TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2012

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ (HASUDER)

ISBN: 978-975-97836-2-4

TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU
HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
2012

Dernek web:

http://hasuder.org.tr, http://hasuder.org

Derneğimizin online yayın ve hizmetleri:

1. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi (http://hasuder.org.tr/ojs/index.php/TJPH)
2. Halk Sağlığında Gündem (http://bulten.hasuder.org.tr/index.php/hg)
3. Halk Sağlığı Okulu ve E-Kütüphane (http://halksagligiokulu.org)

Dernek adres:

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği,
Tunus Cad No: 59/5 Çankaya/ANKARA
Tlf: 5559920332

ISBN 978-975-97836-2-4

9 789759 783624

HALK SAĞLIĞI
UZMANLARI DERNEĞİ
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI RAPORU

2012

EDİTÖRLER

Prof.Dr. Melikşah Ertem

Karşıyaka Halk sağlığı Laboratuvarı

Doç.Dr. Tacettin İnandı

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Gamze Çan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Alp Ergör

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Doç.Dr. C. Tayyar Şaşmaz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı AD

Doç.Dr. Ferruh Ayoğlu

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Uz.Dr. Mine Kaya

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erken Uyarı Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanlığı

ISBN
978-975-97836-2-4

ÖNSÖZ

Değerli okuyucular...

Bu raporla ilgili çalışmalar 2011 yılında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yönetim Kurulunun aldığı bir kararla başladı. Bu kararı alırken, halk sağlığı bilimi açısından Türkiye'de olup bitenleri değerlendirmek, topluma, bilim çevrelerine ve yöneticilere halk sağlığı sorunlarının görülmesi ve çözümüne ışık tutmak arzu edilmiş idi.

Türkiye Sağlık Raporu ile, halk sağlığı camiası olarak bir ilki gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle yazar ve editörler başta olmak üzere rapora katkı veren herkese teşekkür ediyor topluluğumuzu kutluyorum.

Bu raporun hazırlanmasında ilk olması nedeni ile de önemli zorluklar yaşandı. Elimizde bir standardın olmayışı, sayfa sayısı sınırlaması, yöntem vb. konularında çalışma yapmamızı gerektirdi. Bu nedenle bazı kurallar rapor yazımı sırasında geliştirildi veya değiştirildi. Bir şeyleri ilk defa gerçekleştiriyor olmaktan kaynaklı zorluklar yaşandı.

Türkiye'de sağlık alanında son yıllarda çok önemli değişiklikler yaşandı. Hem hizmet alanlar, hem bu alandan çalışanlar hem de hizmet sunanlar bakımından çok önemli değişimler yaşandı. Sosyal güvenlik sistemi ve sağlık çalışanlarına ödeme yöntemi değişti.

Öte yandan Türkiye'nin geçmişten bu yana en zayıf olduğu noktalardan biri de veri toplama konusu idi. Bu iki durum bir araya geldiğinde bu kadar geniş bir alanı kapsayan rapor yazmak oldukça güç oldu. Yazar ve editörlerimizin hoşgörüsü ve fedakar çalışmaları ile hepsi aşıldı.

Türkiye Sağlık Raporu; i.Türkiye 'de sağlık politikaları ve sağlık hizmet alt yapısı, ii. Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar, iii. Türkiye'de Çevre Sağlığı, iv. Türkiye'de Tütün Kontrolü, v. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, vi. Türkiye'de Üreme Sağlığı, vii. Türkiye'de Çocuk Sağlığı, viii. Türkiye'de İş Sağlığı Ve ix. Türkiye'de Yaşlı Sağlığı olmak üzere toplam dokuz bölümden oluşmaktadır.

Bölüm editörleri olarak Prof. Dr. Ayşe Akın, Prof. Dr. Dilek Aslan Prof. Dr. Nazmi Bilir, Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak, Doç. Dr. Bülent Kılıç, Yrd. Doç. Dr. Öner Kurt, Prof. Dr. Işıl Maral, Prof. Dr. Hilal Özcebe, Öğr. Gör. Ahmet Soysal, Doç. Dr. Ferdi Tanır ve Prof. Dr. Belgin Ünal görev aldı. Editörlerimize halk sağlığı alanına yaptıkları bu değerli katkılardan dolayı çok teşekkür ediyorum.

Raporla ilgili değerlendirmeleri okuyucular yapacaklardır kuşkusuz. Ancak bizler bu raporla gelecek açısından daha umutluyuz. Dileğimiz bu raporun iki yılda bir daha iyi bir nitelikle yayınlanmasıdır. İlerleyen dönemlerdeki raporumuzun, bu ilk rapordan elde ettiğimiz deneyimlerle daha da iyi olacağına inanıyoruz.

Raporda yazılanlar ve görüşler öncelikle yazarlara aittir. Yönetim kurulu olarak bu yazılara müdahale edilmemiştir. Bu nedenle raporu HASUDER'in bir resmi görüşü olarak algılamamak gerekir. Bu nedenle yazılar arasında da farklı görüşler olabilir. Bu durum bir çelişkiden ziyade zenginlik olarak da algılanabilir. Bir anlamda çok seslilik örneği gibi değerlendirilebilir.

Raporu ilgi ile okuyacağınızı umuyor, görüş, öneri ve geri bildirimlerinizi bekliyoruz.

Tacettin İnandı
Başkan, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yönetim Kurulu Adına

Çok değerli meslektaşlarımız,

Halk sağlığı çalışanları olarak ülkemizde sağlık hizmetlerinin durumunu ortaya koymak amacıyla pek çoğunuzun katkı sunduğu bir rapor hazırlamayı hedeflemiştik. Bu raporda sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmelerin yanında geliştirilmesi gereken noktaları tanımlayacaktık. Raporun hazırlanmasında halk sağlığı akademisyenleri, çalışanları, araştırmacılarının yaptığı araştırma bulgularına yer vermeyi istedik. Sizlerin yoğun emekleri sayesinde raporumuz tamamlandı. İlgili kişi, kurum ve kuruluşların kullanımına sunuldu. Bugün ortaya koyduğumuz bu çok değerli raporu iki yılda bir tekrarlamayı istiyoruz. Bu sayede sağlık hizmetlerindeki gelişimi çok daha somut bir şekilde ortaya koyabileceğimize inanıyoruz.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde gerçekten önemli gelişmelerin olduğu yoğun bir süreç içindeyiz. Bu dönemde yayınlamaya başladığımız "HASUDER-Türkiye Sağlık Raporunun" tüm ilgililere rehber olacağına inanıyoruz. Amacımız sadece olumlu gelişmeleri tanımlamak değil geliştirilmesi gereken noktalara da dikkat çekmek olduğunu belirtmek isteriz. Nitekim sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısında, yapılan hizmetlerde, plan, proje ve programlarda olumlu bulduğumuz değişimler, gelişmeler yanında geliştirilmesi gereken durumlar olduğu da bir gerçektir. Raporda yer alan eleştirilerin amacının ülkemize daha iyi, kaliteli, kapsayıcı, ulaşılabilir hizmetlerin sunulması ve ülkemizin sağlığının geliştirilmesi olduğunu vurgulamak isteriz.

Her şeyden önce ülkemizde, yararına inandığımız olumlu gelişmelerden söz etmek gerekir:

- Tütün ve tütün ürünleri kontrol çalışması: Ülkemizde çıkarılan yasa çağdaş ülkelere bile örnek olmuştur. Yasa ve uygulamalar sayesinde sigara içme sıklığı %30dan %25'e düşmüştür. Ülkemiz DSÖ'nün tütün ile mücadele kriterlerinin tamını uygulayan nadir ülkelerden biri olmuştur. Türkiye tütün mücadelesinde Dünyada 4. Ülke konumuna ulaşmıştır.
- Tek elden hizmet ilkesine uygun olarak SSK Hastanelerinin devlete devredilmesi: Bu durum tek elden hizmet ilkesine, finans kurumu ile hizmet kurumunun ayrı olması gerekliliğine de uygundur. SSK hastanelerinin mülkünün SGK kurumunda kalmamış olması bu uygulamanın olumsuz özelliğidir. SSK hastanelerinin devlet hastanelerine dönüştürülmesi ilerde özelleştirileceği endişesini doğursa da günümüze kadar bu yönde bir durum oluşmamıştır.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun (THSK) kurulması. Halk sağlığını ilgilendiren konularda çok daha yetkin bir kurumun kurulması olumlu bir gelişmedir.
- THSK Başkanlığı altında yıllardır eksikliği sorun olan çalışan sağılığı ve güvenliği biriminin (daire başkanlığının) kurulması.
- THSK Başkanlığı altında ülkemizde erken uyarı yanıt sisteminin kurulması.
- Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) kurulması. Sağlık hizmetlerinin bütünsel yaklaşımı içinde topluma yönelik hizmetlerin yürütülmesinde aile hekimleriyle işbirliğiyle TSM'ler işlevselleşmektedir.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile yapılan hizmetlerin çok daha nitelikli bir şekilde kayıt edilebiliyor olması.
- Halk Sağlığı Uzmanlarının durumu:
    - Halk Sağlığı Müdürlerinin, halk sağlığı uzmanlarından seçilmesi. 14 ilin halk sağlığı müdürü halk sağlığı uzmanlarından seçilmiştir.
    - TSM sorumlu hekimlerinin halk sağlığı uzmanlarından seçilmesi gerekliliğinin yönetmelikte yer alması

  - Halk sağlığı uzmanlarının ek ödeme katsayılarının yüksek tutulması
  - Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında halk sağlığı uzmanlarının önemli görevler üstleniyor olması. Bu durumun her geçen gün olumlu yönde gelişmesi.
  - Sağlık Bakanlığına ait araştırma görevlisi kadrolarının Halk Sağlığı Anabilim Dallarına tahsis edilmesi

- Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklarla Mücadele Daire Başkanlığının kurulması ve ülkemizde obezite, diyabet ve hipertansiyon önemli çalışmaların başlatılmış olması
- Grip Pandemisi hazırlık çalışmalarının başarılı olması ve H1N1 grip pandemisinde gerek izleme değerlendirme gerekse hızlı yanıtta başarıların olması
- Bağışıklama hizmetlerinde olumlu gelişmeler: Gerek bağışıklama oranlarının iyileşmesi, gerekse genişletilmiş bağışıklama programına 13. Antijenin eklenmiş olması
- UMKE ve 112 hizmetlerinin olağan dışı durumlara hızlı yanıt konusunda başarılı olması.
- Olağan Dışı Durumlar ile ilgili olarak tüm illerin planlarının hazır olması. Örneğin: Van depreminde ODD hazırlık çalışmaları kapsamında Erciş Devlet Hastanesinde hastane boşaltma tatbikatı yapıldıktan bir hafta sonra deprem olmuştur. Hazırlık çalışmaları DSÖ inceleme grubu tarafından olumlu bulunmuştur.
- Tam gün yasasının çıkması: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine ilişkin düzenlemeye en büyük zararı veren tam gün çalışmama durumuydu. Tam gün yasasıyla hekim emeğinin özel sektörün sömürüsüne açık kalmasını engellemeye yönelik yeniden düzenlemeler gerekmekle beraber hekimlerin tam gün çalışması prensip olarak olumlu bir gelişme olmuştur.
- Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinde iyileşmelerin olması: Günümüzde sadece TC kimlik numarasıyla sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı sunulmaktadır. Bununla beraber SGK primlerini ödeyemeyenlerin hizmetlere ulaşımında sıkıntı olabileceği endişesi yaşanmaktadır. SGK primlerini ödeyebilse bile katkı payı adı altında cepten ödemeler istenmeyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Türkiye Tıbbi İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması. Bu kapsamda yapılan örneğin ilaç karekot sistemi ile tüm ilaçların son kullanıcıya kadar izleniyor olması oldukça yararlı bir uygulamadır.
- Evde Bakım hizmetlerinin kurulması ve uygulamalara başlanması

Tüm bunların yanında geliştirilmesi gereken bazı durumlar da söz konusudur:

- Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğünün kurulması: Aslında Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun bir işlevi olan sağlığı geliştirme ayrı bir genel müdürlük olarak örgütlenmesinin sakıncaları olabilir.
- Aile planlaması, güvenli annelik gibi üreme sağlığı hizmetlerinde gelişmelerin endişe verici olması

- Aile hekimlerinin sınırlı bir ekiple çalışması geliştirilmesi gereken bir durumdur. Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilen değişik disiplinlerden sağlık çalışanları ile bu eksiklik kapatılmaya çalışmaktadır.
- Kamu Özel Ortaklığı adı altında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine zemin hazırlayıcı uygulamaların olması
- Performans uygulaması ile Tıp Fakültelerinde çalışan klinik öncesi branş hocalarının değersizleştirilmesi.
- Kamu sağlık harcamalarında özel sektöre ayrılan payın giderek artması.
- Sadece hastane değil tüm sağlık kuruluşlarında taşeron firmalarca hizmetlerin sürdürülmesi. Bu durum çalışan sağlığı ve güvenliğini tehdit etmesi yanında emeğin sömürüsüne de neden olmaktadır.
- Gelir düzeyi düşük olan bireylerin SGK pirimlerinin devlet tarafından karşılanması için belirlenen sınır gelir düzeyinin düşük tutulması. Bu durum hizmetlerin kapsayıcılığını olumsuz etkileyen bir durum olabilir.

Raporumuzda ülkemizdeki gelişmeleri aşağıdaki 9 başlık altında irdelemeye çalıştık.

1. Türkiye ‘de sağlık politikaları ve sağlık hizmet alt yapısı
2. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar
3. Türkiye’de Çevre Sağlığı
4. Türkiye’de Tütün kontrolü
5. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
    a. Kanserler
    b. Kalp damar hastalıkları,
    c. Diyabet, obezite
    d. Ruh Sağlığı
6. Türkiye’de üreme sağlığı
7. Türkiye’de çocuk sağlığı
8. Türkiye’de iş sağlığı
9. Türkiye’de yaşlı sağlığı

Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam bölümü Doç.Dr. Bülent Kılınç’ın editörlüğünde altı bilim insanı tarafından hazırlanmıştır. Bu bölümde ülkemizde özellikle son on yılda “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinin örgütlenme, finansman, hizmet sunumu ve istihdam üzerine etkisi incelenmiştir.

Pala tarafından ülkemizde 1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde de kamusal sağlık hizmeti anlayışından uzaklaşıldığı ve bu alanın serbest piyasa koşullarına göre düzenlendiği belirtilmektedir. Raporda bu dönüşüm sonrasında ülkemizde sağlık hizmet talebi ve finansmanının katlanarak arttığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sözleşme ile çalışan aile hekimleri tarafından verildiği, devlet hastanelerinin Kamu Hastane Birlikleriyle özerkleştirildiği ve devletin sağlık hizmet sunumu ve finansmanından büyük oranda çekildiği ifade edilmektedir.

Akgün tarafından 2004 yılında pilot uygulaması başlanan aile hekimliği modelinin 2012 yılında ülkemizin tamamında uygulanmaya başlandığı belirtilmektedir. Bu bölümde aile hekimi başına ortalama 3700 kişinin düştüğü ve bu kişi sayısının aile hekimliği sistemini uygulayan diğer ülkelere kıyasla iki kat daha fazla olduğu, 15 yaş üzeri nüfusun yarısından fazlasının son bir yıldır aile hekimine gitmediği, bazı riskli grupların izlemlerinin yetersiz olduğu, buna karşın performans kriterleri içinde yer alan bağışıklama hizmetlerinde kapsayıcılık oranının %95'in üzerinde olduğu rapor edilmektedir.

Ayoğlu tarafından ülkemizde yataklı tedavi kurum sayısı ve hastane yatak sayısı ile beraber bu kurumlarda yapılan operasyon sayılarının yıldan yıla artarak, 2010 yılında yıllık 8.6 milyon ameliyat sayısına ulaştığı belirtilmektedir. Bu sonuca göre, ülkemizde son bir yılda her on kişiden birinin küçük veya büyük bir operasyon geçirdiği görülmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmete sektörel düzeyde bakıldığında, her geçen yıl devlet hastanelerinin payının azalırken, özel hastanelerin payının arttığı görülmektedir.

Kılınç, tarafından kaleme alınan finans bölümünde, sağlık hizmetlerinin finansmanı için Genel Sağlık Sigortasının kurulduğu, kişi başı aylık geliri asgari ücretin üçte birinden fazla olanların genel sağlık sigortası pirimi yatırmak zorunda olduğu, 2003 yılında 24 milyar TL olan toplam sağlık harcamasının 2012 sonunda 99 milyar TL'ye çıkacağı ifade edilmektedir. Bununla beraber aynı dönemde cepten yapılan harcamaları da 3 milyar TL'den 19 milyar TL'ye çıkacağı tahmin edilmektedir.

Etiler, tarafından sağlıkta dönüşüm programıyla beraber ülkemizde sağlıkta istihdam modelinin de değiştiği, sağlık çalışanlarının farklı memur statülerinde çalıştırıldığı, temizlik ve yemekhane işleriyle başlayan taşeron çalışma şeklinin genişleyerek direk sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarını da kapsadığı ve performansa dayalı ücretlendirmenin sağlık çalışanları arasında derin farklılıklar yaratarak iş barışını bozduğu rapor edilmektedir.

Raporun son bölümünde Özgülnar tarafından tıp eğitiminin niteliğini artırmak için ulusal düzeyde çalışmalar yürütülürken, buna paralel olarak tıp fakültesi ve öğrenci kontenjanlarının artırılmasının tıp eğitimini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir. Bu bölümün devamında ülkemizde halk sağlığı insan gücü planlaması ve eğitimlerinin standart hale getirilmesine ihtiyaç bulunduğu rapor edilmektedir.

Bulaşıcı hastalıklar bölümünün editörlüğü Prof.Dr. Işıl Maral, Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak ve Yrd.Doç.Dr. A.Öner Kurt tarafından yapılmıştır. Raporda hava yoluyla bulaşan, su ve besinlerle bulaşan, zoonozlar, vektörlerle bulaşan, parazit enfeksiyonları, bulaşıcı hastalıklarla savaşta insangücü ve örgütlenme, bulaşıcı hastalıkların bildirimi başlıklarından oluşmuştur. Rapor yazımında 19 akademisyen görev almış, elde edebildikleri kadarıyla TC Sağlık Bakanlığı verilerini, halk sağlığı çalışanlarının yaptıkları araştırmaları kullanarak bu değerli belgeyi oluşturmuşlardır.

Hava yoluyla bulaşan enfeksiyonlar açısından tüberküloz hastalığının her geçen yıl giderek azaldığı, Doğrudan Gözetimli Tedavi oranının 2010 yılında %97,9 olduğu, yeni olgularda başarı oranının %92,5 olduğu belirtilmiştir. Çok ilaca dirençli olgu oranı yeni hastalarda %2.7, önceden tedavi görmüş hastalarda %20.5 ve tüm hastalarda %5.1 olduğu kayıt edilmiştir. Ülkemizdeki verem savaş dispanseri, göğüs hastalıkları hastaneleri ve buralarda çalışan sağlık personeli bakımından yeterli denilebilecek düzeyde olunduğu vurgulanmıştır. DGT protokolünün uygulanmasındaki güçlükler, sağlık personeli ve eğitim yetersizlikleri, bireyin tedaviye uyumsuzluğu, alt yapı eksiklikleri, risk altındaki grupların korunmasındaki sıkıntılar gibi nedenlerle verem hastalığının ülkemiz için halen daha sorun teşkil edebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Raporun bu bölümünde ülkemizin grip pandemisine hazırlığı değerlendirilmiştir. Bu kapsamda 2009 yılı sonlarında ortaya çıkan H1N1 pandemik influenza salgını değerlendirilmiştir. 2005-2006 yılları arasında yaşanan kuş gribi salgınının önemli bir deneyim ve birikim sağladığı bununla beraber bundan önce yeterli önlemlerin olmadığı vurgulanmıştır. 2009 yılında yaşanan H1N1 pandemik grip salgınının detaylı bir şekilde incelendiği çeşitli araştırma bulgularıyla açıklanmıştır.

Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar kapsamında TC Sağlık Bakanlığının verilerine 2006 yılına kadar yapıldığı şekliyle yeterli detayda ulaşılamadığı ve 2005 yılındaki bildirim sistemindeki düzenlemeden sonra su ve besinlerle bulaşan hastalıklarda keskin bir düşüş kayıt edildiği yazılmıştır. Bununla birlikte su ve besinlerle bulaşan hastalıklar için önemli bir örnek olan tifo hastalığının morbidite ve mortalitesinde yıllar içinde belirgin azalma olduğu gösterilmiştir. Tifo hastalığındaki bu belirgin düşüşte belediyecilik hizmetlerinin, Köy-Des projesinin ve bildirim sistemindeki değişikliğin önemli olduğu vurgulanmıştır. Sularda, gaita örneklerinde, gıdalarda yapılan pek çok çalışmaya atıfta bulunan rapor ülkemizde tifonun önemli bir sorun olduğunu göstermiştir.

Shigellozis raporda irdelenen bir diğer su ve besinlerle bulaşan hastalık olmuştur. Ülkemizde çeşitli illerde yapılan kanlı ishal olgularının değerlendirmesi çalışmaları örneklerinde shigellozisin giderek azalsa da önemini koruduğuna değinilmiştir.

Ülkemizde kolera olguları bildirimi olmadığı ancak ülkemize Avrupa'dan gelen bazı turistlerde kolera saptandığı, Ankara ilinde kolera salgını yaşandığı yolunda TTB'nin yayınlarının olduğu belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizde nüfusumuzun %99 'u sağlıklı içme ve kullanma suyuna ulaşabilmekte olduğu şeklindeki yayının gerçeği yansıtmadığı durumun bundan daha kötü olduğuna değinilmiştir. Ülkemizde nüfusun beşte birinin şebeke suyuna ulaşamadığı ve kanalizasyon sistemi yaygınlığının da yetersiz olduğu tespitinde bulunulmuştur. Ülkemizde paketlenmiş su tüketiminin giderek yaygınlaştığı bunun da gelişmemişliğin belirtisi olduğu vurgulanmıştır.

Bunun yanında Giardiazis, Hepatit-A, Leptospirozis, EHEC, Creutzfeldt-Jacop hastalığı, Yersiniozis gibi su ve besinlerle bulaşan hastalıkların ülkemizdeki durumu ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

Raporun bir diğer başlığı Zoonotik Hastalıklardır. Bu kapsamda Brcellozis hastalığının ülkemizdeki durumu Sağlık Bakanlığı verilerine dayanılarak açıklanmıştır. Buna göre ülkemizde giderek azalmakla birlikte 2010 yılında %53'ü Doğu Anadolu Bölgesinde olmak üzere 7703 Brucella olgusu kayıt edilmiştir. Ülkemiz Brucellanın sık görüldüğü ülkelerden biri olduğu belirtilmiştir.

Kutanöz Leishmaniazis'in başta Şanlıurfa olmak üzere özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde endemik olarak görüldüğü ifade edilmiştir. Yıllar içinde azalma eğiliminde olan olgu sayılarında 2008 yılı itibariyle artış yaşandığı rapor edilmiştir. Bunun yanında ülkemizde Şarbon'un giderek azaldığı, olguların %44'ünün İç Anadolu Bölgesinde olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde Tularemi sayılarında yıllar içinde artış olduğu, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinde (iki bölgenin toplamı %79.4) daha çok kırsal alanlarda görüldüğü rapor edilmiştir. Raporda ayrıca toksoplazmozis, leptospirozis, kist hidatik hakkında bilgiler verilmiştir.

Ülkemizdeki vektörlerle bulaşan hastalıklar kapsamında sıtma, veba, Q ateşi, SARS, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virüs, Batı Nil Hastalığı, Lyme hastalığı gibi hastalıkların durumu detaylı olarak irdelenmiştir.

Ülkemizdeki parazit hastalıklarının durumu da irdelenmiştir. Ülkemizde parazit türlerinin dağılımına ilişkin yeterli veri olmadığı, toplam parazit sıklığı açısından araştırma bulgularının olduğuna değinilmiştir. Marmara Bölgesinde % 10-34, Karadeniz Bölgesinde % 54-94, Ege

Bölgesinde % 12-40, Akdeniz Bölgesinde % 55-80, iç Anadolu Bölgesinde % 50-75, Doğu Anadolu Bölgesinde % 60-94 ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde % 64-96 sıklığında olduğu belirtilmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde insan gücü ve örgütlenme bakımından ülkemizde yetersizliklerin olduğu yapılan araştırma bulgularıyla ortaya konuştur. Bunun yanında Sağlık Bakanlığının bulaşıcı hastalık kontrolünde çalıştırılacak personelin eğitimlerini sürdürdüğü ve bu eğitimlerin yararına vurgu yapılmıştır. Bulaşıcı hastalıklar kontrolünde çok daha fazla halk sağlığı uzmanının görevlendirilmesi gerekliliğine değinilmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde ana unsur olan sürveyans çalışmalarının ülkemizde önemli bir yol aldığını bununla beraber halen yapılması gereken işlerin olduğu vurgulanmıştır. 2005 yılında yürürlüğe giren bulaşıcı hastalıkların sürveyansı programı çok olumlu bir gelişme olmasına karşın bu programda geliştirilmesi gereken noktalar yazılmıştır.

Raporumuzun Öğr.Gör. Ahmet Soysal'ın editörlüğünde Yrd.Doç.Dr. Çiğdem Çağlayan, Doç.Dr. Raika Durusoy ve Uzm.Dr. Nurhan M. Acımış'ın da katılımı ile hazırlanan "Çevre" bölümü, su, katı atıklar, hava kirliliği, sanayi ve çevre, madencilik ve çevre, fosil yakıtlar alt başlıklarının yanı sıra okuyucuya konuya yönelik yasal düzenlemelerinin de geniş bir listesini sunuyor. Bir yandan kentleşme ve sanayileşmenin kuralsız ve düzensiz gelişiminin doğal kaynaklar üzerinde yarattığı olumsuz baskıyı ve çevresel sorunları yazarların özenli ve titiz çalışmaları ile vurgulayan bölüm, diğer yandan da ulusal düzeydeki çalışma ve istatistikleri uluslararası çalışmalarla harmanlayarak okuyucuyla paylaşıyor.

Türkiye Sağlık Raporumuzun önemli başlıklarından biri de Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü, Bugünü, Yarını olmuştur. Tütün Kontrolünün anlatıldığı bu bölümün editörlüğünü Prof. Dr. Nazmi Bilir yapmış ve altı farklı yazar hocamız görev almıştır. İlk bölümde tütün üretiminin tarihçesi, tütün ürünlerinin tipleri, tütünün içindeki insan sağlığına zararlı maddeler hakkında bilgi verilmiştir. Ülkemizde tütün üretimi 1940'lardan itibaren başlamış 1980'lerden sonra tütün politikamızda önemli değişimler olduğu yazılmıştır. Daha önce TEKEL tarafından yapılan üretim, satış, depolama ve diğer işler yıllar içinde tamamen yabancı firmaların eline geçmiş olduğu vurgulanmıştır.

Tütün ürünlerinin sıklığının da irdelendiği bölümde ülkemizde tütün kullanım sıklığının kadınlarda %15,2, erkeklerde % 47,9 toplamda %31,2 olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda nargile içiciliği gençlerde %8,1; pasif sigara dumanına maruz kalma %38 olduğu rapor edilmiştir. Sigara içme sıklığı sağlık çalışanlarında %30; öğretmenlerde %48; gazetecilerde %64; şoförlerde %74 olduğu yazılmıştır.

Tütün kontrolünde günümüzdeki aşamaya gelinceye kadar geçen sürecin değerlendirildiği bölümde ülkemizin tütün ürünlerini üreten ve ihraç eden bir ülke olduğumuza değinilmiştir. 1992 tarihinde düzenlenen Sigara ve Sağlık konulu toplantı ile tütün mücadelesinde önemli bir adım atıldığı, 1995 yılında SSUK'un kurulması, 1996 yılında Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" (No 4207)'un çıkarılması gibi önemli aşamaların tütün mücadelesine önemli katkılar sağladığı belirtilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmış olması, buna bağlı olarak Ulusal Tütün Kontrol Programının hazırlanması, 2008 yılında da 4207 sayılı yasanın kapsamının genişletilmesinin sağlanması tütün mücadelesindeki bugün kü duruma gelmemizi sağlayan unsurlar olduğu yazılmıştır.

Tütün kontrolü uygulamalarının da sunulduğu bölümde ülkemizdeki tütün kontrolü uygulamalarının tarihi süreci anlatılmıştır. TAPDK'nın kuruluşu ve yapısı, Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planı ve 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" çıkarılması, il tütün kurullarının kurulması, sigara cezalarının nasıl düzenlenip uygulanacağını içeren yasanın revize edilmesi irdelenen konulardan bazılarıdır. Bu bölümde ayrıca tütün endüstrisinin tütün kullanımını arttırmak ve ülkelerde çıkan yasalara karşı geliştirdikleri stratejilere de değinilmiştir. Tüm bunlara karşılık ülkemizdeki tütün mücadelesinde geliştirilen yöntemler sıralanmıştır.

Tütün kontrolü uygulamaları sonucunda ülkemizde tütün kullanım sıklığında azalmaların olduğu, satılan sigara miktarında düşüşlerin gözlendiği, kapalı ortam partikül yoğunluğunda azalmaların saptandığı, tütün kullanımının sürdüğü müessese sayısının azaldığı, ikram sektöründe çalışan bireylerin tütün etkilenim göstergelerinde önemli düşüşlerin olduğu, acillere müracaat eden sigara nedenli olgu sayılarında düşmelerin kaydedildiği sonuçları rapor edilmiştir.

Raporda tütün kontrolünde Dünya Sağlık Örgütünün de rolü özetlenmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve sözleşmesinin dünyada 174 ülke tarafından kabul edildiği ve parlamentolarından geçirdiği vurgulanmıştır. DSÖ nün 6 uygulamayı içeren MPOWER politika paketi hazırlanıp yaygınlaştırılmasının da tütün kontrolünde etkili olabileceği belirtilmiştir.

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar bölümü Prof.Dr. Belgin Ünal editörlüğünde yazılmıştır ve Bölümün ilk yazısı kalp damar hastalıkları üzerinedir. Ülkemizde kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızı konusunda geçerli ve güncel bilgilerin yetersizliğine, kadınlardan koroner kalp hastalığından ölümlerin yüksekliğine vurgu yapılmaktadır. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalite hızı erkeklerde yüz binde 701-800 arasında, kadınlarda yüz binde 401-500 arasında verilmiştir.

Risk faktörleri arasında sigaranın önemine vurgu yapılmış ve Türkiye'de tütün kullanımının çok yaygın olduğu ve ulusal düzeyde tekrarlanan araştırmalar gerektiği ileri sürülmüştür. Sigaradan sonra yüksek kolesterol sıklığı ve yüksek tansiyona ilişkin çalışmalar özetlenmiştir. Obezite sıklığının Türkiye'de artış eğiliminde olduğuna vurgulanmıştır.

Kanserler başlığı altında "Türkiye'de 2004-2006 yılları verilerine göre erkeklerde insidans (deri hariç)100 binde 246, kadınlarda 100 binde 164 " olarak bildirilmiştir. Kadınlarda tiroid ca ilk onda yer almasına dikkat çekilmiştir. Erkeklerde akciğer ve larinks kanseri % 41.2 ile ölüm sıralamasında ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Kadınlarda da akciğer ve larinks kanseri % 12.9 ile sırada yer alırken % 12.7 ile meme kanseri ikinci sırada yer almıştır.

Ruh sağlığı başlığı altında toplum içinde psikiyatrik yardım gerektirir ruhsal bozuklukların %20'nin üzerinde olduğunu, hastalık yükü bakımından nöropsikiyatrik hastalıkların her iki cinste de ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir. Türkiye ruh sağlığı sisteminin sorunları arasında; hastane temelli ruh sağlığı hizmeti yürütülmesi, Avrupa ülkeleri arasında en düşük psikiyatri yatağı oranına sahip olması, çocuk psikiyatr sayısının Avrupa ülkeleri içinde en düşük oranda olması, kronik psikotik hastalar için bir bakım sisteminin olmaması, ruh sağlığı yasasının olmaması, belirli aralıklarla yapılan, birbirleriyle karşılaştırılabilir epidemiyolojik çalışmaların yapılamaması sayılmıştır.

Türkiye Sağlık Raporu Üreme Sağlığı Bölümü editörlüğü Prof.Dr. Ayşe Akın tarfından yapılmıştır. Bölümde Prof.Dr. Ali Ayhan, Prof.Dr. Dilek Aslan, Dr. Nihal Bilgili, Dr. M.Ali Biliker, Doç.Dr. Polat Dursun, Yar Doç.Dr. Nüket Paksoy Erbaydar, Op.Dr. Murat Gültekin, Dr. Sare Mıhçıokur, Prof.Dr. Şevkat Bahar Özvarış ve Psk.Ezgi Türkçelik yazarlık yapmışlardır.

Bu bölüm içerisinde; Türkiye'de, ergen / genç üreme sağlığı / cinsel sağlık sorunları ve bu alandaki gelişmeler, anne ölümleri, istenmeyen gebelikler ve düşükler, aile planlaması, kadın

genital kanserleri, ileri yaş dönemi kadınlarla ilgili "menopoz, osteoporoz ve kardiyovasküler sorunlar ve gelişmeler, Türkiye'de tütün kullanımı ve kadın sağlığı: sorunlar, gelişmeler, Türkiye'de toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, sorunlar, gelişmeler ve Türkiye'de kadına yönelik şiddet konuları yer almaktadır.

Raporda üreme sağlığı kavramının 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda ilk kez ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olduğu belirtilmekte dünya'da ve Türkiye'deki mevcut üreme sağlığı durumu ve sorunları tanımlanmaktadır.

Türkiye'de doğurganlıktaki düşüşün devam ettiği, doğurganlık düzeyindeki bölgesel farklılaşmanın çok belirgin olduğu ve en yüksek toplam doğurganlık hızı 3.27 ile Doğu Bölgesi için gözlenirken en düşük doğurganlık hızı 1.73 ile Batı Bölgesi'ne ait olduğu görülmektedir. Türkiye'de 2008 yılında, evli kadınların %27.6'sı 16-19 yaş arasında evlenmiştir. Ergen dönemde olan kadınların yüzde 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. 2008 yılında 19 yaşındaki ergenlerin %9.4'ü anne olmuştur. 15-49 yaş evli çiftlerin %73'ü herhangi bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Etkili yöntem kulanlar %46, geleneksel yöntem kullananlar ise %27'dir. Doğum yapan gebelerin % 92'si en az bir Doğum öncesi Bakım (DÖB) alırken %8'i gebelikleri süresince hiç DÖB almamıştır. Bunun anlamı Türkiye'de bir yılda 103 400 kadın gebelik süresince DÖB hizmetine ulaşamamaktadır.

Üreme sağlığı konusunda ergenlerin unutulmaması gerektiği ve ergenlik dönemine ait üreme sağlığı sorunları tanımlanmıştır. Anne ölümleri konusuna yer verilmiş mevcut çalışmalar doğrultusunda konuya ışık tutulmuştur. Güvenliksiz gebelik sonlandırma, 1983'teki yasadan beri Türkiye'de bir sorun olmaktan çıktığı, düşüğün hiçbir koşulda aile planlaması yöntemi olmadığı, özellikle güvenli olmayan düşük uygulamalarının önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu istemeden gebe kalmış kadınların güvenilir bilgiye ve şefkatli danışmanlığa hemen ulaşabilmeleri sağlanması gerekli açıklanmıştır.

Menapoz sonrası dönem kadın sağlığı sorunları, kanserler ayrı başlıklar halinde incelenmiştir. Kadın tütün ve pasif etkilenimi irdelenmiş, kadına yönelik şiddet konularında mevcut durum ve düzenlemeler gözden geçirilmiştir. Türkiye'de toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, sorunlar, gelişmelere yer verilmiş kadının statüsü eğitim, işgücüne katılım, siyasete katılım gibi başlıklar mevcut durum ve gelişmeler ile irdelenmiştir.

Türkiye'de Çocuk Sağlığının durumunu tanımlayan bölümde Prof.Dr. Hilal Özcebe editörlük yapmış ve 8 halk sağlığı akademisyeni bu bölümün yazımında görev almıştır. Bu bölümde bebek ölüm hızının binde 17 ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin binde 24 olduğu ve ölümlerin Güneydoğu Anadolu'da, eğitimsiz, genç ya da yaşlı yaşta, sık ve çok doğum yapmış annelerin bebeklerinde daha sık olduğu kaydedilmiştir. 4 yaş altı çocuklarda beslenme sorunları halen sürdüğü belirtilmiştir. Okul çağında şiddetin, sigara, alkol, şişmanlığın önemli sorunlar olduğu yazılmıştır. Çocuk işçiliğinin %5,9 ve informal işlerde çalışmanın yaygın olduğu belirtilmiştir. Çocukların%15–75'inin fiziksel istismara, yaklaşık olarak %20'sinin de cinsel istismara uğradığı rapor edilmiştir. Ülkemizde uygulanan çocukluk çağı aşı programının oldukça kapsamlı ve oranlarının yüksek olduğu vurgulanmıştır. Çocuklarda bağırsak parazitlerinin özellikle Güneydoğu ve Doğu Bölgelerde yaygın olduğu tespiti yapılmıştır. Ülkemizde erken yaş evliliklerinin oldukça yaygın olduğu, sigara kullanımının %6-10 arasında değiştiği gösterilmiştir. Ülkemizde korunmaya muhtaç çocukların da önemli sağlık sorunlarının olduğu vurgulanmıştır. Ülkemizde çocuk sağlığının iyileştirilmesi amacıyla 1985'ten beri uygulanmakta olan programların başlıkları sıralanmıştır. Bunlardan bazıları Genişletilmiş bağışıklama programı, Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı, Fenilketonüri Tarama Programı, Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, Neonatal Resüsitasyon Programı, Adölesan Sağlığı ve

gelişimi, Anne ve Çocuk Beslenmesi gibidir. Tüm bu saptanan sorunlara yönelik olarak ta çözüm önerileri geliştirilmiştir.

Raporumuzun İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bölümünün editörlüğünü Doç.Dr. Ferdi Tanır ve Doç.Dr. Ali Naci Yıldız yapmıştır. Raporda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı verilerinden yararlanılmıştır. Çalışanların sektörlere göre dağılımı, meslek hastalıklarının dağılımı, işyerlerinin büyüklüklerine göre dağılımı bu veriler ışığında sunulmuştur. Raporun iş kazaları ile ilgili bölümünde iş kazalarının önemine vurgu yapılmış ve kazaların iş kollarına, nedenlerine, sonuçlarına, kazanın olduğu işyerinin özelliklerine göre dağılımları tablolar halinde sunulmuştur. Sağlık çalışanlarının sağlığı bölümünde de sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları riskler detaylı olarak irdelenmiştir. Göçmen işçilerin sağlık sorunları ile ilgili bölümde ülkemizdeki göçmen işçi sorununa odaklanılmış, toplan işgücü içinde önemli bir orana sahip olduğu ve hangi alanlarda çalıştıkları tanımlanmıştır. Tüm bunların yanında raporda çocuk işçilerin durumları, endüstrinin neden olduğu çevre sorunları, sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet konularına da yer verilmiştir. Raporda ayrıca iş sağlığı güvenliği eğitiminin günümüzdeki durumu da irdelenmiştir.

Raporumuzun son bölümünde yaşlı sağlığı durumu irdelenmiştir. Bu bölümün editörlüğünü Prof.Dr. Dilek Aslan ve Prof.Dr. Melikşah Ertem üstlenmiştir. Raporda yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki patının yıllar içinde artış gösterdiği ve 2010 yılında %7'ye ulaştığı kaydedilmiştir. Yaşlı nüfusun daha çok Batı Anadolu Bölgesinde yaşadığı ve öğrenim düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı vurgulanmıştır. Ülkemizde kalkınma planlarında yaşlılara yönelik eylemlere ilk kez 7. Kalkınma planında yer verildiği, 9. Kalkınma planında da yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri planlanmıştır. Yaşlı sağlığı hizmetleri ülkemizde olumlu bir gelişme içinde olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de düşük SED'in sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk olduğunu gösteren çalışmaların olduğu belirtilmiştir. Raporda kadınların yaşlılık dönemine dek taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri ve yaşadıkları ayırımcı uygulamalara yaşlılık döneminde bir de yaşlılığa bağlı "ageism" ayırımcılığın eklenmesi ile çifte ayırımcılık yaşadıkları kabul edildiği söylenmiştir. Ülkemizde yaşlılara yönelik olarak aktif yaşlanma çalışmalarının başladığı ve projelerin geliştirildiği vurgulanmıştır. Yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına dikkat çeken pek çok araştırmadan örnekler verilmiştir. Yaşlılarda fiziksel aktivite yapma sıklığının da her geçen gün artmasına karşın yetersiz olduğuna da değinilmiştir. Tüm bunların yanında Türkiye'de yaşlıların yaşamlarının niceliğine (beklenen yaşam süresine) ek olarak "niteliği " (yaşamlarının kalitesi) de diğer orta ve üst gelişmişlik düzeyindeki ülkelerden daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Raporumuzun hazırlanmasında Halk Sağlığı öğretim üyeleri yanında sahada çalışan halk sağlıkçılar ve halk sağlığı konularında çalışmaları olan değerli bilim insanları görev aldılar. Tüm bölüm yazarlarına verdikleri emek için çok teşekkür ederiz.

Saygı ve sevgilerimizle

Türkiye Halk Sağlığı Raporu Editörleri

HASUDER-YK

İÇİNDEKİLER

Bölüm 01: **TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE İSTİHDAM**

I. Sağlık Politikası 1
II. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi 4
III. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları 8
IV. Türkiye'de Sağlık Finansmanı (2001-2012)..... 14
V. Sağlık Emekgücü Politikaları 23
VI. Tıp Eğitimi..... 27
VII. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi ve İstihdamı 31

Bölüm 02: **BULAŞICI HASTALIKLAR BÖLÜMÜ**

1. Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü 35
1.1. Hava Yolu ile Bulaşan Hastalıklar 35
1.2. Su ve Besinlerle Bulaşan Enfeksiyonlar..... 52
1.3. Zoonozlar..... 84
1.4. Vektörlerle Bulaşan Enfeksiyonlar 108
1.5. Parazit Enfeksiyonları..... 123
2. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşta İnsangücü ve Örgütlenme 129
2.1. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşta İnsangücü..... 130
2.2. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşımda Örgütlenme..... 138
3. Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi..... 143
3.1. Sürveyans 143
3.2. Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Bildirimi 154
3.3. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalık Bildirim Sistemiyle İlgili Son Mevzuat değişikliği 146
3.4. Bulaşıcı Hastalık Bildirim Sistemlerinde Dünyada ve Türkiye'de Yaşanan Sorunlar 153

Bölüm 03: **ÇEVRE SAĞLIĞI**

1. Yönetici Özeti..... 160
2. Çevre İle İlgili Mevzuat..... 160
3. Su..... 165
3.1. İçme ve Kullanma Suları 166
3.2. OSB, İmalat Sanayi ve Termik Santraller Tarafından Kullanılan Su..... 167

4. Katı Atıklar 167
4.1. Evsel Atıklar 167
4.2. Tehlikeli Atıklar 168
4.3. Tıbbi Atıklar 169
5. Hava Kirliliği 169
6. Sanayi ve Çevre 172
7. Madencilik ve Çevre 174
8. Fosil Yakıtlar ve Çevre 176
8.1. Türkiye'de Fosil Yakıtlarından Enerji Üretimi 177
8.2. Türkiye'de Elektrik Arzı 177
8.3. Türkiye'de Enerji Tüketimi 179
8.4. Türkiye'de Karbondioksit Emisyonları 180
8.5. Türkiye'de Mevcut Kurulu Güç ve Yapılması Tasarlanan Santraller 181
8.6. Uluslararası Enerji Ajansı'nın Türkiye İle İlgili Yorumları 185
8.7. Fosil Yakıtlara Bağlı Emisyonlar, Atıklar, Karbondioksit ve Diğer Gazları 185
8.8. Fosil Yakıtlardan Elektrik Üretiminin Sağlık Etkileri ve Türkiye İçin Bir Tahmin 187
8.9. Gelişmiş Ülkelerde Fosil Yakıtlardan Elektrik Üretiminin Sağlık Üzerine Etkisini İnceleyen Araştırmalar 190
8.10. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Etkileri 191
8.11. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar 192
8.12. Sonuç ve Öneriler 193

Bölüm 04: **TÜRKİYE'DE TÜTÜN KONTROLÜNÜN DÜNÜ-BUGÜNÜ VE YARINI**

Yönetici Özeti 196
Tütün Ürünleri ve Tütün Ürünleri Üretimi 198
Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı 201
Tütün Kontrolü Çalışmaları Süreci 205
Tütün Kontrolü Uygulamaları 209
Tütün Kontrolü Uygulamalarının Sonuçları 215
Uluslararası Gelişmeler ve Dünya Sağlık Örgütünün Rolü 223

Bölüm 05: **TÜRKİYE'DE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR**

1. Kalp Damar Hastalıkları Mortalitesi 228
2. Kalp Damar Hastalıkları Morbiditesi 235

2.1. Türkiye'de Kalp-Damar Hastalıkları İle İlgili Araştırmalar 235
2.2. Sonuç ve Öneriler 236
3. Kalp Damar Hastalıkları Risk Faktörleri 246
3.1. Sigara 246
3.2. Kolesterol ve Yüksek Kan Basıncı 258
3.3. Türkiye'de Diyabet ve Obezite Sıklığı 268
3.4. Kalp Damar Hastalığı Tedavi Alma Oranları 281
4. Kanser Mortalitesi 285
4.1. Kadınlarda Kanser Mortalitesi 285
4.2. Erkeklerde Kanser Mortalitesi 286
5. Kanser Sürveyansı ve Kanser Sıklığı 287
5.1. Dünyada ve Türkiye4de Kanser Sürveyansı 287
5.2. Türkiye'de Kanser İnsidansı 288
5.3. Sağkalım 293
5.4. Kanserden Korunma 296
6. Ruh Sağlığı 297
6.1. Türkiye'de Ruhsal Sorunların Sıklığı 298
6.2. Alkol Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi 301
6.3. Ruhsal/Zihinsel Sorunlar İçin Risk Faktörleri 303
6.4. Stresli Yaşam Olaylarıyla Başetme Yolları 304
6.5. Türkiye'de Ruh Sağlığı Sisteminin Sorunları 305

Bölüm 06: **KADIN SAĞLIĞI / ÜREME SAĞLIĞI**

I. Giriş 306
II. Türkiye'de Ergen/Genç Üreme Sağlığı/Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu alandaki Gelişmeler 311
III. Anne Ölümleri 320
IV. İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler 325
V. Aile Planlaması 331
VI. Türkiye'de Kadın Genital Kanserleri 337
VII. Türkiye'de İleri Yaş Dönemi Kadınlarla İlgili "Menopoz, Osteoporoz ve Kardiyovasküler" Sorunlar ve Gelişmeler 342
VIII. Tütün Kullanımı/Sigara Dumanından Pasif Etkilenim ve Kadın Sağlığı: Türkiye'ye İlişkin Değerlendirmeler 348
IX. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Sorunlar, Gelişmeler 352
X. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet 359

Bölüm 07: **TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU**

1. Türkiye'de Çocuk Nüfusu ve Dağılımı 365
2. Çocukluk Dönemlerine Göre Sağlık Durumu 366
3. Türkiye'de Dezavantajlı Çocuk ve Gençler 375
4. Türkiye'de Çocuk Sağlığı Hizmetlerindeki Uygulamalar 394
5. Saptanan Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri 398

Bölüm 08: **İŞ SAĞLIĞI**

Yönetici Özeti 404
1. Çalışma Yaşımı ve İş Sağlığı Göstergeleri 405
2. İş Sağlığı Çalışma Grubu Raporları 407
İş Sağlığı Çalışma Grubu Raporları 408
Sağlık Personelinin Sağlığı 415
Göçmen ve Mevsimlik İşçi Sağlığı 427
Çocuk İşçiler 435
Sağlık İşkolunda İşyeri Şiddeti 437
Türkiye'de İşyeri Çevre Sağlığı 443
Lisans ve Lisansüstü Eğitim Programlarında İş Sağlığı ve Güvenliği (GS) Eğitimi 458
İş Sağlığı Çalışanlarının Eğitimi ve Yasal Süreç 463

Bölüm 09: **YAŞLI SAĞLIĞI SORUNLARI VE ÇÖZÜMLERİ**

Türkiye'de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi 474
Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli? 480
Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık 482
Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık 487
Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi 491
Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre 494
Sağlıklı Beslenme ve Yaşlılık 498
Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık 502
Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar 504
Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar; Türkiye Perspektifi 512
Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz? 516
Yaşlılık ve Yeti Yitimi 521
Halk Sağlığı Bakışlarıyla Evde Bakım Hizmetleri; Durum Tespiti 523
Yaşlılık ve Meslek Odaları Çalışmaları 525

BÖLÜM 01
TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE İSTİHDAM

Bölüm Editörü:
Doç.Dr. Bülent Kılınç (*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı AD Öğ.Ü.)*

Bölüm Yazarları *(Soyadına Göre):*
Uzm.Dr. Deniz Aygün, *Isparta Merkez Toplum Sağlığı Merkezi*
Doç. Dr. Ferruh N. Ayoğlu, *Bülent Ecevit Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Doç. Dr. Nilay Etiler, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Doç. Dr. Bülent Kılıç, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Prof.Dr. Kayıhan Pala, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Prof.Dr. Nuray Özgülnar, *İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

I- SAĞLIK POLİTİKASI

Prof. Dr. Kayıhan Pala, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Devletin sağlık hizmeti sunması önceleri yasalarla düzenlenmiş, daha sonra anayasa hükmü olarak 1961 Anayasası içinde yer almıştır. Sağlık sistemimizi "Reform" adı altında değiştirmeye yönelik girişimler esas olarak 1980 askeri darbesi sonrasında değiştirilen anayasa ile gündeme getirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56.Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış, yeni Anayasaya göre devlet "Sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle" görevlendirilmiştir.

Ülkemizde çağdaş sağlık hizmetlerine geçişin en önemli adımı, 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile atılmıştır. Bu Kanun eşitlikçi bir yaklaşımla hazırlanmıştır ve Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu kabul etmektedir. Kanunla birinci basamak hizmetlerin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılması ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin entegre biçimde bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. Kanun ayrıca kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini getirmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1980'den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 224'ün uygulanmamasına odaklanmıştır. Buna bağlı olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. Çökertilen sağlık hizmetleri toplumun memnuniyetsizliğine yol açınca, çözüm olarak "Sağlıkta Reform" gündeme getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı 1980–2002 dönemini "Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem" olarak tanımlamaktadır. Hükümetlerin neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak "Sağlık Reformları" adıyla dile getirdikleri sağlık politikası, 2003 yılında 59. Hükümet tarafından omurgası aynı kalmak koşuluyla adı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" biçiminde değiştirilmiş olarak toplumun karşısına çıkartılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelendiği zaman sağlık sistemini oluşturan üç temel alana birden (Örgütlenme, finansman ve sağlık hizmeti sunumu) müdahale etmenin

hedeflendiği anlaşılmaktadır. Kurulmaya çalışılan sistem, "primini ödeyebilen yurttaşın" sağlık hizmetine erişim sırasında ek olarak "katkı payı" ödemek koşuluyla kapsamı "temel teminat paketi" ile belirlenmiş hizmetlerden yararlanması olarak tanımlanabilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında örgütlenme, finansman ve sunuma müdahale ederken; sağlık insan gücü ile ilgili olarak da köklü değişiklikler yapmaya çalışmaktadır. İnsan gücü sürecinin hem planlama, hem yetiştirme hem de istihdam alanlarında yürürlüğe konan değişiklikler sağlık çalışanları kadar toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Çünkü genel olarak değişim insan odaklı olarak değil, kâr odaklı olarak kurgulanmaktadır. Buna en can alıcı örnek olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan taşeron işçilerin sayısı verilebilir. Sağlık Bakanlığı'nda 2002 yılında 11 bin olan taşeron işçi sayısı (%4.3), 2010 yılında 118 bine (%26.4) çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010:64).

Sağlık politikasının oluşturulmasında 1980'lerden sonra Dünya Bankası belirleyici bir rol oynamaya başlamış ve son yıllarda bu rol giderek artmıştır. Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı Dünya Bankası tarafından iki "Uyarlanabilir Program Kredisi" ile desteklenmiştir. Yapılan çalışmalar arasında, sağlık sistemi performansı ile ilgili olarak Türkiye'nin küresel olarak karşılaştırıldığı ve sisteme uluslararası politika deneyimlerinin aktarıldığı bir OECD-Dünya Bankası ortak raporu yer almaktadır. Ayrıca bir sağlık sektörü değerlendirmesi de gerçekleştirilmiştir (Dünya Bankası, 2011:8). 2005 yılında "Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesine esas oluşturacak model ve kriterlerin belirlenmesi" konulu çalıştayın Dünya Bankası temsilcileriyle birlikte yapılması bu konudaki somut örneklerden yalnızca birini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2005:186).

Sağlık politikalarını geliştirmek ve hükümetlere danışmanlık yapmak üzere sağlık reformlarının hayata geçirilmesi aşamasında "Proje Koordinatörlüğü" adıyla bir birim kurarak Dünya Bankası'nın yaklaşımlarını politika belgelerine aktaran Sağlık Bakanlığı, Koordinatörlüğün kapatılmasıyla birlikte SDP sonrasında "Milli Sağlık Enstitüsü" kurmayı hedeflemiş bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005:11).

Reform sürecinde neoliberal sağlık politikalarına koşut olarak, Bakanlık tarafından daha önceki yıllarda kullanılan toplumsal dil yerini ticari bir dile bırakmış ve hem politika hem de dil değişikliği belgelere de yansımıştır: "*Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması için hizmet sunumundan ziyade sağlık politikalarını oluşturacak, kapasite oluşturma açısından sektöre yol gösterecek ve denetleyecek bir bakanlık teşkilat yapısı tanımlama çalışmaları yürütülmüştür*" (Sağlık Bakanlığı, 2005:183). Bakanlığa "kapasite oluşturma açısından yol göstericilik" işlevinin yüklenmesi, sağlık alanının ticarileştirilmesindeki rolünü açıkça ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır.

Bu süreçte reformun gereksinimlerini karşılayabilmek açısından Bakanlığın yapılanmasında da önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Örneğin Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi'nin işlevi değiştirilmiş, Bakanlık bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. SDP sonrasında Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi "Rekabetçi uygulamalar aracılığıyla sağlığın iyileştirilmesi ve hastalığın kontrolüne yönelik yerel inisiyatifleri ve yaklaşımları desteklemek üzere" kurulan "Toplum Sağlığı Fonu"nun uygulayıcı birimi olarak görevlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004:114). Hıfzıssıhha Mektebi ayrıca "Flagship Programı" gibi etkinliklerle bir yandan üst düzey politikacılara yönelik politika seminerleri gerçekleştirmekte, diğer yandan da toplumu sağlık reformları ile ilgili olarak ikna etmek amacıyla "Sağlık Reformunun Doğru Yapılması" benzeri yayınlarla propaganda faaliyeti yürütmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ise 1983 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 7. maddesi uyarınca Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık tesislerinin özel sektöre kiralama karşılığı yaptırılması işlemlerini yürütmek amacıyla 2007 yılında

kurulmuştur. Kurulma gerekçesi kamu-özel ortaklığı adı verilen bir yöntemle kamuya ait sağlık tesislerinin özel sektöre yaptırılması olarak açıklanmasına karşın, "Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı" ilkesiyle sağlık hizmetlerinden tümüyle çekileceğini SDP ile duyuran Sağlık Bakanlığı'nın kendisine ait sağlık tesislerinin inşaatı için böyle bir daire başkanlığını kurmuş olmasının arkaplanında küresel sermayeye kaynak aktarmak yaklaşımı olduğu bilinmektedir.

Bakanlık bir yandan reformu hayata geçirirken, diğer yandan da mevzuata uymayan idari işlemleri yürürlüğe koymaktan geri durmamaktadır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'na karşı açılan idari davalarda Bakanlık aleyhine verilen çok sayıda karar (2005 yılında lehte verilen karar 863 iken, aleyhte verilen karar 892'dir); Bakanlığın mevzuat dışı uygulamalarının bir kanıtıdır (Sağlık 2005:179).

Türkiye sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konan politikalar sonucunda son on yılda yaklaşık olarak dört kat büyütülerek önemli bir "piyasa" yaratılmıştır. Bu büyümede Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık giderlerindeki büyük artış ve kamu bütçesinden sağlık alanına aktarılan tutardaki yükselme belirleyici olmuştur. Bu büyüme ile birlikte, geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün hızla büyümesine de tanıklık etmiştir. SDP ile bir yandan toplam sağlık harcamaları artarken, diğer yandan da sosyal güvenlik kurumlarının özel sektörden sağlık hizmeti satın almasının yolu açılarak özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı %6.2'den (2001) neredeyse üç kat artarak %17.3'e (2008) yükselmiştir (SGK, 2009). Türkiye'de 1970 yılında 79 olan özel hastane sayısı (%10,6), 2010'da 489'a (%34,0) yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011:55).

SDP'nin hayata geçirilmesi sırasında birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile doktorluğu sistemine geçişin sağlanabilmesi amacıyla 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2004 yılında, genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında ve hekim emeğinin ucuzlatılması amacıyla hekim işgücü piyasasını düzenlemek üzere 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2010 yılında çıkarılmış bulunmaktadır. SDP açısından asıl belirleyici düzenlemelerden birisi olan kamu hastanelerinin elden çıkarılmasına. ilişkin Kamu Hastaneleri Birliği uygulaması ise Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı KHK içinde yer almıştır.

SDP ile uygulanan politikalar Türkiye'deki sağlık sistemini devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla büyütülen bir "piyasa"da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere toplumun dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin kısıtlanacağı bir yapıya doğru hızla sürüklemektedir. Bu yapının sağlıkta eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.

Kaynaklar

1. Dünya Bankası (2011). Dünya Bankası – Türkiye Ortaklığı: Ülke Programının Görünümü, http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEYINTURKISH/Overview/22883974/TPPS-tr.pdf .
2. Sağlık Bakanlığı (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu Bölüm II – Proje Bileşenleri AE'nin Uygulanmasına Yönelik İşletim İlkeleri (Versiyon Temmuz 31, 2004) T.C.Sağlık Bakanlığı ANKARA
3. Sağlık Bakanlığı (2005). Sağlık 2005, Editör Prof.Dr.Sabahattin Aydın, T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
4. Sağlık Bakanlığı (2010). T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M. Genel Kurulu'na Sunumu, Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sağlık Bakanı.
5. Sağlık Bakanlığı (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
6. SGK (2009). Sosyal Güvenlik Kurumu, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/bd 8860804f189 9e1abe6bf22801f22d5/2009_06_mali.xls?MOD=AJPERES.

II. TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Uz. Dr. Deniz AKGÜN Halk Sağlığı Uzmanı,

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri

Temel sağlık hizmetleri sağlık sistemlerinin anahtar bileşeni olarak tanımlanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerine dayalı sağlık sistemlerinin yapı taşlarını evrensel kapsayıcılık ve erişim, ilk başvuru yeri olma, kapsamlı ve entegre hizmet, aile ve toplum temelli olma, koruyucu ve geliştirici hizmetlere verilen önem, uygun bakım, aktif katılım mekanizmalarının olması, uygun yasal ve kurumsal çerçeve, eşitliğe yönelik politika ve programlar, iyi organizasyon ve yönetim, uygun insan kaynakları, yeterli ve kalıcı kaynaklar ile sektörler arası işbirliği özellikleri oluşturmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri tabanlı sağlık sistemlerinin sadece bireysel bir bakış açısına dayalı olmadığı; halk sağlığı bakış açısı ve toplumla ilgili bilgiler risklerin değerlendirmesinin, sorunların belirlenmesi ve müdahalelerin önceliklendirilmesi açısından önem taşıdığı belirtilmektedir (PAHO, 2007:16).

2.Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlemesiyle ilgili yasal durum

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgili yasal düzenlemeleri 2004 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve bu kanuna bağlı çıkarılan yönetmelikler oluşturmaktadır. Söz konusu düzenlemelerle bireye yönelik koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmesi öngörülen aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının görev tanımları, çalışma usulleri ve ücretlendirme yöntemleri belirlenmiştir.

Diğer taraftan topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermesi planlanan toplum sağlığı merkezlerine yönelik ilgili yasada herhangi bir atıf bulunulmaması nedeniyle bu kurumların işleyişinin yönerge düzeyinde tanımlandığı görülmektedir. Toplum sağlığı hizmetlerinin doğası gereği il ve ilçe düzeyinde çeşitli sektörlerle (Milli eğitim müdürlüğü, tarım müdürlüğü, çevre müdürlüğü, sosyal hizmetler müdürlüğü, emniyet müdürlüğü, belediyeler, il özel idaresi, sosyal güvenlik kurumu, Çalışma Bakanlığı'nın bölge müdürlükleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı gibi) işbirliği içinde yürütülmesi gerekmektedir. Söz konusu toplum sağlığı hizmetlerinin ilgili kamu kurumlarının görev, yetki ve sorumluluklarıyla ilgili herhangi bir düzenlemeye gerek duyulmaksızın tanımlanmaya çalışılması gerçekçi olmamaktadır.

Var olan düzenlemelerde toplum sağlığı merkezlerinin aile hekimliği birimlerinin bir üst kurumu olarak hizmet verip vermeyeceği de açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu şekilde hangi hizmetleri, nasıl yürüteceği karar alıcılar tarafından tam olarak şekillendirilemeyen toplum sağlığı merkezlerinin sayılarının azaltılması yoluna gidilmiştir. Bu yaklaşımın toplumun sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri desteklemediği ve var olan sorunların derinleşmesine yol açacağı belirtilmektedir (HASUDER, 2010).

3. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumu

Ülkemizde bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfus büyüklüğünün ortalama 3.700 kişiyle Avrupa ülkelerindeki sayıdan çok yüksek olduğu belirtilmektedir (Dionne, Boerma ve Pellny, 2011:7). Diğer ülkelerde aile hekimliği

hizmeti veren ekibe düşen nüfus büyüklüğü Slovenya'da 1800 kişi, Litvanya'da 1600 kişi, Almanya'da 1.000 kişi, Hollanda 2.300 kişi, Avusturya'da 1.600 kişi, İtalya'da 1.276 kişi, İspanya'da 5-8 aile hekiminin hizmet verdiği merkezler için 6.000-10.000 kişidir (Ersoy, 2009). Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı hizmet verilmesini güçleştirici bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle bu hizmetlerin sağlık kurumlarına başvurmayan kişileri de kapsaması gerekmektedir. Ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusun pratisyen hekim / aile hekiminden hizmet alma durumu ile ilgili verilere göre toplumun yarısından fazlasının son 1 yılda pratisyen hekimden hizmet almadığı görülmektedir **(Tablo 1)**. Aynı araştırmada 1. Basamak hekimine başvurmayan nüfusun (%20,5), uzman hekime başvurmayan nüfustan (%14,3) yüksek olduğu bulunmuştur. Bu veriler ülkemizde 1. basamak sağlık hizmetlerinin toplum genelinde sağlık sistemine ilk geçiş noktası olarak kullanılmadığını düşündürmekte olup, koruyucu ve sağlığı geliştirici programların etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 1: Yerleşim yerine göre 15 yaş üzeri nüfusun pratisyen hekim / aile hekiminden hizmet alma durumu (TÜİK, 2008).

	Kır (%)	**Kent (%)**	**Toplam (%)**
12 aydan kısa süre önce	48,4	42,5	44,3
12 ay veya daha uzun süre önce	31,1	32,8	32,3
Hiçbir zaman	20,5	24,7	23,4

Ulusal programlarının başarılı olabilmesi için hedef kitleye ulaşma yüzdesinin yüksek olması gerekmektedir. Ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş arası kadınların 5 yılda bir servikal smear taraması yapılması, 50-65 yaş arası kadınlara ise 2 yılda bir mamografi ile meme kanseri taraması yapılması hedeflenmiştir (KETEM, 2011). Buna karşın ülkemizde kanser tarama programlarında hedef nüfusa ulaşma yüzdesinin servikal smear taraması için %20'lede, mamografi taraması için ise %25'lerde kaldığı görülmektedir **(Tablo 2).**

Tablo 2: Ulusal kanser tarama programları tarafından kapsanmayan kadınların yaş gruplarına göre dağılımı (TÜİK, 2008).

	Smear taraması yaptırmayanlar (%)	**Monografi çektirmeyenler (%)**
34-44 yaş	79,6	78,3
45-54 yaş	76,9	75,7
55-64 yaş	81,1	79,4
65-74 yaş	87,2	84,6
75 yaş üzeri	95,6	91,8

Kanser dışında kalp-damar hastalıkları, kronik hava yolu hastalıkları, diabet ve ruh sağlığı bozuklukları gibi kronik hastalıklarla mücadeleye yönelik toplum genelinde yürütülen programların başarısını belirleyen çıktılardan bir tanesini de yine hedef nüfusa ulaşma

yüzdesi oluşturmaktadır. Bu açıdan risk altındaki nüfusun 1.basamak sağlık kurumları tarafından düzenli olarak sağlık izleminin yürütülmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde son 1 yılda en az bir kez basamak sağlık kurumlarına başvurmuş 65-75 yaş arası nüfusun % 62 olması **(Tablo 3),** kronik hastalıklarla ilgili yürütülen koruyucu sağlık programlarının etkinliği ile ilgili kaygıları güçlendirmektedir.

Tablo 3: Yerleşim yerine göre 65 yaş üzeri nüfusun pratisyen hekim / aile hekiminden hizmet alma durumu (TÜİK, 2008).

		Kır (%)	**Kent (%)**	**Toplam (%)**
12 aydan kısa süre önce	65-75 yaş	59,6	64,9	62,3
	75 yaş üzeri	54,3	61,7	57,7
12 ay veya daha uzun süre önce	65-75 yaş	28,1	21,1	24,6
	75 yaş üzeri	29,8	23,5	26,9
Hiçbir zaman	65-75 yaş	12,3	14,0	13,1
	75 yaş üzeri	15,9	14,8	15,4

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile birlikte 1.basamak kurumlarında kişi başına yıllık muayene sayılarında artış olduğu bildirilmekle birlikte (Şimşek, 2009), bazı risk gruplarına yönelik izlemlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda performans değerlendirme kriterlerine dahil edilmeyen hizmetlerin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Tuncal ve ark. 2009; Özcan ve ark. 2009). Örneğin sağlık ocağında yılda iki kere izlenmesi beklenen 15-49 yaş kadınların aile hekimliği uygulamasında böyle bir zorunluluk olmaması nedeniyle düşme eğilimine girdiği belirtilmektedir (Nesanır ve Erkman 2010). Performans kriterleri arasında yer almayan loğusa izlemi açısından da aksamaların olduğu gösterilmiştir. Düzce'de yapılan bir çalışmada loğusaların %73,0'ının (Nesanır, 2008), Adıyaman'da yapılan çalışmada ise %83,3'ünün izlenmediği saptanmıştır (Çatak, 2008).

Bağışıklama hizmetleri açısından bakıldığında ise çeşitli illerde yürütülen saha çalışmalarında rutin bebek aşılamasının % 95'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Çatak, 2008; Tuncal ve ark., 2009; Alkoy ve ark., 2008; Akgün ve Ceylan, 2010) Ülkemizde çocukluk çağı aşılaması hizmetlerinin gerek performans kriterleri arasında yer alması, gerekse toplumca benimsenmiş bir hizmet olması nedeniyle iyi yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yer aldığı görülmektedir.

Diğer taraftan ülkemizde aile hekimliği uygulamasının temelde, hizmetin başvuranın talebi üzerine sunulduğu bir sistem olduğu görülmektedir. Sağlık ocağında çalışan sağlık personeli, sorumlu olduğu coğrafi alandaki nüfusu ve riskli grupları/bölgeleri tanırken; aile hekimliğinde bölge kavramının ortadan kalkması ile riskli grupların tanınması/izlenmesi; bu kişi ve gruplara yönelik gereğinde pozitif ayrımcılıkla hizmet yürütümü de ortadan kalktığı belirtilmektedir (Alkoy ve Eskiocak, 2011).

Temel sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden bir tanesini toplum katılımı oluşturmaktadır. Yürütülen müdahalelerin toplumun gereksinimlerinden kaynaklanması, toplum üyeleri tarafından ifade edilmesi ve izlenmesi önemlidir (Magnussen, Ehuri ve Jolly, 2004: 172). Ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık hizmetlerine toplum katılımını öngören mekanizmalar yerine hasta hakları ve müşteri memnuniyeti kavramlarının yerleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Sağlıkla ilgili karar mekanizmasında toplumun merkezi rolü yerine yabancı danışmanların teknik uzmanlığı altında dar kapsamlı sağlık müdahaleleri ile 5 yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması gibi sınırlı hedeflerle yetinen hizmet modeli ise deneyimler ışığında geçersizliği ortaya konulmuş bulunan seçici temel sağlık hizmetleri yaklaşımını oluşturmaktadır. Bu yönüyle toplum sağlığının geliştirilmesine yönelik sektörler arası işbirliği ve toplum katılımı gibi mekanizmalarının bulunmadığı ülkemiz 1. Basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi, sınırları performans kriterleri ile belirlenen kişiye yönelik dar kapsamlı hizmet modeli olan seçici temel sağlık hizmetleri yaklaşımına uygunluk göstermektedir.

Kaynaklar

1. Akgün, D., Ceylan, N. (2010) Isparta Merkez 1 No'lu Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 0-48 aylık çocukların tam aşılılık durumu. 15.Pratisyen Hekimlik Kongresi, Kongresi Kitabı.
2. Alkoy, S., Kurtcebe, F., Doğru, A.Ö., Uluğtekin, N., Eskiocak, M. (2008) Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Edirne'de aşılama hizmetlerinin kalitesinin Lot Kalite Tekniği (Lkt) ve Coğrafi Bilgi Sistemleri (Cbs) İle Değerlendirilmesi. Ankara. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
3. Alkoy, S., Çatıker, A., Kıyan, A., Özkan, İ., Albayrak, S., Eskiocak, M. (2008) Aile hekimliği pilot uygulamasının ikinci yılında, Bolu'da 0-23 ay çocukların aşılanma durumlarının lot kalite tekniği ile değerlendirilmesi. Ankara. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
4. Alkoy, S., Eskiocak, M., (2011) İstanbul'daki Kızamık Olguları Üzerine. http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/HSGnisan2011/14_kizamikolgulariuzerine.pdf [01.07.2011]
5. Çatak B. (2008) Adıyaman 2'No'lu toplum sağlığı bölgesinde 2007 yılında canlı doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası izlemleri. Ankara. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
6. Dionne, S.K., Boerma W.G.W., Pellny, M., (2011) A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. BMC Health Services Research 2011, 11:90 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/90 [01.07.2011]
7. Ersoy, F. (2009) Bir tıp disiplini olarak aile hekmiliği ve dünya örnekleri. www.akahed.org/tipdisiplini.ppt [01.07.2011]
8. Elazığ Sağlık Müdürlüğü (2011) Aile hekmiliğinin dünyada uygulamaları. http://www.esm.gov.tr/esm/ailedunyada.php [01.07.2011]
9. HASUDER. (2011) Toplum Sağlığı Merkezleri Neden Azaltılıyor? www.hasuder.org.tr [01.07.2011]
10. KETEM. (2011) Ulusal kanser tarama programları. http://ketem.org/hangi_tarama.php [01.07.2011]
11. Magnussen, L., Ehiri, J., Jolly, P. (2004) Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. Health Affairs, 23, no.3 (2004):167-176.
12. Nesanır N (2008) Düzce'deki ölü doğumların ve bebek ölümlerinin sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi. Ankara. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
13. Nesanır, N., Erkman, N. (2010) Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5).
14. Özcan, C., Mıhçıokur, S. (2009) Aile hekimliği sisteminde performans değerlendirme ölçütleri. İzmir. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı.
15. PAHO. (2007) Primary Health Care-Based Health Systems,Renewing Primary Health Care in the Americas, Pan American Health Organization.
16. Şimşek, E. (2009) Düzce'de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt:3,sayı:3http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=181 [01.07.2011]
17. Tuncal, A., Atasoylu, G., Alpgiray, A., Öztürk, O., Tay, Z. (2009) Manisa ilinde aile hekimleri tarafından sunulmakta olan bazı koruyucu hizmetlerin değerlendirmesi İzmir. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Semp Kitabı.
18. TÜİK. (2008) Sağlık Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu matbaası, Ankara.

II- TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yataklı tedavi kurumları aracılığıyla sunulan hizmetler sağlık hizmetlerinin bütünü içerisinde önemli bir yere sahiptir. Türkiye'de 2010 yılında kişi başına düşen sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 7.6'dır ve bu değer Sağlık Bakanlığı birinci basamak kuruluşları ile tüm yataklı tedavi kurumlarına yapılan başvuruları kapsamaktadır; kişi başına düşen başvuru sayısı birinci basamak kuruluşlar için 2.7, ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlar için 4.1, ağız ve diş sağlığı merkezleri için 0.3, özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler için 0.5'dir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Söz konusu değer süreç içerisinde de artış göstermiş, 2002'de 2.9, 2006'da 5.3, 2007'de 6, 2008'de 6.5, 2009 ve 2010'da 7.6 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Türkiye'de yataklı tedavi kurumu ve hastane yatağı sayısı düzenli bir biçimde artış göstermektedir (Tablo-1); 1940 yılında 154 olan hastane sayısı 2010 yılında 9.3 katına ulaşarak 1439, 11833 olan hastane yatağı sayısı ise 16.8 katına ulaşarak 199950 olmuştur. Benzer bir durum 10000 kişiye düşen hastane yatağı sayısında da izlenmektedir (Tablo-2); 1940 yılında 6.7 olan bu sayı, 4 katına ulaşarak 2010 yılında 27.1 olmuştur. Süreçle birlikte hastaneye başvuran ve hastaneye yatırılarak tedavi edilen kişi sayısında da önemli artış izlenmektedir (Tablo-3). 1987 ve 2010 yılları arasında hastaneye başvuran kişi sayısı 7 katına ulaşarak 43.3 milyondan 302.9 milyona, hastaneye yatırılarak tedavi edilen kişi sayısı 3.7 katına ulaşarak 2.8 milyondan 10.5 milyona yükselmiştir. Ülke genelinde gerçekleşen ameliyat sayısı da 1987 ve 2010 yılları arasında 9.7 katına ulaşarak 0.8 milyondan 8.6 milyona yükselmiştir (Tablo-4).

Ülke genelinde hastane, hastane yatağı, hastaneye başvuran kişi, yatırılarak tedavi edilen kişi ve ameliyat sayılarındaki artışlar nüfus artışı, ulusal gelir artışı, tıbbi teknoloji, uygulamalarda yaşanan gelişim, vb.nin sonucunda ortaya çıkan beklendik bir durum olarak yorumlanabilir. Sağlık Bakanlığı, süreç boyunca, ülke genelinde sunulan yataklı tedavi hizmetlerinin ana aktörü konumunda olmuştur ve bugün de bu konumunu sürdürmektedir. Ancak, söz konusu değerlerin sektörel dağılımında yaşanan değişim dikkat çekici niteliktedir.

Söz konusu değerlerin sektörel dağılımın süreç içerisindeki gelişimi incelendiğinde, Sağlık Bakanlığının ülke genelinde sunulan yataklı tedavi hizmetleri içerisindeki payının giderek azaldığı, buna karşılık özel sektör payının arttığı izlenmektedir. Bilindiği gibi, 2005 yılında yapılan yasal düzenleme ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş bulunmaktadır, dolayısıyla 2006 yılı ve sonrasına yönelik verilerde, 2005 yılı öncesinde SSK'na ait olan hastaneler de Sağlık Bakanlığı hastaneleri içerisinde yer almaktadır. Verilerin süreç yönünden karşılaştırılabilmesi için, tablolarda 2005 yılı öncesine yönelik verilerde de SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile birlikte gösterilmiştir. 1987 yılında ülke genelindeki 756 hastanenin %78.2'si Sağlık Bakanlığına, %12.7'si özel sektöre, 111135 hasta yatağının %75.6'sı Sağlık Bakanlığına, %2.9'u özel sektöre ait iken, 2010 yılında 1439 hastanenin %58.6'sı Sağlık Bakanlığına, %34'ü özel sektöre, 199950 hasta yatağının %60'ı Sağlık Bakanlığına, %14'ü özel sektöre aittir (Tablo-5). Hastaneler ile ilgili diğer bir önemli konu da kurumların bölgesel dağılım durumudur. Örneğin, Sağlık Bakanlığının (1958) 426 yataklı sağlık kurumu üzerinden yaptığı çalışmada, 1955 yılında ülke genelinde 1000 kişiye düşen yatak sayısı 1.2 olarak belirtilirken, 9 ilde (İstanbul, İzmir, Ankara, Eskişehir, Isparta, Elazığ, Kocaeli, Zonguldak ve Bursa) bu değer ortalama 3.1 iken diğer 66 ilde ortalama 0.6'dır; söz konusu 9 il ülke nüfusunun %23.6'sına sahipken hasta yataklarının %60'ına sahiptir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007

yılında yayınlanan bir çalışmada, özel hastanelerin üç büyük ilde yoğunlaştığı, özel hastane kapasitesinin ancak 1/3'ünün Ankara, İstanbul, İzmir dışında bulunduğu, özel hastanelerin yarıya yakınının tek başına İstanbul'da olduğu ve son yıllarda özellikle İstanbul'da çok sayıda özel uzmanlık hastaneleri açıldığı, özel sektörün nüfusu az olan yerlerde özel poliklinik ya da tıp merkezi açma eğiliminde olduğu belirtilmektedir.

