik kuruluşları, teknik destek kuruluşları, iş sağlığı hizmetleri ve iş sağlığı sistemi gibi yapılanmalar da kurumsal gelişme sürecine bu dönemde katılmıştır.

Dönemin kavramsal ve kurumsal gelişme sürecinin son aşamalarını tanımlayan üç tanım iş sağlığı ve güvenliğinde sektörler arası işbirliği açısından özel önem taşıyor: *iş sağlığına bütünsel yaklaşım, iş sağlığı hizmetleri ve iş sağlığı sistemi*. Ulaşılan bu

aşama, aslında, çalışanın çalışma ve yaşama koşullarıyla, bu koşulları tanımlayan siyasal, ekonomik, toplumsal, kültürel, fiziksel çevrelerin etkileştiğinin ve sağlık ve güvenlik düzeyinin bu etkileşimin ürünü olduğunun kabul edilmesidir. Gerçekten, kişi çalışan olarak nitelendiği anda, kendisi dışında tanımlanmış bir yaşam düzeyini çalışma yaşamında ve dışında daha baştan kabullenmiştir. Çalışanın durumu ve ilişkili olarak sağlık ve güvenliği bu iki alandaki etkileşimlerle hep yeniden üretilen koşulların bileşkesidir. Buna göre sağlıklı çalışma hakkı, sağlıklı yaşama hakkının bir bileşenidir, iş sağlığı ve güvenlik bu bütünsel yaklaşım temelinde tanımlanmalı ve tek tek kişi ve kurumların değil, bunlardan oluşan bir sistemin etkinlik alanı olmalıdır.

Çalışanların sağlık düzeyinde, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün ön gördüğü *optimal iyilik haline ulaşılması*, etkinliklerin bir "iş sağlığı sistemi" tarafından, ulusal iş sağlığı politikasına ve eylem planına" göre yürütülmesine bağlıdır.

- İş sağlığı siyaseti çalışma ortamının, koşullarının, ilişkilerinin, çevresinin ve aralarındaki etkileşimin ürünü olan tüm riskleri, her risk için nedensel ilişkiler ağını; bu risklerden korunmak için alınabilecek tüm önlemleri belirlemeli; riskleri ve önlemleri önceliklerine göre sıralamalı; önlemlerin uygulanmasında uyulacak temel ilkeleri ve kuralları, çalışanların ve çalıştıranların gereksinimlerini, beklentilerini ve özlüklerini ve ülkenin ve üretim alanının gerçeklerini göz önünde bulundurarak tanımlamalıdır.
- Eylem planı, politikayı kimin, kimle, nerede, nasıl, hangi kaynakları kullanarak uygulayacağını göstermelidir.
- İş sağlığı sistemi eylem planını işletmede ve işletme dışında uygulamak için eklenilen ve görev tanımı sürekli genişleyen; artan sayıda kişiden ve kurumdan oluşmalıdır.

Kapitalizm, Keynesçi birikim sürecinde girdiği bunalımı aşmak için, sanayi devrimine egemen olan liberal siyaseti ve ekonomiyi, bilişim devriminin ve teknolojik gelişmenin sağladığı olanaklarla, güncel gereksinimlerine uyarlayarak, yeniden yürürlüğe sokmuştur.

Bu dönemde sermaye dikey örgütlenmeye geçmiş; yatırımlarını durdurmuş, işletme maliyetlerini azaltmak için, varolan işletmeleri ortaklık kurarak veya satın alarak birleştirmiş ve küçültmüş, pek çoğunu kapatmıştır. Yeni işyerleri kurulmaması, kurulu olanların kapanması veya küçülmesi istihdamı azaltmış, milyonlarca işçi işsiz kalmıştır.

Üretimini sürdüren işletmelerin teknik ve örgütsel altyapıları bilişim devriminin sağladığı olanaklarla, yatırım verimliliğini artıracak biçimde yenilenmiş, verimliliği artırdığı her yerde teknoloji işgücünün yerini almış, bu sayede teknik altyapının işlevsel esnekliği artırılırken, üretimin işgücüne bağımlılığı azaltılmıştır. Teknoloji yoğun üretimin önem kazanması yeni bilgi ve becerilerle birlikte, farklı bir çalışma disiplini gerektirmiş, bu nitelikleri taşıyan işçilerin önemi artarken, üretim alanındaki bu hızlı değişime hazırlıksız yakalanan işçilerin çoğunluğu bu gerekleri karşılayamamış ve değer yitirerek üretim alanından dışlanmış ve işsizler ordusuna katılmışlar ya da kayıt dışı sektördeki niteliksiz işlere yönelmişlerdir.

İstihdam esnekleştirilmiş ve piyasadaki talebe göre belirlenmeye başlamıştır. İşlerin bir bölümü alt işverenlere, kendi hesabına ve evde çalışanlara veya o işi yapan diğer işletmelere aktarılarak atipik ve korunmasız istihdam biçimlerini yaygınlaştırmış,

işçilerin kazanılmış hakları fiilen kullanılamaz duruma getirilmiştir. Makinelerin işlevsel esnekliği işgücünün işlevsel esnekliğinin artırılmasına ve işi piyasadaki talebe göre kolayca değiştirilebilen işçinin daha yoğun çalıştırılmasına olanak sağlamıştır. Çalışma süresi ve ücret de esnekleştirilerek, piyasadaki talebe göre belirlenmeye başlanmış, ortalama çalışma süreleri artmış, süre örgütlenmesi düzensizleşmiştir. Ücret de piyasadaki talep ve işgücü verimliliği ile ilişkilendirilirken, ortalama ücretler azalmıştır.

Hükümetlerin örgütlenme ve toplu pazarlık haklarını yok etmeye veya sınırlamaya yönelik girişimleri sendikal örgütleri karar alma süreçlerinden dışlayıp, etkisizleştirirken, işçiler, en çok gereksindikleri anda, en temel mücadele araçlarından yoksun bırakılmış, yalnızlaştırılmış ve çaresizleştirilmişlerdir. İşten atıldıkları ya da ücretleri azaldığı için daha da yoksullaşan; en temel hakları ellerinden alındığı için toplumsal güvenceleriyle birlikte, gelecek güvencelerini de yitiren; sendikasız kaldıkları için yalnızlaşan ve çaresizleşen; üretim alanında, her an alabilecekleri basit, tekdüze ve anlamsız bir işi, üretim sürecine ve işletme yönetimine tam bağımlı oldukları, ağır ve değişken koşullarda sürdürmek zorunda kalan işçilerin yaşama ve çalışma koşullarıyla birlikte sağlık ve güvenlik koşulları da bozulmuştur.

İşsizliğin ve işgücü hareketliliğinin artması bu dönemin en önemli iş sağlığı ve güvenliği sorunudur. İşçi sınıfı ve özellikle de, işçi sınıfının piyasa ile eklemlenemeyen ezici çoğunluğu bu nedenle yoksullaşmıştır. Yaşama ve çalışma koşulları bozulan işçiler, geçim sorunları nedeniyle, koşulları ne kadar sağlıksız olursa olsun, her işi kabullenmeye zorlanmışlardır. İşletmelerde yapılan teknik ve örgütsel altyapı değişiklikleri işçileri sık sık yenilenen teknolojilerle, tekniklerle, çok amaçlı makinelerle ve maddelerle çalışmak, basit, tekdüze bir işi, üretim sürecine tam bağımlı oldukları ve özerkliklerini yitirdikleri koşullarda ve her türlü güvenceden yoksun olarak sürdürmek zorunda bırakmıştır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, büyüyen ve yaygınlaşan kayıt dışı sektörde, üretimini geleneksel üretim teknikleriyle sürdüren işletmelerde çalışan korunmasız işçilerde geleneksel sağlık ve güvenlik sorunları çeşitlenmiş, artmış ve yaygınlaşmıştır.

İşçiler, uluslararası yeni işbölümü kapsamında gelişmiş sanayi ülkelerinden yeni sanayileşmekte olan ülkelere aktarılan emek yoğun zararlı ve tehlikeli iş kolları ve iş türleriyle ve yarattıkları sağlık ve güvenlik sorunlarıyla, bütünüyle korunmasız oldukları acımasız rekabet koşullarında karşılaşmışlardır.

Bu dönemde, sırasıyla mesleki kanserler, mesleki dolaşım sistemi hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı bulaşıcı hastalıklar başta gelen mesleki ölüm nedenleri olmuştur. Bütün bu sorunlar altyapısal nitelikli, tümüyle önlenebilir birden çok etmeden kaynaklanmaktadır. Ayrıca aynı özelliklere sahip mesleki zehirlenmeler azaltılamamakta ve yeni bir hastalık grubu olarak mesleki akıl sağlığı sorunları hızla yaygınlaşmaktadır.

Bu dönemde, uluslararası ve ulusal sağlık ve güvenlik standartları esnetilmiş, esnek uygulama istihdam alanı ve ucuz ara mal kaynağı olarak görülen ve çoğunluğu kayıt dışı sektörde yer alan küçük ve orta ölçekli işletmeleri desteklemenin ön koşulu olmuştur. Teknik ve örgütsel altyapı yetersizliği nedeniyle daha sağlıksız olan bu

işletmeler, yasal anlamda olmasa bile uygulamada standartlara uymaktan ve bu amaçla yapılan denetimlerden kurtarılmıştır.

Aynı standartlarda, risk odaklı koruma ve önlemeyi öngören standartlara, bu amaçla politika oluşturma ve bu politikayı uygulayacak örgütsel altyapıyı kurma görevi veren düzenlemeler ve son yıllarda da, risk yönetimi sistemleriyle, yönlendirici ilke ve kuralları tanımlayan düzenlemeler almıştır. Bu düzenlemelerde katılım, gönüllülük, öz sorumluluk, öz denetim gibi koruma ve önlemeyi iyi niyete dayalı, isteğe bağlı bir sürecin nesnelere dönüştürerek toplumsal yükümlülük olmaktan çıkaran kavramlar öne çıkmış, bir anlamda koruma ve önlemede esnekleşmenin önü açılmıştır. Bu gelişme birikim odaklı, düzensizleştirilmiş ve esnekleştirilmiş bir üretim sürecinde, göreliliği öne çıkarmıştır.

Yukarıda sıralanan ve üretim ilişkilerinin düzensizleşmesine ve esnekleşmesine yol açan bütün değişiklikler devlet adına kurallara uyulup uyulmadığını denetleme ve kuralara uyulmasını sağlama görevini üstlenmiş olan iş denetimini de etkisizleştirmiştir.

Teknik, örgütsel ve işgücü altyapılarındaki sürekli değişim ve belirsizlik, işletmelerde yaşanan sağlık güvenlik sorunlarının işletme ve riskler özelinde saptanmış bir politika ve eylem programına uygun olarak ve bu amaçla üretilmiş hizmetlerle çözülmesini güçleştirmiş, büyüyen ve yaygınlaşan kayıt dışı sektörde yer alan küçük ve orta ölçekli işletmeler ve buralarda istihdam edilen korunmasız işgücü açısından ise, bütünüyle olanaksızlaştırmıştır.

Keynesçi Refah Devletinde toplumsal bir değer ve temel insan hakkı sayılan ve devlet güvencesinde olan sağlıklı yaşama ve çalışma hakkı, yeni liberal birikim modelinde işçinin birikim sürecine yaptığı katkı ile, yani, piyasayla eklemlenme düzeyiyle ilişkilendirilmiştir. "Nimet-külfet ilişkisi" olarak tanımlanan bu ilişkiye göre, sağlık ve güvenlik hakkı işletmenin ve işçilerin birikim sürecine yaptıkları katkıya, yani piyasa ile eklemlenme düzeylerine göre farklılaşmış ve tabakalaşmıştır. Buna göre, piyasa ile eklemlenen işletmelerin ve işçilerin sağlık ve güvenlik standartları diğerlerinden yüksek olacaktır. İşçi, piyasaya eklemlenme kapasitesi ve birikim sürecine katkısı azaldığı ölçüde, kaçınılmaz olarak daha sağlıksız ve güvenliksiz işyerlerinde ve işlerde çalışmayı koşulsuz kabul edecektir. Oysa, günümüzde, rekabet gücü yüksek olan işletmeler daha sağlıklı ve güvenlidir, risklere karşı önlem alma olanakları da fazladır. Oysa, yeni model bu işletmelerde çalışan ve çalışma ve yaşama koşulları görece daha iyi olan işçilere daha yüksek standartlar öngörürken; rekabet gücü olmayan, çoğunluğu kayıt dışı sektörde yer alan sağlıksız ve güvenliksiz işyerlerindeki işçilere, gereksindikleri üst düzeyde korumayı değil, düşük sağlık ve güvenlik standartlarını sunmuştur. Öyleyse, yeni model insanı ve emeği değil, birikim sürecini öncelemektedir.

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri de birikim sürecine katkıya göre yeniden örgütlenmiş, birikim sürecine katkısı çok; ama sağlıklı güvenli çalışma koşulları nedeniyle sosyal güvenlik ve sağlık gereksinimi daha az olan işçilere daha kapsamlı ve nitelikli hizmet sağlanırken, birikim sürecine katkısı daha az, ama çalışma koşulları nedeniyle korunma gereksinimi daha çok olan işçilere sınırlı ve niteliksiz hizmet sunulması öngörülmüştür. Bu değişim döneminde birikim sürecinden dışlanan çok sayıda işçi ise kaderleriyle baş başa bırakılmıştır. Bu değişimin amacı, devletin sosyal koruma amaçlı "verimsiz" harcamalarını azaltarak sağlanan kaynakları birikim sürecine

aktarmak; işgücünü yeniden üretmek ve sürekliliğini sağlamak için yapılan harcamaları sınırlayarak işgücü maliyetini azaltmaktır.

Sonuçta, işçi sınıfının yüz yıllık savaşımlarının ürünü olan, temel hak ve toplumsal değer olduğu evrensel kabul gören, eşitlik, dayanışma ve hakkaniyet temelinde kullanılan sosyal güvenlik ve sağlık hakları; kişinin bedelini ödediği ölçüde, yani ekonomik gücü oranında ve eşit ve hakkaniyetli olmayan biçimde kullandığı bireysel haklara dönüşmüştür. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri de bu dönüşüme göre yeniden örgütlenmiştir. Bu süreçte eşitsizlik eşitliğin, yarışma dayanışmanın, hakkaniyetsizlik hakkaniyetin yerini almış ve yeni liberal toplumsal kaynaşma modeli de bu temelde yeniden örgütlenmiştir.

SONUÇ

İş sağlığı ve güvenliğinde Sanayi Devriminden bu yana önemli ilerleme sağlanmıştır. Bugün bilimsel teknolojik gelişme düzeyi sağlık ve güvenlik sorunlarını önlemek veya bu sorunlardan korumak için yeterlidir; insanlık bu amaç için yeterli bilgi ve deneyime ve uygun koruma politikalarına, yöntem ve tekniklerine ve araçlara sahiptir.

Oysa, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2002 Nisanında yayınladığı Güvenlik Kültürü başlıklı belgede de belirtildiği gibi, 2000 yılında yapılan tahminlere göre, Dünyada iki milyon kişi işe bağlı nedenlerle ölmüştür. 2001 yılı tahminlerine göre, Dünyada, ülkeler ulusal gelirlerinin ortalama %4'ünü; iş sağlığı ve güvenliği sorunları nedeniyle yitirmiştir. Bu kayıp dünya genelinde 1.25 trilyon Dolara eşdeğerdir. Aynı belgeye göre, bugün bilimsel teknik gelişmelerin sunduğu fırsatlar kullanıldığında, meslek hastalıklarının tümünü, iş kazalarının %98'ini önlemek olanaklıdır. Bu sonuç olanakların çalışanları iş sağlığı ve güvenliği sorunlarından korumak için yeterli olduğunu, ama olanakların yeterince kullanılmadığını kanıtlamaktadır.

İlerleme ve gerileme dönemlerini barındıran tarihsel gelişim süreci incelendiğinde, dinamik bir sistem olan kapitalizmin fırsatlar ve olanaklar yarattığı, ama bu fırsat ve olanakların insan için değil, sermaye birikimi için kullanıldığı görülmüştür. Kapitalizmin Keynesçi ekonomik politikaların uygulandığı ve devlet modeli olarak sosyal refah devletinin öne çıktığı dönemde sosyalist sistem bir seçenek üretmesi ve işçi sınıfının güçlü sendikal ve siyasal örgütlerinin ekonomiye, siyasete ve çalışma ilişkilerine söz ve karar hakkı olan güçlü bir taraf olarak karışması, emeğin birikim sürecine kendi çıkarları için müdahale edebilmesine ve haklar, özgürlükler ve kazanımlar açısından en parlak dönemini yaşamasına olanak sağlamıştır. Bu kazanımlar Keynesçi ekonomik ve siyasal politikalar ile hem örtüşmüş, hem de Keynesçi birikim sürecinin krizinin ön koşullarını hazırlamıştır.

Bu süreçte refahı tabana yayma hedefiyle uyumlu olarak işgücü maliyeti ücret ve sosyal maliyet anlamında artmış, bu yolla iç tüketim desteklenmiştir. Genelde toplumsal koruma alanında, özelde de, iş sağlığı ve güvenliği alanında sağlanan gelişmeler, işçilerin çalışma koşullarını iyileştirmekle birlikte, üretim verimliliğini artırma çabalarıyla çatıştığı noktada sınırlanmıştır. Başka bir anlatımla, işçiler ve işçilerin sağlığı ve güvenliği ancak bu arayışlar ile örtüştüğü yere kadar bu arayışların hedefleri arasına katılabilmektedir.

Kapitalizmin krizi aşması için son yirmi beş yılda geliştirilen ve uygulanan yeni liberal siyasal, ekonomik ve toplumsal politikaların sonuçları bu değerlendirmeyi doğrulamıştır. Gerçekten, bu dönemde emek maliyeti bir kriz unsuru olarak tanımlanmış ve bilimsel teknolojik gelişmenin ve bilişim devriminin sağladığı olanaklar sermayenin ve üretim sürecinin emeğe bağımlılığını azaltmak, emeğin sermayeye ve üretim sürecine tam bağımlılığını örgütlemek için kullanılmıştır. Bu süreçte emek sermaye karşısında bütünüyle korunmasız bırakılmış, işçilerin kazanılmış hakları geri alınmış, kazanımları yok edilmiş, yaşama ve koşulları ağırlaştırılmıştır.

Sonuçta, çelişkileri derinleşen sermaye ile emeği üretim sürecinde bir arada tutmak ya da üretim alanında yaşanan sorunları çözmek için önerilen sosyal diyalog, sosyal uzlaşma, sosyal barış, sosyal sorumluluk, sosyal ortaklık benzeri stratejileri özelde sağlık ve güvenliğin genelde de emeğin korunması temelinde sorgulayabilmek için ister istemez “kim için”, “kiminle”, “nasıl” ve “hangi amaçla” soruları sorulmalıdır. Bu sorulara alınacak yanıtlar, her biri işbirliği çağrıştıran bu stratejilerin olumlanıp olunamayacağını kararlaştırılmasında yol gösterici olmalıdır.

TEMEL İŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ ve İŞBİRLİĞİ

Dr. Alp Ergör

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çalışma yaşamının toplum sağlığı açısından öncelikli alanlardan biri olması, en yalın yaklaşımla 3 temel gerekçeye bağlanabilir:

- çalışanların toplumun önemli bir bölümünü oluşturması,
- çalışmanın günlük yaşamın uzun bir dilimini kaplaması,
- çalışma sürecinin sağlığa olumsuz etkileri, bu etkilerin sıklığı ve önemi.

Dünyada yaklaşık olarak 2.6 milyar insan çalışma yaşamının içinde yer almaktadır (küresel nüfusun %47'si). Toplumun bu kesimi açısından günlük yaşamın yaklaşık %40'ı çalışma yaşamının doğrudan içinde geçmektedir. Dünya'da çalışan nüfus içinde iş kazaları binde 100, meslek hastalıkları binde 61 sıklıkta görülürken, işe bağlı fatalite yüzbinde 76 olarak gerçekleşmektedir (ILO, 2004). Bir diğer söylemle, dünyada her gün yaklaşık olarak 5500 kişi çalışma yaşamından kaynaklanan nedenlerle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde ise, yalnızca Sosyal Sigortalar kapsamında çalışan 5 milyon kişiden 3'ünü her gün çalışma yaşamına bağlı nedenlerle yitiriyoruz.

Yukarıda sıralananlara karşın gelişmiş ülkelerde çalışan nüfusun %20-50'si, gelişmekte olan ülkelere ise %5-10'ı iş sağlığı hizmetine erişebilmektedir (Fedotov, ILO, 2004). Çalışma yaşamı dünya nüfusun %47'sinin, Türkiye nüfusunun ise %31'inin öncelikli sağlık sorunlarının nedensel etmenlerini barındırmaktadır. Buna karşın, iş sağlığı hizmetleri sıklıkla ulusal sağlık sistemin dışında ya da eklemlenmiş bir ögesi olarak yer alır

Bu temel gerçekler nedeniyle iş sağlığı, temel sağlık hizmeti yaklaşımının içinde yer almalıdır. Bununla birlikte çalışma yaşamının doğasından kaynaklanan farklılıklar son yıllarda adlandırılan temel iş sağlığı hizmetleri (TİH) kavramının gündeme gelmesini sağlamıştır.

Çalışma yaşamının taraflara bağlı yapısının değişimi, iş gücünün yapısal ve içerikle ilgili dönüşümü, çalışma yaşamının içinde risk gruplarının genişlemesine, değişmesine, risklerin ve koruma kavramının başkalaşmasına neden olmuştur. Bu "yeni" yapısal süreç içinde çalışanların sağlığı, giderek artan biçimde özel sektör sorumluluğuna geçmektedir. Kuralsızlaşma sürecinin egemenliği altında çalışanların sağlığına yönelik hizmetlerin pazar ekonomisi kuralları içinde yürütülmesi ile rekabet ve kar maksimizasyonu olgusu, hizmet kapsamı ve niteliği ile ilgili "riskleri" daha da artırmaktadır. Bu noktada, sistem içinde ilişkilerde geri adım atılmaması gereken çizgileri belirleme arayışları TİH kavramının doğuşuna araç olmuştur.

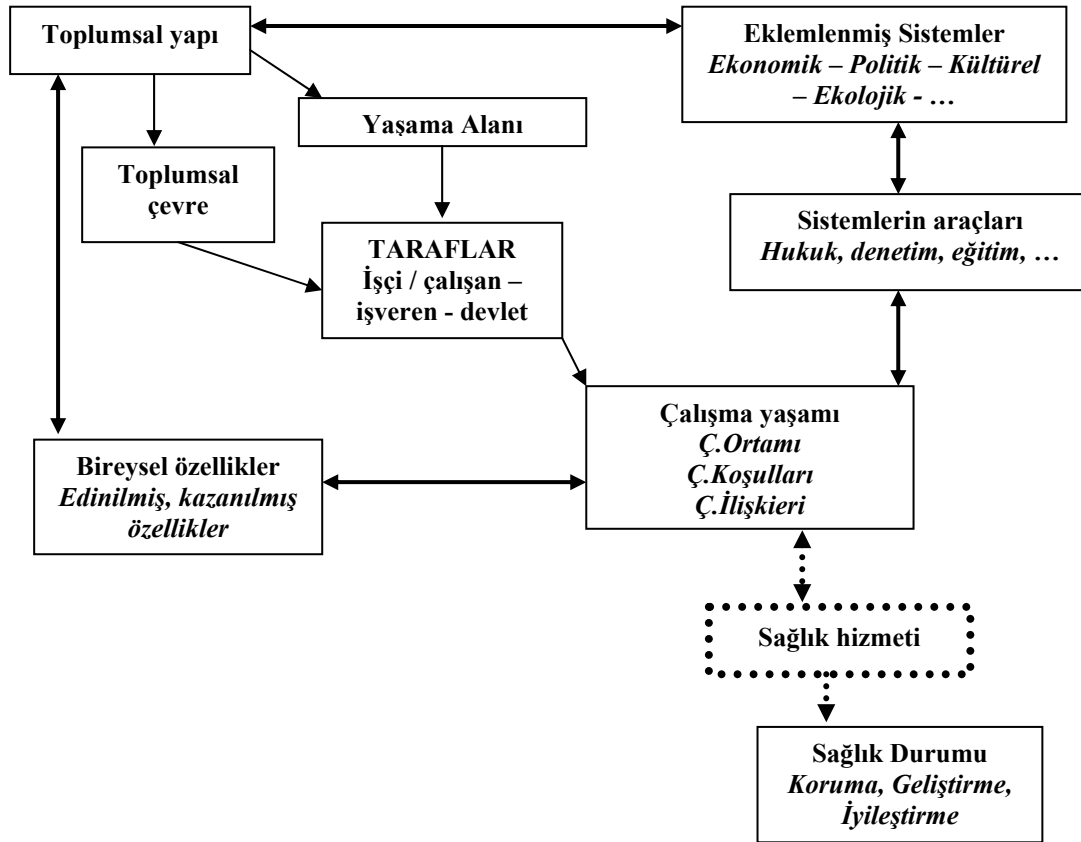
Bir çok noktada *Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)* kavramı ile örtüşen TİH özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Bir sistem olan iş sağlığının yapısına uygun olarak, eklemlenmiş bir sağlık ve güvenlik alt yapısına gereksinim duyar.
- Gereksinimlere göre örgütlenmiş (*ulusal, yerel, işletme düzeyinde*) birimlerce yürütülür.
- Ulusal sağlık sistemi ile eklemlenmiş olarak çalışır/çalışmalıdır.

- Küçük ölçekli işyerleri, tarım sektörü gibi hizmete erişme sorunu olan yapılar öncelikli alanlardır/olmalıdır.
- Tüm çalışanlara yönelik olmalıdır.
- Yapısal özellikleri gereği çok taraflı, çok disiplinli biçimde kurgulanması ve yürütülmesi gereklidir.

Nasıl tanımlanırsa tanımlansın, çalışma yaşamında sağlık ya da iş sağlığı sistemi karmaşık bir ilişkiler bütünüdür (Şekil 1). Çalışan-üreten bireylerin ve toplumların sağlık durumları bu ilişkiler bütününe bileşkesi olarak belirlenir.

Sistem değişiklikleri ne yönde olursa olsun, temel insan hakkı olan sağlığın korunup geliştirilebilmesi için bir araç olarak TSH'nin kullanımı konusunda ortak akıl yürütebilmeyi sağlayan Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumunun üçüncüsünde, "İş Sağlığında Sektörler Arası İşbirliği" başlıklı bir panelde olgunun irdelenmesi öngörülmüştür. Panelde, Sektör kavramının çalışma yaşamında sağlık açısından anlamının, işbirliğinin bir sorunsal olarak yeri ve varlığının tartışılması hedeflenmiştir. Bir sistem ve ilişkiler ağı olarak çalışma yaşamında sağlığın yapısını tanımlamak, bu yapının dönüşümünü ve dönüşüm sürecinde özellikle işbirliği kavramının geldiği noktayı belirlemek amacıyla, kuramsal ve ekonomopolitik açılımın ardından devlet, işçi ve işveren yaklaşımları ve deneyimleri ortaya konmaya çalışılacaktır.



Şekil 1. Bir sistem olarak iş sağlığı ve sağlık hizmeti ilişkisi.

TOPLUM BESLENMESİ VE GIDA GÜVENLİĞİNDE SEKTÖRLERARASI İŞBİRLİĞİ

Prof. Dr. Nevzat ARTIK

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü

Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık 800 milyonu kronik yetersiz beslenme, 2 milyarı ise sağlıklı, yeterli ve güvenli gıda temini konusunda sorun yaşamaktadır. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesinde, gıda güvencesi ve güvenliğinin temin edilmesi temel bir yükümlülüktür. 1992 yılında Uluslararası Beslenme Konferansı ve 1996 ve 2002 yıllarında yapılan Dünya Gıda Zirvelerinde, insanların sürdürülebilir, güvenli, uygun fiyatta, kaliteli, sağlıklı beslenme alışkanlığını geliştirecek gıda maddelerini satın alma ve tüketme hakkı konusu üzerinde önemle durulmuştur.

Dünya’da olduğu kadar ülkemizde de tarım sektörü, nüfusun beslenme ihtiyacını karşılaması, gıda sanayine hammadde sağlaması, istihdam yaratması, ihracata doğrudan ve dolaylı katkı sağlaması nedenlerinden dolayı ekonomide önemli bir yere sahiptir. Türkiye, tarımsal arazi varlığı ve iklim çeşitliliği bakımından büyük tarım potansiyeline sahip, gıda üretiminde ise uzun yıllardan beri kendine yeterlidir. Günümüzde uygulanan tarımsal politikalarda; artan nüfusun yeterli ve dengeli beslenme ihtiyacının karşılanması, üretim çeşitliliği ve verimin artırılması, sürdürülebilir ve yeterli tarımsal üretimin sağlanması, tarımsal üretimde kendine yeterlilik seviyesinin yükseltilmesi, tarımsal gelirlerin artırılarak süreklilik kazanması ve kırsal kesimin kalkınması başlıca hedefleri oluşturmaktadır.

Gıda güvencesi; bütün insanların her zaman aktif ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin ihtiyaçlarını ve gıda önceliklerini karşılayabilmek amacıyla yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziksel ve ekonomik bakımdan erişmeleri ve sürdürmeleri durumu olarak tanımlanmaktadır. Gıda güvencesi ve güvenliğinin sağlanması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, çevrenin korunması ve sosyo-ekonomik gelişmenin sağlanması amacıyla politikalar oluşturulurken, gıda ve sağlık kavramlarının birlikte ele alınması gerekmektedir. 1996 yılında Roma’da gerçekleştirilen Dünya Gıda Zirvesinde yeterli, düzenli ve besleyici gıda edinme ve herkesin açlıktan uzak olması bir hak olarak tanımlanmış ve yeterince beslenemeyenlerin sayısının, 2015 yılına kadar bugünkü düzeyinin en az yarısına indirilmesi ana hedef olarak belirlenmiştir. Dünya Gıda Zirvesinde, herkesin fiziksel ve ekonomik olarak her zaman yeterli ve güvenli gıdaya ulaşması, sürdürülebilir tarımsal üretimin sağlanması gibi konularda ülkelerin önlemler alması için çeşitli eylem planları ortaya konmuştur.

Gıda güvencesi, gıda güvenliği ve beslenme politikalarının oluşturulmasında; farklı sektörlerin, tarım, sağlık, eğitim, ticaret ve sanayi kuruluşlarının, akademik kuruluşların, gıda sanayinin, sivil toplum örgütlerinin işbirliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu kapsamda, Tarım ve Köyişleri Bakanlığının da dahil olduğu Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), TÜBİTAK, üretici örgütleri gibi çeşitli kurum, kuruluşlar ile sivil toplum örgütlerinin katılımı sayesinde Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi ve stratejinin uygulanması için bir eylem planı oluşturulmuştur. Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisinin temel hedefinde, küreselleşen dünya ile uyumlu, yaşam kalitesi artırılmış, sağlıklı ve gelişmiş bir toplum belirtilmektedir. Bu çalışmada, gıda güvencesi, gıda

güvenliği ve beslenme konularında ülke ihtiyaçları doğrultusunda ayrı ayrı stratejiler ve eylem planları oluşturulmuş, sorumlu kurumlar belirlenmiştir.

Toplum beslenmesinde gıda güvencesi kadar tüketilen gıda maddelerinin güvenliği de önemlidir. Geçtiğimiz on yıl içerisinde özellikle Avrupa'da ortaya çıkan dioksin ve BSE (Deli Dana Hastalığı) krizleri dünya kamuoyunda büyük endişe yaratmış, bu durum gıda güvenliği ve gıda kalitesinin teminini daha da önemli kılmıştır. Ülkemizde çiftlikten sofraya gıda güvenliğinin temininde tüm gıda zincirinin denetim ve kontrolü, 5179 sayılı kanun kapsamında Tarım ve Köyişleri Bakanlığının sorumluluğuna bırakılmıştır. AB gıda yasasını belirleyen 178/2002 yönetmeliği ile uyumlu olarak hazırlanan 5179 sayılı kanun, gıda güvenliğinin sağlanmasında temel sorumluluğu gıda işletmecisine vermiştir. Gıda işletmecisi; ithal ettiği, ürettiği, işlediği, imal ettiği veya dağıtımını yaptığı gıdanın gıda güvenliği şartlarına uymasından sorumlu tutulmaktadır. Piyasaya arz edilecek gıda maddelerinin güvenliğinin temininde sektörlerarası işbirliğinin sağlanması, gerek izlenebilirliğin temin edilmesi ve işyeri sorumluluğu gerekse tüketici haklarının korunması amaçlarıyla bir zorunluluk haline gelmiştir.

Ülkemizde gıda güvenliği ve kalitesi konularında mevzuatın oluşturulmasında FAO/WHO Gıda Kodeksi Komitesi yayınları ile Avrupa Birliği mevzuatı göz önünde bulundurulmaktadır. Ulusal mevzuatın yayımlanması ve uygulamada karşılaşılabilecek sorunların belirlenmesi sırasında Sağlık Bakanlığı, üretici ve tüketici örgütleri, üniversiteler ve bilimsel kuruluşlar ile ortak çalışma yapılarak işbirliğine gidilmektedir.

Gıda güvenliği ve tüketici haklarının korunması konularında, genel kamuoyu, sivil toplum örgütleri, mesleki birlik ve dernekler ve tüketicilerin aktif olarak çalışmalara katılması gerekli görülmektedir. Bu nedenle 5179 sayılı Kanun kapsamında gıda ile ilgili politikaların oluşmasına esas görüş ve önerilerini almak üzere Ulusal Gıda Meclisinin kurulması öngörülmektedir. Meclis; ilgili kurum ve kuruluşların yanı sıra gıda ile ilgili sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve meslek kuruluşları temsilcilerinden oluşacaktır.

Gıda güvenliği ile ilgili politikaların belirlenmesinde risk analizi önemli bir etmendir. Risk analizi gıdanın güvenliğini tehlikeye sokacak risklerin belirlenmesi ve azaltılması amacı ile oluşturulan planlı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. 5179 sayılı kanunla, bağımsız, nesnel ve saydam bir risk değerlendirmesinin yapılabilmesi için bilimsel komitelere görev verilmiştir. Gıda güvenliğini tehlikeye sokacak risklerin belirlenmesinde üniversiteler ile bilimsel araştırma kuruluşlarının çalışmalarına ve riskin değerlendirilmesinde ise konu ile ilgili kamu kurumlarının görüşlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Gıda güvenliği kontrollerinde, Türk Gıda Kodeksine uygun güvenilir gıda üretiminin sağlanması yanında gıda işleme tesislerinin teknik ve hijyenik normlarının geliştirilmesi başlıca hedefleri oluşturmaktadır. Gıda konusunda tehlikeleri önlenmesi ancak üretici ve yetkili kurum işbirliği çerçevesinde mümkün olabilmektedir. Örneğin, güvenli gıda üretimi için İyi Üretim Uygulamaları (GMP) ve İyi Hijyen Uygulamaları (GHP) ve tehlike analizi ve kritik kontrol noktaları olarak tanımlanan HACCP sisteminin gıda sanayince uygulanması mevzuat ile zorunlu hale gelmiştir. Yürürlükte bulunan piyasa gözetimi ve denetimi ile ilgili yönetmelikle; riskli olarak kabul edilen et, süt ve su ürünleri, hazır yemek fabrikaları, düşük asitli konserve gıdaları üreten işyerlerine büyüklüklerine göre en geç iki yıl içerisinde, diğer işyerlerine ise en geç üç yıl içerisinde HACCP uygulama zorunluluğu getirilmiştir. Gıda güvenliğinin sağlanmasına yönelik gıda sanayi tarafından uygulanması öngörülen bu sistemler ile

ilgili bilgilendirme ve yönlendirme yetkili kamu kurumu tarafından yapılırken, gıda sanayi çeşitli organizasyonlardan da yardım alabilmektedir. Gıda güvenlik sistemlerinin etkin olarak uygulanmasında sanayi-yetkili kurum-tüketici işbirliğinin gerekli olduğu görülmektedir.

Gıda güvenliğinin sağlanmasında, tüketicilerin gıda kontrolüne aktif olarak katılmalarının sağlanması amacıyla Bakanlığımız bünyesinde Alo-Gıda Tüketici Hatlarının kurulması ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Bu uygulama ile, tüketicilerin tükettikleri gıdalarla ilgili şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve geriye doğru bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır.

AB’de olduğu kadar ülkemizde de gıda güvenliği son yıllarda üzerinde durulan en önemli konulardan biri olmuştur. Gıda güvenliğini sağlamaya yönelik etkin ve yeterli gıda denetimi sağlayan kontrol sistemlerinin geliştirilmesi çalışmaları süreklilik halinde yürütülmekte, mevcut ulusal gıda kontrol sistemi, daha etkin uluslararası kabul gören yaklaşımlarla uyumlu hale getirilmektedir. Bakanlığımızın temel gıda politikası, tüketiciye her zaman yeterli ve güvenli gıda arzının sağlanması ile tüketici sağlığının korunmasına yöneliktir. Bu amaca yönelik olarak, gıda sanayi, tüketici, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde çalışmalar yürütülmektedir.

GIDA GÜVENLİĞİ AÇISINDAN TÜRKİYE'DE PESTİSİT KULLANIMI VE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Nafiz DELEN

Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Bitki Koruma Bölümü

delen@ziraat.ege.edu.tr

1. Giriş

Tarımsal savaşım, ürünü hastalıkların, zararlıların ve yabancı otların etkilerinden ekonomik ölçüler içinde korumak, zararı en düşük düzeye indirmek, kaliteyi yükseltmektir. Bu amaca ulaşabilmek için, kültürel, fiziksel, biyolojik, yasal ve kimyasal önlemlere başvurulmaktadır. Söz konusu önlemleri bir arada ve uyumlu bir biçimde uygulamaya ise, entegre savaşım denmektedir.

Kimyasal savaşımın esas öğeleri olan tarım ilaçlarının yani pestisitlerin bilinçsiz ve kontrolsüz kullanımı sağlık ve çevre açısından onarılması güç olumsuzluklara yol açabilmektedir. Modern bitki korumada, bu olumsuzlukların en aza indirilebilmesi amacıyla, tarımsal savaşım entegre savaşım görüşü içinde uygulanmaktadır. Ancak, getirdiği sorunlara karşın, tüm savaşım yöntemleri arasında dünyada en yoğun kullanılan yöntem yine de kimyasal savaşımdır. Çünkü kimyasal savaşım, bilinçli ve kontrollü kullanıldığında çok hızlı sonuç vermektedir, diğer savaşım yöntemlerine oranla daha etkilidir ve ürünü toksin salgılayan organizmalardan koruyabilmektedir.

Ülkemizde de kimyasal savaşım diğer savaşım yöntemleri arasında en fazla tercih edilenidir. Bunun için bu sunumumuzda, önce tarım ilacı kullanımı nicel ve nitel açıdan değerlendirilip, kullanım biçimimizden ortaya çıkabilecek olası sorunlara özet olarak değinilecektir. Ardından, pestisit konusunun çok disiplinli karakteri de göz önünde tutularak, olası sorunların sektörler arası işbirliği görüşüyle giderilebilmesi yönünde bazı öneriler yapılacaktır.

2. Türkiye'de Pestisit Kullanımı

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı verilerine göre, etkili madde olarak, Türkiye'de tarım ilacı tüketimi 1979'da 8396 ton iken, 2002'de 12199 tona ulaşmıştır. Bu veriler değerlendirildiğinde, ülkemizde pestisit tüketiminin yıllık ortalama %2.05 oranında arttığı görülmektedir (Delen ve Ark. 2005). Oysa, dünya pestisit tüketimi 1983-1994 periyodunda yıllık % 3.4, 1993-1994'de ise, yıllık %18.5 artmıştır (Lorbeer et al., 2001).

Ülkemizin tüketimi Avrupa Birliği (AB) ülkeleriyle karşılaştırılacak olursa, AB'de en az pestisit tüketen Belçika ve Finlandiya'da hektara düşen etkili madde 1.2 kg. iken (Oksam et al., 1997), yıllara göre değişmekle birlikte, ülkemizde etkili madde olarak tüketim hektara 500-700 g'dır (Turabi, 2004).

Yukarıdaki değerler Türkiye'de oldukça az pestisit tüketildiğini gösteriyorsa da, ülkemizde, bölgeler arasında homojen olmayan bir tüketim söz konusudur. Örneğin, Ege ve Akdeniz bölgelerindeki tüketim, preparat olarak ülke tüketiminin yarısına yaklaşırken, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'daki tüketim Türkiye tüketiminin ancak %10'u kadardır (Turabi, 2004). Bu da göstermektedir ki, entansif tarım yapılan bölgelerimizde pestisit tüketimi oldukça yoğundur.

Ülkemizde kullanılan pestisitler nitelik açısından incelenirse, örneğin 2002 yılında tüketilen insektisit, nematisit ve fumigantların yarıya yakın bir bölümünün en zehirli bileşiklerden oluştuğu, önemli bir kısmının yer altı sularını yada soluduğumuz havayı kirletme yeteneğinde olduğu görülür. Daha da önemlisi, söz konusu bileşiklerden bazılarının insanlarda kanser yapıcılık risklerinin bulunduğudır.

Bitki hastalıklarını önlemek amacıyla 1999-2002'de en yoğun tüketilmiş fungusitler incelendiğinde, bunların da bir bölümünün yer altı sularını yada soluduğumuz havayı kirletebilme özellikleri vardır. Ayrıca, bu fungusitler arasında yer alan dithiocarbonate bileşiklerinin insan sağlığı açısından değişik olumsuzlukları yanı sıra, büyük bölümünün kanser yapıcılık riski de bulunmaktadır (Delen ve Ark., 2005). Diğer yandan, çevre ve sağlık açısından önemli derecede sakıncalı bazı pestisitlerin ülkemizdeki tüketimi 2002 yılında 2001'e oranla artış gösterirken, organik tarımda da kullanılabilen, çevre ve sağlık açısından düşük riskli bazı pestisitlerin tüketimlerinde ise azalma vardır.

Yukarıda çizilen tablo, ülkemiz insanının gıda güvenliğinin büyük bir tehlike altında olabileceği kuşkusunu yaratmaktadır. Ancak, yiyeceklerimizdeki pestisit kalıntılarının niceliği ve niteliği konusunda yayınlanmış çalışmaların azlığı, bu kuşkuyu değerlendirmek için kesinlikle yeterli değildir. Buna karşın, ülkemizden ihraç edilen yiyecek ve yemler ile bitkisel ürünlerin AB'deki uygun bulunmayan parti sayılarındaki artış, gıda güvenliğimizin nasıl bir risk altında olduğunu gözler önüne sermektedir (Delen ve Ark., 2005).

3. Alınabilecek Önlemler

Pestisitler kadar gıda konusu da değişik disiplinleri ilgilendirmektedir. Bu nedenle, pestisitlerin gıda güvenliği açısından oluşturabileceği sorunları çözmek için, farklı disiplinlerdeki sektörlerin yakın işbirliği içinde soruna eğilmesinde yarar vardır. Bu olgu da göz önünde tutularak, pestisitlerden kaynaklanabilecek gıda güvenliği sorunlarını çözebilmek amacıyla alınabilecek bazı önlemler aşağıda özetlenmiştir.

-Tarım ve Köyişleri Bakanlığı bünyesinde, bitki koruma ile ilgili tüm kuruluşlar ve hizmetler 1984 öncesindeki gibi, tek elden yürütülen hali getirilmelidir. Bölgesel hizmet veren ve araştırmalarıyla sorunlara güncel çözümler üreten Bölge Zirai Mücadele Araştırma Enstitüleri'nden kapatılmış olanlar ile biyolojik savaşım konusunda araştırma ve uygulamalar yapan, kapatılmış Biyolojik Mücadele Araştırma Enstitüsü bir an önce açılmalı ve sözkonusu tüm enstitüler konu uzmanı elemanlarla takviye edilmelidir.

-Bir ülkede pestisitlerin oluşturabileceği sorunların önlenbilmesinin ilk basamağı "ruhsatlandırma"dır. Çünkü, ruhsatlandırma ile ülke için sorun yaratma olasılığı olabilecek pestisitlerin uygulamaya girmesi yada kullanımlarının sürmesi engellenebilmektedir. Bu açıdan, pestisitlerin ruhsatlandırma sisteminde kimi düzenlemelerin yapılmasında yarar vardır. Bunun için öncelikle, pestisitlerin ruhsatlandırılmasında karar yetkisine sahip "Pestisit ve Benzeri Maddeler Ruhsat ve Değerlendirme Komisyonu"na multi-disipliner bir yapı kazandırılmalıdır. Bu komisyonda, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Temsilçileri ve Araştırma Enstitüleri'nde görevli konu uzmanları yanı sıra, pestisitlerle ilgili diğer sektörlerin temsilcileri de yer

almalıdır. Örneğin, Ziraat Fakülteleri'nin Bitki Koruma Bölümlerinde görevli pestisitlerle ilgili çalışma ve araştırmalarıyla tanınmış fitopatolog, entomolog ve herbologlar yanı sıra, yine pestisitler konusunda uzmanlaşmış toksikolog, veteriner hekim, çevre ve gıda mühendisleri de pestisit ve benzeri maddeler ruhsat ve değerlendirme komisyonu üyesi olmalıdırlar.

-Emsale göre ruhsatlandırma kaldırılmalıdır. Her preparat yeni bir etkili madde gibi ruhsatlandırılmalıdır. Ayrıca, ruhsatlandırılacak preparatların etkili maddelerinin saflığının, fiziksel ve kimyasal özelliklerinin yanı sıra, düşük etkililikteki izomerleri ile karışık olup olmadığı ve dolgu maddesinin kirlilik (impurity) içerip içermediğinin tam araştırılabilmesi için yetkili ve uzman kimyacılar analizlerde, analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde görev almalıdır.

-Ruhsatlı pestisitler, belli aralıklarla, örneğin beş yılda bir Pestisit ve Benzeri Maddeler Ruhsat ve Değerlendirme Komisyonu tarafından deneme ve analiz sonuçları da temel alınarak değerlendirilmeli ve ruhsatlarının devamı konusunda karar verilmelidir.

- Ülkemiz insanının besin tüketim alışkanlıklarına uygun, ulusal nitelikte "Gıdalarda Bulunabilecek Maksimum Bitki Koruma Ürünleri Kalıntı Limitleri" uzman diyetisyenlerin, uzman veteriner hekimlerin ve uzman toksikologların da görev almasıyla biran önce hazırlanmaya başlanmalıdır.

- Sık aralıklarla "Tarımsal Savaşım Yönergeleri" güncelleştirilmeli, internet ortamında kolayca ulaşılabilmesi sağlanmalı ve Yönergeler'de önerilen pestisitlerin son ilaçlama ile hasat arasında geçmesi gereken süreler, "maksimum kalıntı limitleri"ne uyumlu halde tutulmalıdır.

- Yukarıda özetlenen önlemleri tam ve uygun biçimde alabilmek açısından Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Ziraat Fakültelerinin Bitki Koruma Bölümlerindeki ve konuyla ilgili diğer fakültelerdeki pestisitler konusunda uzman öğretim üyeleri ile daha sıkı bir iş birliği kurulmalıdır.

4. Yararlanılan Kaynaklar

- Delen, N., E.Durmuşoğlu, A.Güncan, N.Güngör, C.Turgut ve A.Burçak, 2005. Türkiye'de pestisit kullanımı, kalıntı ve organizmalarda duyarlılık azalışı sorunları. Türkiye Ziraat Mühendisliği 6. Teknik Kongresi. Cilt 2. 629-648.
- Lorbeer, J.W., N.Delen and N.Tosun, 2001. Chemical control, pp. 199-203, In: Encyclopedia of Plant Pathology, Vol 1. Eds: O.C. Maloy and T.D. Murray. John Wiley and Sons.
- Oskam, A.J., R.N.A. Vijftings and C.Graveland, 1997, Additional E.U. policy instruments for plant protection. Wageningen Agricultural University, the Netherlands.
- Turabi, M.S., 2004. Türkiye Cumhuriyeti'nde tarımsal ilaç, tescil ve ruhsat sistemi. Tarımsal İlaçlar ve Organik Tarım Konferansı, KTMMOB Ziraat Mühendisleri Odası, 9 Haziran 2004, Lefkoşa, KKTC.

TOPLUM BESLENMESİ ve SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Prof.Dr.Mine Yurttagül

Hacettepe Üniv. Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Besin güvencesi ve besin güvenliği günümüzün en önemli konuları içinde yer almaktadır. Güvenilir besinlerle gerçekleştirilen yeterli ve dengeli beslenme, yaşam döngüsünün her aşamasında; fetüs, yeni doğan ve bebeklik, çocukluk, adolesan, yetişkinlik, gebe ve emzicilik, yaşlılık dönemlerinde hastalıklardan koruyucu, sağlığı geliştirici bir etmendir

(1,2). Dünya karmaşık sağlık sorunları ile doludur. Dünya Sağlık Örgütü, hükümetler, sivil toplum örgütleri, özel sektör ve kuruluşlar tek başına bu sorunları çözemez. Sektörler arası işbirliği gereklidir (3,4) . Türkiye hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin beslenme sorunlarını taşımaktadır. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel – kırsal yerleşim yerlerine göre farklılık göstermektedir. Beslenme sorunlarının temelinde gelir dağılımındaki dengesizlik ve beslenme konularındaki bilgisizlik yer almaktadır (5). Ulusal düzeyde toplumun beslenme ve sağlık durumuna ilişkin verileri ortaya koyan en kapsamlı tek çalışma Türkiye – 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırmasıdır (6). 1984 – Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması ise Türkiye geneline gösterge olmak kaydıyla üç ilde sağlık taraması yapılmadan gerçekleştirilmiştir (7). Beslenme durumunu ortaya koyan diğer araştırmalar bölgesel bazlı çalışmalardır. Genel olarak 0 – 5 yaş çocuklarında büyüme ve gelişme geriliği , demir yetersizliği anemisi , raşitizm; okul çağı çocuk ve gençlerde zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri; yetişkin kadınlarda zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin yetersizlikleri; yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir (4,5). Bebek ölüm hızı 1993 (8), 1998 (9) ve 2003 (10) yıllarında sırasıyla binde 53, 43 ve 29 iken beş yaş altı çocuklarda binde 61, 52 ve 37 dir. Düşük doğum ağırlığı 1998 yılında %10 iken (9) , 2003 yılında %7 dir (10). Beş yaş altı çocuklarda kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olan yaşa göre düşük ağırlık %3.9, yaşa göre kısa boy (bodurluk) %12.2 oranındadır. Bodur çocuk oranı Doğuda %22.5, Batıda %5.5, kırsal yörede %18.4, kentsel yörede %9 dur. Boya göre ağırlığı düşük çocuk oranı ise %0.7 dir (10). Beş yaş altı çocuk grubunun ortalama %50 si, okul çocuklarının %30 u, gebe ve emzikli kadınların %50 si kansızdır (6,11-16).Basit guatr görülme sıklığı 6-12 yaş grubu erkeklerde %27.7, kızlarda % 32.6 (ortalama % 30.3)dür(17).Kırsal kesimde guatr prevalansı % 31.2 dir(18).Raşitizm görülme sıklığı % 7.9-20.0 arasındadır(4,6).Vitamin yetersizlikleri 7-17 yaş grubu çocuklarda araştırılmış ve tiamin %20.1, riboflavin % 89.9, Vitamin B₆ %83.3, folik asit % 23.3, Vitamin B₁₂ %5.9, Vitamin C % 43, Vitamin A %11.6, beta karoten % 3.5, Vitamin E % 21.8, demir %6.1 ve çinko % 15.7 oranındaki çocukta yetersiz bulunmuştur(13).Açkurt ve ark(14) gebelerin, 13-17. haftalarda % 48.8 inin vitamin B₁₂, %59.7 sinin folik asit; 28-32. haftalarda %52.3 ünün ferritin, % 72.3 ünün çinko, %38.8 inin B₂, % 8.9 unun vitamin B₁₂, %76.4 ünün folik asit yönünden risk altında olduğunu saptamışlardır. Tunçbilek ve ark (19) folik asit yetersizliğine bağlı noral tüp defekt prevalansını on bin doğumda 30.1 olarak bulmuşlardır.Diş çürüğü prevalansı 6-12 yaş grubunda %64-100 arasındadır(20).Şişmanlık genelde kadınlarda daha çok görülmektedir ve 15 ilde yapılan bir çalışmaya göreBKI > 30 kg/m² olan kadın oranı % 29.9, erkek oranı ise % 12.9 (ortalama % 22.3) dur(21).TNSA 2003 (10) sonuçlarına göre doğum yapmış gebe olmayan 2782 kadının % 1.8 inde BKI (kg/m²) 18.5 in altında, %57 sinde 25.0 in

üzerindedir. Yüzde 22.7 oranındaki kadının BKİ(kg/m²) ise 30.0 un üzerindedir.Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenlerinin başında kalp damar hastalıkları ve gelmekte ve onu kanser izlemektedir(4).

Toplumun beslenme sorunlarını çözümlenmek, halk sağlığını korumak için politikalar üretilmeli, etkin olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Süreklilik gösteren ulusal besin, beslenme ve sağlık bilgi sisteminin oluşturulması gereklidir(22). Besin ve Beslenme Politikalarının gelişiminde uluslar arası faaliyetler;Dünya Gıda Konferansı(1974), Çocuklar İçin Dünya Zirvesi(1990), Gizli Açlığın Önlenmesi Konferansı(1991), Uluslararası Beslenme Konferansı(1992) ve Dünya Gıda Zirvesi(1996, 2002) dir.Açlığın, yaygın beslenme yetersizliği sorunlarının, vitamin ve mineral yetersizliklerinin yok edilmesi ve önlenmesi amacıyla , hükümetler Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planlarını hazırlamayı kabul etmiştir(23)

Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı:Sağlıklı beslenme ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sosyoekonomik gelişmeye ve sürdürülebilir gıda güvencesine katkıda bulunmak amacıyla hazırlanmıştır. Hedefi, gıda güvencesi, gıda güvenliği ve beslenme alanında Türkiye'deki mevcut durumu ortaya koymak, uygulanan politikalara açıklık ve kesinlik kazandırmak, yeni politikaların uygulanması ve yasal gereksinimlere veya yönetsel değişikliklere yönelik önerilerde bulunmaktır(24)

Gıda güvencesine yönelik amaç ve faaliyetler: 1.Toplumda gıdaya erişebilirlik iyileştirilecektir.2.Toplumun beslenme kalitesinin yükseltilmesi için özellikle hayvansal kaynaklı gıda arzı artırılacaktır. Sorumlu kuruluş Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, işbirliği yapılacak kuruluşlar ise, TÜBİTAK, Sanayi Bakanlığı, Özel sektör, Kooperatifler Merkez Birliği, T.Ziraat Odaları Birliği, GAP İdaresi, ORKÖY Gn.Md., Yerel Yönetimler, Sivil toplum örgütleri, Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversitelerin ilgili bölümleri, Sağlık Bakanlığı, DPT, İçişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Başbakanlık, TOBB, TMO, Kızılay gibi kuruluşlardır.Gıda güvenliğine ilişkin amaç ve faaliyetler:1. Gıda işletmelerinde sorumlu yönetici olabilme koşulları, istihdam, görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır.2. Gıdalar ile ilgili çalışanların gıda konusunda temel bir eğitim alması için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.3.Gıda denetimi yapacak elemanların yeterli sayıda ve gıda konusunda eğitilmiş olması sağlanacaktır.4.Tarımsal üretim aşamasında eğitim rehberleri hazırlanması sağlanacaktır.5. 5179 sayılı yasa kapsamında gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.6. Çiftlikten sofraya etkin gıda güvenliği sisteminin gerçekleşmesi için risk analizi, ilgili kuruluşlar arası koordinasyon ve AB uyumu faaliyetlerinden sorumlu bir bağımsız ve bilimsel nitelikli Ulusal Gıda Güvenliği Otoritesi kurulması.Sorumlu kuruluşlar Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığıdır. İşbirliği yapılacak kuruluşlar ise, Üniversitelerin ilgili bölümleri, TMMOB, İlgili meslek kuruluşları,Gıda dernekleri platformu,Gıda İşverenleri Sendikası,İşçi sendikaları TÜBİTAK, TOBB, FAO, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı,Özel sektör, T.Ziraat Odaları Birliği, İçişleri Bakanlığı, DPT ve tüketici kuruluşlarıdır. Beslenmeye ilişkin amaç ve faaliyetler ise:1.Ulusal Gıda, Beslenme ve Sağlık Araştırması yapılacaktır.2. Beslenme ile ilgili bilimsel ve istatistiksel Bilgi Erişim Sistemi oluşturulacaktır.3.Beslenme Eğitimi yaygınlaştırılacaktır.4.Sağlıklı beslenme için gıda yardımı uygulamaları geliştirilecektir.5. Özel durumdaki gruplarda halk sağlığı sorunları önlenecektir.6.Ulusal Gıda ve Beslenme Koordinasyon Komitesi oluşturulacaktır.7. Bireylerde kronik hastalıkların önlenmesi için sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesi desteklenecektir.8. Gıda zenginleştirilmesi ile ilgili ihtiyaçların belirlenmesi ve yasal düzenlemenin yapılması sağlanacaktır.Sorumlu kuruluşlar çeşitli faaliyet alanlarına göre Sağlık Bakanlığı, DİE, TÜBİTAK,Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Özel sektör,Sosyal

Yardım ve Dayanışma Teşvik Fonu,DPT olarak belirlenmiştir.İçinde Üniversitelerin ilgili bölümleri, FAO,DSÖ,UNDP, UNİCEF gibi Uluslar arası kuruluşlar, Medya kuruluşları, meslek örgütleri ve ilgili bakanlıkların bulunduğu kuruluşlarla işbirliği yapılacaktır(25)

Yürütülen Programların bazıları; Toplumun Beslenme Eğitimi ve Beslenmede Bilinçlendirilmesi (1998-), Herkes İçin Sağlık(2000-20001), Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım(2000), Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi(2004), Gıda Güvencesizliği ve Duyarlılığı Veri Haritalama Sistemi-1999(FIVIMS). Bunlardan başka; Ulusal Tarımı Geliştirme Stratejileri-2010 geliştirildi ve yayınlandı(2000),Codex Alimentarius çalışmaları sürdürüldü,TeleGıda aktivitelerine(FAO) devam edildi.