Hastane ve hastane yataklarının sektörel dağılımına benzer bir durum, hastane başvuruları, hastane yatışları ve ameliyat sayılarında da izlenmektedir (Tablo-3 ve 4); 1987 yılında 39.2 milyon hastane başvurusunun %90.4'ü, 2.4 milyon hastane yatışının %85'i, 0.8 milyon ameliyatın %79'u Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmışken, özel sektör için bu değerler hastane başvurularında %0.2, yatışlarda %2.4 ve ameliyatlarda %3.7'dir. 2010 yılında gerçekleşen 302.9 milyon hastane başvurusunun %77.7'si, 10.5 milyon hastane yatışının %60.4'ü, 8.6 milyon ameliyatın %65.2'si Sağlık bakanlığı tarafından karşılanırken, özel sektör için bu değerler sırasıyla %15.7, %25.2 ve %21.2'dir. Aynı süreçte, bir diğer önemli aktör olan üniversitelerin hastanelerdeki payı %3.2'den %4.3'e, hastane yataklarındaki payı %16'dan %17.5'e, hastane başvurularındaki payı %6.5'den %6.6'ya, hastane yatışlarındaki payı %10.1'den %14.3'e yükselirken, ameliyatlardaki payı ise %14.1'den %13'e gerilemiş durumdadır. Görüleceği gibi, üç ana aktör de süreç içerisindeki gelişmeye uymuş durumdadır. Ancak, 1987 ve 2010 yılları arasında, ülke genelinde, hastane sayısı 1.9, hastane yatağı sayısı 1.8, hastaneye başvuru sayısı 7 katına çıkarken, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve hasta yatakları 1.4, hastane başvuruları 6 katına çıkmıştır. Aynı süreç içerisinde, üniversitelerin hastane sayısı 2.6, hastane yatağı sayısı 2, hastane başvuru sayısı 7.1 katına ulaşırken, özel sektörde hastane sayısı 5.1, hastane yatağı sayısı 8.8, hastane başvuru sayısı ise 540.7 katına ulaşmıştır.

Açıkça görüleceği gibi, söz konusu tüm değişim, özel sektörün hastanecilik hizmetleri içerisindeki büyüyen payını destekler niteliktedir. Özel sektörün giderek artan bu ağırlığı, kamunun hizmet üretiminden çekilmesi, kamusal sosyal güvenceye sahip bireylerin özel sektör tarafından sunulan hizmetlerden yararlanmasını kolaylaştıran uygulamalar ile özel hastanelerin kamusal sigorta fonları tarafından desteklenmesi gibi uygulamalarla yaygınlaşan neo-liberal ekonomi politikalarının açık bir yansıması biçimindedir. Kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, bu kurumların giderek yaygınlaşan taşeron hizmet alımları ile kısmen özeleştirilmesi gibi uygulamalar, çalışmaları devam eden ve "verimsiz" bulunan sağlık kuruluşlarının özel sektöre devrine olanak tanıyan kamu hastaneleri birlikleri oluşturulması süreci ile birlikte değerlendirildiğinde, özel sektörün hastanecilik hizmetlerindeki giderek artan ağırlığının önümüzdeki günlerde de yaygınlaşacağını açıkça göstermektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin üç temel aktörü olan Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör arasındaki bir diğer farklılık da hastane yatış oranı, yatak işgal oranı, ameliyat oranı ve ortalama hastanede yatış günü yönünden izlenmektedir. 1987-2010 yılları arasında söz konusu değerlere yönelik veriler (Tablo-6) incelendiğinde her üç sektörde de hasta yatış oranlarının ve ortalama hastanede yatış gününün azaldığı görülmektedir. Ortalama hastanede yatış gününde yaşanan azalma özellikle önemli bir gelişmedir; 2010 yılı itibariyle bu değer Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4.4, üniversite hastanelerinde 6.2, özel sektör hastanelerinde 2'dir. Örneğin, 1955 yılında Sağlık Bakanlığı istatistikleri kapsamında değerlendirmeye alınan 29005 yatağa sahip 426 hastanede (6 numune hastanesi, 84 devlet hastanesi, 66 göğüs hastalıkları hastanesi, pavyon ve servis, 35 diğer kamu kurumu hastanesi, 31 özel hastane, 8 yabancı kuruluş hastanesi, 9 belediye hastanesi, 6 yerel idare hastanesi, 181 sağlık merkezi) polikliniğe başvuranların %12'sine yatış verilmiştir ve ortalama hastanede kalış süresi 20 gündür (Sağlık Bakanlığı, 1958). Yine, 1964-1967 yılları arasında hastane yatış oranı sırasıyla %11.8, %12.2, %11.6 ve %10.8 olarak gerçekleşirken, ortalama hastanede kalış süresi tüm

yıllarda 11 gün (Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sırasıyla 11, 10, 10, 10, SSK hastanelerinde sırasıyla 11, 10, 9, 9, üniversite hastanelerinde sırasıyla 15, 13, 15, 17, özel hastanelerde sırasıyla 19, 21, 14, 16) olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 1971). Söz konusu azalmalar, bilimsel alanda ve tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelere paralel olarak hastanelerde sunulan ayaktan tanı ve tedavi olanaklarının da gelişmesinin bir sonucu olarak yorumlanabilir. Bu etkileşimin bir diğer beklenen sonucu ise hastane yatışlarına, daha çok ağır hastalar ve cerrahi müdahale planlanan hastalar için gerek duyulmasıdır. Bu etkileşimi destekleyecek bir diğer beklenti gerçekleşen ameliyatların hastane yatışlarına oranının yükselmesidir. Ancak, süreç içerisinde ameliyat oranının, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %29'dan %89'a, özel sektör hastanelerinde %48'den %68.9'a yükselirken, üniversite hastanelerinde %43.4'den %10.82'e düşmesi, dikkatle irdelenmesi gereken bir nokta niteliğindedir. Süreç içerisinde her üç sektörde de ortaklaşa gözlenen bir diğer özellik de yatak işgal oranlarındaki artıştır. 1964-1966 yılları arasında ülke genelinde yatak işgal oranı %63, 1967 yılında %64'dür; 1964-1967 yıllarında yatak işgal oranı sırasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %64, %62, %65, %63, SSK hastanelerinde %68, %76, %69, %68, üniversite hastanelerinde %80, %72, %82, %88, özel sektör hastanelerinde %64, %83, %62, %65'dir (Sağlık Bakanlığı, 1971). Türkiye genelinde 1972 yılı sonu itibariyle yatak işgal oranı %57'dir (Sağlık Bakanlığı, 1975). 1987 ve 2010 yılları arasında ise yatak işgal oranı üniversite hastanelerinde %53.3'den %72.9'a, özel sektör hastanelerinde %28.5'den %50.8'e yükselirken, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sadece %60'dan %64.4'e yükselmiştir.

Kaynaklar:

1. Devlet İstatistik Enstitüsü, 1994, *İstatistik Göstergeler 1923-1992*, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara.
2. Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004, *Türkiye İstatistik Yıllığı 2004,* T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara.
3. Sağlık Bakanlığı, 1958, *Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Tıbbi İstatistik Yıllığı 1945-1955*, T.C. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti, yayın no 226, Gürsoy Basımevi, Ankara.
4. Sağlık Bakanlığı, 1971, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no 413, Güneş Matbaacılık, Ankara.
5. Sağlık Bakanlığı, 1975, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1968-1972*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no 444, Güneş Matbaacılık, Ankara.
6. Sağlık Bakanlığı, 1997, *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No 589.
7. Sağlık Bakanlığı, 2005, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005*, www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2954/eski2yeni.html (erişim tarihi: 03/08/2011).
8. Sağlık Bakanlığı, 2007, *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007,* (Eds) Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S, Sağlık Bakanlığı, yayın no 710, Ankara.
9. Sağlık Bakanlığı, 2011, *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, (Eds) Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
10. Türkiye İstatistik Kurumu, 2010, *İstatistik Göstergeler 1923-2009*, Türkiye İstatistik Kurumu, yayın No 3493, Ankara.
11. Türkiye İstatistik Kurumu, 2011, www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&tb_id=39&ust_id=11. (Erişim tarihi: 03.08.2011).

Tablo-1: 1940-2010 Yılları Arasında Hastane ve Hastane Yatağı Sayıları[1],[2],[3],[4],[5].

Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Yıl	Hastane	Hastane Yatağı
1940	154	11883	**1964**	632	54820	**1988**	777	113010
1941	150	11908	**1965**	621	55316	**1989**	812	116061
1942	147	12334	**1966**	-	-	**1990**	857	120738
1943	148	12782	**1967**	664	59176	**1991**	899	123706
1944	152	13185	**1968**	686	65446	**1992**	928	126611
1945	153	13633	**1969**	729	69413	**1993**	962	131874
1946	153	13823	**1970**	746	72034	**1994**	982	134665
1947	189	15892	**1971**	758	74406	**1995**	-	-
1948	193	16382	**1972**	783	77787	**1996**	-	-
1949	198	17871	**1973**	791	81175	**1997**	-	-
1950	201	18837	**1974**	799	83693	**1998**	-	-
1951	264	22286	**1975**	798	81264	**1999**	1018	153465
1952	328	27366	**1976**	790	82945	**2000**	1043	156549
1953	372	29706	**1977**	772	83027	**2001**	1112	159290
1954	386	33365	**1978**	776	86526	**2002**	1156	162235
1955	417	34526	**1979**	822	96752	**2003**	1172	180797
1956	452	37007	**1980**	827	99117	**2004**	-	-
1957	478	38623	**1981**	831	97765	**2005**	1198	192685
1958	511	41962	**1982**	630	96138	**2006**	1203	182851
1959	542	44048	**1983**	646	99396	**2007**	1317	186191
1960	566	45807	**1984**	686	100496	**2008**	1350	188065
1961	600	47537	**1985**	722	103918	**2009**	1389	195549
1962	613	50135	**1986**	736	107152	**2010**	1439	199950
1963	632	53248	**1987**	756	111135			

1 1940-1986 yıllarına ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü 1994 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, söz konusu verilerin Sağlık Bakanlığı'ndan alındığı belirtilmektedir.

2 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır.

3 1999-2003 yıllarına ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü 2004 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, hastane sayılarının askeri hastaneler dışındaki kamu ve özel hastaneleri kapsadığı belirtilmektedir.

4 2005 yılına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır. Kaynakta, söz konusu verilerin MSB'na ait 42 hastaneyi ve 15900 hasta yatağını kapsadığı belirtilmektedir.

5 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Belirtilen hastane ve hasta yatağı sayıları Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör ve diğer hastaneleri kapsamaktadır. Kaynakta, diğer hastanelerin MSB hastanelerini, yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneleri içerdiği, MSB hastaneleri sayısının 42, MSB dışındaki diğer hastane sayısının 2006 yılında 6, 2008 ve 2009 yıllarında 4, 2010 yılında 3 olduğu belirtilmektedir.

Tablo-2: Seçilmiş Yıllarda 10000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı (KDHYS)[6].

Yıl	Nüfus	Hastane Yatağı	10000 KDHYS	Yıl	Nüfus	Hastane Yatağı	10000 KDHYS
1940	17820950	11883	6.7	**1975**	40347719	81264	20.1
1945	18790174	13633	7.3	**1980**	44736957	99117	22.2
1950	20947188	18837	9.0	**1985**	50664458	103918	20.5
1955	24064763	34526	14.3	**1990**	56473035	120738	21.4
1960	27754820	45807	16.5	**2000**	67803927	156549	23.1
1965	31391421	55316	17.6	**2010**	73722988	199950	27.1
1970	35605176	72034	20.2				

Tablo-3: 1987-1994 ve 2001-2010 Yıllarında Hastaneye Başvuru ve Hastaneye Yatan Hasta Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı[7],[8],[9].

	Hastaneye başvuru sayısı					Hastaneye yatan hasta sayısı				
Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	39227937	2803922	88235	1273196	43393290	2423765	290710	69426	97902	2851803
1988	40619624	3176680	110544	1358845	45265693	2483210	282320	74008	73989	2913527
1989	45601651	3478930	127260	1355000	50562841	2644125	320170	70234	72919	3107448
1990	50188420	3734883	251547	1365355	55540205	2695907	336055	75702	78672	3186336
1991	49831118	3685219	323353	1425271	55264961	2626718	346868	81359	80560	3135505
1992	53450845	3901360	385692	1481825	59219722	2852877	360629	87157	77661	3378324
1993	56349953	4421010	539215	1563975	62874153	2932335	380728	101443	81992	3496498
1994	63229151	4671616	707286	1630731	70238784	3104397	424891	121516	89211	3740015
2001	106421870	8385900	3917791	1543126	120268687	4057003	727015	473283	32723	5290024
2002	109793128	8823361	4407122	1293748	124317359	4169779	781990	529511	26983	5508263
2003	113934570	9637840	5033572	1127136	129733118	4279176	838486	586961	31894	5736517
2004	135169229	10685275	6187371	809366	152851241	4860433	921735	637731	20901	6440800
2005	164758149	11493879	10804981	243265	187300274	5081539	1025614	871329	33032	7011514
2006	189422137	12588872	15529416		217540425	5303347	1165277	1220176		7688800
2007	209630370	15025079	24485650		249141099	5674935	1262973	1782381		8720289
2008	216723712	18290800	38688313		273702825	5959585	1386449	2338211		9684245
2009	228279139	19364865	47618186		295262190	5934978	1462690	2503992		9901660
2010	235172924	20098754	47712540		302984218	6361116	1509484	2657573		10528173

6 Nüfus sayıları Türkiye İstatistik Kurumu 2010 ve 2011 kaynaklarından alınmış, 10000 nüfusa düşen hastane yatağı sayıları Tablo-1'de kullanılan veriler üzerinden hesaplanmıştır.

7 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynakta "diğer bakanlık ve kamu kuruluşları", "belediye hastaneleri", "dernek ve vakıf hastaneleri" ile "yabancı ve azınlık hastaneleri" olarak bildirilenlerin toplamıdır.

8 2001-2005 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır. 2001-2004 yıllarındaki Sağlık Bakanlığı verileri SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Kaynakta özel hastane kısmının dernek-vakıf, yabancı, azınlık ve şahıs hastanelerini kapsadığı belirtilmektedir, diğer kısmı "diğer kamu hastaneleri" olarak belirtilmiştir, MSB'na yönelik bilgi bulunmamaktadır.

9 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir.

Tablo-4: Ameliyat Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı[10],[11].

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	703876	126062	33300	27564	890802
1988	710397	125438	34115	30195	900145
1989	738253	147483	31616	26209	943561
1990	788150	155338	33965	28568	1006021
1991	785036	162784	35457	30845	1014122
1992	828837	170030	38893	31013	1068773
1993	820582	169708	43868	35441	1069599
1994	877497	178130	52840	35360	1143827
2006	2895930	126062	698211		4267423
2007	3343460	125438	986224		5150476
2008	3792953	147483	1383671		6081471
2009	4465326	155338	1665984		7149616
2010	5658819	162784	1829904		8614789

Tablo-5: 1987-1994 ve 2006-2010 Yılları Arasında Hastane ve Hastane Yatağı Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı[12],[13].

	Hastane sayısı					Hastane yatağı sayısı				
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
1987	591	24	96	45	756	84045	17749	3188	6153	111135
1988	614	24	93	46	777	85733	17749	3212	6316	113010
1989	640	24	102	46	812	88387	17749	3614	6311	116061
1990	686	23	103	45	857	92354	18068	3955	6361	120738
1991	719	25	112	43	899	94687	18298	4355	6366	123706
1992	739	25	122	42	928	97040	18298	4921	6152	126611
1993	764	27	129	42	962	101104	19009	5459	6302	131874
1994	781	29	133	39	982	102949	19852	5690	6764	134665
2006	767	56	331	49	1203	119328	31193	14639	17691	182851
2007	848	56	365	48	1317	120228	30978	17397	17588	186191
2008	847	57	400	46	1350	119310	29912	20938	17905	188065
2009	834	59	450	46	1389	122354	30112	25178	17905	195549
2010	843	62	489	45	1439	119891	35001	28063	16995	199950

10 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynakta "diğer bakanlık ve kamu kuruluşları", "belediye hastaneleri", "dernek ve vakıf hastaneleri" ile "yabancı ve azınlık hastaneleri" olarak bildirilenlerin toplamıdır.

11 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir.

12 1987-1994 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı olarak belirtilen veriler ve SSK hastanelerini de kapsamaktadır. Diğer kısmı ilgili kaynakta "diğer bakanlık ve kamu kuruluşları", "belediye hastaneleri", "dernek ve vakıf hastaneleri" ile "yabancı ve azınlık hastaneleri" olarak bildirilenlerin toplamıdır.

13 2006-2010 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır. Kaynak verileri MSB hastanelerini içermemektedir ve diğer kamu kuruluşları ile yerel idarelere ait az sayıdaki hastanenin özel hastaneler içinde gösterildiği belirtilmiştir.

Tablo-6: 1987-1994 ve 2006-2010 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı (SB), Üniversite (Ü) ve Özel Sektör (ÖS) Hastanelerinde Hasta Yatış Oranı, Yatak İşgal Oranı, Ameliyat Oranı ve Ortalama Hastanede Yatış Günü Değerleri[14],[15],[16],[17].

Yıl	Hasta yatış oranı (%)			Yatak işgal oranı (%)			Ameliyat oranı[(a)] (%)			Ortalama hastanede yatış günü		
	SB	Ü	ÖS	SB	Ü	ÖS	SB	Ü	ÜS	SB	Ü	ÖS
1987	6.2	10.4	78.7	60.0	53.3	28.5	29.0	43.4	48.0	6.8	9.8	4.1
1988	6.1	8.9	66.9	58.5	50.3	29.3	28.6	44.4	46.1	6.5	10.2	4.0
1989	5.8	9.2	55.2	59.0	54.6	25.0	27.9	46.1	45.0	6.4	10.4	3.8
1990	5.4	9.0	30.1	58.9	58.3	23.4	29.2	46.2	44.9	6.4	10.6	3.8
1991	5.3	9.4	25.2	55.6	56.6	23.0	29.9	46.9	43.6	6.4	10.2	3.7
1992	5.3	9.2	22.6	59.9	59.0	19.4	29.1	47.1	44.6	6.5	10.7	3.4
1993	5.2	8.6	18.8	59.3	64.5	19.8	28.0	44.6	43.2	6.2	11.2	3.1
1994	4.9	9.1	17.2	59.3	63.2	20.2	28.3	41.9	43.5	6.1	10.3	2.9
2005	3.1	8.9	8.1	63.9	79.2	37.3				5.3	8.2	2.0
2006	2.8	9.3	7.9	62.7	79.7	48.0	54.6	10.8	57.2	5.2	7.8	2.4
2007	2.7	8.4	7.3	60.4	76.5	46.0	58.9	9.9	55.3	4.7	6.9	1.8
2008	2.7	7.6	6.0	61.2	84.4	50.7	63.6	10.6	59.2	4.5	6.6	1.8
2009	2.6	7.6	5.3	61.4	80.7	50.3	75.2	10.6	66.5	4.6	6.1	2.0
2010	2.7	7.5	5.6	64.4	72.9	50.8	89.0	10.8	68.9	4.4	6.2	2.0

a: Hastane yatışı verilen hastaların ameliyat edilme oranı.

IV- TÜRKİYE'DE SAĞLIK FİNANSMANI (2001-2012)

Doç. Dr. Bülent KILIÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Türkiye'de son on yıllık dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanında sağlık harcamalarında aşırı artışla sonuçlanan değişiklikler olmuştur. 2006 yılında kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 2008 yılından başlayarak Türkiye'deki tüm sosyal güvenlik kurumlarını birleştirmiş, 2012 yılından itibaren ise zorunlu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmiştir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde başlatılan performansa dayalı döner sermaye uygulaması, 2006 yılında tüm SB hastanelerine yaygınlaştırılmış, 2011 yılında ise tüm üniversite hastanelerini de kapsamıştır. Bütün bu uygulamalar uzun süren bir koalisyon hükümetleri devrinden sonra, 2002 yıl sonunda iktidara gelen ve son 10 yıllık dönemde kesintisiz tek parti iktidarını sürdüren AKP hükümetleri döneminde olmuştur.

14 1987-1994 yıllarına ait üniversite ve özel sektör hastaneleri yatak işgal oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 1997 kaynağından alınmıştır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatak işgal oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri, ilgili kaynakta Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri için veriler birleştirilerek hesaplanmıştır.

15 2005 yılı yatak işgal oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 2005 kaynağından alınmıştır.

16 2006-2010 yılı yatak işgal oranı ve ortalama hastanede yatış günü değerleri Sağlık Bakanlığı 2011 kaynağından alınmıştır.

17 Hasta yatış oranı ve ameliyat oranı değerleri tablo-4, tablo-5 ve tablo-6'daki değerler kullanılarak hesaplanmıştır.

1. Sağlık Harcamalarındaki Değişim

2003-2009 yılları arasındaki 7 yıllık AKP döneminde sağlık harcamalarının gelişimi şöyle özetlenebilir (yayınlanan son veriler 2009 yılına ait olduğu için son 2 yıla ait veriler yeterince değerlendirilememiş ancak yıllık trendlere göre tahminlerde bulunulmuştur):

1. Toplam sağlık harcamaları 2003 yılında 24 milyar TL iken 2009 yılında 66 milyar TL'ye çıkarak 2.7 kat artmıştır. Bu artış trendi böyle devam ederse 2012 yıl sonunda toplam sağlık harcamaları tahminen 99 milyar TL'ye çıkarak AKP döneminde yaklaşık 4 kat artmış olacaktır. Harcamaların artışındaki temel neden daha çok özel sağlık sektörünün giderek gelişmesi ve ilaç-teknoloji-tedavi harcamalarındaki aşırı artışlardır. Bu sektörlere ilişkin veriler tablolarda yer almaktadır (ayrıca bakınız *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, 2009 ve 2010).*
2. Cepten yapılan sağlık harcamaları aynı dönemde 3 milyar TL'den 11 milyar TL'ye çıkarak 3.7 kat artmıştır. Bu artış trendi böyle devam ederse 2012 yıl sonunda cepten yapılan sağlık harcamaları tahminen 19 milyar TL'ye çıkarak son 10 yılda yaklaşık 6 kat artmış olacaktır.
3. SGK'nın özel hastanelere ödediği tutar 0.5 milyar TL'den 4.7 milyar TL'ye çıkarak en yüksek artış oranını (yaklaşık 10 kat) oluşturmuştur. 2012 yıl sonunda SGK'nın özel hastanelere ödeyeceği tutar tahminen 13 milyar TL'ye çıkarak son 10 yılda yaklaşık 25 kat artmış olacaktır. Eldeki verilere göre en yüksek artış bu grupta olmuştur. Cepten harcamalar ve özel hastane harcamalarındaki artış da birbiriyle oldukça tutarlıdır. Ancak SGK'nın özel hastane harcama artışları beklenenin çok üzerindedir.
4. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının %2.4'ten 2012 yılında %4.1'e çıkarak 1.7 kat artmış olması olumlu bir gelişme olmuştur. Özellikle SB bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutarın 2.3 milyar TL'den 2012 yılında 6.6 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 3 kat artması dikkati çekmektedir.
5. Poliklinik sayısı kişi başına 3'ten 2011 yılında 7.7'ye çıkarak 2.5 kat, toplam hastane müracaatları 2.4 kat, yatan hasta sayısı 1.9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 2010 yılı rakamlarıyla 4.2 kat artmıştır (*Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010).* Bu artışların performansa dayalı ödemeler ve toplam sağlık harcamalarındaki artışla oldukça paralel olduğu görülmektedir.

Aşağıda Tablo-1, 2, 3 ve 4'te özetlenerek verilen, Grafik 1, 2 ve 3 ile desteklenen ve Şekil-1 ile özetlenen bu göstergeler Türkiye'de sağlık harcamalarının aslında beklenenden çok daha hızlı bir şekilde arttığını ve bu artışın sağlık hizmetleri kullanımındaki aşırı artışla (ameliyat, poliklinik vb) paralel gittiğini göstermektedir. Ancak toplam sağlık harcamalarındaki artışla birlikte, cepten yapılan harcamaların ve özel sektöre aktarılan payın beklenen artış trendinin çok daha üzerinde gerçekleştiği görülmektedir. Bu artış trendi Grafik-2'de daha rahat gözlenebilmektedir. Nitekim diğer verilerle birlikte değerlendirildiğinde toplam dağılım içinde de harcanan paranın daha çok özel sektöre gittiği görülmektedir (bakınız Şekil-1 ve Grafik-3).

Tablo-1: Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2001-2012)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2012**
Top. Sağlık Harcaması MilyarTL **(1,4)**	12.4	18.8	24.3	30.0	35.4	44.1	50.9	57.8	66.3	99.5
Top. Sağ.Harc. Milyar USD (PPP) **(1,4)**	10.1	12.4	16.2	21.0	26.2	30.6	38.9	44.8	51.5	77.2
Kişi Başı Sağ Harcama. USD(PPP)**(2,4)**	442	466	471	547	622	738	813	846	889	1067
GSYİH içinde top. Sağlık harc. (%) **(2,4)**	5.2	5.4	5.6	5.4	5.5	5.8	6.0	6.1	6.1	6.4
Top. Sağ. Harc. içinde Kamu har. %si **(2,4)**	68.3	70.8	72.0	71.3	67.8	68.4	67.9	73.0	73.0	70.0
SGK sağlık harc. içinde ilaç harc.% **(1,3)**	53	56	53	49	51	47	44	42	46	45
Cepten sağ.har. Milyar USD (PPP) **(1,4)**	2.3	2.5	3.0	4.0	6.0	6.7	8.5	10.0	11.3	19.1
SGK özel hastane Har. Milyar TL **(3)**	0.3	0.4	0.5	0.7	1.0	1.7	2.3	4.4	4.7	12.9
Sağ. Bak. Büt. Milyar TL (Bütçe %)**(2,4)**	1.3 (%2.7)	2.3 (%2.4)	3.6 (%2.4)	4.8 (%3.2)	5.5 (%3.5)	7.5 (%4.4)	6.5 (%3.2)	10.8 (%4.9)	12.0 (%4.6)	14.3 (%4.1)
SGK bütçesi Milyar TL **(1,3)**	17.8	28.0	41.3	50.6	59.9	71.9	81.9	93.1	106.8	158.0

*2009 yılı verileri henüz kesinleşmemiştir

**2012 yılı verileri yıllık trendlere göre yazar tarafından tahmin edilmiştir

Tablodaki veriler için kullanılan kaynaklar (2009 ve 2012 yılları hariç):

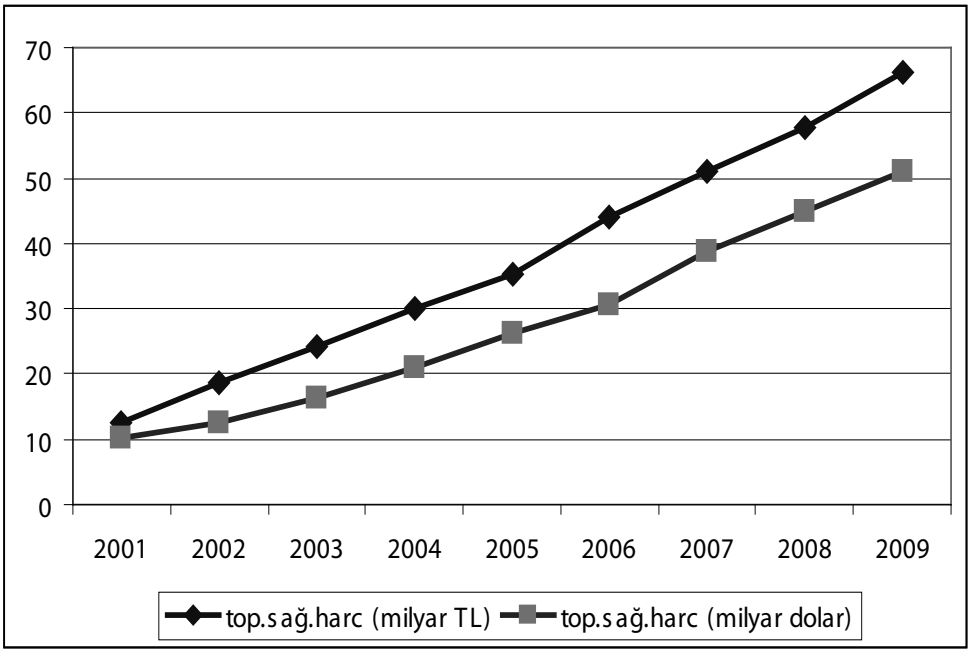
(1) Mustafa Sönmez (2011), s:42, 44, 46, 60

(2) Recep Akdağ (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:93-97

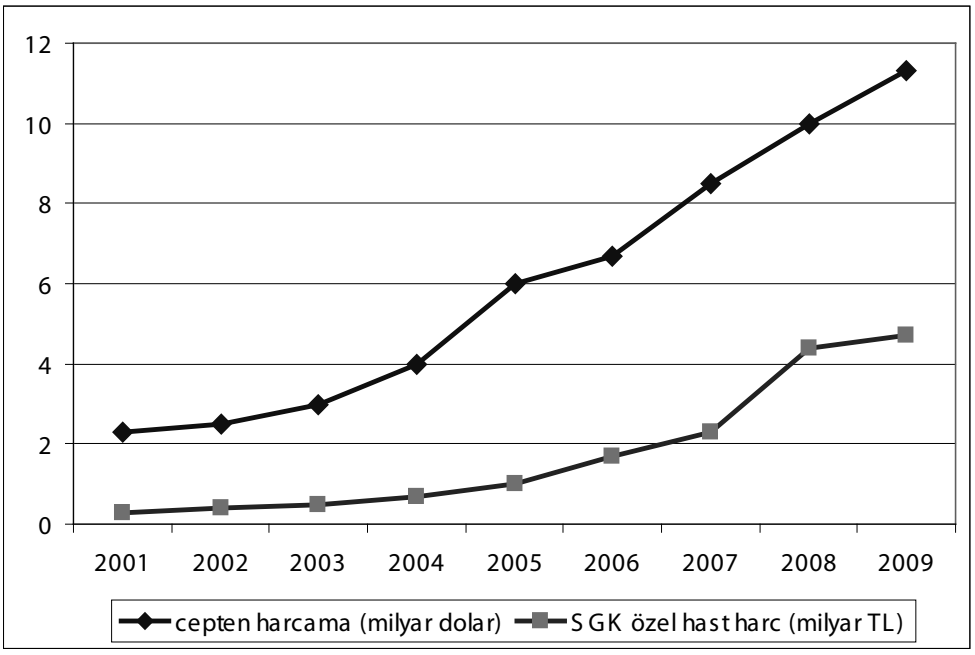
(3) SGK (2012) Http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari

(4) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2009, 2008

Grafik-1: Türkiye'de Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (2001-2009)



Grafik-2: Türkiye'de Yıllara Göre Cepten Sağlık Harcamaları ve SGK'nın Özel Hastane Harcamaları (2001-2009)



Tablo-2: Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Paranın Dağılımı (2009)

PARANIN GELDİĞİ YER (PARANIN KAYNAĞI) (2009 YILI)			**PARANIN GİTTİĞİ YER (PARANIN PAYLAŞIMI) (2009 YILI)**		
	milyar TL	**%**		**milyar TL**	**%**
SGK	28.8	43.4	İLAÇ	16.3	24.6
GENEL BÜTÇE	15.7	23.7	SB HASTANELERİ	11.7	17.6
DİĞER KAMU	3.9	5.9	ÖZEL HAST.LER	5.2	7.8
			ÜNİVERSİTE HAST.	4.0	6.0
			1.BAS. / AH / TSH	4.0	6.0
			DİĞER*	7.2	10.7
TOPLAM KAMU	**48.4**	**73.0**		**48.4**	**73.0**
CEPTEN HARCAMA	12.4	18.7	ÖZEL HAST.LER	10.2	15.4
ÖZEL SEK. YATIRIM	4.1	6.2	İLAÇ	4.9	7.4
ÖZEL SİG. PRİMİ	1.4	2.1	ÜNİVERSİTE HAST.	1.3	2.0
			SB HASTANELERİ	1.3	2.0
			ÖZEL SİGORTALAR	0.2	0.2
TOPLAM ÖZEL	**17.9**	**27.0**		**17.9**	**27.0**
TOPLAM	**66.3**	**100.0**	**TOPLAM**	**66.3**	**100.0**

TOPLAM PAYLAŞIM	**milyar TL**	**%**
İLAÇ FİRMALARI	21.2	32
ÖZEL HASTANELER	15.4	23
SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ	13.0	20
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	5.3	8
1.BASAMAK / AİLE HEK / TSH	4.0	6
ÖZEL SİGORTALAR	0.2	0.2
DİĞER*	7.2	11
TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI**	**66.3**	**100.0**

* *Diğer: Er-erbaş, askeri öğrenci, tutuklu, SHÇEK, cenaze giderleri, milletvekili ve diğer kamu bakanlıklarının sağlık harcamalarıdır*

** *Tablodaki veriler aşağıdaki kaynaklar kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır (2009 yılı rakamları henüz kesin değildir, önümüzdeki yıllarda düzeltmeler yapılabilir):*

(1) Mustafa Sönmez (2011), s:42, 44, 46, 49, 51, 60, 69

(2) Recep Akdağ (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:93-97

(3) SGK (2012) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari

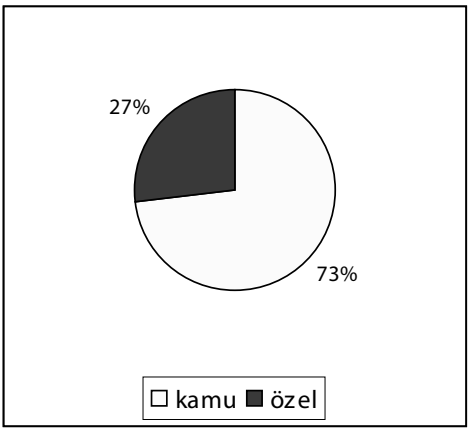
(4) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2009, 2008

Türkiye'de 2009 yılı sağlık harcamalarında paranın kaynağına bakıldığında %73'ünün kamu kaynaklarından karşılandığı, ancak %45'inin kamuya, %55'inin ise özel sektöre gittiği dikkati çekmektedir (bakınız Grafik-3).

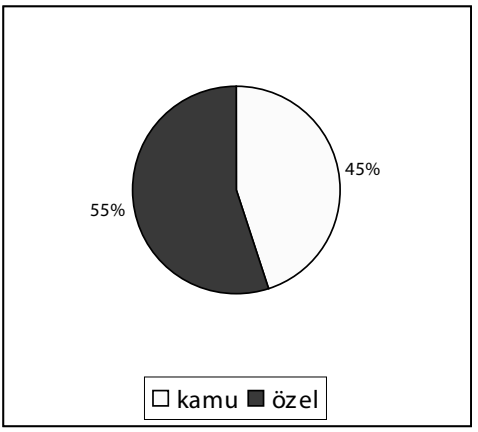
Kamu Kaynakları: SGK + Genel Bütçe + Diğer Kamu= 48.4 milyar TL (%73)

Özel Sektör geliri: İlaç firmaları + Özel Hastaneler + Özel Sigortalar =36.8 milyar TL (%55)

Grafik-3: Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Paranın Dağılımı (2009)



PARANIN GELDİĞİ YER



PARANIN GİTTİĞİ YER

Tablo-3: Türkiye'de Tedavi ve İlaç Giderleri (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Toplam Kamu Harcaması (Sadece Tedavi ve İlaç Gideridir) (Milyar TL)**	**10.1**	**13.9**	**16.8**	**17.6**	**23.0**	**26.7**	**32.2**	**35.9**
İlaç	5.2	6.8	7.9	8.7	10.1	11.1	13.1	15.7
Devlet Hastaneleri	2.7	4.2	5.4	4.9	7.8	9.2	10.2	10.9
Üniversite Hastaneleri	1.3	1.6	1.7	1.8	2.2	2.6	3.4	3.6
Özel Hastaneler	0.4	0.6	1.0	1.3	2.1	2.8	4.8	5.2
Diğer***	0.5	0.7	0.8	0.9	0.8	1.0	0.7	0.5
Toplam SGK Harcaması (Sadece Tedavi ve İlaç Gideridir) (Milyar TL)	**7.6**	**10.7**	**13.1**	**13.6**	**17.7**	**20.0**	**25.4**	**28.8**
İlaç	4.3	5.6	6.4	7.0	8.4	8.8	10.7	13.2
Devlet Hastaneleri	1.8	3.0	4.1	3.5	5.4	6.4	7.3	7.9
Üniversite Hastaneleri	0.6	0.8	1.1	1.1	1.3	1.5	2.3	2.5
Özel Hastaneler	0.4	0.5	0.7	1.0	1.7	2.3	4.4	4.7
Diğer***	0.5	0.8	0.8	1.0	0.8	1.0	0.7	0.5

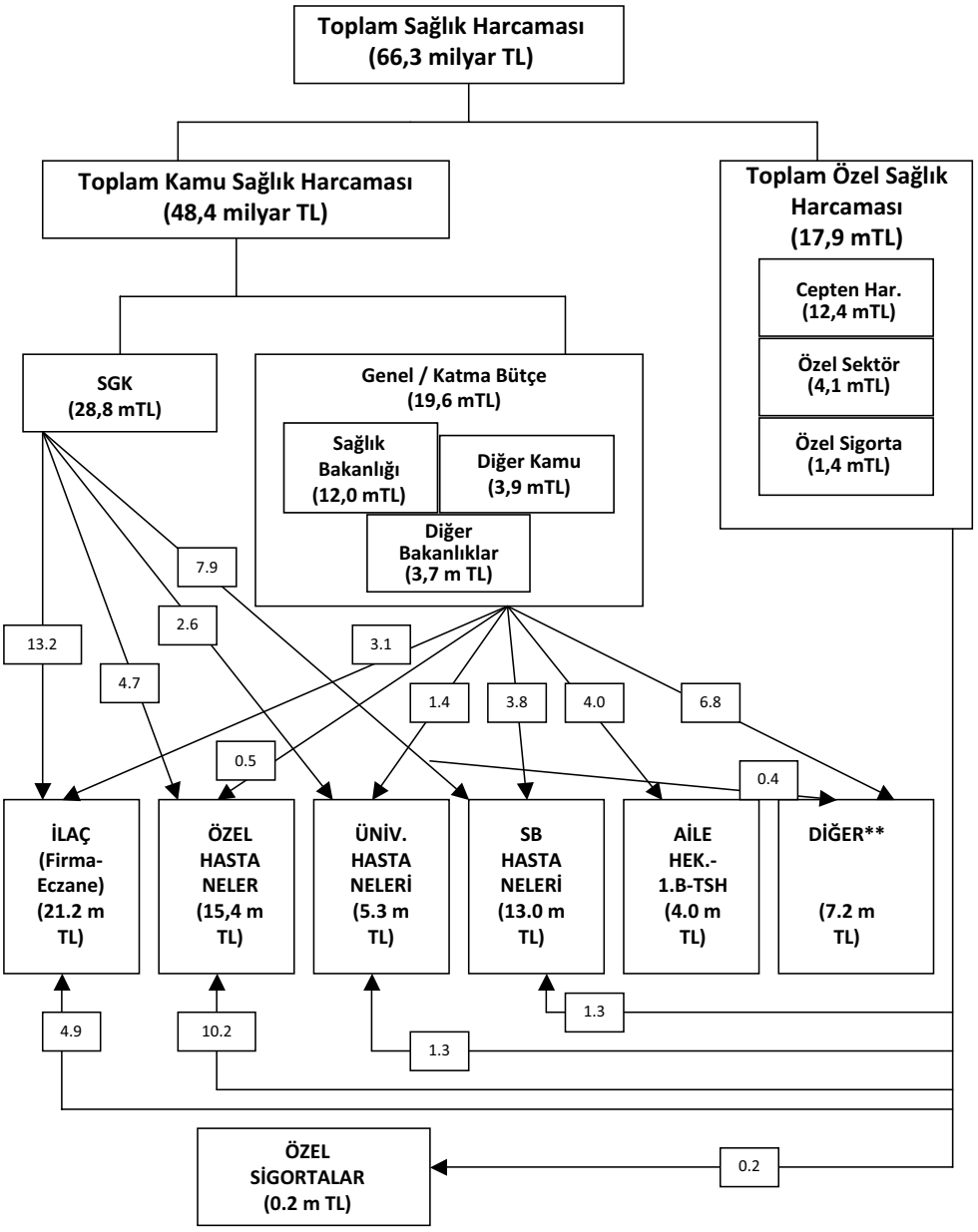
** 2009 yılı verileri tahmini bütçe ve SGK rakamlarıdır, değişmeler olabilir*

*** Toplam Kamu tedavi ve ilaç harcamaları içinde SGK harcamaları da vardır*

****Diğer harcamalar: Optik giderleri, Yolluklar, Diğer Malzemeler*

Kaynak: Medimagazin (2009 ve 2010)

Şekil-1: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Kaynakları ve Dağılımı (2009)*



**Şekil aşağıdaki kaynaklar kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır*

(1) Mustafa Sönmez (2011), s:42, 44, 46, 49, 51, 60, 69

(2) Recep Akdağ (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:93-97

(3) SGK (2012) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari

(4) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2009, 2008

(5) Medimagazin (2009 ve 2010)

***Diğer: Er-erbaş, askeri öğr, tutuklu, SHÇEK, cenaze giderleri, milletvekili ve diğer kamu*

Türkiye'de son 10 yılda döner sermaye uygulamasının da çok geliştiği ve döner sermaye gelirlerinin SB bütçesiyle yarışır bir hale geldiği ve 2010 ve 2012 yıllarında SB bütçesini geçtiği dikkati çekmektedir. Döner sermaye uygulaması artık performansa dayalı ek ödeme uygulamasına dönüşmüş olmakla birlikte içeriği hemen hemen aynıdır. Tablo-4'te döner sermaye gelirleriyle SB bütçesinin kıyaslaması görülmektedir. Ancak bu grupta en çok dikkati çeken durum SGK bütçesidir. 2012 yılındaki SGK bütçesi (158 milyar TL) tahminen SB bütçesinin (14 milyar TL) 10 katından fazla büyüklükte olacaktır. Bu durum Türkiye'de artık sağlık finansmanındaki en güçlü aktörün SGK olduğunu göstermektedir.

Tablo-4: Türkiye'de Döner Sermaye Gelirleri ve SB Bütçesi (2001-2012)

	2001	2002	2010	2011	2012
Döner Sermaye Gelirleri(Milyar TL)**(1,2)** (SB bütçesi içinde %)	1.0 (%77)	1.7 (%74)	15.5 (%122)	14.2 (%81)	16.3 (%114)
Sağlık Bak. Bütçesi (Milyar TL) **(3)** (Toplam Bütçe içindeki %)	1.3 (%2.7)	2.3 (%2.4)	12.7 (%4.4)	17.5 (%5.6)	14.3 (%4.1)
SGK Bütçesi (Milyar TL) **(4)** (SB bütçesi katı)	17.8 (14)	28.0 (12)	118.0 (9)	133.0 (8)	158.0 (11)

(1) Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, Döner Sermaye Mali Yönetim Sistemi
(2) Recep Akdağ (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:128
(3) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2009, 2008
(4) Devlet Planlama Teşkilatı (2010):13

2.Genel Sağlık Sigortası:

Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir. Temel ilkesi "herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek"tir. Ancak en temel koşulu olan primlerin bireylerin gelirlerine göre orantılı olarak toplanması ilkesi dünyanın büyük kesiminde olduğu gibi, Türkiye'de de hakkaniyetli bir şekilde sağlanamamaktadır.

GSS şu anki uygulaması ile yoksulu korumakta çok yetersiz olan bir uygulamadır. Aylık geliri asgari ücretin (886 TL) üçte biri olan yani 295 TL ve üzerinde olan tüm vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır. Bu durumda asgari ücretin bile altında kazanan yoksullara çok büyük bir haksızlık yapılarak prim ödeme için belirlenen alt sınır asgari ücretin üçte biri olarak seçilmiş olmaktadır. Bordrolu işçi ve memur kesimi ise GSS için brüt gelirinin %5'ini; emeklilik için %9'unu prim olarak ödeyecektir. Diğer gruplar ise "gelir testi" yapılarak kişi başına düşen gelirleri hesaplandıktan sonra alttaki tabloya göre aylık prim ödemesi yapacaktır.

Tablo-5: GSS Prim Miktarları (2012 yılı ilk 6 ay için)

Kişi Başı Gelir	**Ödenecek Prim**
295 – 886 TL arası	35 TL/ay
887 – 1773 TL arası	106 TL/ay
1774 TL ve üzeri	212* TL/ay

** 1 ay içinde Gelir Testini Yaptırmayanlar her ay 212 TL prim öder (Primler sadece sağlık sigortası içindir, emeklilik dahil değildir. Emeklilik için ayrıca %20 daha ek prim ödemek gerekmektedir)*

Kaynak: SGK (2012) http://www.sgk.gov.tr

GSS bu uygulaması ile yoksulu değil zengini korumaktadır. Bunun en büyük kanıtı milletvekillerinin GSS kapsamı dışında bırakılmasıdır. 2011 yılı verilerine göre milletvekili ve yakınlarının sağlık harcamalarının %90'ını yurt dışında gerçekleşmektedir. Milletvekilleri ayrıcalıklı bir hizmetten yararlanmak için bilerek GSS kapsamı dışında tutulmuştur. Bir diğer ayrıcalıklı grup aylık geliri 6000 TL'nin üzerinde olan zenginlerdir. Çünkü prime esas kazancın üst sınırı asgari ücretin 6.5 katı olarak belirlenmiştir. Yani aylık geliri 100.000 TL olan da 1.000.000 TL olan da en fazla ayda 691 TL prim ödeyecektir. Oysa gelir arttıkça primin de gelire orantılı olarak artması gerekmektedir.

Bir diğer sorun fonlar yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılmasıdır. GSS'nin hangi sağlık hizmetlerini vereceği her yıl SGK tarafından yeniden belirlenmekte ve bazı sağlık hizmetleri giderek GSS temel teminat paketi dışında kalmaktadır. Ayrıca ilaç bedelleri, gözlük reçeteleri ve diş tedavilerinde sigortalıdan ek olarak çok yüksek oranlarda katkı payı alınmaktadır. Bu da temel amaç olan ücretsiz sağlık bakımı ilkesiyle doğrudan çelişmektedir. Bu nedenle sigortanın belirlediği temel teminat paketi dışında ek hizmet almak isteyenler "Tamamlayıcı Sigorta" ile özel sağlık sigortası şirketlerinden bu hizmetleri almaya yönlendirilmektedirler. Nitekim Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Genel Sekreteri Tunçay, "Devlet bu kadar geniş bir teminat veremez" diyerek, 13 Ocak 2012'de SGK ile bir toplantı yapıldığını, 2-3 ay içinde SGK'ya "tamamlayıcı sigorta" için bir öneri sunacaklarını açıklamıştır (Akça, 2012).

GSS, sağlık hizmetlerinin finansmanında zorunlu bir yol değildir. İngiltere örneğinde olduğu gibi hizmetin genel bütçeden finanse edildiği Batı'lı ülkeler de vardır. Ancak GSS, bireylerden ayrıca prim topladığı ve yeni bir kaynak oluşturduğu için bütçeden yeterli payı ayırmayan/ayıramayan ülkelerde daha cazip görülmektedir.

Sonuç:

1. Toplam sağlık harcamaları son 10 yıllık dönemde yaklaşık 4 kat artmıştır.
2. Cepten yapılan sağlık harcamaları aynı dönemde yaklaşık 4 kat artmıştır.
3. SGK'nın özel hastanelere ödediği tutar yaklaşık 10 kat artmıştır. Eldeki verilere göre en yüksek artış bu grupta olmuştur.
4. Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı yaklaşık 2 kat, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutar ise yaklaşık 3 kat artmıştır.
5. Poliklinik sayıları 2.5 kat, ameliyat sayıları ise aynı dönemde yaklaşık 4 kat artmıştır.

Kaynaklar

1. Akça OB (2012) Sigortaya Sağlık Desteği. Cumhuriyet Gazetesi Ekonomi sayfası, 24 Ocak 2012.
2. Akdağ R (2011) Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu, s:93-97
3. Devlet Planlama Teşkilatı (2010) Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2011. Ankara, s:13
4. Maliye Bakanlığı (2012) Muhasebat Genel Müdürlüğü, Döner Sermaye Mali Yönetim Sistemi http://dmisproje.muhasebat.gov.tr
5. Medimagazin (2009) Sağlık Harcamasında Başı İstanbul Çekiyor. 1 Haziran 2009:s:14
6. Medimagazin (2010) Altı Aylık Sağlık Faturası 15.5 milyar TL. 6 Eylül 2010:s:21
7. Sağlık Bakanlığı (2010) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. SB yayın no:806, Ankara
8. Sağlık Bakanlığı (2011) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. SB yayın no:824, Ankara
9. Sağlık Bakanlığı (2011) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. SB yayın no:832, Ankara
10. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005. http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2954/eski2yeni.html
11. SGK (2012) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari
12. Sönmez M (2011) Paran kadar sağlık. Yordam Kitap, İstanbul, s:42, 44, 46, 60

V-SAĞLIK EMEKGÜCÜ POLİTİKALARI

Doç. Dr. Nilay Etiler

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olan sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, geçtiğimiz 10 yıl içinde köklü bir biçimde değişmektedir. Bu köklü değişimin nedenlerine bakılacak olursak iki temel dinamiğin ön plana çıktığı görülmektir. Bunlardan ilki sağlık sisteminde diğeri ise kamuda yaşanan neoliberal dönüşümdür.

1990'larda küresel kapitalizmin sağlık üzerine düşen gölgesi, Türkiye'de sağlık reformunun hattını ve çerçevesini çizmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Dünya Bankası (DB) sağlık projeleri, 1994 yılından itibaren yapılan stand-by anlaşmaları ve GATS'tan söz etmek mümkündür. Bu sürecin devamı olarak yine DB güdümüyle 2003 yılında başlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) uygulamaya konmuştur.

Diğer yandan neoliberal politikalar döneminde, devletin rolü de ciddi bir dönüşüm yaşamıştır. Yeni anlayışa göre devlet, sadece eşgüdüm faaliyeti yürüten, denetleyen ve kontrol eden bir aygıt olarak tasarlanan ve serbest piyasanın kurallarına göre hareket eden 'düzenleyici devlet'tir (Bayramoğlu, 2003). Bu yaklaşım iki noktada sağlık çalışanlarını etkilemektedir. İlki kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilmesiyle hızla büyüyen bir "özel sağlık sektörü" ortaya çıkmıştır. İkinci olarak ise kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının uygulanmaya başlaması, kamu personeli rejiminde esnekleşme şeklinde kendini göstermiştir (Etiler ve Urhan 2008:144-145).

Bu sürecin sonunda gelinen noktada durum şu şekilde toparlanabilir:

• Yeni istihdam biçimlerinin devreye girmesi

Sağlık reformu sürecinde sağlık çalışanlarının geleneksel devlet memuru statülerinin farklı biçimlerde istihdam edildikleri dikkat çekmektedir. İlk olarak 2003'te yapılan bir düzenleme ile kamuda sözleşmeli çalışmanın önü açılmıştır. 27 Temmuz 2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 4924 sayılı Kanun'da "*eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli*" tanımlamıştır. Aynı kanun, 657 sayılı Kanun'un 36. Maddesinin "III- Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıf" bendinde değişiklik yaparak "*Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir."* ifadesi eklenmiştir.

Diğer yandan 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile diğer bir sözleşmeli çalışma biçimi uygulanmaya başlanmıştır. Bu kanuna göre aile sağlığı merkezlerinde çalışacak sağlık çalışanları, esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılarak, Sağlık Bakanlığı ile bir sözleşme yapmaktadır. Geçiş dönemi uygulaması olarak değerlendirilmesi gereken bu istihdam şeklinin, reformun tamamlanmasından sonra değişeceği, hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan, Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde ancak 'kendi hesabına çalışan' olacağı, aile sağlığı olarak anılan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hekimin yanında çalıştırdığı eleman olacağı ifade edilmektedir.

2005 yılında yapılan diğer bir düzenlemeyle sağlık çalışanlarının 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 'memur' (4/a) statüsü dışında 'sözleşmeli' (4/b) olarak istihdamları mümkün hale gelmiştir. Bu düzenlemeden sonra sayıları hızla artan 4/b'liler 2011 seçimlerinden öncesinde 4/a statüsüne geçme hakkı elde etmişlerdir. 4 Haziran 2011'de Resmi Gazete'de yayınlanan 632 sayılı KHK ile 4/b statüsünde çalışanlar ile 4924 sayılı Kanun'a bağlı çalışanların 'memur' kadrosuna atanmaları konusunda bir düzenleme yapılmıştır.

Bir diğeri ise, 2005 yılında 657 sayılı Yasa'nın 86. maddesine ek yapılarak kamuoyunda vekil ebe ve hemşire olarak bilinen statünün ortaya çıkmasıdır. Açıktan atamayla alınacak bu personelin, köy sağlık evleri, sağlık ocakları ve belde sağlık ocaklarında çalıştırılması öngörülmüştür. 2006 yılında 3000, 2007 yılında da 2700 civarında personel alımı yapılmıştır. Bu personel, vekalet ettikleri kadronun 1. derecesinin 2/3'ü oranında ücret almakta olup ücretleri 580-800 TL arasında değişmektedir[18]. Ayrıca diğer sözleşmeliler arasında iş güvencesi en az olan bu gruptakilerdir. Bu istihdam türünün, aile hekimliği uygulamasının yerleştirilmeye çalışıldığı bu dönemde, boşalan ve tercih edilmeyen perifer noktalarını doldurmak için kullanılan geçici bir uygulama olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak kamu sağlık çalışanlarının günümüzde istihdam biçimleri şöyle özetlenebilir (Ünlütürk Ulutaş, 2011:197):

1. 657 sayılı Yasa'nın 4/a maddesine göre memur,
2. 657 sayılı Yasa'nın 4/b maddesine göre sözleşmeli,
3. 4924 sayılı Yasa'ya göre sözleşmeli,
4. Hizmet satın alma yoluyla gerçekleştirilen işlerde sözleşmeli
5. Vekil ebe ve hemşire statüsü,
6. Aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli.

Tablo 1'de Sağlık Bakanlığı kadrolarında 2009 yılı itibariyle farklı statülerde çalışan personelin sayıları görülmektedir. Veri kaynağında belirtilmemekle birlikte aile hekimliği sözleşmesi yapanlar (hekim, hemşire ve ebe) hala memur statüsünde oldukları için 'genel bütçe kapsamındaki memur' başlığı altında sayılmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan sağlık personelinin istihdam şekline göre dağılımı (2009, Haziran)

İstihdam şekli	*Sayı*
Genel bütçe kapsamında;	
Memur	335.539
Sözleşmeli	45.879
Sürekli ve geçici işçi (657 – 4/d)	4.590
Geçici personel (657 – 4/c)	1.750
Döner sermaye kapsamında;	
Memur	4.073
Sözleşmeli	24.976
TOPLAM	

Kaynak: Maliye Bakanlığı (2009)

18 Bkz. Vekil Ebe ve Hemşirelerin Maaş Cetveli. http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-1854/vekil-ebehemsire-alimi.html?vurgu=vekil+ebe (Erişim: 28/7/2011)

• Özel sektörün büyümesi

Sağlık Bakanlığı'nın sadece denetleyici ve planlayıcı olacağı, artık hizmet sunmayacağı şiarına paralel olarak özel kuruluşlardan hizmet satın alınmaya başlanmasıyla, özel sağlık kuruluşlarının sayısı hızla artmıştır. 2009 yılı itibariyle SGK'ya (4a-SSK) kayıtlı "insan sağlığı hizmeti" sunan kurum sayısı 6225'tir ve 98.601 kişi bu hizmet sınıfı altında istihdam edilmektedir. Dolayısıyla özel sağlık sektörü hem sağlık meslek mensupları hem de diğer çalışanları için hızla büyüyen bir istihdam alanı haline gelmiştir. Tablo 2'de sağlık meslek mensuplarının sayısındaki artışın en çok özel sağlık kuruluşlarında olduğu görülmektedir.

Tablo 2. 2002 ve 2008 yıllarında sağlık personelinin sektörlere dağılımı[19]

	Sağlık Bakanlığı[19]		***Üniversite***		***Özel***		***Toplam***	
	2002	*2008*	*2002*	*2008*	*2002*	*2008*	*2002*	*2008*
Hekim	57291	63536	19568	23973	11766	22598	95190	113151
Hemşire	57510	70022	11267	14153	6107	15735	79059	99910
Sağlık memuru ve teknisyenleri	37041	59846	3374	5782	4478	18365	49324	83993
Ebe	39481	43600	169	494	1415	3579	41513	47673

Kaynak: TUİK 2005:86, TUİK 2011:104.

• Kamunun hizmet satın alması

Sağlıkta özelleştirme sürecinde kamu kuruluşları, bir takım hizmetleri dışarıdan satın almaya başlamıştır. Hizmet satın alma genellikle hastanelerde olup destek hizmetler olan temizlik, güvenlik, yemek vb hizmetlerle, bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere başlamıştır. 2004 yılında yapılan bir düzenlenme[20] ile ana hizmet olan sağlık hizmetlerinin de satın alma ile görülmesinin önü açılmıştır[21]. Bundan sonra sağlık taşeronlaşmanın en hızlı yaygınlaştığı sektörlerden biri olmuş, SDP'nın başladığı yıldan 2010'a gelindiğinde taşeron işçi sayısı 11 binden 116 bine çıkmıştır (DİSK-AR 2011). Diğer bir ifadeyle 2002 yılında hizmet alımı ile istihdam edilen personel, toplam sağlık personelinin %4.3'ü iken, 2010 yılında %26.4'e çıkmıştır (Aktaran Ünlütürk Ulutaş:209).

Diğer yandan hemşire, laborant vb sağlık meslek mensuplarının bir kısmının taşeron şirket çalışanı olarak istihdam edildiği de bilinmekte birlikte bu şekilde çalıştırılan sağlık meslek mensubunun sayısı bilinmemektedir.

Sağlık kuruluşunun içinde gerek sağlık hizmetinin kendisi gerekse destek hizmetlerin anlaşmalı taşeron şirketlere yaptırılmasından başka özel sağlık kuruluşu ile anlaşma yapılarak hastaların bu kuruluşa yönlendirilmesiyle de hizmet satın almak mümkündür. Bu tip hizmet alma da giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %93'ünün en az bir hizmetini kurum dışından hizmet satın alma yoluyla karşıladığı, daha çok klinik dışı (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi vb) hizmetlerde buna başvurulduğu bildirilmektedir (Sağlık

19 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na devir edilen SSK Hastaneleri de bu grup altındadır.

20 "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller" Resmi Gazete Tarih: 5.5.2004, Sayı: 25453.

21 "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller" 05.05.2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlandı

Bakanlığı 2010). Sağlık Bakanlığı dışarıdan hizmet satın almanın giderek yaygınlaşan bir yönetim/işletme stratejisi olmasının yanında bu yolla %45-60 oranında maliyet tasarrufunu sağladığı belirtmektedir.

• Personel ücretlerinin ödeme biçimlerinde değişim

1961 yılında çıkan 209 sayılı Yasa ile yürürlüğe giren döner sermaye, 1989 yılında yapılan yeni bir düzenlemeye kadar sadece yataklı tedavi kurumlarının bir takım gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılmıştır. 1989 yılında kabul edilen KHK'ye göre kurumun döner sermaye gelirlerinden çalışanlara ek ödeme yapılması konusu düzenlenmiştir. 2001'de başka bir düzenleme ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında da döner sermaye işletmeleri kurulmuş ve bu kuruluşlarda çalışan personele ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Böylece döner sermaye sağlık çalışanlarının gelirleri arasında yıllar içinde giderek artan önemli bir paya sahip olmuştur.

Döner sermayenin dağıtımında performans sisteminin kullanılması ise ilk kez 2003 yılında pilot olarak 10 hastanede başlamış, daha sonra 2004'de tüm Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına yaygınlaştırılmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme 31 Ocak 2011 tarihinden itibaren üniversite hastanelerinde de uygulanmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme ile özellikler hekimlerin bir kısmının geliri oldukça artmış, ayrıca kamu sağlık çalışanlarının gelirleri arasında önemli düzeyde eşitsizlik ortaya çıkmıştır. Böylece tam gün kamuda çalışan hekimlerin döner sermaye gelirleri, aylık maaşlarının üstüne çıkmıştır. Bu artış büyük oranda uzman hekimlerin döner sermaye gelirlerindeki artıştan kaynaklanmakta, maaşlarının yaklaşık 1.5 katı döner sermaye geliri elde etmektedirler. Döner sermaye geliri pratisyen hekimlerde maaşa benzer düzeydedir (Etiler ve Urhan, 2008:159).

Özetle; hem sağlık hizmetleri hem de kamudaki reform sürecinin kamu sektöründeki sağlık çalışanlarının iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimlerini ortaya çıkarmıştır. Diğer yandan kamu kuruluşlarının özel işletmecilik kurallarıyla yönetimi, sağlık çalışanlarının gerek çalışma gerekse ücretlendirme koşullarının esnekleşmesiyle sonuçlanmıştır. Ek olarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel sektörde çalışan sayısının hızla artışıyla sonuçlanmıştır. Bilindiği gibi özel sektör, az sayıda eleman ile çok iş üretme ve böylece işgücü maliyetini en az düzeyde tutmak üzerine kuruludur, aynı zamanda çalışanların her an işini kaybetme korkusu işverenler için bir garantidir. Sonuç olarak; piyasa dinamiklerinin kamu sektörüne sızması ve de devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesi binlerce sağlık çalışanının çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluştuğu bir ortamı yaratmıştır.

Kaynaklar

1. Bayramoğlu, S. (2003)Düzenleyici Devlet Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme, *Praksis*, 9, Kış-Bahar, s.143-162
2. DİSK-AR (2011) Taşeron ve Güvencesiz Çalışma Raporu, DİSK Araştırma Enstitüsü. http://www.disk.org.tr/default.asp?Page=Content&ContentId=1081 (26/7/2011)
3. Etiler N, Urhan B. (2008) Kocaeli ilinde kamu sektöründe istihdam edilen hekimlerin çalışma koşulları, 2008, Ulusal Çalışma İlişkileri Kongresi. Kocaeli.
4. Maliye Bakanlığı (2009) Bütçe ve Mali Kontrol genel Müdürlüğü İstatistikleri. http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1&BELGEANAH=14059&DOSYAISIM=kamuIdareleriTop.xls
5. Sağlık Bakanlığı (2010) Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları**,** Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/Outsourcing_tr.pdf (01.04.2011)
6. TUİK (2005) Türkiye İstatistik Yıllığı 2004, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.
7. TUİK (2011) Türkiye İstatistik Yıllığı 2010, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.

8. Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011) Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, NotaBene Yayınları. Ankara.

VI- TIP EĞİTİMİ

Prof.Dr. Nuray Özgülnar, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tıp eğitiminin amacını tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek olarak tanımlamaktadır. Bu amaca en üst düzeyde bilimsel ve etik standartlarla ulaşmanın eğitim alan hekim adaylarından eğitim verenlere, eğitim kurumlarının yöneticilerinden yerel, ulusal yöneticilere dek toplumun tüm kesimlerinin sorumluluk üstlenmesi ile mümkün olduğuna vurgu yapılmaktadır (WFME, 2011)

Tıp eğiminin niteliğinin geliştirmesine yönelik tartışmalar ve çalışmalar 1980'lerde başlamıştır. Bu süreçte Edinburg Bildirgesi (1988) ve Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi Önerileri (1993) dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Edinburg Bildirgesi'nde tıp eğitiminin amacı tüm bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmıştır. Hekimlerin dikkatli bir dinleyici, gözlemci ve duyarlı bir iletişimci ve etkin bir klinisyen olarak yetişmeleri beklenmektedir (TTB, Mezuniyet öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010: 7).

Ülkemizde tıp eğitiminin amacı 1990 yıllarında tartışılmaya başlamış ve 2001 yılında Ulusal Çekirdek Müfredat programı oluşturularak toplumun gereksinimlerine yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim programlarının standardize edilmesi yönünde çalışmalar yürütülmüştür (UTEAK, 2009:5). Bu süreçte 2002-2007 döneminde Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Komisyonundaki çalışmalarda, Yükseköğretim Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Komisyonu tarafından geliştirilen öneriler dikkate alınarak ve mühendislik fakültelerindeki örnekler kullanılarak Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) kurulmuştur (UTEAK, 2011). Günümüzde bu kurul "Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği" nin bir organı olarak tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapmaktadır. UTEAK 30 kasım 2011 tarihli YÖK Genel Kurul toplantısında Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Programlarının Akreditasyonu için Ulusal bir Kalite Güvence Kuruluşu olarak da tanınmıştır. 2011 yılında 2009-2010 yılında gönüllü olarak başvuru yapan tıp fakültelerinden sekizinin eğitim programları Ocak 2017'ye dek akredite olmuştur (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Tıp Eğitimi Programı Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu tarafından akredite edilen tıp eğitimi programları ve kurumlar (alfabetik sırayla verilmiştir), 2011

Kurum – Tıp Eğitimi Programı
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe Eğitim Programı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe ve İngilizce Eğitim programları
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İngilizce Eğitim Programı
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kaynak: http://uteak.org/[Erişim Tarihi: 7.8.2011]

Tıp eğitimi programlarının gözden geçirilmesi, altyapı, öğretim kadrosu ve niteliğini geliştirme yönünde çalışmalar sürerken hızla yeni tıp eğitimi programları açılmakta ve kontenjanlar artmaktadır. 1990'lı yıllarda 24 tıp eğitim programı ile 4825 yeni öğrenci kontenjanı varken günümüzde 78 tıp eğitim programında 8879 yeni öğrenci için kontenjan ayrılmıştır (Türkiye Sağlık İnsan Gücü Raporu, 2008:28; Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu, 2010:48; ÖSYM- LYS Tercih Kılavuzu, 2011). Yirmi yılda tıp eğitim programlarının 3 kat artması alt yapı, öğretim kadrosu ve öğretim uygulamalarında önemli değişkenlikler ve sorunları beraberinde getirmektedir. Tablo 2' de 1964 yılından günümüze 10 yıl aralarla tıp fakültesi kontenjanları ve öğretim üye durumları verilmiştir. Grafik 1'de yıllara göre tıp fakülte sayıları sunulmuştur

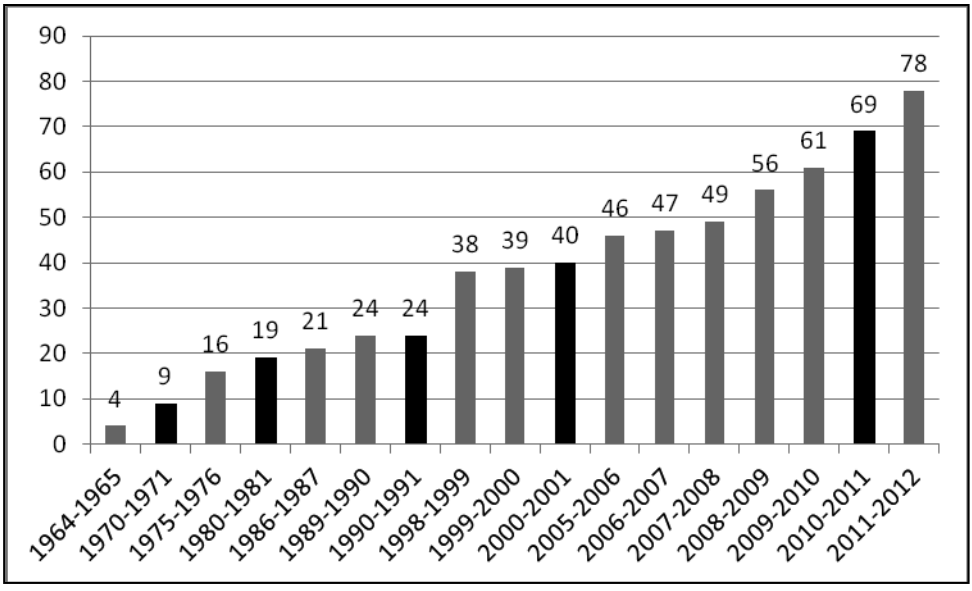
Tablo 2. Türkiye'de Tıp Eğitimi veren kurum ve birinci yılda eğitim almaya başlayan öğrenci sayıları*

Öğretim yılı	Fakülte Sayısı	Birinci Yılda Öğrenci Sayısı	Eğitimde olan Öğrenci Sayısı	Öğretim Üye Sayısı
1970-1971	9	778	?	?
1980-1981	19	2.409	?	?
1990-1991	24	4.825	33.566	3.029
2000-2001	40	4.749	32.250	6.284
2010-2011	69	8.090	37.576	9.609
2011-2012	78	8.879	41.468	10.413

Kaynak: Türkiye Sağlık İnsan gücü Raporu, 2008:28; Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu, 2010:48; ÖSYM LYS Tercih ve Kontenjan Kılavuzu, 2011.

? Bu yıllara ait bilgiye ulaşılamamıştır

Grafik 1. Tıp Eğitimi veren kurumların yıllara göre dağılımı



Kaynak: Türkiye Sağlık İnsan gücü Raporu, 2008:28; Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu, 2010:48; ÖSYM LYS Tercih ve Kontenjan Kılavuzu, 2011.

Tıp eğitiminde öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranları, eğitimin niteliğini etkileyen önemli değişkenlerden birini oluşturmaktadır. Tablo 3'de öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları, Tablo 4'te öğretim üye sayıları ve akademik unvanlarındaki değişimler, TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Raporu 2010, s:89'da yer alan tablolar değiştirilmeden birebir sunulmuştur.

Tablo 3. Toplam öğrenci, öğretim üyesi sayıları ve öğretim üyesi/öğrenci oranı.

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

Kaynak: TTB, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010:89, Tablo II.

Tablo 4. Akademik unvanlarına göre öğretim üyesi sayılarının yıllara göre dağılımı

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

Kaynak: TTB, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010:89, Tablo III.

TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010'a göre; 2010 yılı için öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı ortalama 3,52; 2008 yılı için 3,5'dir (TTB, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010:91). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığına göre bu oranlar 2010 yılı için 4,2, 2008 yılı için 3,9'dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, s:88). Yeni açılan ancak eğitici kadroları yapılanmadan öğrenci alan tıp fakültelerinin özellikle temel bilimler dersleri daha önce kurulmuş tıp fakültelerinin eğiticilerine tanımlanmaktadır. Tıp fakültelerinde bir temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22,57 öğrenci düşerken, bir klinik bilimler öğretim üyesine ortalama 4,45 öğrenci düşmektedir (TTB, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010:91). Öğrenci aldığı halde kadrosu olmayan Tıp Fakültelerinin öğrencileri başka büyük bir fakülteye gönderilmekte ve bu fakültelerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı artarak eğitimin niteliğini olumsuz etkilemektedir.

2011-2012 öğretim yılında tıp fakültesi kontenjanlarında 789 öğrenci artışı olmuştur. Bu artış sessiz sedasız altyapı durumu ve öğretim üyesi sayıları dikkate alınmadan, "öğrenci sayısındaki artış çok fazla oldu" duygusu yaratılmadan, daha doğru deyişle fark ettirilmeden gerçekleştirilmiştir. Bu artış sağlanırken izlenen yöntem; 57 devlet tıp programına beşer kişi eklenmesi (284 öğrenci), sınıf birincileri kontenjanında artış (21 öğrenci), yeni kurulan ve/veya bu yıl ilk kez tıp fakültesine öğrenci alacak üniversiteler (380 öğrenci) ile özel ve/veya vakıf üniversitelerinde (104 öğrenci) kontenjan ayrılması şeklindedir (OSYM-LYS Tercih ve Kontenjan Kılavuzu, 2011).

Tıp eğitimi veren/verecek olan programların nerdeyse tümünde, eğitim programı, değerlendirme yöntemleri, altyapı ve eğitmen kadrosu açısından sorunlar gözlenebilmektedir (TTB, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010:36-65; Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu, 2010:111-225). 2011-2012 öğretim yılında 100 kadar öğrenci ile henüz eğitim kadrosunu oluşturmadan ve ek olarak düşünce düzeyinde kalan bir eğitim programı çerçevesinde yürütecekleri bir tıp eğitimine başlayacak fakülteler vardır.

Katip Çelebi Tıp Fakültesinin eğitim programı resmi web sayfasındaki ifadeleri ile *"…. Fakültemizde ülkemizdeki tüm Tıp Fakültelerinde de uygulanan sınıf geçme sisteminin uygulanması planlanmaktadır. Fakültemizde öğrenci eğitiminin ilk üç yılında ders kurullarına dayanan entegre sistemde karma eğitim modelinin uygulanması planlanmaktadır. Klinik öncesi ve sonrası dönemlerdeki öğrencilerin tümü hastane binası içinde eğitim görmesi, böylece öğrenciler fakülteye adım attıkları andan itibaren kliniklerle ilişki içine girerek eğitim alması planlanmaktadır. Klinik öncesi eğitimde amfi dersleri ağırlıkta olmakla birlikte "Toplumsal Duyarlılık Projesi", sosyal tıp ve etik programları ile eğitimin desteklenmesi düşünülmektedir. İleriki yıllarda Probleme Dayalı öğrenim (PDÖ) uygulamaları, simüle/standardize hasta eğitim programlarının ve Hekimliğe Hazırlık Programı gibi yeni çalışmaların yapılması düşünülmektedir. Mezuniyet öncesi lisans eğitiminin, dekanlık ve eğitim komisyonu tarafından yönetilmesi ve istekli tüm öğretim üyelerinin katkısı alınarak planlanması düşünülmektedir."* şeklindedir.

(http://tip.ikc.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=18 Erişim T:6.8.2011)

Sonuç olarak alt yapı, öğretim kadrosu ve eğitim programlarındaki sorunlara rağmen yüksek sayıda öğrenci alacak şekilde tıp fakültelerinin ve hekim adaylarının sayısı artmaktadır. Eğitimin kalitesini korumak için akreditasyon çalışmalarının yanı sıra, toplumumuzu yetersiz hekimlerden korumak için ulusal düzeyde yeterlik lisans değerlendirme sınavlarına gereksinim olacak bir gidişat söz konusudur.

VII-HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİ ve İSTİHDAMI

Prof.Dr. Nuray Özgülnar, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Halk Sağlığı Uzmanlarının görev tanımı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından özetle şöyle yapılmaktadır: "Halk Sağlığı uzmanı, toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinimlerini bilimsel teknikler kullanılarak saptar; Halk Sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretir; Halk Sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapar, bu programların yürütülmesinde görev alır ve sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapar" (HASUDER, 2002:1). Bu zorlu ve yüklü görev için ülkemizin gereksinimi olan uzmanlar tıpta uzmanlık sınavı ile alınmakta ve uzmanlık eğitimi tıp fakültelerinde verilmektedir.

Yıllara göre TUS kontenjanları ve halk sağlığı uzmanlığı için ayrılan kontenjanlar Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Tıpta uzmanlık sınavında Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Halk Sağlığı Uzmanlığı için ayrılan kontenjanlar

			Halk sağlığı uzmanlığı kontenjanı			
	Mezun olan	**TUS kontenjanı**	**Sağlık Bakanlığı**	**Üniversite**	**GATA**	**Toplam**
2002	4.755	4949	1	68	4	73
2003	4.380	4453	-	80	12	92
2004	4.487	6077	2	79	8	89
2005	4.494	6513	-	103	4	107
2006	4.532	6386	3	98	5	106
2007	4.872	6065	-	92	4	96
2008	4.753	6300	3	105	2	110
2009	5.087	6601	-	111	1	112
2010	5.138	5074	26	40	1	67
2011	?	5664	60	81	3	142

Kaynak: İlkbahar – Sonbahar dönemi 2011 TUS tercih kılavuzu; OSYM-TUS Tercih kılavuzları 2002-2011, Sağlık İstatistik Yıllığı 2010:93.

Ülkemizde üniversitelerde sürdürülen halk sağlığı uzmanlık eğitiminin standartları henüz geliştirilme aşamasındadır. Uzmanlık eğitimi veren/verecek olan programların çoğunda, eğitim programı, değerlendirme yöntemleri, altyapı ve eğitmen kadrosu açısından sorunlar gözlenebilmektedir. Bu konuda ayrıntılı araştırma yapmaya gereksinim vardır. Uzmanlık eğitimine yönelik 2011 HASUDER Yeterlik Kurulu çalışma yönergesi hazırlanmıştır.

Halk sağlığı uzmanları sağlık bakanlığı, üniversiteler ve özel kurumlarda görev yapmaktadır. 01 Haziran 2010 itibariyle halk sağlığı uzmanlarının istihdamına yönelik bilgiler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Aktif çalışana halk sağlığı uzmanlarının kurumlara göre dağılımı

	Çalıştığı kurum			Toplam
	Sağlık bakanlığı	**Üniversite**	**Özel kurumlar**	
Halk sağlığı uzmanı	145	214	12	371

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Raporu 2010:61.

Halk sağlığı uzmanlarının istihdamı sağlık yönetimi, sağlık planlaması, sağlık politikası, iş sağlığı, sağlık eğitimi ve epidemiyoloji gibi alanlarda özellikle kamu sağlık örgütlenmelerinde olmalıdır. Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi alanların kamu sağlık örgütlenmesinde ve özellikle Sağlık Bakanlığı örgütünde uygun birimlerde istihdamı konusunda bir yetersizlik yaşandığı uzun süredir bilinen bir durumdur. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubunun Mayıs-Ekim 2010 arasında sahada görev yapan halk sağlığı uzmanlarına yönelik hazırladığı rapordan alınan bulgular Tablo 7 ve 8' de sunulmuştur.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan halk sağlığı uzmanlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımı, 2010 Türkiye.

	Sayı	**Yüzde**
Görev tanımına uygun olmayan birim		
AÇSAP merkezi	20	11,4
Hastane	14	8,0
Sağlık ocağı/VSD	3	1,7
Aile Sağlığı Birimi	4	2,3
Ara toplam	**41**	**23,4**
Görev tanımına uygun olan birim		
Sağlık Bakanlığı Merkez	16	9,1
Sağlık Müdürlüğü Merkez	86	48,6
Sağlık Grup Başkanlığı / TSM	26	14,9
Halk Sağlığı Laboratuvarı	7	4,0
Ara toplam	**135**	**76,6**
Toplam	**176**	**100,0**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010.