KAYNAKLAR

1. The First Action Plan for Food and Nutrition Policy. WHO European Region 2000 – 2005
2. WHO The Impact of Food and Nutrition on Public Health, The Case for Food & Nutrition Policy and Action Plan for the European Region of WHO. 2000 – 2005
3. Brundtland HG. 56th World Health Assembly Geneve 17 May 2002
4. Pekcan G. Türkiye’de Beslenme Sorunları ve Boyutları : Besin ve Beslenme Politikalarının Önemi. Türkiye’de Beslenme Yetersizliği Sorunları, Besin ve Beslenme Politikaları (Sosyal F. , Haznedaroğlu D. , Çelik Ş. , Ekşi A.) Beslenme ve Diyet Dergisi 30 (1) : 45 – 47 ,2001.
5. Pekcan G. Türkiye’de Beslenme Sorunları ve Boyutları : Besin ve Beslenme Politikalarının Önemi. Sağlık Özel Sayısı. Yeni Türkiye 39 : 572 – 85 ,2001.
6. Köksal O. 1974 – Türkiyede Beslenme. Ankara UNICEF, Aydın Matbaası, 1977.
7. Tönik B. , Gültürk H. , Güneşli U. , Arıkan R. , Kayim H. , Bozkurt Ö. 1984 – Gıda Tüketimi ve Beslenme Tarım Orman Köyişleri Bakanlığı / Unicef , Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü Ankara 1987.
8. Sağlık Bakanlığı (Türkiye) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Makro International Inc. 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ankara , Türkiye. 1993
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Makro International Inc. , Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı – Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. 1999 Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması, Ankara. 1998.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması , 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı – Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
11. Pekcan G. , Karağaoğlu N. , State of Nutrition in Turkey. Nutrition and Health 14 : 41 - 52, 2000.
12. Pekcan G. , İlkokul çocuklarında demir yetersizliği anemisi, enfeksiyon ve okul başarısı arasındaki etkileşimler üzerinde bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 13 : 51 – 66, 1984
13. Wetherilt H.,Açkurt F.,Brubacher G.,Okan G.,Aktaş,Turdu S. Blood vitamin and mineral levels in 7-17 years old Turkish children.İnternat J Vit Nutr Res 62:21-9, 1992

14. Açkurt F., Wetherilt H., Löker M., Hacıbekiroğlu M. Biochemical assessment of nutritional status in pre-and post-natal Turkish women and outcome of pregnancy. *Eur J Clin Nutr* 49:613-22,1995
15. Çetin E., Aydın A. İstanbul'da yaşayan çocuk ve adölesanlarda anemi prevalansı ve anemilerin morfolojik dağılımı:Çocukların yaş, cinsiyet ve beslenme durumu ile anne-babaların ekonomik ve öğrenim durumunun anemi prevalansı üzerine etkileri. *Türk Pediatri Arşivi* 34:29-34,1999
16. Pekcan G., Rakıcıoğlu N. Türkiye'de vitamin ve mineral (mikronütrient) yetersizliği. Seminar on Food Safety and Nutrition Policy:Developments in Safety Assessment and Nutrition Science. Working Document.22-23 November Ankara, 123-24,1999
17. HÜBDB/Sağlık Bakanlığı,6-12 yaş grubu çocuklarda iyot yetersizliği hastalıkları, görülme sıklığı ve iyotlu tuz kullanım durumu.Proje Raporu,1995
18. Kirkizoğlu E., Pekcan G. İyot yetersizliği hastalıkları ve idrarla iyot atımı. İyot Yetersizliği Hastalıkları Sempozyumu.Hacettepe Üniversitesi, Ankara,8 Mayıs 1998
19. Tunçbilek E., Boduroğlu K., Alikışıfoğlu M. Neural tube defects in Turkey:prevalance, distribution and risk factors. *The Turkish Journal Pediatrics* 41:299-305,1999
20. Saydam G., Oktay İ., Möller I. Türkiye'de ağız diş sağlığı durum analizi.TÜR-AGIZ-SAĞ-001 (DSÖ), Seçil Ofset, İstanbul, 1990
21. Satman İ., Yılmaz T. et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey:results of the turkish diabetes epidemiology study(TURDEP). *Diabetes Care* 25(9):1551-6,2002
22. Arslan P., Pekcan, G., Yücecan S., Yurttagül M., Karaağaoğlu N. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Beslenme Çalışma Grubu Raporu, Ankara 2000
23. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. Rome, 1992
24. DPT.'Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu'Yayın No:2670,Ankara Mart 2003
25. DPT. Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı(Mart 2003) Gözden Geçirme Raporu, 4.3.2005

HASTANE ACİL SERVİSLERİ VE SAHADAKİ SAĞLIK PERSONELİ ARASINDA DEPREMLER SONRASI YAŞANAN EŞGÜDÜM SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr Mehmet ERYILMAZ
GATA Acil Tıp AD ANKARA

Yaşam insanoğlu için her etkileşimin en gerçekçi üretim ve karar noktasıdır. İnsanoğlu için önemli olan yaşamdır. Yaşamın süre gitmesi onun için doğası gereği sahip olduğu ilkel bir reflektir. Bu refleks insanoğlunun duygu, davranış ve düşüncelerinde güçlü bir yönlendirmeye sahiptir.

Yaşam doğanın insanlığa sunduğu boyutlarda süre gider. İnsanlığın algılayabildiği süreç yaşamın makro, normo ve mikro boyutlarında şekillenir. Uzaydaki yüksek sonsuzluk makro yaşamın gizemini oluşturmakta, mikroskopun izlem alanındaki derin sonsuzluk ise mikro yaşamın gizemini sunmaktadır. Normal yaşam olarak kabul ettiğimiz yer kürenin sunduğu gizem ise normo yaşamın sınırlarını belirlemektedir.

Makro ve mikro yaşamın, insanoğlunun doğa ve kendi cinsleri ile iletişim ve etkileşimde bulunduğu normo yaşam koşulları ile birlikte dinamik bir süreç taşıdığı aşikardır. Bu dinamik sürecin oluşturduğu her çeşit enerji, karşı konulmadığı ve kontrol altına alınamadığı hallerde insanoğlunun yaşamını tehdit eden potansiyelleri oluşturacaktır.

Bu potansiyellerin aktivasyonu ile açığa çıkan enerjinin oluşturduğu etkiye insanoğlunun koyduğu tepkinin yetersizliği “AFET DİNAMİĞİ” sürecini doğuracaktır. Afet; etkiye karşı konulan tepki yetersizliği dinamiğidir. Yetersiz tepki sonrası oluşan bireysel veya kitlesel yaralanma ve/veya ölüm gerçeğidir.

İnsanlığın doğası gereği sahip olduğu yaşama refleksi onu diğer insanlar ile birlikte bir sinerji arayışına itmektedir. Güçlerin akılcı ve gerçekçi sinerjisi afet potansiyellerine karşı konulması gereken olası en büyük tepki birimine ulaşabilme gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Bu arayış yaşamsal her disiplinin bir zorunluluğu olduğu gibi olağan dışı durumlarda afet dinamiğinin gerçekleşmemesi amacıyla sağlık personeli arasında da bir kabul gören zorunluluk ve sorumluluktur.

Gelişmiş ekonomi, bilinç, eğitim ve yaşam koşullarına sahip ülkelerde “Sağlık personelinin iletişim ve etkileşimi, üst düzeyde bir sinerjiye nasıl ulaşabilir ? sorusunun yanıtı daima aranmaktadır. Bu sempozyumda ülkemizde oluşan bilincin ekonomik ve eğitim seviyemizin verdiği izinler doğrultusunda oluşturulacak sinerjiye anlamlı katkı sağlayacaktır. Ülkemizde şu ana kadar benzer kaygı ile düzenlenmiş toplantılarla birlikte düzenlenen bu sempozyum uluslar arası yönlendirmelerin esiri olduğumuz bir dönemi artık geride bırakmıştır. Dünya afet tıbbi emektarları artık yaşadığımız acıların, deneyimlerin ve sentezlerimizin doğrultusunda yol alacaklardır.

Ülkemiz tarihsel tüm süreçlerde deprem gerçeğiyle birlikte yaşamıştır. Büyük Marmara Depremine kadar mistik yaklaşımın kabullenmişliğinde karşılanan bu gerçek 17 Ağustos 1999 ‘tan bu yana toplumumuzu bilinçlenme ve sorgulama safhasına itmiştir.

Geçen 5 senede sağlık personelimizin ulusal ve uluslar arası deneyimler ve olanaklar ölçüsünde kendini nasıl geliştirdiğine ve meslektaşlar arasında sinerjik çalışmaların sürekli kıldığına şahit oluyoruz. Kişi, kurum ve kuruluşlar arasında hiç vazgeçilmeden süre giden ortak çalışmalar, projeler, işbirlikleri yakın geleceğimize güç vermektedir.

Uluslararası kaynak veriler ve görüşler incelendiğinde masa başı ve alan tatbikatlarında kurulmaya çalışılan ve gerçekçiliğinin artırılmaya çalışıldığı sistem arayışları bizlere bir rehber olmaktadır. Özellikle bilgi çağı fırsatını sağlayan internet aracılığı ile yapılan taramalarda ulusal ve uluslar arası tüm deprem sonrası tıbbi müdahale projeleri, tatbikatları, taslakları, kuruluşları incelenebilmektedir. Elde edilen bulgular yaşanan acıların verdiği deneyimler doğrultusunda sentezlendiğinde tüm dünyaya örnek teşkil edebilecek uygulamalar keşfedilebilmektedir.

Bu üretimler geçirilmiş afet dinamiklerinin incelenmesi neticesinde yapılabilmektedir. Olağan dışı durumlarda sağlık personelinin hizmet sunduğu tüm alanlarda etkileşim ve iletişimi sağlanmadıkça potansiyellere tepki oluşturabilmek, yanıt verebilmek olası olmayacaktır. Elde edilen seviyeyi yeterli bulmak yanılığın en büyüğü olacaktır. Bu nedenle deneyimlerimiz sonucunda vardığımız doğruların masa başı planlar ya da raflardaki tozlu dosyalar olarak anlamsız ve ölümcül kandırmacaya aday olmaması gerekir. Bu deneyimlerin uygulamaya yönelik sonuçları ve yaptırımlarla desteklenmesi gerekir.

Depremler etkiledikleri coğrafyada oluşturdukları olağan dışı durumun afet potansiyelleridir. Depremi afet oluşturabilmesi için o coğrafya da yaşayan insanların karşı koymada yetersiz olması gerekir. Yapısal önlemleri almış, bilinç ve eğitim düzeyleri yüksek toplumların incinirlikleri az olacaktır. Aynı şiddetteki bir deprem değerinin farklı gelişmişlik düzeyleri olan toplumlarda farklı ölümcüllüğe sahip olmaları bu nedenledir.

Sağlık personelinin deprem sonrasında eş güdümünün başarısı ve optimalliği bir olağan dışı durumun afet dinamiği sürecine dönüşmesinin önündeki en büyük engeldir. Sağlık personelinin deprem potansiyellerine yönelik ön gördüğü sistemlerin deprem sonrasında başarılı olabilmesi için ortaya koydukları çalışmanın sinerjik ve optimal olması gerekir.

Sağlık personelinin deprem sonrasında yaşadıkları eş güdüm sorunları ve bulunacak çözüm önerileri bir sonraki süreçte insanoğlunun yaşamını tehdit eden potansiyellere karşı gücünü artıracaktır.

Yaşamsal refleks gereği her canlı öncelikle kendi canının sağlığından sorumludur. Bu nedenle insanoğlu önce kendi canına, sonra da değer verdiği canlının yaşamına karşı sağlık personelidir. Temel yaşam desteği ve ilk yardım yöntemleri hakkında insani ve vicdani sorumluluk taşımaktadırlar. Bu nedenle deprem sonrası tüm sağ kalanlar doğal bir sağlık personeli yükümlülüğü taşımaktadırlar. Bunu hissetmek toplumsal bir kültür ve eğitim seviyesini gösterir. “Afetlerde İlk Yardım Gönüllüleri (AİYG)” olarak isimlendirmemiz ve tüm vatandaşlarımızı AİYG olarak kabul etmemiz gerekir.

Depremlerden sonra sağlık personeli olarak kabul etmemiz gereken ikinci grup kurtarma yapan kişilerdir. Arama kurtarma işinde rol alan her görevli (KG) bu kapsamda tutulamaz. Arama esnasında tıbbi müdahale söz konusu değildir. Ancak kurtarma eylemi gerçekleştiren herkes mutlak bir sağlık personelidirler. Hangi meslek

grubundan olursa olsun kurtarma işlemine soyunan her insan bir sağlık personeli sorumluluğunu taşıyabilecek tıbbi ve vicdani yeterliliğe sahip olmalıdır. Bu kişilerin afet potansiyellerinin harekete geçmediği sessiz süreçte kendilerine standart temel yaşam desteği, ilk yardım usülleri konularında eğitim şansı yaratmaları gerekir. TC Sağlık Bakanlığının “Afetlerde Sağlık Organizasyonu” projesi kapsamında belirlenen eğitim süreci bu anlamda sürdürülen önemli bir yeterlilik çalışmasıdır. Yine ülkemizde yeterliliği denetlenmek ve değerlendirilmek koşuluyla yürütülen tüm benzer eğitim çalışmalarından geçmeleri gerekir.

AİYG ve KG profesyonel sağlık personelleri olmak durumunda değildirler. Ancak olağan dışı durumlarda vermek istedikleri hizmeti sunmak için asgari standartı sağlayabilecek bir tıbbi birikim eğitimi almış ve yeterli kılınmış olmalıdırlar. Bu standart ve homojen uygulama algoritmeleri profesyonel sağlık personelleri içinde bir mutlak zorunluluk olmalıdır. Ancak ve ancak tıbbi uygulama ve eğitim içeriklerinde bir standart yakalanabildiğinde eş güdüm optimal düzeyde yakalanabilecektir.

Alanda ilk müdahaleyi uygulayan AİYG ve KG ‘leri ile birlikte profesyonel sağlık elemanlarının kabul görmüş ve fayda sağlanmış tıbbi müdahale sistemlerini iyi özümsemiş olmaları, ciddi bir yaklaşım ve sisteme inanmış bir şekilde uygulamada yürürlüğe sokmuş olmaları gerekmektedir.

İlk yardım, triaj ve tahliye esaslarında standart yakalandıktan sonra tatbikatlarla uygulamalar denemeli ve ihtiyaç duyulduğunda tüm çalışanların birbiriyle uyumlu olarak çalışmaları sağlanmalıdır.

Deprem sonrası sağlıkçılar arasında yaşanan eş güdüm sorunlarının ikincisi iletişim sorunudur. Bunun ekonomik alt yapı sorunu olduğu aşıkardır. Mobil sistemlerin geçmiş deneyimlerdeki tıkanıklığı yeni teknolojik atılımlarla aşılmaya başlamıştır. Bu nedenle telli ve telsiz her çeşit haberleşme sisteminin ve bu sistem ağlarının hiç vakit kaybetmeksizin oluşturulması gerekir. Olağan dışı durumlar askeri disiplin ve hiyerarşik yapılanma gerektirir. Yönetim otoritesi tesis edilebilmesi için “Kriz Masası” olarak tabir edilen ancak modern afet yaklaşımında “Acil Durum Yönetim Merkezi (ADYM)” olarak kabul edilen yönetim birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimlerde sağlık personeli yönlendirecek ve alanda çalışan her kademedeki sağlık personelinden aldığı bilgileri sentezleyerek acil durum yönetim sorumlusu mülki amire aktaracak deneyimli ve olağan dışı durumlarda sağlık yönetiminde becerikli ve birikimli bir personel bulundurulmalıdır. Bu birimlerde görev alacak kişiler resmi özlük haklarına göre değil yapılacak işin gereğine göre yapılacak ani atamalarla yetkilendirilmelidir. Bu sorumlular görev bitiminde deneyimlerini bir sonraki çalışmalara ışık tutması amacıyla rapor etmeleri ve çalışmalarının sonunda tıbben ibra edilmelidirler.

Acil Durum Yönetim Merkezi sabit ya da hareketli bir koşulda konuşlandırılabilir. Bu idari tercihe bağlı seçilir. Ancak mutlak ve mutlak alanda hizmet veren sağlık personeline her an iletişim sağlayabilecek bir konferans hattı sağlayabilmelidir. Halen illerde valiliklere bağlı kurulmuş bulunana Acil Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) a ait bilgi ağı olağan dışı durumlarda verilecek sağlık hizmetlerinin organizasyonunda büyük katkı ve kolaylık sağlayacaktır. Bilişim sistemlerindeki inanılmaz kapasite bilgi ağı ve sunumunda ayrıcalık sağlayacaktır. Alanda ilk müdahalesini yaptıktan sonra ne yapacağını soran sağlık personeline yaralıyı hangi uç toplanma merkezine götürebileceğini, triaj sonrası hangi hastanenin hizmet

verebilir sağlamlıkta olduğunu bilerek tahliye yönünü gösteren bir yönetim biçimi eş güdümün optimal sinerjisini sağlayacaktır.

Günümüzde mobil telefonların yönlendirilebileceği ADYM'ler sağlık personeli arasında deprem sonrasında yaşanan ve yaşanabilecek eş güdüm sorunlarının çözümündeki en önemli basamaktır. Her seviyede ve her meslek branşında verilecek tıbbi hizmette sağlanabilecek optimal eğitim düzeyi, uygulama standardizasyonları, hiyerarşik sistem, otoriter yönetim, teknolojik olanak, veri güvenilirliği bu eşgüdümü sorunsuz sağlayabilecek diğer önemli parametrelerdir.

İLETİŞİM

Dr Mehmet ERYILMAZ

Yrd. Doç.Dr.

Genel Cerrahi Uzmanı

GATA Acil Tıp AD

Etlik 06018 – ANKARA

0 532 295 76 03

0 312 304 30 30

mehmeteryilmaz@hotmail.com

drmehmeteryilmaz@yahoo.com

DEPREMDE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Prof.Dr.Ali Osman Karababa
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uluslar arası literatürdeki “disaster” sözcüğü dilimizde “olağandışı durum” olarak yerleşmiş bulunmaktadır. Bu konu tıp alanında yerini “olağandışı durum tıbbi” biçiminde almıştır. Akademik ve diğer çevrelerde olağandışı durumlarda sağlık hizmetlerine yönelik araştırma, eğitim, planlama danışmanlık, organizasyon konularında çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarla, konuyla ilgilenen sağlık çalışanları; fiziksel, ruhsal ve çevresel boyutlarının ötesinde olağandışı durumların ortaya çıkmasına neden olan tüm bileşenler ve etkileri konusunda da bilgi ve deneyim sahibi olmalıdırlar ve olmaktadır.

Olağandışı durumlar, deprem örneğinde olduğu gibi çok kısa sürede ortaya çıkabildikleri gibi, kıtlık, kuraklık, göç örneklerinde olduğu gibi uzun bir sürece de yayılabilirler. Ortaya çıkma biçimleri etkilenen bölgenin coğrafi, sosyal ve politik yapılarının özelliklerine de bağlıdırlar. Bu anlamda bir olağandışı durum çıkmadan önce ortaya çıkma zamanı, şiddeti, etkisi ve etki alanı günümüz teknolojileriyle öngörülebilmektedir. Bu süreç henüz deprem için tam olarak geçerli değildir. Geline nokadaki teknolojik gelişmeler ve bilgi birikimiyle bunun da yakın zamanda çözülmesi beklenmektedir. Ancak bu süreçlerin belirtildiği gibi gerçekleşebilmesi, iyi bir olağandışı durum yönetimine bağlıdır.

Olağandışı durumların yönetimi, olağandışı durumun evrelerine göre farklılık gösteren ve bu nedenle esneklik ve iyi bir yapılanma isteyen bir süreçtir. Bu evreler; ilk etki, kurtarma ve esenlendirme, yeniden yapılanma ve ardından bir sonraki olağandışı durumun etkilerini azaltma ve hazırlıklı olma evreleridir. Tüm bu evrelerde toplum, sağlık örgütü ve diğer sektörler arasında yüksek düzeyde ortaklık, eşgüdüm ve işbirliği bulunması gereklidir. Bu nedenle, süregiden sosyal yaşamla bütünleşmiş, olağandışı durumun kısıtlı kriz koşullarına uyabilecek esneklikte ve güçte bir yönetim ve hizmet ağı oluşturulması zorunludur. Böyle bir ağı oluşmasının önemli koşullarından birisi, yönetim ve hizmet bileşenlerinin ayrıntılı olarak tanımlandığı kurallar oluşturmak diğeri ise bunları kararlılıkla uygulamak, izlemek ve güncelleştirmektir.

Konuyla ilgili kaynaklarda yönetim süreci “belirli amaçlar için başta insan olmak üzere parasal kaynakları, donanımı, demirbaşları, hammaddeleri, yardımcı malzemeleri ve zamanı birbiri ile uyumlu, verimli ve etkin kullanabilecek kararları alma ve uygulama süreçlerinin toplamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Çağdaş yönetim yaklaşımı planlama, örgütlenme, yönetme, eşgüdüm sağlama ve kontrol süreçlerinin birbirini izlediği ve tamamladığı bir döngüyü tanımlar. Olağandışı durumlarda yönetim de aynı süreçleri içerir. Olağandışı durumlarda yönetim, olağandışı durum olmadan önce başlar ve etkili liderlik ve başarılı yönetime duyulan gereksinimi daha ön plana çıkarır.

Olağandışı durumlarda yönetim, doğal nedenlerden ya da insan faktöründen kaynaklanan ve bir krize yol açan olaylarda; yöneticilerin ve halkın hazırlıklı olmasını sağlamak, krizi olası en az hasarla atlatmak ve kayıpları en aza indirmek için olağandışı durum öncesinde, sırasında ve sonrasında atılması gereken adımlar ve yapılması gereken işlerdir.

Olağandışı durum yönetiminde temel ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Her olağandışı durum birbirinden farklıdır.
2. Olağandışı durumlardan korunmak olanaklıdır.
3. Sadece olağandışı durum tiplerini ve yol açacağı zararları değil, olağandışı durumların nerede ve ne sıklıkta ortaya çıkacağını belirleyen çevresel, politik, sosyal ve ekonomik güçleri de göz önünde bulunduran “Tüm Riskler Yönetimi” geçerli olmalıdır.
4. Sektörler arası işbirliği zorunludur.
5. Alt birimler yönetilebilir genişlikte ve kendi kendine yeterli olmalıdır.
6. Yerel, bölgesel ve ulusal kaynaklara göre planlama yapılmalıdır.
7. Kısıtlılıklar ve öncelikler belirtilmelidir.

Görüldüğü gibi olağandışı durumların her aşamasında karmaşık, çok bileşenli bir yönetim süreci söz konusudur. Bu sürece katılan veya katılması gereken bileşenler şekil 1’de verilmiştir. Bu bileşenlerin bir bölümü doğal olarak ilgili bakanlıklar veya onların yerel birimleri ve Ordunun ilgili birimleri (Jandarma gibi) yani devletin örgütleridir. Yerel yönetimler de topluma hizmet veren kurum olarak süreçte yer almaktadır. Ancak süreçten etkilenen toplum olduğundan, onu temsil eden yapıların da yönetim sürecinde yer alması gereklidir. Bu bağlamda toplumun farklı kesimlerini temsil eden sivil toplum kuruluşları (dernek ve vakıflar), özel yasalarla kurulan meslek odaları (Tabip Odası, TMMOB ve Eczacı Odası gibi), Odalar ve Birlikler (Sanayi ve Ticaret Odası, Şoförler ve Otomobilciler Birliği gibi), Üniversiteler, ulusal kuruluşlar (Kızılay ve Sivil Savunma) yönetim sürecine katılmalıdır. Bu arada uluslar arası kuruluşlar da (Birleşmiş Milletler’in ilgili alt birimleri gibi) özellikle deprem sonrası dönemde sürece dahil edilmelidir.

Bu kadar çok bileşenin bir araya getirilmesi ve bu bileşimden iyi bir yönetim sürecinin çıkarılması zor olsa da etkin bir olağandışı durum yönetimi için kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu başarılı olduğunda ise olağandışı durumun etkileri en aza indirilmiş olacaktır.

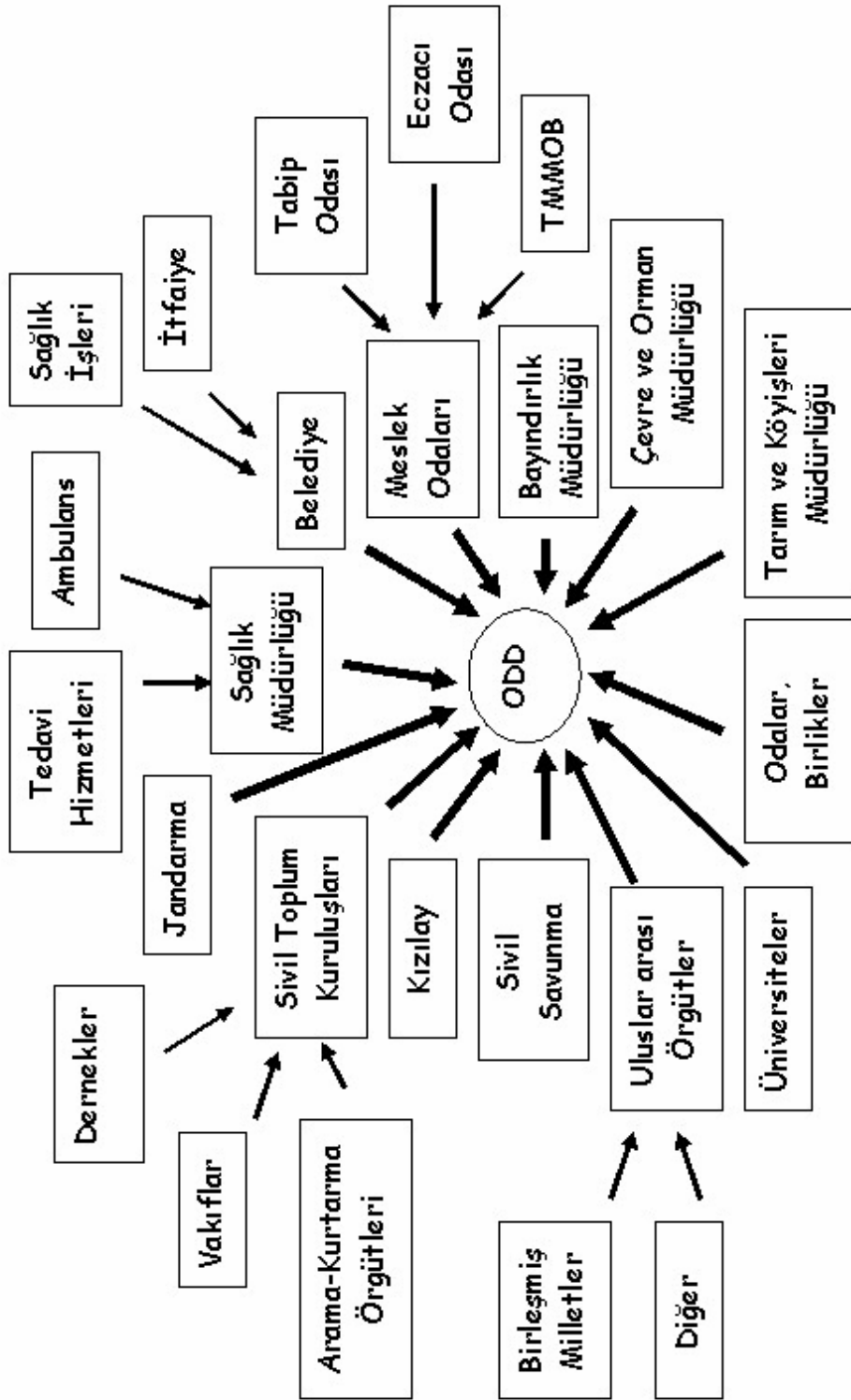
Ülkemiz açısından bakıldığında böyle bir yapılanmaya çok hazır olduğumuz söylenemez. Devletin kurumları yönetim sürecini sayılan diğer kurumlarla ve yapılarla paylaşmaya çok istekli görünmemekte, depreme ve diğer olağandışı durumlara hazırlık planları yapılırken yukarıda yönetim sürecine katılması gerekli olduğunda bahsedilen yapılar görmezden gelinmekte veya sürece etkin biçimde katılmaları engellenmektedir.

Bu konunun en çarpıcı örnekleri ülkemiz ve dünya olağandışı durum tarihinde önemli bir sayfa olan 1999 yılı Marmara Depreminde yaşanmıştır. Türk Tabipleri Birliği’nin Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim veren ve olağandışı durumlara müdahil olan ekibi tarafından Bölge’de oluşturulan üç Koordinasyon Merkezinde eğiticiler ve örgütün gönüllülerinden oluşan bireylerin verdiği hizmetten ve edindiği deneyimlerden bahsedilebilir. Deprem sonrasında geçici barınma yerlerinin yer seçiminden kurallara uygun biçimde düzenlenmesine, buralardaki sağlık hizmetinin örgütlenmesine katkıda bulunmaya kadar farklı görevler gerçekleştirilmiştir. En ilginç de Sağlık Bakanlığı krizden kurtulmaya çalışırken bölgede sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının durumunu, geçici barınma yerlerine ait verileri toplayarak her gün raporlandırıp bu raporları Sağlık Müdürlüğü’nün toplantılarına neredeyse davetsiz misafir olarak katılıp paylaşan Türk

Tabipleri Örgütü'nün temsilcilerinin krizin etkileri hafiflediğinde bahsedilen toplantılara alınmasıdır.

Yine aynı süreçte Meslek Odalarının (Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve TMMOB gibi) yönetim sürecine dahil edilmemiş olsalar bile kendi aralarında gerçekleştirdikleri işbirliğinden bahsetmek gerekir. Yine Marmara Depremi sonrası Bölgeye yardım için gelen birçok kuruluşun doğrudan başta Türk Tabipleri Birliği Koordinasyon Merkezleri veya diğer Meslek Odaları veya sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapma çabaları da ilginç deneyimler olarak hafızalarda yer etmiştir.

Tüm bunlardan günümüz olağandışı durum yönetimine dair çıkarılacak ders sektörler arası işbirliğinin gerekliliği hatta zorunluluğudur. Toplumsal çıkarlarımız bunu zorunlu kılmaktadır.



Şekil 1. Sektörler arası işbirliği şeması

KEMALPAŞA SAĞLIKLI SANAYİ PROJESİ -1 (KESSAN-1) (ARA SONUÇLAR)

Projenin Yürütücüsü: KESİAD (Kemalpaşa Sanayici Ve İş Adamları Derneği)

M. Tuğrul SAHBAZ¹, Dr. Cengiz TÜMER², Dr. Cumhuri YILMAZ²

¹ **KESSAN Proje Tıbbi Koordinatörü**

² **KESSAN Proje Tıbbi Koord. Yard**

Amaç: 18 aylık sürede İzmir’de Kemalpaşa Organize Sanayi Bölgesi’ndeki işyerlerinde çalışan 10.000 işçinin aile planlaması hizmetlerinden yararlanma durumlarının iyileştirilmesi, aile planlaması hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla işyerinde işyeri hekimleri tarafından eğitim hizmetlerinin organize edilmesi

Yöntem:

Hedef gruplar: İnsan Kaynakları Müdürleri, İşyeri Hekimleri, İşçiler

Ana Faaliyetler:

1. İşyeri hekimlerini KESSAN projesi ve üreme sağlığı programı hakkında bilgilendirmek
2. İnsan Kaynakları Müdürlerinin aile planlaması konusunda duyarlılığını arttırmak
3. İşyeri hekimlerini aile planlaması ve yetişkin eğitimi konusunda eğitim verecek yeterliliğe ulaştırmak amacıyla eğitim programları yürütmek,
4. Gerekli eğitim setlerini ve programlarını hazırlamak,
5. İşçilerin aile planlaması konusundaki mevcut durumunu saptamak için araştırma yürütmek,
6. İşçilerin işyeri hekimleri tarafından eğitilmesini sağlamak, Anket sonuçlarının değerlendirilmesinden sonra başlayacaktır. 20 kişilik gruplara 2 saatlik eğitimler işyeri hekimleri tarafından verilecek, proje ekibi bu eğitimlerde işyeri hekimlerinin verdiği eğitimlerde yardımcı olarak bulunacaklardır.
7. Proje bitiminde aynı araştırmayı tekrarlayarak projenin sonuçlarını değerlendirmek
8. Proje sonuçlarını raporlamak ve yayınlamaktır.

Bulgular:

1. Bu amaçla 3 ayrı toplantı yapılarak proje anlatılmış ve işyeri hekimlerinin projenin yürütülmesi konusunda düşünsel katkıları alınmıştır. Bu toplantılara 37 işyeri hekimi katılmıştır.
2. Bu amaçla Crowne Plaza’da 137 işveren temsilcisi, 35 işyeri hekimi ve 30 yerel idareci ile 7 basın mensubundan oluşan bir topluluğa projenin tanıtımı yapılmıştır.
3. Ege Üniv.Tıp Fak. Tıp Eğt. A.D’ndan Dr. Sürel KARABİLGİN ve Konak Sağlık Grup Başkanlığı Aile Planlaması Merkezi’nden Dr. Lale TUNA ile işyeri hekimi eğitim programı hazırlanmış ve 2 gün (16 saat) bir program ile 43 işyeri hekiminin Çeşme Süzer Otel’de eğitimleri gerçekleştirilmiştir.
4. İşyeri hekimlerinin işçi eğitiminde kullanacağı eğitim setleri hazırlanmıştır. Eğitim setinde aile planlaması eğitim CD’si, Aile Planlaması için Resimli Rehber, Erkek ve kadın üreme organlarını gösteren 2 afiş, her işçiye dağıtılmak için hazırlanan Aile Planlaması El Kitabı bulunmaktadır.
5. Bu amaçla hazırlanan anket 15.03.2005’den itibaren işyeri hekimleri tarafından yürütülmektedir. Projemizin başlangıcından bugüne kadar toplam 57 Firmada çalışan 9000 işçiye ulaşıldı. Çalışanların 1000 kadarının anketi tamamlanıp, elimize ulaşmıştır, veri girişleri SPSS programıyla yapılmaktadır, 500 kadar anketin veri girişi tamamlanmıştır.

ÇOCUK İŞÇİLİĞİNİN EN KÖTÜ BİÇİMLERİNİN İZMİR'DE SEÇİLEN SANAYİ MESLEK DALLARINDA 2003 YILI İTİBARIYLA SONA ERDİRİLMESİ PROJESİ

Dr Nesrin Kocabıyık

İzmir Tabip Odası Program Temsilcisi

Giriş: Çocuk işçiliği, pek çok ülkede önemli bir sosyoekonomik sorundur. Milyonlarca çocuk, fiziksel, zihinsel, eğitsel, sosyal, duygusal ve kültürel gelişimlerine zarar veren, uygunsuz koşullarda çalıştırılmaktadır. Bu çalışmanın kısa erimdeki amacı çocuk işçilerin çalışma koşullarının düzeltilmesi, uzun erimde çocukların çalıştırılmasına son verilmesinin sağlanmasıdır.

Gereç Yöntem ve bulgular: ILO 1991 yılında ‘ Çocuk Emeginin Sona Erdirilmesi Uluslararası Programı’ nı (International Programme on the Elimination of Childlabour-IPEC) başlatmıştır. Temel hedefi çocukların çalışma yaşamından uzaklaştırılması olan bu programın kısa dönemdeki hedefi ise çalışma koşullarının düzeltilmesi, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve eğitim olanaklarının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu program doğrultusunda ‘ İzmir de seçilen sanayi meslek dallarında çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinin 2003 yılı itibariyle sona erdirilmesi projesi’ geliştirilmiştir. Bu proje, çok yönlü çocuk emeginin kullanımı sorununa etkin ve kalıcı çözümlerin iyi koordine edilmiş kurumlar arası işbirliği ile ulaşılabileceği temeline dayanmaktadır. Projede ilgili bakanlıklar ,yerel yönetimler,işçi ve işveren örgütleri,üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde çalışmayı sağlayacak mekanizmalar kurulmuştur. Bu mekanizmalar; Ulusal düzeyde ‘ Merkez yürütme kurulu’,yerel düzeyde ise ‘ çocuk işçiliğini önleme il komitesi’ dir. Bu komiteye İzmir’den 81 kuruluş katılmıştır.

İzmir ilinde ayakkabıcılık, oto tamir ve bakım ile konfeksiyon sektörleri riskli işler olarak belirlenmiştir ve proje bu sektörlerde uygulanmıştır. Bakanlık iş müfettişleri denetimlerinde, oto tamir ve bakım sektöründe 2.,3.,4.,5.,6. sanayi sitesi ile Ata ve Buca sanayi sitelerinde mevcut 1073 işyerinden aktif 748 işyeri ile tekstil-konfeksiyon sektöründe M.T.K da (Manifaturacılar, Tuhafiyeciler, Konfeksiyoncular sitesi) ve Yeşilova, Çankaya, Bornova semtlerinde mevcut 809 işyerinden aktif 504 işyeri taranmış ve iyileştirme kapsamına alınmıştır.

Ulaşılan toplam çocuk sayısı 8270 dir. Çalışan çocuk sayısı 6079, kardeş sayısı 2191 dir. Eğitime yönlendirilen toplam çalışan çocuk sayısı 15 yaş altı 1349 (% 22.2) ,15-18 yaş arası 2820 (%46.4) dir. .Kardeş sayısı 1722 dir. Sağlık taramasından geçirilen ve tedavisi yaptırılan çalışan çocuk sayısı 1209 dur. Kardeş sayısı 89 dur. Görüşme yapılan ve danışma hizmetlerinden yararlanan aile sayısı 477 dir.

Sonuç: Bu projenin başarısı kurumlar arası işbirliğinin gerçekleştirilmesine bağlıdır. Ancak proje aşamalarında Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı iş teftiş kurulu ile kalıcı çözümlerin üretilmesinde yeterli işbirliği sağlanamamıştır. İş Sağlığında sektörler arası işbirliği projelerini fiilen yürütmek, projenin planlanmasından çok daha zor bir süreçtir. Çocuk işçiliğinin sona erdirilmesi ile ilgili projelerde bu güçlük daha da belirgindir.

KUNDURACILAR SENDİKASI ÖRGÜTLENME SÜRECİ VE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİNİN ÖNEMİ

Metin PİCAKÇİEFE¹, Faik BİÇER², Erkan GÖBEKSİN³, Yücel DEMİRAL⁴

¹ *Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İş Sağlığı Doktora Öğrencisi*

² *Dr., İşçi Konseyi üyesi*

³ *Av., İzmir Barosu üyesi*

⁴ *Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi.*

Amaç:

Geçmiş yıllarda bir kaç kişiden 10 kişilik atölyelere uzanan mekanlarda yapılan ayakkabı üretimi, 2004 yılına gelindiğinde yerini 20-500 kişilik atölyelere bırakmış, üretim çok yüksek boyutta artmıştır. Bu boyuta makineleşmenin de eşlik etmesiyle 600-700 bin işçinin çalıştığı dev bir sektör ortaya çıkmıştır. Bu çalışma kapsamında kunduracılarda sendikal örgütlenme sürecine katkı amacıyla oluşturulan sektörler arası işbirliği kapsamında yapılan çalışmalar ve sonuçlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular:

Kunduracıların örgütlenmesinin dünü, kunduracılar örgütlenmesine doğru ilk adımlar ve kunduracıların örgütlenmesinin bugünkü durumu değerlendirilmiştir. Bu kapsamda yapılan aktiviteler şunlardır:

- A. Sektörler arası işbirliği, toplantı ve sunumların yapılması
- B. Kitapçık ve afiş basılması
- C. Kundura İşçileri Kurultayı
- D. Kundura İşçileri Meclisi kurulması
- D. Sendika için yer tutulması
- E. Örgütlenme çalışmaları devam etmektedir

Sonuç: Kundura işçileri bir sendika kurmak için mücadele vermektedirler. Geline nokta ‘‘Onlar’’ için umut vericidir. Bu mücadele henüz sonuçlanmamıştır. Kundura işçilerinin bu mücadelesi örgütlenme ile daha kolay olacaktır. Örgütlenmenin başarıya ulaşabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için ilgili tarafların desteği yani sektörler arası işbirliği artarak devam etmelidir. Ancak bu şekilde çalışan bireyin sağlığı dolayısı ile toplumun sağlığı korunmuş olur.

KEMALPAŞA KÖYLERİNDE İÇME SUYU SANİTASYONU

Köse S.¹, Emek M.², Oğuz T.¹

¹ *Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı*

² *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü*

Amaç: Köylerde, su dezenfeksiyonu ile ilgili sorumluluk ve bunu sağlayacak gelirin olmaması nedeniyle köylere sağlıklı su sağlanması ve suların dezenfeksiyonuna ilişkin çalışma yapmaktır.

Yöntem : 2003 yılının ikinci yarısından itibaren Kemalpaşa köylerinde su kaynakları, isale hatları ve depoları incelenerek envanter ve krokileri çıkarılmış, 2004 yılının ilk yarısında tespitler tamamlanmıştır. Su kaynakları, isale hatları ve depoların çevresinde Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 237. Maddesine göre koruma alanları oluşturulması çalışmalarına başlanmıştır. Köylerden plan dahilinde bakteriyolojik ve kimyasal su numuneleri alınıp Halk Sağlığı Laboratuvarlarında analizler yaptırılarak kirlilik yönünden izlenmektedir. Depoların temizlenmesi, otomatik klorlama cihazı temini ve montajı, şebeke iyileştirilmesi çalışması sürdürülmektedir.

Bulgular: Sağlıklı içme suyu çalışmasının hedefi olan köylerin nüfusu 2004 yılı ETF verilerine göre 17653'tür. İlçemizde toplam 32 köy bulunmaktadır. Köylerden 1 tanesi ilçe şebekesinden, 1 tanesi de 6 ayrı noktadan olmak üzere kaynak suyu kullanmaktadır ve bu 2 köyde su deposu ve şebekesi bulunmamaktadır. Geri kalan 30 köyün şebekesi mevcut olup toplam 37 su deposu bulunmaktadır. Suların dezenfeksiyonuna ilişkin çalışmalarımız belirtilen 30 köy için sürdürülmektedir. Çalışmalarımızın kapsamındaki köylerden 16'sı kaynak, 7'si artezyen ve 7'si de kaynak ve artezyen suyunu birlikte kullanmaktadır.

İçme suyu analizlerinin özellikle köylerde bozuk çıkması, içme suyunun şebekeye dağıtımı yapılmadan önceki noktada dezenfeksiyonunu öncelikli konuma getirmiştir. Sorumluluk alanımızdaki köylerden 2004 yılında alınan 104 bakteriyolojik su numunesinin 49'u (%47,1) kirliliği çıkmış ve bunlardan 6 köyde fekal koliform tespit edilmiştir.

Bütün bu tespitler sonucunda gözlemlerimiz rapor edilmiş ve temiz su sağlanması için bir dizi önlem içeren bir rapor Kemalpaşa Kaymakamlığı'na sunulmuştur. Kaymakamlık kanalıyla, otomatik su klorlama cihazı için ödenek çıkarılmış ("Köylere Hizmet Götürme Birliği" adına) ve 24.09.2004 tarihinde 38 adet klor dozaj pompası, 38 adet komparatör cihazı, 38 adet 20 lt.'lik saf klor solüsyonu ve 20 lt.'lik boş bidon alınmıştır.

Çalışmalarımıza örnek olacak bir uygulamanın daha önce yapılmamış olması, otomatik klorlama cihazı alımı için ödeneğin zamana bağlı olması gibi nedenlerle detaylı fizibilite çalışması yapılamamış ve bir takım sorunlarla karşılaşmıştır. Depolara kadar elektriğin gitmemesi en önemli sorun olarak ortaya çıkmıştır. Köyler kendi kaynaklarıyla elektrik hattı çekememiştir. Sorun 6 köyde çözümlenmiş diğer köyler için çalışmalar sürdürülmektedir.

Su depolarının temizlenmesi ve temizlik sonrası depo ve şebekede süper klorlama yapılması uygulamalarımız arasında yerini almış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Son bir yıl içerisinde toplam 37 köy deposunun 6'sında bu uygulama gerçekleştirilmiştir. Bir depoda oluşturulan koruma alanının kadastro kayıtlarına işlenmesi sağlanmıştır.

Sonuç: Planlama yapılırken depoların elektrik durumu mutlaka göz önüne alınmalı ve maliyet hesabı yalnızca cihaz için değil cihazın çalışır durumda montajı için yapılmalıdır.

Uygulanan projelerde, sağlıklı içme suyu gibi çok temel bir konuda da olsa, yerel destek sağlanması ve bunu sağlamak için yöre insanına konunun iyi anlatılması bir zorunluluktur. Ayrıca planlama aşamasında fizibilite çalışmalarının ayrıntılı yapılması da sağlanmalıdır. Sorun saptanıp harekete geçildiğinde geçmişteki ve şu anda farklı kurumlar arası işbirliği düzeyi yapılan çalışmanın niteliğini doğrudan etkilemektedir.

BALÇOVA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'NIN BALÇOVA BELEDİYESİ VE BALÇOVA İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İLE BİRLİKTE ÇALIŞMA DURUMU, 2003-2005

Pembe Keskinoğlu¹, Hakan Bayrakçı², Engin Kayral², Birsen Küçüköztürk², Bülent Kılıç¹

¹ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İZMİR*

² *Balçova Sağlık Grup Başkanlığı, İZMİR*

Amaç: Balçova Sağlık Grup Başkanlığı'nın 2003 Ocak, 2005 Mart ayları arasında Balçova Belediyesi ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile birlikte yaptığı çalışmaları ve sağlık-egitim-belediye sektörleri arasındaki işbirliği durumunu tanımlamaktır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Balçova Sağlık Grup Başkanlığı (SGB) nüfusu, 75320'dir. Belediye Sağlık Komisyonu 7 kişidir. Balçova SGB 4 sağlık ocağı, 1 AÇSAP, 1 verem savaş dispanserinin yönetim birimidir, 5 hekim, 7 diğer sağlık personeli, 1 şoför ve 1 hizmetli çalışmaktadır. Balçova SGB'de değişik görev birimleri bulunmaktadır. Bu bölümlerden Eğitim, Acil Yardım-Olağanüstü Haller, AÇSAP, Bulaşıcı Hastalıklar-Bağışıklama, Çevre Sağlığı ile Milli Eğitim Müdürlüğü'nün, Çevre Sağlığı, İnşaat Emlak, Enfeksiyonun Önlenmesi ve Tıbbi Atıklar bölümleri ile Belediye'nin yakın işbirliği içinde çalışmaya gereksinimi vardır. Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, 7 ilköğretim okulu ve 3 lisenin yönetsel birimidir. Araştırmanın değişkenleri; sektörler arası işbirliği ile yapılan eğitimler ve işlerdir (tarih, süre, sıklık, konu, kurumlar, işbirliği yapılma nedeni). Bu değişkenler üç başlık altında (rutin işbirliği yapılması gereken konular, yazılı protokole dayalı çalışmalar, diğer çalışmalar) olarak incelenmiştir. Veri toplamada her üç kurumda son üç yıl içinde birlikte yapılan çalışmalara ilişkin kayıtlar incelenmiş, yetkililerle görüşülmüştür.

Bulgular

Balçova Belediye'si ile Ortak Çalışmalar

1. Balçova Belediye'sinin Lojistik Desteği: Sağlık kurumlarının binaları Belediye'ye aittir.
2. Tıbbi Atıkların Toplanması: Balçova Belediyesi'nce ücretsiz yapılmaktadır.
3. Çevre Sağlığı Denetimleri: Balçova İlçesi'nde ortak çalışma yoktur.
4. Ruhsatlandırma çalışmaları: Ortak hiç ruhsatlandırma çalışmasının yapılmadığı saptanmıştır.
5. Yasal düzenlemelerle İlçe Düzeyinde Ortak Komisyon Üyelikleri bulunmaktadır.

Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile Ortak Çalışmalar

1. Sağlık hizmeti: Rutin bağışıklama ve okullarda sağlık taramaları yapılmaktadır. 2003 ve 2005 yıllarında ilköğretim 1. Sınıf öğrencilerine sağlık taramaları yapılmıştır.
2. Sağlık Eğitimi çalışmaları: Hepatit-A, SARS, Tüberküloz, Bağışıklama, Çevre sağlığı, Sağlıklı Beslenme ve Özbakım konularında 942 ilköğretim öğrencisine, AIDS, organ nakli ve hepatit A konusunda 2038 lise öğrencisine eğitim verilmiştir.

Sonuç: Balçova SGB ve bağlı birinci basamak kurumları, Balçova İlçe Mili Eğitim ve Balçova Belediyesi ile yasal düzenlemeler çerçevesinde birlikte çalışmaktadır. Okul çocuklarının aşılması ve sağlık kontrollerinin yapılması, sağlık eğitimi verilmesini Balçova SGB ve bağlı kurumlar düzenli olarak yerine getirmektedir. 2004 yılında okul sağlık taramaları, sarf malzemeleri sağlanamadığı için aksamıştır. Yasal düzenlemeler çerçevesindeki birlikte çalışma durumu dışında, ek bir işbirliği yapılmamıştır. İlçe Milli Eğitim ve SGB yetkilileri birlikte çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. İki kurum arasında işbirliğine açık yapı nedeniyle de yakın süreçte iki çalışma planlanmıştır. Milli Eğitimin sağladığı bilgisayar kullanımı eğitim olanağının Balçova SGB personeline sağlanması ve Balçova SGB tarafından, okullarda acil yardım ve olağanüstü durumlardan sorumlu öğretmenlerin uygulamalı eğitimlerinin sağlanması planlanmıştır. Balçova Belediyesi'nin SGB'ye olan lojistik desteğine karşılık, özellikle çevre sağlığı konusunda yapılması gereken yeterli işbirliği henüz sağlanamamıştır. Sonuç olarak, Balçova SGB, Balçova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, Balçova Belediyesi arasında şu anda var olan yasal düzenlemeler çerçevesindeki birlikte çalışma durumu geliştirilebilir. Bu çalışma sonucunda ilgili kurumların işbirliğine açık olduğu saptanmıştır.

DİYARBAKIR'DA 1. BASAMAKTA DÖNER SERMAYE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR ÖN ÇALIŞMA

G Saka¹, Z Karaçomak¹, M Ertem¹, H Acemoğlu¹

¹ *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, DİYARBAKIR*

Amaç : Diyarbakır merkezindeki 1.basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulamalarını değerlendirilmektir.

Yöntem : 200 sağlık personeliyle anket eşliğinde görüşülmüştür. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, istatistik olarak yüzde, aritmetik ortalama ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların % 25,0'i bağışıklama hizmetlerinin, %23,0'ü AÇS-AP hizmetlerinin, %21,5'i çevre sağlığı hizmetlerinin döner sermaye uygulamalarından olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %83,0'üne göre halkın sağlık ocağını kullanımı, %78,5'ine göre poliklinik hizmetlerinin kalitesi artmamıştır. %39,0'una göre endikasyon dışı laboratuvar kullanımı artmıştır.

Çalışanların sadece %11,5'i döner sermaye uygulamalarından memnun olduğunu, %50,5'i personel arasında uyuşmazlıklara neden olduğunu, %81,5'i döner sermayeden ödenen paranın hakkaniyetli olmadığını belirtmiştir. Personelin %95,5'i maaşlarındaki artışı tercih etmelerine karşın, %34,0'u döner sermaye uygulamalarının devamından yana olduğunu ve %83,5'i döner sermayeden ödenen payın arttırılması gerektiğini ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının %47,0'sine göre döner sermaye uygulamalarından sonra halkın sağlık ocağı hizmetleriyle ilgili görüşlerinde, %55,0'ine göre halkın sağlık çalışanlarına karşı tutumunda olumsuz değişiklikler olmuştur. "Ücret konusunda halk ile karşı karşıya kalma, sosyal güvencesi olmayanların mağdur olması, personel arasında uyuşmazlıkların ortaya çıkması" en önemli olumsuz etkilerdi. %83,5'ine göre vatandaş genellikle döner sermaye ücretini ödeyemiyordu.

Sonuç: Çalışanlar ve halk uygulamalardan memnun değildir. Özellikle koruyucu hizmetler olumsuz etkilenmektedir. Çalışanlar kamu kaynaklarından karşılanan maaşlarında bir ücret artışı istemektedirler.

İZMİR/KONAK'TA BİR İŞBİRLİĞİ ÖYKÜSÜ; GIDA DENETİMİ 1999-2004

Soysal A.¹, Padır İ.², Güzeland A.², Gümeli F.¹, Süren O.³

¹ *İzmir Konak Belediyesi Sağlık İşleri Md.*

² *İzmir Konak Sağlık Grup Bşk.*

³ *İzmir Konak Belediye Meclisi Sağlık Kom. Bşk. (1999-2004).*

Amaç ve Yöntem: Konak ilçesi bir milyona yakın nüfusu ile İzmir'in en büyük ilçesi olup, İlçede 20.000'nin üzerinde gıda maddesi üreten, depolayan ve satışı sunan işletme bulunmaktadır. 1995'de yürürlüğe giren 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair KHK ile bu alandaki yetki, yerel yönetimlerden alınarak büyük oranda Sağlık Bakanlığına ve onun taşra teşkilatına verilmiştir. İzmir-Konak'ta gıda denetimini yürüten Konak Sağlık Grup Başkanlığı görev alanının büyüklüğü ve bu alandaki gıda işletme sayısının fazlalığı, araç, yardımcı personel (şoför, yardımcı destek elamanı vs.) azlığı nedenleri ile 1995-1999 arasında bu denetimi sürdürmekte zorluklarla karşılaşmıştır. Diğer taraftan Konak Belediyesi Sağlık, Veteriner ve Zabıta Müdürlüklerine bağlı denetim, zabıta ve yardımcı personel işlevsiz kalmış, ayrıca belediyelerin halkla daha iç içe olmaları nedeni ile halkın bu alandaki talepleri ile de karşılaşmıştır. Bu faktörler göz önüne alınarak 1999 yılında Konak Belediyesi ile Konak Sağlık Grup Başkanlığı arasında 'Gıda Maddeleri Üretim ve Satış Yerlerinin Denetimi'nin ortak oluşturulan ekiplerle yapılması için bir işbirliği protokolü imzalanmış ve valilik makamınca onaylanarak Temmuz 1999'da yürürlüğe girmiştir. Bu protokole göre Grup Başkanlığı denetim ve yardımcı denetim elamanlarını sağlamış, yapılan tutanakların yasal işlemlerini yürütmüştür. Belediye denetim ekiplerine araç, yardımcı personel ve destek elamanı (zabıta memuru) sağlamıştır. Grup Başkanlığı ve Belediye arasında her ay düzenli eşgüdüm toplantıları yapılarak çalışma programına karar verilmiş, bu kararlar doğrultusunda ekiplerin sevk ve idaresi Grup Başkanlığı tarafından yürütülmüştür. Başlangıçta iki ekiple yürütülen çalışma daha sonra tüm sağlık ocağı bölgelerinin tüm belediye-zabıta bölgeleri ile eşleştirilmesi sonucu tüm sağlık ocağı bölgelerine yaygınlaştırılmıştır. 06-07-2001 tarihinde yapılan yönetmelik değişikliğinden sonra bu ekiplere belediye elemanları da denetim ve yardımcı denetim elamanı olarak katılmıştır. 1999 da aylık denetim sayısı işletme bazında 230-270 işletme iken bu sayı düzenli olarak yükselmiş ve 2004de 850-900 işletmeye ulaşmıştır.

Sonuç: 1999-2004 arasında yürütülen "Konak Belediyesi-Konak Sağlık Grup Başkanlığı 'Gıda Maddeleri Üretim ve Satış Yerlerinin Denetimi' işbirliği protokolü" 05-06-2004 tarihinde çıkan 5179 sayılı yasanın gıda maddeleri üretim ve satış yerlerinin denetimi yetkisini tamamen Tarım ve Köyişleri Bakanlığına vermesi ile son bulmuştur. İşbirliği bu alanda yürütülen ilk ve tek işbirliği olarak kalmış, başarılı sonuçlarından yararlanılarak Sağlık Bakanlığı ile Yerel Yönetimler arasında işbirliği ile gıda maddeleri üretim ve satış yerlerinin denetimi ile ilgili bir model yaratılması gerekirken yetkinin Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'na devri ile sorun başka bir boyuta taşınmıştır.

NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE SÜT DAĞITIM PROJESİ

Yard. Doç. Dr. Nalan Akış¹, Doç. Dr. Kayıhan Pala¹, Dr. Şeref Tuzcu²

¹*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

²*Nilüfer Belediyesi / Bursa*

Amaç: Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde yaşayan, yaşı 6 ay –6 yaş arasında olan, beslenme bozukluğu olan, yoksul çocuklara süt verilmesi

Yöntem: Proje 1 Ekim 2003- 30 Eylül 2004 tarihleri arasında Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde yürütülmüştür. Bölgede yaşayan, yoksul olan 6-72 aylık çocuklar bölge ebe/hemşireleri tarafından saptanmış, ağırlıkları ölçülmüştür. Çocukların yaş ve ağırlıkları 'Epi Info 2002 Nutrition' programına girilerek değerlendirilmiş, yaşa göre ağırlığı 25. persantilin altında olanlar proje kapsamına alınmıştır. Ebe/hemşireler tarafında çocukların ağırlıklarının ölçümü 1-30 Nisan 2003 tarihleri arasında yapılmış, süt dağıtımına ise 1 Ekim 2003 tarihinde başlanabilmıştır. Ailelere önceden duyurulduğu için süt dağıtımını başladığında 6 yaşını geçmiş 9 çocuk ve yaşa göre ağırlığı 25. persantilin üstüne çıkmış olan 30 çocuk projeden çıkarılmamıştır. Proje kapsamındaki çocuklara Nilüfer Belediyesi tarafından sağlanan sütler, Nilüfer Yerel Gündem 21 kadın kolu tarafından evlerine götürülerek verilmiştir. Süt dağıtımı bir yıl süresince, her çocuğa haftada bir litre verilerek sürdürülmüştür.

Süt alan çocukların ağırlık izlemleri bölge ebe/hemşireleri tarafından 6 ayda bir yapılarak, 'Epi Info 2002 Nutrition' programına girilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç:

Tablo 2. Süt dağıtımın başlangıcında, 6. ayında ve 12. ayında yaşa göre ağırlık persantili 25. persantilin altında olan çocukların dağılımı

	Yaşa göre ağırlık persantiline göre				Toplam	
	<25. persantil		≥25. persantil		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Önce	118	79.7	30	20.3	148	100.0
6. ay	89	61.8	55	38.2	144*	100.0
12. ay	69	51.9	64	48.1	133**	100.0

*: 4 çocuk bölgeden taşındığı için ulaşılamamıştır.

** : 11 çocuk bölgeden taşındığı için ulaşılamamıştır.

$X^2_{\text{eğim}}$: 24.07 p<0.001

Projenin sonunda çocukların yaşa göre ağırlıklarında anlamlı olarak artış olmuştur. Yaşa göre ağırlık persantili 25. persantilin altında olan çocukların sayısında anlamlı azalma vardır ($X^2_{\text{eğim}}$: 24.07 p<0.001)

Bu artışı etkileyen pek çok faktör olabileceği için, süt verilmesinin tek başına bu artışı açıklayabileceğini düşünmüyoruz. Ancak dağıtılan sütün de bu sonuçta etkisinin olduğunu göz önünde bulundurarak, bölgede süt dağıtımının devam etmesinin uygun olacağını düşünmüyoruz.