Tablo 8. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan halk sağlığı uzmanlarının çalıştıkları birime ve bu birimde yönetici olma durumuna göre dağılımı, 2010 Türkiye.

Görev yapılan birim	Sayı (yönetici / diğer)	Yüzde*
Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	4 / 16	25,0
Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı		
İl Sağlık Müdürlükleri merkez birimleri	31 / 86	36,0
Diğer	9 / 74	12,2
Türkiye Geneli	44 / 176	25,0

* Satır yüzdesi

Kaynak: HASUDER, T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010.

Resmi istatistiklerde Sağlık Bakanlığına bağlı 145 halk sağlığı uzmanı olduğu bildirilmesine karşın, yakın sayılabilecek bir zaman diliminde yürütülen HASUDER'in saha raporu 176 uzmanın çalıştığı bulgusuna ulaşmıştır. Bu bulgu dikkate değerdir. Sonuç olarak gerek görev tanımına uygun birimlerde gerekse de üniversitelerde çalışan halk sağlığı uzmanlarının yeterli sayıda oldukları söylenemez.

Kaynaklar

1. Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi http://tip.ikc.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=27:akademisyen-kadromuz&catid=2:duyuru[Erişim T:6.8.2011]
2. ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, 2011, http://www.osym.gov.tr/belge/1-12584/2011-osys-yuksekogretim-programlari-ve-kontenjanlari-ki-.html [Erişim T: 20.7.2011]
3. ÖSYM-TUS Tercih kılavuzları 2002-2011, http://www.osym.gov.tr/belge/1-5781/tipta-uzmanlik-egitimi-giris-sinavi-tus.html [Erişim T:25.12.2011]
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik-istatistikleri-2008.pdf [Erişim T:6.8.2011]
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011. http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html [Erişim T:6.8.2011]
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri, 2010, Hazırlayanlar Erhan Eser, Derya Çamur Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, Ekim 2010.
7. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2006. Hazırlayanlar:İskender Sayek, Nural Kiper, Orhan Odabaşı. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, 2006. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2006.pdf [Erişim T: 15.7.2011]
8. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2008. Hazırlayanlar:İskender Sayek, Nural Kiper, Orhan Odabaşı. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, 2008. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2008.pdf. [Erişim T: 15.7.2011]

9. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2010. Hazırlayanlar:İskender Sayek, Nural Kiper, Orhan Odabaşı. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, 2010. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf [Erişim T: 15.7.2011]

10. Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Mart 2008, Ankara. Bakanlık Yayın No:739.

11. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (Kurumların Öğrenci ve Akademik Personel, Fiziki Mekân ve Kapasite, Cihaz ve Donanım Durumu) Haziran 2010, Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.YÖK Yayın No: 2010 / 1. http://www.yok.gov.tr [Erişim T: 15.7.2011]

12. UTEAK Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu. Türkiye Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları, 2009, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2009.

13. UTEAK Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu. Türkiye Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları, 2011, http://www.uteak.org/images/stories/file/standartlar.pdf [Erişim T: 2.8.2011]

14. World Federation For Medical Education, Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement. http://www.iaomc.org/wfme.htm [Erişim T: 1.7.2011]

BÖLÜM 02
BULAŞICI HASTALIKLAR BÖLÜMÜ

Bölüm Editörleri:
Prof.Dr. Işıl Maral, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Yrd.Doç.Dr. A. Öner Kurt, *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Bölüm Yazarları (*Soyadına göre*):
Doç.Dr. F. Nur BARAN Aaksakal, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Yrd.Doç.Dr. Seval Alkoy, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Prof.Dr. Necdet Aytaç, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Doç.Dr. Coşkun Bakar, *Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Uzm.Dr. Pınar Baysan, *İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Tokat*
Prof.Dr. Ali Ceylan, *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
Doç.Dr. Deniz Çalışkan, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Doç.Dr. Raika Durusoy, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Doç.Dr. Tuğrul Erbaydar, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Uzm. Dr. Ayşegül Erdoğan, *Sağlık Bakanlığı, Ankara*
Prof.Dr. Melikşah Ertem, *Karşıyaka Halk Sağlığı Müdürlüğü, İzmir*
Prof.Dr. Ali Osman Karababa, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Yrd.Doç.Dr. A.Öner Kurt, *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Uzm.Dr. Esen Özakbaş, *İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir*
Prof. Dr. Seçil Özkan, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Prof.Dr. Günay Saka, *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
Vet. Hek. Adnan Serpen, *İzmir Veteriner Hekimler Odası Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu*
Doç.Dr. Nermin Şakru, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ve Parazitoloji AD*
Prof.Dr. Mehmet Zencir, *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

1.1. HAVA YOLU İLE BULAŞAN HASTALIKLAR

Coşkun BAKAR[a], Pınar BAYSAN[b], Melikşah ERTEM[c]

[a]Doç.Dr., Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[b]Uzm.Dr., İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Tokat
[c]Prof.Dr., Karşıyaka Halk Sağlığı Müdürlüğü, İzmir

1.1.1. TÜBERKÜLOZ

Epidemiyolojik Değerlendirme

Tüberküloz halen ülkemizin gündemindeki önemini korumaya devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu'na göre 15943 yeni tüberküloz (TB) olgusu bildirilirken, yeni olgu hızı yüz binde 22'dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) 2011 raporuna insidans yüz binde 28'dir[1,2]. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2009 yılı toplam olgu sayısı 17402 ve prevalans yüz binde 24'dür.[1]

Tablo 1. Yıllara Göre Yeni Olgu Sayıları ve Olgu Hızları, 2005-2009

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Yeni Olgu Sayısı	Yeni Olgu Hızı (100000 nüfusta)*	Olgu Hızındaki Yıllık Değişim %**
2005	72065000	18753	26.0	
2006	72924000	18544	25.4	-2.3
2007	70586256	17781	25.2	-0.9
2008	71517100	16760	23.4	-7.0
2009	72561312	15943	22.0	-6.2

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:47.
2007 yılından itibaren adrese dayalı nüfuslar kullanılmıştır.
* Yeni olgu hızı: Yeni olgu sayısı/Yıl ortası nüfus x 100000
** Yıllık yüzde değişim:(O yılın olgu hızı-Bir önceki yılın olgu hızı)/Bir önceki yılın olgu hızı x 100

Tablo 2. Yıllara Göre Toplam Olgu Sayıları ve Olgu Hızları, 2005-2009

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Toplam Olgu Sayısı	Toplam Olgu Hızı (100000 nüfusta)*	Olgu Hızındaki Yıllık Değişim %**
2005	72065000	20535	28.5	
2006	72924000	20526	28.1	-1.4
2007	70586256	19694	27.9	-0.7
2008	71517100	18452	25.8	-7.5
2009	72561312	17402	24.0	-7.0

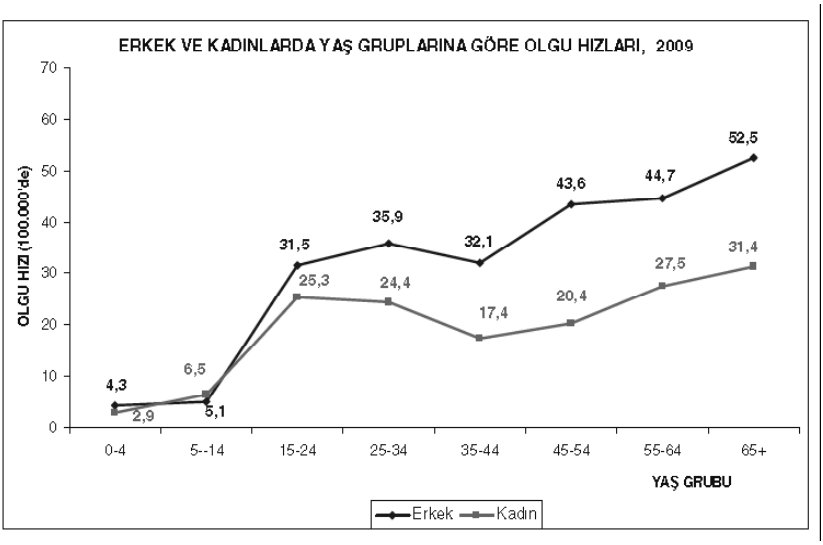
Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:47.
2007 yılından itibaren adrese dayalı nüfuslar kullanılmıştır.
* Toplam olgu hızı: Toplam olgu sayısı/Yıl ortası nüfus x 100000
** Yıllık yüzde değişim:(O yılın olgu hızı-Bir önceki yılın olgu hızı)/Bir önceki yılın olgu hızı x 100

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verilerine göre 2010 yılında TB insidansı yüz binde 28, prevalans yüz binde 24 ve mortalite hızı yüz binde 3.1'dir.[2] Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin verilerine göre ise 2009 yılında 17402 TB olgusu bulunmaktadır. Olguların %66.4'ü pulmoner TB'dür. Hastalığın görüldüğü ortalama yaş 25-44'dür. TB'a bağlı ölüm hızı 2008 yılında yüz binde 0.6'dır.[3]

1982 yılında yapılan çalışmada Güneydoğu Anadolu, Karadeniz ve Marmara Bölgeleri hastalığın en sık görüldüğü bölgeler olmuş ve TB prevalansı ‰3.58 olarak bulunmuştur. Aynı dönemde DSÖ TB prevalansını yüz binde 45 olarak tahmin etmiştir. Bu prevalansın 1950 yıllarında ‰30 civarında olduğu tahmin edilmektedir.[4]

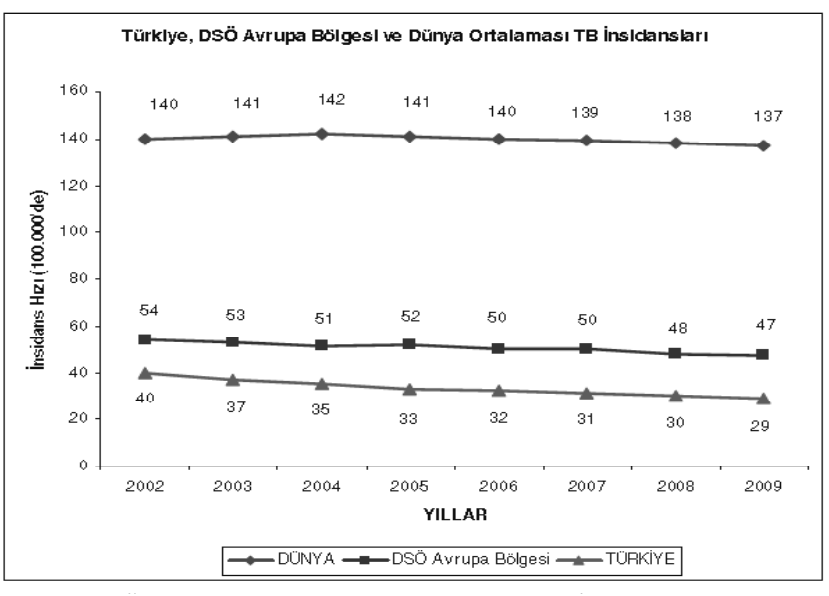
Anğ ve Uzun'un yaptığı çalışmada, olguların 15-44 yaş aralığında yoğunlaştığı gözlenirken; Yeşil Kart ve SSK'lı ve ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip olanlarda TB daha fazla oranda görülmektedir.[5]

DSÖ'nün 2011 yılı Küresel Tüberküloz Kontrol raporuna göre küresel tüberküloz prevalansı 100000'de 178, insidansı 128 ve mortalitesi de 15'dir. Avrupa Bölgesinde aynı hızlar sırasıyla 100000'de 63, 47 ve 6,8'dir[1].



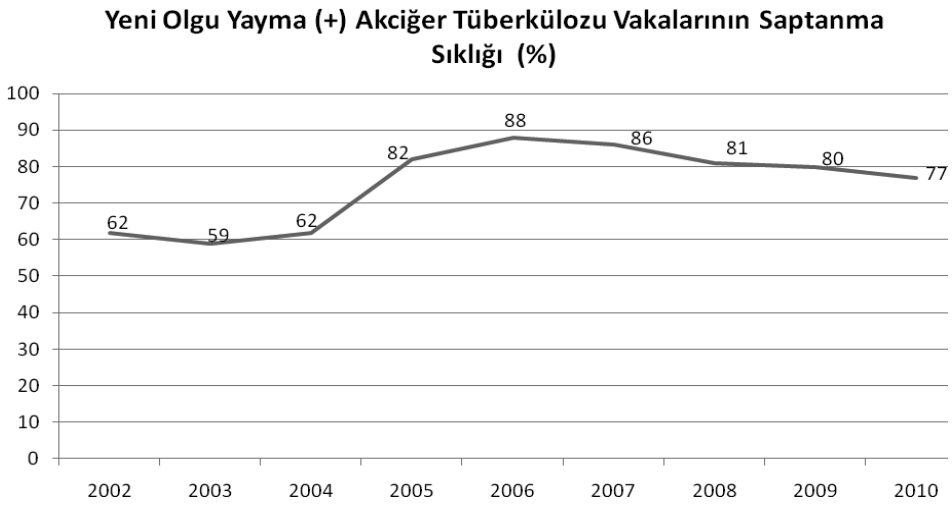
Şekil 1. Tüberküloz Olgularının Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Olgu Hızları, 2009

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:53



Şekil 2. Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi ve Küresel Tüberküloz İnsidans Hızları, 2002-2009

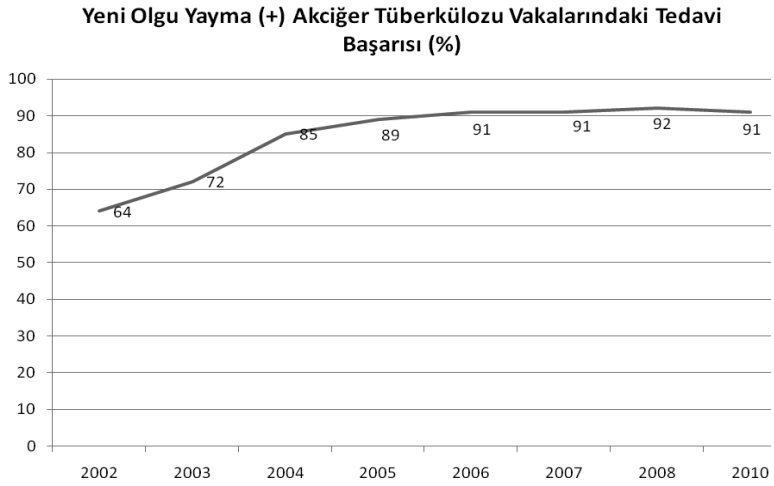
Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:5.



Şekil 3. Yeni Yayma Pozitif Akciğer Tüberkülozu Vakalarının Saptanma Sıklığı, 2002-2010

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:9

World Health Organization Global Tuberculosis Control 2011,s:194



Şekil 4. Yeni Yayma Pozitif Akciğer Tüberkülozu Vakalarında Tedavi Başarısı, 2002-2010

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:10

Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tüberküloz Kontrolü 2011 Raporu Türkiye Sayfası, http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html

Tablo 3. Türkiye'de 1945-1996 Yılları Arasındaki Tüberküloz Ölümleri

Yıllar	Ölüm Sayısı
1990	1670
1993	901
1994	903
1995	819
1996	735
2005*	546
2007**	563
2008***	540

Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Sağlık İstatistikleri 1997, 1997, Ankara, s:50.

Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Sağlık İstatistikleri 1997, 1997, Ankara, s:50.

*TC Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Verem Savaş Raporu 2008, 2008, Ankara, s:42.

** TC Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Verem Savaş Raporu2010, 2010, Ankara, s:60.

*** TC Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Verem Savaş Raporu2011, 2011, Ankara, s:95.

Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulaması

Türkiye Ulusal Tüberküloz Sürveyansı Araştırması sonuçlarına göre 2008 yılı hastalarında tedavi süresince Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) oranı %96.6'dır. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'nden alınan verilere göre dispanserde kayıt altına alınan hastaların 2009 yılında %96.6'sı, 2010 yılında %97.9'una DGT uygulanmıştır. 2010 yılında DGT uygulamalarının %74.7'sine sağlık personeli, %25.3'üne ev halkı ve diğer gözetmenler tarafından DGT uygulaması yapılmıştır. Sağlık personeli DGT uygulamasının %87.9'u sağlık kuruluşunda, %12.1'i ev ya da işyerinde uygulanmıştır**.** Yeni olgularda tedavi başarısı %92.5, önceden tedavi görmüş hastalarda %75.7'dir.[1]

Tüberkülozda Direnç Sorunu

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde. Çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) oranının %2.3 ile %21.5 arasında değiştiği, saptanılan bu oransal farklılığın, çalışmaya alınan hastaların tedavi görme durumlarına, sosyoekonomik durumların ya da bölgesel ve metodolojik durumlara bağlı olabileceği belirtilmektedir**.**[6]

Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu sonuçlarına göre 2009 yılında ÇİD-TB yeni hastalarda %2.7, önceden tedavi görmüş hastalarda %20.5 ve tüm hastalarda %5.1 olarak görülmektedir. Tüm hastaların %80.9'unda duyarlılık gözlenirken dirençli olgu görülme sıklığı %19.1 olarak gözlenmektedir.[1]

Sosyo-Ekonomik Yönüyle Tüberküloz

Balbay ve arkadaşları 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 23 hastane, 11 Göğüs Pavyonu ve 271 adet Verem Savaş Dispanserinde yaptıkları tarama sonuçlarını yayınlamışlardır. Bunun sonucunda TB hastalarının yaş ortalamasının 38.64, %70'nin erkek olduğu gözlenmiştir. Hastaların %61'i evli ve evli olanların ortalama 2.07 çocuk sahibi olduğu görülmüştür. TB

hastalarının %45.8'i ilkokul, %16.2'si lise mezunuydu. Hastaların %16'sının yaşadığı ev ve işyeri kötü koşullarda, %34.9'unda düşük gelire bağlı olumsuz yaşam ve beslenme koşulları mevcuttur. İncelenen TB hastalarının %79.3'ü işsiz olup %30.7'si hastalığı nedeniyle iş bulamadığını belirtmiştir. %51.4'nün ortalama geliri 300 TL altındadır. Ekonomik durum değerlendirmesinde ise %58.1'nin ekonomik durumu kötü ya da çok kötü grubunda yer almıştır.[7] Özbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da 151 tüberküloz hastasının sosyo kültürel yapısı değerlendirilmiştir. Bu araştırmada hastaların yaş ortalaması 33 olup, %60.26'sı erkektir. Olguların %50.99'nun herhangi bir eğitimi olmayıp ancak %5,29'u yüksekokul mezunudur. %54'ü sigara içmekteydi. %66.22'si evli olup, ortalama aile nüfusu 7,13'dür[8].

Tablo 4. Verem Savaş Dispanserleri Kayıtlarına Göre TB Hasta Sayısı, Temaslı Muayenesi ve İlaçlı Koruma, 2002-2009

Yıllar	Tüberkülozlu hasta sayısı	Temaslı muayene sayısı	Hasta başına yapılan temaslı muayenesi	İlaçlı korumaya alınanların sayısı	Hasta başına ilaçlı korumaya alınanların sayısı
2002	16376	72874	4.5	11142	0.7
2003	17923	86887	4.8	18972	1.1
2004	17510	85624	4.9	13882	0.8
2005	20535	101976	5.0	19664	1.0
2006	20526	110017	5.4	23388	1.1
2007	19694	117455	6.0	23529	1.2
2008	18452	124324	6.7	22595	1.2
2009	17402	115421	6.6	21326	1.2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:38.

Tablo 5. Tüm Olgularda Hastalığın Tutulum Yerine Göre Tedavi Sonuçları, 2008 Hastaları

	Akciğer*		Akciğer Dışı		Tüm Olgular	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kayıt edilen	128813	---	5639	---	18452	---
TB Değil	120	---	96	---	216	---
TB	**12693**	**---**	**5543**	**---**	**5120**	**---**
Tedavi Sonucu						
Tedavi Başarısı	11468	90.4	5120	92.4	16588	91.0
Tedaviyi Terk	456	3.6	122	2.2	578	3.2
Tedavi Başarısızlığı	87	0.7	7	0.1	94	0.5
Nakil Giden	5	0.0	---	---	5	0.0
Ölüm	399	3.1	141	2.5	540	3.0
Tedavisi Devam Eden	278	2.2	153	2.8	431	2.3

* Akciğer + (Akciğer+AC dışı) olgular
TB:Tüberküloz
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011,s:92.

Türkiye'de Tüberküloz Mücadelesi

Sağlık Bakanlığı 2010 yılı için her 500000 nüfusa hizmet vermek üzere bir dispanser çalışması başlatmıştır. 2010 yılı sonunda ülke genelinde 198 verem savaş dispanseri görev yapmakta olup 41'nin binası kendisine aittir. Türkiye'de 15 ilde toplam 16 adet Göğüs Hastalıkları Hastanesi vardır. Ülke genelinde 417 laboratuvarda tüberküloz tanı hizmetleri verilmektedir. Bu laboratuarlardan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi başkanlığı bünyesinde bulunan laboratuar Ulusal Tüberküloz Laboratuvarı olarak atanmıştır. Ülke genelinde bulunan Verem Savaş Dispanserlerinde 17 uzman doktor, 301'i pratisyen doktor, 1257 sağlık çalışanı, idari hizmetli olarak 477 kişi olmak üzere 2052 kişi çalışmaktadır.[1]

Yine de hastalık gündemimizdeki yerini tamamen kaybetmiş değildir. Ülkenin birçok bölgesinde gözlenmekte ve ölümlere de yol açabilmektedir. Tüberkülozun önemini kaybetmekle birlikte varlığını sürdürmesinin en önemli nedenleri arasında, DGT protokolünün uygulanmasındaki güçlükler, sağlık personeli ve eğitim yetersizlikleri, bireyin tedaviye uyumsuzluğu, alt yapı eksiklikleri, risk altındaki grupların korunmasındaki sıkıntılar sayılabilmektedir.[9,10]

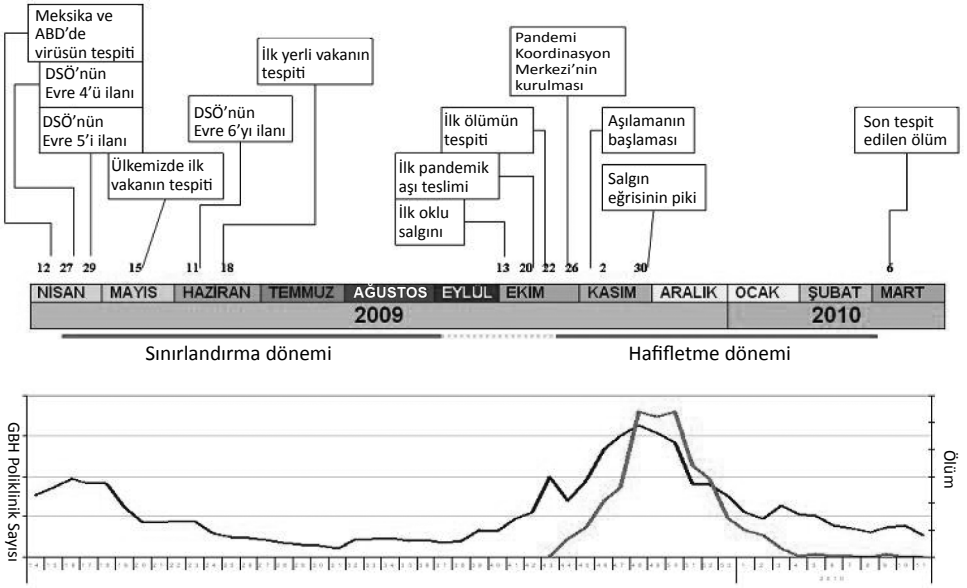
Birinci basamakta ücretsiz başvuru hakkı tüberküloz hastaları için önemlidir. Bu yolla hastalık bulaştırıcı dönemde yakalanabilir. Bu nedenle tüberküloz hastalarından ya da tüberküloz şüpheli hastalardan katkı payı alınmamalıdır. Bugüne kadar Sosyal Güvenlik Kurumu, tüberkülozu "Ayaktan Tedavide Hekim ve Diş hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar" listesine dâhil etmiştir; bu devam etmelidir.[11,12]

Tüberkülozla mücadele ederken hastanın ailesinin eğitim durumu, yaşam koşulları, hastalığa karşı duyarlılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Olumsuz şartlar ve kötü bir çevresel ortamda yaşayan bireylerde sağlık personeli tarafından gözlenerek hastanın ilacını içtiğinden emin olunmalıdır. İlaç direnç surveyansı üzerine daha fazla önem verilmelidir, bu konu üzerindeki çalışmalar için daha fazla kaynak sağlanmalıdır.[11,13]

1.1.2. GRİP - PANDEMİK GRİP

Epidemiyolojik Değerlendirme

Pandemik grip salgınının ülkemizde ilk olgusu 17 Mayıs 2009 tarihinde kayıtlara geçilmiştir. İlk yerli olgu ise haziran ayı (18 Haziran 2009) içinde bildirilmiştir. İlk okul salgını ve ilk ölüm ekim ayı içinde beş ay sonra gözlenmiştir.[14,15] Okul salgınından 10 gün sonra ilk ölüm olgusu sağlık çalışanında bildirilmiştir. Aralık ayından itibaren hafifleme dönemine giren pandemide son ölüm bildirimi 6 Mart 2010 tarihinde yapılmıştır.[14] İlk olgunun tanımlanmasından itibaren 22 Aralık 2009 tarihine kadar yaklaşık 12000 konfirme H1N1 olgusu tanımlanmıştır.[16]

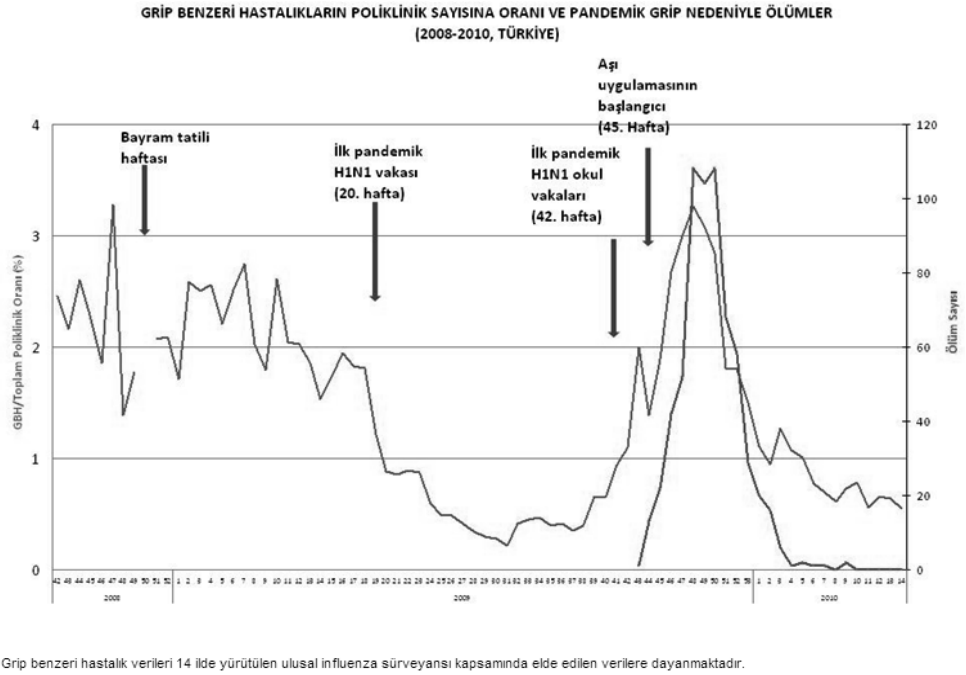


Şekil 5. Pandemi Zaman Çizelgesi,2009-2010

Kaynak: Pandemi Zaman Çizelgesi, http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=867:pandemi-zaman-cizelgesi&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526

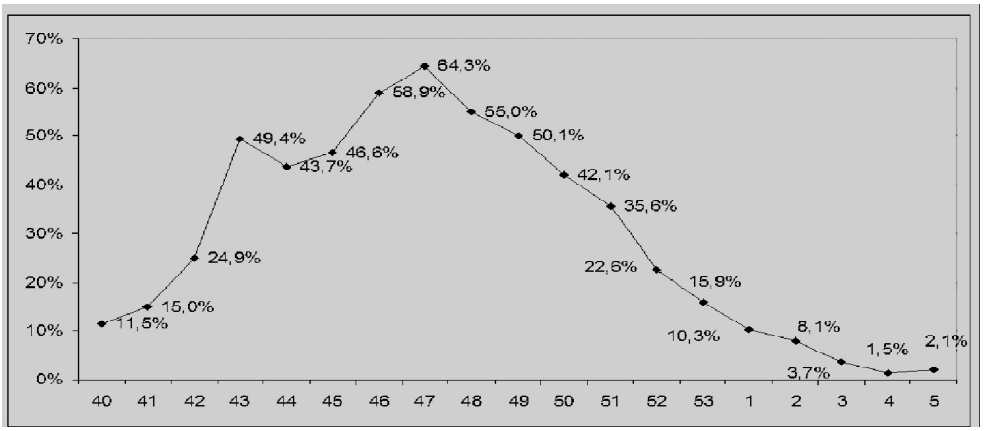
İnfluenza ülkemizde bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır. Ancak bu durumun, 2005-2006 yıllarında yaşanan Avian İnfluenza ve 2009-2010 yıllarında yaşanan pandemik gribe kadar sağlık kuruluşlarının dikkatini çektiğini söyleyemeyiz. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın 2000'li yılların başına kadar yayımladığı Temel Sağlık Hizmetleri Yıllıklarında ve daha sonra yerine yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında da influenza ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Önal ve arkadaşlarının makalesinde bildirdiklerine göre de 2003 yılına kadar Dünya Sağlık Örgütü'nün griple ilgili internet sitesinde de (www.who.int/flunet) Türkiye'ye ait veriye rastlanılmamıştır.[17]

Türkiye'de pandemik gribe bağlı ilk ölüm olgusu olgu bildiriminden beş ay sonra temizlik işçisi olan sağlık personelinde gerçekleşmiştir. Bu süreç içinde 6 çocuk, 20 yetişkin (20-64 yaş) ve 1'de 65 yaş üzeri ölüm görülmüştür. Ölenlerin üçünde predispozan faktör bildirimi vardır ve görüntü mevsimsel gripten farklıdır.[14]



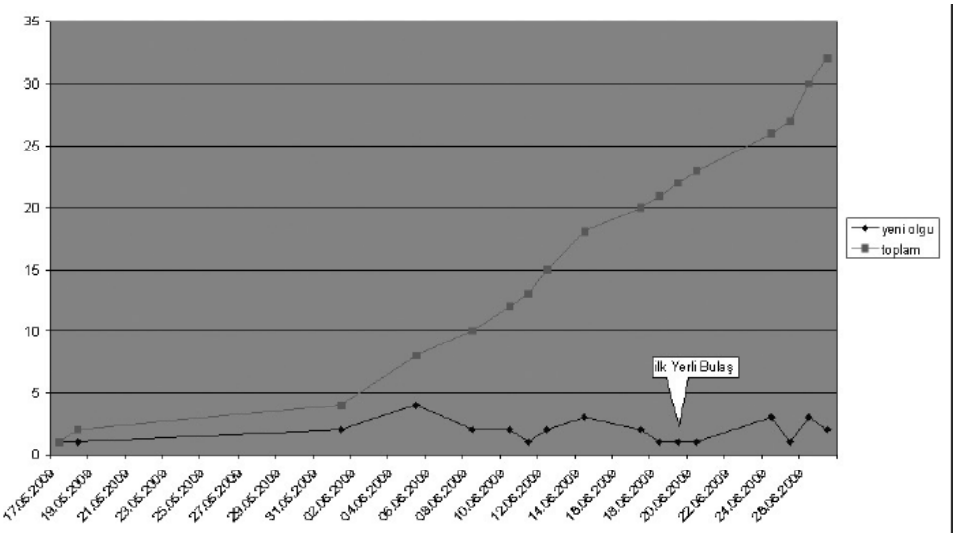
Şekil 6. Toplam Poliklinik Sayısı, Grip Benzeri Hastalıkların Poliklinik Sayılarına Oranı ve Pandemik Grip Nedeniyle Ölümler, 2008-2010, Türkiye

Kaynak: http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=683:gbh&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526



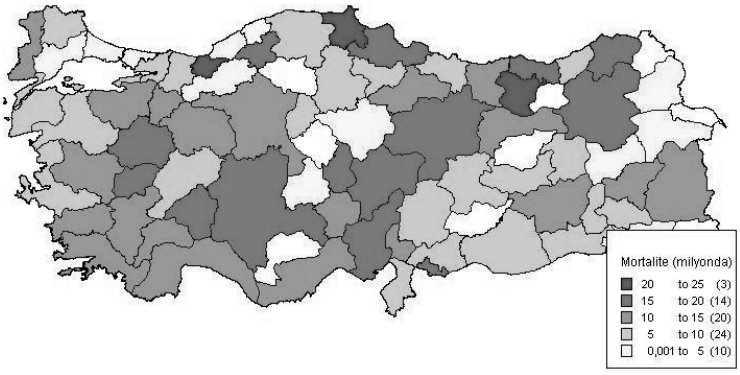
Şekil 7. İnfulenza örneklerinde pandemik infuelnza H1N1 alttipi pozitifliğinin haftalara göre dağılımı (27193 örnek), Türkiye

Kaynak: Eskiocak M, İnfluenz A H1N1v (DOMUZ GRİBİ) Pandemisi: Epidemiyoloji ve Yanıt. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). TTB-Pandemik İnfluenz A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu Pandemik Çalışma Raporu, 2010. S:69



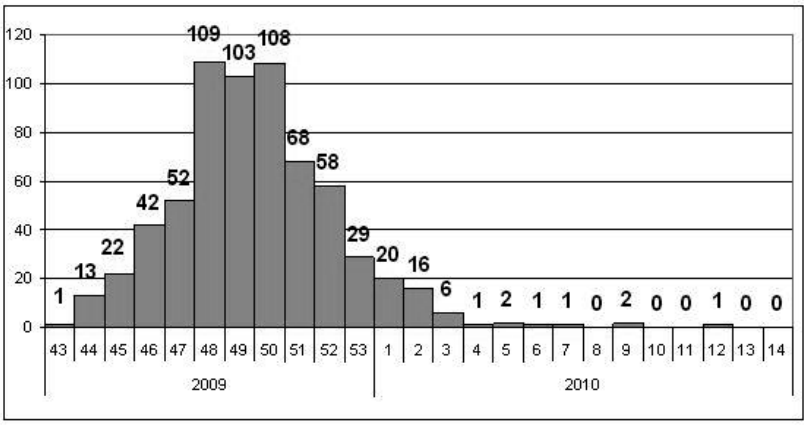
Şekil 8. Türkiye'de infuenza A H1N1 olgularının zamana göre dağılımı

Kaynak: Eskiocak M, İnfluenz A H1N1v (DOMUZ GRİBİ) Pandemisi: Epidemiyoloji ve Yanıt. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). TTB-Pandemik İnfluenz A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu Pandemik Çalışma Raporu, 2010. S:70



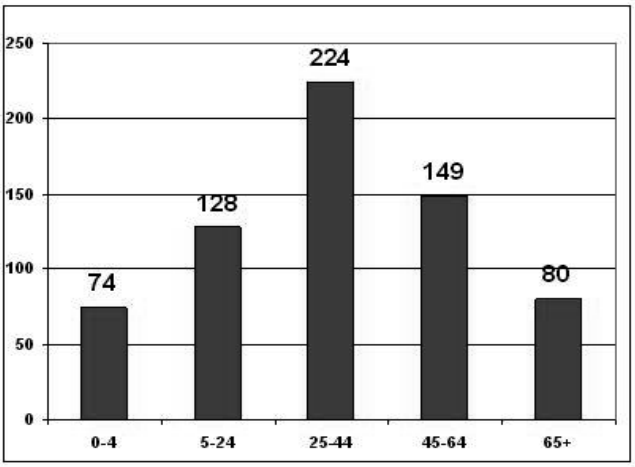
Şekil 9. Pandemik İnfluenzaya bağlı Mortalitenin İllere Göre Dağılımı, 2010

Kaynak: hww.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=686:mortalite&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526



Şekil 10. Pandemik İnfluenzaya Bağlı ölümlerin haftalara Göre Dağılımı, 2009-2010

Kaynak: http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=685:haftalikdagilim&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526



Şekil 11. Pandemik İnfluenzaya Bağlı Ölümlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Türkiye,2009-2010

Kaynak: http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=684:olumler&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526

2009 yılında hayatını kaybeden 19 kişide pandemik grip açısından önemli olan kronik hastalık, 1 kişide gebelik tespit edilmiştir. 20 kişide risk faktörü yoktur. Bunlardan ikisi sağlık çalışanı, 10'u 25 yaşından küçüktü.[14]

Şekil 12. Türkiye'de İnfluenza A H1N1 nedeniyle ölümlerin illere göre dağılımı, (241 ölüm-52 il), 03.12.2009

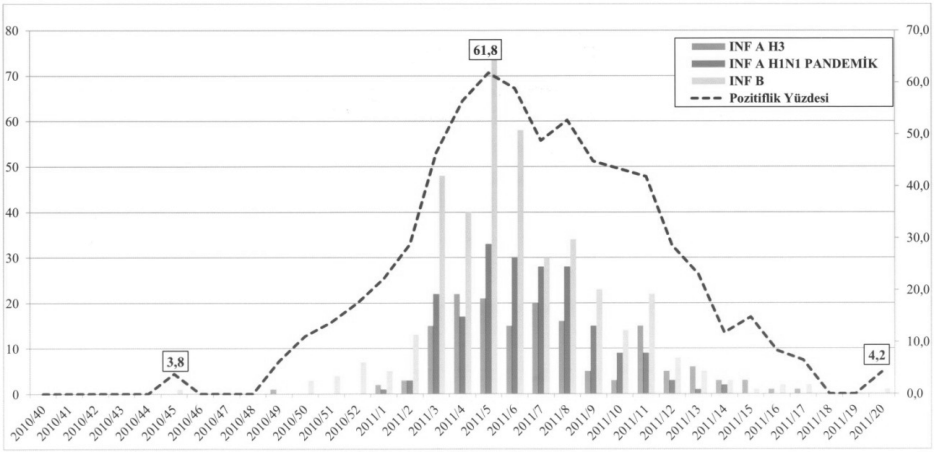
Kaynak: Eskiocak M, İnfluenza H1N1v (DOMUZ GRİBİ) Pandemisi: Epidemiyoloji ve Yanıt. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). TTB-Pandemik İnfluenz A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu Pandemik Çalışma Raporu, 2010. S:76

Tablo 6. İnfluenza Sezonunda Sentinel Sürveyans Kapsamında Saptanan Vakaların Etkenin Tipine Göre Dağılımı, 2010-2011, Türkiye

Etken	Sayı	Yüzde
İnf A H3	157	43.9
İnf A H1N1 Pandemik	201	56.1
İnf A Toplam	**358**	**47.4**
İnf B	**398**	**52.6**
Toplam	**756**	**100.0**

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Türkiye İnfluenza Sürveyans Raporu 2010-2011. 2011,Ankara.s:35.

Ülke genelinde pozitiflik saptanan olguların % 52,6'sı İnf B olarak saptanmıştır. Bunun yanında Van'dan gönderilen örneklerin %66,7'si, Diyarbakır'dan gönderilen örneklerin %56,4'ü, Malatya'dan gönderilen örneklerin %44,9'nun İnf A H3 olduğu saptanmıştı.[18]



Şekil 13. İnfluenza Sezonunda, Sentinel Sürveyans Kapsamında Saptanan Vakaların Haftalarının, Sentinel Örnek Sayısının ve Pozitiflik Yüzdesine göre Dağılımı, 2010-2011, Türkiye

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Türkiye İnfluenza Sürveyans Raporu 2010-2011. 2011,Ankara.s:38.

İnf A H1N1 etkeninin 2011 yılının ilk haftasında artmaya başladığı, beşinci haftasında pik yaptığı, 14. haftadan sonra ise saptanmadığı görülmektedir. İnf A H3'ün ise ilk kez 2010 yılının 49. haftasında görüldüğü, 2011 dördüncü haftasında pik yaptığı ve 2011 yılının 17. haftasının sonuna kadar saptandığı gözlenmektedir. Aynı artışın 2011 yılının 46. haftasında başladığı ve 2012 yılının 2. haftasında pik yaptığı görülmektedir.[19] İnf B ise 2010 yılının 45. Haftasında saptanmış, 2011 yılının beşinci haftasında pik yapmış ve 20. haftanın sonuna kadar devam etmiştir.[18] İnf B nin 2011 yılının 52. haftasında görüldüğü, 2012 yılının dördüncü ve beşinci haftasında da İnf B görülmüştür.[19]

İnf A H3 vakaları aralık ayından itibaren görülmeye başlanmış olup, nisan ayında en yüksek seviyeye ulaşmıştır. İnf A H1N1 vakaları ise ocak ayı ile birlikte görülmeye başlanmış olup, nisan ayında en yüksek seviyeye ulaşmıştır. İnf B vakaları ise kasım ayında saptanmaya başlanmış ve aralık ayında en yüksek seviyeye ulaşmıştır.[18]

İnf B pozitifliğinin en fazla 0-11 ay grubunda olduğu, bunu 10-14 ve 5-9 yaş grubunun izlediği gözlenmektedir. İnf A ise en fazla 20-24, 25-29 ve 30-34 yaş grubunda gözlenmektedir.[18]

Avrupa influenza sürveyans sistemi verilerine göre (WHO/Europe inlueanza surveillance-EuroFlu.org) İBH muayenesi yapılan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında 0-4 yaş ve 5-14 yaş grubunun en fazla öne çıktığı görülmektedir. Özellikle 2011 yılının 50 ve 52 haftalarında 0-4 yaş grubundaki İBH'ın pik yaptığı gözlenmektedir.[19]

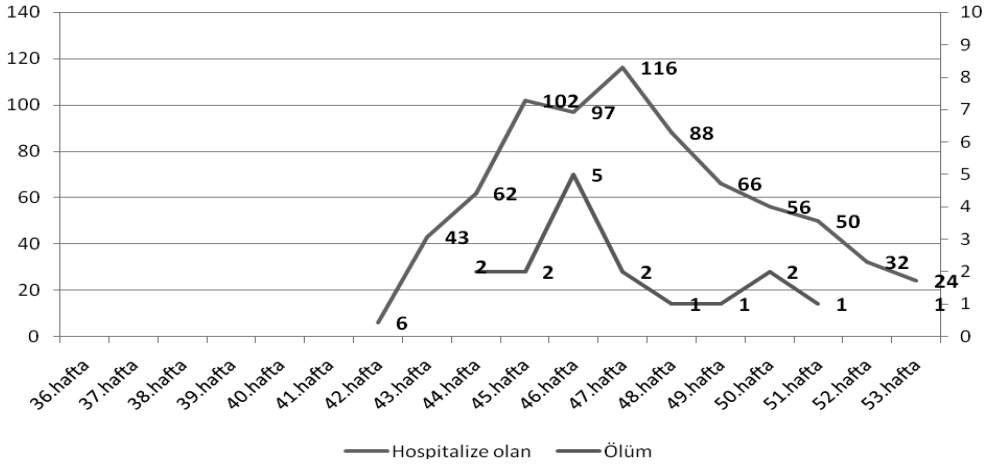
Önal ve arkadaşlarının 2006 yılında yayımladıkları çalışmada, 2003 yılının 44. Haftası ile 2004 yılının 8. Haftaları arasında Marmara, Ege, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yer alan 12 sağlık kurumundan gelen veriler değerlendirilmiştir. 37921 hastaya ait verilerden 11698'ne (%30.8) influenza benzeri hastalık (İBH) tanısı konmuştur. İBH tanısı alan hastaların toplam hastalara oranı, 52. ve 2. haftalar arasında en yüksek değere ulaşmıştır. İBH tanısı alan hastaların yaş gruplarına bakıldığında 0-4 ve 5-14 yaş gruplarının sezonun erken dönemlerinde ilk sırayı aldıkları gözlenmektedir. İlerleyen dönemlerde de 14 yaş üzeri grup öne çıkmıştır. İBH tanısı almış 5 yaş üzerindeki 7765 kişinin toplam 752 gün rapor aldığı da saptanmıştır.[17]

2004-2005 sezonunda dört bölgeden (Ege Bölgesi yerine Karadeniz Bölgesindeki merkezin yer aldığı) 12 sağlık kurumundan 38798 hastanın 9859'na (%26) İBH tanısı konulmuştur. Bu sezonda 42. ve 52. Haftalar arasında İBH tanısı alan hastaların toplam hastalara oranı en yüksek bulunmuştur. Erken dönemde 0-4 yaş grubuna ait hastalar daha fazla iken, ilerleyen haftalarda diğer yaş grupları artmaktadır. İBH tanısı alan 5 yaş üstü 4212 hastanın toplam 233 gün rapor aldıkları görülmüştür.[17]

Çarhan ve arkadaşları Kasım 2007 – Mayıs 2008 döneminde 9 ilin 90 merkezinden gelen sonuçları değerlendirmiştir. Örnekler 0-75 yaş grubundaki bireylerden alınmıştır. Örneklerin 321'nde(%27.7) influenza ve diğer solunum yolu virüslerinden en az birisi, 16'sında da iki farklı virüs olmak üzere 337 virüs suşu tanımlanmıştır. En sık influenza A'ya rastlanılmıştır (%16.2, H1N1: %6.3, H3N2: %9.9). Onu influenza B izlemiştir(%7.6). H1N1 ocak ayında (%51) ve influenza A H3N2 de aralık ayında (%90) yoğun olarak gözlenmiştir. İnfluenza A mart ayından itibaren hemen hemen hiç görülmediği, influenza B'nin de şubat ayından itibaren etkin suş haline geldiği ve mart ayında pik yaptığı(%97) görülmüştür. Nisan ayında da varlığını sürdürmüştür. Çarhan ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına göre influenza ve diğer solunum yolu virüslerinin yaşlara ve cinsiyete göre dağılımı tabloda görülmektedir.[20]

Sevencan ve arkadaşları Diyarbakır ilinde 19 Ekim - 3 Aralık 2009 arasında alınan numunelerden İnfluenza AH1N1 ve salgının ilk günlerinde H1N1 pozitifliği doğrulanmış ve iyileşmiş vakaları değerlendirmişlerdir. Değerlendirilen 250 hastanın %44.8'i 0-14 yaş grubunda, % 51.6'sı erkek, %44.0'ı ise öğrencidir. Ortanca yaş 16'dır. Vakaların %30.4'ünde kronik hastalık bulunmakta olup, %23.6'sı hastaneye yatırılmıştır. Hastaların %3,6'sında son zamanlarda seyahat hikayesi bulunmuştur. Vakaların %77.6'sında ateş, %53.2'sinde öksürük, %18.4'unde kusma ve %9.2 görülmüştür.45 yaş üzerindeki hastaların 0-14 yaş grubuna göre 6.5 kat, gebelerin gebe olmayanlara göre 8.7 kat ve kronik hastalığı olanların 4.4 kat daha fazla hastaneye yattıkları görülmüştür.[21]

Ertem ve arkadaşları Diyarbakır'da yaşanan pandemik influenza salgınını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmayı 2011 yılında yayınlamışlardır. Diyarbakır'da 3009 yılının 36 ve 53. haftaları arasında tüm sağlık kuruluşlarından influenza benzeri hastalık rapor edilmiştir. 731 nazofaringeal sürüntü alınmıştır. Diyarbakır'da bu süreç içinde 31117 grip benzeri hastalık raporlanmış, 635 vaka hastaneye yatmıştır. Bu olgulardan 17'si hayatının kaybetmiştir (Ölüm hızı milyonda 11.5). Grip benzeri hastalık salgını 1 Eylül 2009 ile 3 Haziran 2010 arasında devam etmiş, 43. haftada pik yapmış 50. haftadan sonra stabil hale gelip azalmaya başlamıştır.[16]



Şekil 22. Diyarbakır'da yaşanan salgında hastaneye yatan hasta ve ölüm sayıları, 2009, Diyarbakır

Kaynak: Ertem M, Sevencan F, Dorman V, Ozcullu N, Ormanlı V, Kubat NK, Albayrak N, Altas B. Pandemic(H1N1) influenza in Diyarbakir, 2009. Turkish Journal of Public Health. 9(2);2011:86-95.

Bu çalışmada grip benzeri hastalık tanısı konulan hastaların 731'nden nazofaringeal sürüntü örneği alınmıştır; bunların 406'sında(%55.5) H1N1 pozitif bulunmuştur.[16]

İnflueanza Sürveyansı

İnterpandemik dönemde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 1534 sayılı yönergesi ile bulaşıcı hastalıkların sürveyansı düzenlenmiştir. İnfluenza "C" sınıfına alınmıştır (Sentinel sürveyansla bildirimi ve takibi yapılan hastalıklar). İnterpandemik dönemde sürveyans rutin bildirim sistemi içinde yapılmaktadır. İnfluenza özellikle grip mevsiminde sentinel sürveyansla izlenmektedir. 12.10.2005 tarih ve 14141-2005/156 sayılı genelge ile influenza bildirimi 14 ilden (Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Edirne, Erzurum, İstanbul, İzmir, Konya, Malatya, Samsun, Trabzon ve Van) yapılmaktadır.[18]

Sağlık Bakanlığı 2006 yılında "Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planını" yayımlamış ve sürveyans için yapılması gerekenleri tanımlamıştır. Bundan önce de 2005 yılında yayımladığı 14141-2005/156 sayılı genelge ile de sürveyansın nasıl yapılacağını tanımlamaktadır.

Ülkemizde influenza ile ilgili niceliksel verilerin yanında daha niteliksel verilere de ihtiyaç bulunmaktadır. Bu konuda son zamanlarda bazı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte halen yetersiz durumdayız. Hastalık hangi gruplar üzerinde yoğunlaşmakta, eğitim, sosyo-ekonomik durumla ve bölgesel dağılımla olan ilişkileri mücadelede önemli bulgulardır. Ayrıca griple ile toplumun algısı aşıya yaklaşım, kişisel korunma konusunda toplumun bilgisi de bize mücadelede nasıl bir strateji izlememiz gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır. Özellikle 2009-2010 sezonunda yaşanan pandemi esnasında toplumun gereksiz bir aşı tartışması içine sürüklendiği düşünülürse ve sağlık personelinin bile aşıya önyargıyla yaklaştığı düşünülürse,[22,23] hastalığın yayılımı ve toplumun hastalık hakkında düşüncelerini içeren daha fazla çalışmaya ihtiyacımız olduğunu düşünmekteyiz.

1.1.3. HAVA YOLU İLE BULAŞAN DİĞER HASTALIKLAR

Tablo 7. Streptokok Anjini Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite ve Mortalite Hızları, Türkiye, 1995-2004

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
1996	62.727.000	176600	281.5	94	1.5
1998	64.786.000	91796	141.7	11	0.2
1999	65.819.000	81040	123.1	2	0.0
2000	67.844.903	63428	93.5	1	0.0
2001	69.081.716	73546	106.5	5	0.1
2002	70.415.064	56134	79.7	0	0.0
2003	71.772.711	70217	97.8	0	0.0
2004	71.152.000	53086	74.6	1	0.0

Vaka ve ölüm sayıları rutin bildirim sisteminden elde edilmiştir. Hızların hesaplanmasında kullanılan nüfuslar

Devlet İstatistik Enstitüsü 2000 yılı nüfus sayımına göre yapılan projeksiyonlardır.

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2004. http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/tablo-60.htm

Tablo 8. Kızıl Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite ve Mortalite Hızları, Türkiye,1995-2004

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1000000)
1996	62.727.000	4364	6.96	0	0.00
1998	64.786.000	6335	9.78	2	0.03
1999	65.819.000	4455	6.77	0	0.00
2000	67.844.903	4814	7.10	0	0.00
2001	69.081.716	5910	8.56	0	0.00
2002	70.415.064	3706	5.26	0	0.00
2003	71.772.711	3664	5.11	0	0.00
2004	71.152.000	5332	7.49	0	0.00

Vaka ve ölüm sayıları rutin bildirim sisteminden elde edilmiştir. Hızların hesaplanmasında kullanılan nüfuslar

Devlet İstatistik Enstitüsü 2000 yılı nüfus sayımına göre yapılan projeksiyonlardır.

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Teme Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2004. http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/tablo-59.htm

Kaynaklar

1. TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu, Ankara,2011.
2. World Health Organization, Tuberculosis Country Profiles. Turkey. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=TR&outtype=html (08.03.2012).
3. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009.s:134.
4. Kılıçaslan Z. Dünyada ve Türkiye'de Tüberküloz. ANKEM Derg 2007;21(Ek2):76-80.
5. Anğ Ö, Uzun M. Türkiye'de Tüberkülozun Son Durumu. Klimik Dergisi 11(1);1998:3-5.
6. Baylan O. Çok İlaca Dirençli Tüberkülozdan Sonra Yaygın İlaca Dirençli ve Tüm İlaçlara Dirençli Tüberküloz Formları: Eski Hastalığın Yeni Yüzleri. Mikrobiyol Bul 2011;45(1):181-195.
7. Balbay Ö, Işıkhan V, Annakkaya AN, Arbak P, Bilgin C, Bulut İ ve ark. Sosyal ve Ekonomik Boyutuyla Türkiye'deki Tüberküloz Hastaları: 23 Göğüs Hastanesinde 733 Hasta Üzerinde Bir Çalışma. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004;2:5-14.
8. Özbay B, Gencer M, Gülsün A, Ceylan E, Şenel M.Tüberkülozlu Olgularda Sosyokültürel Yapı. Tübeküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(2):246-251.
9. Akabay A, Tanrıkulu AÇ, Abakay Ö, Şen HS, Ataman A, Şenyiğit A**.**Tüberküloz hastalarında aile içi temas taraması yeterli midir? Köy taraması sonuçları. Dicle Tıp Derg 2010;37(1):16-20.
10. Köse E, Gencer M.Yardımcı Sağlık Personelinin Tüberküloz Bilgi Düzeyi ve Mesleki Risk Algılaması. Tıp Araştırmaları Dergisi 2008;6(2):86-92.
11. Türk Tabipleri Birliği, Tahaoğlu K, Kongar N, Elbek O, Tümer Ö, Kılıçaslan Z. Türk Tabipleri Birliği Tüberküloz Raporu, Ocak-2012, Ankara.
12. Sağlık Uygulama Tebliği, 2012.

13. Durmaz R. Mycobacterıum Tuberculosıs'de Direnç Sorunu. Ankem Derg. 2005;19(2):107-110.
14. Eskiocak M, İnfluenz A H1N1v (DOMUZ GRİBİ) Pandemisi: Epidemiyoloji ve Yanıt. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). TTB-Pandemik İnfluenza H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu Pandemik Çalışma Raporu, 2010.
15. TC Sağlık Bakanlığı, Grip, http://www.grip.gov.tr/. (08.03.2012).
16. Ertem M, Sevencan F, Dorman V, Özcullu N, Ormanlı V, Kubat NK ve ark. Pandemic(H1N1) influenza in Diyarbakır, 2009 Turkish Journal of Public Health 9(2);2011:86-95.
17. Önal A, Aslan S, Bozyaka E, Badur S. Türkiye'de 2003-2004 ve 2004-2005 Yıllarında Grip Sürveyansı ve İzole Edilen İnfuenza Virus Suşlarının Tiplendirimi. Klimik Dergisi 19(1);2006:3-9.
18. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Türkiye İnflueanza Sürveyans Raporu 2010-2011. Ekim-2011, Ankara.
19. WHO/Eurooe influeanza surveillance (EuroFlu.org), Graphs for Turkey, season 2011/2012. http://www.euroflu.org/cgi-files/figures2002.cgi?year=2012&week=04&region=Turkey&type=c (08.03.2012)
20. Çarhan A, Altaş AB, Albayrak N, Uyar Y. 2007-2008 Kış Sezonunda Türkiye'nin Dokuz İlinde İnfuenza Sürveyans Sonuçları. Mikrobiyol Bul 43;2009:235-241.
21. Sevencan F, Ertem MM, Özçullu N, Dorman V, Ormanlı A, Kubat NK ve ark. Retrospective evaluation of laboratory-confirmed and recorved cases of influenza A(H1N1)v. Turk J Med Sci 2011;41(4):647-656.
22. Hidiroğlu S, Ay P, Topuzoğlu A, Kalafat C, Karavus M. Resistance to vaccination: The attitudes and practices of primary healthcare workers confronting the H1N1 pandemic. Vaccine 2010;28:8120-8124.
23. Arda B, Durusoy R, Yamazhan T, Sipahi OR, Taşbakan M, Pullukçu H ve ark. Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? A survey among health care workers. BMC Infectious Diseases 2011;11:87.
24. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2004. http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/tablo-60.htm
25. TC Sağlık Bakanlığı, Teme Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2004. http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/tablo-59.htm

1.2. SU VE BESİNLERLE BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Necdet AYTAÇ[a], Mehmet ZENCİR[b], Deniz ÇALIŞKAN[c]

[a]Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[b]Prof.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[c]Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tifo-Salmonellozis, Shigellosis, Kolera, Listeriosis

Türkiye'de bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi kaynakları oldukça sınırlanmış durumdadır. Sağlık Bakanlığı (SB) bilgi tekelini elinde bulundurmaktadır. Verileri nasıl topladığı ve nasıl analiz ettiğine dair yeterli bilgiye ulaşmakta zorluklar yaşanmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın kamuoyu ile paylaştıkları bilgilere ulaşılabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesi verileri (http://data.euro.who.int/cisid/); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSGM) verileri, yapılmış ve internette ulaşma olanağı olan araştırmalardan karışık bir veri setine ulaşabilmektedir. Bu veri setinde ise bölge, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum vb. bilgilere erişim imkanı oldukça sınırlıdır. Bu verilerle su ve gıdalarla ilgili bulaşıcı hastalıklarla ilgili eşitsizlik tartışması güçlükler taşımaktadır.

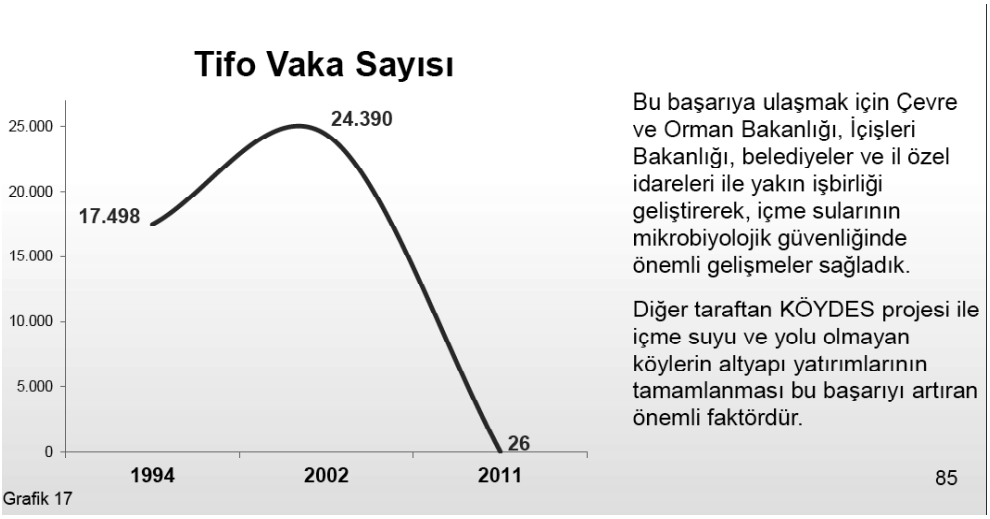
Alışageldiğimiz Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı veri paylaşımı 2006 yılı itibarıyla sonlandırılmış, 2007 yılı için veri paylaşımı yapılmamış, 2008-2010 yılları arasında da seçilmiş bazı bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgiye yer verilmiştir. 2008 yılı ancak Nisan 2010'da, 2009 ve 2010 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları ise peş peşe 2011'de yayınlanmıştır. "Yıllara Göre Bazı Seçilmiş Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı" listesinde bazı grubuna gir(e)mediği için tifo-dizanteri başta olmak üzere birçok bulaşıcı hastalıkla ilgili bilgiye ulaşmak mümkün değildir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesi verilerine göre Listeriosis, Salmonellosis, Shigellosis, Tifo ile Olgu sayıları ve insidans hızı Tablo-1'de özetlenmiştir. İlk dikkati çeken 2005 öncesi verilerin olmaması, 2005 ve sonrası için ise 2007 yılına ait verinin olmamasıdır. İkinci dikkat çekici gözlem ise bildirim sisteminin değişimine denk gelen 2005 ile birlikte olgu sayısı ve insidanslarda keskin düşüşlerdir.

Tablo 1. Yıllara Göre Listeriosis, Salmonellosis, Shigellosis, Tifo ile Olgu sayıları ve İnsidans Hızı

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
6063 – Typhoid Fever – İnsidans Hızı (yüzbinde)	--	--	36.92	31.85	--	15.43	2.2	--	0.26	0.59	0.56
6062 – Typhoid Fever – (olgu sayısı)	--	--	24158	21126	--	10514	1518		185	421	404
6093- Salmonellosis İnsidans Hızı (yüzbinde)	--	--	--	--	--	3.08	3.72	--	1.36	1.83	1.65
6092 – Salmonellosis – (olgu sayısı)	--	--	--	--	--	2098	2566	--	963	1313	1200
6096 – Shigellosis İnsidans Hızı (yüzbinde)	--	2.05	1.6	0.68	0.8	0.81	0.5	--	0.5	0.43	0.5
6095 – Shigellosis – (olgu sayısı)	--	1321	1047	452	540	549	347	--	352	309	367
6087 – Listeriosis İnsidans Hızı (yüzbinde)	--	--	--	--	--	0.04	0	--	0	0	0.01
6086 – Listeriosis (olgu sayısı)	--	--	--	--	--	25	3	--	3	3	4

Not. http://data.euro.who.int/cisid/ verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.



Grafik 17

Akdağ R, 2011

Tablo 2. Tifo Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite ve Mortalite Hızları Türkiye, 1975-2005

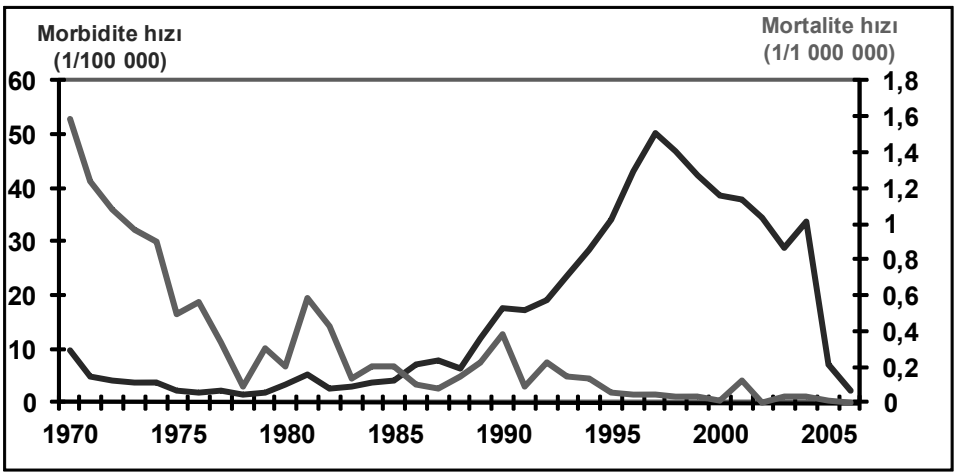
Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite hızı (1.000.000)
1970	35.321.000	3.402	9.63	56	1.59
1971	36.215.000	1.729	4.77	45	1.24
1972	37.132.000	1.550	4.17	40	1.08
1973	38.072.000	1.430	3.76	37	0.97
1974	39.036.000	1.401	3.59	35	0.90
1975	40.078.000	860	2.15	20	0.50
1976	40.915.000	695	1.70	23	0.56
1977	41.768.000	909	2.18	14	0.34
1978	42.640.000	591	1.39	4	0.09
1979	43.530.000	862	1.98	13	0.30
1980	44.438.000	1.425	3.21	9	0.20
1981	45.540.000	2.402	5.27	27	0.59
1982	46.688.000	1.273	2.73	20	0.43
1983	47.864.000	1.491	3.12	6	0.13
1984	49.070.000	1.825	3.72	10	0.20
1985	50.306.000	2.052	4.08	10	0.20
1986	51.546.000	3.656	7.09	5	0.10
1987	52.845.000	4.070	7.70	4	0.08
1988	54.176.000	3.523	6.50	8	0.15
1989	57.426.316	6.880	11.98	13	0.23
1990	57.582.446	10.052	17.46	22	0.38
1991	57.736.288	10.001	17.32	5	0.09
1992	59.088.101	11.402	19.30	13	0.22
1993	60.384.474	14.347	23.76	9	0.15
1994	61.779.288	17.498	28.32	8	0.13
1995	63.206.510	21.516	34.04	4	0.06
1996	62.727.000	27.040	43.11	3	0.05
1997	63.745.000	32.016	50.23	3	0.05
1998	64.786.000	30.269	46.72	2	0.03
1999	65.819.000	27.915	42.41	2	0.03
2000	67.844.903	25.840	38.09	1	0.01
2001	69.081.716	25.626	37.10	8	0.12
2002	70.415.064	24.390	34.64	0	0.00
2003	71.772.711	20.804	28.99	2	0.03
2004	71.152.000	23.901	33.59	2	0.03
2005*	72.065.000	5.168	7.17	1	0.01
2006**	65.789.167	1.518	2.31	0	0.00

Vaka ve ölüm sayıları rutin bildirim sisteminden elde edilmiştir. Hızların hesaplanmasında kullanılan nüfuslar Türkiye İstatistik Kurumu

2000 yılı nüfus sayımına göre yapılan projeksiyonlardır.

* 2005 yılından itibaren hastalık bildirimleri standart vaka tanımları ile yapılmaktadır.

** 2006 ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) nüfusu kullanılmıştır.



Tablo 3. Bölgelere Göre Tifo Bildirimleri (2000-2004)

	Tifo -2000		Tifo -2004		
Bölgeler	Olgu	Morbidite	Olgu	Morbidite	2000-2004 değişim yüzdesi
Marmara	104	0.6	307	1.6	195.2
Ege	172	1.9	217	2.3	26.2
Akdeniz	1637	18.8	1871	20.3	14.3
İç Anadolu	125	1.1	122	1.0	-2.4
Karadeniz	32	0.4	17	0.2	-46.9
Doğu Anadolu	1242	20.2	704	11.1	-43.3
Güneydoğu Anadolu	22528	341.1	20663	291.2	-8.3
Türkiye	25840	38.1	23901	33.6	-7.5

Not. Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUİK) kullanılmıştır.
(TTB, 2007)

1.2.1. TİFO-SALMENOLLOZİS

Sağlık Bakanlığı verilerine göre tifo bildirimi 1995-2004 arası 20-30 bin, morbidite sıklığı ise yüz binde 29-50 arasında değişmektedir Tüm bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi su ve gıdalarla bulaşan hastalıklarda bildirim sisteminin değişmesi ile bir düşüş yaşandı. Öyle bir düşüş ki tifoda kesin bildirim 23.901'den 5.168'e gibi keskin bir azalmaya yol açmıştır (olası *tifo bildirimi ise 10.514'dür*). Morbidite sıklığı ise yüzbinde 10'un altına düşmüştür (Tablo 2).

Bildirimim sisteminin yanı sıra olgu sayısında düşüş için belediyelerin alt yapı çalışmaları ve köy-des programlarının etkili olduğuna ait görüşler paylaşılmaktadır. Yine TSHGM verilerine göre yapılan incelemeye yer veren TTB (2007) raporunda su ve gıda ile bulaşan hastalıkların hala yüksek morbiditeye sahip olduğu, özellikle Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde (özellikle Adana, Mersin, Kahramanmaraş, Osmaniye illeri) ishalli hastalıklar yaygınlığına

yer verilmektedir. Tifo ve amipli dizanteri de hafif azalmaya karşın varlığını sürdürdüğü belirtilmektedir (Tablo 3).

2007 sonrası tifo bildirimleri ile ilgili bilgi daha sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı adına yapılan 2012 bütçe konuşmasında tifo vaka sayısında keskin bir azalma olduğu 2002 yılı için 24390 olan hasta sayısının 2011 yılı için 26'ya düştüğü belirtilmektedir. (Akdağ R, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesini verilerinden 2011'a ait bilgiye erişilememesine 2005-2010 yıllarındaki durum şöyledir. 10,514; 1,518; 185, 421; 404. Veriler 2005 sonrası kesin olgu bildirimleri yapılmaya başladığını göstermektedir. (Tablo-1). (http://data.euro.who.int/cisid/). 2005 sonrası salmenolloz olgu sayılarına da yer verilmiştir. 2005-2010 arası olgu sayılarında da düşme eğilimi vardır: 2098; 2566; 963; 1313; 1200 (Tablo-1).

TSHGM istatistik yıllığı 2006 yılına ait salmonella etken bildirimlerinde ilk sıraları *Salmonella-Typhi, Salmonella-Paratyphi B, Salmonella, -O9(D1) ve Salmonella, -Paratyphi A* almaktadır.

Salmonella serotipleri	
Salmonella, -Typhi	1807
Salmonella, -Paratyphi A	45
Salmonella, -Paratyphi B	108
Salmonella, -Paratyphi C	2
Salmonella, -O4(B)	3
Salmonella, -O7(C1)	1
Salmonella, -O8(C2-C3)	0
Salmonella, -O9(D1)	82
Salmonella, -O9,46(D2)	28
Salmonella, -O3,10 (E1)	18
Salmonella, -O1,3,19 (E4)	0
Salmonella, -O13(G)	0
Salmonella, -O18(K)	0
Salmonella (diğer)	96
Salmonalla sp.(tiplendirilmemiş izolat)	371

Bir veri kaynağı olarak da Ulusal Enterik Patojenler Laboratuar Sürveyans Ağını (UEPLA) sayabiliriz. Ekim 2007- Ağustos 2008 döneminde, Refik Saydam Hızıssıhha Merkezi Başkanlığı'na (RSHMB) doğrulanmak ve tiplendirilmek için gönderilen 608 suşun 279'u *Salmonella* (%45.8), 227'si (%37.3) *Shigella* olarak doğrulanmıştır. *Salmonella* suşlarının serotipleri incelendiğinde ilk üç sırayı *S.Enteritidis* (%46.7), *S.Paratyphi B* (%15.4) ve *S.Typhimurium* (%11.1) almıştır. (Levent B ve ark, 2009)

Tifo ile ilgili son beş yılda yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre şu bilgilere ulaşabiliyoruz.

- Doğu Anadolu'da tifo salgını ile ilgili Türkiye'den gönderilen bir makale 2011 yılında yayınlandı. YYÜ akademisyenlerinin makalesinde salgından etkilenen tifo kliniği ile uyumlu 637 hastadan alınan kültür örneklerinden 91'inin pozitif çıktığına yer verilmekte. Yine salgının suyun kontaminasyonu ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. (Bayram Y ve ark, 2011)

- Van Merkez Erçek Beldesi'nde su şebekesine kanalizasyon suyu karışması sonucu meydana gelen tifo salgını sırasında Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde sadece yatarak tedavi gören 21 tifo olgusundan bahsedilmektedir. Yazarlar tifonun ülkemizde epidemiler yapabilen endemik bir enfeksiyon hastalığı olup erken tanı ve tedavi, komplikasyonları ve mortaliteyi azaltan en önemli faktör olduğunu belirtmektedir. Yine tanıyı engelleyen en önemli faktör ise hastaların tanı konmadan gelişigüzel antibiyotik kullanmaları olarak ifade edilmektedir. (Baran Aİ, 2011)
- İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji anabilim dalı laboratuarlarına 2003-2005 yılları arasında gelen dışkı kültürü (toplam 3444) örneğinin 88 (% 2.6)'inden *Salmonella* cinsi bakteriler izole edildiği belirtilmektedir. En sık izole edilen *Salmonella* serotipleri *S.enteritidis* (% 62.5), *S.typhimurium* (%12.5), C grubu *Salmonella* (% 8), *S.paratyphi* A(%2.3) ve *S.typhi* (% 1.1) olarak saptanmıştır. (Öngen B ve ark, 2006)
- Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Haziran 2004'te üniversite çalışanı ve yatan hastalardan toplam 96 kişide besin zehirlenmesi ortaya çıkmış ve hastalardan alınan örneklerin 18'inde Salmonella typhimurium saptanmıştır. Gıda zehirlenmesinin büyük olasılıkla gıdaların yıkandığı su tanklarının kontaminasyonuna bağlı olabileceği ifade edilmiştir. (Demirdal T ve ark, 2007)
- Adnan Menderes Üniversite Hastanesi'ne Ocak 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında başvuran, 0-6 yaşlarındaki ve 70 yaş üzerindeki olgularda 24 saatten fazla süren günde en az üç kez şekilsiz dışkılama öyküsü, 7-70 yaşlar arasındaki olgularda ise bunun yanında ateş yüksekliği (≥38.5ºC), kanlı ishal, şiddetli abdominal ağrı, immünsüpresyon varlığı, dehidratasyon bulgularından biri veya birkaçı saptanan 200 hasta çalışmaya alınmış ve semptomlu grupta bulunan 200 olgudan alınan dışkı örneklerinin 38'inde (%19) -bir olguda iki etken (*Campylobacter jejuni* ve *Salmonella* spp.) olmak üzere- 39 etken saptanmıştır. Toplam 39 etkenin beşi (%13) *Salmonella* spp.,'dir. (Yazıcı V ve ark, 2009)
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Diyarbakır Şubesi tarafından hazırlanan Diyarbakır Sağlık Raporu (2007-2009) verilerine göre Tifo bildirimi 2006 için olası olgu 1641; 2007 için 1144 olası olgu, 25 kesin olgu; 2008 için 212 olası olgu, 3 kesin olgu şeklindedir. Diyarbakır Büyükşehir Belediyesine bağlı DİSKİ'nin yaptığı içme suyu arıtma tesisi sayesinde bakteriyolojik su numunelerinde uygun olmayan yüzdesinde düşüşler gerçekleştiği; bu düşüşlerin ishal ve tifo olgularında azalmaya yol açtığı belirtilmektedir Su bakteriyolojik incelemelerine göre kirlilik saptanması 2004-2009 arası sırası ile şöyledir: %13.2; %14.1; %9.9; %6.5; %8.2; %5.1.
- Kilis ilinde 2006 yılı sağlık ocağı ve devlet hastaneleri bildirimlerinin incelendiği çalışmada 952 bulaşıcı hastalık bildirimi yapıldığı; bunların içerinde tifo olgularının sayısının 130 olduğu ve tifo olgularının yaz aylarında artış gösterdiği belirtilmektedir. (Ulutaşdemir N ve ark, 2007)
- Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesine Ocak 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında başvuran, 0-6 yaşlarındaki ve 70 yaş üzerindeki gastroenterit olgularından (200) alınan dışkı örneklerinin 38'inde (% 19) -bir olguda iki etken (*Campylobacter jejuni* ve *Salmonella* spp.) olmak üzere- 39 etken saptanmıştır. Toplam 39 etkenin beşi (% 13) *Salmonella* spp., tespit edilmiştir. (Yazıcı V ve ark, 2009)

Gıdalarla ilgili çalışmalarda salmonella pozitifliği

- Bursa'da yedi aylık (Aralık 2004-Haziran 2005 arası) süpermarket ve bakkallardan satın alınan gıda ürünlerinde Salmonella ve Shigella varlığı incelenmiştir. Yapılan 416 gıda ürünü incelemesinin sadece birinin %0.24 salmonella ile kontamine olduğu, serotipinin

Salmonella enterica subsp. enterica serovar olduğu tespit edilmiştir. (Çetinkaya F ve ark, 2008).

- Toplam 100 mekanik ayrılmış et örneğinin %30'unun *Salmonella* spp. ile kontamine olduğu saptanmıştır. Mekanik olarak ayrılmış broiler etlerinin bazı kriterler yönünden Türk Gıda Kodeksi Mekanik Olarak Ayrılmış Kanatlı Eti Tebliğine (Tebligi no: 2007/34) uygun olmadığı belirlenmiştir. (Şireli T ve ark., 2011)
- Ankara Garnizonu'nda Türk Silahlı Kuvvetleri'nin ihtiyacı için alımı yapılan -18oC'de dondurulup-poşetlenmiş bütün tavuk etlerinden 50 adet numunenin but, deri ve göğüs kısımlarının mikrobiyolojik kontaminasyon düzeyleri araştırılmış ve *Salmonella spp.;* % 18, % 26 ve % 16'sında saptanmıştır. Ankara Garnizonunda tüketime sunulan tavuk etlerinin üretiminde teknolojik kurallara belirgin bir şekilde uyulduğu, ancak üretimden tüketime kadar olan dönemde hijyen ve sanitasyona gerekli önemin verilmediği kanaatine varılmıştır. (Efe M ve ark, 2005)
- Tarım Bakanlığı'nın Burger King soruşturmasında, Koç Holding kuruluşu olan Maret'in hamburger ve dilimli dana jambonlarında da 'listeria' bakterisi bulundu. Ayrıca tüm et ürünlerinde bütün ürünlerde salmonella ve listeria bakterilerine rastlanıyor. Tarım Bakanlığı'ndan Kontrol Şube Müdürü Halide Canaylı'nın görevlendirmesiyle 14.06.2010 tarihinde Veteriner Hekim Aynur Arslan Toksoy ve Hülya Dönmez İpçi, TT Gıda'nın aracıyla ve ilgilileri ile birlikte numune almak için Fasdat Gıda Dağıtım Şirketi'nin deposuna gidiyor. Bu ilk ziyaretin ardından aynı görevliler birkaç kez daha bu şirkete geliyor ve sonuncusunda çeşitli firmalara ait ürünlerden numuneler alıyor. Tarım Bakanlığı görevlileri bu numuneleri Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Kocaeli Kontrol Laboratuvarı Müdürlüğü'ne gönderiyor. Burada yapılan incelemelerin ardından 28.06.2010 tarihinde analiz sonuçları açıklanıyor. Ve görülüyor ki, numunesi alınan hemen hemen bütün ürünlerde salmonella ve listeria bakterilerine rastlanıyor. İşin daha korkuncu ise numunesi alınan et ürünlerinin markasının çok ünlü olmasıdır…(Çeliker K, 2010)
- Aydın ilindeki farklı marketlerden temin edilen toplam 100 fermente sucuk örneğinin 5 tanesinde (% 5) *Salmonella spp* saptanmıştır. Sucuklarda saptanan diğer mikroorganizmalar şunlardır: 16 tanesinde (% 16) E. coli, 12 tanesinde (% 12) S. aureus, , 4 tanesinde (% 4) *Listeria monocytogenes*, 7 tanesinde (% 7) *Listeria innocua*, 3 tanesinde (% 3) *Listeria welshimerii.* Sucuk örneklerinin Türk Gıda Kodeksi Et Ürünleri Tebliğine uygun olmadığını ve dolayısıyla mikrobiyolojik kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir. (Kök F ve ark, 2007)
- Elazığ'da satışa sunulan 100 adet fermente sucuk örneklerin %3'ünde *Salmonella spp.* tespit edilmiştir. Sucuklarda tespit edilen diğer mikroorganizmalarda şunlardır: %15'inde *E.coli*, % 10'unda koagulaz (+) *Staphylococcus aureus*, %4'ünde *Listeria monocytogenes*, % 2'sinde *Listeria welshimeri* ve % 3'ünde *Listeria seeligeri.* Sucuk örneklerinin tamamının (%100) incelenen mikroorganizma grupları yönünden TS 1070 ve Türk Gıda Kodeksi standardına uymadıkları ve halk sağlığı açısından potansiyel bir tehlike oluşturduğu saptanmıştır. (Öksüztepe G ve ark, 2011)
- Diyarbakır'da Dicle nehrinden Mayıs-Ağustos 2005 döneminde tutulan toplam 51 adet balık örneğinin mikrobiyolojik kalite parametreleri incelenmiş ve %15.69'unda Salmonella spp. tespit edilmiştir. Yine balıklarda Listeria monocytogenes (%3.92) ve E. coli O157:H7 (%5.88) varlığı da gösterilmiştir. (Vural A ve ark, 2006)
- Ankara'daki (2004-2005) marketlerde taze olarak tüketime sunulan 240 hindi kıymasının 113'ünde (%47.0) Salmonella spp. pozitifliği saptanmıştır. Mevsimlere göre Salmonella spp. pozitifliği değişiklik göstermektedir; kışın %16.6 olan pozitiflik, ilkbaharda %51.6'aya, yazın %56.6'ya ve sonbaharda %63.3'e yükselmektedir. (İşeri Ö., 2007)

- Van'da tüketime sunulan dondurmalarda halk sağlığı yönünden önem taşıyan bazı patojen bakterilerin varlığı araştırıldığı çalışmada çeşitli pastanelerden sağlanan toplam 75 adet dondurma örneği (sade, çikolatalı ve meyveli) analiz bulgularına göre %65.3'ü (49 örnek) mikrobiyolojik yönden Türk Standartlarında bildirilen kriterlere uygun bulunmamıştır. Dondurmaların %17.3'ünde Salmonella spp. üremiştir. Diğer üreyen mikoorganizmalar ise şunlardır: K. Pneumoniae (%25.3), E. coli (%13.3), koagulaz (+) S. aureus (%13.3) ve L. Monocytogenes (%8.0)'dir (Ağaoğlu S ve ark, 2004).

Tifo ve salmanelloz olgularındaki azalma iki nedenin etkisi olduğu düşünülebilir. Birincisi bildirim sisteminin değişmesidir. Sistem değişikliği sonrası tüm bulaşıcı hastalık bildiriminde azalma gerçekleşmiştir. İkincisi de alt yapı çalışmalarına olan yatırım diyebiliriz. Her ne kadar sağlık bakanlığı Köy-Des programını adres gösterse de özellikle tifonun yaygın görüldüğü illerde belediyelerin alt yapı çalışmalarına da mutlaka yer verilmelidir. Nitekim olgu sayısının dikkat çekici boyutta olduğu Diyarbakır ilinde alt yapı çalışması sonrası kirlilik oranın azalması ile uyumlu tifo vb. ishalli hastalıkların azalması buna örnek gösterilebilir.

Yukarıda örnekleri verilen et ve et ürünleri, balık ve dondurma örneğinde olduğu gibi süt ürünlerinde salmonella seropozitifliği dikkat çeken düzeylerdedir. Gıda denetimlerinin Tarım Bakanlığı'na (yeni adı ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı) devredilmesi sonrası verilere ulaşmakta güçlük çekilmektedir. Bulaşıcı hastalık yönünden ilgili bakanlık tarafından nasıl bir sistematikte hizmet verildiği ve yapılan incelemelerin sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılmasında sorunlar yaşanmaktadır. Benzer durum sularla ilgili incelemeler içinde söylenebilir. Bu nedenle Tifo başta olmak üzere su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar için önümüzü görmek oldukça zordur.

1.2.2. SHİGELLOZİS (BASİLLİ DİZANTERİ)

TTB-2007 raporunun tifo için söylediklerini basilli dizanteri içinde söylemek mümkündür. Sadece sıralama değişmiş Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgesi olmuştur. Tüm bölgelerde azalma olmasına karşın İç Anadolu ve Marmara bölgesinde artış mevcuttur. Bu değişkenlik bildirimlerdeki hassasiyete bağlanabilir.

Tablo 4. Bölgelere Göre Basilli Dizanteri Bildirimleri (2000-2004)

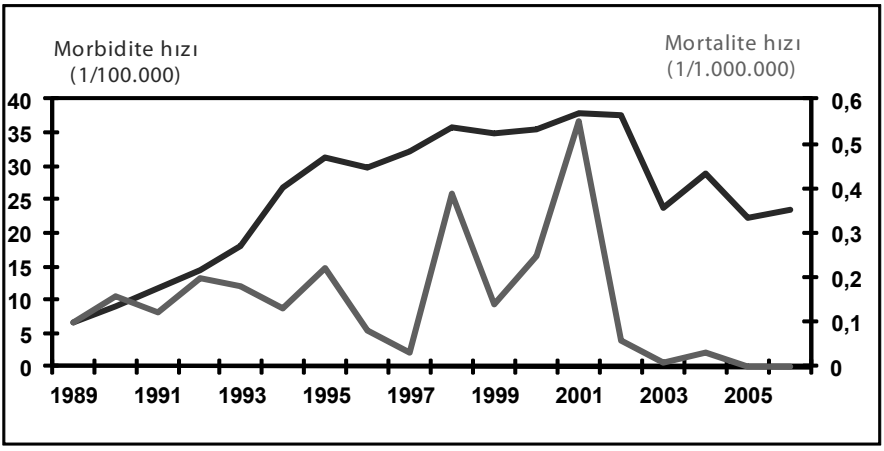
	Basilli dizanteri -2000		Basilli dizanteri -2004		
Bölgeler	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	2000-2004 değişim yüzdesi
Marmara	40	0.2	126	0.7	215.0
Ege	96	1.1	95	1.0	-1.0
Akdeniz	145	1.7	66	0.7	-54.5
İç Anadolu	69	0.6	179	1.5	159.4
Karadeniz	27	0.3	15	0.2	-44.4
Doğu Anadolu	437	7.1	42	0.7	-90.4
Güneydoğu Anadolu	257	3.9	82	1.2	-68.1
Türkiye	1071	1.6	605	0.9	-43.5

*Türkiye'deki tüm olgular arasındaki payı

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUİK) kullanılmıştır.

Tablo 5. Basilli Dizanteri Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite ve Mortalite Hızları, Türkiye, 1989-2006

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
1989	57.426.316	1.551	2.70	1	0.02
1990	57.582.446	1.847	3.21	2	0.03
1991	57.736.288	1.443	2.50	6	0.10
1992	59.088.101	1.714	2.90	5	0.08
1993	60.384.474	1.557	2.58	3	0.05
1994	61.779.288	2.203	3.57	7	0.11
1995	63.206.510	2.753	4.36	1	0.02
1996	62.727.000	1.479	2.36	2	0.03
1997	63.745.000	1.708	2.68	1	0.02
1998	64.786.000	1.457	2.25	1	0.02
1999	65.819.000	1.120	1.70	2	0.03
2000	67.844.903	1.071	1.58	4	0.06
2001	69.081.716	1.321	1.91	0	0.00
2002	70.415.064	1.047	1.49	0	0.00
2003	71.772.711	452	0.63	0	0.00
2004	71.152.000	605	0.85	0	0.00
2005*	72.065.000	538	0.75	0	0.00
2006**	65.789.167	331	0.50	0	0.00



2004 yılı basilli dizanteri bildirimi 606 iken 2005'te 538'e, 2006'a ise 331'e düşmüştür. 2006 yılı için morbidite hızı yüzbinde 0.50'dir.(Tablo-5). 2006 yılı için verilen 331 olgunun serotiplerinde ilk iki sırayı *Shigella dysenteriae ve Shigella sonnei* almaktadır.

Shigella serotipleri	
Shigella dysenteriae	133
Shigella sonnei	127
Shigella flexneri	42
Shigella boydii	29

Sağlık Bakanlığı verilerinden shigellozis ile ilgili sınırlı bilgilere ancak Ulusal Enterik Patojenler Laboratuar Sürveyans Ağı (UEPLA) ile ulaşabiliyoruz. Ekim 2007- Ağustos 2008 döneminde, RSHMB'na doğrulanmak için gönderilen ve tiplendirilmek için gönderilen 608 suşun 227'si (%37.3) *Shigella* olarak doğrulanmıştır. *Shigella* suşlarının serotipleri incelendiğinde büyük çoğunluğu S.sonnei (%84.1) ve S.flexneri (%13.7) oluşturduğu tespit edilmiştir. (Levent B ve ark, 2009). 2006 yılına göre sıralama değişmiştir.

- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Diyarbakır Şubesi tarafından hazırlanan Diyarbakır Sağlık Raporu (2007-2009) verilerine göre akut kanlı ishal bildirimi (kesin); 2006 için 62; 2007 için 124; 2008 için 25 olgu şeklindedir.
- Kilis ilinde 2006 yılı sağlık ocağı ve devlet hastaneleri bildirimlerinin incelendiği çalışmada 952 bulaşıcı hastalık bildirimi yapıldığı; bunların içerinde akut kanlı ishal olgularının sayısının 129 olduğu ve akut kanlı ishal olgularının yaz aylarında artış gösterdiği belirtilmektedir. (Ulutaşdemir N, 2007)
- Siirt ilinde 2008 Mayıs ayında ortaya çıkan ishal salgının incelendiği raporda 22.05.2008 tarihi itibari ile ishal vaka sayısı 2.389 olup il merkezinde atak hızı %2.1 olarak hesaplanmıştır. Gaita kültürü incelemeleri sonucunda bir hastada *Campylobacter jejuni*, üç hastada *Shigella sonnei*, iki hastada *Shigella flexneri* ve iki hastada *Shigella boydii* tespit edilmiştir. Gaita örneklerinin ELISA yöntemi ile rotavirus ve adenovirus açısından incelemelerinde üç hastada rotavirus, bir hastada ise adenovirus tespit edilmiştir. Adenovirus saptanan hastanın gaita örneğinden aynı zamanda zamanda *S. flexneri* de izole edilmiştir. Hastalardan *Shigella* gibi tek doğal rezervuarın insan olduğu bir patojenin izole edilmesi şehir şebeke sisteminin kanalizasyonla kontamine olduğunu düşündürdüğü ifade edilmektedir. (Sezen S ve ark, 2009

Özellikle mikrobiyoloji laboratuarı incelemeleri sonuçlarına göre konu ile ilgili çalışmalarda shigella seropozitifliğinin izi sürülmeye çalışılmıştır.

- Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Hastanesi İshalli hastalıklar Eğitim ve Tedavi biriminde 2003-2009 yılları arasında toplam 14 803 dışkı örneğinin 238'inde (%1.6) *shigella sp*. saptanmıştır. DSÖ kriterlerine göre izlenen 238 olgunun 209'u (%87.8) *S. sonnei*, 25'i (%10.5) *S. Flexneri* ve dördü (%1.7) *S. Boydii* olarak belirlenmiştir. Olguların %65.9'u kuru ve sıcak olan Temmuz-Kasım aylarında görülmüştür. Dışkı örneklerinde shigella saptanma hızı 1987-1994 arası %3.1 iken 1995-2002 yılında %1.6'ya düşmüştür. Bununla birlikte 2003-2009 yılları arasında değişim olmamıştır. (Özmert EN ve ark, 2011)
- 2002-2009 yılları arasında toplanan 4183 gaita örneğinde Shigella türleri için izolasyon oranı %3.5. (146 örnek) olarak saptanmıştır. 2006-2009 arası sırası ile 17; 15; 9 ve 7 pozitiflik mevcuttur. Shigella suşları ise sırası ile S. flexneri (%48.6), S. dysenteriae (%26), S. boydii (%18.5) ve S. Sonnei (%6.8)'dir. (Çiftçi İH, Aktepe OC, Altındiş M, Çetinkaya Z, Aşık G, Çalışkan K. Shigella Türlerinde Antimikrobiyal Direnç Değişimi: Sekiz Yıllık İzlem, Türk Mikrobiyol Cem Derg, 2010; 40 (2): 125-130)

- Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde 1999-2010 tarihleri arasındaki 12 yıllık süre içinde çeşitli kliniklerden gönderilen dışkı örneklerinden ardışık olarak izole edilen 605 *Shigella* spp. izolatımdan ilk iki sıra S. Sonnei ve S. Flexneri'dir. (Altun B, Gür D. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde 1999-2010 Yılları Arasında Dışkı Örneklerinden İzole Edilen Shigella Türlerinin Antibiyotiklere Direnç Profilleri, *Mikrobiyol Bul* 2011; 45(4): 609-616). Yıllara göre shigella pozitifliğinde azalma olduğu söylenebilir, (özellikle 2007 sonrası). Bununla birlikte 2004 yılında 605 olgu olmasına karşın sadece Ankara'nın bir üniversite hastanesi çocuk hastanesi mikrobiyoloji laboratuarında 74 shigella pozitifliği saptanması bildirmlerin oldukça düşük yapıldığını göstermektedir (Tablo-6).

Tablo 6. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuarında1999-2010 Yılları Arası *Shigella İzolatlarının Yıllara Göre Dağılımı*

	S.sonnei	***S.flexneri***	***S.boydii***	***S.dysenteri***	**Toplam**
1999	27	11	-	-	38
2000	37	9	1	-	47
2001	166	11	1	-	178
2002	91	13	2	-	106
2003	11	4	-	1	16
2004	60	6	2	-	68
2005	70	4	-	-	74
2006	44	5	2	-	51
2007	15	1	-	-	16
2008	-	4	-	-	4
2009	4	1	1	--	6
2010	1	-	-	-	1
Toplam	**526**	**69**	**9**	**1**	**605**

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi bakteriyoloji laboratuvarı 1999-2006 yılları arasında Shigella üremiş dışkı örneklerinin (439 adet) retrospektif olarak incelenmesinde serotipler arasında ilk sırayı S.sonnei (% 67) almış, bunu S.flexneri (% 25), S.boydii (% 4), S.dysenteriae (% 4) izlemiştir. Shigella pozitifliği yıllara göre azalmış 2005 yılında 40 iken 2006 yılında 16'aya kadar düşmüştür. (Pullukçu H, Aydemir Ş, Sipahi OR, Yamazhan T, Tünger A. 1999-2006 Yılları Arasında Dışkı Kültürlerinden İzole Edilen 439 Shigella Kökeninin Tür Dağılımı Ve Antibakteriyel Direnç Durumları, Ankem Derg 2007;21(3):137-141)
- İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde izole edilen 39 *Shigella* suşunun, 30'u (% 77) pediyatrik hastalardan, 9'u (% 23) erişkin hastalardan izole edilmiştir. *Shigella* suşlarının 22'si (% 56) *Shigella sonnei,* 13'ü (% 33) *Shigella flexneri*, 3'ü (% 8) *Shigella boydii* ve biri *Shigella dysenteriae* olarak tanımlanmıştır. (Bayraktar MR, Özerol İH, Taştekin N, Tekin Koruk S, Durmaz R. Bir Üniversite Hastanesinde İzole Edilen *Shıgella* Türlerinin Dağılımı Ve Antimikrobiyal Duyarlılık Testleri ANKEM Derg 2010;24(Ek 1), s:7

- İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji laboratuarında 2003-2005 yılları arasında incelenen toplam 3444 dışkı örneğinin 88 (% 2.6)'inden *Salmonella* cinsi, 36 (% 1)'sından *Shigella* cinsi bakteriler izole edilmiştir. En sık izole edilen *Salmonella* serotipleri *S.enteritidis* (% 62.5), *S.typhimurium* (%12.5), C grubu *Salmonella* (% 8), *S.paratyphi*A(%2.3) ve *S.typhi* (% 1.1) olarak saptanmıştır. En sık izole edilen *Shigella* türleri ise *S. sonnei* (% 69.4), *S.flexneri* (% 22), *S.dysenteriae* (% 6) ve *S.boydii* (% 3) olarak belirlenmiştir.(Öngen B, Nazik H, Kaya I, Özkan E. 2003-2005 Yılları Arasında Dışkı Kültürlerinden İzole Edilen *Salmonella, Shıgella* Suşları ve Antibiyotik Duyarlılıkları: 3 Yıllık Sonuçların Değerlendirilmesi, 21. Ankem Klinikler Ve Tıp Bilimleri Kongresi, Beldibi, Kemer-Antalya, 04 - 08 Haziran 2006, ANKEM Derg 2006;20 (Ek 1): s:15
- Shigella türleri için bildirilen saptanma oranlarının %2-9 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bununla birlikte 2006 yılından itibaren izolasyon oranlarında dikkat çekici bir azalmaya yer verilmektedir. (Öngen B. Causative agenst of diarrhea in Turkey. ANKEM Derg 2006; 20:122-34.)

1.2.3. KOLERA

Kolera ile ilgili Türkiye'de resmi veri olmamasına karşın 2005 Eylül'ünde altı Belçikalı turistte ortaya çıkan kolera salgınının kaynağı olarak Türkiye olarak belirtilmektedir. Bu olgulara yönelik yapılan epidemiyolojik kaynak araştırmasında spesifik bir kaynak gösterilememiştir. Aynı dönem için Türkiye'de başka olgu bildirimi de yapılmamıştır. Türkiye'de 1977'den beri olgu bildirimi yapılmamasına karşın 1994 yılında Danimarka ve son olarak da Belçika kolera olgularının Türkiye kaynaklı olduğunu ifade edilmiştir. Bu son 6 yaşlı Belçikalı kolera olgusunun ikisi ciddi olup hastanede tedavi görmüştür, diğer dört olgu ise ciddi bir klinik tablo göstermemiştir. Brüksel'den Türkiye'ye gelen Belçikalı turistler İstanbul, Bursa, Efes, Afrodisyas, Pamukkale, Kuşadası, Antalya, Kapodokya, Ihlara ve Ankara'yı ziyaret etmiş farklı il/ilçelerde konaklamış, çok çeşitli lokantalarda yemek yemişler, çok sayıda marketten alışveriş yapmışlardır. (Schrijver KD et al., 2007)

Aynı dönemde Ankara'da kolera salgını gündeme gelmiş TTB, SES ve ATO mevcut ishal olgularının kolera olup olmadığı, salgının boyutu ve yapılanlarla ilgili Sağlık Bakanlığı'nı kamuoyunu bilgilendirmeye çağırmıştır (Tıp Dünyası, 2005)

1.2.4. LİSTERİOSİS

Listeriosis, fakültatif intrasellüler patojenik bir etken olan *Listeria monocytogenes* (*L. monocytogenes*) tarafından oluşturulan, genellikle sporadik, zaman zaman enzootik olarak ortaya çıkan, meningoensefalitis, abortus, septisemi ya da konjunktivitis ile karakterize, aynı zamanda endokardit, menenjit, artrit ve hepatit gibi ciddi sağlık problemlerine yol açan zoonotik bir enfeksiyondur. L. monocytogenes; insan ve hayvanlara ait klinik materyallerden olduğu kadar, dışkılarından da izole edilmiştir. Etken insan ve hayvanların normal barsak florasında yer almaktadır. İnfekte insan ve hayvanlar, sağlıklı görünseler de etkeni dışkıları ile etrafa saçabilmekte ve portör görevi yapmaktadırlar. Bu sebeple toprak, su ve dolayısıyla gıdaların dışkı ile kontaminasyonu Listeria infeksiyonlarının ortaya çıkışı bakımından büyük önem taşımaktadır(Aktaş MS ve ark, 2010).

2005 yılında 25 olgu bildirimi ile ilk kez bildirim yapılan Listeriozis olguları, zaman içerisinde azalmıştır, en son 2010 yılı için 4 olgu bildirimi yapılmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde Listeriozis olguları ile ilgili şu bilgilere ulaşılmaktadır:

- Türkiye'deki Listerizosis olguları hakkında çok az bilgi vardır. 1987-2001 arasında toplam 32 Listerizosis olgusunda fatalite hızı %33 olmasına karşın, enfeksiyonun kaynağı hakkında bilgi yoktur (Doganay, 2003, aktaran: Aktaş MS ve ark, 2010).

- Türkiye'deki Listerizosis beklenen olgu sayının (extrapolated incidence rate) 2003 yılı için 633 olgu olarak belirlenmiştir. (Anonymous, 2003, aktaran: Aktaş MS ve ark, 2010).

- Börkü ve arkadaşları, Ankara'da ticari bir işletmede bulunan 50 keçi, 3 at, 1 köpek ve bu hayvanların bakıcısı olan 6 kişinin kan örneklerinde *L. monocytogenes* antikorlarının varlığı yönünden yaptıkları araştırmada 50 keçinin 23'ünde, atların tamamında ve köpekte seropozitiflik saptamışlardır. Hayvan bakıcısı olan 6 kişinin 5'inde de seropozitif sonuç elde etmişlerdir. Barınak köpekleri üzerinde yapılmış olan bu çalışmada ise elde edilmiş %26,3'lük seropozitiflik, listeriosis yönünden diğer köpeklerin ve barınak çalışanlarının ciddi anlamda risk altında olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler barınak yetkilileriyle paylaşılarak listeriosisin barınakta bulunan diğer köpeklere ve bu köpeklerle teması bulunan insanlara bulaşma riskinin minimize edilmesi için gerekli tedbirler alınması önerilmiştir (Aktaş MS ve ark, 2010).

Zoonotik bir hastalık olan listeriosisin bulaşma ve yayılmasında hasta hayvanlar ve portörlerin gaita, idrar, süt, burun ve göz akıntıları, aborte fötus, uterus akıntıları, kontamine silaj ve insektler rol oynamaktadırlar. Bu nedenle kaynak olan hayvanlarda ve gıda ürünlerinde yapılan incelemeler önem kazanmaktadır. Bununla birlikte ilgili bakanlıkların konu ile ilgili bilgiye ulaşmak oldukça zordur. Kamuoyu ile paylaşılan istatistiklerde konu ile bilgi sınırlıdır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde şu bilgilere ulaşılmaktadır.

Hayvan kaynaklı çalışmalar

- Listeriozisin bulaşmasında köpeklerin, özellikle sokak köpeklerinin potansiyel bir risk olduğu bilinmektedir Köpeklerde listeriosis seroprevalansı üzerine dünyada değişik çalışmalar yapılmış olup listeriosis seropozitiflik oranlarının %1,3-20 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise %18,74-40 oranlarında seropozitiflik saptanmıştır (Aktaş MS ve ark, 2010).

- Erzurum'da barınak köpeklerinde 72 köpek serumunun 19'unda (%26,3) *Listeria monocytogenes* seropozitifliği (Aktaş MS ve ark, 2010).

- Diyarbakır yöresindeki sahipsiz köpeklerde %17 (İçen H ve ar, 2010)

- Urfa bölgesinde (%18.75) seropozitiflik (Babür C ve ark, 2007)

- Bursa'da 82 adet köpekten sadece birinde (%1,22) (Kocabıyık AL ve ark, 2005)

- Van yöresinde klinik olarak sağlıklı sahipsiz 90 köpeğin 36 (%40)'sında saptadıklarını bildirmişlerdir. (Ceylan E ve ark, 2005)

- Kars Yöresi Köpeklerinde 179 Köpeğin 40'ında (%22,3) *L. Monocytogenes Pozitifliği (*Gıcık Y ve ark, 2010)

Gıda kaynaklı çalışmalar

- Listerizosis olguları için süt, et ve balık ürünleri ve hazırlanmış et ürünleri ortak kaynaklar olarak belirtilmektedir.
- İstanbul ve Trakya bölgelerinden toplanan 700 adet süt ve süt ürünleri örnekten 20'sinde (%2.9) *L. monocytogenes* pozitif olarak saptanmıştır. (Dümen E ve ark, 2011)
- Antakya'da toplam 157 süt ve süt ürünü Listeria spp. varlığı açısından incelenmiş; sütte %2.12, beyaz peynirde ise %8.23 Listeria spp pozitifliği saptanmıştır. Tereyağ ve sütte ise izole edilememiştir. Listeria monocytogenes ise sütte tespit edilememiş, sadece iki beyaz peynirde (%2.35) izole edilmiştir. (Aygun O ve ark, 2006). Bu çalışmada Türkiye'de gıdalarda listeria varlığı konusunda yapılan çalışmalar yer verilmiştir, bu çalışmalara ait özet bilgiler şunlardır:
- Van'da 250 süt örneğinde yapılan incelemede 6'sında (%2.4) Listeria spp. pozitifliği saptanmıştır. Olguların üçü L. Monocytogenes, diğerleri ise L. innocua, L. ivanovii and L. welshimeri separately'dir (Sagun ve ark., 2001)
- Yine yapılan 100 süt örneği incelemesinde L. Monocytogenes pozitifliği %3 olarak tespit edilmiştir. (Soyutemiz ve ark, 2001)
- Ankara2da incelenen 80 süt örneğinin incelmesinde Listeria spp. pozitifliği %10'dir ve yarısı L. monocytogenes'e aittir. (Erol ve ark., 2002).
- Beyaz peynirlerde yapılan bir çalışmada 85 örneğin 5'inde Listeria tespit edilmiştir.
- Türkiye'deki kullanılan peynirlerdeki Listeria pozitifliği

- çeçil peynirden (%7.5),
- salamura beyaz peynir (in ripened and brine-salted Turkish white cheese) (%0)
- Kars beyaz peyniri %15(Gulmez ve ark, 2001).
- Van otlu peyniri %5.1 (Sagun ve ark, 2001),
- L. monocytogenes pzoitifliği ise beyaz peynirde %5.0, çeçil peynirde yok, salamura olmamış beyaz peynirde %5.0, otlu peynirde %3.9 olarak tespit edilmiştir. (Sagun ve ark, 2001).

- Erzurum piyasasından temin edilen 29 beyaz peynir örneğinde *Listeria* varlığı ve bazı mikrobiyolojik özellikleri açısından incelenmiştir. Örneklerin sadece bir tanesinde (%3,45) *Listeria monocytogenes* belirlenmiştir. (Ceylan ZG ve ark, 2007)
- Kayseri ilinde ambalaj malzemesi kullanılmadan açıkta satışa sunulan dondurmalarda Listeria monocytogenes varlığını ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada 25'i sade, 25'i meyveli olmak üzere toplam 50 adet dondurma örneği incelenmiş ve sade dondurmaların 6 tanesinin, meyveli dondurmaların 3 tanesinin listeria türleri ile kontamine olduğu belirlendi. Sade dondurma örneklerinin üç tanesinde sadece L.monocytogenes, iki tanesinde L.monocytogenes ve L.ivanovii; meyveli dondurma örneklerinin bir tanesinde sadece L.monocytogenes, bir tanesinde L.monocytogenes ve L.seeligeri, bir tanesinde ise L.monocytogenes ve L.grayi ile kontamine olduğu saptanmıştır. Kayseri ilinde açıkta satışa sunulan dondurmalarda Listeria türlerinin varlığının, risk grubunda yer alan tüketiciler ve halk sağlığı bakımından bir tehlike olarak değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. (Gönülalan S ve ark, 2010)
- Van'da tüketime sunulan dondurmaların %8'inde L. monocytogenes tespit edilmiştir(Ağaoğlu S ve ark, 2004)

- Aydın ilindeki farklı marketlerden temin edilen toplam 100 fermente sucuk örneğinin 4 tanesinde (% 4) *Listeria monocytogenes*, 7 tanesinde (% 7) Listeria innocua, 3 tanesinde (% 3) *Listeria welshimerii* izole ve identifiye edilmiştir(Kök F ve ark, 2007).
- Elazığ'da satışa sunulan 100 adet fermente sucuk örneklerin % 4'de *Listeria monocytogenes*, % 2' de *Listeria welshimeri* ve % 3'de *Listeria seeligeri* bakterisine rastlanılmıştır (Öksüztepe G ve ark, 2011).
- Keban baraj gölüden yakalanan toplam 150 balığın 10'unda (%6.6) L. monocytogenes izole ve identifiye edildi. (Ertaş HB ve ark, 2005)
- Diyarbakır'da Dicle nehrinden Mayıs- Ağustos 2005 döneminde tutulan toplam 51 adet balık örneğinin % 3.92 Listeria monocytogenes bulunmuştur. (Vural A ve ark, 2006)

Gıda ve hayvan çalışmalarındaki yukarıda verilen istatistiki bilgilerin Listeriozis için ülkemizin büyük risk taşıdığı göstermektedir. Gerek salmonella gerekse Listeriozis ile ilgili gıda ve hayvan çalışmaları bulaşıcı hastalıklar mücadelenin diğer sektörlerle tam uyum içinde yürütülmesi zorunluluğunu, veteriner, gıda mühendisi ve besin hijyeni ilgili çalışanlar vb. profesyonellerin kadar vazgeçilmez olduğunu göstermektedir.

Su ile ilgili mevcut durum

DSÖ Türkiye'deki içme suyu ve sanitasyona erişim konusunda oldukça iyimser rakamlar vermektedir. İçme suyu konusunda kırsal bölgedeki gelişmeler dikkat çekici boyutta iken sanitasyon konusunda bir artış olmasına karşın benzer gelişmeler sağlanamamıştır.

Tablo 7. Gelişmiş İçme Suyu ve Sanitasyon Olanaklarına Sahip Nüfus (1990-2008)

	Population using improved drinking-water sources (%) Gelişmiş içme suyu kaynağı kullanan nüfus (%)			Population using improved sanitation facilities (%) Gelişmiş sanitasyon olanaklarına sahip nüfus (%)		
Time Period	Kentsel	Kırsal	Toplam	Kentsel	Kırsal	Toplam
2008	100	96	99	97	75	90
2005	99	92	97	97	73	89
2000	97	85	93	96	71	87
1995	95	79	89	96	68	85
1990	94	73	85	96	66	84
http://apps.who.int/ghodata/						

Tablo 8. Belediye İçme ve Kullanma Suyu Temel Göstergeleri (TUİK)

Yıllar	İçme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen belediye sayısı	İçme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen nüfusun toplam nüfusa oranı (%)	İçme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen nüfusun toplam belediye nüfusuna oranı (%)
1994	1962	67	88
1995	2134	70	92
1996	2194	70	92
1997	2329	71	94
1998	2577	71	93
2001	3092	75	95
2002	3140	76	97
2003	3161	77	97
2004	3159	78	99
2006	3167	82	98
2008	3190	82	99

Bununla birlikte verilen rakamın gerçeği yansıtmadığını, 2008 yılı için içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen nüfusun toplam belediye nüfusuna oranı %99 olmasına (kırsal %96; kentsel %100) (tablo-7) karşın toplam nüfusa göre değerlendirildiğinde bu değerin %82 olması gerçeği ile karşılaşıyoruz (tablo-8). Hane halkı istatistiklerinde (2007) evde içme suyu şebekesinin olması kırsal bölgede %90.1 iken kentsel bölgede %99.1'dir. Buna karşın TNSA-2008'e göre ise sırasıyla %93.4 ve %87.0'dır (tablo-9). Ülkemiz için hala yaklaşık beş kişiden birinin şebeke ile suya ulaşamadığını, bu eşitsizliğinde kırsal ve dezavantajlı bölgelerde daha da yüksek değerlere çıkacağını rahatlıkla söyleyebiliriz.

Aynı şeyi sanitasyon olanakları içinde söyleyebiliriz. Konu ile farklı istatistiklere sahibiz. DSÖ'nün bir yayınında gelişmiş sanitasyon olanaklarına sahip nüfus %90'dır (kırsal %75; kentsel %97) (tablo-7.). Kanalizasyon bağlı nüfus hane halkı istatistiklerine (2007) göre daha yüksek (kırsal:%70.3; kentselde ise %97.1) değerlere sahip olmasına karşın TNSA-2008'de çok düşük değerler ile karşılaşıyoruz (kırsal:%35.6; kentselde ise %94.5) olarak gösterilmektedir (Tablo-10).

Tablo 9. Ülkemizde Kentsel ve Kırsal Yerleşime Göre Şebeke İçme Suyu Kullanan Nüfus

Turkey			DRINKING WATER							
			URBAN				RURAL			
			House connection		Total		House connection		Total	
Source	Code	Year	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used
Demographic and Health Survey	DHS93	1993	90.1		94.2		56.3		76.8	
Multiple Indicator Cluster Survey	MICS95	1995	91.4		94.2		55.6		76.8	
Demographic and Health Survey	DHS98	1998	91.3		95.4		68.6		83.7	
Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000.	JMP99	1999						50.0		93.9
Demographic and Health Survey	DHS03	2003	93.2		96.6		80.0		89.7	
National Burden of Disease	NBD03	2003		95.2		98.3		79.7		93.8
Household Budget Survey	HBS94	1994	96.1		96.1		68.0			68.0
Household Budget Survey	HBS02	2002	99.3		99.3		85.1			85.1
Household Budget Survey	HBS05	2005	99.5		99.5		87.0			87.0
Household Budget Survey	HBS06	2006	99.5		99.5		87.0			87.0
Household Budget Survey	HBS07	2007	99.4		99.4		90.1			90.1
Demographic and Health Survey	DHS08	2008	93.4		98.9		87.0		96.2	

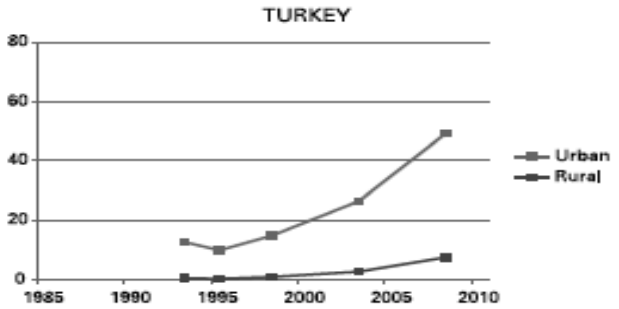
(Estimates for the use of Improved Drinking-Water Sources, WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, Updated March 2010, Turkey, wssinfo.org,)

Tablo 10. Ülkemizde Kentsel ve Kırsal Yerleşime Sanitasyon Olanaklarına Sahip Nüfus

Turkey			SANITATION															
			URBAN								RURAL							
			Sewer connection		Total		Open defecation		Shared		Sewer connection		Total		Open defecation		Shared	
Source	Code	Year	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used	Used	Not used
Demographic and Health Survey	DHS93	1993	78.4		98.0		0.4				4.0		72.1		3.3			
Multiple Indicator Cluster Survey	MICS95	1995		97.3		95.4		0.3				19.2		56.0		2.3		
Demographic and Health Survey	DHS98	1998	81.6		96.7		0.3				8.5		68.3		5.0			
Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000.	JMP99	1999										10.8		100.0				
Demographic and Health Survey	DHS03	2003	84.8		97.7		0.2		1.5		12.2		74.2		1.1		3.5	
National Burden of Disease	NBD03	2003																
Household Budget Survey	HBS94	1994	85.7			85.7					46.3			46.3				
Household Budget Survey	HBS02	2002	93.5			93.5					63.2			63.2				
Household Budget Survey	HBS05	2005	92.9			92.9					65.9			65.9				
Household Budget Survey	HBS06	2006	96.2			96.2					68.9			68.9				
Household Budget Survey	HBS07	2007	97.1			97.1					70.3			70.3				
Demographic and Health Survey	DHS08	2008	94.5		99.1		0.1				35.6		78.7		1.3			

(Estimates for the use of Improved Sanitation Facilities, WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and, Updated March 2010, Turkey, wssinfo.org,)

Su alt yapısında gelişmelere karşın Türkiye'de şişelenmiş su kullanımında ciddi artış söz konusudur. Şişelenmiş su kullanımı "gelişmemiş içme suyu kaynağı" olarak kabul edilmektedir. (Drinking Water Equity, Safety and Sustainability: Thematic report on drinking water 2011, UNICEF and World Health Organization 2011, s:45



Şekil 3. Şişelenmiş İçme Suyu Kullanan Nüfus

Su ve gıda ile ilgili yapılan analiz istatistikleri konusunda yeterli bilgiye ulaşılmakta zorluk çekilmektedir. En son TSHGM'nün 2004 yılı istatistikleri ile değerlendirme olanağı vardır. Gerek zaman gerekse sağlık örgütlenmesinde yapılan değişiklikler, hizmetlerin kurumlar arasındaki dağılımın yeniden yapılanması yeni güncel veri gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Beş yılda (2000-2004) sağlığa uygun olmayan numune su analizlerinde %23'den %22'ye; gıdada ise %11'den %10'a düşmüştür. Bununla birlikte su analiz sayısında artışa karşın, gıda mikrobiyolojik analiz sayılarında düşüş göze çarpmaktadır (tablo-11). Günümüzde sağlık kurumları su incelemesini Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yürütmesine karşın, gıda analizleri Tarım Bakanlığı (yeni adı ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığına) devredilmiştir. Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yapılan su incelemelerinin ne kadar yapılacağı konusunda Sağlık Bakanlığı tarafından esnemeye izin vermeyen standartlar getirilmiş, inceleme sayıları sınırlandırılmıştır.

Tablo 11. İçme Ve Kullanma Suyu ve Gıda Analizleri (Mikrobiyolojik)

	TSH-2000			**TSH-2004**		
	Sağlığa uygun olmayan sayısı	Sağlığa uygun olmayan %	Toplam Analiz sayısı	Sağlığa uygun olmayan sayısı	Sağlığa uygun olmayan %	Toplam Analiz sayısı
Marmara	6513	***21***	31534	8228	***21***	40045
Ege	5906	***23***	25519	8065	***19***	43091
Akdeniz	5451	***16***	34571	6118	***15***	39493
İç Anadolu	8358	***21***	39233	9979	***20***	49145
Karadeniz	8398	***29***	28768	10912	***29***	37784
Doğu Anadolu	4256	***28***	15171	4314	***24***	17849
Güneydoğu Anadolu	5096	***33***	15372	4393	***32***	13806
Türkiye	43978	***23***	190168	52009	***22***	241213
Gıda analizleri						
Gıda analizleri (mikrobiyolojik)	2154	***11.4***	18912	1501	***10.1***	15905

TSHGM İstatistik Yıllıkları 2000; 2004

Kaynaklar

1. Ağaoğlu S, Alemdar S. Van'da Tüketime Sunulan Dondurmalarda Bazı Patojenlerin Varlığının Araştırılması, YYÜ Vet Fak Derg 2004, 15 (1-2):59-64.
2. Akdağ R. T.C.Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 23 Kasım 2011.
3. Aktaş MS, Özkanlar YE, Taylan Özkan A ve Ark. Erzurum İli Barınak Köpeklerinde Listeriosis ve Leishmaniasisin Seroprevalansının Araştırılması, *Türkiye Parazitoloji Dergisi,* 2010; 34 (2): 76 -80.
4. Aygun O, Pehlivanlar S. Listeria spp. in the raw milk and dairy products in Antakya, Turkey, Food Control, 2006; 17: 676–679.
5. Sagun E, Sancak YC, İsleyici O, Ekici K. The presence and prevalence of Listeria species in milk and herby cheese in and around Van. Turkish Journal of Veterinary and Animal Sciences, 2001;25:15–19.
6. Soyutemiz E, Çetinkaya F, Özakın C, Gedikoğlu S. Presence of Listeria monocytogenes in raw milk samples from West Anatolia. Turkish Journal of Infection, 2001; 15(1): 5–9.
7. Erol İ, Şireli UT. Occurrence and contamination levels of Listeria spp. in milk and dairy products in Ankara. FEMS Symposium on the Versatility of Listeria Species, 2002:10–11 October, Izmir, Turkey.
8. Gülmez M, Guven A. Investigation of Campylobacter, Salmonella and Listeria spp. from Turkish White and Cecil cheese. Kafkas Universitesi Veteriner Fakultesi Dergisi, 2001;7(2):155–161.
9. Doganay M. Listeriosis: clinical presentation. FEMS Immunology and Medical Microbiology, 2003; 35: 173–175.
10. Anonymous (2003). Extrapolation of Incidence Rate for Listeriosis to Countries and Regions. Wrong Diagnosis, http://www.wrongdiagnosis. com/l/listeriosis/stats-country.htm.
11. Babür C, Atlaş MG, Çelebi B, Sevgili M, Özkan AT, Gökçen A. Şanlıurfa Yöresi Sokak Köpeklerinde Toxoplazmosis, Leishmaniosis ve Listeriosis'in Seroprevalansı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Derg,* 2007; 64(3): 11-16.
12. Baran Aİ, Binici İ, Demir C, Yapıcı K, Mete R, Karahocagil MK, Akdeniz H. Tifo: 21 Olgunun Değerlendirilmesi, *Van Tıp Dergisi, 2011; 18 (1):36-40.*
13. Bayram Y, Güdücüoğlu H, Otlu B, Aypak C, Gürsoy NC, Uluç H, Berktaş M. Epidemiological characteristics and molecular typing of Salmonella enterica serovar Typhi during a waterborne outbreak in Eastern Anatolia. Epidemiological characteristics and molecular typing of Salmonella enterica serovar Typhi during a waterborne outbreak in Eastern Anatolia, *Ann Trop Med Parasitol.* 2011; 105(5):359-65.
14. Ceylan E, Karaca M, Akkan HA, Keleş İ, Kutlu İ, 2005. Van Yöresi Sokak Köpeklerinde Listeriozis Seroprevalansı. *YYÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1-2): 15-17.
15. Ceylan ZG, Demirkaya AK. Erzurum Piyasasından Temin Edilen Salamura Beyaz Peynirlerde *Listeria monocytogenes* Varlığı ve Bazı Mikrobiyolojik Özeliklerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniv. Ziraat Fak. Derg, 2007; 38 (2), 137-141.
16. Çeliker K. Maret-Urunlerinde-Olumcul-Bakterler-Tespit-Edildi, http://www.gidahareketi.org/Maret-Urunlerinde-Olumcul-Bakterler-Tespit-Edildi-889-haberi.aspxx).
17. Çetinkaya F, Çıbık R, Soyutemiz E ve ark. Shigella and Salmonella contamination in various foodstuffs in Turkey, Food Control 2008;19:1059–1063.
18. Demirdal T, Demirtürk N, Aktepe O.C. Bir Üniversitede Saptanan Besin Zehirlenmesinin İncelenmesi, Trakya Univ Tip Fak Derg 2007;24(3):205-208.
19. Dümen E, Issa G, İkiz S, Bağcıgil F, Özgür Y, Kahraman T, Ergin S, Yeşil O. Süt ve Süt Ürünlerinde *Listeria monocytogenes* Varlığının Belirlenmesi, Antibiyotik Duyarlılık Profillerinin Saptanması, Izolatların Serolojik ve Moleküler Yöntemlerle Tiplendirilmesi, Kafkas Univ Vet Fak Derg, 2011; 17 (Suppl A): 111-119.
20. Efe M, Gümüşsoy KS. Ankara Garnizonunda Tüketime Sunulan Tavuk Etlerinin Mikrobiyolojik Analizi, Erciyes Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005, 14(3) 151-157.*

21. Ertaş HB, Şeker E. Balık Bağırsaklarından Listeria monocytogenes İzolasyonu ve RAPD Analizi, Turk J Vet Anim Sci, 2005; 29: 1007-1011.

22. Gıcık Y, Sarı B, Babür C, Çelebi B. Kars Yöresinde Köpeklerde *Toxoplasma Gondii* ve *Listeria Monocytogenes*'in Seropozitifliği, *Türkiye Parazitoloji Dergisi,* 2010; 34 (2): 86-90.

23. Gönülalan S, Gönülalan Z. Kayseri İlinde Satışa Sunulan Dondurmaların Listeriamonocytogenes Varlığı Yönünden İncelenmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;19(3):191-195.

24. İçen H, Babür C, Bademkıran S. ve ark. Diyarbakır Bölgesindeki Sahipsiz Köpeklerde Toxoplasmosis, Leishmaniasis ve Listeriozisin Seroprevalansı, *Türkiye Parazitoloji Dergisi,* 2010; 34 (1): 6-10.

25. İşeri Ö. Hindi kıymalarında Salmonella spp. Varlığı ve Antibiyotik Dirençlerinin Belirlenmesi, Doktora tezi, Besin Hijyeni ve Teknolojisi A.D., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, Ankara.

26. Kocabıyık AL, Çetin C, Özakın C, 2005. Faecal Carriage of *Listeria monocytogenes* in Stray Dogs in Bursa Province, Turkey. *Turk J Vet Anim Sci,* 29: 1357-1359.

27. Kök F, Özbey G, Muz A. Aydın İlinde Satışa Sunulan Fermente Sucukların Mikrobiyolojik Kalitelerinin İncelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi, 2007; 21(6): 249-252.

28. Levent B, Sezen F, Kayalı Güleşen ve UEPLA Çalışma Grubu. Ulusal Enterik Patojenler Laboratuar Sürveyans Ağı (UEPLA): 2007-2008 Yıllarına Ait Suşların Değerlendirilmesi, Türk Hij.Den.Biyol.Derg, 2009; 66(2)-Ek2: 11-12.

29. Öksüztepe G, Güran HŞ, İncili GK, Gül SB, Elazığ'da Tüketime Sunulan Fermente Sucukların Mikrobiyolojik Ve Kimyasal Kalitesi, F.Ü.Sağ.Bil.Vet.Derg, 2011; 25 (3): 107 – 114.

30. Öngen B, Nazik H, Kaya I, Özkan E. 2003-2005 Yılları Arasında Dışkı Kültürlerinden İzole Edilen *Salmonella, Shıgella* Suşları Ve Antibiyotik Duyarlılıkları: 3 Yıllık Sonuçların Değerlendirilmesi, 21. Ankem Klinikler Ve Tıp Bilimleri Kongresi, Beldibi, Kemer-Antalya, 04 - 08 Haziran 2006, Ankem Derg 2006;20 (Ek 1): S:15.

31. Özmert EN, İnce OT, Örün E ve ark. Clinical characteristics and antibiotic resistance of Shigella gastroenteritis in Ankara, Turkey between 2003 and 2009, and comparison with previous reports, International Journal of Infectious Diseases, 2011; 15: 849–853.

32. Schrijver KD, Boeckx H, Top G, Mertens A, Mol PD. Cholera among Belgian travellers in Turkey in 2005, Travel Medicine and Infectious Disease, 2007;5.236–238.

33. Sezen S, Buyurgan V, Nacar Küçük S ve ark. Siirt İli İshal Vakalarındaki Artışın Değerlendirilmesi, Türk Hij. Den. Biyol. Derg. 2009; 66 (2) Ek 2: 17-19.

34. Şireli T, Karagöz A. Mekanik Olarak Ayrılmış (Mae) Broiler Etlerinin Bazı Mikrobiyolojik Ve Kimyasal Niteliklerinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri, Ankara – 2011.

35. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004.

36. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2005.

37. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006.

38. Tıp Dünyası, 1 Ekim 2005, sayı:138.

39. UNICEF-WHO, Drinking Water Equity, Safety and Sustainability: Thematic report on drinking water 2011, UNICEF and World Health Organization 2011, s:45.

40. UNICEF-WHO, Estimates for the use of Improved Drinking-Water Sources, WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, Updated March 2010, Turkey, wssinfo. org.

41. UNICEF-WHO, Estimates for the use of Improved Sanitation Facilities, WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and, Updated March 2010, Turkey, wssinfo.org

42. WHO, http://apps.who.int/ghodata/.

43. Ulutaşdemir N, İpekçi Kaydol N, Dokur M ve ark., Kilis İlinde Görülen Bulaşıcı Hastalıklar: 2006 yılı sonuçları, XI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2007, Denizli, s:212.

44. Vural A, Erkan ME. Diyarbakır Kenti'ndeki Dicle Nehri Balıklarında Mikrobiyolojik Kalite Parametreleri, Dicle Tıp Dergisi, 2006; 33(3): 153-156.

45. Yazıcı V, Gültekin B, Aydın N ve ark. Akut Gastroenteritli Olguların Dışkı Örneklerinde Bazı Bakteri Ve Virüslerin Araştırılması, Ankem Derg 2009;23(2):59-65.

1.2.5. GİARDİAZİS

a. Epidemiyoloji

Giardiazis fekal – oral yolla su ve besinlerle bulaşan bir sindirim sistemi hastalığı olup geri kalmış ülke ve bölgelerde, hijyen kurallarına dikkat etmeyenlerde görülen bir hastalıktır. Giardia her iki cinste aynı sıklıkta ve özellik çocukluk dönemlerinde yaz aylarında görülebilen bir hastalıktır. Dünyanın her yerinde görülmekle beraber daha çok üçüncü dünya ülkelerinde daha sık görülmektedir. Giardia Adana sağlık müdürlüğü bildirimlerine göre görülmemiş bir hastalıktır. DSÖ kayıtlarına göre ise 2004 yılından önce ve 2007 yılında bir bildirim görülmemektedir. 2009 yılında bir salgın durumu gözlenmektedir.(Tablo 1).

Tablo 1.Türkiye'de Giardiazis'in Yıllara Göre Vaka Sayıları ve İnsidans dağılımı (2001-2010, yüz binde)

Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Giardiazis vaka sayısı (1)					6663	8059		14239	15387	14605
Giardiazis (2) İnsidans (yüzbinde)					9.78	11.68		20.08	21.42	20.07

b. Eşitsizlik ile ilişkisi

Giardiasis hastalığı fekal – oral yolla bulaşan bir hastalık olduğundan genellikle geri kalmış veya az gelişmiş ülkelerde ve yerleşimlerinde görülmektedir. Bu hastalığın Türkiye'de de gelirin dengesiz dağıldığı, alt yapının yetersiz olduğu, eğitim seviyesinin düşük olduğu Güney Doğu Anadolu Bölgesinde en yüksek olduğu görülmektedir. Buda göstermektedir ki sağlıkta eşitsizliklerin görüldüğü yerlerde su ve besinle bulaşan hastalıklar daha fazla görülmektedir.

c. Finansman etkileri

Giardiasis'nın görülmesi demek, hastanın en az 10-15 gün yatarak istirahat etmesi yani çocuk ise okuluna gitmemesi, yetişkin ise işe gitmemesi nedeni ile üretimden kaynaklanan bir ekonomik kayıp olmasıdır. Ayrıca sağlık gideri olarak ta doktor, hemşire, sağlık kuruluşu masrafı, artı ilaç masraflarını eklediğimizde toplam bir ekonomik kayıp olmaktadır. Birde ekonomik olmayan kişinin hasta oluşu, ateşlenmesi, okulundan geri kalması gibi sosyal etkileri olmaktadır.

d. Tartışma

Su ve besinle bulaşan hastalıklardan biri olan Giardiasis geri kalmış ülkelerin, bir ülke içinde geri kalmış, alt yapısı düzgün olmayan, eğitimi ve geliri az bölgelerinin önemli sağlık sorunudur. Bu sorundan kurtulmak için alt yapı yatırımlarının ülke geneline eşit ulaştırılması, bölgeler arasındaki gelir, eğitim, gelişmişlik farklılıkları en aza indirmek gerekir.

Kaynaklar

1. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=280885, erişim tarihi:24.01.2012.
2. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=280886, erişim tarihi:24.01.2012.

1.2.6. HEPATİT A

a. Epidemiyoloji

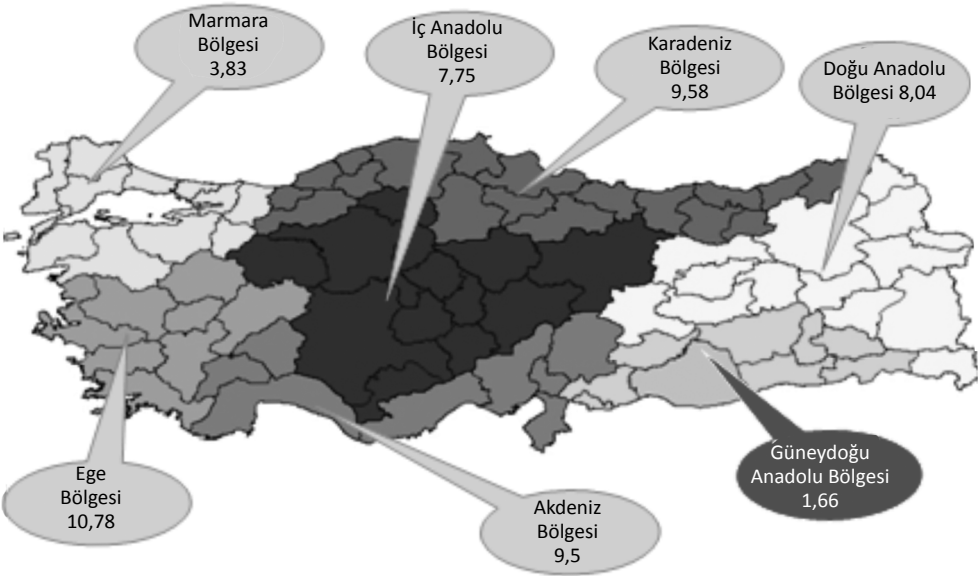
Hepatit A hastalığı cinsiyet ayırımı yapmayan, genellikle 1-14 yaş grubu çocukluk döneminde geçirilen su ve besinle bulaşan bir hastalıktır.

Tablo 1. T.C.S.B. Adana Sağlık Müdürlüğü 2004-2010 Yıllarına Ait Hepatit A Hastalığının Yıllara Ve Cinsiyete Göre Dağılımı[1]

Yıl	Erkek	Kadın	Toplam
2004	1144	1032	2176
2005	104	79	183
2006	118	89	207
2007	214	134	348
2008	169	95	264
2009	146	80	226
2010	40	22	62

Tablo 2. Türkiye'de Hepatit A'nın Yıllara Göre İnsidans(yüzbinde) ve Vaka Sayılarının dağılımı(2001-2010)

Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hep. A Vaka sayısı[2]	10661	10558	6919	6435	9229	7137		7063	4935	2787
Hep. A insidans (yüzbinde)[3]	16.52	16.13	10.43	9.57	13.54	10.34		9.96	6.87	3.83

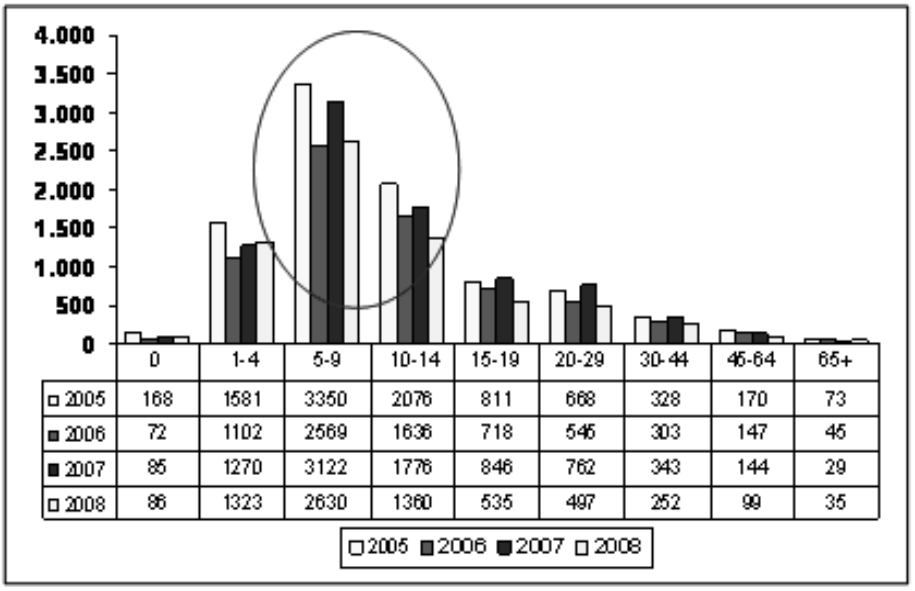


2006 TÜRKİYE İNSİDANS 9.7

2007 TÜRKİYE İNSİDANS 11.35

2008 TÜRKİYE İNSİDANS 9.8

Şekil 1. Bölgelere Göre Hepatit A İnsidansı 2007[4]



	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-44	45-64	65+
2005	168	1581	3350	2076	811	668	328	170	73
2006	72	1102	2569	1636	718	546	303	147	45
2007	85	1270	3122	1776	846	762	343	144	29
2008	86	1323	2630	1360	535	497	252	99	35

Şekil 2. Hepatit A Vakalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (2005-2008)

Hepatit A'nın yıllara göre görülme sıklığına bakıldığında Adana'da 2007 yılında bir salgın yaptığı, Türkiye genelinde ise 2007 yılında DSÖ kayıtlarına göre bildirim yapılmadığı tespit edildi. Adana'da konu ile ilgili herhangi bir ilave önlem alınmadığı yapılan görüşmelerde teyit edildi. Türkiye genelinde ise her yıl azalarak görülmeye devam eden Hepatit A hastalığı 2005 yılında bir salgın yaptığı görülmektedir.

b. Eşitsizlik ile ilişkisi

Hepatit A hastalığı fekal – oral yolla bulaşan bir hastalık olduğundan genellikle geri kalmış veya az gelişmiş ülkelerde ve yerleşimlerinde görülmektedir. Bu hastalığın Türkiye'de de gelirin dengesiz dağıldığı, alt yapının yetersiz olduğu, eğitim seviyesinin düşük olduğu Güney Doğu Anadolu Bölgesinde en yüksek olduğu görülmektedir[4]. Buda göstermektedir ki sağlıkta eşitsizliklerin görüldüğü yerlerde su ve besinle bulaşan hastalıklar daha fazla görülmektedir.

c. Finansman etkileri

Hepatit A'nın görülmesi demek, hastanın en az 30 gün yatarak istirahat etmesi yani çocuk ise okuluna gitmemesi, yetişkin ise işe gitmemesi nedeni ile üretimden kaynaklanan bir ekonomik kayıp olmasıdır. Ayrıca sağlık gideri olarak ta doktor, hemşire, sağlık kuruluşu masrafı, artı ilaç masraflarını eklediğimizde toplam bir ekonomik kayıp olmaktadır. Birde ekonomik olmayan kişinin hasta oluşu, ateşlenmesi, okulundan geri kalması gibi sosyal etkileri olmaktadır.

d. Tartışma

Su ve besinle bulaşan hastalıklardan biri olan Hepatit A geri kalmış ülkelerin, bir ülke içinde geri kalmış, alt yapısı düzgün olmayan, eğitimi ve geliri az bölgelerinin önemli sağlık sorunudur. Bu sorundan kurtulmak için alt yapı yatırımlarının ülke geneline eşit ulaştırılması, bölgeler arasındaki gelir, eğitim, gelişmişlik farklılıkları en aza indirmek gerekir. Ayrıca Hepatit A'nın koyuculuk değeri yüksek olan bir aşısı bulunmaktadır. Bu aşı rutin aşı programına alınmasında fayda vardır.

Kaynaklar

1. Adana sağlık Müdürlüğü Kayıtları
2. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=280880,erişim tarihi:24.01.2012
3. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=280881, erişim tarihi:24.01.2012
4. Dr .Yavuz ODABAŞ: SU VE BESİNLERLE BULAŞAN HASTALIKLARA YAKLAŞIM Antalya/2009. Sağlık Bakanlığı TSHGM, Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Dairesi

1.2.7. LEPTOSPİROZİS

a. Epidemiyoloji

Leptospirozis genellikle 20-30 yaşlarda, erkeklerde daha sık olmak üzere yaz aylarında görülen, kirli sularla bulaşan bir hastalıktır. Hastalık hem insanlarda, hem de hayvanlarda görülebilmektedir. Hayvanların idrarı ile kontamine olmuş besin maddelerin tüketilmesi insanlara bulaşmaktadır. Yağmurların bol olduğu ilk ve sonbaharda daha sık görülmektedir[1]. Adana Sağlık Müdürlüğü kayıtlarında bir bildirime rastlanmadı.[2] DSÖ kayıtlarında ise 2007 yılında bir bildirim olmamış, diğer yıllar arasında önemli bir değişiklik görülmemekle birlikte 2010 yılında bir salgın yapmıştır (Tablo 1).[3,4]

Tablo 1. Türkiye'de Leptospirozis'in Yıllara Göre İnsidans (yüzbinde) ve Vaka Sayılarının dağılımı (2001-2010)

Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Türkiye Vakas	14	12	6	8	5	6		5	13	26
Türkiye insidans yüzbinde	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01		0.01	0.02	0.04

b. Eşitsizlik ile ilişkisi

Leptospirozis hastalığı kirli sularla bulaşan bir hastalık olduğundan genellikle kırsal kesimlerde yaşayanlarda görülmektedir.

c. Finansman etkileri

Leptospirozis'in tanısı zor olduğundan, kişilerde halsizlik, yorgunluk yaptığından hem sık sık doktora başvurarak maliyet ve zaman kaybına neden olmakta, hem de kişide sosyal olarak moral bozukluğuna neden olmaktadır.

d. Tartışma

Kirli sularla bulaşan hastalıklardan biri olan Leptospirozis'in ülkelerin kırsal kesiminde yaşayan insanlarında düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

Kaynaklar

1. ANKEM Derg 2006;20(Ek 2):219-221.
2. Adana sağlık Müdürlüğü Kayıtları
3. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=284541 erişim tarihi:8.03.2012
4. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=284540 erişim tarihi:8.03.2012

1.2.8. VERO/SHİGA TOKSİN ÜRETEN ESCHERİCHİA COLİ ENFEKSİYONU (EHEC)

Etken: EHEC ise, Shiga toksin (STEC) diğer adıyla Vero toksin (VTEC) salgılayan bir E. coli türüdür. En sık O157:H7 serotipi hastalık yapar.[1]

Reservuar: İnek, koyun, keçi, geyik, deve gibi çift tırnaklı hayvanların barsağında EHEC yaşar ve hayvanlarda enfeksiyon yapmaz. İnsanlar için en büyük kaynak büyük baş hayvanlar sığır ve ineklerdir.[2]

Bulaş Yolu: İnsanlara, hayvan ya da enfekte insan dışkısı ile kontamine su ve besinler yolu ile bulaşır. Pastörize edilmemiş çiğ süt ve iyi pişirilmemiş et bulaştırma riski en yüksek olan yiyeceklerdir. Bunun yanında, hayvan ya da hastalığa yakalanmış kişilerin dışkısı ile el teması sonrasında ellerin yeterince yıkanmaması ile fekal oral yolla, kişisen kişiye özellikle çocuk ve yaşlı bakımı ile uğraşan kişilerde doğrudan bulaşabilir.[2]

Klinik Görünüm: Bakteri alındıktan ortalama 3-4 gün (1-10 gün) sonra hastalık belirtileri başlar. Karın ağrısı, bol kanlı ishal ve kusma ile seyreden bir enfeksiyondur. Ateş genellik olmaz bazen hafif ateş olabilir. Çoğunlukla 5-7 günde hasta iyileşir. Enfeksiyonlar hafif olabildiği gibi, olguların %5-10'nunda hemolitik üremik sendrom (HUS) meydana gelir. HUS, ilk semptom başladıktan yaklaşık 7 gün sonra ortaya çıkar ve ölüm oranı yaklaşık %5 civarındadır.[2,3]

Tedavi: Tedavi ya da korunma amaçlı antibiyotik kullanımın HÜS gelişimini artırdığı bildirilmektedir. [2,3]

Bildirim: Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi D Grubu zorunlu hastalık listesinde yer almaktadır, 22 laboratuardan tespit edilmesi durumunda bildirim yapılmaktadır.[4]

Epidemiyolojisi

E. coli, insan normal barsak florasında bulunan bir bakteri grubudur. Bazı türleri zararsız olabildiği gibi bazı türleri insanlarda önemli enfeksiyonlara yol açabilir.[2] Enterehemorajik E Coli normal florada olmayan bir mikroorganizma olup, asemptomatik infeksiyonların da görülebilmesi nedeniyle çabuk yayılabilmektedir.[3] E.Coli hemorajik kolit, abdominal ağrı ve kanlı ishale neden olmaktadır. Olguların 5-10'nunda hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yemezliği ile karakterize hemolitik üremik sendrom (HÜS) meydana gelir. O157:H7 suşu hemorajik kolit ve HÜS'e neden olanıdır. EHEC ishallerinde inkubasyon süresi ortalama 3-4 gündür. Semptomlar genellikle kendini sınırlayıcı nitelikte olmakla birlikte, kansız ishalle seyreden hafif semptomlardan, ciddi hemorajik kolite kadar değişen ve özellikle çocuk ve yaşlılarda ölümle sonuçlanabilen farklı klinik görünümlere sahiptir. Toplu hazır gıda üretimi ve kullanımın yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde EHEC daha sık görülmektedir. 2011 yılında Almanya'da başlayıp Avrupa'ya yayılan salgında 2292 konfirme olgu, 798 HÜS olgusu ve 31 ölüm bildirilmiştir.[5] Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü EHEC Bilimsel Danışma Kurulu oluşturmuş ve bir rehber hazırlayarak tüm il sağlık müdürlüklerine iletmiştir.[1]

Tablo 1'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (CISID-Centralized Information System For Infectious Diseases) enfeksiyon hastalıkları merkezi bilgi sisteminde Türkiye'ye ait EHEC olgu sayıları verilmektedir.[6]

Tablo 1. Yıllara göre EHEC olgu sayıları[6]

	Yıllar									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Olgu sayısı					21	46		434	393	183

Ülkemizde hayvanlar üzerinde yürütülen çalışmalarda Kayseri ili ve ilçelerinde ki kamu ve özel sektöre ait süt işletmelerinden çeşitli yaş gruplarındaki sağlıklı hayvandan alınan 500 adet dışkı numunesinden 128'sinde (%25.6) ve 500 adet süt örneğinin numunesinin ise 107'sinde (%21,4) E.coli O157 tespit edilmiştir.[7] Ege Bölgesinde yapılan benzer bir çalışmada ise incelenen 150 süt ve 150 dışkı örneğinden 2'si süt ve diğer 2'si ise dışkı örneklerinden olmak üzere 4 (%1.3) *E. coli* O157:H7 izole edilmiştir.[8]

Erdoğan ve arkadaşları tarafından 2005-2008 yılları arasında Başkent Üniversitesi Alanya Araştırma ve Uygulama Merkezine akut gastroenterit nedeniyle başvuran 1815 olgunun incelendiği çalışmada 2 olguda (%0.1) VTEC O157:H7 izole edilmiştir. Bu çalışmada her gastroenteritli olguda VTEC araştırmanın maliyet etkili olmadığı, kanlı ishal olgularından VTEC taramanın HÜS morbite ve mortalitesi açısından daha uygun olacağı belirtilmektedir.[9]

Tartışma

Salgınlara yol açması, hemorajik kolit ve HÜS gibi ölümcül sorunlara yol açabilmesi nedeniyle EHEC (VTEC, STEC) önemli bir enfeksiyon etkenidir. Ülkemizde 2005 yılında sürveyans sistemine dahil edilerek, D Grubu bildirimi zorunlu hastalık listesinde yer almaktadır, ülke genelinde 22 laboratuardan [Adana (1), Ankara (4), Edirne (1), Eskişehir (1), Gaziantep (1), İstanbul ((5), İzmir (2), Kayseri (1), Malatya (1), Manisa (1), Sivas (1), Tokat (1), Van (1) ve Zonguldak (1)] tespit edilmesi durumunda bildirim yapılmaktadır.[4]

Olgu sayıları 2008-2010 yılları arasında incelendiğinde yılda yaklaşık 250-300 konfirme olgu bildirilmektedir, rutin ishalli tüm olgularda EHEC taramanın maliyet etkili olmadığı özellikle kanlı ishalde taramanın daha uygun olduğu bildirilmektedir.[9] Sağlık Bakanlığı'nın Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi'nde de kanlı ishal olgularından E.Coli O157:H7 açısından incelenmesi önerilmektedir. Ancak iki yüzün üzerinde EHEC suşu olduğu bilinmektedir ve 2011 yılında Almanya ve Avrupa'da salgına neden olan EHEC suşunu O104 olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle mevcut bildirim sisteminin EHEC olgularını yakalamada sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak her bir suş için ayrı bir antiserum kullanılacağı, moleküler identifikasyonun pahalı olması nedeniyle, epidemiyolojik açısından HÜS gelişiminde en sık görülen suşa yönelik bir bildirim sisteminin kurulması anlaşılabilir bir durum olarak değerlendirilmiştir. Enfeksiyonun kontrolünde; gıda güvenliği önemlidir. Özellikle bulaşta riskli olan su ve gıdaların (sığır eti, süt ve ürünleri, çiğ sebze ve meyvelerin) hasta insan veya enfekte hayvan dışkısı ile temasının ortadan kaldırılması önem kazanmaktadır. Enfeksiyon zincirine (kaynak, bulaş yolu ve sağlama) yönelik önlemlerin alınması, salgınlarla seyredebileceği gözden kaçırılmamalı ve bu durumda salgın yönetimi temel basamaklarına uyulmalıdır.[10,11]

Kaynaklar

1. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Verotoksijenik Enterohemorajik E Coli Rehberi, 2011.
2. Kosek M, Black RE. Escherichia coli Diarrhea. İçinde Wallace RB, Maxcy-Rosenau-Last Public Health &Preventive Medicine, fifteenth edition, Mc Graw Hil Medical, 2009, page:308.
3. Çaylan R. Bakteriyel İshaller. İçinde Wilke Topçu A., Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, Ankara sayfa: 1051-1063.
4. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, Ankara, 2005, sayfa:266-267.
5. http://www.seyahatsagligi.gov.tr/page/who/HastalikDetay.aspx?akisId=13 (erişim tarihi: 10.02. 2012).
6. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=285372, WHO, Centralized Information System for Infectious Diseases erişim tarihi:10.02.2012).
7. Aydın F, İça T, Yontar A. Kayseri Yöresinde Süt Sığırlarında Escherichia Coli O157:H7'nin Konvansiyonel ve Moleküler Yöntemlerle Araştırılması. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2010;19(3) 159-166.
8. Çiçek E, Savaşan S. Ege Bölgesi'ndeki sığırların süt ve dışkı örneklerinden Escherichia coli O157:H7 izolasyonu ve verotoksinlerinin belirlenmesi. Etlik Vet Mikrobiyol Derg, 2010; 21, 51 – 56.
9. Erdoğan H, Levent B, Erdoğan A, Güleşen R, Arslan H. Gastroenteritli Olgularda Verotoksijenik Escherichia coli O157:H7 İnsidansının Araştırılması Mikrobiyol Bul 2011; 45(3): 519-525.
10. Aksakoğlu G., Ellidokuz H. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş-Genişletilmiş İkinci Basım, Açılım Yayıncılık, İzmir, 1996, sayfa:80-98.
11. Çalışkan D. Bulaşıcı Hastalıklar, içinde Piyal B. Halk Sağlığı, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Yayınları, 2011, Ankara, sayfa: 411-451.

1.2.9. YENİ TİP CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI (VARYANT TİP CJH)

Etken: Prionlardır.

Reservuar: Prionlar tüm memelilerde hücre membranında bulunmaktadır. Hastalıktan sorumlu olan prionlar normal prion izomeri olan çözünmez prionlardır. Prion hastalıkları aynı zamanda hayvanlarda salgınlarla seyreden bir hastalık olarak, kuzu, keçi, geyik sığır ve kedigillerde değişik hastalıklara yol açabilmektedir.[1]

Bulaş Yolu: 1980 li yılların ortasında İngiltere'de yaşanan büyük baş hayvanlarda görülen Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) salgınını takiben 1996 da 10 vCFD olgusu tespit edilmiştir ve olguların BSE ile enfekte et, sosis ve hamburger, sakatat türü et ürünlerini tüketimi sonucu bulaştığı belirlenmiştir. Bu gün kan ve kan ürünleri yolu ile veya doğrudan temas ile bulaş olduğu da bilinmektedir.[2,3]

Klinik Görünüm: vCJH, diğer bulaşıcı süngerimsi ensefalopatilere göre daha erken yaşlarda (ortalama 29), çıkan inkubasyon süresi yaklaşık 15 yıl olan, hastalık süresi ise daha uzun olan (ortalama 14 ay) nöro dejeneratif bir hastalık tablodur. vCFD de psikiyatrik bulgular (psikoz, depresyon, anksiyete), duyu bozuklukları (parestezi, vb) ilk semptomlardır. İlerleyen dönemde nörolojik bulgular ataksi, myoklonus, hızlı ilerleyen demans, piramidal ve ekstra piramidal belirtiler görülmektedir. Olguların %90'ı 1 yıldan daha kısa bir sürede koma ve ölümle sonuçlanmaktadır.[1,4]

Bildirim: Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi C Grubu bildirimi zorunlu hastalık listesinde yer almaktadır.[5] Sentinel seçilmiş birimlerden olgu tespit edilmesi durumunda bildirilmektedir. Bu güne kadar vCFH vaka bildirimi olmamıştır.

Epidemiyolojisi

vCJH hastalığı, 1996 yılında tanımlanmış, prionlara bağlı oldukça seyrek görülen, ilerleyici farklı nörölojik görünümleri olan bir bulaşıcı süngerimsi ensefalopati (Transmissible Spongiform Encephalopaty) , hastağıdır.[1-3] Bilinen bir tedavisi bulunmamaktadır, olguların %90'ı bir yıl içinde hayatını kaybetmektedir. [1-3]

Aslında CJD ilk olarak 1920'li yıllarda Hans Gerhard Creutzfeldt ve Alfons Jakob tarafından tarif edilmiştir. Büyük baş hayvanlarda (özellikle ineklerde ve sığırlarda) görülen cow mad Deli Dana Hastalığı, BSE (Bovine Spongiform Encephalopathy), küçükbaş hayvanlarda (özellikle koyun ve keçilerde) görülen Scrapie Hastalığı prionlara bağlı görülen aynı grupta yer alan hastalıklardır. İnsanlarda CJH klinik olarak pek çok farklı fenotip görülebilmektedir. [1-4]. İnsan prion hastalıkları sporadik (sCJH), familyal (fCJH), varyant (vCJH) ve iyatrojenik (iCJH) ve olmak üzere 4 etiyolojik tipi mevcuttur. Olguların çoğu %85'i sporadik iken, %10'u ailesel geçiş gösterir.[6]

vCJH ise ilk olarak İngiltere'de 1996 yılında BSE ile enfekte yiyeceklerin tüketimi sonucu ortaya çıkmıştır. vCJH, BSE'lerde bulunan aynı prion zincirleri ile ilişkili, insanlarda ortaya çıkan yakın zamana kadar bilinmeyen bir prion hastalığıdır.[4] 2008 yılında dünyada kesin vCJD tanısı alan olgu sayısı 205 dir, insidansı milyonda 1-1,5 olarak bildirilmektedir. Olguların 166'sı İngiltere'de tespit edilmiştir.[2] Avrupa Birliği ülkelerinde seyrek görülen ancak ölümcül olabilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir.[7]

Tartışma

vCJD, ilerleyici ve ölümle sonuçlanan bulaşıcı süngerimsi ensefalopati tablosudur. Dünyada olgu sayısının 1996 da tanımlanan ilk 10 olgudan sonra kümülatif olarak arttığı görülmektedir. İlk ortaya çıktığında BSE li hayvansal gıdaların (et, sosis, hamburger, sakatat vb) tüketimi ile bulaştığı bildirilmiştir. Ancak son yıllarda özellikle kan/kan ürünleri ve temas yolu ile de bulaşın olduğu gösterilmiştir.[1-4] Bu durum hastalığın önlenmesindeki stratejileri değiştirmiştir. Hayvanlarda ilk BSE 1985te İngiltere'de ortaya çıktığında Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere pek çok ülke, BSE bildirilen ülkelerde canlı hayvan, hayvan yemi, et ve et ürün ithalatını durdurmuş ya da sınırlandırmıştır. Hayvan yemlerine hayvansal protein girişi yasaklanmış, mezbahalarda riskli kabul edilen beyin, sinir ve sakata vb dokuların etlerden uzaklaştırılması zorunlu hale getirilmiş, AB ülkelerinde hayvanlara pasaport uygulaması getirilmiştir. BSE saptanan ülkelerden sığır ve koyun kökenli ilaç ve kozmetik ithalatı durdurulmuştur.[1-4]

Kan yolu ile bulaşın gösterilmesini takiben ABD'nde İngiltere'de 3 ay Avrupa'da 5 yıldan fazla kalanlardan kan bağışı kabul etmemektedir ve İngiltere orijinli kan ürünlerinin kullanımını yasaklamıştır.[2,3] Ülkemizde 2005 yılında sürveyans sistemine dahil edilerek, C Grubu, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden sentinel sürveyansı yapılan bir hastalık olan vCJH ile ilgili bu güne kadar konfirme edilerek bildirimi yapılan olgu bulunmamaktadır.[5,8] Ancak hastalığın farklı klinik tablolarının bulunması, prion izolayonu konusunda yeterli teknik olanakların sınırlı olması, bildirimi zorunlu hastalıklar listesine yeni alınmış olması vb nedenlerle sıfır olgu bildiriminin inandırıcı olduğu düşünülmemektedir.