TÜRKİYE'DE KUDUZ ŞÜPHELİ ISIRIK VE BRUCELLA OLGULARINA BİR BAKIŞ

Dr. Nasır Nesandır

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

Amaç: Brusella ve Kuduz Şüpheli Isırık vaka bildirimlerinde Sağlık ve Tarım ve Köyişleri Bakanlığı arasındaki işbirliğini irdelemek.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Sağlık Bakanlığı ve Tarım ve Köyişleri Bakanlığı verilerinden yararlanarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Türkiye'de 1990 yılında kuduz şüpheli ısırık insidansı yüz binde 158.54 (91291 vaka), 2003 yılında yüz binde 154.13 (110624 vaka) olarak yine bu yıllar arasında en düşük insidans 2002 yılında yüz binde 117.81 (82956 vaka); en yüksek insidans 1995 yılında yüz binde 183.88 (116.226 vaka) olarak bildirilmiştir 1996-2000 yılları arasındaki kuduz şüpheli ısırıkların %74'ü köpekler, %13.6'sı kediler tarafından oluşturulmuştur. Yine aynı yıllar arasında en az bildirim Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesinden gelmiş; fakat ülkemizde aynı dönemdeki 18 kuduz ölüm vakasının 10'u bu bölgelerde olmuştur.

Brusella vakalarında 1990 yılında insidans yüz binde 8.69 (5003 vaka), 2003 yılında yüz binde 20.30 (14572 vaka) olarak yine aynı yıllar arasında en düşük insidans yüz binde 8.07 (4658 vaka) olarak 1991 yılında; en yüksek insidans ise yüz binde 25.23 (17765 vaka) olarak 2002 yılında bildirilmiştir. Türkiye'nin çeşitli yerlerinde yapılan çalışmalarda brusella seroprevalansının 10-25 kat fazla olduğu belirtilmektedir.

1998 ve 1999 yılı Tarım ve Köyişleri Bakanlığı araştırma projesi ile 79 ilden tesadüfi örnekleme ile alınan toplam 34958 adet sığır ve 30433 adet koyun kan serumu örneği brusella yönünden incelenmiştir. Hastalığın prevalansı sığırlarda %1.43 koyunlarda %1.97 olarak tespit edilmiştir. Her köy (1313 köy) bir sürü kabul edildiğinde sığırlarda (sürü) prevalans %11.5 koyunlarda (1077 köy) prevalans %15 olarak belirtilmiştir

2003 yılında aşıyla önlenabilir hastalıkların (polio, kızamık, hepatit A, difteri, boğmaca, tetanoz, neonatal tetanoz) toplam vaka sayısı 11.364, su ve besinlerle bulaşan hastalıkların (tifo, paratifo, basillil dizanteri, amipli dizanteri ve hepatit A) toplam vaka sayısı 38.582, aynı yıl kuduz şüpheli ısırık ve brusella toplam vaka sayısı ise 125196'dır.

Tartışma ve Sonuç: Türkiye'de hem bulaşıcı hastalık istatistiklerinin bir buz dağının görünen yanını yansıttığı gerçeğini hem de yıllık kuduz şüpheli ısırık ve brusella bildirimlerinin bütün bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinden çok fazla olduğunu göz önüne aldığımızda mücadelenin yetersiz olduğunu söyleyebiliriz. Çözüm için 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha, 3285 sayılı Hayvan Sağlığı ve Zabıtası ve 1580 sayılı Belediyeler Kanunlarına göre Sağlık Bakanlığının, Tarım ve Köyişleri Bakanlığının ve Belediyelerin yetkili kuruluşlar olarak sorunu çözen sektörler arası bir işbirliğine gitmeleri zorunludur.

NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA ve SAĞLIK BÖLGESİ: ÜNİVERSİTE / SAĞLIK BAKANLIĞI ARASINDA İŞBİRLİĞİNE SOMUT BİR ÖRNEK

Bülent Kılıç, Gazanfer Aksakoğlu, Reyhan Uçku, Türkan Günay, Belgin Ünal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İZMİR

Amaç: Bu bildirinin amacı Üniversitelerle Sağlık Bakanlığı arasındaki işbirliğine somut bir örnek olarak Narlidere Eğitim Araştırma Bölgesi'ni (EAB) tartışmaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu bildiri de Narlidere EAB yıllık çalışma raporlarından ve EAB'lerle ilgili daha önce yayımlanan tüm araştırma ve makalelerden yararlanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Sektörler arası işbirliğinin en somut göstergelerinden birisi olarak Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı arasındaki EAB'ler gösterilebilir. EAB'lerin temelini "Sosyalleştirme Yasası" oluşturmaktadır ve 1964 yılında yasaya dayanılarak çıkartılan bir yönetmelikle tanımlanmıştır. Narlidere EAB, Sağlık Bakanlığı ile Dokuz Eylül Üniversitesi arasında 1982 yılında imzalanan bir protokol gereğince kurulmuştur. Bölgenin temel kuruluş amacı, eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir. Narlidere EAB, Üniversite-Sağlık Bakanlığı işbirliğinin somut bir örneği olarak 20 yılı aşkın bir süredir bulunmasına karşın 2002 yılı Temmuz ayında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, Sağlık Bakanlığı'nın EAB'lerle ilgili bir yazısı gerekçe gösterilerek var olan işbirliği protokolünün iptal edildiği belirtilmiş ve iletişim sona erdirilmiştir. 2004 yılında da mahkeme kararı ile EAB Bölge Başkanlığının yönetim birimi olarak kullanılan binasının İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne devri gerçekleştirilmiştir. Narlidere EAB, Sağlık Müdürlüğü ve sağlık ocakları arasında bir yönetim birimi olarak, bölgede durum saptama, öncelik belirleme, kısa ve uzun erimli planlamalar yapma ve bu planları uygulayarak sonuçlarını izleme görevini 20 yıl süreyle ve başarıyla sürdürmüştür. Eğitim çalışmaları ise mezuniyet öncesi ve sonrası olarak tıp fakültesi öğrencileri, sağlık ocağı hekimleri, araştırma görevlileri, sağlık meslek lisesi öğrencileri ve diğer sağlık personeline yönelik olarak düzenli olarak yapılmıştır. Ayrıca bölgede önemli sağlık sorunlarının saptanması amacıyla çok sayıda araştırma da gerçekleştirilmiştir. 1982 yılından 2001 yılına kadar geçen sürede bölgede sağlık düzeyi göstergelerindeki değişim olumlu yönde olmuş ve göstergeler İzmir ili ve Türkiye geneline göre hep daha iyi düzeyde seyretmiştir. Sağlık Bakanlığı'nca 2001 yılında yayımlanan son yönergede EAB'lerde üniversite personelinin yönetim yetkisine sahip olmadan sadece eğitim yapmalarının planlanmış olması büyük bir eksiklik olarak dikkati çekmektedir. Sağlık personelinin eğitiminin temel öğeleri, eğitimin hizmet içinde, sürekli, göstererek ve gözleyerek yapılmasıdır. Özellikle alan çalışmalarının ağırlıklı olduğu sağlık ocağı çalışmasında bugüne kadar edinilen deneyimler eğiticinin hiçbir yönetsel yetkisinin ve denetim gücünün olmadan hizmet içi eğitim yapmasının gerçekçi olmadığı yönündedir. Bu nedenle EAB Başkanları'nın üniversite ve bakanlığın ortak görüşü ile üniversiteden bir öğretim üyesi olarak atanmaları konusu da son derece yaşamsal bir öneme sahiptir.

Sonuç: Toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi için son derece önemli olan hizmet, eğitim ve araştırma birlikteliğinin sağlanmasının yanı sıra sektörler arası işbirliğinde de somut bir örnek olarak EAB yapısının korunması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki tutumunu bir an önce değiştirmesi beklenmektedir.

Not: Bu bildiri Ankara'da 3-6 Kasım 2004 tarihinde gerçekleştirilen 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sunulan "Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesinin 20 Yılı (1982-2001)" ve "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgelerinin 40 Yılı (1964-2004)" başlıklı bildirimlerden yararlanılarak yazılmıştır. Bildiri sektörler arası işbirliği konusunu da içermesi nedeniyle ve bir deneyim paylaşımı amacıyla bu sempozyumda da sunulmaktadır.

2004 YILINDA İZMİR İLİNDE YAPILAN ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMLERİ

Kıdak L.B., Nohutçu N.Z., Gönenç S., Koç İ.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç: Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve TSK Genel Kurmay Başkanlığı işbirliğinde “Jandarma Erbaş ve Erlerinin Üreme Sağlığına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Geliştirme Projesi” yürütülmektedir. Bu proje kapsamında farklı kurumların işbirliğiyle İzmirde jandarma erbaş ve erlerine yönelik eğitimler planlanıp uygulamaya başlanmıştır.

Yöntem: 30 Mart 2004 tarihinde İlimizde Sağlık Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri Program sorumlularının başkanlığında, İzmir, Manisa, Aydın, Çanakkale, Balıkesir Sağlık Müdürlükleri program sorumluları ile Bornova, Seferihisar, Yenifoça, Manisa/Kırkağaç Jandarma Komutanlıkları, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulunun İl aile planlaması eğitimcilerinin katılımı ile projenin tanıtım toplantısı yapılarak eğitimle ilgili temel ilkeler tartışılarak planlamalar yapılmıştır. Belirlenen ihtiyaç doğrultusunda 4 gün süren danışman eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Bu eğitimler 26-27-28-29 Nisan 2004 tarihlerinde yapılmış ve ilimizden 15 eğitimci katılmıştır. Eğitimcilerin 12’si doktor, 2’si öğretim görevlisi, 1’i tıbbi teknologdur. Daha önce üreme sağlığı konusunda eğitim almış 27 kişi (2 uzman hekim, 13 pratisyen hekim, 4 tıbbi teknolog, 8 öğretim görevlisi,) kişinin de katılımıyla toplam 42 kişilik eğitim ekibi oluşturulmuştur. Eğitim programı içinde, “Türkiye de Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasının Durumu”, “Cinsel Sağlık”, “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar”, “İnteraktif Eğitim Teknikleri”, “Doğurganlığın düzenlenmesi ve Kontrasepsiyon”, “İletişim ve Danışmanlık” konuları yer almış ve programın üç günü eğitim konularının işlenmesi ve eğitim tekniklerinin kullanımını içerirken, son gün sunum becerilerine dayalı pratik uygulamaları kapsamıştır. Eğitim sonrası İl bazında çalışmaların yürütülmesi için Jandarma Komutanlıkları ve İl Sağlık Müdürlüğü program sorumlularınca planlama yapılarak 31 Mayıs 2004 tarihinde Bornova ve Yeni Foça ve Seferihisar da ki Jandarma Birliklerinde eğitimlere başlanmıştır. Eğitime katılan erbaş ve erlerin yaş, eğitim durumu, medeni durumları ile ilgili bilgiler de toplanmıştır. Eğitimler, interaktif eğitim teknikleri kullanılarak, U düzeni salonlarda, 20 kişilik gruplara, tam gün süren seanslar şeklinde yapılmıştır. Eğitimde standart bir eğitim rehberi kullanılmış ve bu rehber Sağlık Bakanlığı ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi tarafından ortaklaşa hazırlanmıştır. Kurs programı, açılış ve tanışma ile başladıktan sonra kursun tanıtımı ile sürmekte ve katılımcılara bir ön test uygulanmaktadır. Daha sonra ilk konu olan “üreme organları ve cinsel sağlık”, “cinsel yolla bulaşan hastalıklar”, “aile planlaması”, “güvenli annelik” konuları sunulduktan sonra kurs sonu değerlendirme (son test ile birlikte) yapılmıştır.

Bulgular 31 Mayıs 2004 tarihinden itibaren 31 Ocak 2005 tarihine kadar 263 eğitime 42 eğitimci katılarak toplam 5260 kişi eğitilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında ortalama 20 puanlık bilgi puanı farkı olmuştur.

Sonuç: Üreme sağlığı konusunda erkekler önemli bir hedef gruptur. Askerlik çağında, her bölgeden ve her eğitim seviyesinden genç erkek nüfusa evlilik öncesi bu eğitimlerin yapılması özellikle kadın ve erkekte üreme fizyolojisi, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kaçırılmaması gereken önemli bir fırsattır.

**SAĞLIKLI YUVA
(EĞİTİM DÜZEYİ İLKOKUL VE İLKOKUL ALTI OLAN 15-49 YAŞ KADINLARDA
ÇOCUK SAĞLIĞI EĞİTİMİ VE BECERİ KAZANDIRILMASI PROJESİ)**

ŞEVKEN Sema¹, OĞUZ Tevfik¹, GÜNAY İlker², EMEK Mestan³

¹ Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı, ² Kemalpaşa AÇSAP Merkezi, ³ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç : Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde ilçe merkezinde ikamet eden eğitim düzeyi ilkököl altı ve ilkököl olan kadınlara çocuk bakımı ilgili öncelikli bilgileri aktarmak, böylelikle çocuk sağlığı düzeyini yükseltmek, izlenecek katılımlı eğitim yöntemi ile annelerin okuryazarlık düzeyini geliştirmek, toplumsal kalkınmaya ve gelişmeye destek olmak ve açılacak beceri kurslarıyla hedef kitlenin aile bütçesine katkı sağlamasına destek olmaktır. Bu amaçlar doğrultusunda; kadınların okuma ve yazma hızlarını artırmak, bebek ve çocuk bakımı, emzirme konularında bilgi düzeyini yükseltmek, depresyon, ev acilleri, anemi ve temizlik konularında bilgilendirmek hedeflenmiştir..

Yöntem : Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığında risk grupları, hane halkı sağlık riskleri ile ilgili yapılan tartışmalarda "Sağlıklı yuva" kavramı ortaya atıldı ve geliştirilmeye başlandı. Bu kavram ve yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda seçilen stratejiler annelere bebek bakımının temellerini öğretmek, ölüme yol açabilecek durumlarda tehlike belirtilerini ve evde acil uygulamaları öğretmek, emzirmenin önemini, bebek ve çocuk beslenmesinin temel noktalarını vurgulamak, sağlıklı ev ortamının oluşturulmasında katkıda bulunmak ve eğitimde modül eğitim yöntemini kullanarak annelerin okuma yazma ve okuduğunu anlama becerilerini geliştirmektir.

Hazırlanan proje ekim 2003'te Kaymakamlığa sunuldu. Projenin farklı kurumlar arasında yoğun işbirliği gerektirmesi nedeniyle, ilçe Kaymakamlığı koordinasyonunda, Sağlık Grup Başkanlığı (SGB), İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü(MEM) ve İlçe Halk Eğitim Müdürlüğü (HEM) arasında protokol hazırlanarak imzalandı. Projenin sekreteryasını SGB 'nın yürütmesi kararlaştırıldı.

Projenin başlangıçtaki hedef grubu Kemalpaşa İlçe merkezinde ikamet etmekte olan eğitim düzeyi okuryazar olan 15-49 yaş kadınlar (621 kadın) olarak belirlendi. SGB, M.E.M, H.E.M personeli arasından 10 kişilik bir çekirdek eğitimci ekibi oluşturuldu. Modül konuları; bebek bakımı, anemi, emzirme, temizlik, ev acilleri, depresyon olarak belirlenip hazırlığı çekirdek ekip tarafından yapıldı. 31 sayfalık resimli iri puntolu yazılı fasiküller halinde eğitim materyali hazırlandı. Kurs süresi haftada iki yarım gün olarak belirlendi. Kursta katılımı artırmak için kursiyerlerin çocuklarına Kız Meslek Lisesi' öğrencilerinin bakması için hazırlık yapıldı. Kurs duyuruları ebeler, SYDV öğretmenler, dernekler aracılığıyla yapıldı.

2004 yılında yapılan kurslardan sonra 2005 yılında çekirdek eğitim ekibi 13'ü öğretmen ve 8'i sağlık personeli olmak üzere 21 kişilik yeni gönüllü eğitimci grubuyla desteklendi. Temizlik modülü konusyla ilgili bir hijyen paketi, ev acilleri depresyon modülüyle ilgili bir ilkyardım çantası verilmesi planlandı. Paketleri Kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı sağladı. Ayrıca çeşitli dernekler tarafından bağışlanmış olan bebek, çocuk, gebe giysilerini Kaymakamlık projeye yönlendirdi. Hedef grup 2004'ün yılında sadece okuryazar kadınlar iken 2005 döneminde ilkököl mezunu kadınlar da tartışma grubu olarak programa eklendi.

Hazırlanan modüllerin ilgi görmesi üzerine ek modül hazırlıklarına başlandı. Yeni eklenecek modül konuları ; ilkyardım, sağlıklı beslenme, aile içi iletişim, ergenlik, menapoz ve aile planlamasıdır. Sağlıklı Beslenme ve İlk Yardım modülü yazım aşamasındadır.

Halk Eğitim Merkezi'nin ilk aşamada açmayı planladığı olan beceri kursları; paket ve koli yapımı kursu ile pastacılık,ve pasta süsleme kurslarıdır. Sağlıklı Yuva projesine katılmış gönüllülerin bu beceri kurslarına entegrasyonu çalışmaları devam etmektedir. Bunlara ek olarak , çocuk ve bebek bakımı konusunda da bir beceri kursu da planlanmaktadır.

Bulgular: 2004 yılı nisan mayıs aylarında yapılan sekiz kursa toplam 32 kursiyer katılmıştır. 2005 yılı bahar döneminde toplam 18 kurs düzenlenmiştir. Toplam 423 kursiyer katılmıştır.. 2005 yılı bahar dönemindeki katılımcıların 86'sı ilkököl mezunu, 51'i okuryazar olmak üzere toplam 137 kadındır.

Sonuç: Geliştirilen eğitim materyali, modülleri ve modeli öncelikli risk gruplarına yönelik yaygın eğitimlerin nasıl yapılması gerektiği konusunda bir açılım sunmaktadır. Farklı kurumların işbirliğiyle zenginleşen, toplumsal ilgi uyandıran bu çalışmaların sürdürülebilirliği kalıcı organizasyonların gelişmesine bağlıdır.

**İZMİR İLİNDE SUYLA BULAŞAN HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ
AMACIYLA SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİNİ SAĞLAYARAK TOPLAM
619 KÖYÜN 2004-2006 YILLARI ARASINDA GÜVENLİ SUYA ULAŞMA
ORANINI ARTIRMA PROJESİ**

Kıdak L.B., Sevgi İ., Hızal Arslan S., Ertuğrul B., Uçan H., Emek M.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç: İzmir ilinde suyla bulaşan hastalıkların önlenmesi amacıyla sektörler arası işbirliğini sağlayarak toplam 619 köyün 2004-2006 yılları arasında güvenli suya ulaşma oranını artırmaktır.

Yöntem : Güvenli su projesi köy sayıları köylerde bulunan su depoları sayısının, durumlarının belirlenmesi, su analizlerinin yapılması, su ve besinlerle bulaşan hastalık sıklığını saptamak, kirlilik olan köylere klor tableti dağıtılması, otomatik klorlama cihazları maliyetinin çıkarılması, otomatik klorlama cihazlarının temini aşamalarından oluşmaktadır.

1.aşama: Mart 2004'den itibaren bu çalışma başlatılmış olup tüm köylerdeki su depoları tespit edilmiş ve su analizleri yapılmıştır. Müdürlüğümüze bağlı halk sağlığı laboratuvarlarında yapılan su analizlerinin rapor sonuçları o dönemdeki yönetmelik çerçevesinde değerlendirilip sonucu olumsuz bulunan köylere içme ve kullanma suyu deposunun dezenfeksiyonu amacıyla klor tableti dağıtılarak gerekli önlemler ivedilikle alınmıştır. Buna paralel olarak bu köylerle ilgili olarak su ile bulaşan hastalıkların haritası çıkarılmıştır. Birinci aşama 2004 yılı sonunda tamamlanmıştır.

2.aşama: Kemalpaşa proje için pilot ilçe seçilmiştir. Yukarıda belirtilen çalışmalar sonucunda Kemalpaşa ilçesi Özel İdaresi Müdürlüğü tarafından otomatik klorlama cihazları temin edilmiştir. Kemalpaşa ilçesine alınan otomatik sıvı klorlama cihazlarının tümünün faal hale getirilerek bu aşamadan sonra yeniden su analizleri ve su ile bulaşan hastalıkların izlenmesi çalışmalarına 2005 yılı içerisinde başlanması hedeflenmiştir. Proje şu anda Kemalpaşa'da su depolarına elektrik bağlanarak cihazların çalıştırılması aşamasındadır. Kemalpaşa ilçesinde pilot olarak sürdürülen çalışmanın sektörler arası işbirliği sağlanarak tüm İzmir iline yaygınlaştırılabilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir.

3.aşama: 2006 yılı içinde proje kapsamındaki tüm köylerin depolarına otomatik sıvı klorlama cihazı takılması her köyde su analizleri ve su ve besinlerle bulaşan hastalıkların izlenmesi hedeflenmektedir. Tüm bu çalışmalar esnasında her köyde otomatik sıvı klorlama cihazını kullanacak görevliler belirlenerek kendilerine cihaz kullanımı ve depo temizliği konusunda eğitim verilecektir. Cihazların temini Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde İZSU tarafından, Büyükşehir Belediyesi sınırları dışında İl Özel İdaresi tarafından sağlanacaktır ve bu esnada cihazları sağlayan firma yetkililerinin belirlenen görevlilere cihaz eğitimini vermesi sağlanacaktır. Ayrıca su deposunda elektrik bağlantısı bulunmayan köylere elektrik enerjisi sağlanması konusunda yapılacak çalışmaları da yukarıda belirtilen iki kurum yürütecektir. Projenin yürütülmesi aşamasında kurumlar arası işbirliği çerçevesinde İzmir Valiliği tarafından koordinasyon sağlanacaktır.

Bulgular: Köylerdeki depo sayılarının tespiti esnasında bazı köylerin ortak deposu bulunduğu görülmüştür. 434 ü Büyükşehir Belediyesi sınırları dışında olmak üzere toplam 612 depo tespit edilmiştir. 500 ü bakteriyolojik, 500 ü kimyasal olmak üzere toplam 1000 adet su numunesi alınarak analizleri yapılmıştır. Numunelerden yönetmeliğe uygun bulunmayanlar değerlendirilerek ivedilikle klor tabletleri ile dezenfeksiyon sağlanarak gerekli tedbirler alınmıştır. Halen köylerde klor tabletleri ile dezenfeksiyona devam edilmektedir. Bu amaçla toplam 850 Kg kireç kaymağı, 20 Lt. lik kullanım için toplam 109 kutu, 5 Lt. lik kullanım için toplam 355 kutu klor tableti dağıtılmıştır.

Sonuç: Projenin gerçekleştirilebilmesi için İl Özel İdare Müdürlüğü, Büyükşehir Belediye Başkanlığı, TEDAŞ ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün sürekli işbirliği önemlidir.

ORDU VE SAĞLIK SEKTÖRÜ ARASINDAKİ İŞBİRLİĞİNE BİR ÖRNEK: SEFERİHİSAR JANDARMA MUHABERE ER EĞİTİM TABURUNDAKİ ACEMİ ERLERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ EĞİTİMLERİ

Günay T.¹, Kılıç B.¹, Kartal M.², Şahin A.³

¹ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir*

² *Seferihisar Jandarma Muhabere Er Eğitim Taburu Doktoru, İzmir*

³ *Seferihisar Sağlık Grup Başkanlığı, İzmir*

Amaç: Ordu ve sağlık sektörü arasında olumlu işbirliğine bir örnek olarak Seferihisar Jandarma Muhabere Acemi Er Eğitim Taburu'ndaki erlere yapılan aile planlaması (AP) eğitiminin bilgi düzeyine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir ve değişkenler AP bilgi düzeyi ve bunu etkileyebilecek etmenlerden oluşmaktadır. Araştırmanın planlanma aşamasında Tabur Komutanı ve Sağlık Grup Başkanlığı ile görüşülerek araştırmanın gerekçesi, amaç ve yöntemi aktarılmış ve gerekli işbirliği sağlanmıştır. Daha sonra Seferihisar Jandarma Er Eğitim Taburuna 3 kez gidilerek önce tabur doktoru, daha sonra tüm subay ve astsubaylara araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmanın verileri iki aşamada toplanmıştır. İlk aşamada 2001 yılı Nisan-Mayıs döneminde acemi er eğitimi almakta olan erlerin tümüne (785 kişi) 2 aylık acemi askerlik döneminin ilk haftasında ulaşılmış ve AP bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Araştırmanın ikinci aşamasında aynı erlere yaklaşık 1 ay sonra AP eğitimi sonrasında bilgi düzeylerini ölçmek için aynı anket tekrar uygulanmıştır. AP yöntemleriyle ilgili eğitim kapalı devre televizyon sistemi ile yaklaşık 50-70'er kişilik 12 sınıfa aynı anda yapılmıştır. Eğitimde sunum sonrası diğer sınıflardan telefonla yada yazılı olarak sorular alınmış ve hemen yanıtlanmıştır. Tüm eğitim ve yanıtlar aynı anda kapalı devre televizyon sistemiyle tüm erlere ulaştırılmıştır. Eğitimden 1 ay sonra uygulanan ankete ise ancak 467 kişi katılmıştır (İlk grubun %60'ı). Erlerin tümüne son hafta içinde askerlerin terhis olma aşaması ve diğer eğitim programlarının yoğunluğu nedeniyle ulaşılamamıştır. Tüm veriler Epi-Info 6.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan erlerin yaş ortalaması 20.4 ± 1.2 olarak bulunmuştur. Erlerin %87'si ortaokul ve üzeri okul mezunu, %94'ü bekar, evli olanların %66'sı 1 yıl ve altında evli, %43'ünün çocuğu var ve bunların da %89'u 1 çocukludur. %76'sının babasının öğrenim durumu ilköğretim ve altı, %31'inin annesi okur yazar değildir. Erlerin %26'sı köyde yaşamaktadır. AP hakkındaki bilgi kaynaklarına bakıldığında ilk dört sırayı iletişim araçları, kitaplar, yakın arkadaşlar ve okul almıştır. Eğitim öncesi bilgi puan ortalamaları toplam 30 puan üzerinden 8.6 ± 5.6 iken, eğitimden sonraki puan ortalamaları iki katı artarak 16.8 ± 5.9 olarak bulunmuştur. Eğitimden sonra ulaşılan puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği saptanmıştır ($p=0.0001$).

Sonuç: Sektörler arası işbirliği için uygun ve anlamlı alanlardan biri ordu ile sağlık sektörü olabilir. Özellikle acemi er dönemi başta olmak üzere tüm askerlik dönemi, genç ve eğitime açık erlere topluca ve eğitime uygun ortamlarda ulaşılabilmelerini sağlamaktadır. Bu erkeklerin çoğunlukla bekar, yakın zamanda evlilik aday ve AP konusunda bilgisiz olmaları ilk eğitim alanı olarak AP eğitimlerinin seçilmesini gündeme getirmelidir. Nitekim bu araştırmada da erlerin yapılan AP eğitimi sonrasında bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır. Araştırma iki sektör arasında işbirliği için çok uygun bir alan olduğunu göstermektedir.

**Not: Bu araştırma 20-23 Nisan 2003 tarihinde, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresinde, Ankara'da "Seferihisar Jandarma Muhabere Er Eğitim Taburundaki Erlerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyleri" başlığı ile ayrı bir bildiri olarak sunulmuş ve 3. Aile Planlaması Poster Ödülü (Mansiyon) almıştır.*

SAĞLIK MEMURLUĞU 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNCE MANİSA'DA BİR GRUP ER ve ERBAŞA VERİLEN ÜREME SAĞLIĞI ve AİLE PLANLAMASI EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deveci S¹, KAPLAN Y¹, PALA T¹, ESER E²

¹ Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü

² Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Sağlık memuru adaylarına sağlık eğitimi konusunda uygulama yaptırarak, bir grup er ve erbaşa üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda eğitim vermek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma, Entegre Saha Uygulaması dersi kapsamında, CBÜ Manisa Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü 4. Sınıfındaki 34 öğrenci tarafından, 1. Piyade Er Eğitim Tugayı'nda askerlik görevini yapan 111 er-erbaş ile yapılmıştır. Çalışmada, TSK-Sağlık Bakanlığı'nın sektörler arası işbirliği ile hazırlanan, "Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Rehberi" temel alınmıştır. Bu konuda öğrencilere 23-24 Şubat tarihlerinde, İl Sağlık Müdürlüğü'nden gelen, üreme sağlığı danışmanlarınca etkili sunum teknikleri konusunda 16 saatlik bir eğitim uygulanmıştır. Çalışma, gerekli izinler alınarak 29 Mart-07 Nisan 2005 tarihleri arasındaki çalışma günlerinde, kışladaki Üreme Sağlığı Eğitim Salonunda, öğretim elemanları gözetiminde, birer saatlik, 4 oturum ile ve her bir oturumun eğitim yönlendiricisi bir öğrenci olacak biçimde, ortalama 15'er kişilik gruplar halinde, interaktif eğitim yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Eğitim öncesi, rehberde bulunan 25 soruluk "Bilgi Değerlendirme Formu" uygulanmış, eğitim sonrasında yinelenmiş, 70 puan baraj olarak belirlenmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Okur-yazar olmayanlar formları yardımıyla doldurmuştur. Veri SPSS 11.0 Paket Programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %3.6'sı okur-yazar olmayanlar, %5.4'ü okur-yazarlar, diğerleri daha yüksek eğitimlilerden oluşmaktadır. Ön testte, "Kadında cinsel ilişki rahim aracılığı ile olur" %33.3'le en düşük; "CYBE'dan korunmada her cinsel ilişkide mutlaka yeni bir kondom kullanılmalıdır" ve "Gebe kadınlar sağlık kuruluşunda düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir" %94.6 ile en yüksek oranda doğru yanıtlanan sorular olmuştur. Puan barajı dikkate alınarak ön teste göre, son testte başarılı olanlar istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuş ($p<0.0001$); son teste göre ortaokul mezunu ve daha eğitilmiş olanlar da, diğerlerine göre daha başarılı olmuşlardır ($p<0.0001$).