Enfeksiyonun kontrolünde; özellikle veteriner halk sağlığı hizmetlerinin önemi vurgulanmalıdır. Özellikle canlı havyan, et ve et ürünlerinin, hayvan yemlerinin ithalatında, son dönemde kan/kan ürünleri bulaşta öne çıkması nedeniyle bu ürünlerin de ithalatında ilgili bakanlıkların denetimi öne çıkmaktadır.[1-3]

Kaynaklar

1. Aktaş F. Bulaşıcı Süngerimsi Ensefalopatiler, Deli Dana Hastalığı ve Yeni Varyant Creutzfeldt-Jakob Hastalığı., Demans Dergisi, 2001; 1(1):26-31.
2. Hüseyioğlu N., Bulaşıcı Süngerimsi Ensefalopatiler: Halk Sağlığı Açısından Güncel Bakış. Kafkas J Med Sci 2011; 1(1):34–40.
3. Torner J, Wallace RB. Neurological Disorders. İçinde Wallace RB, Maxcy-Rosenau-Last Public Health &Preventive Medicine, fifteenth edition, Mc Graw Hil Medical, 2009, page:1142.
4. Özen Ö. İnsan prion hastalığı: Creutzfeldt-jakob hastalığı. Journal of Neurological Sciences (Turkish), 2007,24(2):182-189.
5. TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, Ankara, 2005, sayfa:12.
6. Demir N., Mutluay B., Öztürk M., Altunkaynak Y., Sözmen V., Küçükoğlu H. ve ark." "Sporadic Creutzfeldt-Jacob Hastalığı: 5 Olgu Sunumu". Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2006; 37: 58-63
7. Annual epidemiological report on communicable diseases 2010. European Center for Disease Prevention and Control, page: 106.
8. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=285370, WHO, Centralized Information System for Infectious Diseases erişim tarihi:10.02.2012)

1.2.10. YERSİNİOZİS

Etken: Yersinia, Y enterocolitica ve Y pseudotuberculosis olarak 1934 yılında tanımlanmıştır. Son 30 yılda ise non-Y. Enterocolitica türü öne çıkmaktadı.[1]

Reservuar: Etkenin doğal kaynağı kemiriciler, domuz, koyun, sığır, kedi ve köpektir. Enfekte hayvanlar kronik taşıyıcıdır, dışkıları ile çevreyi, gıdaları enfekte ederler. Bakterinin +4 ˚C'de üreyebilme özelliği nedeniyle buzdolabında saklanan enfekte etler, bulaştırıcılık açısından çok önemlidir. Bu nedenle Y. enterocolitica'ya bağlı besin kaynaklı salgınlar daha çok kış aylarında görülmektedir[2,3]

Bulaş Yolu: Yersinia hayvanlardan, taşıyıcılardan veya çevreden bulaşmış su, süt, süt ürünleri, et, sebzeler, vb. aracılığı ile insanlara geçer. Nadiren evcil hayvanla direk temasla da bulaşabilir.[3]

Klinik Görünüm: Yersinia enfeksiyonlarında, olguların üçte ikisinde enterokolite bağlı ateş, ishal ve karın ağrısı görülmektedir. İshal özellikle 5 yaş altı çocuklarda kanlıdır. Daha büyük çocuk ve adolesanlarda ise mesenterik lenfadenit ve lökositoz nedeniyle akut apandisitle karışıtırılabilmekte ve gereksiz laparatomilere neden olabilmektedir. Non- Y. Enterocolitica türü gastroenterite neden olmaktadır ve yetişkin ve yaşlılarda daha sık görülmektedir. Non-Y. Enterocolitica türüne Yersinia enfeksiyonlarının %20 sinde rastlanmaktadır. İnkubasyon süresi 3-7 gündür. Yersinia enfeksiyonlarında özellikle yetişkinlerde enfeksiyon sonrası 2-20. günlerde reaktif poliartrit, eritema nodosum gibi, otoimmun komplikasyonlar görülebilir. Nadiren exudatif farenjit, sepisemiye neden olabilir. Y. Pseudotuberculosis immunkomprimize hastalarda septisemi, Kawasaki hastalığı ile birlikte görülebilmektedir.[1]

Portörlük: Konvelasan taşıyıcılığı Yersinia da sıkça görülebilmektedir.[3]

Bildirim: Ülkemizde rutin sürevyansı yapılan bir etken değildir.

Epidemiyolojisi

Karın ağrısı, ishal etkeni Y. enterocolitica enfeksiyonları Avrupa'da ülkemizde çocuk yaş grubunda ve sonbahar, kış aylarında daha sık görülmektedir.[4] Yersinia üretilen örneklerin %53'ü çocuktur.[3] TUİK 2010 verilerine göre, 0-6 yaş grubu çocuklarda son 6 ayda %26'sı ishal atağı geçirdiğini belirtmektedir.[5] Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Pediatri Kliniklerine başvuran ishalli 190 olgunun mikrobiyolojik incelemesinde 2 olguda (%1.05) Y.enterecolitica üretilmiştir.[6] Dünya Sağlık Örgütü'nün (CISID-Centralized Information System For Infectious Diseases) enfeksiyon hastalıkları merkezi bilgi sisteminde Türkiye'ye ait Yersiniozis olgusu bulunmamaktadır.[7] Y. enterecolitica özellikle etler, süt ve ürünlerinde bulunabilmektedir. Ülkemizde çiğ süt örneklerinin %20'sinde Y. enterecolitica tespit edilmiştir.[8] Mart 2006 ile Eylül 2006 ayları arasında Bolu ilindeki çeşitli halk pazarlarından toplam 200 adet ev yapımı Türk beyaz peyniri örneği toplanmış 24'ünde ise (%12) Yersinia türlerine rastlanmıştır.[9] Eyi tarafından Kasım 2007 ile Mayıs 2008 ayları arasında Bolu ilinde çeşitli kasap ve şarküterilerden alınan 225 perakende et ürününde (tavuk eti, et, kıyma) yürütülen çalışmada 90'nında (%53.5) E. Coli, 50' sinde (%22.2) Salmonella türleri ve beşinde (%2.2) Yersinia türleri tespit edilmiştir.[10]

Tartışma

Yersiniozis ülkemizde rutin sürveyansa dahil olmayan bir hastalıktır. Özellikle çocukluk çağında sonbahar kış aylarında görülen ishal olgularının yaklaşık yarısında tespit edilmektedir. Bu nedenle rutin bildirim sistemi kapsamında D kategorisinde ele alınması uygun olacaktır. Su ve besinlerle bulaşan bir enfeksiyon hastalığı olan Yersinozis'de literatürde iyi pişirilmeden yenen etler yolu ile bulaş vurgulanmakta iken bulaştaki önemi daha az olduğu belirtilen sütün ülkemiz için daha önemli bir bulaş yolu olduğu görülmektedir. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklardan korunmada temel strateji primordiyal ve primer korunmadır, sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel kalkınma, kentsel-kırsal alanda kanalizasyon-su-atık gibi alt yapı olanaklarının kurulması önceliklidir.[11] Özellikle alt yapı olanaklarının yetersiz olduğu kırsal bölgelerde, kentsel bölgelerde de özellikle gecekondu bölgelerinde morbidite ve mortalitesi yüksektir. İkinci önemli kontrol yöntemi enfeksiyon zincirinde bulaş yoluna yönelik önlemler, gıda güvenliğidir. Ancak besinlerin etkenle kontaminasyonunun önüne geçecek veteriner halk sağlığı hizmetleri, fekal-oral temasın önlenmesine yönelik, hijyenik önlemler ve sağlık eğitimi öne geçen korunma yöntemleridir.[12]

Kaynaklar

1. Quinlisk MP. Yersinosis. İçinde Wallace RB, Maxcy-Rosenau-Last Public Health &Preventive Medicine, fifteenth edition, Mc Graw Hil Medical, 2009, page:310.
2. Irmak H, Sularla İlişkili Hastalıklar, TC.Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayınları No 727, 2008, Ankara (http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-36494/h/b5sularlailiskilihastalik.pd) erişim tarihi: 10.02.2012).
3. Çaylan R. Bakteriyel İshaller. İçinde Wilke Topçu A., Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, Ankara sayfa: 1059-1060.
4. Annual epidemiological report on communicable diseases 2010. European Center for Disease Prevention and Control, page: 107.
5. TUİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2010, sayfa 113.
6. Akdeniz H., Irmak H, Buzgan T, Seçkinli T, Demiröz AP. Van yöresinde Yersinia Enteroccolitica Enfeksiyonunun Kültür ve Serolojik Yöntemlerle Araştırılması ve Brucelloz Ayırıcı Tanısındaki Önemi. T.Klin J Med Sci, 2001:21:37-42.
7. http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=282938, WHO, Centralized Information System for Infectious Diseases erişim tarihi:10.02.2012)
8. Baylan O, Abaslı HE. Yersinia enterocolitica infeksiyonları. Türk Mikrobiyol Cem Derg, 2005,35:232-247.
9. Özkardeş F. A study on isolation of Bacillus spp. Yersinia spp. and Salmonella spp. From Turkish home-made white cheese Marketted in Bolu, The Abant İzzet Baysal University in Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master Of Science in The Department Of Biology, January 2007.
10. Eyi A. Isolation and identification of Escherichia coli , Salmonella spp., and Yersinia spp. from retail meat products in Bolu. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
11. Aksakoğlu G., Ellidokuz H. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş-Genişletilmiş İkinci Basım, Açılım Yayıncılık, İzmir, 1996, sayfa:80-98.
12. Çalışkan D. Bulaşıcı Hastalıklar, içinde Piyal B. Halk Sağlığı, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi Yayınları, 2011, Ankara, sayfa 411-451.

1.3. ZOONOZLAR

Tuğrul Erbaydar[a], Adnan Serpen[b], A.Öner Kurt[c]

[a] Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

[b] Veteriner Hekim, İzmir Veteriner Hekimler Odası Veteriner Halk Sağlığı Çalışma Grubu, İzmir

[c] Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin

Zoonotik hastalıklar omurgalı hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyonlardır. İnsanda patoloji meydana getiren enfeksiyonların önemli bir kısmı az ya da çok zoonotik özellik gösterir. Son yıllarda yeni ortaya çıkan veya yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları arasında deli dana hastalığı ya da kuş gribi gibi zoonotik hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Diğer yandan, tüberküloz ve çiçek gibi yüzlerce yıldır insandan insana bulaşan birçok önemli hastalık da tarımsal faaliyetlerin yeni başladığı çağların zoonotik hastalıklarıydı.

Zoonotik enfeksiyonların insana bulaşma yolları çok çeşitlidir ve kimi örneklerde aynı enfeksiyonun birden fazla bulaşma yolu vardır. Bu yüzden bu kitabın diğer bölümlerinde su ile bulaşan enfeksiyonlar, vektörlerle bulaşan enfeksiyonlar ya da aşı ile önlenebilen enfeksiyonlar başlıkları altında da çeşitli zoonozlara yer verilmiştir. Bu bölümde ele alınan enfeksiyonlar ise kimi durumlarda öncelikle gıdalarla ya da vektörlerle bulaşabilen enfeksiyonlardır ve başka bölüm başlıklarında ele alınmaları da olanaklıdır.

Bu bölümde incelenen yedi hastalığa ait verilerin önemli bir kısmı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce sağlanan verilerdir. Ulusal hastalık bildirim sistemi ile elde edilmiş olan bu verilere ek olarak, hastalıkların morbiditesini değerlendiren araştırma sonuçlarına da yer verilmiştir. Güncel değeri olan veriler seçilmeye çalışılmış ve ayrıca diğer ülkelerdeki durum, hastalıkların klinik ve mikrobiyolojik özellikleri, bulaşma yolları gibi alanlara özellikle girilmemiştir.

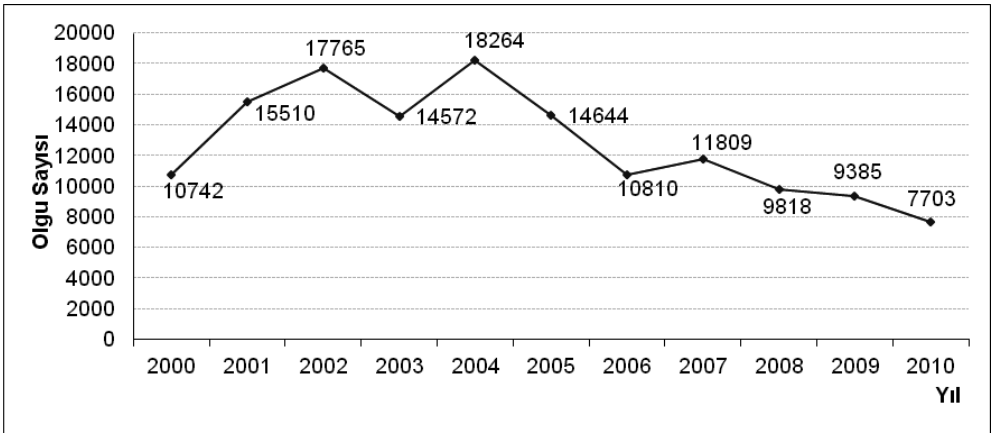
1.3.1. BRUSELLOZ

"Akdeniz ateşi" ve "malta ateşi" olarak da anılır. Hayvanlardan insanlara hasta hayvanların süt, süt ürünlerinin tüketilmesi ve vücut salgıları ve dokuları ile doğrudan temas ile bulaşır. Türkiye'de insanlarda görülen bruselloz hastalığı A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1,2]

Epidemiyolojisi

Hastalığın insidansı yıllar içinde hafif bir azalış göstermekle birlikte Türkiye Dünya'da brusellozun sık olarak görüldüğü ülkeler arasında yer almaya devam etmektedir. Türkiye'de en çok İç, Doğu ve Güney-Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir.[2,3]

Sağlık Bakanlığı Hastalık Bildirim Sistemi verilerine göre 2000 – 2010 döneminde bildirimi yapılan insan bruselloz olgu sayıları Şekil 1'de, 2005 – 2010 arasındaki olguların cinsiyete göre dağılımı Tablo 1.de sunulmuştur.

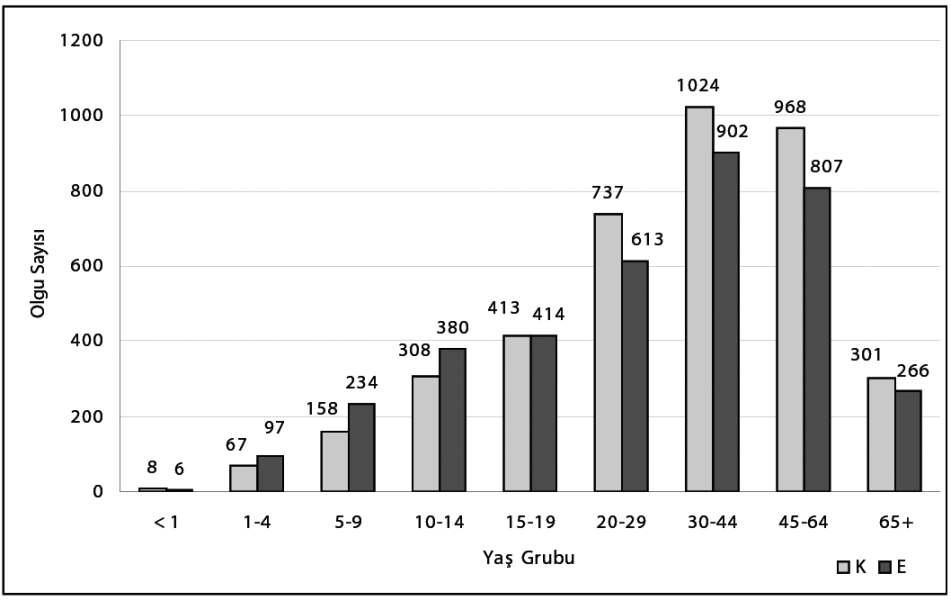


Şekil 1. Türkiye'de 2000 – 2010 yılları arasında bildirilen insan bruselloz olguları[3]

Tablo 1'deki veriler incelendiğinde olgular arasında kadınların ve erkeklerin sayısının birbirine yakın olduğu, ancak kadınların sayısının her yıl erkeklerden fazla olduğu görülmektedir. Şekil 2'deki veriler ise bu durumun esas olarak yetişkin yaş grubundan ileri geldiğini, çocuk yaş grubunda erkek olguların daha fazla sayıda olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Türkiye'de yıllara göre insan bruselloz olgularının cinsiyet dağılımı[3]

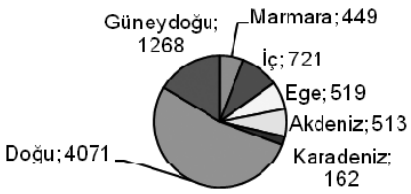
Yıllar	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
2005	7778	53.1	6866	46.9
2006	5609	51.9	5201	48.1
2007	6228	52.7	5581	47.3
2008	5058	51.5	4760	48.5
2009	4994	53.2	4391	46.8
2010	3984	51.7	3719	48.3



Şekil 2. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen insan bruselloz olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]

Tablo 2. Türkiye'de 2010 yılında insan bruselloz olgularının en sık görüldüğü iller[3]

İller	Olgu sayısı
Van	1791
Iğdır	680
Ağrı	466
Siirt	445
Hatay	286
Hakkâri	250
Kars	248
Batman	242
Şırnak	241



Şekil 3. Türkiye'de 2010 yılında görülen insan bruselloz olgularının bölgelere göre dağılımı[3]

Van'da 1998 – 2007 arasında saptanan 1028 bruselloz olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların %42,3'ünün öyküsünde hayvan yetiştiriciliği, %2,5'inde diğer mesleki temas, %63,6'sında çiğ süt veya taze süt ürünleri tüketimi saptanmıştır. Olguların %17,8'inde diğer aile bireylerinde de bruselloz görüldüğü saptanmıştır.[4]

Topluma dayalı çalışmalardan seçilmiş örneklerden elde edilen seroprevalans verileri Tablo 3'te özetlenmiştir. Neredeyse her durumda insan bruselloz olgularının kaynağı hayvanlardır. Bu nedenle hayvan brusellozunun coğrafi özellikleri insan olguları ile yakınlık gösterir. Ancak bu konudaki veriler çok azdır.

Tablo 3. Türkiye'de topluma dayalı bazı çalışmalardan elde edilen seroprevalans değerleri

Bölge	Zaman	Örneklemin yapısı	Örneklemin büyüklüğü	Seroprevalans (%)	Tarama testi
Erzurum[5]	2007 yayını	10 yaş üzeri il nüfusunu temsil edici örneklem	573	11.9	Rose Bengal Testi
				5.4	Standart Tüp Aglütinasyon testi
Hatay[6]	2008 verisi	15 yaş üzeri il nüfusunu temsil edici örneklem	1120	2.9	Standart Tüp Aglütinasyon testi
Erzincan[7]	2007 yayını	15 yaş üzeri "gönüllüler"	1715	4.8	Rose Bengal Testi
				3.9 (merkez)	
				8.6 (kırsal)	
Kahramanmaraş[8]	2008 yayını	15 yaş üzeri il nüfusunu temsil edici örneklem	1100	1.00	Rose Bengal testi
				1.00	Standart Aglütinasyon testi
İzmir	2009 – 2010 verisi	İzmir Büyükşehir Belediye sınırlarında yaşayan nüfus	26357	0.91	Lam aglutinasyon testi

Türkiye'de 1998 – 1999 yıllarında tüm illerde rastlantısal örnekleme ile belirlenen 34 985 sığırdan ve 30 433 koyundan alınan serum örneklerinde bruselloz prevalansı sırasıyla %1.43 ve %1,97 bulunmuştur. Bu çalışmada her köydeki hayvanlar bir sürü kabul edildiğinde sürü prevalansı sığırlarda %11,5 ve koyunlarda %15,0 hesaplanmıştır.[10] Brusellanın hayvanlar arasında görülme sıklığına ilişkin Türkiye ölçeğinde güncel araştırma verilerine ve hayvan hastalık bildirim verilerine ulaşılamamıştır.

Tartışma ve Öneriler

- Türkiye Dünya'da brusellozun sık olarak görüldüğü ülkeler arasındadır.
- Son 10 yılda olgu sayısı değerlendirildiğinde; 2001–2004 yıllarında önceki yıllara göre artış göstermesine karşın 2005 yılından beri azalma göstermektedir.
- Son beş yılın verilerine göre bruselloz olguları toplamda kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir.
- 2010 yılı verilerine göre çocukluk yaş grubunda (1–14 yaş) erkeklerde, yetişkin yaş grubunda ise kadınlarda daha fazla bruselloz olgusu saptanmıştır.

- Türkiye'de bruselloz olgularının yarıdan fazlası (%52.8) Doğu Anadolu Bölgesinde görülmektedir.
- İller bazında bakılınca olgu sayısı sırasıyla en fazla Van, Iğdır, Ağrı, Siirt ve Hatay illerinde görülmektedir.
- Yapılan topluma dayalı çalışma sonuçları da ülke verilerine uygunluk göstermektedir.

Bruselloz Türkiye için önemli bir sağlık sorunudur. Yıllar içinde hastalığın insidansının azalma eğiliminde olduğu ve olguların çoğunun Doğu Anadolu Bölgesinden bildirildiği görülmektedir. Ancak bu ölçüde bir azalma hastalığın kontrolü anlamına gelmemektedir ve yalnızca tarımla uğraşan nüfusun azalması dahi bu ölçüde bir azalmanın sebebi olabilir. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın hayvanlarda brusella kontrolü için etkili bir çalışma yürüttüğünü söylemek mümkün değildir. Brusella kontrolü için, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın bu konuda kararlı ve kapsamlı bir çalışma yapması, hayvan brusellozunun sürveyans ve kontrol çalışmalarının sistemli olarak yürütülmesi zorunludur. Sağlık Bakanlığı ile Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı arasında işbirliği yapılması ve hayvancılıkla uğraşanlar başta olmak üzere toplumda brusella konusunda farkındalık artışı ve davranış değişikliği gereklidir.

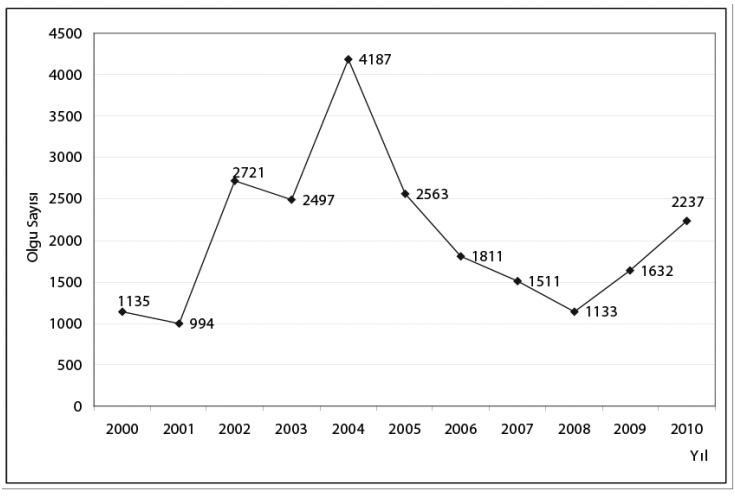
1.3.2. KUTANÖZ LEİSHMANİAZİS (ŞARK ÇIBANI)

Deri tipi / kutanöz leishmaniazis "şark çıbanı", "yıl çıbanı", "Halep çıbanı" olarak da anılır. Tatarcık sineklerinin (phlebotomus sp.) sokmasıyla insandan insana ya da hayvandan insana leishmania türlerinin bulaşması sonucu meydana gelir. Kutanöz Leishmaniazis (şark çıbanı) Türkiye'de A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1] Visseral tipteki Leishmaniazis (Kala-azar) hastalığı ise bundan ayrılır ve C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer alır.

Epidemiyolojisi

Türkiye'de Şanlıurfa ili başta olmak üzere, en çok Güneydoğu ve Akdeniz bölgelerinde endemik olarak görülmektedir.[1,3]

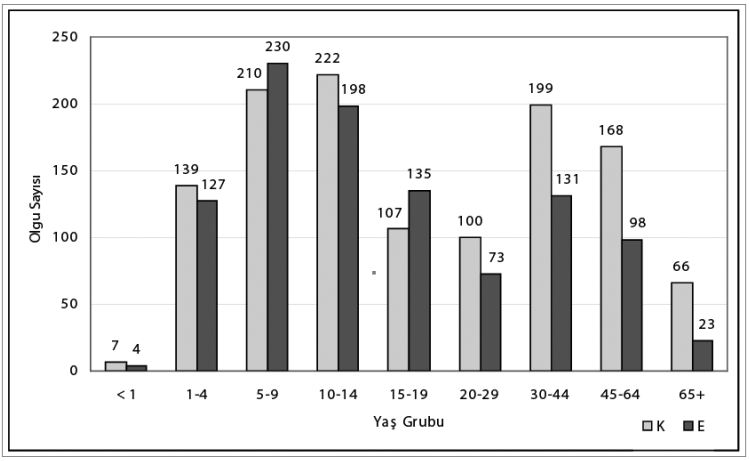
Sağlık Bakanlığı Hastalık Bildirim Sistemi verilerine göre 2000 – 2010 döneminde bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olgu sayıları Şekil 4'te sunulmuştur.



Şekil 4. Türkiye'de yıllara göre bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olguları[3]

Tablo 4. Türkiye'de yıllara göre bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olgularının cinsiyet dağılımı[3]

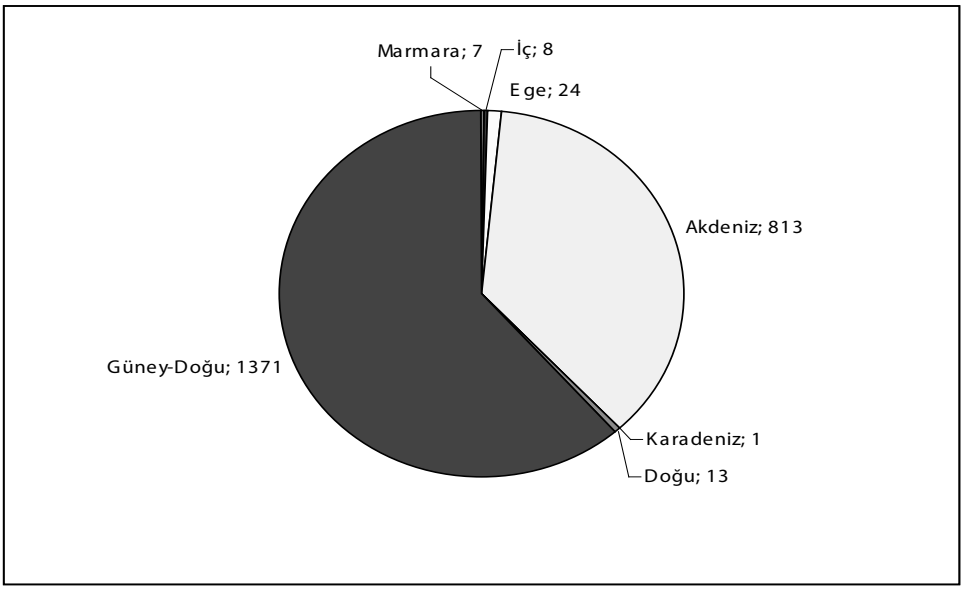
Yıllar	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
2005	1392	54.3	1171	45.7
2006	983	54.3	828	45.7
2007	770	51.0	741	49.0
2008	546	48.2	587	51.8
2009	889	54.5	743	45.5
2010	1218	54.4	1019	45.6



Şekil 5. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]

Tablo 5. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olgularının en sık görüldüğü iller[3]

İller	Olgu sayısı
Şanlıurfa	1183
Adana	305
Osmaniye	299
Diyarbakır	154
Mersin	77
Hatay	73



Şekil 6. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen kutanöz leishmaniazis (şark çıbanı) olgularının bölgelere göre dağılımı[3]

Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 1991-2003 yılları arasında tüm Türkiye'den toplam 26727 kutanöz leishmaniazis olgusu bildirilirken, bu olguların 16036'sının (tüm olguların %60.0'ı) Şanlıurfa'dan bildirildiği belirtilmektedir.[11] Yukarıda sunulan 2010 verileri bu açıdan incelendiğinde tüm olguların yarısından çoğunun (%52.9) Şanlıurfa'dan bildirildiği görülmektedir.

Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada, 2006 yılında Form 017 A ile bildirilen 523 olgu incelenmiş, olguların %60.3'ünün ocak – nisan ayları arasında bildirildiği, olguların %89.7'sinin şehir merkezinde, %10.3'ünün ilçelerde yaşadığı belirtilmiştir.[12] Diyarbakır'da 2002 – 2006 yılları arasında bildirilen toplam 1990 olgunun incelendiği bir çalışmada, olguların en çok ilkbahar ve yaz aylarında görüldüğü (sırasıyla %47.2 ve %23.9) belirlenmiştir.[13]

Tartışma ve Öneriler

- Kutanöz leishmaniazis olguları Türkiye'de en çok Güneydoğu-Doğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde endemik olarak görülmektedir.
- 2000 yılından itibaren artan olgu sayıları 2004 yılında azalmaya başlamıştır. Ancak 2008 yılından itibaren tekrar bir artış eğilimine girmiştir.
- Kadınlarda erkeklerden fazla görülmüştür.
- Yaşamın ilk 20 yılında erkek ve kadınlarda görülme oranı karşılıklı değişiklik gösterirken 20 yaşından sonra kadınlarda daha fazla görülmüştür.
- 1991-2003 yılları arasında tüm olguların %60.0'ı ve 2010 yılındaki olguların %52.9'u Şanlıurfa ilinde görülmüştür.
- Olgular en fazla ilkbahar ve yaz aylarında görülmüştür.

Kutanöz Leishmaniazis Güneydoğu ve Akdeniz bölgeleri başta olmak üzere Türkiye'de önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Son on yıldaki olgu sayıları incelendiğinde insidansta düzenli bir azalma eğilimi olmadığı, mevsimsel (vektör yoğunluğuna bağlı) veya bildirimlere bağlı olabilecek düzensiz dalgalanmalar olduğu görülmektedir. Hastalığın endemik ve hiperendemik olduğu bölgelerde vektör mücadelesi daha etkili olarak ve diğer vektör kontrol çalışmaları ile entegre olarak yapılmalı, bu bölgelerde insan-vektör temasını azaltıcı cibinlik uygulaması yaygınlaştırılmalıdır. Hasta kişilerin saptanarak enfeksiyon kaynağı olmalarının önüne geçilmesini sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır.

1.3.3. ŞARBON (ANTRAX)

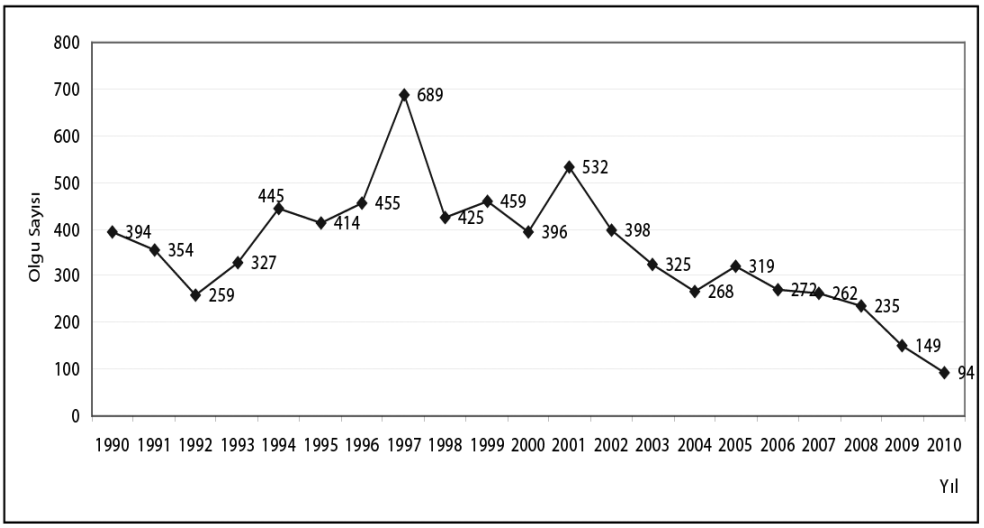
"Çoban çıbanı" ve "karakabarcık" olarak da anılmıştır. Uluslararası literatürde ise antraks ve şarbon olarak adlandırılır. Ot yiyen hayvanlardan insanlara bulaşan bakteriyel bir hastalıktır. Türkiye'de şarbon hastalığı A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1,2]

Epidemiyolojisi

Türkiye'de hastalığın insidansı yıllar içinde bir miktar azalma göstermekle birlikte İç ve Doğu Anadolu bölgelerinde daha fazla olmak üzere görülmeye devam etmektedir.[2,3]

Tablo 6. Türkiye'de 1960 – 1989 yılları arasında bildirilen şarbon olguları[2]

Dönem	Toplam olgu sayısı
1960 – 1969	10724
1970 – 1979	5377
1980 – 1989	4423



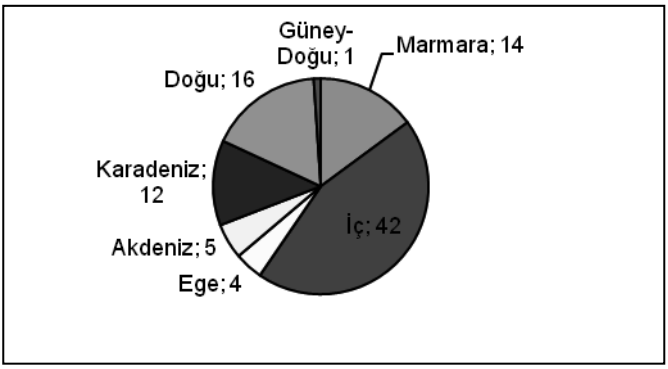
Şekil 7. Türkiye'de 1990 – 2010 yılları arasında bildirilen şarbon olguları[3,14]

Tablo 7. Türkiye'de yıllara göre bildirilen şarbon olgularının cinsiyet dağılımı[3]

Yıllar	Kadın n %		Erkek n %	
2005	144	45.1	175	54.9
2006	85	31.3	155	68.7
2007	132	50.4	130	49.6
2008	91	38.7	144	61.3
2009	76	51.0	73	49.0
2010	37	39.4	57	60.6

Tablo 8. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen şarbon olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]

Yaş	K	E
< 1	0	0
1-4	0	1
5-9	2	0
10-14	2	2
15-19	0	3
20-29	6	10
30-44	11	18
45-64	14	19
65+	2	4
Toplam	37	57



Şekil 8. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen şarbon olgularının bölgelere göre dağılımı[3]

1990 – 2005 yılları arasında bildirilen insan şarbon olgularının ve araştırma makalelerinin incelendiği bir çalışmada, olguların %95,2'sinde hasta hayvanlar ve bunların dokuları ile doğrudan temas öyküsü bulunduğu, %0,5'inde pişmemiş veya yeterince pişmemiş kontamine et ve et ürünlerinin yenmesi anamnezi saptandığı, %3,8'inde enfeksiyon kaynağının saptanamadığı; olguların en çok Temmuz, Ağustos, Eylül ve Ekim aylarında görüldüğü belirtilmektedir.[14]

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1992 – 2008 arasında izlenen 58 insan şarbon olgusunun incelenmesi ile %62'sinin tarımla uğraştığı, %19'unun kasap olduğu bildirilmiştir.[15]

Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (Office International Enzootica, OIE) verilerine göre Türkiye'de 1996-2004 yılları arasında toplam 1304 sığır hastalıktan etkilenmiş, 882'si ölmüş; 556 koyun/keçi hastalanmış ve bunların 518'i ölmüştür. Bu vakaların çoğu Doğu Anadolu bölgesinden bildirilmiştir. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının verilerine göre Türkiye'de 2007 yılında 131 birimde şarbon mihrakı tespit edilmiş, bunlardan 16 birim aktif mihrak olarak değerlendirilmiştir. Bu mihraklarda 113 814 hayvana hastalık bulaşmış, bunların 530'u ölmüştür.[16]

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü Hayvan Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın verdiği bilgiye göre, 2010 yılında en fazla sayıda mihrak bulunan iller Kars, Erzurum, Sivas ve Ankara'dır. 2002 – 2010 yılları arasında hayvanlarda görülen "şarbon mihrak sayıları" 2002: 131; 2003:138; 2004: 149; 2005:147; 2006:104; 2007: 112; 2008: 97; 2009: 89; 2010 (tamamlanmamış yılın verisi): 82 olarak açıklanmıştır.[17]

Tartışma ve Öneriler

- Türkiye'de hastalığın insidansı ve olgu sayıları yıllar içerisinde azalma göstermiştir.
- 2010 yılındaki olguların sadece %7.4'ü 0-14 yaş grubundayken çoğunluğu yetişkin yaş grubundadır.
- 2010 yılındaki olguların %44.6'sı İç Anadolu Bölgesinde görülmüştür.
- Türkiye'de hayvan şarbon mihrak sayıları yıllar içerisinde düşme eğilimindedir.
- Olguların öykülerinde hasta hayvan teması önemli yer tutmaktadır.

Şarbon olguları yıllar içerinde bir ölçüde azalmıştır. Ancak bu azalma - geleneksel yöntemlerle tarım yapan nüfusun zaten azaldığı dikkate alındığında – etkili bir hastalık kontrol çalışmasının sonucu gibi görünmemektedir. Hayvan şarbonunun kontrolü ve eliminasyonu için Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın etkili çalışması, geleneksel hayvancılık uygulamalarının sağlık risklerinin çok yönü olarak değerlendirilmesi, sağlığa uygun yöntemlerin geliştirilmesi ve teşvik edilmesi ve hayvanlar arasında hastalıkların yayılmasını kolaylaştıran koşulların ortadan kaldırılması gereklidir. Özellikle insan olgularının saptandığı yerlerde, hayvancılık uygulamalarının sağlığa uygun hale getirilmesine yönelik çalışmaların yoğunlaştırılması gereklidir.

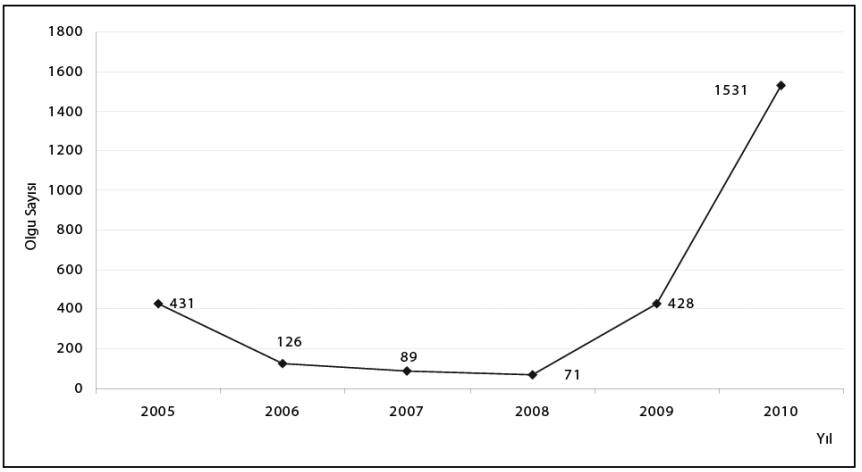
1.3.4. TULAREMİ

"Francis ateşi", "geyik sineği ateşi", "avcı ateşi", "tavşan ateşi", "ohara hastalığı" isimleri ile anılmıştır. Etken Francisella tularensis isimli bakteridir.[2,18] Kemiriciler, çiftlik hayvanları ve insanlar arasında keneler ve pireler tarafından etken doğrudan taşınarak enfeksiyon etkeni yayılır. Ayrıca enfekte kemiricilerin dışkı ve idrarı ile kirlenen suların kullanılması ile insana sindirim yolu ile de bulaşabilir. Su yoluyla bulaşma Türkiye'de en sık görülen bulaşma türüdür.[2,18] Türkiye'de insanlarda görülen tularemi hastalığı 2005 yılından bu yana C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[18]

Epidemiyolojisi

Tularemi hastalığı uzun yıllardan beri Türkiye'de bulunmaktadır. C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınmadan önceki döneme ait kaydedilen tularemi salgınları Tablo 9'da sunulmuştur.

Hastalığın C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alındığı 2005 yılından 2010 yılına kadar bildirilen tularemi olguları Şekil 9'da, 2010 yılında bildirilen olguların dağılım ve özellikleri de bunu izleyen tablo ve şekillerde sunulmuştur.



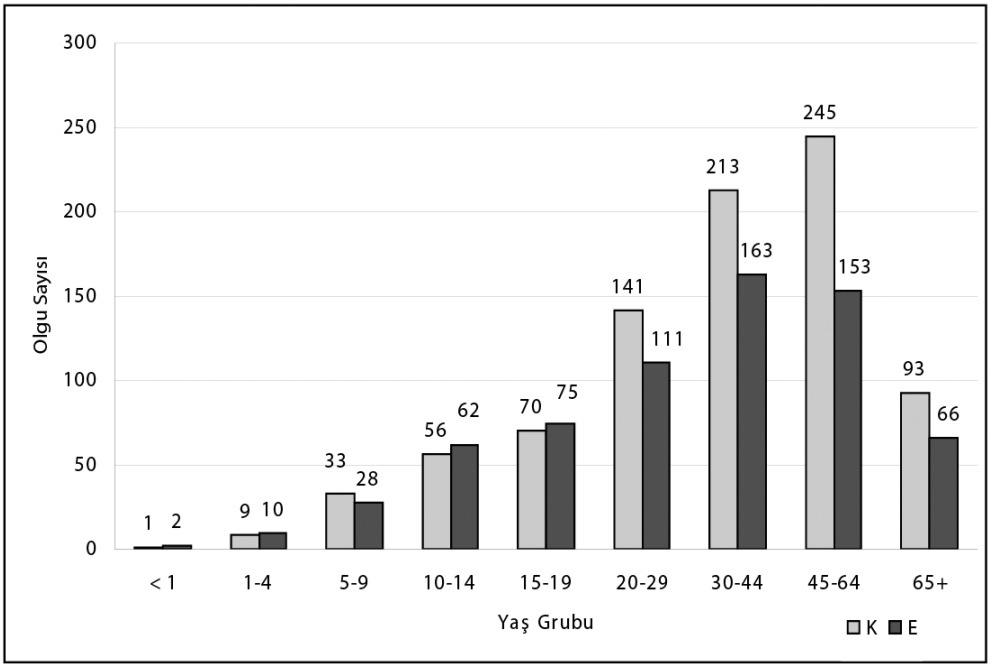
Şekil 9. Türkiye'de 2005 – 2010 yılları arasında bildirilen tularemi olguları[3]

Tablo 9. Türkiye'de 2005 yılından önce kaydedilmiş tularemi salgınları[2,18]

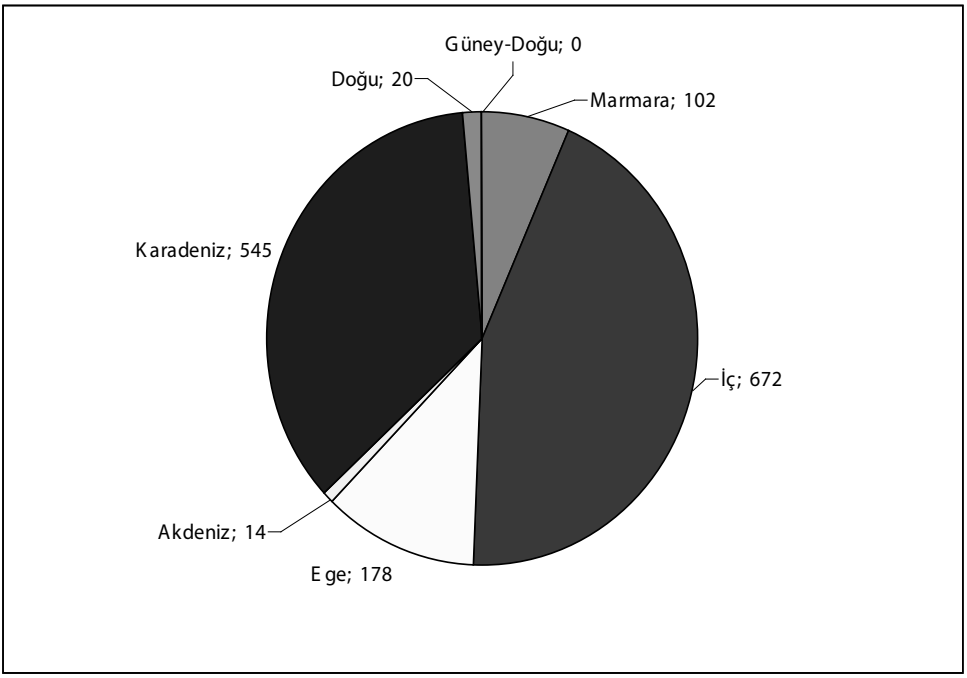
YIL	Görüldüğü Yer	Olgu sayısı	YIL	Görüldüğü Yer	Olgu sayısı
1936	Lüleburgaz	150	2004	Suluova	43
1937	Tatvan	6	2004-2005	Zonguldak	61
1945	Lüleburgaz	18	2004-2005	Kocaeli	145
1953	Antalya	200	2004-2005	Sarıkamış, Kars	56
1988 - 2002	Bursa	205	2005	Kocaeli	129
1997	Ankara	16	2005	Tokat	8
2000	Düzce	21	2005	Edirne	10
2001	Bolu	14	2005	Düzce	11
2002	Balıkesir	115			

Tablo 10. Türkiye'de yıllara göre tularemi olgularının cinsiyet dağılımı[3]

Yıllar	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
2005	213	49.4	218	50.6
2006	72	57.1	54	42.9
2007	50	56.2	39	43.8
2008	40	56.3	31	43.7
2009	238	55.6	190	44.4
2010	861	56.2	670	43.8



Şekil 10. Türkiye'de 2010 yılında görülen tularemi olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]



Şekil 11. Türkiye'de 2010 yılında görülen tularemi olgularının bölgelere göre dağılımı[3]

Tablo 11. Türkiye'de 2010 yılında tularemi olgularının en sık görüldüğü iller[3]

İller	Olgu sayısı	İller	Olgu sayısı
Yozgat	195	Sivas	90
Çorum	156	Balıkesir	65
Kütahya	134	Tokat	57
Ankara	129	Kastamonu	58
Bolu	107	Amasya	55
Çankırı	92	Samsun	49

Balıkesir'de 2009 Nisan – 2010 Mart döneminde görülen 168 tularemi olgusunun incelenmesinde olguların %29.6'sının kentsel, %70.4'ünün kırsal alanda yaşadığı; olguların %98.0'inin fare teması öyküsünün olmadığı belirlenmiştir.[19]

Türkiye'de görülen tularemi olgularının daha çok su yoluyla bulaştığı belirtilmektedir.[18] Klinik gözlemlerde orofarengeal formdaki olguların hastaların büyük çoğunluğunu oluşturması ve diğer klinik gözlemler ve su kaynaklarında F.tularensis'in izole edildiği çalışmalar bu savı doğrular niteliktedir.[20-24]

Tablo 12. Çeşitli gruplarda tulareminin seroprevalansını değerlendiren bazı çalışma sonuçları

Bölge	Zaman	Örneklemin yapısı	Örneklemin büyüklüğü	Seroprevalans (%)	Tarama testi
Erzurum Pasinler ve Merkez ilçeye bağlı köyler[25]	2010 (çalışmanın yayına gönderiliş yılı)	16 yaş ve üzeri "Gönüllüler"	240	2.1	Lam aglütinasyon testi + ELISA + Micro-aglütinasyon testi + Rose Bengal testi (Brusella ile çapraz reaksiyonun ayıklanması için) + Salmonella O, H antijeni ile agg. Testi (ayıklama amaçlı)
Gerede'ye bağlı bir köy[26]	2002 verisi	Beş olgunun görüldüğü bir köyde yaşayanlar	108	13.0	Mikroaglütinasyon testi + Rose Bengal testi (Brusella ile çapraz reaksiyonun ayıklanması için)
Edirne, Kırklareli, Tekirdağ[27]	2006 verisi	Kırsal kesimde yaşayanlar	1782	0.3	Mikroaglütinasyon testi + Rose Bengal testi (Brusella ile çapraz reaksiyonun ayıklanması için)
Yozgat'ın Sorgun ve Yerköy ilçeleri[28]	2010 verisi	18-67 yaş arası avcılar	64	6.3	Mikroaglütinasyon testi + Rose Bengal testi + Brusella antijen incelemesi (Brusella ile çapraz reaksiyonun ayıklanması için)

Tartışma ve Öneriler

- Türkiye'de tularemi en sık su kaynaklı olarak bulaşmaktadır.
- Son yıllarda olgu sayıları önemli ölçüde artmıştır.
- Hastalık kadınlarda daha fazla görülmektedir.
- Olgular en fazla İç Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinde (iki bölgenin toplamı %79.4) görülmektedir.
- Olguların çoğunluğu kırsal bölgede yaşamaktadır.

Tularemi çoğu kez tanısız kalabilen veya yanlış tanı alabilen bir hastalıktır. Önceki yıllara ait bildirime dayalı veriler olmadığı için son yıllarda görülen artışın düzeyini net olarak belirlemek olanaklı değildir; ancak olgu sayısında önemli düzeyde bir artış olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın tularemi kontrolü çalışmaları bu sorunun yakından izlenmesi ve rehberlerin geliştirilmesi için işlevsel olmuştur. Hastalığın kontrol edilebilmesi için özellikle kırsal kesimde kemirici mücadelesi yapılmalı, bu mücadele etkili ve sürdürülebilir biçimde (toprağı ve suyu zehirlemeden) yapılmalı, köylerde su kaynakları ıslah edilmeli, yapılan ıslah çalışmalarının idamesi iyi biçimde sağlanmalıdır. Hastalığın enfeksiyon kaynağında ve bulaşma yolunda kontrolü olanaklı olmamaktadır.

1.3.5. TOKSOPLAZMOZ

Toksoplazma gondii isimli protozoonun kedilerin dışkılarıyla kontamine su ve gıdalarla sindirim sistemiyle alınması veya doku kistleri içeren hasta hayvanların az pişmiş etlerinin yenmesi ile bulaşan bir hastalıktır.[2] Türkiye'de C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1]

Epidemiyolojisi

Sağlık Bakanlığı Hastalık Bildirim Sistemi verilerine göre 2005 – 2010 döneminde görülen toksoplazmoz olgularının sayıları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Türkiye'de 2005 – 2010 yıllarında bildirilen toksoplazmoz olgularının yıllara göre cinsiyet dağılımı[3]

Yıllar	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
2005	26	78.8	7	21.2
2006	15	83.3	3	16.7
2007	21	70.0	9	30.0
2008	21	72.4	8	27.6
2009	45	81.8	10	18.2
2010	32	78.0	9	22.0

Tablo 14. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen toksoplazmoz olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]

Yaş	K	E
< 1	1	1
1-4	0	1
5-9	0	0
10-14	1	1
15-19	6	1
20-29	15	2
30-44	5	1
45-64	4	2
65+	0	0
Toplam	32	9

Tablo 15. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen toksoplazmoz olgularının illere dağılımı[3]

İller	Olgu sayısı	İller	Olgu sayısı
Adana	9	**Bolu**	2
Sivas	7	**Çanakkale**	2
Osmaniye	6	**İzmir**	2
Hatay	3	**Diğer iller**	8
Ankara	2		

Bildirilen toksoplazmoz olgularının sayısı ve seroprevalans değerleri birlikte incelendiğinde, bildirilen olgu sayılarına bakarak yıllara ya da bölgelere göre morbiditenin arttığı ya da azaldığı yönünde bir değerlendirme yapmanın doğru olmayacağı görülmektedir.

Araştırma çalışmaları ile elde edilen bazı seroprevalans değerleri Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Türkiye'de topluma dayalı bazı çalışmalardan elde edilen toksoplazma seroprevalans değerleri

Bölge	Zaman	Örneklemin yapısı	Örneklemin büyüklüğü	Seroprevalans (%)	Laboratuvar yöntemi
Adıyaman[29]	2007 - 2008	Gebelik takibi amacıyla hastaneye başvuran kadınlar	455	48.4 (IgG)	Axsym Plus İmmünotetkik Analizörü
				0.65 (IgM)	
Denizli[30]	2008 - 2009	Gebelik takibi amacıyla hastaneye başvuran kadınlar	1102	37.0 (IgG)	İmmünometrik tekniğe dayalı otomatik Vitros ECiQ
				1.4 (IgM)	
Kayseri[31]	2006 - 2008	Gebelik takibi amacıyla hastaneye başvuran kadınlar	1676	33.9 (IgG)	Mikropartikül EIA (Axsym)
			1813	2.5 (IgM)	
Kayseri[32]	2006 yayını	Kan donörleri	385	19.5 (IgG)	IFAT ve ELISA
				2.33 (IgM)	
Ankara[33]	2008 yayını	Veteriner hekim	88	28.4	Sabin Feldman Dye Testi
		Veteriner teknisyeni	25	16.0	
		Gönüllü hayvansever	14	50.0	
		Sağlık çalışanı	20	30.0	

Türkiye'de hayvanlar arasında toksoplazmosis seroprevalansını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, kediler arasında Ankara'da %40.3[34]; Niğde'de %76.4[35]; koyunlar arasında Afyonkarahisar'da %98.9[36]; Kars'ta %95.7[37] gibi çok yüksek oranlar saptanmıştır.

Tartışma ve Öneriler

- Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Olguların yaş dağılımı dikkate alındığında bu durum gebelik döneminde yapılan tarama çalışmalarına bağlı görünmektedir.
- Eldeki veriler morbiditenin artması ya da azalması yönünde bir düzenli eğilim ortaya koymamaktadır.
- İnsanlar (gebeler, kan donörleri, veteriner hekimler, hayvanseverler) ve hayvanlar arasında seroprevalansı yüksektir.
- Türkiye'de 2010 yılında 41 olgu bildirilmiştir.

Türkiye'de hem insanlarda hem de hayvanlarda seroprevalansın yüksekliğinin yanında 2010 yılında yalnızca 41 olgu bildirimi yapılmış olması elimizdeki olgu bildirimlerinin gerçek olguların çok küçük bir kısmı olduğunu ortaya koymaktadır. Güvenilir yöntemlerle ve çok merkezli insan ve hayvan seroprevalans çalışmaları yapılmalıdır. Güvenli hayvancılık uygulamaları, hayvanlarla temasın azaltılması, el yıkama, gıdaların uygun yöntemlerle pişirilmesi ve tüketilmesi gibi davranış değişikliklerinin yaygınlaştırılması gereklidir.

1.3.6. LEPTOSPİROZ

"Weil hastalığı", "domuz çobanı hastalığı", "pirinç tarlası hastalığı", "bataklık ateşi" isimleriyle de anılmıştır. Etken leptospira ailesinden spiroketlerdir.[2] Başlıca rezervuarı farelerdir ve çeşitli çiftlik hayvanları, kedi, köpek ve kanatlı hayvanlarda da bulunabilir. Hayvanlarda kronik böbrek enfeksiyonu oluşturur ve idrarla yayılır. İnsana en çok hayvanların idrarı ile kontamine olmuş suyun içilmesi veya mukozalara teması ile bulaşır; enfekte çiftlik hayvanlarının dokularına doğrudan temasla da bulaşabilir.[2] Türkiye'de insanlarda görülen leptospiroz hastalığı C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1]

Epidemiyolojisi

Türkiye'de Leptospiroz hastalığı ile ilgili ilk kayıtlar 1915 yılına aittir. 2001 – 2010 yılları arasında bildirilen olgu sayıları Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Türkiye'de 2001 – 2010 yılları arasında bildirilen leptospiroz olguları[3]

Yıl	Olgu sayısı	Yıl	Olgu sayısı
2001	14	2006	6
2002	13	2007	12
2003	6	2008	8
2004	11	2009	12
2005	7	2010	26

2005 – 2010 yılları arasında bildirilen toplam 71 olgunun 12'si (%16.9) kadın, 59'u (%83.1) erkektir. 2010 yılında bildirilen toplam 26 olgunun 4'ü 15-19; 5'i 20-29; 9'u 30-44; 5'i 45-64; 3'ü 65 üzeri yaş grubundadır. 2010 yılında Adana'dan yedi olgu, Antalya, Diyarbakır ve Samsun illerinden 4'er olgu bildirilmiştir. [3]

Türkiye'de insanlarda leptospiroz konusunda çeşitli olgu çalışmaları yapılmıştır; ancak hastalığın morbiditesini değerlendiren çalışmalara ulaşılamamıştır.

Hayvanlarda yapılmış bazı seroprevalans çalışmalarının sonuçları Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Çeşitli hayvan popülasyonlarında leptospiroz seroprevalansını değerlendiren bazı çalışma sonuçları

Bölge	Zaman	Hayvan türü	Örneklemin büyüklüğü	Sero-prevalans (%)	Tarama testi
Ankara[38]	2005 yayını	Köpek (sahipsiz)	116	43.96	Mikro-aglütinasyon test
Orta Karadeniz[39]	1998 – 1999 verisi	Sıçan (alandan toplanmış)	59	32.2	Mikro-aglütinasyon test
Hatay[40]	2003 verisi	Sığır (ilçe merkezleri ve köylerden)	512	8.8	Mikro-aglütinasyon test
Kars ve Ardahan[41]	2000 yayına gönderiliş	Sığır (30 yerleşim biriminden)	990	33.63	Mikro-aglütinasyon test
Kayseri[42]	2005 – 2006 verisi	Sığır (merkez ve ilçelerden rastlantısal belirlenmiş çiftliklerden)	2395	25.42	Mikro-aglütinasyon test

Tartışma ve Öneriler

- Olgu sayıları son 10 yılda artıp azalmakla birlikte, 2010 yılında diğer yıllara göre artış görülmüştür.
- Erkeklerde daha fazla görülmektedir.
- 2010 yılındaki olguların tamamı 15-65+ yaş grubunda görülmüştür.
- Sıçanlarda, sığırlarda ve köpeklerde seroprevalans yüksektir.

Türkiye'de olgu sayısında 2010 yılında gözlenen artışın gerçek bir artışa mı yoksa daha fazla bildirime mi bağlı olduğunu değerlendirmek olanaklı değildir; ancak hayvan seroprevalansının da yüksek olması, durumun dikkatle izlenmesini gerektirmektedir. Enfeksiyonun insana suyla bulaşması tulareminin suyla bulaşmasına benzerlik göstermektedir. Tularemi olgularının son yıllarda artmasının temelinde yatan, kırsal alanda su kaynaklarının sağlıksız oluşu ve kemirici mücadelesinin etkili olarak yapılmıyor oluşu leptospirozis olgularının da önümüzdeki yıllarda artabileceğini düşündürmektedir.

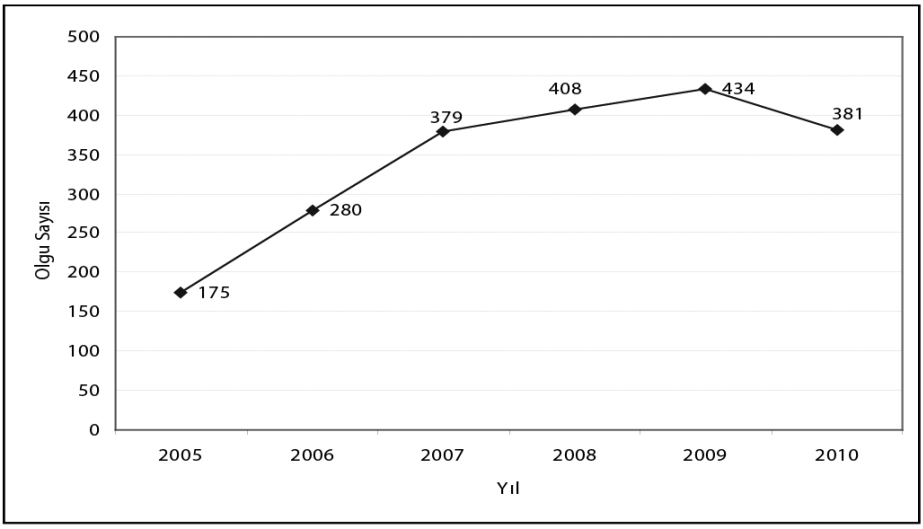
1.3.7. KİSTİK EKİNOKOKKOZ (KİST HİDATİK)

Etkeni Echinococcus granulasus isimli parazit olan zoonotik hastalıktır.[2] Ana rezervuarı köpekgiller ailesinden hayvanların barsağıdır. Etkeni taşıyan hayvanların dışkısı ile kontamine olan eller, su ve gıdalar aracılığıyla sindirim sistemi yoluyla insana bulaşır ve hastalık oluşturur.[2] Kist hidatik hastalığı Türkiye'de C grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır.[1]

Epidemiyolojisi

Kist hidatik Türkiye'de ve Dünya'da uzun yıllardır yaygın olduğu bilinen bir zoonozdur. Türkiye'de 1987-1994 yılları arasında toplam 21 303 insan olgusunun bildirildiği belirtilmiştir.

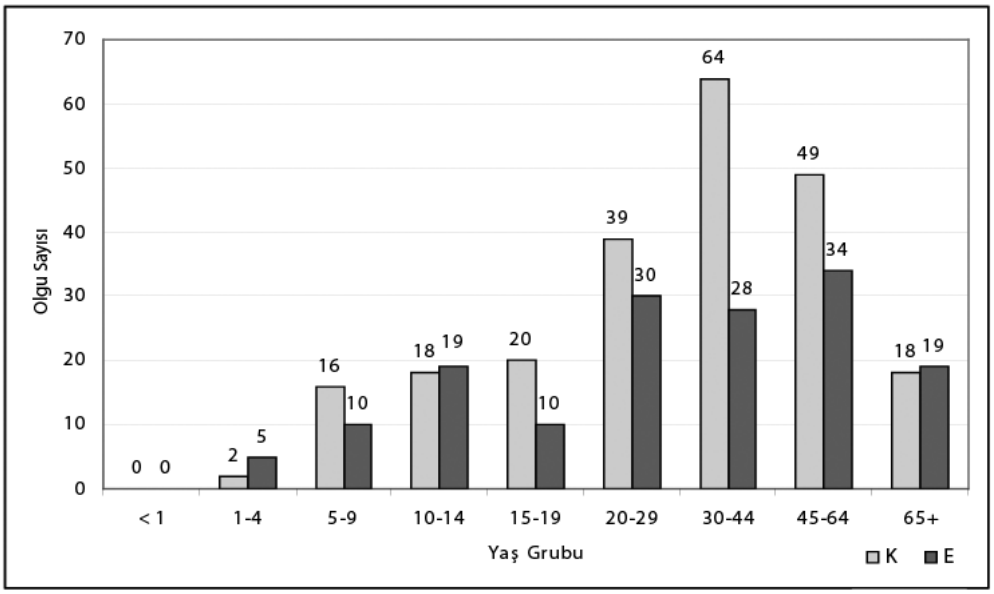
Türkiye'de 2005 – 2010 yılları arasında bildirilen kist hidatik olgularına ilişkin bilgiler Şekil 12 ve Tablo 19'da sunulmuştur. 2010 yılında bildirilen kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olgularının özellikleri Şekil 13, Şekil 14 ve Tablo 20'de sunulmuştur.



Şekil 12. Türkiye'de 2005 – 2010 yılları arasında bildirilen kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olguları[3]

Tablo 19. Türkiye'de yıllara göre kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olgularının cinsiyet dağılımı[3]

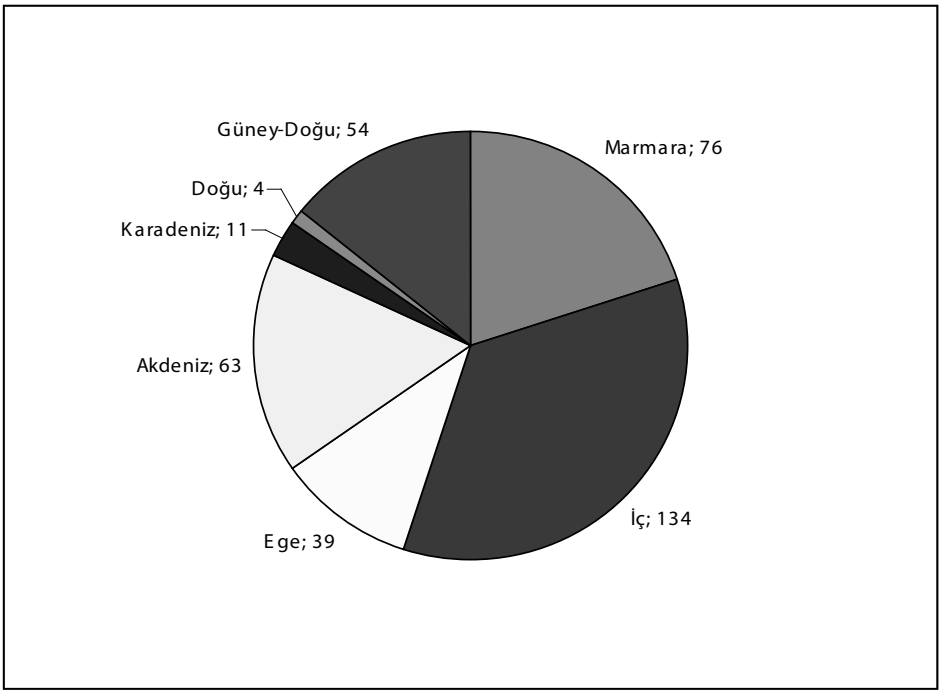
Yıllar	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
2005	105	60.0	70	40.0
2006	155	55.4	125	44.6
2007	213	56.2	166	43.8
2008	243	59.6	165	40.4
2009	234	53.9	200	46.1
2010	226	59.3	155	40.7



Şekil 13. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olgularının yaş ve cinsiyet dağılımı[3]

Tablo 20. Türkiye'de 2010 yılında kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olgularının en sık bildirildiği iller[3]

İller	Olgu sayısı
Ankara	81
Şanlıurfa	50
Adana	44
Bursa	36
Kütahya	26
Konya	25
Balıkesir	23



Şekil 14. Türkiye'de 2010 yılında bildirilen kist hidatik (kistik ekinokokkoz) olgularının bölgelere göre dağılımı[3]

Kist hidatik hastalığının toplumdaki yaygınlığını değerlendiren az sayıda çalışmadan birinde, araştırmacılar Manisa'da ilköğretim okullarındaki 483 çocukta indirect hemaglütinasyon (IH) ve ELISA incelemelerini birlikte kullanarak tarama yapmışlardır. Her iki test ile pozitif olarak bulunan olgular %4.3 oranında bulunmuştur. Ayrıca, karaciğer ultrasonografisi ile taranan 630 çocuktan %0.3'ünün karaciğerinde hidatik kist saptanmıştır.[43]

Hayvanlar arasında kist hidatik yaygınlığını değerlendiren çalışmalarda, 2008-2009 yıllarında Erzurum'da 1758 sığır arasında %33.9[44]; 2006 yılında Kayseri'de 250 koyun arasında %28.0 ve 300 sığır arasında %3[45] oranında kist hidatik saptanmıştır.

Tartışma ve Öneriler

- Kist hidatik hastalığı Türkiye'de yaygın olarak görülmektedir.
- Olgu sayıları 2005 yılından 2009 yılına kadar artış göstermesine karşın 2010 yılında bir önceki yıla göre azalma olmuştur.
- Kadınlarda daha fazla görülmektedir.
- 2010 yılındaki olguların %35,2'si İç Anadolu, %19,9'u Marmara ve %16,5'i Akdeniz bölgesinde görülmüştür.

Kist hidatik hastalığı Türkiye için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Öncelikle ana kaynak olan hayvanlardan bulaşın önlenmesi için Sağlık Bakanlığı ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ortak çalışmalar yapmalıdır. Herkese temiz su sağlanması diğer birçok hastalık için olduğu gibi kistik ekinokokkozis için de önemlidir. Özellikle köpekler ve insanlarla iç içe yaşayan diğer hayvanlarla her türlü doğrudan temastan sonra el yıkama davranışı yaygınlaştırılmalıdır. Köpek dışkısının insan ve hayvanların kullandığı su kaynakları ile teması önlenmeli, kırsal ve kentsel alanda sahipli köpeklerin sağlık kontrolleri yapılmalı, çocuk parkları, bahçeler vb alanların köpek dışkısı ile kirlenmesi önlenmelidir. Bu çalışmalar Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Belediyeler ve Sağlık Bakanlığı arasında işbirliğini gerektirmektedir.

SONUÇ

Bu raporda sunulan zoonotik hastalıklara ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı'nın hastalık bildirim sistemi ile kaydedilen olgu bildirimlerine ve kesitsel veya tanımlayıcı özellikteki bilimsel araştırma sonuçlarına dayalıdır. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın verilerine – bazı dolaylı kaynaklardan elde edilen bilgiler haricinde - ulaşılamamıştır. Bu verilerin bazılarının hiç bulunmadığı bazılarına ise erişilemediği düşünülebilir. Bu durum zoonotik hastalıkların kontrolü açısından başlı başına bir engeldir. Etkili bir sürveyans çalışması veri toplama kadar bu verilerin paylaşımını da içermek zorundadır.

Bundan başka, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın, Belediyelerin ve ilgili diğer kurumların zoonotik hastalıklarla mücadele konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmeleri gerekmektedir. Hayvan sağlığının kontrolü, hayvancılık uygulamalarının iyileştirilmesi, su kaynaklarının ıslahı, vektör kontrolü gibi çalışmalar gereğince yapılmadıkça insan olguları üzerinden zoonozların kontrol altına alınması olanaksızdır. Merkezi düzeyde bu koordinasyonu sağlamak ve yerel düzeydeki işbirliğini teşvik etmek için Türkiye Zoonoz Milli Komitesi'nin çalıştırılmaya başlanması gereklidir.

Sağlık Bakanlığı'nın merkez yapılanması tarafından zoonotik hastalıkların önlenmesine dönük çalışmaların planlanması, bildirim sisteminin geliştirilmesi, olgu yönetim algoritmalarının oluşturulması ve yerel düzeyde uygulanmasının sağlanmasına yönelik çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Ancak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri yaklaşımından uzaklaşması sonucu yerel düzeyde çevre sağlığı, sağlık eğitimi, kurumlar ve sektörler arası işbirliği gibi konularda etkili çalışmalar yapılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Zoonotik hastalıkların kontrolü çalışmalarının başarılı olabilmesi için il, ilçe, köy ve mahalle düzeyinde etkili müdahaleler yapılması ve bu müdahaleler için ilgili tüm kurum ve kuruluşların yerel düzeyde işbirliği içinde olması gereklidir.

Bu raporda sunulan veriler tanımlayıcı veya kesitsel özelliktedir ve incelenen değişkenlerin sayısı sınırlıdır. Bu verilere dayalı olarak zoonotik hastalıkların toplumdaki eşitsizliklerle, sağlık sistemiyle ve sağlığın finansmanıyla ilişkisine dair değerlendirme yapmak olanaklı değildir.

Kaynaklar

1. TC Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuar Rehberi. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005.
2. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Zoonotik Hastalıklar Hizmet içi Eğitim Modülü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 799; Ankara, 2011.
3. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden bu rapor için alınan 24 Ekim 2011 tarihli cevabi resmi yazı.

4. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H, et al. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. Intl J Inf Dis 2010; 14(6) e469-78. Epub 2009 Nov 11.
5. Vançelik S, Güraksın A, Ayyıldız A. Erzurum ilçe merkezlerinde brucella seroprevalansı ve rose bengal testinin tanısal değeri. XI Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı. 23-26 Ekim 2007 Denizli. s: 206-7.
6. Turhan E, İnandı T, Çetin. Hatay'da On Beş Yaş Üzeri Toplumda Bruselloz Seroprevalansı ve Risk Faktörleri. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(5): 1631-8.
7. Dabanlıoğlu B, Doğan HO, Kılıç H. Erzincan İlinde bruselloz seroprevalansı ve rose-bengal, wright aglütinasyon test sonuçlarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 16(3): 152-8.
8. Doğramacı Köprülü N. Kahramanmaraş il merkezinde bruselloz hastalığının seroprevalansı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş, 2008.
9. Tarakçı H, Yaygın YE, Tümer E. İzmir Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan erişkinlerde bruselloz seroprevalansı. KLİMİK 2011 15. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı. Antalya 23-27 Mart 2011. P03-01 s: 213.
10. Gümüştepe CG. Brucellozun Hayvanlardaki Hastalık Yükü (sunum). III Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu 2010, Ankara.
11. Turgay N, Bayram Delibaş S, Dirim Erdoğan D, Özbel Y. Şanlıurfa'da antroponotik kutanöz leishmaniasis hastalarının hücresel immün cevabı. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2006; 30(1): 7-10.
12. Alpua Z, Koruk İ. Şanlıurfa ili 2006 yılı şark çıbanı olgularının değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı. 23-26 Ekim 2007 Denizli. s: 220.
13. Sucaklı MB, Saka G. Diyarbakır'da şark çıbanı epidemiyolojisi. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2007; 31(3): 165-169.
14. Doganay M, Metan G. Human Antrax in Turkey from 1990 to 2007. Vector-Borne and Zoonotic Diseases 2009; 9(2): 131-139.
15. Baykam N, Ergonul O, Eren S, et al. Characteristics of cutaneous antrax in Turkey. Journal of Infection in Developing Countries 2009; 3(8): 599-603.
16. Durmaz R. Şarbonun moleküler epidemiyoplojisi (sunum). III. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, 01 - 02 Kasım 2010, Ankara.
17. Uğurlu S. Şarbon epidemiyolojisi ve hayvanlardaki durum (sunum). III. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu 01 - 02 Kasım 2010, Ankara.
18. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Tularemi Hastalığının Kontrolü İçin Saha Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011.
19. Çalışkan M, Doğan M, Akpınar M, et al. Balıkesir ilinde nisan 2009 – mart 2010 tarihleri arasında 1 yıllık sürede görülen tularemi vakalarının incelenmesi. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Özet Kitabı. İzmir 18-22 Ekim 2010. s: 112.
20. Koç S, Duygu F, Söğüt E, et al. Clinical and laboratory findings of tularemia: a retrospective analiysis. Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2012; 22(1):26-31.
21. Akıncı E, Ülgen F, Kılıç S, ve ark. Orta Anadolu kaynaklı tulaemi olgularının değerlendirilmesi (editöre mektup). Mikrobiyoloji Bülteni 2011; 45(4): 762-764.
22. Şimşek H, Taner M, Karadenizli A, Ertek M, Vahaboğlu H. Identification of Francisella tularensis by both culture and real-time TaqMan PCR methods from environmental water specimens in outbreak areas where tularemia cases were not previously reported. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases accepted 31 Jan 2012. doi: 10.1007/s10096-012-1576-z.
23. Meric M, Sayan M, Dundar D, Willke A. Tularemia outbreaks in Sakarya, Turkey: case-control and environmental studies. Singapore Medical Journal 2010; 51(8):655-659.
24. Akalın H, Helvacı S, Gedikoğlu S. Re-emergence of tularemia in Turkey. International Journal of Infectious Diseases; 13(5): 547-551.
25. Yazgı H, Uyanık MH, Ertek M, ve ark. Erzurum merkez ve kırsalında yaşayan riskli gruplarda tularemi prevalansı. Mikrobiyoloji Bülteni 2011; 45(1): 67-74.
26. Gürcan Ş, Tatman Oktun M, Oktun M, et al. An outbreak of tularemia in western black sea region of Turkey.Yonsei Medical Journal 2004; 45(1): 17-22.
27. Dedeoğlu Kılınç G, Gürcan Ş, Eskiocak M, Kılıç H, Kunduracılar H. Trakya bölgesinin köylerinde

tularemi seroprevalansının araştırılması. Mikrobiyoloji Bilteni 2007; 41: 411-418.

28. Yeşilyurt M, Kılıç S, Çelebi B, Gül S. Tularemi: Avcılar gerçekten bir risk grubu mu? (editöre mektup). Mikrobiyoloji Bülteni 2012; 46(1): 153-155.
29. Kölgelier S, Demiraslan H, Kataş B, Güler D. Gebelerde toxoplasma gondii seroprevalansı. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36(3): 170-172.
30. Karabulut A, Polat Y, Türk M, Işık Balcı Y.Evaluation of rubella, toxoplasma gondii, and cytomegalovirus seroprevalence among pregnant women in Denizli province. Turkish Journal of Medical Sciences 2011; 41(1): 159-164.
31. Kayman T, Kayman M. Seroprevalence of toxoplasmosis among pregnant women in Kayseri. Perinatal Journal 2010; 18(3): 92-96.
32. Yazar S, Eser B, Yay M. Prevalence of anti-toxoplasma gondii antibodies in Turkish blood donors. Ethiopian Medical Journal 2006; 44(3): 257-261.
33. Çelebi B, Babür C, Kılıç S, ve ark. Zoonotik enfeksiyonlardan Q ateşi, listerioz, toxoplazmoz, ve kistik ekinokokkoz'un risk grubunda seroprevalansının araştırılması. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2008; 65(2): 67-73.
34. Ozkan AT, Celebi B, Babür C, et al. Investigation of anti-toxoplasma gondii antibodies in cats of the Ankara region of Turkey using the Sabin-Feldman dye test and an indirect fluorescent antibody test. Journal of Parasitology 2008; 94(4): 817-20.
35. Karatepe B, Babür C, Karatepe M, Kiliç S, Dündar B. Prevalence of toxoplasma gondii antibodies and intestinal parasites in stray cats from Nigde, Turkey. Italian Journal of Animal Science 2008; 7: 113-118.
36. Çiçek H, Babür C, Eser M. Seroprevalence of toxoplasma gondii in pirlak sheep in the Afyonkarahisar province of Turkey. Turkiye Parasitoloji Dergisi 2011; 35(3): 137-139.
37. Mor N, Arslan MÖ. Kars yöresindeki koyunlarda toxoplasma gondii'nin seroprevalansı. Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi 2007; 13(2): 165-170.
38. Aslantaş O, Ozdemir V, Kiliç S, Babür C. Seroepidemiology of leptospirosis, toxoplasmosis, and leishmaniosis among dogs in Ankara, Turkey. Veterinary Parasitology 2005; 129(3-4):187-191.
39. Sunbul M, Esen S, Leblebicioglu H, et al. Rattus norvegicus acting as reservoir of leptospira interrogans in the middle black sea region of Turkey, as evidenced by PCR and presence of serum antibodies to leptospira strain. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2001; 33: 896-898.
40. Aslantaş Ö, Özdemir V. Determination of the seroprevalence of leptospirosis in cattle by MAT and ELISA in Hatay, Turkey. Turkish Journal of Animal Sciences 2005; 29: 1019–1024.
41. Şahin M, Aydın F, Özdemir V, Genç O, Güler MA. Kars ve Ardahan illerinde sığır leptospirozisinin serolojik yöntemlerle araştırılması. Turkish Journal of Animal Sciences 2002; 26:17-25.
42. Gumussoy KS, Ozdemir V, Aydin F, et al. Seroprevalence of bovine leptospirosis in Kayseri, Turkey and detection of leptospires by polymerase chain reaction. Journal of Animal and Veterinary Advances 2009; 8(6):1222-1229.
43. Özkol M, Kilimcioğlu AA, Girginkardeşler N, et al. A discrepancy between cystic echinococcus confirmed by ultrasound and seropositivity in Turkish children. Acta Tropica 2005; 93(2):213-216.
44. Simsek S, Baklaya I, Koroglu E. Epidemiological survey and molecular characterization of echinococcus granulosus in cattle in an area of eastern Turkey. Veterinary Parasitology 2010; 172:347-349.
45. Düzlü Ö, Yıldırım A, Sarıözkan S, İnci A. Kayseri yöresinde üç farklı mezbahada kesilen koyun ve sığırlarda kistik echinococcosis'in ekonomik önemi. Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi 2010; 7(1):7-11.

1.4. VEKTÖRLE BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Seçil ÖZKAN[a], Ayşegül ERDOĞAN[b]

[a]Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

[b]Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı, Ankara

1.4.1 SITMA

Sıtma, Plazmodium adı verilen, tek hücreli ve hücre içi parazit ile oluşan bulaşıcı bir hastalıktır.

Sıtma parazitinin; vivax, malariae, falsiparum ve ovale olmak üzere dört ayrı türü vardır. Bunlardan vivax, üç günde bir nöbet veren (tersiyana sıtması) türdür. Ölümcüllüğü en az olan sıtmayı yapar. Bu nedenle de, benign sıtma olarak da adlandırılır. Türkiye'de yerli olarak görülen tür de bu türdür. Malariae dört günde bir gelen nöbetlerle seyreder (quartana sıtması). Falsiparum'da ise, nöbetler belirgin değildir. Falsiparum ile oluşan sıtma (malign sıtma) en ölümcül olan türdür. Daha çok Afrika, Uzakdoğu ve Güney Amerika gibi tropik bölgelerde yaygındır. Quartana sıtması ve malign sıtma Türkiye'de yerli olarak görülmez. Ovale ise, yalnızca Batı Afrika'da görülür.

Otuz milyon yıllık jeolojik katmanlarda sivrisinek fosillerinin bulunması, insanlığın yazılı tarihten önce sıtma ile karşılaştığını düşündürmektedir.

Yirminci Yüzyılın Birinci Yarısına girildiğinde, 60. Kuzey Enlemi ile 40. Güney Enlemi arasında yaşayan tüm toplumlarda sıtmanın çok yaygın olduğu bilinmektedir. Nitekim Dr.Ata Ünalan 1945 yılında yazmış olduğu Sıtma adlı kitabında, dünyada sıtmanın yaygın olduğu ülkeleri şöyle sıralamıştır:

Avrupa'da; İtalya, İspanya, Portekiz, Güney Fransa, Balkanlar ve Türkiye,

Asya'da; Arabistan, Türkistan, Acemistan, Afganistan, Hindistan, Çin, Siyam, Japonya, Filipinler,

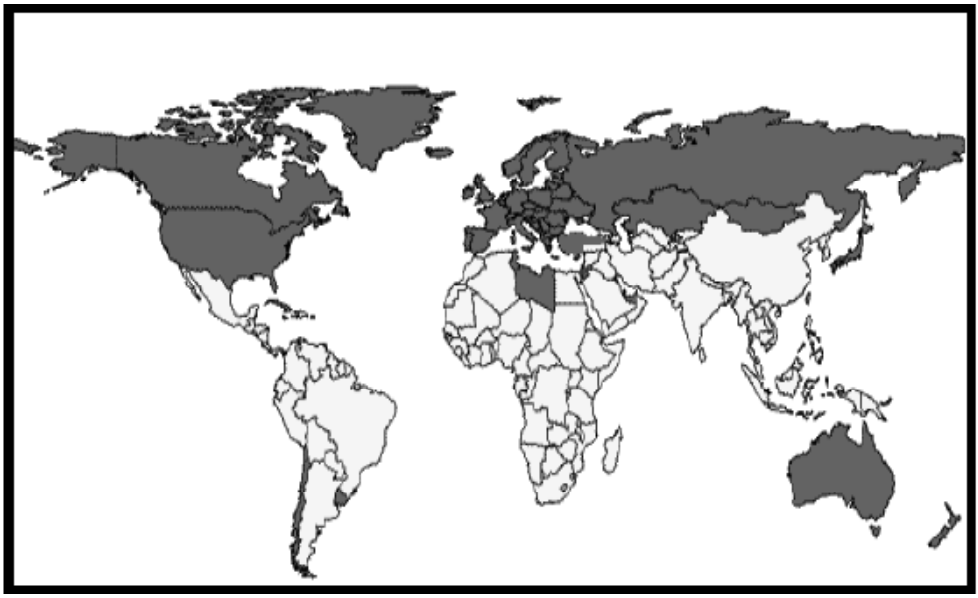
Amerika'da; ABD'nin güneyi, Meksika ve güney Amerika Kıtası'nın her yeri,

Afrika'da; her yer, Avustralya kıtasının kuzey kısmı ve Yenigine ve bütün adalarda.

1990'lı yıllarda sıtmanın yerleşik olduğu ülkelerin sayısı 90 kadarken, geçen on yılda sayı yüzü aşmıştır (Bakınız Harita 1). Özellikle, sıtma eradikasyon programının olumlu sonuçlar verdiği Orta Asya, Doğu Avrupa ve Kuzey Afrika ülkelerinde sıtma kontrolden çıkarak tekrar yerleşik hale gelmiştir.

2000 yılları itibarı ile 101 ülkede üç milyar nüfus sıtma riski altındadır. Diğer bir anlatımla, dünya nüfusunun %40'ı sıtmanın yerleşik olduğu bölgelerde yaşamaktadır. Bu nüfustan, her yıl 160–170 milyon yeni sıtma olgusu çıkmakta (insidens-*incidence*), yıllık klinik olgu sayısı toplamı ise 300 – 500 milyonu bulmaktadır (prevalans-*prevalance*). Dünya nüfusunun yaklaşık %10'u her yıl sıtma geçirmektedir. Bu olgulardan 2,7 ile 3 milyonu ölmektedir. Bu ölümlerin bir milyon kadarı beş yaş altı çocuk olup, her gün 300 çocuk sıtmadan ölmektedir. Beş yaş altı çocuk ölümünün %11-12'sinin nedeni sıtmadır.

Afrika'daki ülkelerin hemen tamamında, GSMH'nın %1–5 sıtma nedeniyle kaybedilmektedir. Dünyada, sıtmanın endemik / yerleşik olduğu bölgeler aynı zamanda nüfus artışının da en hızlı olduğu bölgelerdir (Bakınız Harita 1).



Harita 1: Dünya Sıtma Haritası 2003

Türkiye'de Cumhuriyetin ilanından sonra üç büyük salgın yaşanmıştır. Birincisi 1929- 1944 yılları arasında yaşanan salgındır. Aslında bu salgının 1939'a kadar olan bölümü, o yıllarda gelişen gerçek bir salgın olmayıp, var olan salgının kayıtlara geçirilmesi ile ilgilidir. Bu dönemde kayıtlı olgu sayısı en yüksek düzeyine 1932 yılında 72500'e ulaşmıştır. Bu yıldan sonra olgu sayılarındaki artış durmuş ve hatta azalmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın başlangıç yılı olan, 1639 yılından itibaren gerçek bir salgın başlamış ve 1942 yılında kayıtlı olgu sayısı 146 bine kadar yükselmiştir. Bu salgının kontrol altına alınması 1947 yılına dek sürmüş, 1975 yılına dek, olgu sayıları göreceli olarak dengeli bir biçimde seyretmiştir.

Türkiye'de, sıtma son otuz yılda (1970'li yıllardan sonra) iki kez 100.000'leri aşan sayılara ulaşmıştır. 1974'den önceki yıllarda 2–3 binli sayılarla seyreden kayıtlı olgu sayıları 1977 yılında birden bire 115 binlere ulaşmış ve bu salgının bastırılması 1991 yılında dek sürmüştür. 1993–1998 yılları arasında yaşanmış olup, bu salgında kayıtlı olgu sayıları 84 binlere yükselmiş ve salgının bastırılması 2004 yılında dek sürmüştür.

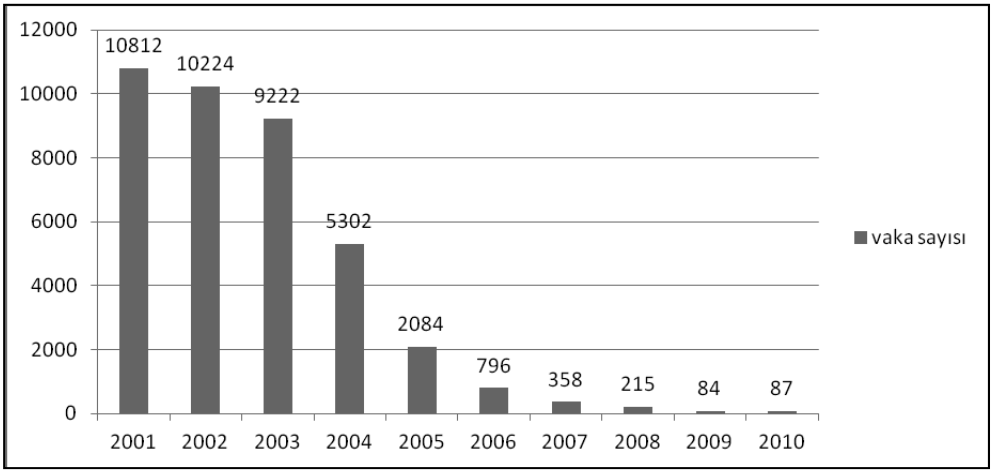
Bulaşma Yolu

Sıtmanın esas bulaşma yolu sivrisinek (Anofel) iledir. Sivrisinek sıtma paraziti için bir ara konakçıdır. Rezervuarı insandır. Sıtma parazitini taşıyan insanların bulunup tedavi edilmesi halinde parazit ve Sıtma hastalığı yeryüzünden silinebilir.

Sıtmada, kan ve kan ürünleri ile geçiş de söz konusudur (bu yolla oluşan sıtmaya edinsel sıtma denir). Sıtma parazitini taşıyanlardan yapılan, kan transfüzyonu, organ nakli ve yan yana (çift masa) cerrahi müdahale gibi durumlarda edinsel sıtma oluşabilir. Bu tür geçişlerin, hastalığın yayılması açısından çok önemi yoktur; bireysel sağlık açısından çok önemlidir.

Korunma ve Kontrol

Sıtmadan korunma ve kontrol altına alınmada başlıca iki yol bilinmektedir. Bunlardan birisi, çevredeki sivrisinekleri yok etmek suretiyle bulaşmayı engelleme/kesme; yani sivrisinek mücadelesidir. Diğeri ise; sıtma paraziti taşıyan insanları bulup tedavi etmek suretiyle, kaynak yok etmedir.



Grafik 1. Yıllara Göre Görülen Sıtma Vaka Sayısı, Türkiye

1.4.2. VEBA

Tanım: Dünyanın varoluşundan beri "Kara ölüm" olarak adlandırılan veba çok büyük salgınlar yapmış, çağlar açıp kapatmış bir hastalıktır. Hastalık özellikle farelerde görülür ve fare pireleri ile insanlar arasında yayılır. Tarihte son derece önemli yer tutan bu hastalık pek çok esere de konu olmuştur.

Etken: Veba, etkeni Yersinia pestis adlı bakteri olup, kemiricilerin arasında görülen zoonotik bir hastalıktır.

Vektör: İnsana veba geçişinden en çok sorumlu tutulan hayvanlar fare ve sıçanlardır. Hastalık taşıyan farelerin pireler tarafından ısırılması ve bu pirelerden insanlara bulaşması ile hastalık yayılır.

Epidemiyoloji

Kemirgenlerle mücadele ve pire gibi vücut dışı parazitlere etkili ilaçların bulunması ile ve hijyen şartlarının iyileşmesi ile hastalığın önüne geçilebilmiştir. Ancak hala dünya üzerinde odaklar vardır. Ortaçağda Avrupa nüfusunun 1/5'i vebadan ölmüştür. Daha yakın tarihlerde, Vietnam savaşı sırasında da salgın görülmüştür.

Dünyadaki En Önemli Veba Salgınları

Yıl	Yer	Etkileri
558	Avrupa, Asya, Afrika	Milyonlarca ölü
740-744	Bizans	200.000 ölü.
1340	Asya ve Avrupa	25 milyon ölü
1407	İngiltere	30.000 ölü
1625	Londra	35.000 ölü
1665	Londra	70.000 ölü
1672	Fransa	60.000 ölü
1900	Çin ve Hindistan	3 milyon ölü
1907	Hindistan	1.3 milyon ölü
1920'ler	Hindistan	2 milyon ölü
1935	Uganda	2.000 ölü

Map 1 Natural plague foci (in rodent population)

Korunma

Hasta ile şüpheli temas olduğunda 7 gün süre ile tetrasiklin veya sülfonamidle kemoprofilaksi önerilmektedir.

Dekontaminasyon-İzolasyon: Bubonik formda salgılar dikkatlice yok edilmelidir. Bu önlemler antibiyotik tedavisini takiben 48 saat süresinde devam etmelidir. Pnömonik vebada ise izolasyon yapılmalı ve alınan önlemler katı bir şekilde uygulanmalıdır. Pnömonik olgularda hastalık damlacık yoluyla bulaşır. Antibiyotik kullanımını takiben 72 saat sonra bulaştırıcılık kaybolmaktadır. Vakalar için hava yolu ile bulaşan hastalıklar için alınan önlemler uygulanır.

1.4.3. Q ATEŞİ

Q ateşi *Coxiella burnetii*'nin insanlarda oluşturduğu sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. *C. burnetii* memeliler, kuşlar ve artropodları içeren çok sayıda hayvan türünü infekte edebilir. Hayvanlarda, genellikle asemptomatik enfeksiyon şeklinde seyretmekle birlikte en sık görülen klinik belirti olarak; yavru atma, ölü yada düşük ağırlıklı doğumlara ve pnömoniye neden olabilirler.

İnsanlarda Q ateşi 2-5 haftalık bir inkubasyon süresinden sonra akut ve kronik enfeksiyon şeklinde seyreder. İnfekte bireylerin %60'ında herhangi bir semptom görülmez. Semptomatik olguların yarıya yakını da hastaneye yatırılmayı gerektirmeden iyileşir. Akut Q Ateşi, grip benzeri hastalık, spesifik olmayan ateş, pnömoni veya hepatit ile karakterizedir. *Q* Ateşi, Antartika ve Yeni Zelanda hariç dünyadaki bütün ülkelerde yaygındır. Enfeksiyonun yeni vakalarının çoğu Avustralya, Kanada, Fransa, Almanya, Japonya, İspanya, İsviçre ve İngiltere'de tanımlanmıştır.

Etken insanlara sıklıkla enfekte sığır, koyun keçi gibi çiftlik hayvanları ve kedi köpek gibi evcil hayvanları ile; nadiren de kuşlar, sürüngenler ve keneler aracılığı ile bulaşır. Sığır, koyun ve keçiler etkenin insanlara bulaşmasında primer rezervuarlardır. İnfekte hayvanların idrar, dışkı, süt ve doğum artıklarıyla mikroorganizma etrafa saçılır ve insanlara bulaşabilir. Koyun ve keçilerde yavru atma ve sığırlarda düşük doğum ağırlığı ve infertilite kronik *C. burnetii* enfeksiyonu ile ilişkili bulunmuştur. Epidemiyolojik veriler süt veren ineklerin koyunlardan daha sıklıkla enfekte olduğunu ve insan enfeksiyonunda en önemli bulaş kaynağı oluşturduğunu göstermiştir.

C. burnetii enfeksiyonu kuş, at, tavşan, domuz, deve, manda, rat ve fareler dahil çok sayıda evcil ve yabani memelilerde nadir olarak bildirilmiştir. Ayrıca, etken güvercin, tavuk, ördek, kaz ve hindilerden izole edilmiştir. İnsanlar infekte evcil kanatlı hayvanların çiğ yumurtalarını tüketmek suretiyle veya infekte çıkartılarının inhalasyonu ile Q ateşi'ne yakalanabilirler. *C. burnetii* antikorları Hindistan'da yılan ve kaplumbağalarda da bulunmuş, fakat bu hayvanlardan *C. burnetii* izole edilmemiştir.

Bulaşma yolları

Hayvanlar enfeksiyonu hastalıklı materyalle direkt temas ile ve kenelerden alırlar. İnsanlar ise sıklıkla infekte hayvanların dışkıları, sütleri, plasentaları, vücut sıvıları ile etrafa saçılan kontamine aerosollerin inhalasyonuyla infekte olurlar. İnsanlardaki enfeksiyonun görülme sıklığı koyun ve keçilerin kırkma ve yavrulaması nedeniyle çevresel kontaminasyonun olduğu ilkbahar döneminde ve yaz başlangıcında artar. *C. burnetii* çevrede uzun süre canlı kalarak rüzgârla uzaklara taşınır. Bu nedenle, Q Ateşi hayvanlarla herhangi bir teması olmayan insanlarda da görülebilir. İnsanlar kontamine yün, gübre veya dışkı ile kontamine

materyallere temas; nadiren kontamine çiğ süt veya çiğ süt ürünlerinin tüketilmesi sonucu infekte olabilirler. Etkenin sindirim yoluyla bulaşması nadir ve tartışmalı olmakla birlikte bazı çalışmalarda peynir tüketilmesi sonucu oluşan klinik hastalık rapor edilmiştir.

İnsandan insana bulaşma son derece nadirdir. Bununla birlikte, düşük yapan infekte bir kadına müdahale eden bir doğum mütehassısında, konjenital enfeksiyonlarda meydana gelen plasental nakilde, otopsiler esnasında, intradermal inokulasyon veya kan transfüzyonu yolu ile insanlarda enfeksiyonun oluştuğu bildirilmiştir. Cinsel yolla bulaş deneysel olarak infekte farelerde gösterilmekle birlikte bu tip bulaşmanın insanlar ve yabani hayvanlarda görüldüğü kesin değildir.

Korunma ve Kontrol

Hastalık insanlara sıklıkla kontamine hayvan ürünleriyle temas veya kontamine partiküllerin aerolizasyonu ile bulaştığından korunma ve kontrol işlemleri hastalık kaynaklarının önlenmesine odaklanmaktadır.

Q ateşi 30.05.2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Yönetmeliği, Ek III Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne alınmıştır.

1.4.4. SARS

DSÖ 16 Nisan 2003'te SARS etkeninin daha önceden bilinmeyen yeni bir Coronavirüs olduğunu ve bu yeni virüse SARS virüsü adı verildiğini açıklamıştır. Yeni virüsün genetik şifresi de çözülmüş ve bilinen Coronavirüs türleriyle sadece %50-60 oranında genetik benzerliği olduğu saptanmıştır.

WHO tarafından ağır akut solunum yetmezliği sendrom olarak adlandırılan ve etkeninin SARS ile ilişkili korona virüs (SARS-CoV) olduğu anlaşılan bir viral pnömonidir. İlk kez 2002 yılı son aylarında (Kasım) Çin'de az sayıda olguda saptanan ancak, Şubat 2003'den itibaren hızla yayılan, hızla ülke sınırları dışına çıkan, ulaşım olanakları ile önce Kanada, ardından batı ülkelerine yayılan bir hastalıktır. En sık tutulan ve hastanın prognozunu belirleyen organ akciğerlerdir. SARS virüsü alt solunum yollarında viral pnömoni oluşturmaktadır.

Epidemiyoloji

Hindistan 17 Nisan'da ilk SARS bildirimini yapmıştır. Batı sahillerindeki eyaletlerden biri olan Goa bölgesinde saptanan hastanın iyileştiği, ancak halen evinde izolasyonda tutulduğu bildirilmiştir.

DSÖ'nün 18 Nisan 2003 tarihli raporunda Hong Kong'ta SARS salgının en yoğun şekilde yaşandığı Amoy Gardens isimli apartman komplekslerinin bulunduğu bölgede hastalığın şiddetine yönelik yapılan epidemiyolojik araştırmanın ilk verileri yayınlanmıştır. Daha önceden yap›lan spekülasyonlarda bu bölgede hastalığın hamamböcekleri aracılığı ile yayılabileceği söylenmekteydi. Araştırıcıların bulgularına göre, hastalık kanalizasyon sistemindeki defektler aracılığı ile yayılmış olabilir.

Hastalığın görüldüğü ülkeler (5 Mayıs 2003 DSÖ verilerine göre), Avustralya, Belçika, Brezilya, Kanada, Çin, Çin Hong Kong özel idari bölgesi, Tayvan,Fransa, Almanya, İtalya, İrlanda, Romanya,Singapur, İsviçre, Tayland, İngiltere, ABD, Vietnam olarak bildirilmiştir.

Bulaşma Yolu

SARS'ın bulaş yolu temelde damlacık yoludur. Bu nedenle hastanın bulunduğu ortamda öksürmesi ile ortama yayılan ve havada asılı kalan partiküllerin ağız, burun ve göz yoluyla alınması ile bulaşmaktadır. Damlacık sıvı içeriğini hızla kaybederse virüs kristalize olarak toz parçacığı içinde havada asılı kalabilmektedir. Normalde Corona virüs türleri kuru havada yaklaşık 3 saat süre ile canlı kalırken, SARS-CoV'ü en az 24 saat süreyle dış ortamda canlı kalmaktadır.

Yine hastanın solunum yolu sekresyonları ile kirlenmiş mendil, havlu ve eşyalarında bulaşta rol oynayabilecekleri vurgulanmaktadır. Kontamine iğne, stetoskop veya ellerle geçebilmektedir.

SARS'ın bulaşmasında yakın temas kavramı öne çıkmaktadır.

Korunma

SARS'dan korunmadaki ilkeler, infeksiyonlardan korunmadaki temel ilkelerden farklı değildir. Direkt temasla bulaşan bu infeksiyondan korunmada, şüpheli ya da olası SARS hastalarının ateş ve solunumsal semptomları kaybolduktan en az 10 gün sonrasına kadar toplumdan izole edilmesi en önemli bölümü oluşturmaktadır. Bu nedenle negatif basınçlı, saatte en az 6 kez oda havasının değişikliği odalarda izlenmelidir.

Oda havasının sürekli temizlenmesi ve oda havasının düşük basınçlı olması infeksiyonun diğer hastalara ve sağlıklı personele yayılımını engelleyen temel önlemdir. Odaya girecek personelin minimale indirilmesi ve bu kişilerin N95 HEPA filtre maskeler ve eldivenlerle sağlık hizmeti sunmaları, eldiven çıkarıldıktan sonra sabunlu su ile yıkamaları ve alkol içeren dezenfektanlar kullanmaları önerilmektedir.

Hastanın maske takması gereklidir. Hastanın kullandığı bardak, tabak, havlu ve çarşaflar ortak kullanılmamalıdır. Hasta salgısı ile temas etmiş olan yüzeyler alkol içeren dezenfektanlarla eldiven ile temizlenmelidir.

SARS bulgusu olmayan ancak SARS tanılı hasta ile temas etmiş olan bireylerin 10 gün süre ile izolasyonları gereklidir. Her gün telefonla bu kişilerden sağlıkları ile ilgili bilgi alınmalı ve semptomlar geliştiğinde bu iş için belirlenmiş ambulanslarla tüm korunma önlemleri alınarak hastaneye yatırılmaları gerekmektedir.

Virüs dezenfektan ve fiksatiflerle enfektivitesini kolay kaybetmektedir. Aseton, %10 formaldehit,%10 paraformaldehit, %10 clorox, %75 etil alkol, %2 fenol ile beş dakikadan az sürede dayanıklılığını kaybetmektedir. Ultravioleye karşı duyarlıdır. Oda ısısında dışkıda dört gün, idrarda en az bir gün, plastik yüzeylerde en az iki gün canlı kalabilir.

1.4.5. VİRAL HEMORAJİK ATEŞLER

a. KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA)

Bunyaviridae ailesine bağlı *Nairovirus* soyundan virüslerin meydana getirdiği bir enfeksiyondur. KKKA hastalığı ateş, yaygın vücut ağrısı, vakaların az bir kısmında ise deri, mukoza ve iç organlarda kanamalar ile seyreden kene kaynaklı viral bir enfeksiyondur.

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi ilk olarak 1944 yılında Kırım'da görülmüş ve Kırım Kanamalı Ateşi olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1956 yılında Kongo'da görülen hastalığın, 1969 yılında Kırım Kanamalı Ateşi ile aynı olduğunun farkına varılmış ve hastalık bundan sonra

bugünkü bilinen ismiyle anılmaya başlamıştır. Hastalık Sahra altı Afrika, Asya, Orta Doğu ve Balkanlarda endemiktir. Virüs bazı evcil ve yabani hayvanları enfekte etmekte ve bunlarda hastalık hafif seyretmektedir. Birçok kuş virüse karşı dirençlidir ancak virüsün yayılmasında rol oynamaktadır.

Ülkemizde ilk kez 2002 yılında görülen ve 2003 yılında tanımlanan hastalık, her yıl Nisan-Ekim ayları arasında görülmekte ve Haziran-Temmuz aylarında pik yapmaktadır. İlk kez Tokat yöresinde görülen hastalık ağırlıklı olarak İç Anadolu Bölgesinin kuzeyi, Karadeniz Bölgesinin güneyi ve Doğu Anadolu Bölgesinin kuzeyinde görülmektedir. Hastalığın yoğun olarak görüldüğü başlıca iller; Erzurum, Erzincan, Gümüşhane, Bayburt, Tokat, Yozgat, Sivas, Amasya, Çorum, Çankırı, Bolu, Kastamonu, Karabük gibi illerimizdir. Son yıllarda hastalığın görüldüğü alan genişlemiş olup hemen hemen ülkemizin her bölgesinden sporadik vaka bildirimi yapılmaktadır.

KKKA'nın bulaşmasında *Hyalomma* soyuna ait keneler daha büyük bir yere sahip olmakla birlikte, 30 civarında kene türünün bu hastalığı bulaştırabileceği bildirilmektedir. Virüs kenelerde, transovaryal ve transstadiyal pasajlarla idame olur; keneler arasında venereal olarak bulaşmanın olduğu da bildirilmektedir. Henüz ergin olmamış *Hyalomma* soyuna ait keneler, küçük omurgalılardan kan emerken virüsleri alır, gelişme evrelerinde muhafaza eder. Keneler, insan veya hayvanlardan kan emerken virüsleri de bulaştırırlar.

Bulaşma yolları

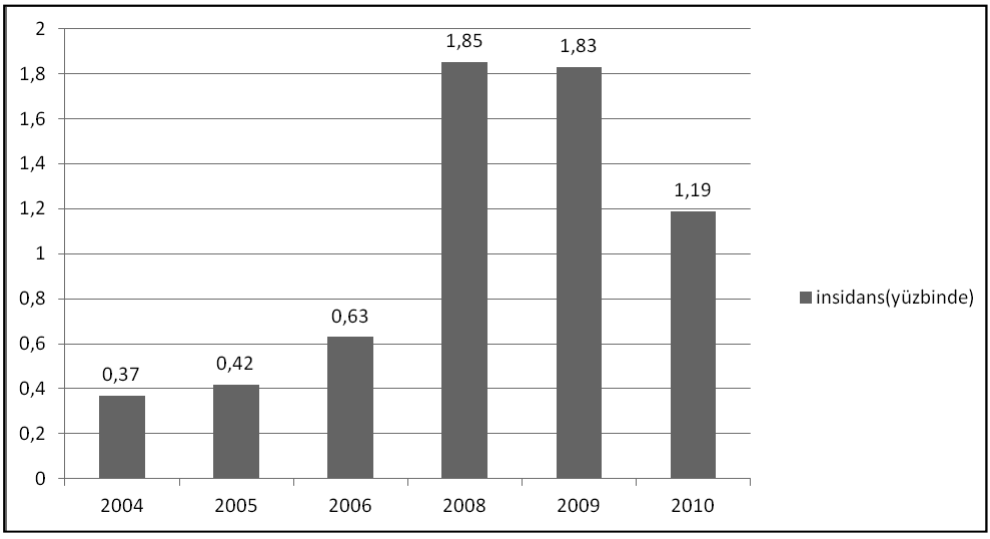
- Enfekte kene tutması,
- Enfekte kenelerin çıplak elle ezilmesi,
- Viremik hayvanların kan, doku ve sekresyonları ile temas,
- KKKA hastalarının kan ve diğer vücut sıvıları ile temas,
- Kan içeren damlacık yolu ile bulaş.

Risk grupları

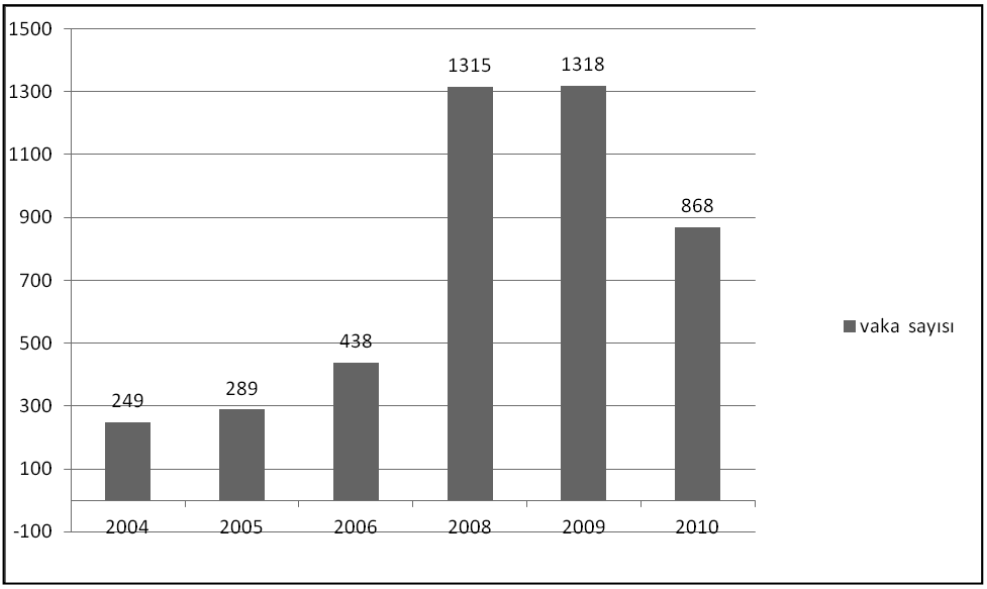
- Endemik bölgede yaşayan tarım ve hayvancılık ile uğraşan çiftçiler, çobanlar, kasaplar, mezbaha çalışanları
- Veteriner hekimler
- Veteriner sağlık teknisyenleri
- Enfekte hastalarla temas eden sağlık personeli
- Laboratuar çalışanları
- Askerler
- Kamp yapanlar
- Hastaların yakınları

Korunma ve Kontrol

- Mümkün olduğu kadar kenelerin bulunduğu riskli alanlardan kaçınılması gerekmektedir.
- Kene yönünden riskli alanlarda bulunulduğunda kenelerin daha kolay fark edilmesi açısından açık renkli elbiseler tercih edilmeli, kenelerin vücuda girebileceği yerler kapatılmalıdır.
- Kene yönünden riskli alanlardan dönüldüğünde vücut ve elbiseler mutlaka kene yönünden kontrol edilmelidir.
- Özellikle tarım ve hayvancılıkla uğraşanlar vücutlarını ve elbiselerini sık aralıklarla kontrol etmelidir.
- Vücuda tutunmuş kene varsa en kısa sürede çıkarılması sağlanmalıdır.
- Kene çıkarıldıktan sonra kişi hastalık belirtileri ve yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hasta kişilerin kanlarına veya diğer vücut sıvılarına korunmasız temastan kaçınılması gereklidir.
- Hastalıkta hava yoluyla bulaş olmadığı ancak damlacık yoluyla bulaşma riski olduğundan hastaya yaklaşımda cerrahi maske yeterlidir.
- Özellikle hastalığın görüldüğü yerlerde yaşayanlar, hayvanların kanlarına ve diğer vücut sıvılarına korunmasız temastan kaçınmalıdır.
- Başta sığırlar olmak üzere çiftlik hayvanlarında Tarım teşkilatı önerileri doğrultusunda mutlaka kene mücadelesi yapılmalıdır.
- Kenelerle mücadelede geniş çevre ilaçlaması etkin değildir.



Grafik 1. Yıllara Göre Kırım Kongo Kanamalı Ateşi İnsidans Hızları, Türkiye



Grafik 2. Yıllara Göre Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Sayısı, Türkiye

b. HANTAVİRUS ENFEKSİYONU

Hantavirüsler, *Bunyaviridae* ailesinde yer alan RNA virüsleridir. Bu gün için doğada en az 20 farklı hantavirüs tipi bulunmaktadır. Hantavirüsler insanlarda **"Renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş" (RSKA)** ve **"Hantavirüs pulmoner sendrom" (HPS)** olmak üzere iki türlü hastalık tablosuna yol açarlar.

Dünyada RSKA'nın yıllık insidansı 60-150 bin arasındadır ve bunların % 90'ı Çin Kore ve Rusya'dan bildirilmektedir.6 Avrupa'da retrospektif yapılan bir sürveyans sonucunda 1990-2006 yılları arasında %70'i Finlandiya'dan olmak üzere 33 bin civarında Hantavirüs olgusu bildirilmiştir. Avrupa'daki olguların büyük çoğunluğu İskandinav ülkeleri, Fransa, Belçika ve Almanya'da saptanmıştır. Bunun yanında Danimarka, İspanya, İtalya ve Kıbrıs'tan hiç olgu bildirilmemiştir.1 Amerika kıtasında 1993-2004 yılları arasında 1910 HPS olgusu saptanmıştır. Hastalığın insanlarda yıllık görülme insidansını belirleyen en önemli iki faktörden birincisi bölgesel olarak rodent sayısındaki artış sonucu Hantavirüs ile çevresel kontaminasyonun artması, ikincisi ise insanların Hantavirüs ile kontamine çevresel alanlardaki aktivitesinin artması ile ilişkili görünmektedir. Örneğin Çin'de hastalık ilkbaharda (ekim zamanı) ve sonbaharda (hasat toplama zamanı) olmak üzere iki defa pik yapmaktadır.

Batı Avrupa ülkelerinde (özellikle Belçika) hastalığın döngüsel seyri daha belirgindir ve birkaç yılda bir salgınlar görülmektedir. Bu ülkelerde ılıman ve bol yağışlı yıllarda yayvan yapraklı ağaçların tohumlarında (palamut, kayın gibi) artış ortaya çıkması rodent popülasyonunda artışa neden olmaktadır. Rodent sayısındaki artışa paralel olarak insanlarda Hantavirüs enfeksiyonunda artış görülmektedir.

Hastalık 20-50 yaş grubunda daha çok erkeklerde ve sıklıkla ilkbahar ve sonbahar aylarında görülmektedir. Çiftçiler, askerler, liman işçileri gibi kemiricilerle teması yüksek olan şahıslarda sıklıkla gözlenir. *Hanta virüs* laboratuar enfeksiyonlarınada yol açabilmektedir. Özellikle kötü havalandırma koşullarında beslenen enfekte deney hayvanlarından aerosol yolu ile insanlara geçebilmektedir. *Hanta virüs* enfeksiyonlarında *Andes virüsü* haricinde insandan insana geçiş yoktur.

Kemiricilerin doğal yaşam alanlarında aktivitede bulunanlar (askerler, ormancılar, çiftçiler, avcılar, doğa sporu yapanlar vb.) Hantavirüsler ile karşılaşma açısından riskli grubu oluştururlar. Doğal ortamda yaşayan ve Hantavirüs taşıyan bazı kemirici türleri yiyecek bulmak amacıyla kiler, ambar, depo gibi insan yaşam alanlarına girip çevreyi Hantavirüs ile kontamine edebilirler. Gerçekten de epidemiyolojik veriler kemirici idrar-dışkısıyla temas açısından riskli gruptaki insanlarda Hantavirüs enfeksiyonu prevalansının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde ilk kez 2009 yılı Şubat ayında Çelebi ve ark. tarafından Zonguldak-Bartın bölgesinde insanlarda Hantavirüs salgını tespit edilmiştir. Bu salgın ile birlikte Hantavirüsün ülkemiz coğrafyasında bulunduğu ve insanlarda **renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş** tablosuna yol açtığı bilimsel olarak kesin kriterlerle gösterilmiştir.

Bölgede ortaya çıkan salgında 20 civarında olguda Hantavirüs enfeksiyonu serolojik olarak doğrulanmıştır. Bu olguların çoğunluğunda etkenin **PUUV** olduğu saptanmıştır (yayınlanmamış veri). Daha sonra ülkemizde doğu Karadeniz bölgesinde de Hantavirüs olguları tespit edilmiştir. Ulusal Hantavirüs Çalışma Grubu tarafından yürütülen bir proje çerçevesinde 2009 yılı Haziran ayında Zonguldak-Bartın bölgesinde kemiricilerde Hantavirüs sürveyansı yapılmıştır. Salgın bölgesinde yakalanan Apodemus türü 121 kemiricinin 7'sinde (% 5,8) ve Myodes türü 53 kemiricin 30'unda (% 56,6) Hantavirüs-IgG pozitifliği saptanmıştır.12 Bu kemiricilerin dokularından Vero E6 hücre kültürüne ekim yapılmış ve 5 örnekte **PUUV**, 2 örnekte ise **DOBV** ürediği tespit edilmiştir.

Koruma ve Kontrol

Korumada en önemli yöntem kemiricilerin kontrolü ve kemiricilerin çıkartıları ile insan temasının önlenmesidir. Farelerle savaş *Hanta virüs* enfeksiyonlarının önlenmesinde en önemli noktayı oluşturmaktadır.

- Farelerden uzak durulması ayrıca kemiricilerin çıkartıları ile insan temasının önlenmesidir
- Genel olarak el temizliğine dikkat edilmeli, canlı veya ölü farelere çıplak elle dokunulmamalı, dokunulduğu takdirde eller bol sabunlu su ile yıkanmalı
- Ev hijyeninin sağlanması için mutlaka 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu (1:10' luk sodyum hipoklorit) kullanılmalı
- Çöplük, çalılık ve atıklar gibi farelerin yaşayabileceği ortamların temiz tutulması, yiyecek ve içeceklerin açık ortamlarda bulundurulmasının engellenmesi
- Uzun süre kullanılmayan depo, hangar, ahır veya diğer kapalı mekânlar iyice havalandırılmadan girilmemelidir.

Hastaların rutin olarak izolasyonu gerekli değildir. Hasta bakımı sırasında sağlık personeli tarafından standart korunma önlemleri alınmalıdır. Hastaya uygulanan işleme bağlı olarak hasta materyalinin aerosol veya sıçrama yoluyla bulaşma riski nedeniyle; cerrahi maske, gözlük gibi ek koruyucu önlemler alınmalıdır.

2010 yılında Hantavirüs Renal Sendrom Vaka Bildirim Çizelgesi ile Bakanlığa bildirilen 58 Hanta virus vakası bir çalışmada incelenmiştir. Vakaların Burdur, Giresun, İstanbul ve Kastamonu'dan bildirildiği saptanmıştır.

Hantavirüs enfeksiyonları 02.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Ek Yönetmelik ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne dahil edilmiştir.

c. CHİKUNGUNYA

Chikungunya virüsü Asya'da yaşayan Aedes albopictus sineği tarafından bulaşan, viral kaynaklı, yüksek ateşle seyreden, kanamalı bir hastalıktır. Hastalık insana bulaştığında kas, eklem ve baş ağrısı ile burun, dişeti ve iç organlarda kanamalarla kendini gösterir.

Chikungunya hastalığı Afrika ve Güney Asya'da Hint Okyanusuna kıyısı olan ülkelerde görülmektedir. Ancak tatilini Hint Okyanusu'nda geçiren bir Fransız tarafından ilk kez Avrupa topraklarına taşınmıştır. Hastalık insandan insana bulaşmıyorsa da son yıllarda başta Fransa ve İtalya gibi Avrupa ülkelerinde de görülmüştür.

Chikungunya genellikle kendi kendini sınırlayan hastalık olarak kabul edilmekle birlikte bazı gelişmekte olan ülkelerde ölümler bildirilmiştir. Meningoensefalit, trombositopeni ve kanama gibi ciddi komplikasyonların görüldüğü rapor edilmiştir. Yaşlı ve yeni doğan immunyetmezlik olan hastalar gibi kronik sağlık sorunları olan hastalarda bu tür komplikasyonlar yüksek risk oluşturmaktadır.

Chikungunya olduğu bilinen bir bölgeye seyahat edilmesi durumunda sivrisinek sokmalarına karşı önlem alınmalıdır. Bu tür önlemler cilde sivrisinek kaçırıcı ilaçların sürülmesi, kolları, paçaları tamamen kapalı beyaz giysi giyilmesi, sivrisineklerin girmesini önleyecek önlemlerin alınması olabilir. Enfeksiyonu geçirenlerde ömür boyu bağışıklık sağlandığı dünüşülmektedir.

Chikungunya 02.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Ek Yönetmelik ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne dâhil edilmiştir.

3.5.6. BATI NİL ATEŞİ

Batı Nil Virüsü (BNV); artropodlarla bulaşan, insanlar, atlar, kuşlar ve vahşi hayvanlarda çeşitli nörolojik semptomlarla karakterize enfeksiyona sebep olan bir flavivirüstür.

Virüs ilk defa 1937 yılında Uganda'nın Batı Nil bölgesinde sağlıklı bir kişiden izole edilmiştir. Mısır'da 1950'li yılların başlarında sivrisinek, kuş ve insanlarda virüs gösterilmiştir. Atla ilgili hastalıklar ilk kez 1960'lı yılların başlarında Fransa ve Mısır'da tanımlanmıştır. Kuzey Amerika'da ilk kez 1999 yılında görülmüş, insan ve atlarda ensefalit oluşturduğu tespit edilmiştir.

Romanya'da 1996 yılında ilk defa tespit edilen batı nil virüs enfeksiyonu salgınından sonra, 2010 yılında, bazı Avrupa Birliği ülkelerinden (Romanya, Macaristan, İtalya, İspanya ve Yunanistan) Batı Nil ateşi insan vakaları bildirilmiştir. Yunanistan Orta Makedonya'da ülkenin kuzey bölgelerini etkileyen büyük bir salgın görülmüş ve 35'i ölümle sonuçlanan 262 insan vakası tespit edilmiştir. Eş zamanlı olarak, Türkiye ve Rusya tarafından Batı Nil ateşi salgınları rapor edilmiştir.

Hastalık özellikle yaz sonu ve sonbaharda artmaktadır. Enfekte bireylerin 1/150'sinde nörolojik hastalık (genellikle menenjit veya ensefalit) gelişir. Özellikle 50 yaşın üzerinde, hastalık şiddetli seyretmekte ve ölüm riski artmaktadır.

Bulaşma yolları

Bulaşma *Culex* cinsi sivrisinekler ile vahşi kuşlar arasında olmaktadır, insanlar tesadüfî konaklardır. Memeliler enfekte sivrisineklerin ısırması ile nadiren enfekte olabilmektedirler. Hasta atlar ve insanlardan virüsün diğer insanlara bulaştığına dair bir kanıt yoktur.

- BNV esas olarak sivrisinekler aracılığı ile insanlara ve atlara (esas vektör *Culex* cinsi)
- Hastalığın sivrisinek dışında da çeşitli bulaş yolları (Kan ürünlerinin transfüzyonu, organ transplantasyonu ve laboratuvar çalışanlarında perkütanöz inokülasyon) vardır.

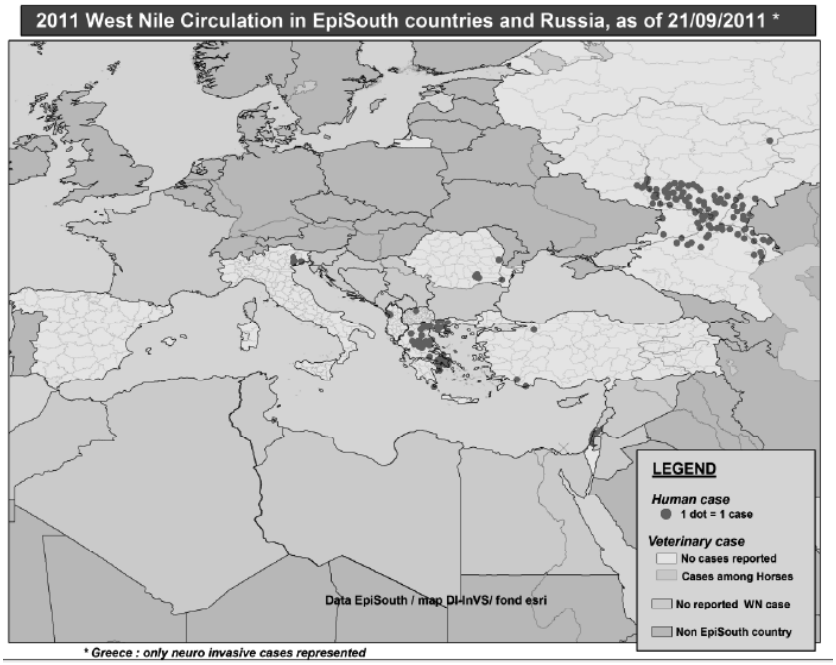
Korunma ve Kontrol

Kontrol aşamasında dört faktör vardır; izleme, bireysel riskin azaltılması, sivrisinek larva haritası ve kontrolü ile yetişkin sivrisinek kontrolüdür. Virüs için düzenli olarak kuşlar ve sivrisinekler kontrol edilmelidir.

Sivrisinekler ile mücadele korunmanın temelini oluşturmaktadır (kapı ve pencerelerden sivrisineklerin girişinin engellenmesi, ev çevresinde sivrisineklerin barınması ve çoğalmasına yol açacak odakların bertaraf edilmesi, uzun kollu gömlek ve pantolon giyilmesi, sivrisineklerin yoğun olduğu yerlerde hava kardıktan sonra kapalı korunaklı yerlerde bulunmaya gayret etmek önemlidir). Belediyelerin bu mücadelede katkısı çok önemlidir.

Batı Nil Virüs Enfeksiyonları 02.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Ek Yönetmelik ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne dahil edilmiştir.

Aşağıdaki haritada görüldüğü gibi 2011 yılı için 3 vaka tanımlanmıştır.



1.4.6. LYME HASTALIĞI

Lyme Borreliyozu, *Ixodes* cinsi keneler aracılığıyla *B. burgdorferi*'nin insanlara bulaştırılması sonucu oluşan sistemik bir hastalıktır. İlk kez 1975 yılında Steere ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Old-Lyme kasabasında saptanan olgular ile hastalık tanımlanmış, daha sonra etkenin izolasyonu ve tanımlanması Burgdorfer tarafından yapılmıştır.

Hastalık remisyonlar ve alevlenmeler ile birlikte her biri birbirinden farklı bulguları içeren dermatolojik, romatolojik, nörolojik ve kardiyak tutulumlar ile seyreden kene kaynaklı enfeksiyon hastalığıdır. Hastalık üç evrelidir. İlk evre, genellikle Erythema Migrans olarak adlandırılan deri döküntüleriyle başlar bu bulgu hastaların %60-70'inde görülür; ikinci evrede hematojen yayılımla kardiyak, nörolojik ve iskelet sistemine ait belirtiler görülür; üçüncü evre ise LB hastalığının kronik dönemi olup oto-immün olayların geliştiği evredir.

Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler incelendiğinde; Trabzon yöresinde seropozitiflik oranı %6.6 olarak saptanırken, İzmir yöresinde %7.8, Ankara'da %10.4, Antalya yöresinde %35.9, Elazığ yöresinde %6.43, Kuzey Kıbrıs yöresinde %17.6 Lyme seropozitifliği saptanmıştır.

Lyme hastalığı ABD'de, en sık bildirilen kene kaynaklı hastalıktır Lyme borreliyozisi, Avrupa'nın kuzeydoğusunda ılık bölgelerde, İskandinavya'da, eski Sovyetler Birliği'nde, Çin'de ve Japonya'da da görülmektedir.

Hastalık genel olarak her yaş grubunu etkileyebilir ve cinsiyet dağılımı özellik göstermemektedir. Hastalığın yayılmasında öncelikli vektör *Ixodes* keneleridir. Kene konakçıya yapıştığında Lyme etkeni kenenin ağız organellerine göç eder ve buradan konakçıya geçer. Yapışan kenenin hastalığı bulaştırma işlemi yaklaşık 12-24 saat içinde olur. *Ixodes* cinsi sert keneler birçok memeli, kuş ve sürüngen konakçıya yapışarak ve onlardan beslenerek *Borrelia*'yı nakleder.

Korunma ve Kontrol

- Mümkün olduğu kadar kenelerin bulunduğu alanlardan (hayvan barınakları, çalıçırpı ve otlak alanları vb.) kaçınılması gerekmektedir. Hayvan barınakları veya kenelerin yaşayabileceği alanlarda bulunulması durumunda, vücut belirli aralıklarla kene yönünden kontrol edilmeli, vücuda yapışmamış olanlar dikkatlice toplanıp öldürülmeli, yapışan keneler ise kesinlikle ezilmeden ve kenenin ağız kısmı koparılmadan bir pensle doğrudan alınmalıdır.
- Piknik amaçlı olarak su kenarları ve otlak şeklindeki yerlerde bulunanlar döndüklerinde, mutlaka vücutlarını kontrol etmeli ve kene varsa usulüne uygun olarak vücuttan uzaklaştırmalıdır. Çalı, çırpı ve gür ot bulunan yerlerden uzak durulmalı, bu gibi yerlere çıplak ayakla veya kısa giysilerle girilmemelidir. Özelikle kırsal alanlarda dolaşılırken açık renkli vücudu örten elbise ve çizme giyilmeli veya ayakkabı giyilecekse pantolon paçaları çorap içine alınmalıdır.
- Hayvan barınakları kenelerin yaşamasına imkan vermeyecek şekilde yapılmalı, çatlaklar ve yarıklar tamir edilerek badana yapılmalıdır. Hayvan sahipleri, hayvanlarını ve hayvan barınaklarını kene ve diğer dış parazitlere karşı uygun ektoparaziter ilaçlarla yılda dört kez ilaçlamalıdır.
- Kene mücadelesi çok önemli olmakla birlikte oldukça zor görülmektedir. Kenelerin çevrede çok olması halinde; mera, çayır, çalı, çırpı ve gür otların bulunduğu yerler gibi kenelerin yaşamasına müsait alanlarda, diğer canlılara ve çevreye zarar vermeden, çok dikkatlice akarisid uygulamalarına başvurulabilir. Genel olarak geniş çevre ilaçlamaları faydalı görülmemektedir.

Bununla birlikte akarisid uygulamasının zor ve sakıncalı tarafları da vardır. Günümüze kadar kullanılan hiç bir mücadele yöntemi (bir kaç sınırlı alan hariç), tam bir kene eradikasyonu sağlayamamıştır. İnsan ve hayvanlardan kan emen kenelerin sayısını düşük maliyetlerle kabul edilebilir sınırlara indirilmesi hedeflenmelidir.

Lyme hastalığı 02.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Ek Yönetmelik ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne dahil edilmiştir.

1.4.7. TİCK BORNE ENSEFALİTİ (TBE)

Kene kaynaklı ensefalit virusu (Tick-borne encephalitis virus; TBEV) tarafından oluşturulan kene ensefaliti (TBE), Avrupa ve Asya'da görülen en ciddi nörolojik enfeksiyonlardandır.

TBE klinik olarak ilk kez Schneider tarafından 1931 yılında, Rusya'nın Uzak Doğu bölgesinde görülen şiddetli ensefalit olgularında tanımlanmıştır. TBE'nin Asya'da görülen şekli "Rusya ilkbahar-yaz ensefaliti (RSSE)" ve "Uzak Doğu ensefaliti (FEE)" olarak; Avrupa alt tipinin oluşturduğu enfeksiyonlar ise "Orta Avrupa ensefaliti" ve "Difazik süt ateşi" olarak farklı şekilde isimlendirilmiştir.

Kene kaynaklı flaviviruslar, *Flaviviridae* ailesi, *Flavivirus* cinsi içinde bulunan TBEV serokompleksi içinde yer almaktadır. Bu serolojik grubun memeli alt grubunda bulunan TBEV'nin Uzak Doğu, Sibirya ve Batı Avrupa olmak üzere üç alt tipi bulunmaktadır. Uzak Doğu ve Avrupa alt tipleri ile oluşan enfeksiyonlarda klinik seyir farklı olup, Avrupa alt tipi iki fazlı seyreden daha ılımlı bir klinik tabloya yol açar.

TBEV, insanlara kene ısırması, enfekte süt ve süt ürünlerinin alınması ile bulaşabilmektedir.

TBEV'nin vektörleri, özellikle *Ixodes* cinsine ait sert kenelerdir. Hastalık genellikle Nisan ve Kasım ayları arasında enfekte kenelerin yaygın olduğu dönemlerde sık görülür. Hastalığın görüldüğü yaş ortalaması 42-45 ve erkeklerde daha sıktır. Enfeksiyonun şiddeti yaşla birlikte artmaktadır.

Türkiye'de, özellikle sahil bölgeleri olmak üzere birçok bölgede *Ixodes ricinus* türü kenelere yaygın olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Karasal iklimin hüküm sürdüğü iç kesimlerde bu kene türü daha nadir görülmektedir.

Korunma ve Kontrol

Korunma ve kontrol Lyme hastalığındaki gibidir.

TBE 02.04.2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Ek Yönetmelik ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi'ne dahil edilmiştir.

Kaynaklar

1. Atabey M., Coflkun F., Özyardımcı N., *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Akciğer Arşivi: 2003; 4: 155-159.*
2. Guidelines for colleciton of specimens from potential cases of SARS.www.cdc.gov.
3. Ksaizek TG, Erdman Dean et al. A novel coronavirus associated with Severe Acute Respiratory Syndrome Online article. http://content.nejm.org/early release/sars.dtl.
4. www.cdc.gov.mmwr.
5. www.nejm.org.
6. www.medscape.com.
7. www.droid.cuhk.edu.hk.
8. Akdur R.: Sıtma Eğitim Notları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.
9. *WHO/CDS/CSR/EDC/99.2 Plague Manual Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control* http://www.who.int/topics/plague/en/www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_1/baslik1.pdf.
10. Episouth Weekly Epi Bulletin- N 183 14 th September-20th September 2011.
11. Erdoğan A., Özer A., Irmak H., Aydın E., "Sağlık Bakanlığı'na 2010 Yılında Bildirilen Hantavirus vakalarının Değerlendirilmesi", 14. Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011.
12. Çelebi G., "Hantavirus Enfeksiyonları" Klinik Gelişim Dergisi, 2010, 40-44.

1.5. PARAZİT ENFEKSİYONLARI

Ali CEYLAN[a], Nermin ŞAKRU[b], Ali Osman KARABABA[c]

[a]Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[b]Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ve Parazitoloji Anabilim Dalı, Edirme

[c]Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş

Parazit hastalıkları tüm dünyada yaygın olup özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk salıı sorunudur. Kronik seyreden ve öldürücü olmayan parazit hastalıklarının özellikle immün sistemin baskılandıı AIDS olgularında ciddi tablolar oluşturduu ve ölümcül olabildii bildirilmektedir. Parazit hastalıkları ölümlere, hamilelerde bebek kayıplarına, kısırlıklara, çocuklarda bedensel ve zihinsel gelişme geriliklerine ve büyük oranda da ekonomik kayıplara neden olduklarından DSÖ tarafından kontrol altına alınması gereken hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır.[1-3]

Günümüzde hızlı ulaşım koşulları, turizm, toplu göçler, iltica ve askeri operasyonlar gibi nedenlerden dolayı, parazit hastalıkları kolaylıkla yayılabilir. Bu nedenle paraziter hastalıkları belli bölgelere sınırlandırılmak olanaklı deildir. Parazitlerin yeryüzündeki dalılımında sıcaklık, nem, rakım, bitki örtüsü, rezervuar ile ara konaklar, vektörler ve topraın kimyasal özellikleri gibi bir çok faktör rol oynamaktadır.[4]

Öte yandan İnsan yaşamı, çevre ile olan ilişkileri, sosyo-ekonomik durum, eitim düzeyi, beslenme, barınma koşulları, toplumlarda yoksulluk, bilgisizlik, barınma koşulları, tuvalet alışkanlıı, kanalizasyon, şehir altyapısı, yeterli temiz içme ve kullanma suyu bulunması, tarım şekilleri, besin hazırlama şekilleri, toplumda hastalık yayılışını etkiler.

Dünyada yaygın olarak bulunan bazı parazitlerin genel özellikleri

1.5.1. Ascaris lumbricoides

Ascaris lumbricoides insan barsında yerleşen en büyük nematodtur. (erişkin dişi 20-35 cm, erkek 15-30 cm) Askariyaz dünyada en yaygın intestinal enfeksiyonlardan biridir. Enfekte bireylerin dışkısı ile dış ortama atılan yumurtalar, toprakta uygun nem ve sıcaklıkta enfektif hale gelir. Bunlarla kontamine olan sebze ve meyvelerin iyi yıkanmadan veya pişirilmeden yenilmesiyle yeni bireyler enfekte olur. Enfeksiyonun yayılmasında kontamine olmuş eller de önemli rol oynamaktadır.

Ascaris lumbricoides ile enfekte bireyler genellikle asemptomatik. Ağır seyirli enfeksiyon karın ağrısına, bağırsak tıkanmalarına ve çocuklarda gelişme geriliğine neden olabilir. Ayrıca parazitin akcier göçüne bağlı olarak; öksürük, dispne, hemoptizi ve Loeffler sendromu görülebilmektedir.

Ya*kl*aşık olarak 807-1.221 milyon insanın *Ascaris lumbricoides* ile enfekte olduu tahmin edilmektedir. Tropikal ve subtropikal bölgelerde özellikle sanitasyonun yetersiz olduğu bölgelerde yaygındır.[5]

1.5.2. Diphrobothrium latum

Diphyllobothrium latum (balık tenyası, balık şeridi) insanda enfeksiyon yapan en büyük (25-30 m) tenya türüdür. Erişkin formu insan, kedi, köpek, ayı ve tilki gibi balık yiyen memelilerin ince barsaklarında yerleşir. İnsanlara çiğ veya az pişmiş tatlı su balıklarının (turna, yayın, somon, morina, alabalık gibi) yenilmesiyle bulaşır. Tuzlanmış, tütsülenmiş veya salamura balıklarla da parazit bulaşabilir.

Çoğunlukla asemptomatiktir. Karın ağrısı, ishal, kusma ve kilo kaybı görülebilir. B12 vitamini eksikliğine yol açarak pernisiyöz anemi tablosu oluşturabilir.

Tüm dünyada 20 milyon insanın bu parazitle enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Hastalığa, genellikle Kuzey Avrupa, Sibirya, Japonya ve Kuzey Amerika, Uganda, Şili gibi bölgelerde rastlanılmaktadır. Türkiye'de bu enfeksiyona bugüne kadar rastlanılmamıştır. Enfektif balıkların ticareti ile dünyanın her yerinde ve çiğ/az pişmiş balık etinin tüketildiği ülkeleri ziyaret edenlerde bu enfeksiyon görülebilir.[6,7]

1.5.3. Enterobius vermicularis

Enterobius vermicularis, 2-13 mm boyutunda, insan kalın bağırsağında yerleşen ve kıl kurdu olarak bilinen bir nematodtur.

Kirli eller, tırnaklar, enfekte yatak takımları gibi embriyonlu yumurtaları içeren pek çok faktör parazitin bulaşmasında etkendir. Bu yumurtaların ağız yoluyla alınmasıyla bireyler enfekte olmaktadır. Otoenfeksiyon nedeniyle kişisel hijyen eksikliği olanlarda sık rastlanmaktadır. Çounlukla asemptomatiktir. En sık görülen semptom anal bölgede geceleri artan kaşıntıdır. karın ağrısı, uykusuzluk, diş gıcırdatma gibi şikayetlere neden olur. Özellikle kız çocuklarında vajinaya ya da üretraya giren erişkinlere bağlı olarak vulva kaşıntısı, vulvovajinit ve üretrit oluşabilmektedir. Akut apandisit olguları da bildirilmiştir.

Bütün dünyada, özellikle de ılıman bölgelerde görülür, en çok okul çocuklarını, bakımevi gibi kalabalık ortamlarda yaşayan bireyleri ve ev halkını etkiler. Türkiye'de özellikle sanitasyonu yetersiz ve kalabalık aile ortamlarında yaşayan çocuklarda sıklıkla rastlanılmaktadır.[8,9]

1.5.4. Fasciola hepatica

Fascioliasis; sıklıkla "koyun karaciğer kelebeği" olarak adlandırılan *Fasciola hepatica*, nadiren *F.gigantica*'nın neden olduu bir hastalıktır. Esas konak sığır ve koyunlardır; insanlar rastlantısal konaktır. Parazit karacier ve safra yollarına yerleşir, ektopik olarak vücudun diğer bölümlerinde de (derialtı dokular, akcier, periton..) görülebilir.

Akut dönemde bulantı, kusma, karın arısı, ateş, ürtiker, hepatomegali ve eozinofili; kronik dönemde bu belirtilere ek olarak karacier ve safra kanallarında inflamasyon ve tıkanıklıa balı olarak sarılık, kolanjit ve kolesistit gelişebilir.

Bütün dünyada, özellikle de koyun ve sıır yetiştiriciliği yapılan 50 ülkede, insanlarda ve hayvanlarda hastalık oluşturmaktadır. Ülkemizde Göller bölgesinde ve Akdeniz, Ege Bölgerinde yaygındır. Hastalık insanlara; immatür parazit larvası ile kontamine olmuş su bitkilerinin veya diğer bitkilerin iyi yıkanmadan veya çiğ olarak yenmesi, kontamine suların içilmesi ile bulaşmaktadır.[10,11]

1.5.5. Hymenolepis nana

Hymenolepis nana, 15-40 mm boyutunda, insan ince bağırsağında yerleşen ve cüce tenya olarak bilinen bir sestoddur. *Hymenolepis diminuta* ise daha çok sıçan ve farelerde, nadiren insanlarda görülen bir parazittir.

Bulaşma başlıca fekal-oral yoldan parazit yumurtalarının alınması sonucu olur. Yumurtalar; yiyecek ve içecekle veya enfekte artropodlar aracılığı ile alınmaktadır. Hijyenik koşulların yetersiz olduğu bölgelerde, özellikle çocuklarda enfeksiyona neden olur. H. nana enfeksiyonu çoğunlukla asemptomatiktir. Ağır olgularda; karın arısı, diyare, anoreksi, kusma, baş arısı gibi yakınmalar gelişir.

Dünyada ve Türkiye'de yaygın olarak görülmektedir. Ilıman bölgelerde özellikle çocuklarda ve kalabalık yerlerde insidans yüksektir.[12,13]

1.5.6. Visseral Leishmaniasis

Visseral Leishmaniasis; (Kala Azar, kara hastalık, dum dum fever) Leishmania cinsi parazitler ile enfekte dişi kum sineklerinin (Tatarcık, Phlebotomus) kan emmesi sırasında insanlara bulaştırdığı bir hastalıktır. Hastalık etkenlerinden Eski Dünya türleri, vektör olan Phlebotomus cinsi ve Yeni Dünya türleri ise Lutzomyia cinsi kum sinekleri ile bulaştırılmaktadır. Vahşi ve evcil karnivorlar, küçük memeliler ve insanlar bu enfeksiyonun doğadaki kaynaklarıdır.

Hastalık sıklıkla çocuklarda görülmekle birlikte erişkinlerde de saptanmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda ölümle sonuçlanabilen bir enfeksiyondur. Akut, subakut veya kronik seyredebilir. Hastalık düzensiz ateş, spleno-hepatomegali, kan tablosunda deişiklikler (anemi, lökopeni, trombositopeni), kilo kaybı, güçsüzlük, ileri dönemde asit oluşumu ile karakterizedir. Çocuklarda bu klinik bulgulara ilave olarak gelişme gerilii de görülebilmektedir.

Dünyada tropikal ve subtropikal bölgeler başta olmak üzere 98 ülke veya bölgede endemiktir. Ülkemizde başta Ege, Akdeniz ve İç Anadolu Bölgeleri olmak üzere hemen her bölgeden sporadik olarak bildirilmektedir.[14,15]

1.5.7. Tenya Enfeksiyonları

İnsanlarda tenya enfeksiyonlarına neden olan parazitler *Taenia saginata* (4-12 m) ve *Taenia solium'* (3-7 m)dur. Erişkin parazit İnsanların ince baırsaında yerleşmektedir. İnsanlara; sığır etlerinin(*T.saginata*) ve domuz etlerinin (*T. solium*), çiğ veya az pişmiş şekilde yenilmesiyle bulaşım olmaktadır. *T. solium*'un larval döneminin insanın deişik doku ve organlarında gelişmesine balı olarak sistiserkoz ortaya çıkabilir.

T.saginata enfeksiyonu uzun yıllar belirti vermeden seyredebilir. Kilo kaybı, karın arısı, iştah bozukluu, karın şişkinliği, bulantı, kusma, kabızlık ya da ishal gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Hastalardaki en önemli şikayet dışkılama olmaksızın halkaların anüsden çıkmasıdır (abdest bozan). Nadiren baırsak tıkanması na neden olabilir. *T.solium* enfeksiyonunda klinik belirtiler *T.saginata* enfeksiyonundan daha azdır. Sistiserkoz'da larvanın yerleştii yere ve sayısına balı olarak santral sinir sistemi belirtileri, göz bulguları, myokardit ve derialtı nodülleri gibi klinik belirtiler ortaya çıkabilir.

Bu hastalık etkenleri tüm dünyada yaygındır. *Taenia saginata* (sığır şeridi), çiğ köfte yeme alışkanlığına balı olarak başta Dou ve Güneydou Anadolu bölgeleri olmak üzere Türkiye'de her bölgede yaygın olarak görülmektedir. *Taenia solium* (domuz şeridi), Türkiye'de domuz eti tüketiminin az olması nedeniyle çok nadir rastlanmaktadır.[16,17]

Yaygınlık

Dünyada baırsak parazitlerinin sıklıını kesin olarak gösteren istatistiksel veriler bulunmamakla birlikte tahmini oranlar verilebilmektedir. Bu tahminlere göre, ortalama olarak her dört insandan birinde baırsak paraziti enfeksiyonu vardır. DSÖ verilerine göre dünyada her yıl 1 milyar insanda ascariosis, 400 milyon insanda ancylostomiosis/necatoriosis, 33 milyon shistosomiosis ve bir milyar da diğer barsak parazit hastalıklarımbulunmaktadır.[1,2,18]

Dünyanın deişik bölgelerinde yapılan çalışmalarda; parazitlerin görülme sıklıı ve sosyo-ekonomik durumlarına göre Afrika ülkelerinde Giardia intestinalis, Güney Amerika ülkeleri ve Karaibler'de Ascaris ve Trichuris Trichiura ve Güneydou Asya'da Trichuris Trichiura önemli bir salık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır.[19]

Ülkemizde yapılan çalışmalarda toplam olarak parazit sıklıına bakılmış, parazit türlerinin dalımı pek fazla incelenmemiştir. Ülkemizde baırsak parazitlerinin bölgelerimize göre daılımı farklılık göstermektedir. Marmara Bölgesinde % 10-34, Karadeniz Bölgesinde % 54-94, Ege Bölgesinde % 12-40, Akdeniz Bölgesinde % 55-80, iç Anadolu Bölgesinde % 50-75, Dou Anadolu Bölgesinde % 60-94 ve Güneydou Anadolu Bölgesinde % 64-96 sıklıktadır. Kırsal alanlarda parazitli kişi sıklıı artarken, alt yapısı iyi ve sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olduu bölgelerde bu sıklık % 1-2'ye düşmektedir.[20]

Ülkemizde parazit sıklığını saptamak amacıyla değişik çalışmalar yapılmıştır. Ankara'da askeri eğitim birliğine yeni katılan askerlerde %42.4, Malatya il Merkezinde %53.9, Van'da hastaneye başvuran 14 yaş ve üzerindeki hastalarda %26.1, Mersin'de Tıp Fakültesi Hastanesi'nde %4.1, Mersin Devlet Hastanesi'nde %19.2, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran hastalarda %6.3 intestinal parazit sıklığı saptanmıştır.[21-25] Paraziter hastalıklar tüm yaş gruplarını etkileyebilmektedir. Ancak çocuklarda daha sık görüldüğü ve daha şiddetli seyrettiği belirtilmektedir. Ülkemizde de daha çok okul çağındaki çocuklarda yapılan araştırmalarda %10 ile %80 arasında değişen oranlarda barsak paraziti olduğu ve en sık Enterobius vermicularis ile Giardia intestinalis'e rastlandığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda, Kayseri'de %60.1, Sivas'ta %46.9, İzmir'in Karşıyaka İlçesi'nde %28.9, Kahramanmaraş'ta %52.4, Şanlıurfa'da %62.0 parazit sıklığı saptanmıştır. Ankara'da Adana'da ve Isparta'da İlköretim okullarında yapılan çalışmada Sosyo-ekonomik düzeyi (SED) düşük olan okullarda SED yüksek okullara göre daha yüksek oranda parazitoz saptanmıştır.[26-32]

Hijyen kurallarına uymanın güç olduğu okul, yurt, cezaevi, bakım evleri gibi toplu yaşanan kurumlarda parazitlere daha sık rastlandığı bildirilmektedir. Elazığ'da 13-18 yaş grubu erkek bakım yurdu çocuklarında %37.3, Isparta Bakımevi'nde kalan çocuklarda %55.0, Diyarbakır'da kentsel atık suların tarımda kullanıldığı Hevsel bahçelerinde çalışanlarda parazit görülme sıklığı %62.0, çalışmayanlarda ise %32.0 bulunmuştur.[33]

Asemptomatik poliklinik hastalarında 1986-1988 yılları arasında %27.4 olan parazit sıklıının 1996-1998 yılları arasında % 4.8'e düştüğü ve çevre koşullarındaki iyileşmenin bu duruma katkısının olabileceği vurgulanmıştır.[34]

Yeterli temiz içme ve kullanma suyu temini, altyapının iyileştirilmesi, barınma koşullarının iyileştirilmesi, sosyo-ekonomik şartların iyileştirilmesi, eğitim düzeyinin yükseltilmesi, vektör mücadelesi parazit enfeksiyonlarının azalmasında etkili olacaktır.

Kaynaklar

1. It's a wormy world. Geneva. WHO/CTD/SIP/98.4.
2. Chan MS. The global burden of intestinal nematod infections-fifty years on. Parasitologgy Today.1997;13:438-44.
3. Kucik CJ, Gary ML, Sortor BV. Common Intestinal Parasites. Am Fam Physician 2004;65(5):1161-8.
4. Korkmaz M. Barsak Helminleri. ANKEM Derg, 2006;20(Ek 2):170-6.
5. Center for Diseases Control and Prevention. Parasites: Ascariasis. http://dpd.cdc.gov/dpdx/html/Ascariasis.htm ve http://www.cdc.gov/parasites/ascariasis/[erişim tarihi: 13.01.2012].
6. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: Diphyllobothrium Infection. http://www.cdc.gov/parasites/diphyllobothrium/ ve http://dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Diphyllobothriasis. htm [erişim tarihi: 13.01.2012].
7. Özbilgin A, Östan İ. Diphyllobothriosis. Özcel'in Tıbbi Paraziter Hastalıkları (eds: Özcel A, Özbel Y, Ak M). Türkiye Parazitol Dern. Yay No:22. İzmir, 2007; 681-689.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: Diphyllobothrium Infection. http://www.cdc.gov/parasites/pinworm/ ve http://dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Enterobiasis.htm [erişim tarihi: 13.01.2012].
9. Saygı G. Paraziter Hastalıklar ve Parazitler. Es Form Ofset, Sivas, 2009, s:306-313.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: Fascioliasis (Fasciola Infection). http://www.cdc.gov/parasites/fasciola/index.html [erişim tarihi: 13.01.2012].
11. Korkmaz M, Ok ÜA. Fasciolosis. Özcel'in Tıbbi Paraziter Hastalıkları (eds: Özcel A, Özbel Y, Ak M). Türkiye Parazitol Dernei Yayın No:22. İzmir, 2007; 499-518.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: http://www.cdc.gov/parasites/hymenolepis/ ve http://dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/ Hymenolepiasis. htm [erişim tarihi: 13.01.2012].
13. Saygı G. Paraziter Hastalıklar ve Parazitler. Es Form Ofset, Sivas, 2009, s:255-58.
14. Özbel Y, Özensoy Töz S. Leishmaniosis .Özcel'in Tıbbi Parazit Hastalıkları. Türkiye Parazitoloji Dernei Yayınları, No: 27, 2007, s.197-244, İzmir.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: Leishmaniasis http://dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Leishmaniasis.htm [erişim tarihi: 13.01.2012].
16. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: Taeniasis. http://dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Taeniasis.htm [erişim tarihi: [erişim tarihi: 13.01.2012].
17. Saygı G. Paraziter Hastalıklar ve Parazitler. Es Form Ofset, Sivas, 2009, s:242-53.
18. Koçoğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık. Cumhuriyet Ünivesitesi Yayınları No:72, Sivas, 1998; 20.
19. Koç A, Atağ A, Erel Ö, Aktepe N. Çocukluk Çağı Barsak Paraziter Hastalıklarının Özellikleri. Yeni Tıp Dergisi, 1996; 13(2):81-85.
20. Yorulmaz M. ve ark. Malatya İli Tecde Yöresinde 5-15 Yaş Grubu Çocuklarda Parazit Sıklığı ve Buna Çevresel Faktörlerin Etkisi. Türkiye Parazitoloji Dergisi,1997; 21(2):153-158.
21. Tanyüksel M, Haznedaroğlu T, Albay A, Yukarı BA, Demirel K, Gün H. Ankara'da Bir Askeri Birliğe Yeni Katılan Askerlerde Barsak Paraziti Sıklığı ve Anti-Paraziter Tedavinin Etkinliği. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 1995; 19(4):498-509.
22. Dirikel İ, Özerol İH, Bayraktar MR. Malatya Merkezinde Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2002; 26(1):52-5536.
23. Yılmaz H, ve ark. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Labratuvarına Başvuran 14 Yaş ve Üzerindeki Hastalarda Barsak Parazitlerinin Dağılımı. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 1997; 21(1):49-54.
24. Öztürk C, Delialioğlu N, Aslan G, Aslan N. Mersin Bölgesinde Barsak Parazitlerinin Prevalansı ve Dağılımı; Mersin Üniversitesi ve Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji Labratuvarına Ait Sonuçlar. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2001; 25(4):355-358.

25. Baykan M, Aldemir OS, Baysal B, Gökçen A. Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 1993-1998 Yılları Arasında Parazit Olgularının İncelenmesi. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2000;24(2):152-155.

26. Akısü Ç, Aksoy Ü, İnci A, Açıkgöz M, Orhan V. İzmir'in sosyoekonomik düzeyi düşük bir semtindeki ilkokul çocuklarında bağırsak parazitlerinin araştırılması. T Parazitol Derg. 2000;24:52-4.

27. Tunç B, Aydemir M, Yorgancıgil B, Demirci M. Isparta Bölgesindeki İlkokul Örencileri Arasında Barsak Parazitleri Araştırması. SDÜ Tıp Fak Derg. 1995;2(3):41-6.

28. Demirci M, Yorgancıgil B, Cicioğlu Arıdoğan B, Taşkın P. Isparta Çocuk Bakımevinde Kalan Çocuklarda Bağırsak Parazitlerinin Araştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2000;24(4):388-390.

29. Çeliköz A, Demirtaş S, Sümer Z, Özçelik S, Saygı G. Sivas SHÇEK Çocuk Yuvası'ndaki Çocuklarda Bağırsak Parazitlerinin incelenmesi. Türkiye Parazitoloji Dergisi,1997; 21(1):45-47.

30. Yazar S, Akman MAA, Hamamcı B, Birhan M, şener S, şahin İ. Kayseri Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Çocuk Yuvasındaki 0-7 Yaş Çocuklarda Bağırsak Parazitlerinin Araştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2002; 26(1):48-51.

31. Tunç B, Aydemir M, Yorgancıgil B, Demirci M. Isparta Bölgesindeki İlkokul Öğrencileri Arasında Barsak Parazitleri Araştırması. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 1995; 2(3):41-46.

32. Özcan K, Başlamışlı L, Köksal F, Yiğit S, Canbolat P, Nikkho H. Adana'daki Bazı İlk ve Orta Okullarda Barsak Parazitleri Araştırması. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 1988; 12(1-2):1-9.

33. Ceylan A, Ertem M, Gü, K, İlçin E. Paraziter Hastalıklar için Özel Bir Risk Grubu: Kentsel Atık Suları Tarımda Kullanan Diyarbakır-Hevsel Bahçelerinde Çalışanlar. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2001; 25(1):62-65.