Sonuç: Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması konusunda, Üniversite, Sağlık Müdürlüğü ve TSK işbirliği ile verilen eğitim verimli olmuştur. Bu konuda, TSK tarafından yapılmakta olan eğitim etkinliklerinin sürdürülmesi ve diğer toplum kesimlerine de, konu ile ilgili eğitim becerileri kazandırılan sağlık personeline yaygınlaştırılması, ülkemizdeki üreme sağlığı düzeyinin yükseltilmesinde yararlı olacaktır.

MANİSA İLİNDE 6-14 YAŞ GRUBUNDA OKULA DEVAM ETMEYEN ÇOCUKLARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ, 2004

Leyla Seyhan¹, Hakan Baydur², Yeter Baydur¹, Banu Deveci¹, Ayşe Kaderoğlu¹

¹*Manisa İl Sağlık Müdürlüğü*

²*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.*

Amaç: Araştırma “Haydi Kızlar Okula” kampanyası kapsamında Manisa ilinde 6-14 yaş grubunda okula devam etmeyen çocukların temel özelliklerini ortaya koymak, okula devam etmeme nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Manisa ilinde yaşayan 6-14 yaş arasında okula devam etmeyen çocukları belirlemek, temel özelliklerini tanımlamak, okula devam etmeme nedenlerini ortaya koymak ve okullaşmaları için yapılması gerekenleri belirlemek üzere gerçekleştirilmiş tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evreni 6-14 yaş arasında olup okula devam etmeyen çocuklardan oluşmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmaksızın evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma öncesinde 6-14 yaş arası okula devam etmeyen çocuk sayısı tahmini 1100’dür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir veri toplama formu ile Milli Eğitim ve Sağlık personeli tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aşaması Nisan-Ağustos 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürenin sonunda ulaşılan ve anket uygulanan çocuk sayısı 597’dir.

Bulgular: Yerleşim yerine göre en fazla sayıda okula devam etmeyen çocuk sayısı %42.4 ile Manisa kent merkezi ve bağlı belde ve köylerinde, ikinci sırada %9.7 ile Salihli ve Kırkağaç ilçelerinde bulunmuştur. Çocukların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %92.3’ünün kız olduğu ve yaş ilerledikçe okula devam etmeme oranının arttığı belirlenmiştir. Çocukların %10.6’sında sakatlık/özürlülük durumunun var olduğu; %8.3’ünün gelir getirici bir işte çalıştığı ve çalışanlar arasında %75.5’inin tarım sektöründe olduğu görülmektedir. Bu çocukların yaşadıkları evdeki ortanca hane büyüklüğü 7.5’tir. Annelerinin eğitim durumları incelendiğinde %74.4’ünün okur-yazar olmadığı ve ortanca doğum sayısının 6’ olduğu belirlenmiştir. Ailelerin ortanca aylık geliri 250 YTL’dir. %39.7’sinin herhangi bir sosyal güvencesi yok iken %45.8’i Yeşil Kart hizmetlerinden yararlanmaktadır. 6-14 yaş arası çocukların %18.5’i daha önce okuduklarını bildirmiş ve bunların %74.5’inin 6. sınıftan önce okuldan ayrıldıkları belirlenmiştir. Okuldan ayrılma nedenleri arasında en fazla bildirilen neden %24.5 ile maddi yetersizliktir. İkinci sırada %21.6 ile çocuğun kendisinin istemediği, üçüncü ve dördüncü sırada %8.6 ile kardeşlere bakma ve ailenin istememesi yer almaktadır. Ailelerin %56.8’i ve çocukların %48.6’sı okula devam etmek istediklerini bildirmiştir. Daha önce okula hiç devam etmeyen çocukların (497 çocuk) okula gitmeme nedenleri incelendiğinde birinci sırada %45.8 ile maddi yetersizlik bildirilmiştir. İkinci sırada okula devam etmeme nedeni %16.6 ile ailenin istememesi, üçüncü sırada %5.5 ile bedensel özür belirtilmiştir. Hiç okula gitmeyen çocukların ailelerinin %70.3’ü, çocukların %78.2’si okula gitmek istediklerini bildirmişlerdir.

Sonuç: En fazla oranda okula devam etmeme nedenleri arasında maddi yetersizlik birinci sırada yer almaktadır. Okula devam etmede hem aile hem de çocuklar isteklidir. Kampanya kapsamında Ocak 2005 itibariyle 983 kız, 148 erkek çocuk tespit edilmiştir. Bunlardan 720 kız, 146 erkek çocuğun okula kaydı yapılmıştır. Kaydı yapılamayan 81 kız çocuk var iken; zorunlu eğitim çağı dışına çıkan 111 kız çocuk ve il dışına göç eden 71 kız, 2 erkek çocuk bulunmaktadır.

**MANİSA NURLUPINAR GECEKONDU BÖLGESİNDE YAŞAYAN
ERGENLERİN AKRAN EĞİTİMİ YÖNTEMİ İLE ÜREME SAĞLIĞI BİLGİ
VE TUTUMUNU GELİŞTİRME PROJESİ: BİR YARI KENTSEL BÖLGE
MÜDAHALESİ**

*Erhan Eser¹, Beyhan Cengiz Özyurt², Müjde Şerifhan İlgün³, Pınar Erbay Dünder⁴,
Nimet Pınar Baysan³*

¹ *Doç.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

² *Uzm.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

³ *Araş.Gör.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

⁴ *Yrd.Doç.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

Projenin Amacı: Cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında Manisa Nurlupınar (4 Nolu) Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan adölesanların uygun ve doğru bilgiye ulaşabilmelerine arttırma, müdahale öncesine göre bu konudaki bilgilerinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Projenin Yöntemi: Projenin 4 aşamada yapılması planlanmaktadır. Hazırlık, eğitici akranların eğitimi, program aktiviteleri ve izlem-değerlendirme. Bölge adölesan nüfusun üreme sağlığı ve aile planlaması konusundaki bilgi ve tutum düzeyleri yapılacak ön değerlendirme (baseline çalışma) çalışması ile belirlenecektir. Bu değerlendirme, okullardaki ergenlere (12-14 yaş) ve alanda yaşayan (15-19 yaş) ergenlerde ayrı ayrı yapılacaktır. Ön değerlendirme verileri yapılandırılmış bir anketler aracılığıyla toplanacaktır. Hazırlık basamağının diğer bir aşamasını eğitici akranların seçiminin oluşturması planlanmaktadır. Eğitici akranlar bölge ergen popülasyonundan en az 5 yıllık temel eğitim almış ama tercihen daha yüksek eğitim almış olan, çalışma şartlarını kabul eden ve gönüllü olan, proje içerisinde görev alan uzmanlar (okullarda öğretmenler tarafından) tarafından uygun olduğu belirlenen, akran eğitici özelliklerini taşıyan, aile ve okul onayı alınmış olan adölesanlar arasından seçilecektir. Bu özelliklere sahip ergenler, sırasıyla 12-14 ve 15-19 yaş grupları için okullardan ve alandan belirlenecektir. Eğitici akranlar seçim kriterlerine göre ve projenin ilk 1 ayı içerisinde seçilecektir. Eğitici akranların seçilmesinden sonraki aşamayı bu gençlerin eğitimi oluşturmaktadır. Bu aşama, proje süresince sürekli eğitim ve değerlendirme şeklinde yürütülecektir. Uygulanacak eğitim programı yapılan ön belirleme çalışmasından elde edilen bilgilerden ve eğitici akranlar ile projede görev alan yetişkinlerin ortak olarak belirledikleri konulardan oluşacaktır. Akran eğitici eğitimi 5 günlük yoğunlaştırılmış ilk çalıştay ile başlayacak, eğitimler birer aylık aralıklarla izlemler ve hatırlatma eğitimleri olarak sürdürülecektir. Hatırlatma eğitimleri ve yeni eğitim modülleri ile hedef ergen eğitimi süresince devam edecektir. Hedef ergen eğitimi okullarda ve alanda eğitici akranlar tarafından diğer akranlarla rastgele görüşmeler ve okullarda üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda düzenlenecek yarışmalar (bilgi, kompozisyon, resim), eğitici akranlar ve diğer gençler tarafından oluşturulacak okul-duvar gazetesi ve çaylar şeklinde program aktivitelerinden oluşacaktır. Akran eğiticilerinin yaptıkları görüşmelerle ilgili raporlar bölge grup sorumluları tarafından değerlendirilecektir. Ayrıca bu bölgede Gençlik Danışma Birimi kurularak gençlere psikososyal hizmet verilmesi planlanmaktadır. Projenin 10. ayı sonunda hedef ergenler üzerinde yürütülecek son değerlendirme çalışmasıyla yapılan müdahalenin sonuçları ölçülecektir.

Projeden Beklenen Sonuçlar: 12 aylık proje sonunda eğitici ergenlerde üreme sağlığı savunuculuğunun pekişmesi, hedef ergenlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık bilgi ve tutumlarında ölçülebilir olumlu gelişmeler beklenmektedir.

MANİSA 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE HİZMET ALANLARIN İFADESİNE GÖRE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beyhan Cengiz Özyurt¹, Ece Aydoğdu², Yağmur Kaan Bedir², Neslihan Bostancı², Burcu Özkaya², Gönül Dinç³

¹ *Uzm. Dr., CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

² *İntern Dr. CBÜ Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

³ *Doç.Dr.,CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Amaç: Bu çalışmada gecekondü bölgesinde yaşayan kişilerin bölge sağlık ocağında verilen hizmetleri bilme durumu ve kişilerin ifadelerine göre bölgede verilen koruyucu sağlık hizmetlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Şubat 2005'de Manisa Merkez 4 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde hane bazında yapılmış kesitsel çalışmadır. 2004 ETF kayıtlarına göre bölgedeki 3017 hane evreni oluşturmuştur ve minimum örnek büyüklüğü 250 hane olarak hesaplanmıştır. Örneğe girecek haneler küme örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Her sağlık evi bölgesinden alınması gereken küme sayısına, büyüklüğe orantılı olasılık yöntemi ile karar verilmiştir. Küme başını oluşturacak haneler sağlık ocağı kayıtlarından (ETF) rastgele seçilmiştir. Veriler yapılandırılmış bir anket aracılığıyla yüz yüze anket tekniği kullanılarak araştırmaya giren hanelerdeki 15-49 yaş evli kadınlardan toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 10.0 bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan kadınların %86.4'ünün sağlık ocağında verilen hizmetlerden en az birini bilmektedir. En çok bilinen hizmetin hasta muayenesi (%86.0) olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların hiç biri sağlık ocağının çevreye yönelik hizmetlerini bilmemektedir. Araştırma grubumuzda bölgeye bakan sağlık ocağını bilme oranı %94.8'dir. Kadınların %31.2'sinin bölgesine bakan ebeyi tanıdığı ve adını bildiği, %29.2'sinin ebeyi tanıdığı ancak adını bilmediği, %39.6'sının ise bölgeye bakan ebesini tanımadığı saptanmıştır. 15-49 yaş kadın izlemleri ile ilgili olarak kadınların %63.6'sı ebesiyle aile planlaması yöntem kullanımı hakkında konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Aile planlamasında modern yöntem kullananların yalnızca %28.4'ü bu yöntemi kullanmaya ebesiyle konuştuktan sonra karar verdiğini belirtmiştir. Son bir yıl içinde gebeliği sonlananlar ve araştırmamız sırasında halen gebe olanlar üzerinden yaptığımız gebe izlem değerlendirmesine göre, ilk üç ayda tespit edilme oranı %58.8'dir. Kadınların %11.8'inin gebelik izlemleri sırasında tansiyonlarının ölçülmediği, %38.2'sinin kan ve idrar tahlilleri istenmediği, %14.7'sinin hiç kilo ölçümü yapılmadığı, %47.1'inin gebelikleri sırasında nasıl beslenmeleri gerektiği konusunda bilgi almadıkları ve %61.8'inin doğum sonrası aile planlaması yöntem kullanımı konusunda ebelerinden bilgi almadıkları saptanmıştır. 0-59 ay çocukların izlemlerde %76.3'ünün kilosu, %62.5'inin boyu ölçülmüştür. Annelerin %81.3'ü çocuk aşıları, %47.5'i anne sütü, %52.5'i çocuk beslenmesi konusunda izlemlerde bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan kişilerin sağlık ocağında verilen tedavi edici hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok bildikleri saptanmıştır. Ebeler tarafından yürütülen izlemler değerlendirildiğinde 15-49 yaş kadın izlemlerinin daha yetersiz düzeyde verildiği saptanmıştır.

NURLUPINAR 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ KADIN İZLEM KART TUTARLILIĞININ İNCELENMESİ

Ahmet Sabri ALPER¹, Serdar İPEK¹, Berna AKOVALI¹, Hatice YILMAZ¹, Nasır NESANIR², Nimet Pınar BAYSAN²

¹*İnt.Dr.Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencisi*

²*Araş.Gör.Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

Amaç: Bu çalışma Manisa İli 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş evli ve bekar kadın izlemlerinin niceliksel ve niteliksel değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışma Mart-Nisan 2005 aylarında Manisa ili 4 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır.Bu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş arasındaki 4980 evli ve bekar kadın bu kesitsel araştırmanın evrenini oluşturmuştur.Sistemik,tabakalı örnekleme yoluyla 260 kadın bu araştırmaya alınmıştır.Bu 260 kadına yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmış,elde edilen veriler SPSS 10.0 programında analiz edilmiştir. Araştırmanın 4 bağımlı değişkeni: 15-49 yaş kadın izlem kartı bulunma durumu (kadının ebe tarafından izlenme durumu), İzlem kartı olan evli kadınlarda AP yöntem kart tutarlılığı, Doğurganlık riski durumu ve Doğurganlık Öyküsü İndeksi'dir. Bu indeks, 15-49 yaş kadın izlem kartında bulunan 8 başlık üzerinden değerlendirilmiştir. Alınabilecek olası en düşük puan 0,en yüksek puan 8 olarak değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda Kİ-Kare testi,T-testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Manisa 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde yapılan çalışmada kadın yaşı ortalaması 30.2±8.9 'dır.Tüm kadınların %76.2'si izlenmektedir. Evlilerin ise %74.7'si izlenmektedir (15-49 yaş kadın izlem kartı çıkartılmıştır). Kartı olan evli kadınlarda aile planlaması yöntem kullanımı kart tutarlılığı %65,5 olarak saptanmıştır. Doğurganlık risk durumu tutarlılığı ise ancak %33,1'dir.Diğer taraftan, gebelik hikayesi risk puanı 8 tam puan üzerinden 5,2 ±2.6 puan olarak saptanmıştır.Riskli yaş grubundaki kadınlarda (19yaş altı ve 34 yaş üstü) kart bulunma durumu, riskli olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir.Bu olumlu bir durumdur.Eğitimi olmayan,düşük eğitim düzeylilerde,bir yıldan uzun süredir bu bölgede oturanlarda ,bir sağlık problemi olduğunda 2. basamak sağlık kuruluşlarını tercih edenlerde ve daha uzun süredir evli olanlarda ebeler tarafından izlenme oranı daha yüksektir. Diğer taraftan eğitim durumu yüksek ,uzun süredir evli olanlarda doğurganlık riski daha tutarlı olarak bulunmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanma tutarlılığına bakıldığında ise;hanede 5 yaş altı çocuk bulunmayanlarda,aile planlaması yöntemini değiştirmemiş olanlarda ,bölgede daha uzun süredir oturuyor olanlarda tutarlılık daha yüksek bulunmuştur. Doğurganlık hikayesi bağımlı değişkeni açısından incelendiğinde ise tutarlılığın eğitim düzeyi ve doğurganlık riski yüksek olanlarda , daha kısa süredir evli olanlarda daha yüksektir.

Sonuç: 15-49 yaş doğurgan çağ kadın izlemi niteliksel ve niceliksel açıdan yetersiz olarak değerlendirilmiştir.Bu yetersizliğin özellikle son yıllarda giderek arttığı söylenebilir.

MANİSA MEVLANA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 15-49 YAŞ KADINLARIN STATÜLERİ VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Beyhan Cengiz Özyurt¹, Sermin Altuntaş², Murat Turan², Hafize Kılınçkaya², Zeynep Şahin²

¹ *Uzm. Dr., CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

² *İntern Dr. CBÜ Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Amaç: Bu çalışmada Manisa Mevlana Sağlık Ocağı Bölgesi' n deki 15-49 yaş evli kadınların toplumsal statülerini saptamak ve toplumsal statüyü etkileyen faktörleri açıklamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Ekim 2004'de Manisa Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı (Mevlana) Bölgesinin 4 ebe bölgesinde yürütülmüş kesitsel çalışmadır. Araştırmanın evrenini Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 4 ebe bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınlar (n=1589) oluşturmuştur. Minimum örnek büyüklüğü 270 olarak hesaplanmıştır. Örneğe girecek kadınlar küme örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Her sağlık evi bölgesinden alınması gereken küme sayısına, büyüklüğe orantılı olasılık yöntemi ile karar verilmiştir. Küme başını oluşturacak kadınlar sağlık ocağı kayıtlarından (15-49 yaş kadın izlem kartı) rastgele seçilmiştir. Çalışmaya 260 15-49 yaş evli kadın katılmıştır. (Katılım hızı %96). Veriler yapılandırılmış bir anket aracılığıyla yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 10.0 bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan kadınların %33.1'inin eğitimsiz, %95'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, %10.4'ünün resmi nikahının olmadığı saptanmıştır. Kadınların %52.7'si ailede önemli kararların erkekler tarafından alınması gerektiğini, %14.6'sı erkeklerin kadınlardan daha akıllı olduğunu, %55.8'i kadın kocasıyla aynı fikirde değilse tartışmaması gerektiğini, %28.5'i erkek çocukların eğitimi olmasının kız çocukların eğitimi olmasından daha iyi olacağını belirtmiştir. Kadınların %60.8'i evlilik kararını ailesinin verdiği, %26.2'si ailesinin başlık parası aldığını, %8.1'i eşinin başka bir eşi daha olduğunu belirtmiştir. Kadınların %23.8'i bir sağlık kuruluşuna gitmek için, %71.9'u dışarı çıkmak için eşinden izin aldığını belirtmiştir. Kadınların %35.8'i eşlerinin partisi dışındaki bir partiye oy veremeyeceğini belirtmiştir. Kadınların %3.1'i yemeği yaktığı zaman, %2.3'ü çocuklarını ihmal ettiği zaman, %6.2'si eşine karşılık verdiği zaman, %1.9'u başka erkeklerle konuştuğu takdirde, %5.4'ü parayı gereksiz harcadığı zaman, %7.3'ü eşiyile cinsel ilişkide bulunmak istemediği zaman eşinin şiddet uygulamaya hakkı olduğunu düşünmektedir. Kadınların %33.5'i fiziksel, %65.8'i sözel ve %4.2'si cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Eğitilmiş, sosyoekonomik durumu iyi olan, eşiyile arasındaki yaş farkı az olan, 19 yaşından sonra ve kendi isteğiyle evlenmiş, resmi nikahı olan kadınların daha az şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Sonuç: Kadının statüsünü etkileyen en önemli değişkenin kadının eğitimi olduğu bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyi düştükçe evdeki önemli kararlara katılması, hareket özgürlüğü sağlaması, evlilik kararına katılması azalmakta ve şiddeti haklı görmesi, şiddete maruz kalmasını ise arttırdığı saptanmıştır.

AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ İLE SERVİKAL SMEAR TARAMASININ ENTEGRASYONU; DIYARBAKIR'DA BİR UYGULAMA ÖRNEĞİ

A. Ceylan¹, M. Ertem¹, N. Kılınç², A.K. Uzunlar², V. Özkaynak¹

¹ D.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Diyarbakır.

² D.Ü.Tıp Fakültesi Patoloji AD. Diyarbakır

Amaç: Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri (akciğer ve mide kanserinden sonra) üçüncü en sık görülen kanserdir ve kanserden ölümler içinde ilk sıradadır. Serviks kanserinin erken tanısı, etkili ve yaygın bir tarama programının olmadığı ülkemizde de kadın sağlığı açısından önem taşımaktadır. Taramanın temel sağlık hizmeti veren kuruluşlarda yaygınlaştırılması hastalığın mortalite ve morbiditesi önemli ölçüde azaltacaktır. Bu çalışmada aile planlaması (AP) hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşunda servikal kanser taraması ile AP hizmetlerinin entegre edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Diyarbakır il merkezi Huzurevleri bölgesinde yapıldı. Bu çalışmada yerel dili de konuşabilen 15 gönüllü kadına önce servikal kanser ve aile planlaması konularında eğitim verildi. Daha sonra bu kadınlar ev ziyaretleri yaparak 30 yaş üzeri kadınları servikal kanser konusunda bilgilendirip aile planlaması kliniğine yönlendirdiler. Klinikte çalışan hemşirelere de smear alma konusunda eğitim verildi. Bir yıl boyunca kliniğe başvuran 503 kadının servikal smear örnekleri Tıp Fakültesi Patoloji AD öğretim üyeleri tarafından değerlendirildi. Ayrıca kadınların daha önce servikal smear öyküleri de sorgulandı.

Bulgular: Bir yıl içinde 503 smear örneği alınan kadınların 361'i (%71.8) daha önce bu kliniğe AP hizmeti almak üzere başvuran kadınlardı. Ancak bunlardan 37'si (%7.4) şimdiye kadar bir kez Pap smear testi yaptırmıştı. Eğitimsizlik ve daha önce istemli düşük öyküsü pap smear testi yaptırmayı etkileyen faktörler olarak bulundu. Pap smear testi yaptırmama düzeltilmiş tahmini relatif riski; hiç eğitim almamış kadınlarda, eğitim alanlara göre 2.80 (% 95 CI:1.3-6.3) ve hiç istemli düşük yaptırmayan kadınlarda istemli düşük yaptıranlara göre 3.88 (%95 CI:1.3-12.0) kat daha fazla bulundu. Üç kadında (% 0.6) CIN-I, 2 kadında (%0.4) CIN-II ve 7 kadında da (%1.4) squamöz metaplazi sarpandı.

Sonuç: Servikal kanser tarama hizmeti ile aile planlaması hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda entegrasyonu servikal kanserin erken tanısında kaçırılmış fırsatları azaltabilir. Özellikle okur-yazar olmayan kadınlar risklerinin fazla olması nedeniyle daha çok önemli olmaktadır.

MANİSA MURADIYE SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLARAK KONDOM KULLANAN EŞLERİN ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEMEK

Beyhan Cengiz Özyurt¹ Hasan Çetin², Mahmut Ocak², İlkay Yılmaz²

¹*Uzm. Dr., CBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

²*CBÜ Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Amaç: Bu çalışmada Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde aile planlaması yöntemi olarak kondom kullanan çiftlerin özelliklerini belirlemek, bu yöntemi ne kadar etkin bir şekilde kullandıklarını saptamak ve kadınların ifadelerine göre sağlık ocağı bölgesinde verilen 15-49 yaş kadın hizmetlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini sağlık ocağı bölgesinde eşi kondom kullanan 200 15-49 yaş evli kadın oluşturmuştur. Örneklem yöntemi kullanmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Eşi kondom kullanan kadınlar sağlık ocağı 15-49 yaş kadın izlem kartları kullanılarak isimleri ve adres bilgileri elde edilmiştir. Ayrıca 15-49 yaş kadın izlem kartlarının tutarlılığını belirlemek için 15-49 yaş kadın izlem kart bilgileri toplanmıştır.

Veriler oluşturulan anket aracılığıyla örneğe giren kadınların evlerinde yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışma 143 kadın üzerinde yürütülmüştür. (Katılım hızı %71.5) Verilerin analizi SPSS 10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Kondom kullanan kadınların en fazla (%28.0) 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Kadınların %7.0'ının eğitimsiz, %66.4'ünün ilkökul mezunu olduğu, eşlerinin %60.8'inin ilkökul ve altı eğitime sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların %95.1'inin gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı (ev hanımı) eşlerin ise %49.1'inin işçi olduğu saptanmıştır. Kadınların %95.8'i en az bir kez canlı doğum yaptıklarını belirtmişler ve toplam canlı doğum ortalaması $2,05 \pm 1,04$ olarak bulunmuştur. Kadınların %44.1'i kondom kullanmayı sağlık personeli tavsiyesiyle tercih ettiğini ve %74.8'i eşiyle birlikte karar vererek kullanmaya başladığını belirtmiştir. Kadınların %79.0' kondomun gebeliği önlemede etkili bir yöntem olduğunu, %92.3'ü kondom kullanımının kolay olduğunu belirtmiştir. Kadınlar kondomu en çok sağlık ocağından (%65.7) temin ettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %44.8'i kondomu kullanıldıktan sonra kontrol etmediklerini, %0.7'si kondomu kayganlaştırıcı herhangi bir madde kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların tamamı her ilişkide ayrı kondom kullandıklarını belirtmişlerdir. Kondom kullananların %94.4'ü kondoma bağlı herhangi bir sorun yaşamadıklarını ve sorun yaşadıklarını belirten kadınların tamamı bu sorunu eşinin kondom kullanmayı istememesi olarak belirtmişlerdir. Kadınların %27,3'ü kondomla birlikte başka bir yöntem daha kullandıklarını ve bu kadınların tamamı ek yöntem olarak geri çekmeyi kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %66.9'u gelecekte başka çocuk istemediklerini belirtmişlerdir. Kadınların %62.2'si son bir yılda bölgeye bakan ebenin ziyaretine geldiğini belirtti. Bu ziyaret sırasında %80.4'ü kullandığı yöntemle ilgili şikayeti olup olmadığının sorgulandığını, %69.9'u diğer aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi aldığını belirtmiştir. Kadınların %50.3'u ebenin kendileri için farklı bir aile planlaması yöntemi önerdiği ve bu yöntemin %40.6 ile en fazla RİA olduğu bulunmuştur. Ebe bölgeleri arasında 15-49 yaş kadın izlem süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p < 0.05$) 15-49 yaş kartlarının kadınların belirttiklerine göre tutarlı olduğu (Kappa=0,77 $p=0,00$) bulunmuştur.

Sonuç: Genç, ileride tekrar çocuk sahibi olmayı isteyen kadınlar arasında kondom kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışma grubumuzda eşlerin kondomu doğru olarak kullandığı bulunmuştur. Muradiye sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadın izlemlerinin niteliksel olarak iyi olduğu saptanmıştır.

JİNEKOLOJİK MUAYENEYE GELEN KADINLARDA VAJİNAL ENFEKSİYONLAR VE HİJYEN ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayden Coban¹ Hülya Demirci¹, Ferda Özbaşaran²

¹ *Araştırma Görevlisi, C.B.Ü Manisa Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D*

² *Doç. Dr., C.B.Ü Manisa Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D*

Amaç: Toplumumuzda sağlıksız koşullarda yapılan doğum ve düşüklerin çokluğu, genital hijyen konusunda bilgisizlik, yanlış inanç ve uygulamalar, genital organlara ilişkin hastalıklar konusunda daha çekingen davranılması, eğitimsel ve ekonomik nedenlere bağlı olarak vajinal enfeksiyonlar sık görülmektedir. Araştırma, jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda vajinal enfeksiyon görülme durumu ve kadınların hijyen alışkanlıklarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Sağlık Bakanlığı Manisa Doğumevi'nde Ekim-Aralık 2004 döneminde yapılmıştır. Jinekoloji polikliniğinden yararlanmak üzere başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 134 evli kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri anket formu ile toplanmıştır. Anket formu, başvuranların sosyo-demografik, doğurganlık özellikleri ve hijyen alışkanlıklarının yanı sıra jinekolojik muayene sonrası doktor tanısı ile ilgili bölümden oluşmaktadır. Verilerin analizi SPSS 11.0 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede sayı, yüzde, ortalama, ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubu kadınların yaş ortalaması 31.60±8.87 (min: 17, max: 55) dir. Kadınların %50.7'si ilköğretim mezunu, %22.4'ü çalışan, %51.5'inin sosyal güvencesi SSK, %89.6'sı çekirdek aile tipinde, %53.0'nın 1-2 çocuk sahibi, %29.9'unun 1-2 düşük deneyimi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %12.4'ü en son doğumunu evde gerçekleştirmiştir. Kadınların %36.6'sı aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirlenmiş, aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %20.1'i RİA, %17.2'si kondom, %13.4'ü geri çekme yöntemini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Jinekolojik muayene sonrası kadınların %18.7'si kandida, %11.2'si bakteriyel vajinozis, %6.0'ı miks enfeksiyon, %1.5'i trikominas tanılarını almışlardır. Kadınların sadece %2.2'sinin tuvaletten önce el yıkama alışkanlığı olduğu, %17.9'unun taharetlendikten sonra kurulama alışkanlığı olmadığı, %12.7'sinin iç çamaşırını 3 gün veya daha fazla arayla değiştirdiği, %6.7'sinin sentetik iç çamaşırını kullandığı, %70.1'inin iç çamaşırını ütüleme alışkanlığı olmadığı, %56.0'nın ev temizliğinde sadece çamaşır suyu kullandığı belirlenmiştir. Başvuranların %17.4'ü menstruasyon zamanında bez kullandıklarını, %53.7'si cinsel ilişki sonrası vajinal lavaj yaptığı belirlenmiştir. Kadınların vajinal enfeksiyon durumu ile aile planlaması yöntem kullanma, menstruasyon sırasında kullanılan malzeme, taharetlendikten sonra kurulama alışkanlığı ve son doğumun yapıldığı yer arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (P<0.05).