34. Erden S, Büyüköztürk S, Öztürk ş, Öner YA, Kardeş BA, Dilmener M. Poliklinik Hastalarında Asemptomatik Parazitoz Sıklığı: 10 Yıl Ara ile Yapılan İki Çalışmanın Karşılaştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2000; 24(3):286-289.

2. BULAŞICI HASTALIKLARLA SAVAŞTA İNSANGÜCÜ VE ÖRGÜTLENME

Raika Durusoy[a], Esen Özakbaş[b], Günay Saka[c]

[a]Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

[b]Uzm. Dr., İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir

[c] Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır

Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü, ülkelere sürveyans ve yanıt kapasitelerini değerlendirip geliştirme yükümlülüğü getirmektedir. Ülkeler sürveyans ve yanıt kapasitelerini Haziran 2009'a dek değerlendirmekle ve bu çekirdek kapasitelerinin 2012'ye dek işler duruma gelmesini sağlayacak eylem planları geliştirmekle yükümlüdür. Bu kapsamda ülkemizde bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrol sisteminin güçlendirilmesine dair ulusal stratejik plan yapılmıştır ve gerçekleştirilmesi gereken eylemler belirlenmiştir. Yedi kritik başarı faktöründen ikincisi 'Yetişmiş, yeterli sayıda insan gücünün sistemde kalmasının sağlanması' olarak belirlenmiştir. Stratejiler arasında 'konusunda uzman ve adanmış kişileri bir araya getiren bir örgütlenme yaklaşımını benimsemek' ve 'iyi donanımlı ve motive personel' bulunmaktadır. Bunlarla ilgili hedefler ve eylemler tanımlanmıştır.

Bu bölümün amacı, ülkemizde bulaşıcı hastalıklarla savaşta insangücünde ve örgütlenmede gelinen noktayı değerlendirmektir.

2007 yılında tüm illerin sağlık müdürlüklerinden veri toplanarak yapılan bir araştırmaya göre Bulaşıcı Hastalıklar Şubelerinde çalışan toplam personel sayısı olan 518, bulaşıcı hastalıklar insan gücü olarak azdır. Personelin illere dağılımında il nüfusuna ve bulaşıcı hastalık bildirimi yüklerine göre tutarsızlıklar bulunmaktadır. Mesleğe göre dağılımda da sağlık memurlarının ve sıtma savaş işçilerinin şubesi olarak görülmektedir. Personel devir hızı yüksektir. Hekim dışı personelin şubelerde daha kalıcı olduğu, hekimlerin ise bir-iki yıl çalışıp ayrıldıkları, kalıcı olamadıkları dikkati çekmektedir. Yöneticilerde hizmet içi eğitim açığı vardır ve çoğunun daha önce şubede çalışma deneyimi yoktur. Şube personelinin de bulaşıcı hastalıklar sürveyansı, halk sağlığı ve epidemiyoloji konularında temel eğitimleri alma oranı çok düşüktür.

Yönetici ve personelin değişim hızının yüksekliği, hizmet içi eğitim alanların yerlerinden ayrılıp verilen eğitimlerin etkinliğini kaybetmesine ve bulaşıcı hastalıklar alanında deneyimin yeterli olmamasına yol açabilir. Sürveyans ve kontrolü etkili biçimde sağlamak için hızlı personel değişimine engel olacak önlemler alınmalıdır.

Personelin niteliğini arttırmak için iki farklı yöntem uygulanabilir: Sağlık Bakanlığı, bu hizmet içi eğitimlerle mevcut personelinin bulaşıcı hastalık sürveyans ve kontrolünde kapasitesini geliştirebilir. Ayrıca, halk sağlığı veya epidemiyoloji lisansüstü programları şeklinde bu konularda daha kapsamlı bir eğitimi almış olan personeli uygun konumlarda istihdam ederek de donanımını arttırabilir. Halk sağlığı uzmanlarının doğrudan yönetici olarak atanması yerinde olacaktır.

Personelin envanteri çıkarmalı, güncellemeli ve eğitim açığı belirlenmelidir. Ayrıca alandaki personel hareketleri izlenmeli, personelin aldığı eğitimler bilgi sistemine yüklenmeli ve eğitim almış personel izlenmeli ve uygun görev yerinde tutulmalıdır.

Giriş

"Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve

programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak" Sağlık Bakanlığının başta gelen görevidir. Bu görevin hemen arkasından "Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak" görevi gelmektedir.[1] Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele ile aşılama ve bağışıklama hizmetlerini yürütmek, merkez teşkilatında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün, taşrada ise 81 İl Sağlık Müdürlüğü'nün Bulaşıcı Hastalıklar Şubelerinin görevidir.

8597 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergeye göre Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğünün bulaşıcı hastalıklar ile ilgili görevleri, 25 başlık altında toplanmıştır.[2] Bu görevleri yapmak üzere farklı meslek grupları çalışmaktadır. Bu görevlerin başarıyla yerine getirilmesinde en önemli unsurlar yetişmiş insan gücü kapasitesi ve örgütlenmedir. Bu bölümün amacı, ülkemizde bulaşıcı hastalıklarla savaşta insangücünde ve örgütlenmede gelinen noktayı değerlendirmektir.

2.1. Bulaşıcı hastalıklarla savaşta insangücü

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sisteminde 2005 yılının başından itibaren yürürlüğe giren değişiklikler (bildirimi zorunlu hastalık sayısının 39'dan 51'e çıkması, laboratuvarların bazı etkenler bazında sürveyansa dahil edilmesi, hastalıkların A, B, C, D şeklinde dört gruba ayrılması), uluslararası boyutta ise Türkiye'nin Avrupa Birliği üyelik süreci, 3 Ekim 2005 tarihinde Avrupa Birliği katılım müzakerelerinin tarama aşamasının resmi olarak başlaması, 15 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe giren Uluslararası Sağlık Tüzüğü 2005 ve DSÖ Avrupa Bölgesi Sağlık 21 Hedefleri bulaşıcı hastalıkların kontrolünde yetişmiş insan gücü gereksinimini artırmaktadır.

AB müktesebatının uyumlulaştırılması sürecinde bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık listeleri güncellenip standart vaka tanımları yapılırken bir yandan da sahadaki uygulamanın değiştirilmesi için kaynak desteği gündeme gelmiştir. Bu çerçevede "Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojik Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi" adı altında katılım öncesi mali işbirliği programlarından desteklenen iki proje başlatılmıştır. Proje 1 (TR 0403.06) ile mevcut insan kaynakları ve örgütsel kapasitenin geliştirilmesi hedeflenirken Proje 2 (TR 503.13) ile ağırlıklı olarak sistemin ihtiyacı olan yatırımın yapılması amaçlanmıştır.[3,4] Halen yürürlükte olan 3'ncü projenin ise genel amacı sürveyans sisteminin güçlendirilmesi olup "erken uyarı sisteminin yaşama geçirilmesi" ve "saha epidemiyolojisi eğitimlerinin kurumsallaştırılması" alt başlıkları bulunmaktadır.

Bakanlık tarafından bulaşıcı hastalık sürveyansı ve kontrolü alanında verilen başlıca hizmetiçi eğitimler

1. Bulaşıcı Hastalıklar şubelerinde çalışan personele 1990'lı yılların sonunda epidemiyoloji ve salgın kontrolü konularında **EIS** (AÇIK HALİNİ YAZABİLİR MİYİZ) eğitimleri yapılmıştır.
2. Proje 1 kapsamında kademeli eğitim adı altında üç basamaklı bir eğitim programı başlatılmıştır. İlk basamak olan **EPIET-benzeri** (European Programme for Intervention Epidemiology Training) program 2006 yılında başlamış ve başta salgınların araştırılması olmak üzere, hastalık sürveyansı, karar-vericiler, medya, halk, bilimsel çevrelerle iletişim, araştırma yürütme konularında sahada halk sağlığı uygulamalarının yönetilmesinde yer alan kişilerin eğitilmelerini ve saha epidemiyologlarından oluşan bir çekirdek kapasitenin geliştirilmesini hedeflemektedir. Çoğu il sağlık müdürlüklerinin bulaşıcı

hastalıklar şubelerinden bir kısmı da Bölge Hıfzısıhha Müdürlüklerinden olmak üzere hekim, mikrobiyolog, enfeksiyon hastalıkları ve halk sağlığı uzmanları 26 kişiden oluşan ilk kohortu oluşturmuştur. Üç haftalık bir giriş kursunu takiben iki yıla yayılan modüllerle (erişkin eğitimi, araştırma protokolü geliştirme, veri analizi, haritalama, acil durumlara hazırlıklılık) bir ulusal uygulamalı saha epidemiyolojisi eğitim programı başlatılmıştır.[3,4] Bu araştırmanın verileri toplandıktan sonra eğitime alınan ikinci kohortta da 21 kişi eğitilmiştir.

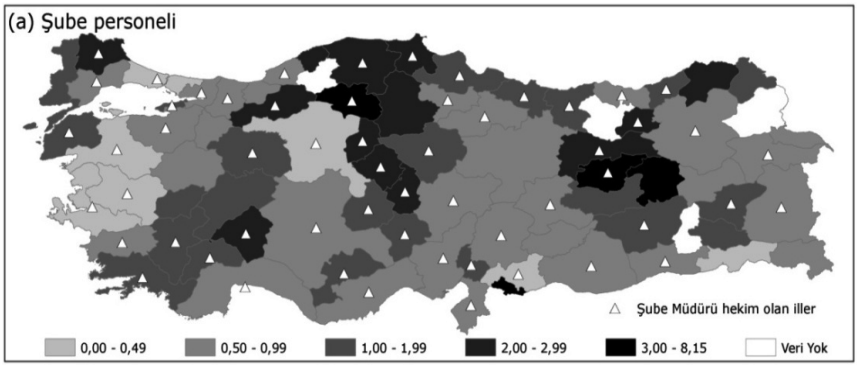
3. İkinci basamağı oluşturan ve il düzeyinde Bulaşıcı Hastalık sürveyansı ve kontrolünün güçlendirilmesini amaçlayan iki hafta süreli eğitici eğitimleri (Training of Trainers; **ToT**) büyük bir kısmı il sağlık müdürlüklerinde çalışan, TEK (Temel Eğitim Kursu) eğitimlerinde eğitimci olarak görev alacak personele yönelik olarak ve hastalık sürveyansı ve kontrolü konularında gerçekleştirilmiştir.
4. Üçüncü basamak ise, sahada olguyu saptayıp bildiren sağlık personelini yetiştirmeyi hedeflemiştir. TEK eğitimleri epidemiyolojinin temel kuralları, bildirim sistemi ve esasları üzerine düzenlenen iki günlük bir programdır.[4]
5. Sağlık Bakanlığı, sağlık müdürlükleri ve birinci basamakta görevli personele yönelik 3-5 günlük GBP modül (Genişletilmiş Bağışıklama Programı) eğitimleri de yapmaktadır. Önce her ilde yeterli sayıda eğitici eğitimi yapılmakta sonra da sahadaki personele bu eğiticiler tarafından eğitim verilmektedir.
6. Zoonozlarla ilgili de modül geliştirilmiştir. Bakanlık merkezinde bu konuda eğiticiler yetiştirilmiş, bu ekip tarafından her ilde, o ilin öncelikleri de göz önüne alınarak eğitimler verilmesi ve il eğiticilerinin yetiştirilmesi planlanmıştır. İl eğiticilerinden beklenen, illerinde ilgili klinisyen, aile hekimi ve hemşirelere yönelik interaktif küçük grup eğitimleri planlama ve uygulamalarıdır.

Nitelikli, iyi yetişmiş personel, etkin bulaşıcı hastalık kontrolü için önemlidir.[5] Halk sağlığı alanında görev yapan personelin sayısının ve niteliklerinin bilinmesi, giderek daha fazla önem kazanmaktadır.[5,6] Proje-1'in İnsan Kaynakları Çalışma Grubu (ÇG-4) tarafından Türkiye'de il sağlık müdürlüklerinin bulaşıcı hastalıklar şubelerinde görev yapan personelin ve yöneticilerinin meslek, deneyim, personel değişimi ve aldıkları hizmet içi eğitimlerini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yürütülmüştür. Bu çalışmanın bulguları aşağıda özetlenmektedir.[7]

İl Sağlık Müdürlükleri'nde Bulaşıcı Hastalıklar İnsan Gücünün Değerlendirmesi

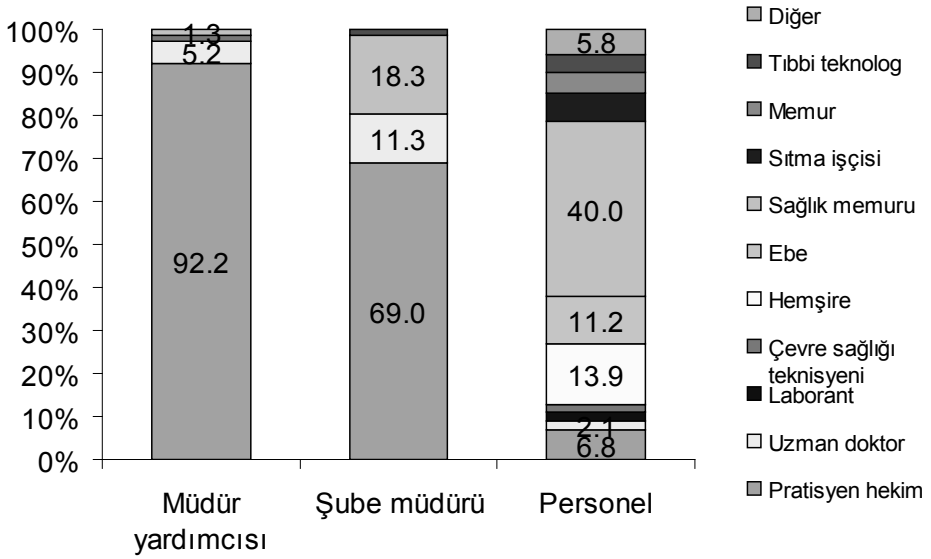
Hedef grubunu Sağlık Bakanlığı'nın il sağlık müdürlüklerinde bulaşıcı hastalık sürveyansı ve kontrolünde çalışan görevlilerin oluşturduğu araştırmada bulaşıcı hastalıklardan sorumlu il sağlık müdür yardımcıları, bulaşıcı hastalık şube müdürleri ve bulaşıcı hastalık şube personeliyle ilgili veriler toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen anket formları 25 Temmuz - 19 Eylül 2007 arasında 78 (%96,3) il sağlık müdürlüğü tarafından yanıtlanmıştır. Veri göndermeyen iller Gümüşhane, Karabük ve Batman'dır.

Sağlık Bakanlığı'nın il düzeyinde bulaşıcı hastalık kontrolünde çalışan iş gücü, bulaşıcı hastalıklardan sorumlu 77 il sağlık müdür yardımcısı, 71 bulaşıcı hastalıklar şube müdürü ve bu şubelerde çalışan 518 personelden oluşmaktaydı. Isparta'da bulaşıcı hastalıklardan sorumlu il sağlık müdür yardımcısı yoktu, yedi ilde de şube müdürü yoktu (Bingöl, Edirne, Kars, Sivas, Uşak, Bartın, Ardahan). Sinop ve Kırklareli'nde ise şube müdürü ve müdür yardımcısı aynı kişiydi. Şırnak'ta şubede görev yapan personel bulunmamaktaydı. İl başına ortalama personel sayısı 6,7±4,4'tü. Şekil 1'de illerin 100.000 nüfus başına düşen personel sayılarının ve şube müdürünün hekim olduğu illerin dağılımı gösterilmektedir.



Şekil 1. İllerin 100.000 nüfus başına şube personeli sayılarına göre dağılımı ve şube müdürünün hekim olduğu iller

Yöneticiler genelde hekimlerden oluşmaktadır: Bulaşıcı hastalıklardan sorumlu müdür yardımcılarının %97,0'si ve bulaşıcı hastalıklar şube müdürlerinin %80,0'i hekimdir. Yöneticilerin ve şube personelinin mesleklerine göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. İl sağlık müdürlüklerinde bulaşıcı hastalıklar alanında çalışan işgücünün mesleklerine göre dağılımı

Şubede görev yapan personelin yaş ortalaması 37,6±7,6'dır ve %77,0'si 30-49 yaşları arasındadır. Yöneticilerin ve personelin cinsiyet, özgeçmiş, görev süresi ve e-posta sahipliği Tablo 1'de özetlenmekte ve karşılaştırılmaktadır.

Yöneticilerin hekim ağırlıklı olması, sürveyansla ilgili işlerin sahiplenilmesi açısından önemli bir fırsattır. Yeni kadro yönetmeliğine göre de şube müdürleri tercihen uzman hekim veya hekim olmalıdır.[8] Müdürün hekim olmadığı 14 ilde bu standarda uyulmalıdır. Şube müdürlerinin %11'inin halk sağlığı uzmanı olması, halk sağlığı uzmanı istihdamının mutlaka geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) bakanlıkla görüşmeleri sonucu 49 il sağlık müdürlüğüne halk sağlığı uzmanı kadrosu açılmıştır.[9] Türk

Tabipleri Birliği'nin 22. Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri kapsamında 2010 yılında ziyaret edilen altı ilde yeni mezun üç halk sağlığı uzmanının il sağlık müdürlüklerinde şube müdürü olarak mecburi hizmetlerini yapmakta oldukları gözlenmiş ve mecburi hizmetin halk sağlığı uzmanlarının aldıkları eğitime göre istihdam edilmelerinde olanak sağladığı gözlenmiştir.[10] Halk sağlığı uzmanlarının uygun birimde istihdam oranının 2003 ve 2010 yılları arasında %52'den 77'ye yükseldiği, ancak bu oranın yeterli olmadığı belirtilmektedir.[11] Ancak başka illerde mecburi hizmete başlayan diğer bazı halk sağlığı uzmanlarının, sağlık memuru Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürünün altında şube personeli olarak çalıştırılması kabul edilemez bir durumdur. Bu yanlışlıkların en kısa sürede düzeltilmesi gerekmektedir.

Literatürle uyumlu olarak, şube çalışanlarında cinsiyet dağılımı eşite yakınken yönetsel kadroya bu şekilde yansımamıştır.[12,13]

Müdür yardımcılarının ve şube müdürlerinin nerdeyse tamamının e-posta adresi bulunmaktadır. Yöneticilerin çoğunun bilgisayar okuryazarı olması önemlidir. Ancak şube personeli arasında e-posta adresi olmayanların sayısı çoktur. Bu konuda ek destek ya da eğitim gereklidir.

Tablo 1. İl sağlık Müdürlüklerinde Bulaşıcı Hastalıklarda sorumlu yöneticilerin ve şube çalışanlarının cinsiyet, öğrenim durumu, görev süresi ve e-posta adresi kullanma dağılımı (%)

	İl sağlık müdür yardımcısı (n=77)	Şube müdürü (n=71)	Diğer personel (n=518)	p değeri
Cinsiyet				
Erkek	83.1	76.1	60.9	<0.001
Kadın	16.9	23.9	39.1	
Öğrenim durumu				
Tıp fakültesi	90.9	63.4	6.8	
Halk sağlığı uzmanlığı*	3.9	11.3	1.7	
Halk sağlığı doktorası*	-	-	0.4	<0.001
Halk sağlığı/ epidemiyoloji yüksek lisansı*	1.3	2.8	0.2	
Diğer	3.9	22.5	90.9	
Görev süresi ortalaması ve standart sapması (yıl) (dağılım aralığı; ortanca)	3.6±3.6 (0-16; 2.5)	4.0±4.4 (0.1-24; 2.8)	6.3±6.2 (0-32; 4.0)	<0.001**
Görev süresi dağılımı				
<2 yıl	33.8	38.6	26.4	
2-4 yıl	37.8	32.9	25.2	
5-9 yıl	18.9	20.0	23.7	
≥10 yıl	9.5	8.6	24.7	
E-posta adresi belirtme				
Evet	92.2	98.6	64.0	<0.001
Hayır	7.8	1.4	36.0	

VY veri yok

* Analizde bu üç grup birleştirilmiştir

** Farkı yaratan grup, şube personelidir

Şubelerde pratisyen ve uzman toplam 43 hekim görev yapmaktadır ve görev yaptıkları il sayısı 22'dir (%28.2). Şube başına ortalama 0.6±1,1 hekim bulunmaktadır. Yaklaşık dört şubeden birinde (%28) hekim görev yapmaktadır. Yeni kadro standartları yönetmeliğine göre en düşük nüfuslu il grubunda dahi şubede en az bir hekim görevlendirilmeli, bu hekimin de tıp alanlarında lisansüstü eğitim almış olması tercih edilmektedir.[8] Bu araştırmada şubede hekimin görev yapmasının olumlu etkisinin olacağı saptanmıştır, dolayısıyla bu gelişme olumludur.

Farklı mesleklerin şubelerde görev yapma oranı, şube başına ortalama sayıları, geçici görevle çalışanlar, şubede ve memuriyette toplam görev süreleri Tablo 2'te gösterilmektedir.

Şube çalışanları arasında, hekimlerin %45,6'sı geçici görevlendirmeyle çalışırken diğer personel genelde kalıcı kadrodadır (Tablo 2). Şubede en uzun süredir görev yapan personel sırasıyla sıtma savaş memurları (17.5±5.4 yıl), sıtma işçileri (14.0±9.1) ve şeflerdir (13.4±10,4). Şubede görev süresi ortalaması en kısa olan personel ise, uzman hekim (1.4±1.3 yıl), tıbbi sekreter (1.6±1.2) ve pratisyen hekimlerdir (2.9±2.4). Konumunda iki yıldan kısa süredir çalışan yöneticilerin ve şube personelinin oranları Tablo 2'te gösterilmektedir.

Şube çalışanları arasında görev süresi iki yıldan kısa olanların oranı, özellikle uzman hekimlerde olmak üzere, hekimler arasında en yüksektir, dolayısıyla hekimlerin şubede deneyimi diğer personele göre daha azdır. Bu durum, bulaşıcı hastalık kontrolüne olumsuz etkide bulunacaktır çünkü hekimler, hastalıkların etyolojisi, bulaş yolu, etki mekanizması gibi konulardaki bilgileriyle duruma göre çözüm üretmek açısından en iyi donanıma sahip olan gruptur. Hekimlerin geçici görevli çalışma oranının tüm diğer personelden daha yüksek olması, hekimlerin görev sürelerinin kısalığının ardındaki nedenlerden biri olabilir. Literatürle uyumlu olarak şube müdürünün görev süresi kısaldıkça personel devir hızının artışı da bir etken olabilir.[14] Şube müdürünün görev süresi uzadıkça planlama yapma ve nitelikli personeli seçip istihdam etme ya da personeline eğitim sağlama olanakları artıyor olabilir. Hekimlerin kalıcı olmasını sağlamak önemlidir.

Halk sağlığı uzmanları, bulaşıcı hastalık kontrolüne dair özel eğitim almış olan bir gruptur ve bu konu onların alandaki birincil görev alanları arasında yer almaktadır.[15] Uzman hekimlerin görev süresinin kısalığının yakın zamanda mecburi hizmet nedeniyle istihdam edilmelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Şube personelinin yaklaşık yarısı beş yıldan uzun süredir şubede görev yapmaktadır. Personelin yöneticilerine göre daha kalıcı olduğu görülmektedir. Toplam memuriyet sürelerine bakılınca, %50'sinin önümüzdeki 10 yılda emeklilik hakkını kazanacağı görülmektedir. %50'nin yerine yeni eleman bulunup eğitim verilmesi gerekecektir. Ayrılanlar ise uzun süre çalışmadan ayrılmaktadırlar; % 57'si üç yıldan önce ayrılmıştır. Şubeden en çok ayrılan personel, hekimlerdir.

Yöneticilerin bulaşıcı hastalıklar şubelerinde deneyimi

Bulaşıcı hastalıklardan sorumlu il sağlık müdür yardımcılarının % 73.3'ü bulaşıcı hastalıklar şube müdürlüğü yapmamıştır ve %97.3'ü şubede çalışmamıştır. Sadece ikisi (%2.7) daha önceden bulaşıcı hastalıklar şubesinde çalışmıştır: Biri bir yıl süreyle, diğeri de bir yıldan daha kısa bir süre. Şube müdürlerinin ise %22.5'i daha önce şubede görev almıştır. Halk sağlığı uzmanı olmayan şube müdürlerinin göreve hazırlanarak, deneyim kazanarak gelmesi gerekmektedir. Şube müdürlerinin özgeçmişine bakıldığında, şubede çalışma deneyimlerinin olmadığı ve gerekli eğitimleri almadıkları görülmektedir. Bulaşıcı hastalıklardan sorumlu il sağlık müdür yardımcılarının neredeyse hiçbiri, şube müdürlerinin de yaklaşık beşte dördünün bulaşıcı hastalıklar şubelerinde deneyimi yoktur. Halk sağlığı uzmanı olmayanlar

için meslekte deneyim kazanarak yükselme yolunun eksik olduğu görülmektedir. Halk Sağlığı uzmanlarının doğrudan şube müdürü veya müdür yardımcısı olarak atanması, bu sorunların önüne geçecek ve ilde bulaşıcı hastalık kontrolüne önemli katkılar sağlayacaktır.

Yöneticiler, 'sağlık yönetimi' öğrenimi almış olmalıdır. Sağlık yönetimi biliminden uzak kişilerin, bu konuda daha yetkin olan halk sağlığı uzmanı gibi kişilerin amiri olarak görev yapması, daha nitelikli hizmetler verilmesinin önünde engel oluşturabilmektedir. Sağlık müdürlüklerinde yöneticilik yapmayan halk sağlığı uzmanları, doktora ve yüksek lisanslıları, yapabilecekleri katkı düzeyinin çok daha altında işler yapabilmektedirler. Şubelerde görev yapan bazı halk sağlığı uzmanları, adeta VHKİ olarak görev yaptıklarından yakınmaktadırlar.

Tablo 2. Farklı mesleklerin şubelerde görev yapma oranı, şube başına sayıları, geçici görevle çalışanlar ve şubede görev süreleri

Meslek	Sayı	İllerin % kaçında bulunduğu	Şubelerde görev yapan kişi sayılarının dağılımı (%, n=78)			Geçici görevle çalışanlar (%)	Şubede görev süresi dağılımı (%)		
			0	1	2 ve üzeri		≤ 2 yıl	2.1-5 yıl	>5 yıl
Sağlık memuru	207	93.6	6.4	20.5	73.1	13.0	28.6	22.3	49.1
Hemşire	72	56.4	43.6	29.5	26.9	9.7	41.7	26.4	31.9
Ebe	58	38.5	61.5	20.5	18.0	10.3	46.6	19.0	34.5
Sıtma savaş işçisi/ memuru*	37	25.6	74.4	14.1	11.5	-	8.3	19.5	72.2
Pratisyen hekim	35	25.6	74.4	16.7	8.9	51.4	51.4	31.4	17.2
Uzman hekim**	11	11.5	88.5	9.0	2.6	27.3	72.7	27.3	0.0
Memur	25	28.2	71.8	21.8	6.4	8.0	54.2	20.8	25.0
Tıbbi teknolog	20	20.5	79.5	17.9	2.6	5.0	40.0	15.0	45.0
Laborant	10	9.0	91.0	3.8	5.2	-	10.0	0.0	90.0
Şef	8	7.7	92.3	6.4	1.3	-	14.3	28.6	57.1
Tıbbi sekreter	7	7.7	92.3	6.4	1.3	-	71.4	28.6	0.0
ÇST	9	6.4	93.6	3.8	2.6	22.2	33.3	22.2	44.5
Tüm personel	518	98.7	1.3	2.6	96.1	13.1	36.0	21.7	42.3
Müdür yardımcısı	77	98.7	-	-	-	VY	48.6	31.1	20.3
Şube müdürü	71	91.0	-	-	-	VY	47.1	30.0	22.9

* Diyarbakır ilinin şube personeli kapsamında sayısını bildirdiği ancak personel bilgilerinde dökümünü göndermediği, olasılıkla şube dışında görev yapan 151 sıtma işçisi ve 12 laboratuvar teknisyeni bu istatistiklere dahil edilmemiştir

** Uzman hekimlerin 9'u halk sağlığı uzmanıdır

VY Veri yok

Son iki yılda şubeden ayrılan personel

Son iki yılda şubedeki görevinden ayrılan toplam personel sayısı 138'dir ve bu rakam, araştırmanın yapıldığı dönemdeki toplam şube çalışanı sayısının %26.6'sına denk gelmektedir. Ayrılan personelin %29.0'ı pratisyen hekim, %4.3'ü uzman hekim, %26.1'i sağlık memuru, %13.0'ı hemşire, %8.0'ı ebedir. Şubelerin iki yıllık personel devir hızları ortalama %38.8±56.7 (ortanca %20.0; aralık %0-300) bulunmuştur. Şubelerin personel devir hızları ile şube müdürünün görev süresi arasında olumsuz yönde, orta derecede, anlamlı bir ilişki vardır

(r_s=-0.416, p<0.001). Müdür yardımcısının görev süresi ile ilişki saptanmamıştır. Personelin %57.2'si şubede üç yılını doldurmadan ayrılmıştır. Ayrılan personelin yaş ve cinsiyet dağılımı, toplam memuriyet süreleri çalışanlarla benzerdir.

Yirmi ilde son iki yılda şubeden ayrılan personel olmamış, buna karşılık 57 ilde son iki yılda şubeden ayrılan(lar) olmuştur. En çok ayrılanın olduğu 10 il sırasıyla İzmir (13 kişi), Eskişehir, Muğla, Osmaniye (6'şar kişi), Hakkari, Kütahya, Malatya, Uşak, Ardahan (5'er kişi), Kars ve Şanlıurfa'dır (4'er kişi). Verilerin toplandığı tarihte aile hekimliği uygulamasına geçmiş olan dokuz ilde şubeden ortalama 3.2±4.1 kişi ayrılırken pilot uygulamaya henüz geçmemiş olan 68 ilde ortalama 1.6±1.6 kişi ayrılmıştır (U=227.5; p=0.200). Dokuz pilot ilde şubede görev yapmakta olan toplam 12 hekim, aile hekimi olmuştur. Hekimleri kalıcı pozisyonda çalıştırmak için önlemler alınmasının gerekli olduğu görülmektedir. Bunun bir yolu, bulaşıcı hastalık kontrolünde gösterdikleri çabalarını ekstra döner sermaye ödemeleriyle ödüllendirmek olabilir. Ayrıca, müdürlükte görev yapan hekimlerin aile hekimi olmalarının nedeninin sadece gelirle ilgili kaygılar mı, yoksa meslek kaygıları ve/ya bürokratik nedenler mi olduğu araştırılmalıdır.

Şubeden ayrılan personelin 6'sı uzman olmak üzere 46'sı hekim (%34.6), 36'sı sağlık memuru (%27.1), 18'i hemşire (%13.5), 11'i ebe (%8.3), 6'sı memurdur (%4.5). Ayrılış nedenleri, mesleğe göre farklılık göstermektedir. Tablo 3'te tüm personelin ayrılış nedenleri ve önde gelen meslek gruplarının şubeden en önemli üç ayrılış nedeni sunulmaktadır.

Tablo 3. İl Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı hastalık Şube Müdürlüklerinden son iki yıldır ayrılmış olan personelin ayrılış nedenleri dağılımı (%)

Ayrılış nedeni	**Tüm personel** (n=138)	**Sağlık memuru** (n=36)	**Pratisyen hekim** (n=40)	**Uzman hekim** (n=6)	**Hemşire** (n=18)	**Ebe** (n=11)
Başka şubede görevlendirilme	24.6	25.0	10.0	16.7	50.0	27.3
İl içi/il dışı tayin	17.4	30.6	12.5	16.7	5.6	-
Eş durumu tayini	10.1	8.3	10.0	-	27.7	18.1
Emeklilik	9.4	-	2.5	16.7	11.1	-
Aile hekimi olma	8.7	-	22.5	49.9	-	-
Görevlendirme	7.2	11.1	7.5	-	5.6	9.1
Kendi isteğiyle	6.5	5.6	7.5	-	-	27.3
TUS	2.9	-	10.0	-	-	-
Geçici görevin sonlanması	2.9	2.7	5.0	-	-	9.1
Başka kuruma geçiş	2.2	2.7	2.5	-	-	-
İstifa	1.4	-	5.0	-	-	-
Diğer*	6.5	14.0	5.0	-	-	9.1
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

*Doğum izni, vefat, dönem tayini, iş yoğunluğu, askerlik, terfi, kadro değişikliği

Hizmet içi eğitimler

13 ilden toplam 18 kişiye EPIET benzeri eğitim verilmiştir ve bunlardan dokuzu il sağlık müdürlüklerinde çalışmaktadır. Bütün illerden en az birer kişi olmak üzere toplam 148 kişi ToT eğitimi almıştır. Bunların 77'si il sağlık müdürlüklerinde görev yapmaktadır. Üç ilden toplam beş kişinin EIS eğitimini aldığı belirtilmiştir. İl sağlık müdürlüklerinde görev yapan bulaşıcı hastalıklar yönetici ve şube çalışanlarının aldıkları hizmet içi eğitimler Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4. İl Sağlık Müdürlüklerinde Bulaşıcı Hastalıklarda sorumlu yöneticilerin ve şube çalışanlarının aldığı hizmet içi eğitimler (%)

Hizmet içi eğitim konuları	İl sağlık müdür yardımcısı (n=77)	Şube müdürü (n=71)	Personel (n=518)
ToT eğitimi*	28.6	57.7	2.7
EPIET-benzeri eğitim*	1.3	7.0	0.6
EIS eğitimi*	2.6	1.4	0.2
TEK eğitimi*	5.2	5.6	6.0
GBP eğitimi*	18.2	23.9	6.9
Kızamık sürveyans eğitimi	6.5	18.3	0.6
Tüberküloz sürveyans eğitimi	5.2	7.0	1.0
Sıtma sürveyans eğitimi	3.9	5.6	1.2
Akut flask paralizi/ polio sürveyans eğitimi	2.6	10.3	0.2
HIV sürveyans eğitimi	1.3	1.4	0.2
Seyahat ilişkili lejyoner hastalığı kontrol programı eğitimi	1.3	2.8	0.6
Soğuk zincir eğitimi	0.0	0.0	2.5
HIV danışmanlık eğitimi	0.0	0.0	0.6

* Bkz. Giriş bölümü

Yönetsel düzeyde ciddi bir eğitim açığı bulunmaktadır. Şube müdürlerinin %58'i ToT eğitimi almıştır ancak ideali %100'ünün bu eğitimi almış olmasıdır. Müdür yardımcılarının ise %70'inde eğitim açığı bulunmaktadır. Yöneticilerin şubede yeterli deneyimlerinin olmaması ve gerekli eğitimleri almamış olması, şubenin yürüttüğü işlevlerin yönetilmesinde etkililik, geri bildirim veya kontrolün yeterli düzeyde olmamasına yol açabilir. Yöneticilerin ilgili konularda eğitim oranlarının arttırılması ya da halk sağlığı uzmanı gibi uygun formasyona sahip kişilerin yönetici atanması gerekmektedir. Yönetici görevlendirmelerinin hangi özelliklere göre yapıldığının incelenmesi gerekir. Devletin yürüttüğü sağlık programlarını il düzeyinde etkili biçimde gerçekleştirebilmek için liyakat sisteminin getirilmesi gerekmektedir.

On yıl önce yapılan EIS eğitimini alanlar bugün ya kayıptır ya da bu eğitimin ne olduğu bilinmemektedir. ToT eğitimleri de 10 yıl sonra benzer durumda olabilir. Bu eğitimlerin kalıcı kapasite oluşturma hedefinden uzak olduğu görülmektedir. Personel devir hızının yüksekliği, eğitimlerin adeta iki yılda bir tekrarlanmasını gerektirecektir, bu da maliyet artışı anlamına gelmektedir.[16] Diğer ülkelerde de halk sağlığı alanında görev yapan insan gücünün çoğunun hizmet içi eğitimlerle ya da kısa kurslarla eğitildiği belirtilmektedir.[17] Liyakat ve personelin kalıcılığı ile ilgili alınacak önlemler, eğitimin etkinliğini de sağlayacaktır.

Eğitimlerin içeriği, niteliği ve sürekliliği

Genel olarak Sağlık Bakanlığının ya da Sağlık Müdürlüklerinin başlattığı eğitim girişimleri (Temel Epidemiyoloji Kursu, Zoonotik Hastalıklar Eğitimi vb…), hekim, hemşire vb sağlık çalışanlarında kısa bir dönem için farkındalık yaratan bir etki yapsa da, süreklilik sağlanamadığından uzun erimli hedeflere hizmet etmemekte, hep yeniden başa dönülmektedir.

2011 yılında Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı, her ilde eğitici eğitimi almış kişilerden oluşan ekipler tarafından son yıllarda ortaya çıkan ve yeniden görülmeye başlayan bazı zoonozlar konusunda, ilgili uzman ve pratisyen hekimlere ve hemşirelere interaktif eğitimler verilmesini istemiştir. Ancak bakanlığın eğitimler için belirlediği hedef grubun bazı illerde çok kalabalık olması nedeniyle planlandığı gibi interaktif eğitim tekniklerinin kullanıldığı, küçük grup eğitimlerinin gerçekleştirilememiş, konferanslar düzenlenmeye çalışılmıştır.

2.2. Bulaşıcı hastalıklarla savaşımda örgütlenme

Son çıkarılan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe (21 Eylül 2011) göre, İl Sağlık Müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubelerinde çalışacak personel sayısı ve meslekleri nüfusa göre belirlenmektedir. Buna göre iller, TÜİK nüfuslarına göre 10 milyonun üzeri ise A Grubu, 1,75-10 milyon arasında ise B, 1-1,75 milyon arasında ise C, 500 bin-1 milyon arasında ise D, 500 bine kadar ise E Grubu olarak gruplandırılmıştır. Her grup için, bulaşıcı hastalıklar şubesinde hangi meslekten kaç kişinin görevlendirilmesi gerektiği tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı sayı ve meslek grupları bakımından şubelerde çalışacak personel sayısını belirlemesine karşın bu personelin sahip olması gereken nitelikler ve donanım, alması gereken eğitimlerle ilgili belirlenmiş standartlar yoktur. Planlama niceliksel düzeyde kalmış, niteliksel planlama pek yapılmamıştır. Nicelik olarak da, aralıklar yerine yüz bin nüfus başına personel sayı hedeflerinin konması ya da iş yüküne göre planlanması daha uygun olacaktır. 75 bin nüfusu olan il ile 450 bin nüfusu olan ilin personel sayısının aynı olması, ya da 10 milyon nüfusu olan il ile 1.8 milyon nüfusu olan illerin aynı kategoride değerlendirilmesi bazı sakıncalar getirecektir.

Tablo 5. Yeni yönetmeliğe göre ilerde istihdam edilmesi gereken Halk Sağlığı Uzmanı sayıları

İl Gruplari	İl Sayısı	Kadro Sayısı		Toplam kadro		Genel toplam
		Sağlık müdürlüğü	Bulaşıcı hastalıklar şubesi	Sağlık müdürlüğü	Bulaşıcı hastalıklar şubesi	
A	1	20	1	20	1	**21**
B	6	4	1	24	6	**30**
C	12	2	1	24	12	**36**
D	21	1	0	21	0	**21**
E	41	1	0	41	0	**41**
Toplam	**81**	**28**	**3**	**130**	**19**	**149**

Buna göre her sağlık müdürlüğünde ez az bir Halk Sağlığı Uzmanı bulunacaktır. En büyük 19 ilin ayrıca bulaşıcı hastalıklar şubelerinde birer Halk Sağlığı Uzmanı bulunacaktır. Bu uzman hekimlerin maksimum verimlilikte çalışabilmeleri için doğrudan yönetici olarak atanmaları gerekmektedir. Var olan Personel Dağılım Cetvelinde yöneticilik kadroları için 'tercihen uzman tabip veya tabip' ifadesi kullanılmakla birlikte genelde uzman hekimler tercih edilmemektedirler. Halk Sağlığı Uzmanının yönetici olarak çalışıp çalışmaması subjektif tercihlere bırakılmamalı, ilde/ilçede halk sağlığı uzmanı var ise onun atanması zorunlu olmalıdır.

Bulaşıcı hastalıklar şubeleri için öngörülen personelin kadro unvanları ve il gruplarına göre sayıları ise Tablo 6'deki gibidir.

Tablo 6. Yeni mevzuata göre 'Bulaşıcı Hastalıkları İşleri İle İlgili Şube Müdürlüğü'nde görevlendirilecek personel dağılımı

Personelin Kadro Unvanı ve Niteliği	Sınıfı	A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu	E Grubu
Şube Müdürü [1]	GİHS	1	1	1	1	1
Şef	GİHS	5	2	1	1	1
Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni	GİHS	15	7	4	3	2
Daktilograf	GİHS	3	3	3	2	1
Uzman Tabip (Halk Sağlığı)	SHS	1	1	1		
Uzman Tabip (Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji)	SHS	1				
Uzman Tabip (Tıbbi Mikrobiyoloji)	SHS	1				
Tabip	SHS	8	4	4	2	1
Veteriner	SHS	3	2	1	1	1
Tıbbi Teknolog	SHS	3	3	3	2	1
Hemşire	SHS	4	4	4	3	3
Sağlık Teknikeri	SHS	20	10	5	3	3
Sağlık Teknikeri (Tıbbi Sekreter)	SHS	4	3	2	2	1
Sağlık Memuru (Tıbbi Sekreter)	SHS	6	5	4	3	2
Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı)	SHS	20	10	5	3	3
Mühendis (Çevre)	THS	1	1	1		
Mühendis (Ziraat)	THS	1	1	1		

(1) Tercihen Uzman Tabip veya Tabip

İnternet donanımı ve Form014'lerin kaydediliş biçimi

2007 yılında tüm illerin bulaşıcı hastalıklar şubeleri üzerine yürütülen araştırmada[7] yanıt veren 77 ilden sadece birinde (%1.3; Tunceli) şubede internet bağlantısı bulunmamaktadır. Şubelerin 59'u (%76.6) gelen Form 014'leri kayda almaktadır. Bunların sekizi (%13.8) Excel veya Access programında Form 016'ya kaydetmektedir, 32'si (%55.1) Excel veya Access'e farklı biçimde kaydetmekte, biri (%1.7) EPI programına, ikisi (%3.4) de ismini belirtmediği bilgisayar programına kaydetmekte, buna karşılık 15'i (%25.9) defter/matbu form/form fotokopisi şeklinde kaydını tutmaktadır. Dolayısıyla, toplam 43 il (%55.1), müdürlüğe gelen bildirimleri mükerrer bildirimleri ayıklayabileceği elektronik bir ortama aktarmaktadır. Şube müdürünün hekim olduğu ve olmadığı illerde bu oran değişmezken, şubede en az bir hekimin çalıştığı 20 ilin 16'sında (%80.0) veriler elektronik ortama aktarılırken hekim bulunmayan 55 ilin 27'sinde (%49.1) aktarılmaktadır (Ki-kare=5.73, p=0.017).

Form 014'leri kaydeden il sayısı çok gözükmektedir ancak nitelikli kaydeden il sayısı azdır. Analiz yapabilecek düzeyde kaydeden il sayısı aslında 8-10 kadardır. 32 ilde de istenirse elektronik ortamda mükerrer kayıtların ayıklanması mümkündür ancak bu işlem isteğe bağlı olmamalıdır. Bakanlığa gönderilen bulaşıcı hastalık istatistiklerinin doğruyu yansıtması için mükerrer bildirimler mutlaka sistematik olarak ayıklanmalıdır.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

2011 yılı Nisan ayında yenilenen bildirim sisteminin yeni bir rehber ile tanıtımı yapılamamıştır. 2005 rehberinin bile geçen altı yıl içinde etkin kullanımı sağlanamamışken, yeni rehberin tanıtımının da var olan işgücü ile güç olacağı açıktır.

Hastalık bildirimlerinin tam ve doğru yapılabilmesi için, bildirim yapmasını beklediğimiz hekimlerin bu konuda eğitim almalarını da sağlamalıyız. Çünkü, bildirimlerin neden yapılması gerektiğini, sürveyans çalışmalarının çıktılarının neler olacağını bilmeyen hekimler bu konuyu önemsemeyecek ve bildirimler hep eksik olacaktır. Bu nedenle ilgili klinik birimlerin asistan eğitim programlarına, sürveyans konusunun eklenmesi yararlı olabilir.

Aynı zamanda, pratisyen hekimlerin, ilgili uzmanların hizmet içi eğitim konusu olarak da 'sürveyans' hep gündemde kalabilmelidir.

Etkin eğitimlerle desteklenen denetleme ve izlem çalışmaları sürveyansı güçlendirmede önemlidir. Sürveyans etkinliği, bilimsel yöntemler kullanılarak ölçülmeli ve bu ölçme/değerlendirme çalışmaları da sağlık müdürlüklerinin rutin hizmet başlıkları arasında yer alabilmelidir. Ancak halen böyle çalışmalar yapabilen bir ekip yoktur.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bildirimleri geliştirmek için yapılan müdahalelerin[19] benzerleri, diğer hastanelerde de geliştirilmeli ve bildirimlerin tamlığına katkıda bulunulmalıdır. Halk sağlığı uzmanları bu konuda görev alıp en azından kendi görev yaptıkları kurumdaki bildirimleri düzeltebilirler. İl Sağlık Müdürlüklerinin de desteğiyle benzer uygulamalar halk sağlığı uzmanının görev yapmadığı hastanelere yaygınlaştırılabilir.

Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi: Akut Barsak Enfeksiyonu bildirimlerinin analizi

Sürveyans çalışmaları tam ve doğru biçimde yapılanmadığından erken uyarı yanıt sistemi devreye sokulamamaktadır. Genellikle salgınlar ortaya çıktıktan sonra, basın ya da vatandaşın sağlık kurumuna yaptığı bildirim aracılığıyla fark edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı birkaç yıl önce bazı illerde EARS_X programı ile Akut Barsak Enfeksiyonu (ABE) bildirimlerinin analizi ve bu yolla izlemi konusunda bir çalışma başlatmıştır. Bu konuda birçok ilin bulaşıcı hastalıklar şubesinden gelen katılımcılara Ankara'da bir eğitim verilmiştir. Bu program aracılığıyla her gün sağlık kurumlarından gelen A09 (akut barsak enfeksiyonu), R11 (bulantı, kusma) ve K52 (enfektif olmayan enterit ve kolit) tanı kodları, bildirim yapan hastaneler ve ilçeler düzeyinde değerlendirilerek, genel trend izlenebilecek ve zaman zaman olgu sayılarında artış olduğunda, programın verdiği uyarılar ile 'erken uyarı ve yanıt sistemi' devreye sokulabilecektir. Ancak programın etkin olması için eksiksiz (tüm kurumlardan her olgunun tam bildirilmesi) ve doğru (K52 kayıtlarının tümünün gerçekten enfektif olmayan kolit, enterit olması ya da enfektif enteritin R11 olarak kaydedilmemesi) veri toplanması gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için sistem oturuncaya dek, hizmetiçi eğitim ve denetim çalışmaları başlatılmalı ve daha sonra sürekliliği sağlanmalıdır. Bu programın işlerliği için İl Sağlık Müdürlüklerinde sadece bu konuyu izleyen en az bir kişi olmalıdır. Ayrıca programın verdiği uyarılarda, ilgili bölgede salgın araştırmasını başlatıp gerekli önlemlerin alınması için çalışabilecek insangücü gerekmektedir. Ancak bazı illerde verilerin EARS_X programı ile günlük analizi hiç yapılamamıştır. Çünkü o illerin şubelerinde sadece bu konuya zaman ayırabilecek durumda olan hekim, hemşire ya da sağlık memuru bulunmamaktadır.

ICD-10 tanı kodlarının sürveyansta kullanımı

Hastanelerde ICD10 tanı kodlarının kayıtlarda doğru kullanılıp kullanılmadığı konusunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle sürveyansın etkinliğini değerlendirmek için farklı veri kaynaklarının karşılaştırılması önemlidir. Sağlık Bakanlığı TSIM kayıtları, sağlık müdürlüklerine gelen Form 014 bildirimleri, hastane laboratuvar kayıtları ve ICD10 kayıtlarının tutarlılığı araştırılmalıdır.

Hastanelerde yapılan kayıtların güvenilirliğini ve hastalık bildirimlerini arttırmaya yönelik projeler geliştirilmelidir.

Sınırlılıklar

İnsangücüyle ilgili veriler 2007 yılının ortasında yürütülmüş bir araştırmaya dayandığı için veriler güncelliğini yitirmiş olabilir. Sağlık Bakanlığı'ndan bulaşıcı hastalıklar şubelerinde görev yapan halk sağlığı uzmanlarının güncel sayısı ve dağılımı öğrenilmeye çalışılmıştır ancak veriye ulaşılamamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Genel olarak müdürlüklerde 'günü kurtarma' çalışmaları yapılmaktadır. TSİM programına zamanında veri girişinin yapılması, basınla gün yüzüne çıkacak bir olumsuzluğun olmaması başlıca güdük hedefler olarak dikkat çekmektedir.
- Sağlık hizmetine bütüncül bakış eksikliği ya da yokluğu, geniş kapsamlı projeler geliştirilmesine önemli bir engeldir.
- Sürveyansın GEREKTİĞİ GİBİ izlenebilmesi ve uygulanabilmesi için Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde en az iki kişiden oluşan ekipler oluşturulmalıdır. Bu ekip birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları ile sürekli iletişim içinde olmalı, hizmet içi eğitim programları hazırlamalı, uygulamalı ve bilimsel yöntem kullanarak denetim yapabilmelidir. Verilerin doğru kaydı, kurumlar arası, yıllar arası karşılaştırılmaların yapılabilmesi, belli aralarla kurumlara geribildirim yapılabilmesi önemlidir.
- Sürveyans izlemi bilimsel yöntem kullanılarak yapılmalıdır. Müdürlüklerde bunu yapabilecek bir işgücü bulunmalı ve ekip anlayışıyla çalışılmalıdır.
- Sürveyansın iyileştirilmesi için ilgili klinik birimlerin asistan eğitimlerine 'sürveyans' konusunun eklenmesi ve uzmanlık sonrası hizmetiçi eğitimlerinin sürekliliği gerekmektedir.
- Sürveyans çalışmalarının yetersizliği EUYS'nin devreye girememesine neden olmaktadır. Bu nedenle salgın çıkmak üzereyken koruyucu önlemlerin alınması mümkün olmayacaktır.
- Özellikle zoonozlarla mücadelede sektörlerarası işbirliği önemlidir. Tarım İl Müdürlüğü ve belediyelerle hatta Çevre Sağlığı Şubesi ile bile yeterli işbirliği kurulamamaktadır.

Kaynaklar

1. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi-.html Erişim 17 Kasım 2010.
2. Sağlık Bakanlığı. 8597 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyuryon.pdf Erişim 17 Kasım 2010.
3. Akbaş E. Eski sorunsala yeni mücadele soluğu: Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojik sürveyansı ve kontrolü sisteminin güçlendirilmesi projesi. Turk Hij Den Biyol Derg 2007; 64: 1-8.
4. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrol Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Ulusal Stratejik Plan 2009-2013. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2009.

5. Lin V, Watson R, Oldenburg R. The future of public health: the importance of workforce. Aust New Zealand Health Policy 2009, 6: 4.

6. Fraser MR. The local public health agency workforce: Research needs and practice realities. J Public Health Management Practice 2003; 9: 496–9.

7. Durusoy R, Emek M, İnci R. İl Sağlık Müdürlükleri'nde Bulaşıcı Hastalıklar İnsan Gücünün Değerlendirmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 2: 70-85.

8. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 21 Eylül 2011 sayı 28061.

9. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 2006-2007 Yılı Çalışma Raporu. http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/rapor/161-halk-salii-uzmanlari-derne-2006-2007-yili-calima-raporu- Erişim 18 Mayıs 2011.

10. Türk Tabipleri Birliği 22. Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri: Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Bulaşıcı Hastalıklar. 3-9 Temmuz 2010.

11. Eser E, Çamur D. T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde (alanda) çalışan halk sağlığı uzmanları envanteri. Hasuder Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu Raporu, Ekim 2010.

12. Aksu G, Acuner AM, Tabak RS. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği). Ankara Univ Tıp Fak Mecm 2002; 55: 271-82.

13. Öğüt A, Kocabacak A. Küreselleşme sürecinde Türk iş kültüründe yaşanan dönüşümün boyutları. Türkiyat Araştırmaları Dergisi 2008; 23: 145-70.

14. Gallon SL, Gabriel RM, Knudsen JR. The toughest job you'll ever love: a Pacific Northwest Treatment Workforce Survey. J Subst Abuse Treat 2003; 24: 183-96.

15. Eren N (ed). Halk sağlığı uzmanının görev tanımı ve görev analizi. Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu. Ankara: TTB, 1992.

16. Katz A, Staiti AB, McKenzie KL. Preparing for the unknown, responding to the known: Communities and public health preparedness. Health Aff (Millwood) 2006; 25: 946-57.

17. Cioffi JP, Lichtveld MY, Tilson H. A Research agenda for public health workforce development. J Public Health Management Practice 2004; 10: 186–92.

18. Durusoy R. Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü. STED 2009; 18: 52-5.

19. Durusoy R, Kantar M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerini Geliştirmek İçin Laboratuvar Tanılarının Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Komitesinin Rolü. Ege Tıp Dergisi 2009; 48: 109-18.

3. BULAŞICI HASTALIKLARIN BİLDİRİMİ

F. Nur BARAN AKSAKAL[a], Raika DURUSOY[b], Seval ALKOY[c]

[a]Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

[b]Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

[c]Yrd. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bolu

Giriş

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi ve çıktıkları durumda, topluma yayılıp morbidite, mortalite ve ekonomik kayıplara yol açmasına imkan vermemek koruyucu hekimliğin birincil görevlerindendir. Bu amaca ulaşılabilmesi ancak etkin bir sürveyans sisteminin varlığı ile olanaklıdır. Sürveyans çalışmaları etkili bir bulaşıcı hastalık kontrol programının temel öğelerinden birisidir ve sürveyans olmadan bulaşıcı hastalık kontrol programlarının başarıya ulaşması mümkün değildir.

3.1. Sürveyans

Tanımı ve Amacı

Sürveyans kelimesinin sözlük anlamı; özellikle şüphelenilen casusa ve suçluya yakın gözlemdir. Sürveyans kelimesinin kökeni Fransızca olup, Sur- üzerinden, Veiller- uyanık kalmak, göz kulak olmak anlamına gelmektedir. Sürveyans 21. Dünya Sağlık Asamblesi'nde (1968) "verilerin sistematik olarak toplanması, düzenli yorumu ve ilgili yapılara sonuçların hızla geribildirimidir" şeklinde tanımlanmış ve "*eylem için bilgi"* olarak özetlenmiştir.

Sürveyansın amacı, bir bölgedeki hastalığın araştırılmasında, kontrol edilmesinde ve önlenebilmesinde etkili olabilmek için o bölgede hastalığın oluşumunun var olan örüntüsünü ve hastalık potansiyelini ortaya koymaktır. Sürveyansın amacı genel olarak hastalıkların kontrolünün ve korunmanın sağlanarak morbidite ve mortaliteyi azaltmak olarak da tanımlanmaktadır.[1]

İdeal bir sürveyans sisteminin amacı elde edilen verinin:

- Toplum sağlığını korumaya yönelik programlar yapanlara,
- Yerel, bölgesel, ulusal ve hatta uluslararası politika belirleyicilere,
- Toplum sağlığı ile ilgili aktivite yürütenlere,
- Toplum sağlığı ile ilgili uygulamaları geliştirmek için bilgiye ihtiyacı olan halka kendi sağlığını daha iyi korumak ve iyileştirmek için kişisel uygulama yapan kişilere ulaştırılmasıdır.[2]

Daha ayrıntılı olarak değerlendirilecek olursa:

- Bir durumun, bir hastalığın görülme sıklığındaki değişiklikleri gözlemlemek,
- Salgınları erken tespit etmek,
- Koruyucu önlemlerin etkisini değerlendirmek,
- Etkenlere hassas grupları belirlemek,
- Kaynakların bölüşülmesi için öncelikleri ortaya koyabilmek
- Hastalığın nedenine ilişkin ipuçları bulabilmektir şeklinde tanımlanmaktadır.[3]

Sürveyans sistemlerinde Dünya üzerinde bir çok veri kaynağı kullanılmaktadır. Bunlardan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen veri kaynakları aşağıda yer almaktadır:[1]

- Mortalite verileri
- Morbidite verileri
- Salgın raporları
- Laboratuvar sonuçları
- Alan araştırmaları ve diğer araştırmalar
- Kişisel vaka inceleme raporları
- Demografik veriler
- Çevreye ait veriler
- İlaç vb. maddelerin tüketim verileri
- Basın yayın organları
- Hastane istatistikleri
- Özel hekim kayıtları
- İş-okul devamsızlıkları
- Hayvan rezervuarları

Sürveyansın Aşamaları

Sürveyansın dört aşaması vardır. Bunlar;

1. Veri toplanması
2. Veri analizi
3. Verinin yorumlanması
4. Geri bildirim

1. Veri Toplanması

Sürveyans işlemleri öncelikli olarak verilerin toplanması ile başlar. Veriler her ülke tarafından farklı şekillerde ve o ülkelerin ihtiyaçlarına göre toplanmaktadır. Verilerin toplanması sırasında bazı konulara açıklık getirilmesi gerekmektedir:

- Hangi hastalıkların bildirilmesinin gerekli olduğu,
- Bildirimin yapılmasından kimin sorumlu olduğu,
- Bildirimin kime, nasıl ve hangi sıklıkta yapılacağı,
- Bildirimi yapılacak hastalıkların vaka tanımlarının yapılması
- Hastalıklarla ilgili alınacak ve alınan kontrol ve koruma önlemlerinin ne olduğu.

2. Veri Analizi

Toplanan veriler yer, zaman ve kişi özelliklerine göre analiz edilir. Elde edilen veriler mevcut veriler ve beklenen değerler ile karşılaştırılabilir, bunların arasındaki farklılıklar tanımlanır ve bu farklılıkların önemi değerlendirilir. En sık olarak beklenen değeri ya son bildirim dönemi ya da daha önceki yıllarda bu döneme karşılık gelen zaman dilimindeki değerler ile karşılaştırılır. Ayrıca bir bölgeden gelen veriler komşu bölgelerin verileri ile karşılaştırılabilir.

3. Verinin Yorumlanması

Verilerin yorumlanması ile hastalığa dair daha ileri inceleme gerekip gerekmediğine karar verilebilir. Ayrıca önceliklerin neler olduğuna, işgücü ve kapasite değerlendirilerek nelerin yapılabileceğine, halkın, yönetimin ve basının dikkatlerinin çekilmesinin gerektiğine bu dönem içerisinde karar verilir.

Bu dönem içerisinde görülen her artış her zaman olumsuz bir gelişme olarak değerlendirilmemeli ve araştırması yapılmalıdır. Hastalığın gerçekte artmadığı bazı durumlarda artış varmış gibi görünebilir. Bu durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmeti verilen kurumlarda personel ve malzeme eksiği tamamlanmış olabilir,
- Bölgede tanı koyma olanakları artmış olabilir,
- Konuya özel inceleme ve araştırma yapılmış olabilir,
- Çalışan kişilerin konuya özel ilgileri olmuş olabilir,
- Bildirimler hatalı veya yanlış yapılmış olabilir,
- Etkili izleme ve denetleme hizmeti başlatılmış olabilir.

4. Geri-bildirim

Sürveyans sisteminin en önemli ve kritik aşamalarından birisidir. "Bilgilendirmek ve harekete geçirmek" olmak üzere geri bildirimin iki amacı vardır. Elde edilen veri hizmet sunan tüm sağlık birimlerine, sağlık yöneticilerine ve ilin diğer yöneticilerine, program planlamacılarına ve karar vericilere ulaştırılmalıdır.[1]

3.2. Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Bildirimi

Bildirim sistemi ülkelerin, hastalıklar hakkında sistematik bir şekilde veri toplayarak ortaya çıkış sıklıklarını ve davranış modellerini görmek, planlama yapmak, kaynak ayırmak ve aktarmak, salgınları önceden tahmin etmek, koruma ve kontrol programlarını geliştirmek ve uygulamak için yaşamsal mekanizmalarıdır.[4]

Bulaşıcı hastalıkların bildirim sisteminin iyi olması epidemiyolojik açıdan takibi için gerekli olup, toplumun korunması açısından büyük önem taşımaktadır.[5]

Ülkemizde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele kapsamında sürveyans çalışmaları bulaşıcı hastalıklarla örgütlü mücadelenin başladığı 1800'lü yıllarda başlamıştır.

II. Mahmut'un emriyle karantina için ilk defa bir meclis (Meclis-i Tahaffuz) toplanarak 1838 yılında göreve başlamıştır. Bu mecliste Meclis-i Tahaffuz-ı Ula (Yüksek Karantina Meclisi) ve Meclis-i Tahaffuz-ı Sanı (Yüksek Karantina Bürosu) olmak üzere iki meclis görev yapmıştır.

Meclis, Çanakkale'de Akdeniz yolcularının İstanbul'a gelmeden evvel sağlık kontrolünden geçirildiği ve gerekli tedbirlerin alındığı bir merkez kurdurmuştur. Merkez yetkililerine Akdeniz tarafından gelecek imtiyazlı veya imtiyazsız her gemiye karantina konulması, bu gemilerde bulunan istisnasız herkesin hastalıklarla ilgili kayıtlarının alınması, karantina sonunda da kendilerine bir vesika verildikten sonra İstanbul'a gitmelerinde bir sakınca bulunmadığının bildirilmesi, hatta emri dinlemeyenlere zor kullanılması ve karantinadan kaçarak İstanbul'a gelecek gemilerin tekrar boğaza iade edilmesi talimatını vermiştir. Ülkenin her tarafı için bir "Karantina Talimatnamesi" düzenlenerek dağıtımı yapılmıştır.

Bu çalışmalar kapsamında ülkenin değişik noktalarına tahaffuzhane olarak tanımlanan sefer sırasında yolcu ve çalışanlar arasında bulaşıcı hastalık görülen gemilerin karantina sürelerini

geçirmeleri, gerekli sağlık önlemlerinin alınması ve hastalığın iyileştirilmesi için büyük limanlara yakın kıyılara kurulmuş olan sağlık kuruluşları açılmıştır.

Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığına bağlı bir genel müdürlük tarafından sunulmuştur.[6]

Sağlık hizmetleri daha sonra 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Yasası ile kurulan Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Cumhuriyet Türkiye'sinde bu alanla ilgili temel kanun 1930'da yayımlanan Umumi Hıfzısıhha Kanunu'dur (UHK). Bu Kanun, halk sağlığı alanında en geniş kapsamlı düzenleme niteliğindedir.

Kanun'un ikinci bölümü, yüz elliden fazla madde ile bulaşıcı hastalıkların sınırlarda ve ülke içinde kontrolüne ayrılmıştır. Başka ülkelerden gelebilecek bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili maddeler, dezenfeksiyon, vektör kontrolü, hastalık taşıyabilecek hayvanların imhası dâhil, karantina ve izolasyona ayrıntılı yer vermiştir. Bulaşıcı hastalıkların bildirimi gibi birçok konu yer almıştır. Kanun'da bildirim zorunluluğundan ve bildirimi zorunlu hastalıklar listesinden Madde 57'de bahsedilmektedir. Bildirimin nasıl yapılacağına ve kimlerin sorumlu olduğuna dair takip eden maddeler arasında salgınların araştırılması ve kontrolünden su kaynaklarının kullanımının sınırlanmasına, laboratuvar sahiplerinin mikroorganizma kültürlerinin bulundurulması ve nakli konusundaki sorumluluğundan, potansiyel bulaştırıcı eşyanın imhasına kadar pek çok husus düzenlenmiştir. Çiçek aşısı uygulaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda evlenmeye engel olunması vb. gibi maddeler de bu bölümde yer almaktadır. Kanun'da sıtma, trahom, zührevi hastalıklar ve verem için maddeler özel başlıklar altında ayrıca ele alınmıştır. Bu alanın düzenlenişinde ayrıca verem, sıtma ve frengi ile ilgili kanunları da saymak gerekir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü mevzuatı için eleştirilerin başlıca hedefi UHK ile ilgili yeterli sayıda uygulama yönetmeliklerinin çıkarılamayışı olmuştur. Nitekim sahadaki uygulama yakın bir zamana kadar, genellikle her yeni duruma istinaden çıkarılan dar kapsamlı ve kısa dönemde etkili genelge ve yönergelere dayanmaktadır.[3]

3.3. Türkiye'de bulaşıcı hastalık bildirim sistemiyle ilgili son mevzuat değişiklikleri

1. 2005 yılında yürürlüğe giren yeni bildirim sistemi

Dünyada ve ülkemizde sağlık alanında olan gelişmeleri takiben sürveyans sisteminde yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmuş ve bunun üzerine Bulaşıcı hastalıkların bildirimi ile ilgili kapsamlı bir genelge 2004 yılında yayınlanmış[7] ve 2005 yılı ocak ayından itibaren bulaşıcı hastalıklar sürveyansı kapsamında yeni bildirim sistemi uygulanmaya başlanmıştır.

Ülkemizde halen uygulanmakta olan Bildirim Sistemi 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge ile yürürlüğe girmiştir. Genelgenin yürürlüğe girmesi ile bildirim sisteminde olan değişiklikler aşağıda sıralanmaktadır.

- Bu Genelge ile daha önceden 39 olan bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık sayısı 51'e çıkarılmıştır.
- Hastalık bildirimlerine esas teşkil etmesi için bildirimlerde kullanılacak olan standart vaka tanımları geliştirilmiştir.
- Daha önceleri sadece klinisyenler bildirim yaparlarken, bildirimden sorumlu birimler arasına laboratuvarlar da dahil edilmiştir.

- Sağlık hizmeti veren tüm sağlık kurumlarını içerisine alacak şekilde sağlık ocakları dışındaki birimlerden bildirim sorumlusu belirlenmesi istenmiştir.
- Bazı hastalıklar için sentinel sürveyans sistemi uygulanmaya başlanmıştır.
- Bildirim sistemi kapsamında etken bildirimi yapılmaya başlanmıştır.
- Hastalıklar, yürütülmekte olan kontrol programları ve hastalığın özelliğine göre değişmek üzere her bir hastalık için ihbar ve bildirimin nasıl yapılacağı tanımlanmıştır.
- Bildirimi yapılacak bulaşıcı hastalıklar ve etkenler dört grupta toplanmıştır.

Ülkemizde 2005 yılında yürürlüğe giren bildirim sistemine göre bildirimi zorunlu hastalıklar, bildirim şekillerine göre 4 grupta sınıflandırılmıştır. Buna göre:

1- Birinci grup: "A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

2- İkinci grup: "B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

3- Üçüncü grup: "C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

4- Dördüncü grup: "D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar"dır.

1- A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Şarbon
- Bruselloz
- Kuduz ve Kuduz Riskli Temas
- Sıtma
- Şark Çıbanı
- Poliomyelit
- Difteri
- Boğmaca
- Tetanos
- Neonatal Tetanos
- Kabakulak
- Kızamık
- Kızamıkçık
- Tüberküloz
- HIV Enfeksiyonu
- AIDS
- Gonore
- Sifilis
- Tifo
- Akut Kanlı İshal
- Kolera
- Viral Hepatitler (Akut)
- Meningokokkal Hastalık

A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirimi nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlardan yapılır (Bildirimin nasıl yapılacağına dair ayrıntılı bilgi için bknz. 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge).

2- B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Sarı Humma
- Veba
- Tifüs
- Çiçek

Bu grupta bulunan hastalıklar; ülkemizdeki hangi sağlık kuruluşu tarafından tespit edilmiş olursa olsun, bütün sağlık kuruluşlarınca **tespit edildiği anda ihbarı zorunlu** olan hastalıklardır. Grup B'de yer alan hastalıklar aynı zamanda DSÖ'nün Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri (1969-International Health Regulations) çerçevesinde uluslararası bildirimi zorunlu olan hastalıklardır (Bildirimin nasıl yapılacağına dair ayrıntılı bilgi için bknz. 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge).

3- C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Trahom
- İnfluenza
- Lejyoner Hastalığı
- Tularemi
- Ekinokokkoz
- Akut Hemorajik Ateş
- Toksoplazmoz
- Subakut Sklerozan Panansefalit
- Leptosipiroz
- Şistozomiyaz
- Lepra
- Kongenital Rubella Sendromu
- Kala-Azar
- Creutzfelt Jakob Hastalığı
- Hemophilus İnfluenza Tip b Menenjiti

C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bildirimi kurum tabanlı veya sentinel olarak yapılır Bu grupta bulunan hastalıkların bildirimleri, her sağlık kuruluşundan yapılmaz. Bildirimler; bu dökümanın Grup C hastalıklar için hazırlanmış **"Standart Tanı Kriterleri"** kısmında, **"Sürveyans Tipi"** bölümünde belirtilen sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılır (Bildirimin nasıl yapılacağına dair ayrıntılı bilgi için bknz. 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge)

4- D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

- Cryptosporidium sp.
- Giardia intestinalis
- Campylobacter jejuni
- Listeria monocytogenes
- Salmonella sp.
- Chlamydia trachomatis
- Enterohemorajik E. coli
- Entamoeba histolytica
- Shigella sp.

D Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların (Enfeksiyon Etkenlerinin) bildirimi laboratuvarlardan ve sentinel olarak yapılır.

Bu grupta diğerlerinden farklı olarak bildirimi zorunlu olan *hastalık* değil *enfeksiyon etkeni*dir. Söz konusu enfeksiyon etkenlerinin bildirimleri de her sağlık kuruluşundan değil; bu dökümanın Grup D için hazırlanmış **"Standart Tanı Kriterleri"** kısmında, **"Sürveyans Tipi"** bölümünde belirtilmiş olan laboratuvarlardan yapılır. Devlet Hastaneleri, Üniversite, SSK ve Askeri Hastanelerin laboratuvarları ile diğer kamuya ait hastanelerin laboratuvarları, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Bölge ve Merkez Hıfzıssıhha Laboratuvarları, Grup D enfeksiyon etkenlerinin bildiriminden sorumludurlar (Bildirimin nasıl yapılacağına dair ayrıntılı bilgi için bknz. 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge).

2. 2007 yılında yapılan yönetmelik değişikliği

2004 tarihli Yönerge'de zaman içinde güncellemeler yapılması gereği doğmuştur. Gerek duyulan düzeltme ve düzenlemelerin yapılabilmesi için, 30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı "BULAŞICI HASTALIKLAR SÜRVEYANS VE KONTROL ESASLARI YÖNETMELİĞİ"[8] yayınlanmış, bu yönetmelikte Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi tanımı ve işleyişi yanı sıra bildirimi zorunlu hastalıkların listesinin güncellenmiş hali yer almıştır

Yapılan değerlendirmeler ve sistemde yaşanan gelişmeler nedeni ile 30 Mayıs 2007 tarihinde Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönetmeliği yeni düzeltmelerle tekrar yayınlanmıştır. Bu Yönetmelikte:

- Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesi yeniden belirlenmiş ve hastalık sayısı 55'e çıkarılmıştır.
- Bulaşıcı hastalıkların sürveyansı ve kontrolü ile ilgili komite ve danışma komisyonları belirlenmiş,
- Erken uyarı ve yanıt sisteminin oluşturulması, bu sistem için alarm düzeyleri bu kapsamda yer alacak olaylar ve kamuoyuna bilgi verilmesi konuları belirlenmiş,
- Salgınların saptanması ve kontrolü için gerekli olan müdahale yöntemlerinin belirlenmesi konuları yer almıştır.
- Bu yönetmelik ile sürveyans sistemi kapsamında bildirimi yapılacak bulaşıcı hastalıklar için seçim kriterleri de belirtilmiştir.
- Laboratuvarların sürveyans sisteminde rolü, uluslararası ağlara katılım ve daha önce sürveyans sistemi kapsamına girmeyen hastane enfeksiyonları ile antibiyotik direnç sürveyansı için gerekli düzenlemelerin yapılması da Yönetmelik'te yer almaktadır.

Bu yönetmeliğe göre bildirimin genel esası dört grup hastalık üzerinden sabit kalmış, güncellenmiş hastalık listeleri de aşağıdaki gibi yer almıştır. Ancak hastalık listesi başlığında ICD10 kodları ibaresi yer almakla birlikte listede bu kodlara yer verilmemiştir.

30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı "BULAŞICI HASTALIKLAR SÜRVEYANS VE KONTROL ESASLARI YÖNETMELİĞİ 'ne göre Bildirimi Zorunlu Hastalık Listesi

A. Aşı ile önlenebilir hastalıklar ve ICD10 kodları

Boğmaca

Difteri

Kabakulak

Kızamık

Kızamıkçık [Rubella]

Konjenital rubella

Tetanoz

Neonatal tetanoz

Çocuk felci [Poliomyelitis]

Çiçek

Suçiçeği

Subakut sklerozan panensefalit [SSPE]

Haemophilus influenza tip b [Hib] menenjiti

Influenza

B. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Chlamydia trachomatis enfeksiyonları

Gonore

Sifiliz

AIDS [Kazanılmış immün yetmezlik sendromu]

HIV enfeksiyonu [İnsan immün-yetmezlik virüsü enfeksiyonu]

C. Viral hepatitler

Hepatit A

Hepatit B

Hepatit C

Hepatit D

Hepatit E

D. Gıda ve su kaynaklı hastalıklar ve zoonozlar

Avian influenza
Akut gastroenterit enfeksiyonu
Batı Nil virüs enfeksiyonu
Botulismus
Bruselloz
Campylobacter jejuni/coli [Campylobacter sp enfeksiyonu]
Kene kaynaklı ensefalit [Tick borne ensefalitis]
Chikungunya ateşi
Enterohemorajik E.coli [EHEC] enfeksiyonu
Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA)
Kolera
Hantavirüs enfeksiyonu
Lyme hastalığı
Leptospiroz
Listeria monocytogenes enfeksiyonu
Shigella sp enfeksiyonu
Salmonella sp enfeksiyonu [non-tifoidal salmonelloz]
Salmonella typhi enfeksiyonu [Tifo; enterik ateş]
Şarbon
Tularemi
Veba [Plague]
Yersinia sp enfeksiyonu [Yersiniosis]
Trişinoz
Ekinokokkoz
Cryptosporidium sp enfeksiyonu
Giardia intestinalis enfeksiyonu
Entamoeba histolytica [Amipli dizanteri etkeni olarak]
Kala-azar [Viseral leishmaniasis]
Şark çıbanı [Kutanöz leishmaniasis]
Şistozomiyaz [Üriner]
Sıtma [Malaria]
Norovirüs enfeksiyonu
Rotavirüs enfeksiyonu
Toksoplazmoz
Kuduz ve kuduz riskli temas
Viral hemorajik ateş sendromu
Sarı humma
Epidemik tifüs
Q-ateşi

E. Solunum (hava) yolu ile bulaşan hastalıklar

Lejyoner hastalığı [Legionellosis]

Meningokokkal hastalık

Akut solunum yetmezliği sendromu [SARS]

Tüberküloz

İnvaziv pnomokokkal hastalık(lar) [Streptococcus pneumoniae]

F. Diğer hastalıklar/durumlar

Varyant Creutzfeldt-Jakob's hastalığı [nvCJD]

Lepra

Trahom

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar

Antimikrobiyal direnç

Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları

3. 2011 yılında yapılan yönetmelik değişikliği

Uluslararası sağlık tüzüğü, erken uyarı ve yanıt sistemi ve Avrupa Birliği uyum programları kapsamında ihtiyaç duyulan güncellemeler yapılarak 2 Nisan 2011 tarihinde yeni bir yönetmelik yayınlanmıştır. Bu güncelleme ile;

- Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesi yeniden düzenlenmiş ve hastalık sayısı ve durumları 73'e çıkarılmıştır.
- Bildirim sistemine dahil edilen hastalıklar için vaka tanımları belirlenmiştir.

2007 yılında yayınlanan yönetmeliğe ek olarak Yönetmeliğin "EK–III" ü (Değişik: R.G.: 2.4.2011-27893) "BİLDİRİME ESAS BULAŞICI HASTALIKLARIN STANDART VAKA TANIMLARI" nı içerecek şekilde 2 Nisan 2011'de güncellenmiştir. Bu listede standart vaka tanımları yapılan ve buna göre bildirimi yeni zorunlu hale gelen hastalıklar şunlardır:

- Suçiçeği
- Avian influenza
- Akut gastroenterit enfeksiyonu
- Batı Nil virüs enfeksiyonu
- Botulismus
- Kene kaynaklı ensefalit [Tick borne ensefalitis]
- Chikungunya ateşi
- Kırım Kongo kanamalı ateşi
- Hantavirüs enfeksiyonu
- Lyme hastalığı
- Yersinia sp. enfeksiyonu [Yersiniosis]
- Norovirüs enfeksiyonu
- Rotavirüs enfeksiyonu

- Q-ateşi
- Akut solunum yetmezliği sendromu [SARS]
- İnvaziv pnomokokkal hastalık(lar) [Streptococcus pneumoniae]
- Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar
- Antimikrobiyal direnç

Böylece bildirimi zorunlu hastalık sayısı 59'dan 73'e yükselmiştir.

Yeni listeye göre ayrıca, nükleer kazaları da kapsayan "Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları" da bildirimi zorunlu hale gelmiştir. Bu aslında 2007 Haziran'ında yürürlüğe giren yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün bir gereğidir ve ulusal mevzuatımızı uluslararası mevzuatla uyumlu hale getirmektedir.