Sonuç: Bu nedenlerle jinekoloji polikliniğine vajinal enfeksiyon şikayetiyle başvuran kadınlara yeterli zaman ayrılmalı ve uygun tedavi planının yanında etkili bir sağlık eğitimi de verilmelidir.

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE KIZAMIK SÜRVEYANSI ÇALIŞMASI: KIZAMIK SÜRVEYANSINDA LABORATUAR DESTEĞİ GEREKLİ Mİ?

Ali Ceylan¹, Gülay Korukluoğlu², Melikşah Ertem¹, Zeynep Dinç³, İlker Kat⁴, Orhan Çalık¹, Ünal Öztürk¹.

¹ *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Diyarbakır.*

² *Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Ulusal Viroloji Laboratuvarı. Ankara*

³ *Diyarbakır Hıfzısıhha Bölge Müdürlüğü. Diyarbakır*

⁴ *Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü. Şanlıurfa*

Amaç: Kızamık hastalığında yetersiz bildirimlerin yanında yanlış bildirimler de söz konusudur. Bu çalışmada Güneydoğu Anadolu Bölgesinde öncelikli bir çocuk sağlığı sorunu olan kızamık hastalığının sürveyansında iyileştirme çalışmaları sonucunda, bildirilen kızamık olgularının tanıtılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada 1 Haziran 2003 ile 31 Mayıs 2004 tarihleri arasında Güneydoğu Anadolu Bölgesinde kızamık vaka bildirimlerinin düzenli yapılması için yapılan işlemler betimlenmiş ve bunun sonucunda bildirilen olguların özellikleri tanımlanmıştır. Bölgedeki tüm Hastanelerin Çocuk Sağlığı ve Hastalığı kliniklerine, tüm Sağlık Ocaklarına çalışmanın amacını anlatır broşür gönderilmiş ve kızamık vaka bildirimleri ile ilgili hatırlatıcı ilanlar asılmıştır. Tüm bu birimler her ay düzenli olarak ziyaret edilmiş ya da telefonla kızamık bildirimleri hatırlatılmıştır. Çalışma boyunca bildirilen olgulardan kan örnekleri alınmış, kızamık ve kızamıkçık IgM antikor düzeylerine bakılmıştır. Bildirilen olguların yakın çevresinde aktif vaka aranmış bu şekilde saptanan olgularda da antikor düzeyleri incelenmiştir. Saptanan kızamık olguları İl Sağlık Müdürlükleri ve ilgili Sağlık Ocaklarına bildirilmiş ve gerekli önleyici uygulamalar yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma süresince 23 odaktan vaka bildirimleri yapılmıştır. Tüm odaklara gidilerek toplam 187 çocuktan venöz kan alınmıştır. Bunların 34 (%18.2)'ünde kızamıkçık IgM pozitif bulunurken, 116 (%62.0)'sında kızamık IgM pozitif, 37 (%19.8)'inde her iki antikor negatif çıkmıştır. Kızamık olguları daha çok Şanlıurfa ilinden bildirilirken kızamıkçık olguları tüm illerde bulunmuştur. Kızamık olgularının 8'i (%6.9) 6-9 ay, 8'i (%6.9) 10-11 ay, 73'ü (%62.9) 1-4 yaş, 16'sı (%13.8) 5-6 yaş arasında ve 11'i (%9.5) 7 yaş ve üzeri olduğu anlaşılmıştır. Kızamıkçık olgularının yaş dağılımı ise; 1'i (% 2.7) 6-9 ay, 12 si (32.4) 1-4 yaş, 24'ü (64.9) 7 yaş ve üzeri çocuklardır. (Kızamık olgularının 65'inin (%66.0) kırsal kökenli olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Kızamık sürveyansı tüm bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Ancak sürveyansta laboratuvar desteği gerekmektedir. Aksi takdirde izolasyonun sakıncalı olduğu kızamıkçık hastalığıyla, izolasyonun gerektiği kızamık hastalığı tanıları karışmaktadır.

ÇANAKKALE İLİ MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULU BEŞİNCİ SINIF (11-12 YAŞ) ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME VE BÜYÜME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Fide Kaya, Rebiye Ünüvar, Sevda Vurur, Gülseren Algöz, Sevgi Yurtseven, Müzeyyen Seyrekbasan, Esen Ünsal

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırma, Çanakkale İli Merkez İlköğretim Okulu beşinci sınıf çocukların beslenme alışkanlıkları ve büyüme durumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup araştırmacılar tarafından okula gidilerek anket formu uygulaması ve antropometrik ölçümler yapılarak (Nisan 2004) veriler toplanmıştır. Araştırma kapsamına Çanakkale ili Merkez İlköğretim Okulu 5.sınıf 11-12 yaş grubu öğrenciler alınmıştır (n=136). Ayrıca veriler elde edildikten sonra öğrencilere beslenme konusunda eğitim yapılmıştır. Öğrencilerin boy uzunlukları ve ağırlıkları ölçülüp, bu değerler persentil büyüme eğrilerine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya alınan öğrencilerin % 50.7 kız, %49,3'ü erkektir. Annelerinin % 35.2 'si lise ,% 25.0 'i üniversite mezunudur. Babalarının ise % 41.2 'si lise, % 36.8' i yüksekokul mezunudur. Annelerin %41,17'si çalışmaktadır. Babası çalışmayan öğrenci bulunmamaktadır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre öğrencilerin %57.4'ünün ailelerinde yaşayan birey sayısı dördttür. Aile fert sayısının fazla olması, aile içinde çocuğa gösterilecek ilgi ve kişi başına düşen gelir az olacağından dolayı yeterli ve dengeli beslenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukların beslenme durumu ile ilgili elde edilen bulgular da bunu doğrulamaktadır. Öğrencilerin % 64.8'inin hergün süt içtiği, % 5.1'inin hiç süt içmediği, %30.1'inin bazen süt içtiği saptanmıştır . Öğrencilerin ara öğünlerde tükettiği yiyeceklerin daha çok besin değeri düşük olan gıdalardan oluştuğu görülmüştür. Öğrencilerin haftada en çok tükettikleri besinlere göre dağılımı incelendiğinde; %16,3'ünün meyve, %12'sinin yumurta, %12,3'ünün sebze, %10,3'ünün patates, %10,1'inin hamur işi yiyecekler, %9,0'ının makarna,%8,1'inin balık ,%6,8'inin tavuk, %6,5'inin sosis-salam tükettiği belirlenmiştir. Meyve, sebze ve yumurtanın tüketim oranlarının en yüksek olması okul çocuklarının beslenme alışkanlıkları yönünden olumlu bir bulgudur. Ancak hamur işi yiyecek tüketiminin, çocukların almaları gereken balık,tavuk ve kırmızı et tüketiminden daha yüksek oranda olması beslenme alışkanlıklarının tam anlamıyla doğru olmadığını bir göstergesidir. Öğrencilerin % 51. 5'i kahvaltıda içecek olarak çay, % 23.5'i süt, % 5.9'u meyve suyu tükettiklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin % 68.4 ü her zaman kahvaltı yapıyorken,% 12,5'i bazen, % 19.1'i hiç kahvaltı yapmamaktadır. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin%36.8'inin aileleriyle, % 33.8'inin arkadaşlarıyla , % 16.2 sinin annesiyle öğlen yemeklerini yedikleri belirlenmiştir. Görüldüğü gibi öğrencilerin öğle yemeklerini birlikte yedikleri kişilerden ikinci sırayı arkadaşları olmaktadır. Bu da beslenme alışkanlıkları yönünden okul çağı öğrencilerinin arkadaşları tarafından büyük ölçüde etkilendiğinin bir göstergesidir.

ÇANAKKALE İL MERKEZİNDE 0-1 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN AKUT İSHAL HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

Fide Kaya , Sevda Vurur, Rebiye Üniüvar, Aslı Kaçar, Öznur Erdem, Dilek Öztürk, Şule Meydan, Gülşen Yazan

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç:Bu çalışma Çanakkale ili merkezinde 0-1 yaş çocuğu olan annelerin akut ishalin nedenleri, belirtileri, tedavisi ve korunma yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem:Araştırma yerine göre saha, amacına göre tanımlayıcı, kapsadığı zamana göre kesitsel bir çalışma olup veri toplama biçimine göre anket tekniği içermektedir. Veriler il merkezine bulunan beş sağlık ocağının hizmet verdiği bölgelerde 29 Mart–22 Nisan tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 809 kadın, örneklemi ise 144 kadın oluşturmuştur. Veri toplama yöntemi olarak 29 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı kabul eden annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Veriler SPSS programında yüzdeler ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalaması 28.2 ± 0.25 'dir (min 17, max 44). Annelerin % 56.3'ü ilköğretim mezunu, % 16.0 sı yükseköğretim-fakülte mezunu, % 72.9'unun ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Bir çocuğa sahip annelerin oranı % 50.7' dir. Annelerin % 74.3 'ü ishalin en belirgin özelliğini, % 64.6'sı bulaşma yollarını bildikleri saptanmıştır. İnsanlar arasında doğrudan doğruya, kontamine yiyeceklerle, ağız ve dışkı yoluyla, yıkanmamış ellerle bulaşma görülür diyenler biliyor, cevapsız olanlar bilmiyor olarak değerlendirilmiştir. İlköğretim mezunu annelerin % 31,3' ü, lise mezunu annelerin %18,8' i, yükseköğretim-fakülte mezunu olan annelerin % 14,6' sı ishalin bulaşma yollarını bildiği tespit edilmiş olup, eğitim düzeyi ile ishalin en belirgin özelliğini bilme durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2= 9.387$, SD= 6, $p > 0,05$).

Çalışmamızda ishal durumunda, annelerin % 52,8'i anne sütünün miktarını değiştirmedeği, % 5,6'sının miktarını azalttığı, % 16,0'sının bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Annelerin % 30,9' u temiz bir kaptaki kaşıkla, % 12,7' si biberonla, % 4,4' ü rasgele bir kaptaki çocuklarına bir besin maddesi vermekte olduğu, % 51,9' unun ise çocuklarını emzirdikleri tespit edilmiştir. Annelerin % 68,7' si çiğ sebze cevabını vererek ishal sırasında çocuğa verilmemesi gereken besin maddesini bildikleri saptanmıştır. Annelerin % 34,0' ünün inek sütü kullandığı ve inek sütü kullanan annelerin %55,1'inin pastörize süt kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. İnek sütü kullanan annelerin çocuklarının % 13,9' unun ishal olduğu, % 20,1' inin ise olmadığı saptanmış olup, inek sütü kullanma durumu ile ishal olma durumu arasındaki ilişki anlamlı ($\chi^2= 3.685$, SD = 1, $p < 0,05$) bulunmuştur. Annelerin hiç birinde ishal nedeniyle ölen çocuk olmadığı tespit edilmiştir.

İNÖNÜ LİSESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE İÇİCİLİK DAVRANIŞI ÜZERİNE SOSYAL ÖĞRENMENİN VE SAĞLIK EĞİTİMİNİN ETKİSİ

Pembe Keskinoglu¹, Metin Pıçakçefe¹, Nuriye Ergül Karakuş², Hatice Giray¹, Nurcan Bilgiç³, Bülent Kılıç⁴

¹ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi*

² *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Uzmanlık Öğrencisi*

³ *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü*

⁴ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi*

Amaç: İzmir İnönü Lisesi öğrencilerinde sigara içicilik sıklığını, içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenme etkisini ve sigara ile ilgili yapılan eğitimlerin varlığını saptamaktır.

Yöntem: Kesitsel analitik çalışmadır. Evren, İzmir İnönü Lisesi'nin 1655 öğrencisidir. En az örnek; lise öğrencilerinde sigara içicilik prevalansı %15.0, sapma 0.03 ve küme örneği desen etkisi göz önünde bulundurularak %95 güven aralığında 492 öğrenci hesaplanmış, örnek seçimi, tüm sınıf ve bölümlere orantılılandırılarak, 21 şube (571 öğrenci) seçilmiştir. Bağımlı değişken; sigara içme, bağımsız değişkenler; öğrencinin demografik özellikleri, anne-babanın iş ve eğitimi, çevresindekilerin sigara içicilikleri, öğrencinin alkol kullanımı, sigaranın zararlarını bilme ve sigara ile ilgili eğitim almada. Veri toplaması sınıfta öğretmen çıkartıldıktan sonra, araştırmacıların gözetiminde, anket formunun öğrenciler tarafından doldurmasıyla yapılmıştır. Anketlere isim yazılmamıştır. SPSS 11.0 ile yüzde dağılımlar, ortalamalar değerlendirilmiş, iki grup arasındaki farka Ki-kare analizi ile bakılmış, $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma grubunun %91.5'ine ulaşılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 16.4 olup, %58.6'sı kadın, %89.9'u sağlık güvenceli, annelerinin %54.5'i, babalarının %64.0'ı lise ve üzeri öğrenimli, annelerin %35.7'si, babaların %86.2'si çalışmaktadır. Öğrencilerin %14.6'sı sigara içmekte, %3.6'sı önceden içmiştir. İçicilerin günlük ortalama sigara sayısı 12.2'dir. İçici olan ve bırakan öğrencilerin sigaraya başlama yaş ortalaması 14.4 olup, %51.6'sı başlama nedenini stres-üzüntü olarak bildirmiştir. Annelerinin %43.9'u, babalarının %53.8'i, yakın arkadaşlarının %61.9'u sigara içmekte, %19.5'inin evinde üçüncü içici bulunmaktadır. İçici annelerin %75.4'ü evde, %62.0'ı çocuğunun olduğu ortamda, içici babaların %65.2'si evde, %34.7'si çocuğunun olduğu ortamda sigara içmektedir. 443 öğrencinin hayranlık duyduğu ünlü vardır ve %40'ı bu ünlünün içiciliğini ve 522 öğrencinin %69.2'si öğretmenlerinin sigara içiciliğini bilmekte, öğrenci bildirimine göre öğretmenlerin %66.1'i içicidir. Sigaranın zararlı olduğunu %96.0'ı bilmektedir. %58.8'i okulda sigara ile ilgili eğitim aldığını ve eğitilenlerin, %70.0'ı sağlık personeli tarafından eğitildiklerini belirtmiştir. Ailesinin aylık geliri 500 YTL ve altında olanlarda; Babası, ailede üçüncü kişi, arkadaşları sigara içenlerde; Anne-babanın çocuğunun olduğu ortamda sigara içmesi, öğretmenin sigara içtiğini bilmesi durumunda; alkol kullanımı sigara içiciliğini arttıran faktörlerdir ($p < 0.05$). Cinsiyet, yaş, hayran olduğu ünlünün sigara içiyor olması, sigaranın zararlarını bilme, bu konuda eğitim alma, eğiticinin sağlıkçı olması sigara içiciliği üzerinde etkili değildir ($p > 0.05$).

Sonuç: İzmir'de Lise 2 öğrencilerinde sigara içiciliği %23.2'dir. Öğrencilerin sigaranın zararlarını bilmesi, eğitim alması, eğiticinin sağlıkçı olmasının öğrencilerin içiciliğini etkilememesi dikkat çekici olup, verilen eğitimlerin içerik ve yöntemlerinin gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Öğrencilerin öğretmenlerinin sigara içiciliğini bilmeleri ve anlamlı etkilenmeleri nedeniyle öğretmenlerin acil eğitilmesi gerekmektedir. Yakın çevredeki kişilerin içiciliklerinin öğrencilerin sigara içiciliklerini etkilediği saptanmıştır.

İNÖNÜ LİSESİ ÖĞRETMENLERİNİN SİGARA İÇME SIKLIĞI VE SİGARA İLE İLGİLİ EĞİTİMLERDE SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Pembe Keskinoglu¹, Nuriye Ergül Karakuş², Metin Pıçakçefe¹, Hatice Giray¹, Nurcan Bilgiç³, Bülent Kılıç⁴

¹ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Doktora Öğrencisi*

² *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Uzmanlık Öğrencisi*

³ *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü*

⁴ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi*

Amaç: İnönü Lisesi'nde çalışan öğretmenlerde sigara içicilik sıklığını, okulda öğretmenlerin içicilik davranışlarını ve sigara ile ilgili sağlık ve eğitim sektörü tarafından verilen eğitimleri saptamaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmanın evreni İzmir Konak ilçesinde yer alan İnönü Lisesi'nde çalışan 89 öğretmendir. Tüm öğretmenlere ulaşılması hedeflenmiştir. Veri, öğretmenlerin kendisi tarafından doldurulan anketle toplanmıştır. 89 öğretmenden 77'sine (%86.5) ulaşılmıştır. Araştırmanın değişkenleri; demografik değişkenler, sigara içicilik değişkenleri, sigaranın zararlarını bilme, sigara ile ilgili eğitim alma durumu, eğitimi veren kurumlar ve eğitimlerin özelliğidir.

Bulgular: Öğretmenlerin yaş ortalaması 40.9 ± 8.2 (23.0-62.0) olup, %65.3'ü kadın, %76.3'ü evlidir. Öğretmenlerin %55.8'i halen sigara içmektedir. Erkeklerin %69.2'si, kadınların %49.0'ı halen sigara içmektedirler ($p=0.093$). Öğretmenlerin %14.3'ü önceden içip bırakmışlardır. Sigara içenlerin günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması 16.5 ± 12.5 (2.0-60.0)'tir. Sigaraya başlama yaşı ortalaması 20.1 ± 5.9 (12.0-50.0)'dur. Sigarayı bırakanların, bırakma yılı ortalaması 5.7 ± 1.5 (1.0-14.0) yıldır. Öğretmenlerin %57.1'inin ailesinde sigara içen bulunmaktadır. Ailede sigara içenler sırasıyla eş (%29.9), baba (%27.3) ve kardeştir (%26.0). Sigara içen 43 öğretmenin %81.4'ü okulda sigara içmektedir. Okulda sigara içen öğretmenlerin tamamı sigarayı sigara içilen öğretmenler odasında içerken, biri kantinde de içtiğini belirtmiştir. Öğretmenlerin %43.4'ü sigarayla ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alanların %33.3'ü Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurumlardan, %24.2'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlardan eğitim almışlardır. Öğretmenlerin %6.6'sı öğrencilere sigarayla ilgili eğitim vermezken, %47.4'ü belirli aralıklarla sürekli, %46.0'ı Yeşilay Haftası gibi belli günlerde eğitim verdiklerini bildirmiştir. Öğretmenlerin bildirimine göre, okullarında sigaranın zararlarına ilişkin diğer sektörlerle birlikte, müfredata giren sürekli eğitim düzenlenmemektedir. 6 öğretmen son üç yılda sigara ile ilgili olarak zaman zaman Fahrettin Altay Sağlık Ocağı tarafından yapılan eğitim çalışmalarının olduğunu belirtmiştir. Öğretmenlerin belirttiği eğitim dışında sigaraya karşı alınması gereken başlıca önlemler sırasıyla, medyanın etkin kullanımı (%25.0), yasak ve cezaların uygulanması (%18.2) ve kötü örnek olmamadır (%13.6).

Sonuç: Bu çalışmada, İnönü Lisesi Öğretmenleri'nde sigara içme yaygındır. Öğretmenlerin sigara içmenin zararları konusunda eğitim alma oranı ise düşüktür. Bu eğitimlerin sağlık sektörü tarafından verilme oranı da oldukça yetersizdir. İnönü Lisesi'nde sigaranın zararlarına yönelik olarak gerçekleştirilmiş sektörler arası eğitim çalışmalarının az ve yetersiz olduğu saptanmıştır.

BALIKESİR İLİ VEREM SAVAŞ DISPANSERİNDE SAĞALTIMI DEVAM EDEN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER YÖNÜNDE İNCELENMESİ

Nuriye KARADAĞ¹, Sinan EMRE², Tuğrul GÖKŞEN²

¹ *Öğr. Gör., Balıkesir Üni. Sağlık Yüksekokulu*

² *Balıkesir Üni. Sağ. Y.O Sağ. Mem. 4. Sınıf Öğr.*

Amaç: Tüberküloz (TB) tedavi edilebilir ve önlenabilir bir hastalık olmasına rağmen hala dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz basili ile enfektedir. TB sadece hastanın kendi sorunu değil, bulaşıcı bir hastalık olması nedeniyle halk sağlığı sorunudur. Türkiye'de TB hastalarının önemli bir kısmının tedavisine hastanelerde, özellikle de göğüs hastalıkları hastanelerinde başlanmaktadır. Bu hastalar yaklaşık bir aydan uzun süre hastanede tedavi edilmekte ve taburcu olunca verem savaş dispanserlerine başvurmaktadırlar. Bu çalışmada Balıkesir İli Verem Savaş Dispanserinde sağaltımı devam eden hastaların epidemiolojik özelliklerini incelenmek amaçlanmıştır

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı nitelikteki bir kayıt araştırmasıdır. Balıkesir İli Verem Savaş Dispanserinde Aralık ayı 2004 tarihinde sağaltımı devam eden 71 hastaya ait doldurulmuş Form 05 Tüberkülozlu Hasta İzleme Fişi geriye dönük olarak incelenerek veriler toplanmıştır. Veriler bilgisayarda SSPS paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %52.1' i 21-50 erişkin yaş grubundadır. Hastaların yaş ortalaması 43.6±18.4 olup %64.8' i erkek, %35.2' si kadındır. %77.5' i ilkökul ve altında eğitim almıştır. %46.5' inin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. %95.8' i bireysel olarak, %2.8' i ailesinde tüberküloz olması nedeniyle Dispansere başvurmuştur. %14.1' inde aile içi temas, %7.0' sinde aile dışı temas öyküsü mevcuttur. %90.2' si yeni hasta, %9.8' i eski hasta+nüks' lerdir. Yakınmalar arasında %29.6 ile öksürük+balgam+gece terlemesi ilk sıradadır. Temaslı yakınlarında %42.3 ile eş+çocuk gelmektedir. Hastaların %78.9' u akciğer tüberkülozu, %21.1' i akciğer dışı (milier, larinks, lenfadenit) şeklindedir. Akciğer dışı tüberküloz sıklığı kadınlarda daha fazladır.

Sonuç: Eskiden sadece gelişmemiş ülkeler ile fakir ve sefalet içinde yaşayan insanların hastalığı olarak kabul edilen tüberküloz günümüzde küreselleşme, hızlanan nüfus hareketleri ve AIDS salgınına bağlı olarak sınır tanımamakta ve zengin toplumlarda da görülmektedir. Bu nedenle yakınmaları olan kişilerin balgam örneklerinde mikroskopik inceleme yapılması, tanı konulan hastaların tedavilerinin yapılması, sağlamların aşılınması, tanı konulan hastaların yakınlarının taranması, gerekirse ilaçla korunmaya alınması, hasta ve yakınlarının sağlık eğitimi ile tedavilerini eksik ve yanlış yapmalarının önlenmesi, tüberküloz teşhis ve tedavisinin kolay ulaşılabilir hale getirilmesi, tanı konulan hastaların mutlaka en yakın dispansere bildirilmesi ve takibinin sağlanması tüberkülozla mücadelede önemlidir.

ÇOMU SAĞLIK YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK VE EBELİK BÖLÜMLERİNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİN BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Rebiye Ünüvar, Sevda Vurur , Fide Kaya, Selma Atay, Ufuk H. Hüşan, Aysel Ceylan, Ebru Hattat, Gülçin Oğuzhan, Işıl Ertürk, Kebire Güneş, Senem Gürsel, Sevgi Karadeniz

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırmanın evrenini 2003–2004 öğretim yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik ve Ebelik Bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır (n=204). Çalışmaya katılan öğrencilere kişisel bilgi formu ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin öz sayılarında yükselmektedir. Veriler sayısal ve yüzdelerle dağılımlar kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 52. Hemşirelik Bölümünde okuyan, % 47.5'ini ise Ebelik Bölümünde okuyan öğrenciler oluşturmuştur. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması 20.8±1.1, Ebelik Bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması 21.5±2.1 'dir. % 97.6 'sı bekar, % 94.6 'sı çalışmamaktadır. % 27.5' i devlet yurdunda, % 26.9 ' u özel yurtlarda, % 45.6 'sı aile yanında kalmaktadır. Çalışmamıza katılan hemşirelik öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi (BKİ) değeri 21±1.8, ebelik öğrencilerinin BKİ 20.8±4.8 olarak belirlenmiş ve normal değerler içinde olduğu saptanmıştır. BKİ 'ne göre her iki bölümün benlik puan ortalamaları sırasıyla hemşirelik 75.6 , ebelik 76.7 bulunmuştur. İki ve daha az kardeşi olanların BPO'sı 78.1; üç ve üzeri kardeşi olanların BPO'sı 76.8 olarak bulunmuştur. Öğrencilerden 186'sının annesi ve babası birlikte ve yaşadığı, % 8.9'unun (n=18) ise annesi veya babası her ikisi ölü veya ayrı yaşayanlardan oluştuğu tespit edilmiştir. BPO'larına bakıldığında sırayla birinci grubun 76.5 iken ikinci grubun 78.5 olduğu görülmüştür. Öğrencilerin şu anda yaşadığı yere göre BPO'sı incelendiğinde; öğrencilerden devlet yurdu ve özel yurtda kalanların BPO'ları birbirine yakın çıkarken aile yanında kalanların BPO'ları daha yüksek çıkmıştır. Öğrencilerin daha önce yaşadığı yere göre BPO'sı dağılımına bakıldığında köy ve belde de yaşayanların BPO'sı 79.8 iken il ve ilçede yaşayan BPO'sı 71.4 olarak belirlenmiştir. Çekirdek aile tipine sahip olan öğrencilerin BPO'ları 77.2 iken, geniş aile tipine sahip olan öğrencilerin BPO'ları 66.1 olduğu görülmektedir. Sınıf dağılımı ile BPO'sı ile incelendiğinde hemşirelik birinci sınıf BPO'sı 77.2 hemşirelik dördüncü sınıf BPO'sı 83.2 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda dördüncü sınıf öğrencilerinin BPO'sı birinci sınıf öğrencilerinin BPO'sından yüksek çıkmıştır. Öğrencilerin kaçınçlı sınıfta oldukları ile benlik saygıları düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

MANİSA KENT MERKEZİNDE HAVA KİRLİLİĞİ VE METEOROLOJİK DEĞERLERİN DURUMU: 5 YILLIK SONUÇ

Baydur H¹, Deveci S², Kaplan Y², Eser E³

¹: *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.*

²: *Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü*

³: *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Amaç: Bu çalışmanın amacı Manisa kent merkezinde 5 yıllık döneme ait hava kirliliği verileri ile meteorolojik değerlerin karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve yapılması gereken müdahalelere yönelik ön bilgilerin elde edilmesidir.

Yöntem: Araştırma Kasım 2000 ile Mart 2005 tarihleri arasındaki dönemin incelendiği tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Manisa ili hava kirliliği ve meteorolojik değerleri İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından elde edilmiştir. Hava kirliliği değerleri kent merkezinde 4 istasyon aracılığı ile günlük ortalama değer olarak ölçülmektedir. Elde edilen bulgular tanımlayıcı ölçütler ile değerlendirilmiş, kısa ve uzun vadeli sınır değerlerin aşılma durumu ve kirlilik değerlerinin meteorolojik veriler ile gösterdikleri birliktelik incelenmiştir.

Bulgular: Son 5 yıl içerisinde Kasım ile Mart ayları arası yılın 5 ayı kış dönemi dikkate alınarak yapılan hava kirliliği ölçüm değerleri istasyon bazında ve Manisa il genelinde SO₂ ortalamaları açısından şöyledir: Şehzadeler 93.3±55.1, Laleli 65.2±36.7, Mimar Sinan 128.1±83.9, Anafartalar 134.1±85.5, Manisa geneli 108.7±64.7. Partiküler Madde açısından ise kirlilik değerleri ortalamaları yukarıdaki sıra ile şöyle bulunmuştur: 64.9±56.7, 48.0±34.5, 85.5±68.1, 90.7±75.9 ve 74.1±58.8. Son 5 yıllık kış dönemi için istasyon bazında ve Manisa genelinde SO₂ değerleri açısından uzun vadeli sınır değerlerin aşıldığı gün sayıları: Şehzadeler 103 gün, Mimar Sinan 191 gün, Anafartalar 224 gün ve Manisa kent genelinde 162 gün olarak gerçekleşmiştir. Partiküler madde açısından uzun vadeli sınır değerlerin aşıldığı gün sayıları yukarıdaki sıra ile 54, 14, 103, 126 ve 77 gün olarak gerçekleşmiştir. Kısa vadeli sınır değerler açısından Manisa kent merkezinde son 5 yılda SO₂ değeri 1 gün, Partiküler Madde değeri 4 gün aşılmıştır. Bir diğer önemli tanımlayıcı bulgu 2002-2003 ile 2003-2004 Kasım-Şubat aylarını kapsayan en soğuk kış dönemleri boyunca mevsimlik ortalama açısından SO₂ değerlerinin uzun vadeli sınır değerleri aştığı gözlenmektedir. Belirtilen bu iki dönemdeki ortalama SO₂ değerleri sırasıyla 153.0 ve 153.3 olarak bulunmuştur. Kış dönemi hava kirliliği ile meteorolojik bazı değerlerin korelasyon düzeyleri incelendiğinde, Manisa Kent Merkezi için SO₂ ile en yüksek ilişki hava sıcaklığı ile -0.424, rüzgar hızı ile -0.408 düzeyinde bulunmuştur (p<0.01). Partiküler Madde açısından en yüksek birliktelik -0.532 ile rüzgar hızı, 0.357 ile nem ve 0.332 ile basınç düzeyi arasında bulunmuştur (p<0.01).

Sonuç: Bu bulgulara göre Manisa kent merkezinin önemli düzeyde hava kirliliği sorununun olduğu görülmektedir. Kirlilik ölçüm sonuçları ile meteorolojik bazı değerler arasında birliktelik gözlenmektedir. Ölçümlerin 24 saatlik ortalamalar biçiminde olması, kirliliğin anlık düzeyleri açısından tam olarak bilgi vermemektedir. Ayrıca, hava kirliliği izleminde yalnızca iki parametrenin ölçülmesi de, kirliliğin değerlendirmesinde kısıtlılıktır.

Anahtar sözcükler: Hava kirliliği, Meteorolojik göstergeler, Kükürtdioksit, Partiküler Madde.

İletişim: hakan.baydur@bayar.edu.tr

SOMA MERKEZ 1 NOLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE GEBE EĞİTİMİ VE ANNE SÜTÜ DEVAM DURUMU DEĞERLENDİRMESİ

Soma Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Araştırma Ekibi ()*

Amaç: Bu çalışmanın amacı Soma merkez 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde gebe eğitimi ve anne sütü durumunun belirlenmesi ve değerlendirilmesidir.

Yöntem: Soma merkez 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde annelerin gebelik döneminde eğitim alma durumları ile anne sütüne devam durumlarının değerlendirildiği bu çalışma iki aşamalı olarak yürütülmüştür. İlk aşamada Kasım 2002 tarihinde gerçekleştirilmiş kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın bu bölümünde sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı olan ve rasgele seçilen 184 bebeğin annesi ile görüşülmüş ve anket uygulanmıştır. Araştırmanın bu bölümü sağlık ocağının bebek dostu kurum çalışmalarına başlamadan önceki mevcut durumunu göstermektedir. Araştırmanın ikinci aşaması Aralık 2002 ile Aralık 2003 tarihleri arasında doğan bebeklerde uygulanmıştır ve bu bebekler anne sütü alım durumu açısından izlenmiştir. Ayrıca annelere araştırmanın birinci aşamasında uygulanan anket formunun aynı şekilde uygulanmıştır. Bebeklerin izlem sürecine Şubat 2005 tarihinde son verilmiştir. Araştırmanın bu bölümü sağlık ocağının bebek dostu kurum seçildikten sonraki hizmetlerinin etkinliğini gösterecektir. Şu ana kadar anne sütü alım süresi açısından izlemi tamamlanan toplam 420 bebek vardır. 218 bebek ise halen anne sütü almaya devam etmektedir. Elde edilen bulgular SPSS for Windows programında işlenmiş, sağkalım analizi yöntemi ile çözümlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 822 anne ve bebek alınmıştır. Bunlardan 638'i anne sütü alım süresi açısından izlenmiştir. Araştırmaya alınan bebeklerin ortalama doğum kilosu 3326 ± 516 gr.'dır. Anne yaşı ortalaması 26.6 ± 5.2 'dir. Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %78.8'inin ilköğretim, %11.6'sının lise, %4.1'inin yüksekokul eğitime sahip olduğu görülmektedir. Araştırmanın kesitsel bölümünden elde edilen anne sütü alım süresi ortalaması 4.4 ± 2.2 aydır. Ek gıdalarla birlikte anne sütü alım süresi ortalaması 11.8 ± 2.3 aydır. Araştırmanın kesitsel bölümünden elde edilen bulgulara göre gebelik döneminde eğitim alan annelerin oranı %37.0, anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların oranı %76.6'dır. Gebelik döneminde eğitim alanları %61.2'si ve anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların %80.9'u bu eğitimi sağlık ocağından almıştır. Araştırmanın izlem bölümüne katılan 638 annenin eğitim ile ilgili durumları incelendiğinde, %97.6'sının gebelik döneminde, %98.4'ünün anne süte ve bebek beslenmesi konusunda eğitim aldıkları bulunmuştur. Gebelik döneminde eğitim alanların %94.4'ü, anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alanların %96.6'sı bu eğitimi sağlık ocağından almıştır. Hem gebelik dönemi hem de anne sütü ve bebek beslenmesi konusunda eğitim alma durum açısından araştırmanın kesitsel ve izlem bölümleri arasında anlamlı düzeyde farklılığın olduğu gözlenmektedir ($p < 0.000$). Sağkalım yöntemi ile izlem çalışmasına katılan bebeklerin yalnızca anne sütü alım süresi ortalaması 4.7 ay, ortancası 4 ay olarak bulunmuştur. Bebeklerin 5 ay sadece anne sütü alma olasılığı %36'dır. Toplam anne sütü alım süresi ortalaması 14.7 ay, ortancası 16 aydır. Bebeğin 12 ay anne sütü alma olasılığı %64 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Soma merkez 1 nolu sağlık ocağının bebek dostu seçilmesinden sonra gebelik dönemi eğitim hizmetleri, anne sütü ve bebek beslenmesi eğitim hizmetlerinde anlamlı düzeyde gelişmenin olduğu görülmektedir. Tek başına anne sütü alım süresinde çok büyük bir değişim gözlenmez iken, toplam anne sütü alım süresinde gözlenen bir artışın olduğu belirlenmiştir.

(*) *Dr. Tuncer Ermaner, Dr. Metin Öztürk, Kader Aydın, Sibel Özmen, Hatice Kaya, Gülcan Bozalan, Sevim Emran, Hatice Akay, Hürriyet Dursun, Ayşe Başar, Selma Özel, İmren Topaç, Ayten Özlek, Emine Gökmen, Nahide Arslan, Ayşe Yavaş, Aşime Özkan, Özlem Tatlı, Fatma Eren, Tülay Kocabıyık, Gönül Duyar, İlknur Özdemir, Ayşe Kara, Birsen Derin, Mehmet Güder, Hasan Akdeniz, Yeter Baydur, Ayşe Kaderoğlu, Levent Dönder, Hakan Baydur*

TÜRK SİLAHLI KUVVETLERİ ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI, MANİSA ÖRNEĞİ 2004

Ertan ÖZMEN, Mürvet BENLİ, Banu DEVECİ, Leyla SEYHAN, Yeter BAYDUR

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi

Kahire’de 1994 yılında toplanan “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı”nda erkeklerin üreme sağlığına katkılarının önemi ilk kez resmen tanınmıştır. Üreme sağlığı ile ilgili geliştirilecek programlarda kadınların yanı sıra erişkin erkeklerin de hedef gruba ve hizmet kapsamına dahil edilmesi; böylece erkeklerin üreme sağlığına yönelik sorumluluklarını benimsemelerinin sağlanması kabul görmesine rağmen erkek nüfusu hedef alan ulusal bir program bugüne kadar geniş kapsamlı olarak uygulamaya etkin bir şekilde konulamamıştır. Oysa ülke çapında üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin başarılı olabilmesi için; erkeklerin katılımı, katkısı ve işbirliği çok önemlidir.

Bu noktada Türk Silahlı Kuvvetleri’nin ülkemizin üreme sağlığı ve aile planlaması ihtiyacına ciddi katkı sağlayabilecek durumda olduğu değerlendirilmiştir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 500.000 erkek Türk Silahlı Kuvvetleri saflarına katılmaktadır. Bunların üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması ve güvenli annelik konularında bilgi ve beceri sahibi olmaları için bu çok önemli bir fırsattır.

Amaç: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Genel Kurmay Başkanlığı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliği ile; er ve erbaşlara yönelik TSK Üreme Sağlığı projesi uygulamaya konulmuştur. Projenin temel amacı erkeklerin, kendilerinin, eşlerinin ve çocuklarının yararına olacak şekilde üreme sağlığı hizmetlerine olumlu katılımlarının sağlanmasıdır. Üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda yapılacak çalışmalarla; mevcut erbaş ve erlerin doğrudan kendileri, eğitim alan erbaş ve erler vasıtası ile mevcut veya müstakbel aileleri, eğitim alan erbaş ve erlerin vatani görevlerini tamamlamalarından sonra tüm Türkiye hedef kitle olarak durmaktadır.

Yöntem: İlimizde TSK Üreme Sağlığı projesi Kırkağaç 6. Jandarma Komando Eğitim Alay Komutanlığı’nda yürütülmektedir. Proje kapsamında 19-22 Nisan 2004 tarihleri arasında “Üreme Sağlığı Danışman Eğitimi” düzenlenmiş, 21 sağlık personeli üreme sağlığı eğitimcisi olarak sertifikalandırılmıştır. Kırkağaç 6. Jandarma Komando Eğitim Alay Komutanlığı bünyesinde 25’er kişilik 4 dersane kurulmuştur. Her dershanede standart eğitim ekipmanı oluşturularak 1 Mayıs 2004 tarihinde eğitimlere başlanmıştır. Her gün; üreme sağlığı danışman eğitimi almış, Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurumlarda görevli 3 sağlık personeli ve 1 TSK personeli eğitimci olarak görevlendirilmektedir. Eğitimler 1 tam gün ve standart modül program çerçevesinde, interaktif eğitim teknikleriyle yapılmaktadır. Her gün 100 er ve erbaş üreme sağlığı modül eğitimi almaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası uygulanan testler ile verilen eğitimin verimliliği değerlendirilmektedir. Eğitimin sürekliliği açısından Manisa il Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi ve Kırkağaç 6. Jandarma Komando Eğitim Alay Komutanlığı işbirliği ile aylık eğitim programları düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.

Bulgular: Kırkağaç 6. Jandarma Komando Eğitim Alay Komutanlığına her 3 aylık dönemde yaklaşık 5.000 er gelmektedir. 1 Mayıs 2004-14 Nisan 2005 tarihleri arasında toplam 13.582 er ve erbaş eğitim almıştır. Eğitimin kalitesini arttırmak amacıyla eğitim materyali sağlanması, fiziki koşulların iyileştirilmesi ve eğitimcilerin motivasyonu için çalışmalar devam etmektedir.

Sonuç: Proje ile erkeklerin de üreme sağlığı programı içine alınarak uzun vadede demografik ve sağlık göstergelerinin istenilen düzeye getirileceği öngörülmektedir.

SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ UYGULAMASI: SAĞLIK YÜKSEKOKULU İLE MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI BİRLİKTELİĞİ

Özmen D¹, Çetinkaya A², Öncer G, Pekçiçekli F, Ersoy F, Kadioğlu N, Can S, Kuş K, Alsaç A, Tok N, Bolca Ö, Şen HÖ, Toprakçı S, Sağlam Ö, Hügül Y, Bora Y, Demir N, Aslan H, Aydemir A, Yılmaz M, Solar M, Akyol E, Kulbakan S, Şeker S, Atlı E, Çiçek H, Duymaz P, Ulus S, Kaymaz A, Eğilmez A, Cantaş S, Sayar S, Karahan G, Maden H, Uzun D, Can N, Kayacı M.

¹ *C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AbD. Yrd. Doç. Dr.*

² *C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AbD. Arş. Gör.*

C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencileri

Amaç: Araştırma Manisa ilindeki 23 Nisan Ulusal Egemenlik İlköğretim Okulu ve Vestel İlköğretim Okulunda 6 Nisan -18 Mayıs 2005 tarihleri arasında;

1. Öğrencilerin sağlık taramalarını yaparak, sağlık risklerini ve sorunlarını belirlemek, saptanan sorunlara yönelik girişimlerde bulunmak,

2. Daha önceden okul yöneticileri ile birlikte belirlenen konularda küçük grup eğitimleri ile sağlık eğitimi vererek, öğrencilere sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları kazandırmak,

3. Araştırmanın yürütüldüğü okullarda öğretmenlerin sağlık taramalarını yaparak, sağlık eğitimi vermek,

4. Hemşirelik mesleğinin diğer disiplinler ile işbirliğini ortaya koymak amacıyla planlanan ve halen süren bir okul sağlığı hizmet projesidir.

Yöntem: Bu proje Celal Bayar Üniversitesi (C.B.Ü.) Manisa Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanları (2 kişi) ve Hemşirelik Bölümü 4. sınıf öğrencileri (35 kişi) ile yürütülmektedir. Projenin yürütüldüğü 23 Nisan Ulusal Egemenlik İlköğretim Okulu ve Vestel İlköğretim Okulu, Manisa İl Millî Eğitim Müdürlüğü ile birlikte belirlenmiştir. Okulların seçiminde, okulların tam gün eğitim veren okullar olması ve Halk Sağlığı Hemşireliği dersinin uygulaması için gidilen bölgelerde olması etken olmuştur. Projenin yürütülme aşamasında okulların yöneticileri ve öğretmenleri ile sürekli işbirliği sürdürülmektedir. 23 Nisan Ulusal Egemenlik İlköğretim Okulunda 300 öğrenci ve 20 öğretmen, Vestel İlköğretim Okulunda 550 öğrenci ve 33 öğretmen bulunmaktadır. Her iki okulda da hemşirelik öğrencilerinin her birinin sorumlu olduğu ve sağlık taramalarını sürdürdüğü birer sınıfı bulunmaktadır. Sağlık taramaları; boy, kilo, kan basıncı izlemi, beden ısısı, nabız, baş, göz, kulak, burun, boğaz, boyun, dişler, cilt, karın, ürogenital sistem, ekstremiteler, ortopedik muayene ve mental durumun değerlendirilmesi şeklinde yapılmaktadır. Ayrıca ikişerli gruplar halinde daha önceden belirlenen konularda (Bireysel Hijyen ve Önemi, Koruyucu Diş Sağlığı ve Önemi, Sağlıklı Yaşam Biçimi-Beslenme-Uyku-Spor-, Dengeli-Düzenli Beslenme ve Uyku, Spor ve Yaralanmaları, Sigara Alkol ve Zararları, Çevre Temizliği ve Duyarlılığı, Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma, Kazalar ve Önlenmesi ve İlkyardım, İletişim Becerileri ve Etkili İletişim, Ergenlik Dönemi ve Bedensel Gelişmeler -Kız ve Erkek Ayrı-)hazırlanmış eğitimler öğrencilere sınıf ortamında Sağlık Yüksek Okulunun öğrencileri tarafından oyunlarla ve resimlerle anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sektörler arası İşbirliği, Sağlık Eğitimi, Okul Sağlığı, Okul Sağlığı Hemşireliği

MANİSA KENT MERKEZİNDEKİ İKİ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNİN BEBEK VE ÇOCUK İZLEM FİŞİ BİLGİLERİNİN NİCELİKSEL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müjde SERİFHAN İLGÜN¹, Nasır NESANIR¹, Erhan ESER²

¹ *Araş. Gör. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.*

² *Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D*

Amaç: Çalışmada, Manisa İli merkezinde yer alan 2 No'lu ve yarı-kentsel bir bölgede yer alan 4 No'lu sağlık ocaklarında, ebelerce izlemeleri yapılan bebeklerin, izlem fişi bilgilerinin sayısal olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma, Mart-Aralık 2004 tarihleri arasında Manisa İli merkez sağlık ocaklarını kapsayan bir çalışmanın parçası olarak 2 ve 4 No'lu sağlık ocaklarında yürütülmüştür. Halen izlenmekte olan 0-1 yaş arası tüm bebekler çalışmaya dahil edilmiş, 264'ü 2 No'lu ve 252'si 4 No'lu sağlık ocağından olmak üzere 516 bebeğin izlem bilgileri Form 006' lardan elde edilmiştir. Bilgiler araştırmacılarca hazırlanan formlara "işlenmiş" ve "işlenmemiş" olarak 2 kategoride kaydedilmiş, her bebek için tesbit edilen izlem sayısı, Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen, aylara göre bebek izlem sayıları ile karşılaştırılarak "yeterli" ve "yetersiz" olarak belirlenmiştir. Elde edilen veriler SPSS-10.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tüm izlem kartlarında en yüksek oranda kayıtlı bilgiler "bebek doğum tarihi" (%100.0) ve "bebeğin cinsiyeti" (%99.2), en düşük oranda kayıtlı bilgiler ise, "riskli durumlar" (%35.7) ve "akrabalık" (%36.6) bilgileridir. İzlemler her iki ocak bölgesinde toplam % 34.9 oranında , 2 No'lu sağlık ocağı bölgesinde % 60.6 ve 4 No'lu sağlık ocağı bölgesinde %7.9 oranında yeterli olarak bulunmuştur. İki sağlık ocağı bölgesi arasındaki izlem sayısı yeterliliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır (p<0.001). Her iki sağlık ocağı bölgesi arasında, izlem kartlarına yaş, ağırlık, boy, baş çevresi, göğüs çevresi, kol çevresi, fontanel izlemlerinin kaydedilmesi açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Her iki sağlık ocağı ebe izlem kartlarında, kartlarda bulunması gereken hekim imzaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

Sonuç: Elde edilen sonuçlara dayanılarak Manisa İli genelinde bebek izlemlerinin niceliksel açıdan istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Özellikle yarı-kırsal bir bölgede hizmet vermekte olan sağlık ocağında kentsel sağlık ocağına kıyasla izlem sayılarının daha da yetersiz olduğu gözlenmektedir.

YÜKSEK ATEŞ ŞİKAYETİ İLE HASTANEYE YATIRILAN 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN YÜKSEK ATEŞE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE ATEŞLENME DURUMUNDA EVDEKİ UYGULAMALARI

Nesrin ŞEN¹, Dilek ERGİN², Ümit ATMAN³

¹. C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Araş. Gör.

². C.B.Ü. Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Yrd.Doç.Dr.

³. S.B. Moris Şinasi Milletlerarası Çocuk Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, Uzm.Dr.

Amaç: Bu araştırma; yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi düzeylerinin ve ateşlenme durumunda evdeki uygulamalarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Manisa Moris Şinasi Milletlerarası Çocuk Hastanesine yüksek ateş şikayeti ile başvuran ve tedavi edilmek üzere kliniğe yatırılan, 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 çocuğun annesi ile yürütülmüştür. Kesitsel tipteki araştırmanın verileri 8 Mart - 8 Nisan 2005 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; sosyo-demografik özellikler ve annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi düzeyleri ve çocukları ateşlendiğinde evdeki uygulamalarına ilişkin anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 11.0 programında sayı-yüzde dağılımları ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 28,16±0,4'dır. Yüksek ateş nedeniyle hastaneye getirilen çocukların %46'sı 0-1 yaş grubundadır. Ailelerin %54'ü çekirdek aile yapısında, %48'nin sosyal güvencesi SSK, %47'sinin gelir durumu düşük, %75'inin Manisa Merkez'de yaşadığı, %50'sinin Manisa'ya başka bir yerden göç ettiği, bu göçlerin %23'nün Doğu Anadolu Bölgesi'nden olduğu saptanmıştır. Annelerin %58'i ilköğretim mezunu, %23'ü okur-yazar değil, %91'ev hanımıdır. Annelerin %20'sinin daha önce ölen çocuğu olduğu, bu annelerden %3'ünün ise yüksek ateş nedeniyle çocuğunu kaybettiği belirlenmiştir. Annelerin %94'ünün çocuğunu doğumdan itibaren düzenli olarak sağlık kontrolü ve aşılamaya götürdüğü, %66'sının yüksek ateşe ilişkin bilgi aldığı, çoğunluğunun (%19) bu bilgiyi hemşireden aldığı saptanmıştır. Çocuğun ateşlenme durumunda annelerin %46'sı hemen bir sağlık kuruluşuna (%78'nin hastaneye) başvurduğu, %44'ünün ise 1-3 gün çocuğu evde ateşli beklediği, havale geçiren çocuk grubuna bakıldığında %61'nin (çoğunluğunun) annenin 1. veya 2. çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %62'sinin evde termometresi bulunduğu, bunların %90'nı termometre okumayı bildiği, termometre okumayı bilen annelerin hemen tamamı (%89'u) termometreyi aksiler bölgeye uyguladığı bulunmuştur. Ateşlenme durumunda hastaneye başvurmadan önce annelerin %39'unun çocukların kıyafetlerini çıkarma, ılık duş, ılık kompres ve ateş düşürücü şurup/fital uygulamaları yanı sıra çocuğun vücudunu gül suyu, sirkeli su, kolonya ve zeytin yağ içine bebe aspirini, limon suyu, karabiber karışımı ile silme ve demli çayın içine bebe aspirini karıştırıp içirme gibi yanlış geleneksel uygulamalar da yaptıkları saptanmıştır. Annenin eğitim durumu ile evde termometre bulundurma durumu, termometre okumayı bilme, çocuğun ateşlendiğini anlama şekli arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05). Sosyal güvence ile çocuğun ateşlenme durumunda evdeki uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Elde edilen sonuçlar, annelerin çocuğun ateşlenme durumunda hastaneye başvurmadan önce yaptıkları uygulamalarda bilgi eksikliği ve bazı yanlış uygulamalarının olması bu konuya sağlık personelinin daha fazla önem vermesinin gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Yüksek ateş, Ateş düşürücü uygulamalar

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN YÖNETİCİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TÜKENMİŞLİK, İŞ DOYUMU VE STRESLE BAŞ ETME DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Semra AY¹, Nurgül GÜNGÖR² Ferda ÖZBAŞARAN³

¹ Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Öğr. Gör.

² Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Arş. Gör.

³ Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Doç. Dr.

Amaç : Araştırmamızın amacı, Manisa Sağlık Müdürlüğü'ndeki yöneticilerin ve kent merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan sağlık ocağı sorumlu hekimlerinin tükenmişlik, iş doyumunu ve stresle baş etme düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

Yöntem : Araştırma, kesitsel tipte olup, Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocağı sorumlu hekimleri ve Manisa Sağlık Müdürlüğü'ndeki yöneticilerden (N=27) çalışmaya katılmayı kabul eden 21 yönetici ile yürütülmüştür. Veriler, yöneticilerin sosyo-demografik özellikleri, Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTO), Mumford'un iş doyumunu ölçeği ve stresle başa çıkma ölçeğinin yer aldığı anket formu kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin analizi SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde tek değişkenli analizlerde; mann-whitney u ve kuruskall wallis testleri, çoklu analizlerde ise multiple linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yöneticilerin %57.1'i 35 yaş ve altında, %71.4'ü erkek, %81.0'ı evlidir. Yöneticilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Mumford iş doyumunu ölçeği ve stresle baş etme ölçeği alt alanları ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan tek değişkenli analizlerde; yaş ile iş doyumunu ölçeği alt alanlarından inisiyatif kullanımı ve işin sonucunu görme arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05 ve p<0.00). Yaş ile tükenmişlik ölçeği alt alanından kişisel başarı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Yaş ile stresle baş etme ölçeği alt alanından iyimser yaklaşım arasında da anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Cinsiyet ile iş doyumunu ölçeği alt alanından işin sonucunu görme ve stresle baş etme ölçeği alt alanından sosyal destek arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Yöneticilerin medeni durumları ile iş doyumunu ölçeği alt alanından kaynak bulma ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.01). Yöneticilerin gelir durumu ile tükenmişlik ölçeği alt alanından duygusal tükenme arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yöneticilerin tıp fakültesinden mezuniyet süreleri ile iş doyumunu ölçeği alt alanından tanışma ve stresle baş etme ölçeği alt alanı sosyal destek arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Yöneticilerin şu anki görevi ile iş doyumunu ölçeği alt alanlarından kaynak bulma ve iş kontrolü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Yöneticilerin bu görevdeki çalışma süresi ile iş doyumunu ölçeği alt alanlarından insanlarla tanışma ve işin sonucunu görme arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). yöneticilerin daha önce çalıştığı kurum ile iş doyumunu ölçeği alt alanlarından başarı duygusu yaşama ve işi sevmeye arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). yöneticilerin işlerine ait elverişsiz koşullar ile iş doyumunu ölçeği alt alanından rekabet ve tükenmişlik ölçeği alt alanından duygusal tükenme arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05). yöneticilerin çocuk sahibi olmaları ile iş doyumunu ölçeği alt alanından bilgi ve beceri kullanma, tükenmişlik ölçeği alt alanı duygusal tükenme alt alanı ve stresle baş etme ölçeği alt alanı çaresiz yaklaşım arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). yöneticilerin fiziksel sağlık durumu ile iş doyumunu ölçeği alt alanından sorumluluk alma ve stresle baş etme ölçeği alt alanından çaresiz yaklaşım arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Çoklu analizler sonucunda; yöneticilerde yaş arttıkça iş doyumunu ölçeği alt alanı işin sonucunu görme puanları artmaktadır (p<0.00). Yöneticilerin, yaşı arttıkça tükenmişlik ölçeği alt alanı kişisel başarı puanı artmaktadır (p<0.05). Kadın yöneticilerde, iş doyumunu ölçeği alt alanı işin sonucunu görme puanları erkek yöneticilere göre daha yüksektir (p<0.00). evli yöneticilerde ise iş doyumunu ölçeği alt alanı kaynak bulma puanları azalmaktadır (p<0.01). Geliri giderinden az olan yöneticilerde tükenmişlik ölçeği alt alanı duygusal tükenme puanları artmaktadır (p<0.05). Tıp fakültesinden mezuniyeti 6 yıl ve altı süre olan yöneticilerde stresle baş etme ölçeği alt alanı sosyal destek puanları artmaktadır (p<0.01). Manisa Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan yöneticilerde iş doyumunu ölçeği alt alanı kaynak bulma puanları artmaktadır (p<0.05). Daha önce sağlık ocağında görev yapmış yöneticilerde iş doyumunu ölçeği alt alanı başarı duygusu puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yetersiz maaş ve az ücret aldıklarını düşünen yöneticilerde tükenmişlik ölçeği alt alanı duygusal tükenme puanları artmaktadır (p<0.05). Çocuk sahibi olan yöneticilerde iş doyumunu ölçeği alt alanı bilgi ve beceri kullanma puanları artmaktadır ve tükenmişlik ölçeği alt alanı duygusal tükenme puanları azalmaktadır (p<0.01 ve p<0.05). Fiziksel sağlık sorunu olmayan yöneticilerde iş doyumunu ölçeği alt alanı sorumluluk alma puanları artmaktadır (p<0.01).

Sonuç: Araştırmamız sonucunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan yöneticilerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, çocuk sahibi olma, fiziksel sağlık durumları, tıp fakültesinden mezuniyet süreleri, şu anki görevleri ve daha önce çalıştıkları kurum gibi sosyo-demografik özelliklerinin iş doyumunu, tükenmişlik ve stresle baş etme durumlarını etkilediği saptanmıştır.

AYDIN İLİ 8 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN KADINLARDA DOĞUM SONU DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

*Yrd.Doç.Dr.Hilmiye AKSU¹, Öğr.Gör.Hatice ÖNER¹, Ebe Fatma Çakır²,
Araş.Gör.Banu KARAÖZ¹*

¹ *Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu*

² *Aydın İli 8 No'lu Sağlık Ocağı*

Amaç: Araştırma, Aydın İli 8 no'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarda doğum sonu depresyon durumlarının incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Aydın İli 8 no'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan, postpartum 1-4. aylar arasında olan toplam 49 kadına 14-31 Mart tarihleri arasında uygulanmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada postpartum 1.ve 4.aylarda olan toplam 82 kadından 49'una ulaşılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan Bireyi Tanıma Formu ile Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler 11.0 SPSS paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 26, Evlilik yaş ortalamasının ise 18 olduğu görülmüştür. Kadınların %75.5'inin Doğu ve Güney Doğu Bölgesinden göç ettiği, %46.9'unun okur yazar olmadığı, %98'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bunlara ek olarak, bölgede yaşayan kadınların %71.4'ünün son doğumlarını hastanede yaptıkları ve %46.9'unun doğum sırasında herhangi bir sağlık problemi yaşadığı görülmüştür. Kadınların %85.7'si son gebeliğinde fiziksel bir sıkıntı (bulantı, hipertansiyon, ödeme, kanama, kansızlık gibi), %61.2'si ruhsal bir sıkıntı yaşadığını ifade etmişlerdir. Kadınların, %24.5'i son doğumlarını planlamadan, %14.3'de istemeden gebe kaldıklarını ama sonradan istediklerini belirtmişlerdir. Kadınlar, gebelikleri süresince en fazla çocuk bakımından, evdeki işi yükünün ağır olmasından ve ekonomik sıkıntılardan rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar, herhangi bir sorun yaşadıkları zaman en fazla eşlerinden ve kendi ailelerinden yardım istemektedirler. Çalışmamıza katılan kadınlarda, doğum sonu depresyon görülme oranı %38.8 olarak bulunmuştur.

Tartışma: Doğum sonu depresyon, annelerin %5-25'ini etkileyen bir sorundur. Araştırmamızda depresyon görülme oranı %38.8 olarak bulunmuştur. Bu oranın yüksek bulunmasında çalışmamıza katılan kadınların çoğunun ülkemizin doğu bölgesinden göç etmiş olmaları, göç nedeniyle kendi ailesi ve akrabalarından uzakta yaşıyor olmaları sosyal desteklerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte gebelikleri süresince ruhsal ve fiziksel sıkıntı yaşamış olmaları, çocuk bakımı ve evde iş yükünün ağır olması ile birlikte maddi yetersizlikler, depresyon görülme oranını etkileyebileceğini düşünülebilir. Sağlık personelinin özellikle ebe ve hemşirelerin doğum sonu ev ziyaretlerinde kadınlara psikolojik destek ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.