Türkiye'de uygulanan diğer bulaşıcı hastalık bildirim şemaları

- Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar sürveyansı
- KKKA/Tularemi web tabanlı bildirim sistemi
- Akut Flask Paralizi (AFP)/Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) sürveyansı
- Enterohemorajik E.Coli (EHEC) / Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) sürveyansı

3.4. Bulaşıcı Hastalık Bildirim Sistemlerinde Dünyada ve Türkiye'de Yaşanan Sorunlar

Bulaşıcı hastalıkların sıklığının ve dağılımlarının ortaya konması, bu hastalıklara karşı savaşta alınacak önlemlerin, hedef ve stratejilerin belirlenmesinde ilk ve en önemli basamaktır. Dolayısı ile "veri toplamak" bir sürveyans sisteminin en önemli aktivitesini oluşturur. Bildirim sistemi ülkelerin, hastalıklar hakkında sistematik bir şekilde veri toplayarak ortaya çıkış sıklıklarını ve davranış modellerini görmek, planlama yapmak, kaynak ayırmak ve aktarmak, salgınları önceden tahmin etmek, koruma ve kontrol programlarını geliştirmek ve uygulamak için yaşamsal mekanizmalarıdır.[4]

Verinin toplanması ülkelerde çok farklı şekillerde yapılabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların izlenmesi için ihtiyaç duyulan veri, her ülkede kendileri tarafından belirlenen bildirim sistemi aracılığı ile toplanmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların bildirim sisteminin iyi olması epidemiyolojik açıdan takibi için gerekli olup, toplumun korunması açısından büyük önem taşımaktadır.[5] Bulaşıcı hastalık sürveyansı, öncelik belirleme, planlama, kaynak aktarımı, salgınları öngörme ve erkenden saptama ve hastalık önleme ve kontrol programlarının izlemi ve değerlendirilmesinde belirleyici role sahiptir.[9]

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü mücadeleleri kapsamında hastalıklara zamanında doğru şekilde müdahale edilebilmesi için verinin tam, zamanında ve eksiksiz olarak toplanması gerekmektedir.

Bulaşıcı hastalıkların bildirim sisteminin iyi olması hastalığın epidemiyolojik yönden takibi açısından gerekli olup; toplumun korunması açısından büyük önem taşımaktadır.[4] Verinin zamanında toplanması ile hastalık ile ilgili değerlendirmeler zamanında yapılacak; hastalıkların sayısında artış olmadan ve hastalık yayılmadan zamanında müdahale edilebilecektir. Bulaşıcı hastalıkların zamanında sağlık kurumlarına bildirimi hastalığın yayılmasını ve salgınları önlemede etkin ve yerinde halk sağlığı uygulamaları için kritik önem taşımaktadır[10] Veri toplamada diğer amaç hastalık ile ilgili bilgilerin sayısal olarak tam toplanmasıdır. Bu verilerin tam olarak toplanamaması, hastalık trendi hakkındaki bilgilerin eksikliğine,

yapılan uygulamaların ve sağlık politikalarının etkinliğinin değerlendirilmemesine, ilgili sağlık otoritelerinin bu konu ile ilgili yanlış değerlendirme yapmalarına ve yanlış politika üretmelerine ve daha birçok sonuca yol açabilir.

Her ülkede bir rutin sağlık bilgi sistemi vardır, ancak "gizlenmiş" verinin olabileceği de akılda tutulmalıdır. Dünyada bulaşıcı hastalıkların bildirimi konusunda yapılan çalışmalar, bulaşıcı hastalıkların tamamının bildirilmediğini göstermektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada bildirim hızının değişik hastalıklar için %9-99 arasında değiştiği belirtilmektedir.[11] Yunanistan'ın Achaia kentinde 1999-2004 yılları arasında üç büyük hastanede yapılan çalışmada tanısı konulan hastalıkların %38'inin bildirilmediği belirtilmektedir.[12] Sheldon ve arkadaşlarının Londra'da yapmış olduğu başka bir çalışmada da tüberküloz vakalarının tamamının bildirilmediği belirtilmektedir.[13]

Laboratuvar sürveyansının diğer bazı ülkelerde nasıl yürütüldüğüne bakıldığında örneğin İngiltere ve Fransa'da laboratuvarların tümünün bildirim yaptığı, Avustralya ve İtalya'da ise sentinel laboratuvar sürveyansı yapıldığı görülmektedir. İngiltere'de laboratuvarlar saptadıkları etkenlerin neredeyse tümünü bildirmektedir. Bildirimlerin çoğu, veriyi laboratuvardan otomatik olarak alan CoSurv adlı bir sistem aracılığıyla elektronik olarak aktarılmaktadır. Avustralya'da LabVISE sürveyans şeması kapsamında laboratuvarlar birçok etkeni bildirmektedir. Fransa'da laboratuvarlar, ulusal bildirimi zorunlu hastalıkları bildirmekte ve bazı sentinel sürveyans programlarına katılmaktadır. Fransa'da bildirimi zorunlu 30 hastalığın her birine özgü ayrı bir bildirim formu kullanılmaktadır. Laboratuvarlar bildirimi yaparken, hekimlerin bildirim yapmakta kullandığı bu formun aynısını kullanmakta ve bildirimi kâğıt üzerinde yapmaktadır. Bu üç ülkede olguların kimlik bilgileri anonimleştirilmektedir. Laboratuvar sürveyansının elektronik olarak yapıldığı İtalya'da kimlik bilgileri Türkiye'deki gibi açık olarak iletilmektedir. Diğer dört ülkede laboratuvarlar, klinisyenlerin bildirdiği hastalıkları da bildirirken Türkiye'de laboratuvarlar, klinisyence bildirilmeyen hastalık etkenlerini bildirmekte, iki liste çakışmamaktadır. Laboratuvarların yüzbin nüfus başına yıllık bildirim hacmi İngiltere'de 847.5, Avustralya'da 188.2, Türkiye'de ise 40.6'dır (14). Ülkemizde laboratuvarların sürveyansa doğrudan katkısı D grubu etken bildirimleri olarak sınıflandırılan sadece dokuz etkenle (Shigella, Salmonella, Enterohemorajik Echerichia Coli, Campylobacter, Listeria monocytogenes, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium sp, Giardia intestinalis ve Chlamydia trachomatis) sınırlıdır.

Ülkemizde de bulaşıcı hastalıkların bildirimi, sağlık personelinin tanı koydukları olguları, ilgili yasal mevzuat kapsamında belirlenen şekilde bildirmesine dayanmakta ve genelde de gerçek olgu sayılarının altında bildirimler yapılmaktadır.[15]

Bu konu ile ilgili Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1997 ve 1998 yıllarında tespit edilen 660 ve 493 bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıktan 1997 yılında %13.0'ünün 1998 yılında %30.0'unun bildirildiği saptanmıştır.[16] İzmir'de 1999 yılında bir çocuk hastalıkları hastanesinin seroloji laboratuvarında tanısı konulan hepatit A olgularının %36.2'sinin bildirildiği tespit edilmiştir.[17] Durusoy ve arkadaşlarının 2003 yılında İzmir ili genelinde serolojik laboratuvar verilerini kullanarak sürveyansın tamlığı üzerine yaptığı bir başka çalışmada da laboratuvarda saptanan hepatit A olgularının %31.6'sının, hepatit B olgularının %12.1'inin, hepatit C olgularının %3.3'ünün, bruselloz olgularının %31.8'inin, sifiliz olgularının %25.9'unun, kızamık olgularının %0.0'ının ve HIV/AIDS olgularının %100.0'ünün bildirildiği belirlenmiştir.[18] Aynı çalışmaya göre bildirim hızı sadece hastalıklara göre değil, sağlık kurumlarına göre de farklılık göstermektedir. Kentte yer alan kurumlarda ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde bildirim oranları daha yüksektir.[15]

2003, 2004, 2005 yılları İzmir ili tüberküloz olgularının Verem Savaş Dispanserlerinde kayıtlılık oranlarını inceleyen bir araştırmada, bu yıllarda hastane ve laboratuvar kayıtlarında tespit

edilen sırasıyla 813, 840 ve 714 tüberküloz hastasının sırasıyla %90, %86 ve %71'inin İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirildiği belirlenmiştir.[19] Benzer şekilde İtalya gibi gelişmiş ülkeler yanı sıra Afrika'daki bazı ülkelerde de tüberküloz sürveyansı için laboratuar verilerinin entegrasyonu sağlanmıştır.[20] Tüberküloz da A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasındadır ve laboratuvar verilerinin bildirimlere büyük katkısının olacağı görülmektedir.

Yeni sürveyans sisteminde bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre bulaşıcı hastalık verilerinin değerlendirildiği bir araştırmada, DPT'nin illeri gelişmişliklerine göre altı düzeye gruplandırdığı sınıflandırma kullanılmıştır. Özellikle son üç bölgede laboratuvar olanakları daha azdır ve laboratuvar olanağıyla hastalık bildirimi arasından doğrudan bir ilişki saptanmıştır. Son iki bölgede sadece laboratuvar olanağı değil, nüfus başına düşen sağlık kurumu, sağlık personeli sayısı da daha azdır. Bildirimlerdeki düşüklüğü bu durum da derinleştirmiş olabilir.[21]

Bildirim sisteminin 2005 yılında değişmesinin ardından verilen eğitimlerle hekimlerin bildirme davranışında değişiklik olması beklenebilir. Ancak yeni bildirim sistemine geçildikten sonra bruselloz sürveyansının duyarlılığını ve zamanındalığını inceleyen bir araştırmada İzmir'de mikrobiyoloji laboratuvarlarında saptanan bruselloz olgularının %27.6'sının bildirildiği saptanmıştır.[22] Bu hız, önceki çalışmada saptanan bildirim hızı olan %31.8'e çok yakındır. Dolayısıyla yeni bildirim sisteminde de bildirim davranışının en azından bu hastalık için pek değişmediği söylenebilir.

Durusoy ve arkadaşlarının bildirim hızlarındaki sorunu belirledikten sonra çözümü için kendi hastanelerinde laboratuvar verilerini bildirim amaçlı kullanmaya başlamaları sonucu il genelinde yapılan bildirimler içinde hastanenin payı %0.6'dan %8.5'e çıkmıştır ($p<0,01$). İl genelinde yapılan bruselloz bildirimleri içinde hastanenin payı %5.3'ten %18.0'a, kabakulak için %0.2'den %1.5'a, kızamıkçık için %0.0'dan %60.0'a, sifiliz için %0.9'dan %11.7'ye, hepatit A için %1.0'dan %8.5'e, hepatit B, C ve E için %0.0'dan sırasıyla %21.7, %54.1 ve %100.0'e yükselmiştir ($p<0,01$). Bir üniversite hastanesinde ana bilim dallarına kendi bildirim oranlarıyla ilgili geri bildirim yapılmasının, kliniklerin bulaşıcı hastalık bildirim oranlarında ve bunun da tüm hastanenin bildirimlerinde de anlamlı miktarda artışa yol açtığı belirlenmiştir.[9] Ayrıca hastanede kurulan bulaşıcı hastalık bildirim komitesinin periyodik toplantıları aracılığıyla ana bilim dallarına kendi kliniklerinin bildirim oranlarıyla ilgili geri bildirim verilmesinin hastanedeki hekimlerin bulaşıcı hastalık bildirme davranışı üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Geri bildirim yapılmadığı dönemdeki %1.3 bildirim oranının geri bildirimlerin ardından giderek yükseldiği ve %30'lara ulaştığı görülmüştür. Bu değişim, sürveyansta geri bildirimin gerçekten çok önemli ve etkili olduğunu desteklemektedir.

SONUÇ-ÖNERİLER

Ülkemizde güncellenen Bulaşıcı Hastalık ve Sürveyans Sistemi ile ilişkili olarak

Ülkemizde 2 Nisan 2011 mevzuatıyla bildirim şekli güncellenen hastalıkların birçoğu, ülkemizde görülmeye başlandığı veya görülme sıklıkları arttığı için fiilen sürveyansı başlamış olan hastalıklardır; bunun yasal altyapısının oluşturulması olumludur. Pnömokok ve suçiçeği enfeksiyonlarının izlenmesi, çocukluk çağında bağışıklama uygulandığı/uygulanması tartışılmakta olduğu için öncesi ve sonrasını değerlendirmek açısından değerlidir. Sürveyansı önemli olan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar ve antimikrobiyal direncin farklı yasal altyapıları ve bildirim şekilleri bulunmaktadır. Bu listeye eklenmeleri bir entegrasyon girişimi olabilir.

Önceki bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan "Akut kanlı ishal", "Akut hemorajik ateş" ve 2007 listesinde yer alan "Pnömokok enfeksiyonları" artık listede yer almamaktadır ve yerlerini "Akut gastroenterit enfeksiyonu", "Viral hemorajik ateş" ve "İnvaziv pnomokkokal

hastalık(lar) [Streptococcus pneumoniae]"a bırakmıştır. Bu bağlamda, "Akut kanlı ishal" in çıkarılması yerine, "akut kansız ishal"in yanı sıra bildirimi zorunlu hale gelmesi; etkenleri ve şiddeti farklı olabilen bu iki tablonun ayrılabilmesi açısından daha uygun olabileceği, ikisinin toplamının da akut gastroenterit sürveyansını sağlayabileceği öngörülmektedir. Akut gastroenterit enfeksiyonunun vaka tanımına bakıldığında, anamnez bilgilerine dayalı oluşu ve ICD-10 tanı kodlarıyla ilişkilendirilememesi nedeniyle özellikle Acil Servislerde çalışan hekimlerin yaz aylarında bütün karşılaştıkları olguları bildirmeleri pek gerçekçi görünmemektedir. Pnömokok enfeksiyonlarının sürveyansının da invaziv olan ve olmayan şeklinde sağlanması yarar sağlayacaktır. "Aşı ile önlenebilen hastalıklar" alt başlığının yanına "ve ICD-10 kodları" ibaresi eklenmiştir. ICD-10 kodlarının belirlenmesi, standart biçimde sürveyansı yürütebilmek adına olumlu bir yaklaşımdır, çünkü bazı il sağlık müdürlükleri kendi belirledikleri ICD-10 tanı kodlarından yararlanarak sürveyansı değerlendirmekte veya geliştirmeye çalışmaktadır. Ancak Resmi Gazete'nin çevrimiçi sürümünde ekli listedeki hiçbir hastalık adının yanında ICD-10 tanı kodu belirtilmemiştir. Aslında sadece aşıyla önlenebilen değil, tüm bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar için ilişkili ICD-10 tanı kodlarının bir standart oluşturacak biçimde belirlenmesi yararlı olacaktır.

Böyle bir mevzuat değişikliği yapılırken, bu değişikliğin duyurulması sırasında gerekçelerin de sunulması ve sağlık kurumlarının bildirim sorumlularına eğitim verilmesi de gereklidir. Ayrıca 2005 yılından beri kullanılan sürveyans rehberiyle eşgüdüm sağlanmalı, yeni eklenen hastalıkların A, B, C, D grupları ve kullanılacak formlar belirtilmelidir. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın, basılı olan rehberleri güncellemesi ve ivedilikle http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/Data/index.htm adresinde çevrimiçi sunduğu sürveyans rehberine bu yeni eklenen hastalıkları ve Ek 3'e eklenen vaka tanımlarını eklemesi uygun olacaktır (23). Zira, 22.10.2004 tarihinde yayınlanan 2004/129 sayılı Daimi Genelge'ye göre, sağlık ocaklarında A grubunda yer alan bulaşıcı hastalık tanısı alan olguların, **Form 016**'ya (Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi) günlük olarak işleneceği, ay sonunda **Form 016**'da bulunan hastalıklar **Form 017/A**'ya kaydedilerek **Form 017/A**'ların **AYLIK** olarak İl Sağlık Müdürlüklerine gönderileceği belirtilmektedir.. Sağlık ocakları dışında saptanan ve ilçe sağlık grup başkanlığına veya il sağlık müdürlüklerine **Form 014** ile bildirilen olgular ise bu kuruluşlar tarafından ilgili sağlık ocağına bildirilir, yine **Form 016'**ya işlenir ve filyasyon çalışmaları da sağlık ocakları tarafından yürütülür denmektedir.

Güncel durumda ise Birinci Basamakta Aile Hekimliği uygulaması ile sağlık ocaklarının varlığına fiilen son verilmiş; kişiye yönelik koruyucu ve iyileştirici hizmetler Aile Sağlığı Merkezleri (AHM)'ne ve topluma yönelik hizmetler Toplum Sağlığı Merkezleri'ne (TSM) devredilmiştir. Bu yeni yapılanma ile birlikte bulaşıcı hastalık bildirim sistemindeki yeri adı geçen yönetmelik ile tanımlanan sağlık ocaklarının yeri boşalmış; AHB ve TSM'lerin bulaşıcı hastalık bildirim sistemi içerisindeki yeri ise tam olarak tanımlanmamıştır. **Form 016**'ların kullanımı da fiilen sona ermiş; filyasyon çalışmaları kimi zaman AHM'ler, kimi zaman da TSM'ler tarafından yürütülmektedir.

Bir başka deyişle, bulaşıcı hastalıkların bildirimi konusundaki yönetmelik hükümlerinin bir kısmı güncel uygulamalar içinde yer bulamamakta iken; güncel uygulamaların bir kısmı ise yasal düzenlemelerden yoksun olarak yapılmaktadır. Bu nedenle bildirim sistemi açısından, yasal düzenlemeler ve uygulamalar arasında paralellik sağlanmalıdır. Bulaşıcı hastalık verisinin nüfus ve coğrafi bütünlük gösteren birim(ler) tarafından toplanması ve sürecin (özellikler salgınlar yönünden) bu birim(ler) tarafından izlenmesine ilişkin bir sistem oluşturulması gerekmektedir.

Bulaşıcı hastalık bildirimlerini geliştirmek için

Ülkemizde bulaşıcı hastalık bildirim sistemi değiştiği ve ardından güncellendiği halde hekimlerin bildirim davranışındaki yetersizlikler nedeniyle veriler gerçeği yansıtmaktan uzaktır.

Bununla ilgili öneriler:

1. Mezuniyet öncesi eğitimde hekim adaylarına bildirimi nasıl yapacaklarına dair etkili bir eğitim verilmesi
2. Bildirim yapması beklenen hekimlerin bildirim davranışının değiştirilmesi için çaba sarf edilmesi, üniversite hastanelerinde başta olmak üzere bildirim yapması beklenen tüm sağlık kuruluşlarında bildirim sistemine hakim bir ya da birkaç hastane bildirim sorumlusu belirlenmesi, hastanelerde kurulacak bildirim komiteleri aracılığıyla kliniklere bildirim hızlarıyla ilgili geri bildirim verilmesi
3. Geri bildirimin sürveyansın en önemli aşamalarından biri olduğu dikkate alınarak bu konuda çalışmaların yürütülmeye başlanması, birçok ülke örneğinde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın da, hem ülke hem il genelinde filyasyon sonuçlarını da içeren bulaşıcı hastalık sürveyans bültenleri/raporları yayınlaması ve böylelikle hekimlere yaptıkları bildirimlerle ilgili geri bildirimin sağlanması
4. Laboratuvar verisinin sürveyansa katkısının olduğu birçok çalışma ile saptandığından örneğin A grubu hastalıklarda da laboratuar sürveyansının devreye sokulması.[14] Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler ve sağlık verisinin çoğunun elektronik ortamda tutulması sayesinde artık bildirimi zorunlu hastalıklara dair pozitif laboratuvar sonuçlarına veya ICD-10 tanı kodlarına göre döküm almak çok kolaylaşmıştır. Bu iki uygulama örneği Ege Üniversitesi Hastanesi'nde eksik kalan bildirimleri saptamak için uygulanmaktadır. Hastanede ayrıca laboratuvarlarda bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık saptandığında, sisteme eklenmiş olan, hekime yönelik bir uyarı yazısı ve Form 014 yazdırma düğmesi sayesinde sistemden hastanın bütün kimlik ve adres bilgileri forma hazır gelmekte, hekimden sadece formun çıktısını alıp hastalığın başladığı tarihi ve (varsa) düşüncelerini ekleyip imzasını atarak gönderilmesini sağlaması beklenmektedir. Bilişim teknolojileri sayesinde hekimin hasta epikrizine bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tanı kodu girmesi durumunda bildirimi yapıp yapmadığını soran, yapmadıysa yine Form 014'ü sistemden otomatik olarak düzenlemesini sağlayacak bir buton eklenmesi de mümkündür. Bulaşıcı hastalık bildirimlerinde bu teknolojilerden yararlanılması, şeklinde sıralanabilir.

2005 yılında yürürlüğe giren bulaşıcı hastalık bildirim sisteminin sınırlılıklarıyla ilgili olarak

1. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların çoğunluğunu, klinisyen tarafından bildirilmesi beklenen A ve C grubu hastalıklar oluşturmaktadır. Oysa metinde incelenen bazı araştırmalara göre A grubunda yer alan hastalıklarda klinisyenlerin olguları bildirme hızı epeyce düşüktür ve olguların çoğunun verisine laboratuvarlardan erişmek mümkündür. Bildirim sisteminin 2005 yılında değişmesinin ardından bildirim hızlarında bir artış gözlenmemiştir. Dolayısıyla ülkemizde bildirimi zorunlu hastalıkların çoğunun yer aldığı A, B, C grubu hastalıkların sürveyansına laboratuvarların da entegre edilmesi çok yararlı olacaktır.
2. Kesin vaka tanılarının çoğunun laboratuvar doğrulaması gerektirmesi, bulaşıcı hastalıklara tanı koymada hata olasılığını azaltması açısından önemli ve çağdaş bir adım olmasına rağmen, bölgeler arasında sağlık alt yapısıyla ilgili eşitsizlikler de bulaşıcı hastalık

bildirimlerinde tutarsızlıklara yol açıyor olabilir. Bu sınırlılık göz önünde bulundurularak, tanı olanakları yaygınlaşana dek başta ishalli hastalıklar olmak üzere birçok hastalığın bakanlığa olası vaka olarak da bildirilmesi uygun olacaktır.

3. Laboratuvar olanaklarını maliyeti nedeniyle arttırmak hemen mümkün olmadığından, az gelişmiş bölgelerde erişim olanaklarının arttırılması için kullanılan numune nakil sistemlerinin daha etkin hale getirilmesi tanı konmasını ve bildirimleri arttıracaktır.
4. Sağlık Bakanlığı, kendisine gönderilen bildirimleri tutarsızlıklar açısından analiz etmeli, bunun altında yatan nedenleri ortaya koymak ve düzeltmek için gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Örneğin ishalli hastalıklar ve ekinokokkozla ilgili olarak gelişmişlik sınıflandırmasında altıncı bölgede yer alan il müdürlüklerinden bunun olası nedenleri hakkında bilgi alınması, desteğe ihtiyaçlarının sorgulanması, gerektiği durumda yaptırımların uygulanması konusunda çalışmalar yürütülebilir.[21]

Genel olarak, bulaşıcı hastalık bildirimi yapması gereken hekim, hastane, laboratuvar gibi tüm tarafların sisteme katılımını arttırmak için eğitim, yaptıkları/yapmadıkları bildirimlerle ilgili geri bildirim, bildirimi teşvik edecek ödüllendirme sistemleri, bildirimin kolaylaştırılmasını sağlayacak yeni tekniklerin kullanılması gibi uygulamalar arttırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Akın L. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü In: Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ankara Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006.
2. Baykam N. Sürveyans sistemleri. Klimik Dergisi, Mart 2003;16 Özel Sayı:191-192.
3. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Ulusal Stratejik Plan 2008-2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008.
4. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005 1. Baskı.
5. Sherman L, MS and Langmuir AD. Usefulness of communicable disease reports. Public Health Reports Vol. 67, No 12, December 1952.
6. Hudut Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Tarihçesi www.hssgm.gov.tr/kurumsal/tarihce (Erişim tarihi: 16.01.2012).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı 22.10.2004 tarih ve 2004/129 sayılı Daimi Genelge.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı 30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği.
9. Durusoy R, Kantar M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerini Geliştirmek İçin Laboratuvar Tanılarının Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Komitesinin Rolü. Ege Tıp Dergisi, 2009**;** 48(2): 109-118.
10. Reijn E, Swaan CM, Kretzschmar ME, Steenbergen EV. BioMed Central Public Health 2011;11:409.
11. Dovle TJ, Glynn MK, Groseclose SL. Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States:an analytical literature review. 2002;155(9):866-74.
12. Jelastopulu E, Merekoulias G, Alexopoulus EC. Underreporting of communicable diseases in the prefecture of Achaia, western Greece,1999-2004 missed opportunities for early intervention. www.eurosurveillance.org (Erişim tarihi: 16.01.2012).
13. Sheldon CD, King K, Cock H, Wilkinson P, Barnes NC. Notification of tuberculosis : how many cases are never repoted?, Thorax 1992;47:1015-1018.
14. Durusoy R, "Laboratuvarların bulaşıcı hastalık sürveyansında doğrudan rolü, farklı ülke örnekleri ve Türkiye için öneriler", Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2010;139-151.

15. R.Durusoy A.Karababa Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri Bulaşıcı Hastalıkları Daha Yüksek Oranda Bildiriyor. Türkiye Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2010; 67(1) :1-12.
16. Şahin TK, Kara F. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların Selçuk Üniveristesi Tıp Fakültesi Hastanesinden bildirimi durumu VI. Ulusal Halk Sağlığı Günleri: Türkiye'de 2000'e Doğru Bulaşıcı Hastalıklar Sorunu Malatya, 1999.
17. Durusoy R. The direct cost of hepatitis A in İzmir Dr. Behçet Uz Pediatrik Hospital in 1999. International Public Health Congress: Health 21 In Action, İstanbul 2000.
18. Durusoy R. Karababa A.O, Completeness of hepatitis, brucellosis, syphilis, measles and HIV/AIDS surveillance in İzmir, Turkey BMC Public Health 2010;10:71.
19. Özgür Sakarya S. İzmir İli Tüberküloz Hastalarının Verem Savaş Dispanserlerinde Kayıtlılık Oranları ve Etkileyen Etmenler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir 2008.
20. Shears P. Emerging and Reemerging Infections in Africa: the Need for Improved Laboratory Services and Disease Surveillance. Microbes Infect, 2000; 2 (5): 489-95.
21. A.Davas Aksan, R.Durusoy, "Yeni sürveyans sisteminde bulaşıcı hastalık verilerinin bölgelerin gelişmişlik düzeylerine göre değerlendirilmesi", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi , 1655-1665 pp., 2010.
22. Emek M, Sekreter O, Özdemirer U ve ark. Evaluation of the performance of Brucella surveillance system in terms of sensitivity and timeliness in Ankara and Izmir, 2005-2006. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm, 26-28 Ekim 2009, sf.116.
23. Durusoy R. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların sayısı 59'dan 73'e çıktı. HASUDER Bülten, Mayıs 2011.Erostis nulput aciduisi tis ad tisi.

BÖLÜM 03
ÇEVRE SAĞLIĞI

Bölüm Editörü:

Öğr.Gör. Ahmet Soysal, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Uz.Dr.Nurhan M. Acımış, Denizli Toplum Sağlığı Merkezi

Yrd.Doç.Dr. Çiğdem Çağlayan, K*ocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Öğr.Gör. Ahmet Soysal, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç.Dr. Raika Durusoy, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

1. YÖNETİCİ ÖZETİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından *'sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali'* olarak tanımlanan sağlık hedefine ulaşabilmek için toplum ve birey sağlığını etkileyen etmenleri belirleyebilmeli, çevresindeki varsa olumsuz yapılanmayı değiştirebilmelidir. Toplum katılımı; sağlıklı bir çevre oluşturmak için gereklidir. Ayrıca politik ve yönetimsel destek çevre sorunlarının çözümü açısından çok gereklidir. Ülkemizde 1982 Anayasasının 56. Maddesinde *'herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu'* vurgulanmış; ayrıca *'çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek'* konusunda **devletin yanı sıra vatandaşa da görev vermiştir.**

Nüfus artışı, hızlı kentleşme, çevresel kaynakların düşüncesizce tüketilmesi; başta hava kirliliği, su kaynaklarının kirliliği ve yetersizliği, atıklar sorunu gibi konuları gündemimize taşımıştır. Özensiz ve kuralsız sanayileşme özellikle ülkemizin batı bölgelerinde çevre kirliliği ve bunun çevre ve insan yaşamına olumsuz etkilerini ortaya çıkarmıştır.

Bu raporda hava kirliliği, atık yönetimi, sanayinin çevre ve insan sağlığı üzerine etkileri, fosil yakıtlar ve enerji, su ve su kaynakları yönetimi konusundaki son gelişmeler irdelenmiştir.

2. ÇEVRE İLE İLGİLİ MEVZUAT

Ülkemizde çevre ile ilgili oldukça geniş ve ayrıntılı mevzuat bulunmaktadır. Son yıllarda Avrupa Birliğine tam üyelik görüşmeleri kapsamında 'çevre' Faslıda görüşmeye açılmış ve birçok yönetmelik elden geçirilerek AB mevzuatı ile uyumlaştırılmıştır.

Çevre alanında yaşadığımız ve günden güne artan, ağırlaşan sorunların temel nedeni mevzuatımızın yetersizliğinden çok; bu mevzuatın uygulanmaması veya uygulanamamasıdır. Aşağıda halen yürürlükte olan yasa, yönetmelik ve imzaladığımız uluslar arası antlaşmaların büyük bir bölümünün yer aldığı liste yer almaktadır.

1.1. Anayasa ve yasalar

- 1982 Anayasası
- 2872 Sayılı Çevre Kanunu (11.8.1983 tarih ve 18132 sayılı Resmi Gazete).
- 5491 Sayılı Çevre Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (13.05.2006 tarih ve 26167 sayılı RG)
- 4856 Sayılı Çevre ve Orman Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun
- (08.05.2003 tarih ve 25102 sayılı RG)
- 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu (23.07.2005 tarih ve 25531 sayılı RG)
- 5390 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- (13.07.2005 tarih ve 25874 sayılı RG)
- 5393 Sayılı Belediye Kanunu (13.07.2005 tarih ve 25874 sayılı RG)
- 2464 Sayılı Belediye Gelirleri Kanunu (29.05.1981 tarih ve 17354 sayılı RG)
- 2380 Sayılı Belediyelere ve İl Özel İdarelerine Genel Vergi Gelirlerinden Pay verilmesi Hakkında Kanun (05.02.1981 tarih ve 17242 sayılı RG)
- 3194 Sayılı İmar Kanunu (09.05.1985 tarih ve 18749 sayılı RG)
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (6.5.1930 tarih ve 1489 sayılı RG),
- 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun (1936)
- 3348 Sayılı Ulaştırma Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun
- 3143 Sayılı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Teşkilat Görevleri Hakkındaki Kanun
- 491 Sayılı Denizcilik Müsteşarlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname
- 2399 Sayılı Zehirli gazlar ve bu gazların ülke içinde üretilmesi ve ithal edilmesinin yasaklayan kanun
- 5442 Sayılı İl İdare Kanunu (18.06.1949 tarih ve 7236 sayılı RG)
- 1380 Sayılı Su Ürünleri Kanunu (04.04.1971, tarih ve 13799 sayılı RG)
- 3288 Sayılı Su Ürünleri Kanununun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (28.05.1986 tarih ve 19120 sayılı RG)
- 4950 Sayılı Su Ürünleri Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (29.07.2003
- tarih ve 25183 sayılı RG)
- 5312 Deniz Çevresinin Petrol ve Diğer Zararlı Maddelerle Kirlenmesinde Acil Durumlarda Müdahale ve Tazminine İlişkin Kanun (11.03.2005 tarih ve 25752 sayılı RG)
- Biyolojik Güvenliğe İlişkin Cartegena Protokolü'nü Onaylayan Kanun, 2003
- 5355 Sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu (11.06.2005 tarih ve 25842 sayılı RG)
- 5445 Sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (04.01.2006 tarih ve 26043 sayılı RG)
- 6200 Sayılı Devlet Su işleri Umum Müdürlüğü Teşkilat ve Vazifeleri Hakkında Kanun (1953)

- 5366 Sayılı Yıpranan Tarihi ve Kültürel Taşınmaz Varlıkların Yenilenerek Korunması ve Yaşatılarak Kullanılması Hakkında kanun (05.07.2005 tarih ve 25866 sayılı RG)
- 5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu (04.03.2005 tarih ve 25745 sayılı RG)
- 5391 Sayılı İl Özel İdaresi Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (13.07.2005 tarih ve 25874 sayılı RG)
- 2560 Sayılı İSKİ Kanunu (23.11.1981 tarih ve 17523 sayılı RG)
- 5262 Sayılı Organik Tarım Kanunu (1.12.2004 tarih ve 25659 sayılı RG)
- 5403 Sayılı Toprak Koruma ve Arazi Kullanım Kanunu (19.7.2005 tarih ve 25880 sayılı RG)
- 6968 Sayılı Zirai Mücadele ve Zirai Karantina Kanunu (24.5.1957 tarih ve 9615 sayılı RG)
- 5488 Sayılı Tarım Kanunu (25.4.2006 tarih ve 26149 sayılı RG)
- 5516 Sayılı Bataklıkların Kurutulması ve Bundan Elde Edilecek Topraklar Hakkında Kanun (23.1.1950 tarih ve 7413 sayılı RG)
- 3213 Sayılı Maden Kanunu (15.6.1985 tarih ve 18785 sayılı RG)
- 5177 Sayılı Maden Kanununda ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına ilişkin Kanun (5.6.2004 tarih ve 25483 sayılı RG)
- 5195 Sayılı Endüstri Bölgeleri Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (1.7.2004 tarih ve 25509 sayılı RG)
- 4737 Sayılı Endüstri Bölgeleri Kanunu (Endüstri Bölgeleri Kanunu ve Organize Sanayi Bölgeleri Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun) (19.1.2002 tarih ve 24645 say. RG)
- 4562 Sayılı Organize Sanayi Bölgeleri Kanunu (15.4.2000 tarih ve 24021 sayılı RG)
- 5226 Sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu ile Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (27.7.2004 tarih ve 25535 sayılı RG)
- 2863 Sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu (23.7.1983 tarih ve 18113 sayılı RG)
- 3386 Sayılı 2863 Sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi ve Bu Kanuna Bazı Maddeler Eklenmesi Hakkında Kanun (24.6.1987 tarih ve 19497 sayılı RG)
- 2690 Sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu (13.7.1982 tarih ve 17753 sayılı RG)
- 5199 Sayılı Hayvanları Koruma Kanunu (1.7.2004 tarih ve 25509 sayılı RG)
- 3285 Sayılı Hayvan Sağlık Zabıtası Kanunu (16.5.1986 tarih ve 19109 sayılı RG)
- 5346 Sayılı Yenilenebilir Enerji Kaynaklarının Elektrik Enerjisi Üretimi Amaçlı Kullanımına İlişkin Kanun (18.5.2005 tarih ve 25819 sayılı RG)
- 5326 Sayılı Kabahatler Kanunu (31. 3.2005 tarih ve 25772 sayılı RG)
- 5429 Sayılı Türkiye İstatistik Kurumu Kanunu (18.11.2005 tarih ve 25997 sayılı RG)
- 4982 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu (24.10. 2003 tarih ve 25269 sayılı RG)
- 5432 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (22.11.2005 tarih ve 26001 sayılı RG)

- 1.2.Uluslararası Anlaşmalar ve Sözleşmeler
- Tehlikeli atıkların Sınırlar ötesi Taşınımın ve Bertarafının Kontrolüne İlişkin Sözleşme-Basel Sözleşmesi(15/05/1994 – 21933 sayılı RG)
- Akdeniz'de tehlikeli atıkların sınır ötesi hareketlerinden ve bertaraf edilmesinden kaynaklanan kirliliğin önlenmesi protokolü (06.03.2003)
- Atmosferde uzayda ve su altında nükleer silah denemelerini yasaklayan sözleşme Moskova 1963 (Türkiye 13.5.1965 RG)
- Uluslararası Enerji Programı Antlaşması Paris 1974 (Türkiye 4.5.1981 RG)
- Uluslararası Sınır ötesi Hava Kirliliği Sözleşmesi Cenevre 1979 (Türkiye 23.3.1983 RG)
- Ozon Tabakasının Korunması hakkındaki 1985 Viyana Sözleşmesi (Türkiye22.9.1988 RG)
- Ozon Tabakasını Tüketen maddelere İlişkin Montreal Protokolü (1987) (Türkiye 20.6.1990 RG)
- İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi
- Denizlerin Gemiler Tarafından Kirletilmesinin Önlenmesi Hakkında Uluslar arası Sözleşmesi (MARPOL'73/78 ve EKLERİ: EK I, EK II), EK I-Petrol ile Deniz Kirlenmesinin Önlenmesi Kuralları, EK II-Dökme Zehirli Sıvı Maddelerle Deniz Kirlenmesinin Kontrolü,EK V Gemilerden Atılan Çöplerle Denizlerin Kirlenmesinin Önlenmesi Kuralları, 24.06.1990)
- Karadeniz'in Kirlenmeye Karşı Korunmasına dair Bükreş Sözleşmesi ve bu sözleşmenin eki protokoller (6 Mart 1994).
- Petrol Kirliliğine Karşı Hazırlıklı Olma, Müdahale ve İşbirliğine Dair Uluslar arası Sözleşmesi (OPRC'1990, 18.09.2003)
- Petrol Kirliliği Zararlarından Doğan Sivil Sorumluklar Hakkında Uluslar arası Sözleşme (CLC'1992, 27.07.2001 tarih ve 24472 sayılı RG)
- Petrol Kirliliği Zararının Tazmini için Bir Uluslararası Fon Kurulması ile ilgili Uluslar arası Sözleşme (FUND'1992, 18.07.2001 tarih ve 24466 sayılı RG)
- Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi ve Sözleşme Eki Cartagena Biyogüvenlik Protokolü
- Ramsar Sözleşmesi (Özellikle Su Kuşları Yasama Ortamı Olarak Uluslararası Öneme Sahip Sulak Alanlar Hakkında Sözleşme, 17.05.1994 tarih ve 21937 sayılı RG)
- Bern Sözleşmesi (Avrupa Yaban Hayatının Korunması Sözleşmesi, 20.02.1984 tarih ve 18318 sayılı RG)
- CITES Sözleşmesi (Nesli Tehlike Altında Olan Yabani Hayvan ve Bitki Türlerinin Uluslar arası Ticaretine İlişkin Sözleşme, 20.06.1996 tarih ve 22672 sayılı Resmi Gazete)
- Deney ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılan Omurgalıların Korunmasına Dair Avrupa Sözleşmesi"
- Ev Hayvanlarının Korunmasına Dair Avrupa Sözleşmesi (15.7.2003 tarih ve 4934 sayılı RG)
- 1.3.Yönetmelikler
- Ambalaj ve Ambalaj Atıkları Yönetmeliği (30.07.2004 – 25538 RG)
- Atık Pil ve Akümülatörlerin Kontrolü Yönetmeliği (31.08.2004 – 25569 RG)
- Atık Pil ve Akümülatörlerin Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (03.03.2005-25744 sayılı RG)

- Atık Yağların Kontrolü Yönetmeliği (21.01.2004 – 25353 RG)
- Çevre Denetimi Yönetmeliği(5 Ocak 2002, 24631 mükerrer R.G.)
- Çevre Sağlığı Denetimi ve Denetçileri Hakkında Yönetmeliği (13.9.2002–24875 RG)
- Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği (16.12.2003 – 25318 R.G.)
- Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik (16.12.2004-25672 sayılı RG)
- Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği (2002.49.EC) 01.07.2005-25862 sayılı RG)
- Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik (01.12.2004-25657 sayılı RG)
- Endüstri Bölgeleri Yönetmeliği (16.12.2004-25672 sayılı RG)
- Endüstri Tesislerinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği (22.07.2006-26236 sayılı RG)
- Endüstriyel Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği (07.10.2004; 25606 sayılı RG)
- Gemilerden Atık Alınması ve Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (26.12.2004 – 25682 R.G.)
- Hafriyat Toprağı, İnşaat ve Yıkıntı Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği (18.03.2004 25406 R.G.)
- Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği: 1986
- Hayvan Deneyleri Etik Kurulu Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik (06.07.2006 tarih ve 26220 sayılı RG)
- Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliği Yönetmeliği (13.01.2005-25699 sayılı RG)
- İçme suyu Elde Edilen veya Elde Edilmesi Planlanan Yüzeysel Suların Kalitesine Dair Yönetmelik (20 Kasım 2005 tarih ve 25999 sayılı R G)
- İnsani Tüketim Amaçlı Suyun Kalitesi Hakkında Yönetmelik (17 Şubat 2005 tarih ve 25730 sayılı RG)
- İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik (10.08.2005 tarih ve 25902 sayılı RG)
- Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (14.03.1991 – 20814 RG)
- Kentsel Atıksu Arıtımı Yönetmeliği (08.01.2006-26047 sayılı RG)
- Maden Kanunu Uygulama Yönetmeliği (03.02.2005-25716 sayılı RG)
- Maden Kanununun I (a) Grubu Madenleri ile ilgili Uygulama Yönetmeliği (03.02.2005-25716 sayılı RG)
- Mahalli Çevre Kurullarının Oluşumu Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (15.04.2004-25434 sayılı RG)
- Organize Sanayi Bölgeleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (05.10.2004-25604 sayılı RG)
- Organize Sanayi Bölgeleri Yönetmeliği (28.06.1997 – 23033 R.G.)
- Piyasa Gözetimi ve Denetimi Yönetmeliği, (11.01.2002 – 24643 RG)
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (29.09.2004-25598 sayılı RG)

- Su Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği (31.12.2004 tarih ve 25687 sayılı RG)
- Tarımsal Kaynaklı Nitrat Kirliliğine Karşı Suların Korunması Yönetmeliği (18.02.2004 tarih ve 25337 sayılı RG)
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (14.03.2005 – 25755 R.G.)
- Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği, (11.07.1993 – 21634 RG)
- Tehlikeli Maddelerin Su ve Çevresinde Neden Olduğu Kirliliğin Kontrolü Yönetmeliği (26.11.2005 tarih ve 26005 sayılı RG)
- Tehlikeli Maddelerin Su ve Çevresinde Neden Olduğu Kirliliğin Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (76.464.AB) (31.12.2005-26040 sayılı RG)
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (22.07.2005 – 25883 R.G.)
- Toprak Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği (31.05.2005 tarih ve 25831 sayılı RG)
- Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliği (09.01.2006-26048 RG)
- Zararlı Kimyasal Madde ve Ürünlerinin Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (17.02.2005-25730 sayılı RG)

3.SU

Ülkemizde günden güne artan su gereksinimini karşılamak için kaynaklar üzerinde kurulan baskı giderek artış göstermektedir. TUİK' in rakamlarına göre 1995-2002 yılları arasında, yüzey ve yeraltı suyu kaynaklarından çekilen su miktarında % 32,9 oranında bir artış görülmüştür. Aynı yıllar içinde gerçekleştirilen tatlı su çekimlerinin miktarında ise; yüzey suyunun payı % 83,1'den % 84,4'e yükselmiştir, yer altı suyunun payı ise % 16,9'dan % 15,5'e düşmüştür. Bu durum özellikle su havzalarımızın korunmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Ülkeler su varlığına göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- **Su fakiri:** yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 1 000 m3 ten daha az,
- **Su stresi çeken ülkeler:** yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 2 000 m3 ten daha az,
- **Su zengini:** yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı 8 000- 10 000 m3 ten daha fazla.

Ülkemizde yılda kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı yaklaşık 1500 m^3 olup; bu miktara göre ülkemiz su stresi çeken ülkeler arasındadır. Su havzalarının korunması başta olmak üzere gerekli önlemler alınmazsa ülkemiz yakın bir gelecekte su fakiri ülkeler arasına düşebilecektir. Su havzalarımız; yer altı ve yerüstü su kaynaklarımız özellikle; kontrolsüz sanayi, madencilik ve tarımın (bilinçsiz pestisit ve suni gübre kullanımı nedeni ile) olumsuz etkilerinden iyi korunmalıdır. Su toplama havzalarında riskli sanayi kolları ile madenciliğe izin verilmemeli; izin verilen veya kurulu sanayi tesislerinin başta tehlikeli atıklar olmak üzere tüm atık yönetimi iyi izlenmelidir. Yine tarımda su kayıplarının fazla olduğu vahşi sulama yöntemlerine son verilmeli ve kayıpları en aza indiren modern sulama yöntemlerine geçilerek sulu tarım yapılan alanlar artırılırken; kullanılan su miktarı düşürülmelidir. Bu konuda toplumun da duyarlılaşması sağlanmalıdır.

Tablo 1: Kaynağına göre çekilen su miktarı, 2008; 1000m³/yıl*

Su kaynakları	Kullananlar					
	Belediyeler	**Köyler**	**İmalat Sanayi**	**Termik Santraller**	**Organize Sanayi Bölgeleri**	**Toplam**
Kaynak	1 060 963	829 178	52 730	18 447	15 287	1 976 605
Akarsu	173 928	40 998	54 523	50 143	20 516	340 108
Göl ve gölet	225 805	72 031	16 372	717	1 912	316 837
Baraj	1 820 196	6 540	79 435	48 552	6 771	1 961 494
Kuyu	1 275 332	273 590	334 115	10 518	61 003	1 954 558
Deniz			658 650	4 409 468		5 068 118
Diğer**	851	1 927	117 887	8 824	10 811	140 300

*TUİK'nun 2008 yılına ait son verilerine dayanılarak hazırlanmıştır.
**Geri kazanılan su, yağmur suyu vs.

3.1 İçme ve kullanma suları

Ülkemizde üretilen suyun önemli bir bölümü belediyeler tarafından üretilen ve belediye sınırları içinde yaşayan insanlar tarafından tüketilen içme ve kullanma sularıdır. Ülkemiz nüfusunun % 80'ne yakınının belediye sınırları içinde yaşaması nedeni ile belediyelerin içme ve kullanma suyu gereksinimi için kaynak ve kuyu gibi yer altı su kaynaklarının yanı sıra akarsu, göl, gölet ve baraj sularını da yoğun olarak kullandığı; gereksinimin %50'ye yakınını bu kaynaklardan sağladığı görülmektedir. TUİK'in 2004 yılına ait rakamlarına göre belediyeler ülkemizde 'içme ve kullanma suyu' olarak sisteme verdikleri suyun ancak %40'ını; o da basit fiziksel veya konvansiyonel yöntemler kullanarak arıtabilmektedir. Ülkemizde suyun arıtımı genellikle aynı olup; pıhtılaştırma, çöktürme, filtrasyon ve dezenfeksiyon aşamalarından oluşmaktadır. Bu yöntem konvansiyonel arıtma sistemi olarak nitelendirilmektedir. Arıtılan suyun tamamına yakını bu yöntemle veya sadece filtrasyon ve klorlamaya dayanan minimum arıtmadan sonra kullanıma verilmektedir. Kimyasal arıtımı da içeren ileri arıtma sistemleri ülkemizde hiçbir belediye tarafından kullanılmamaktadır. Ülkemizde yine TUİK'in rakamlarına göre basit fiziksel ve konvasiyonel olarak toplam 139 arıtma tesisi vardır. İleri arıtım sistemlerini kullanmayan belediyeler; yüzey sularının su toplama havzalarının korunamaması, tarıma, madenciliğe ve sanayiye bağlı kirliliğin önlemediği ülkemizde bu sularda yakın bir gelecekte kimyasal kirlilik ile karşılaşabileceklerdir. Suyun kimyasal arıtımı da içeren ileri arıtım sistemlerini kurmak ve işletmek zor, pahalı ve zaman zaman arzulanan sonucu veremeyebilen bir işlem olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle su toplama havzalarımız özellikle sanayi ve madenciliğe karşı iyi korumalı, bununla ilgili mevzuat ödünsüz uygulanmalı ve içme suyu olarak kullanılan veya kullanılabilecek yüzey suyu kaynaklarının kimyasal açıdan kirlenmesine izin verilmemelidir.

TÜİK' in 'Belediye Atık Su Temel Gösterge Sonuçları'na göre; atık su arıtma tesisi ile hizmet verilen belediye sayısı 2001 yılında 238 iken 2004 yılında ise bu sayı 319'a çıkmıştır. Atık su arıtma tesisi ile hizmet verilen nüfusun toplam belediye nüfusuna oranını ise 2004 yılında % 45'e olmuştur. Ancak, Türkiye geneline bakıldığında, 2004 yılında, atık su arıtma tesisi ile hizmet verilen nüfusun toplam nüfusa oranı ise % 36 olarak belirlenmiştir. Ancak ülkemizde en basit ve etkisiz bir arıtma yöntemi olan mekanik arıtmanın ön planda olduğu, büyük kentlerimizde ise biyolojik arıtma sistemleri olduğu; ileri arıtma sistemlerinin ise yok denecek kadar az olduğu unutulmamalıdır. Arıtılmayan atık sular ise deniz, göl ve akarsularımıza boşaltılmakta ve su stresi çeken ülkemizin geleceğimiz açısından çok değerli olan su havzalarımız kirletilmektedir.

3.2 OSB, İmalat sanayi ve termik santraller tarafından kullanılan su

Ülkemizde çevre kirliliğinin oluşmasına neden olan kaynaklardan biri de sanayi tesisleridir. Ülkemizde, sanayi tesislerinden kaynaklanan kirlilik diğer faaliyetlerden kaynaklanan kirlilikten daha fazla çevreye zarar vermektedir. Sanayi kuruluşlarının sıvı atıkları ve bu atıkların arıtılmadan alıcı ortama boşaltılması su kirliliğine ve su kirliliğine bağlı, toprak ve bitki örtüsü üzerinde aşırı kirliliğe neden olmaktadır.

Diğer bir konu ise Termik santrallerle ilgilidir. TUİK'in 2010 yılı rakamlarına göre ülkemizde 51 adet termik santral vardır ve bu santraller çektikleri suyun 4.29 milyar m^3'nü soğutma amaçlı olarak kullanmaktadır. Santraller tarafından bu suyun %99'u tekrar denize geri boşaltılmaktadır. Fosil yakıtlar kullanan bu santraller hava kirliliğinin yanı sıra bu geri boşaltım ile o bölgede ekosisteme etki etmekte ve deniz canlıları üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir.

4. KATI ATIKLAR

4.1 Evsel Atıklar

Belediyeler tarafından toplanan katı atık miktarı; gerek belediye sınırlarının genişlemesi ve içinde yaşayan nüfusun artması; gerekse ekonomik gelişmeye bağlı olarak kişi başına düşen katı atık miktarının artması nedeni ile yıldan yıla artmış ve 2003 yılında 26.1 milyon ton/yıl'a ulaşmıştır. Bu artış eğilimi daha sonra yavaşlamış ve 2008'de 24.3 milyon ton/yıl, 2010'da ise 25.8 milyon ton/yıl atık belediyeler tarafından toplanmıştır (Tablo 2). Kişi başına çıkarılan günlük atık miktarı ise 2010 yılında 1.14 kg olmuştur.

Tablo 2: Yıllara göre belediyeler tarafından toplanan ve kişi başı katı atık miktarı*

Yıllar	Belediyeler tarafından toplanan katı atık (milyon ton/yıl)	Kişi başı katı atık miktarı (kg/gün)
1994	17.6	0.97
1995	20.6	1.23
1996	22.8	1.39
1997	-	-
1998	24.9	1.51
1999	-	-
2000	-	-
2001	25.1	1.31
2002	25.4	1.34
2003	26.1	1.38
2008	24.3	1.15
2010	25.8	1.14

*TUİK'nun Çevre ve Şehircilik Bakanlığının verilerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Ülkemizde üretilen katı atıkların kompozisyonu bölgelere, yerleşim yerlerinin niteliğine, mevsimlere ve o bölgede yürütülen ekonomik faaliyetlere göre değişmektedir. TUİK ve o zamanki adı ile Çevre ve Orman Bakanlığının yürüttüğü çalışmalarda da bu farklılıklar ortaya çıkmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Atık kompozisyonları (%)

Atık Cinsi	TUİK	ÇOB*
Organik atık	65.45	49.00
Kül, cüruf, bahçe atığı, vs.	22.48	13.00
Geri Kazanılabilir Atık	12.07	38.00

*Çevre ve Orman Bakanlığı

Her iki kurumunda üzerinde birleştikleri nokta organik atıkların en büyük katı atık grubunu oluşturduğudur. TUİK'in 1993'de bazı belediye bölgelerinde yaptığı çalışmaya göre geri kazanılabilir atıkların %45.5'nı kağıt ve karton türevleri oluşturmaktadır. İkinci sırada plastik (%19.30) ve üçüncü sırada cam ve cam türevleri (%18.45) vardır. Ancak gerek çalışmanın eski olması; gerekse sınırlı bir bölgede yapılmış olması nedeni ile yıldan yıla atık yapısı değişen ve geri kazanılabilir atık miktarı yükselen ülkemizde yeni ve kapsamlı bir çalışmaya gereksinim vardır. Yapılacak bu çalışma sonuçları da dikkate alınarak geri kazanılabilir atıklar ayrı toplanmalı ve ekonomimize kazandırılmalıdır. Bu atık toplama maliyetlerini düşürmenin yanı sıra; katı atık depolama alanlarının da kullanım ömrünü uzatacaktır.

Katı atıkların bertaraf yöntemleri; düzenli depolama, kompostlaştırma ve yakmadır. Ülkemizde 2010 itibarı ile TUİK'in rakamlarına göre sadece 52 adet düzenli depolama tesisi vardır ve bu alanlar sadece yaklaşık 260 belediyeye hizmet vermektedir. Kayıtlara düzenli depolama tesisi olarak geçen tesislerden bazılarının da kısmen düzeltilmiş vahşi depolama alanı olduğu; 260 belediyeye hizmet veren 52 düzenli depolama tesisine karşılık katı atık toplama, nakil ve bertaraf hizmeti veren 2010 rakamlarına göre 2950 belediye bulunduğu; belediye sınırları içinde yaşayan toplam nüfusun 60 milyona ulaştığı düşünülecek olursa durum hiç de iç açıcı olmadığı kolayca görülür. TÜİK'in 2010 yılında yayımladığı rakamlara göre düzenli katı atık depolama alanlarının hizmet verdiği nüfusun toplam nüfusa oranı %39.0'dur. Ayrıca ülkemizde 2010 rakamlarına göre sadece 5 adet kompostlaştırma tesisi olduğu, katı atıktan elde edilen kompost için maliyet-pazarlama sorunlarının aşılamadığı görülmektedir.

Sonuç olarak belediyelerin topladığı ve miktarı 25 milyon ton/yıl'ı aşan katı atığın yarısına yakını vahşi depolama olarak adlandırdığımız bir şekilde kontrolsüz olarak ve hiçbir önlem alınmadan kent dışı boş alanlara terk edilmekte; hava, su, toprak kirliliğine neden olabilmektedir.

1.2 Tehlikeli Atıklar

Ülkemizde ortaya çıkan sanayi atıklarının türleri gelişmiş batı ülkeleri ile aynıdır. Tehlikeli atıkların bertaraf edilmesi ile ilgili olarak bugüne kadar yaşanan temel problem, birçok tehlikeli atığın, evsel atıklarla birlikte kontrolsüz ve yasal olmayan çöplüklere atılması veya yasal olmayan şekilde alıcı ortama (nehir yatakları, göller ve denizlere) bırakılmasıdır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2005 yılında yayınlanan çalışmalara göre Türkiye'de yılda yaklaşık 1 milyon 200 bin ton tehlikeli atık ortaya çıkmaktadır. Çevre ve Orman Bakanlığı ise 2009 yılında 629 bin ton tehlikeli atığı kayıt altına almayı başardığını Şubat 2011 tarihli Tehlikeli Atık Bülteni ile duyurmuştur. TÜİK'in çalışmaları doğru kabul edilirse ve geçen beş yıllık süre boyunca tehlikeli atık üretiminde artış olmadığı kabul edilse bile; Çevre ve Orman Bakanlığı'nın her yıl üretilen yaklaşık 600 bin ton tehlikeli atığı halen kayıt altına alamadığı görülmektedir. Tehlikeli atık yaktığı bilinen Kocaeli'nde Kurulu İzaydaş'ın yıllık yakma kapasitesi 35.000 tondur. Ayrıca bu kuruluşun 790.000 m³ depolama kapasitesi mevcut olup;

bunun dışındaki tehlikeli atıklar için güvenilir bir kayıt yoktur. TUİK'e göre bu atığın %8'i geri kazanılmakta, %43'ü ise hibe (!) edilmektedir. Ülkemizde çoğu kent içinde kurulu çimento fabrikalarının Çevre ve Şehircilik Bakanlığı izini ile atık yakmaları diğer önemli sorunlardan biridir. Bu durum hava kirliliğine neden olmakta ve insan ve canlı yaşamını etkilemektedir.

Sağlıklı bir atık yönetiminin temelini doğru ve eksiksiz bir atık envanterine bağlı olduğu asla unutulmamalı; bu envanter bir an önce yapılarak; bölgesel yönetim planları oluşturulmalıdır.

4.3 Tıbbi Atıklar

Ülkemizde nüfus artışına, plastik enjektör ve kan seti gibi tek kullanımlık malzemelerin kullanımındaki artışa bağlı olarak, üretilen tıbbi atığın miktarında her yıl hızlı bir artış görülmektedir. Bunların dışında sağlık kuruluşlarından; evsel katı atıkların dışında farklı niteliklere sahip patojen mikroorganizma içeren maddeler, organ dokuları, kesici aletler, şırıngalar, kirlenmiş sargılar, ameliyat artıkları gibi tıbbi atıklar da ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde devlet ve özel hastanelerden kaynaklanan atığın fiziksel yapısını belirlemek amacıyla; TÜİK tarafından yapılan 'Hastane Çöp Kompozisyon Araştırması' sonuçlarına göre; yatak başı günlük ortalama katı poliklinik başı günlük tıbbi katı atık miktarı ise devlet hastanelerinde 0,05 kg, özel hastanelerde 0,18 kg. bulunmuştur. Aynı çalışmada yatak başı katı atık miktarı devlet hastanelerinde 2.39 kg/gün; özel hastanelerde ise 4.34 kg/gün bulunmuştur. Bu miktarların devlet hastanesinde 1.92 kg/gün; özel hastanelerde ise 2.01 kg/gün'ü tıbbı atıktır. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre ülkemizdeki toplam hastane sayısı 1198, bu hastanelerdeki toplam yatak sayısı ise 167519'dur. Yatak doluluk oranları dikkate alınarak yapılan hesaplamalar sonucu, yataklı tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşları ile ayakta tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarında günde 238,26 ton, yılda ise 86.968 ton tıbbi atık oluştuğu hesaplanabilir. Çevre ve Orman Bakanlığı verilerine göre Ankara, Bursa, İzmir, Gaziantep, Denizli, Trabzon, Malatya, Erzincan illerinden düzenli depolama tesislerine gönderilen atıklar yıllık toplam 14.102 ton olup, ülkemizde oluşan toplam tıbbi atığın yaklaşık %16' sıdır. Ayrıca İstanbul, Kocaeli, Sakarya illerinden gönderilen atıkların 10.956 tonu yakma yöntemi ile bertaraf edilmekte olup toplam tıbbi atığın %13' ne karşılık gelmektedir. Diğer illerde gömme yöntemi kullanılarak bertaraf edilmekte olup, gömme yöntemi ile bertaraf edilen atık 61.910 ton olup tıbbı atığın %71' ine karşılık gelmektedir. Bu rakamlar tıbbi atık yönetiminde ne kadar eksiklerimiz olduğunu; tıbbi atıkların %71'ni kontrolsüz olarak çoğu vahşi depolama alanı olan belediye atık alanlarına terk ettiğimizi göstermektedir.

5. HAVA KİRLİLİĞİ

Hava kirliliği atmosferde bulunan kirleticilerin belli değerler üzerinde bulunması ve bunların insan sağlığı, bitki, yapı ve malzemelerde zararlı etkiler meydana getirmesidir. Ülkemizde de bütün dünyada olduğu gibi, önemli çevre sorunlarının başında hava kirliliği gelmektedir. Bunun başlıca sebepleri nüfusun hızla artması, endüstri ve şehirleşmenin gelişmesine paralel olarak artan enerji kullanımı, araç sayısının artması nedeniyle yakıt kullanımının artması ve bu yakıtların büyük oranda fosil yakıtlardan elde edilmesidir. Hava kirliliği; canlıların sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve/veya maddi zararlar meydana getiren havadaki yabancı maddelerin, normalin üzerindeki miktar ve yoğunluğa ulaşmasıdır. Bir başka deyişle hava kirliliği; havada katı, sıvı ve gaz şeklindeki yabancı maddelerin insan sağlığına, canlı hayatına ve ekolojik dengeye zarar verecek miktar, yoğunluk ve sürede atmosferde bulunmasıdır. İnsanların çeşitli faaliyetleri sonucu meydana gelen üretim ve tüketim aktiviteleri sırasında ortaya çıkan atıklarla hava tabakası kirlenerek, yeryüzündeki canlı hayatı olumsuz yönde etkilemektedir.

Atmosferde asit yağmurlarına da neden olan başlıca kirleticiler kükürt oksit ve azot oksitlerdir. Asit yağmuru toprağın kimyasal yapısını ve biyolojik koşullarını etkilemektedir. Toprağın yapısında bulunan kalsiyum, magnezyum gibi elementleri yıkayarak taban suyuna taşımakta, toprağın zayıflamasına ve tarımsal verimin düşmesine neden olmaktadır. Toprağın asitleşmesine en çok katkıda bulunan maddeler, atmosferde birikme sonucu toprağa geçen kükürt bileşikleridir. Azot bileşikleri ise bitkilerin özümseyeceği miktardan fazla olduğu zaman toprağın asitleşmesinde rol oynamaktadır. Asitleşmenin çevre üzerinde dolaylı olmakla birlikte yine çok önemli etkilerinden biri de, endüstriyel faaliyetler sonucu oluşan asit nemidir. Asit nemi toprağa ya da göl yataklarına inmiş civa, kadmiyum ya da alüminyum gibi ağır metallerle tepkimeye girebilmektedir. Normal koşullarda çözünmez sayılan bu maddeler, asidik nemle tepkimenin sonucunda, besin zinciri ya da içme suyu yoluyla bitki, hayvan ve insana ulaşıp toksik etkiler yaratmaktadır. Ağaç köklerinin besin toplama yeteneğinin bozulmasının sorumlusu da yine asitleşme sonucunda toprakta harekete geçen alüminyumdur. Büyük kentlerin çoğunda insan yapısı bina ve anıtlara asit yağmurlarının yaptığı zararların göstergesi çoktur. Tarihi yapılar sülfürdioksit ve yağışın sulandırdığı bu asitten dolayı bozulma gösterir. Asidik zerrecikler genellikle sülfürdioksit ve nitrikoksitlerin atmosferdeki dispersiyonu ile oluşur. Oluşan bu nitrik ve sülfürik asit atmosferdeki diğer partiküllerin üzerine yapışır. Bu partiküllerin direkt olarak solunması bu asidik yapıların doğrudan akciğerlere kadar gitmesine neden olmaktadır. Bu asidik yapıdaki tozlar ve gazlar nemli ve sıcak akciğer alveollerinde kimyasal olarak kana geçebilirler. Asit yağmurlarının insanlar üzerindeki dolaylı etkileri ise yüzey ve içme suları, yer altı suları, toprak, ağır metaller, bitkiler ve balıklar üzerindeki etkilerine bağlı olarak bu maddelerin kullanılması sonucunda uzun vadede insan bünyesinde asidik depolanmaya neden olabilir.

Diğer bir boyut ise enerji, tarım, sanayi ve ulaşım gibi alanlarda artan fosil yakıt kullanımı ve insan faaliyetleri sonucu atmosferde artan sera gazı emisyonlarının; sadece hava kirliliğine neden olmayıp; sera etkisini güçlendirmesidir. İnsan faaliyetlerinin küresel ısınmaya olan katkıları, enerji kullanımı (% 49), endüstrileşme faaliyetleri (% 24), ormanların tahribatı (% 14), tarımsal faaliyetler (% 13) yoluyla olmaktadır. Ortalama koşullarda, yerküre/atmosfer sistemine giren kısa dalgalı güneş enerjisi ile geri salınan uzun dalgalı yer ışınımı dengededir. Güneş ışınımı ile yer ışınımı arasındaki bu dengeyi ya da enerjinin atmosferdeki ve atmosfer ile kara ve deniz arasındaki dağılışını değiştiren herhangi bir etmen, dünya sıcaklığında artış meydana getirerek, dünya iklim sistemini etkilemektedir.

Türkiye'de bilinen hava kirliliği genel olarak evsel ısınma ve taşıtlardan kaynaklanmaktadır. Endüstriyel merkezlerde, bu kirlilik kaynaklarının üzerine endüstri emisyonlarından meydana gelen kirlilik eklenmektedir.

Tablo 4: Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliğine göre Kükürtdioksit ve partükül madde (PM10) için uzun ve kısa vadeli sınır değerleri

Parametreler	Uzun Vadeli Sınır Değer (UVS-Yıllık)(µg/m³)	PM10 (KVS-yıllık)(µg/m³)
SO2	150	400 (900)
PM10	150	300

Eski isimi ile Çevre ve Orman Bakanlığı; yeni isimi ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından 2007 yılında yayınlanan 'Türkiye Çevre Durum Raporu'nda hava kirliliğinin iyileştirilememesinin nedenleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. Ucuz olmasından dolayı düşük kaliteli kömürlerin evsel ısıtmada kullanılmasına devam edilmesi,
2. Bütün sektörlerde enerji verimliliği düşük olduğu için daha çok yakıt tüketilmesi,
3. Termik santrallarda gerekli emisyon kontrol tedbirlerinin alınmaması,
4. Motorlu araçlardan kaynaklanan kirlilik artışının önlenememesi,
5. Kurşunsuz benzin gibi daha uygun yakıtların kullanılmasını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilmemesi,
6. Kentsel hava kirliliğini izleyecek veri toplama istasyonlarının yeterli olmaması nedeniyle, anlık tedbirler alınamamasıdır.

Bunlara ek endüstri kuruluşlarının gerekli emisyon izinleri bile almadan çalışması ve yoğun hava kirliliğine neden olmasıdır. Aliağa Çevre Durum Tespiti ve Taşıma Kapasitesin Belirlenmesi Projesi 1. Ara Raporuna göre; Aliağa ilçesinde bulunan *'Rafineri, petrokimya ve demir-çelik sektörlerindeki tesislerden çok az sayıda tesis Yönetmeliğe göre emisyon izin işlemlerini tamamlayarak "emisyon izni" alabilmişlerdir. Bir kısmının emisyon izin dosyaları değerlendirme aşamasında bir kısmı ise uzun süredir faaliyette bulunmasına rağmen emisyon izni için başvuruda bile bulunmamıştır. Büyük kirletici kaynak niteliğindeki çok sayıda işletmenin gerekli kontrol sistemlerini kullanmadan ve emisyon izni almadan üretimlerini sürdürmeleri hava kalitesi seviyelerini çok kötüleştirmiştir.'*

Tablo 5: Hava Kirliliğinin çok hızlı artış gösterdiği durumlar için uyarı kademeleri

	SO2 (µg/m³)	**PM10 (µg/m³)**
1.Kademe	700	400
2.Kademe	1000	600
3.Kademe	1500	800
4.Kademe	2000	1000

Yine 2007 yılında yayımlanan 'Türkiye Çevre Durum Raporu'nda 27 kentimiz hava kirliliğinin 1. öncelikli sorun olduğu; 18 kentimiz ise 2. öncelikli sorun olan kentler arasına alınmıştır. Üç büyük kentimizden Ankara 1. öncelikli sorun olan kentler arasında iken; İstanbul ve İzmir 2. Öncelikli sorun olan kentler arasındadır.

Ülkemizde hava kirliliğinin önlenmesi; tüm kirleticilerin Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliğindeki sınır değerlerin altına çekilebilmesi için;

- Kullanılan yakıtlar
- Yakma sistemleri
- Motorlu taşıtların egzoz emisyonları
- Tüm endüstriyel tesisler kontrol altında tutulmalıdır.

Ayrıca binalarda ısı yalıtımı yapılması teşvik edilmeli, yenilenebilir enerji kaynaklarının toplam üretim ve tüketim içindeki payı arttırılmalıdır.

6.SANAYİ ve ÇEVRE

Endüstri kuruluşları ham maddeyi alan; belli üretim aşamalarından geçiren ve sonuçta mamul madde olarak piyasaya veren kuruluşlardır. Bu kuruluşlar gerek ham maddeyi alma, gerek üretim aşamasında ve gerekse mamul maddeleri pazarlara ulaştırırken katı, sıvı ve gaz atıkları ile toprağı, havayı ve yeraltı-yer üstü su kaynaklarını az veya çok kirletebilirler. Çıkarttıkları atıklar tehlikeli atık veya evsel atık sınıfından olabilir.

Sanayiden kaynaklı çevresel tehlikelerin çevre ve insan sağlığını tehdit etmesini önlemek amacıyla alınması gereken önlemlerin en başında hiç şüphesiz sanayi kuruluşunun daha planlanma aşamasında çevreye olan etkilerinin tanımlanması yani Çevresel Etki Değerlendirilmesi gelmektedir. Bilindiği gibi ÇED gerçekleştirilmesi planlanan projelerin çevreye olabilecek olumlu ve olumsuz etkilerinin belirlenmesinde, olumsuz yöndeki etkilerin önlenmesi ya da çevreye zarar vermeyecek ölçüde en aza indirilmesi için alınacak önlemlerin, seçilen yer ile teknoloji alternatiflerinin belirlenerek değerlendirilmesinde ve projelerin uygulanmasının izlenmesi ve kontrolünde sürdürülecek çalışmalardır. Türkiye'de İlk ÇED Yönetmeliği'nin yayınlandığı 1993 yılından 2010 yılı sonuna kadar verilen ÇED Kararları incelendiğinde 35865 "ÇED gerekli değildir" kararına karşılık 473 "ÇED gereklidir" kararı alınmıştır. Olumsuz ÇED kararı sayısı ise tüm bu süre içinde sadece 32'dir. Bu durumu hükümetler tarafından tercihlerin sanayiden yana kullanıldığının ve çevrenin göz ardı edildiğinin bir göstergesi olarak yorumlamak mümkündür.

Sanayinin çevre üzerine olumsuz etkilerinin diğer bir aşaması doğal kaynakların kullanımı ve kirletilmesi düzeyinde olmaktadır. Bu konuda ulusal düzeyde yeterli ve güncel veri bulunmamakla birlikte 2004 yılında sektörlere göre kaynaklardan çekilen suyun dağılımına bakıldığında %57 ile belediyeler birinci sırada gelmekte iken, enerji sektörü %29'luk, imalat sanayi sektörü ise %14'lük bir payla bu rakamı izlemektedir. 2008 yılında 11,6 milyar m^3 su doğrudan su kaynaklarından çekilerek, 140 milyon m^3 su ise diğer sektörlerden temin edilerek kullanılmıştır. Doğrudan su kaynaklarından çekilen suyun %43,6'sı denizden, %17'si kaynaktan, %16,9'u barajlardan, %16,8'i kuyudan, %2,9'u akarsudan ve %2,7'si göl ve göletlerden çekilmiştir. Sektörel olarak incelendiğinde doğrudan su kaynaklarından çekilen suyun %39,2'sinin belediyeler, %39,1'inin termik santraller, %10,5'inin köyler, %10,3'ünün imalat sanayi işyerleri ve %0,9'unun ise OSB'ler tarafından çekildiği görülmektedir.

Enerji tüketimi açısından bakıldığında ise Türkiye'de enerji üretiminin yaklaşık olarak üçte birini sanayi sektörü tüketirken bu oran diğer tüm sektörlerden fazladır. 2004 yılı verilerine göre 87 818 milyon tep olan toplam enerjinin 28 789'unu birinci sırada sanayi tüketirken, 2009 verilerinde ekonomik krize bağlı olarak sanayinin kullandığı enerjinin 25 966 milyon tep olduğu saptanmıştır.

Sanayiden kaynaklanan çevresel tehlikelerin varlığını ortaya koyan birçok epidemiyolojik çalışma mevcut olmakla birlikte, bu durum resmi olarak yapılan ölçümlere veya istatistiklere çoğu zaman yansımamaktadır. Örneğin sanayinin yoğun olarak bulunduğu bölgelerimizde bile Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı verilerine göre hava kirliliği sorun olarak görünmemektedir. 2011 yılı Ekim ayında il ve ilçe merkezlerinde ölçüm yapılan istasyonlardan elde edilen SO_2 ortalamaları incelendiğinde, Kısa Vadeli Sınır (KVS) Değeri ve İlk Seviye Uyarı Eşiği ölçüm yapılan hiçbir istasyonda aşılmamıştır. Aynı dönemde PM10 ortalamaları incelendiğinde, KVS Değeri Adıyaman, Afyonkarahisar, Gaziantep, Malatya, K.Maraş (Elbistan), Mardin, Siirt, Van, Batman ve Kilis'de aşılırken, İlk Seviye Uyarı Eşiği Afyonkarahisar, Malatya, Mardin ve Batman'da aşılmıştır.

Bununla birlikte mevcut istatistikler içerisinde sanayinin çevre kirliliğine yaptığı katkıların izlerini değişik kaynaklarda görmek mümkündür. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın 2010 yılı çevresel göstergeler raporuna göre, sera gazı emisyonlarının sektörel dağılımı incelendiğinde

2009 yılında toplam emisyonlar içinde en büyük payı %75 ile enerji sektörü oluşturmaktadır. Bunu %9'luk payla sanayi sektörü izlemektedir. Ayrıca enerji sektörü kapsamında enerji üretiminin yanı sıra, sanayi, ulaştırma ve diğer sektörlerde yakılan yakıtlardan kaynaklanan emisyonlar da yer almaktadır.

2010 yılı Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) Su, Atıksu ve Atık İstatistikleri Anketi kapsamında altyapısı tamamlanmış 134 Organize Sanayi Bölgesi Müdürlüğünden elde edilen sonuçlara göre 2010 yılında su şebekesi ile dağıtılmak üzere 126 milyon m^3 su çekilmiştir. Çekilen suyun %43,8'i kuyudan, %18,7'si akarsudan, %19'u kaynaklardan, %10,8'i şehir şebekesinden, %7,7'si ise diğer kaynaklardan çekilmiştir. Anket kapsamındaki OSB'ler 2010 yılında toplam 190 milyon m^3 atıksu deşarj etmiş, toplam 161 milyon m^3 atıksu ise arıtılmıştır. Deşarj edilen atıksuyun %76'sının akarsuya, %9'unun şehir kanalizasyonuna boşaltıldığı, %15'inin ise diğer alıcı ortamlara boşaltıldığı ya da kooperatiflere ait atıksu arıtma tesislerine gönderildiği tespit edilmiştir.

2004 İmalat Sanayi Atık Envanteri araştırması sonuçlarına göre 17,5 milyon ton katı atık yaratılmıştır. Yaratılan toplam katı atığın %45'i satılmış veya hibe edilmiş, %8'i tesis bünyesinde geri kazanılmış ve %47'si ise bertaraf edilmiştir. Bertaraf edilen endüstriyel katı atığın (8,2 milyon ton) %10,9'u düzenli depolama sahalarında, %2,4'ü ise yakma tesisinde yakılarak bertaraf edilmiştir. 2004 yılında toplam yaratılan katı atığın 1,2 milyon tonu tehlikeli atık niteliğindedir. Bu atıkların 876 bin tonu bertaraf edilirken, %66,7'si düzenli depolama sahalarında ve yaklaşık %21'i ise yakma tesisinde bertaraf edilmiştir.

Şekil 1'de tehlikeli atık üretimin dağılımına baktığımızda Türkiye sanayisinin de görünümü niteliğindedir.

Şekil 1: 2009 yılı tehlikeli atık üretimi dağılımı

Bölgelere göre bir değerlendirme yaptığımızda, sanayi işletmelerinin % 48 Marmara Bölgesinde, %17 İç Anadolu Bölgesinde, % 14 Ege Bölgesinde, % 8 Akdeniz Bölgesinde, %6 Karadeniz Bölgesinde, % 5 Güneydoğu Anadolu Bölgesinde, % 2 Doğu Anadolu Bölgesinde olduğu görülmektedir.

Türkiye sanayisinin bu dağılımı aynı zamanda sanayiye bağlı çevre ve sağlık sorunlarının en yoğun yaşandığı bölgeleri de yansıtmaktadır. Bu bölgelerde yapılmış araştırmalarda çevre kirliğinin boyutları ve buna bağlı sağlık etkileri ortaya konmaktadır. Sanayinin yoğun olarak bulunduğu Dilovası ve Ergene bölgesinde yapılan çalışmalarda kanser başta olmak üzere birçok sağlık sorun bölge halkını etkilemektedir. Dilovası'nda Hamzaoğlu ve ark.ları tarafından 2004 yılında gerçekleşen ölüm nedenlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen ilk çalışmada kanser ölümlerinin orantısı % 33,3 olduğu ve bunların da yaklaşık % 46,2'sinin akciğer kanseri oluşturduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kanser ölümlerinin % 35'inin ev kadınları, % 23'ünün çiftçi ve % 15'inin ise inşaat işçisi olduğu ortaya konurken, kanserden ölenlerin hiç birinin sanayi sektöründe çalışmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Dilovası'nda 10 yıldan daha uzun bir süre yaşamış olan kişilerin kanserden ölme olasılığı 10 yıldan daha kısa bir süre yaşamış olanlara göre dört kat daha fazla bulunuyor olması sanayiye bağlı kirliliğe çevresel olarak maruziyetin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yine Kocaeli Dilovası bölgesinde, Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu epidemiyolojik araştırma sonucuna göre de, kanserden ölümler kalp damar hastalıklarından ölümlerin önüne geçerek birinci sıraya yükselmiştir.

Dilovası'nda kansere bağlı ölümler TBMM'nde de gündeme gelmiş ve 2006 yılında bu ölümler ile sanayi kuruluşlarının ürettiği atık maddeler arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığı ve işletmeler ile ilgili kamu kuruşlarının bir sorumluluklarını yerine getirip getirmedikleri belirlenmesi amacı ile bir araştırma komisyonu kurulmuştur. Bu komisyonun konunun uzmanlarından bilgi alarak, bölgede çok sayıda gözlem ve görüşme gerçekleştirerek ve çeşitli örneklerde analizler yaparak hazırladığı ve 2006 yılında tamamladığı raporunda bölgede insan ve çevre ile ilgili koruyucu önlemler alınmasının göz ardı edildiği vurgulanmış ve bir dizi önlem uygulanması önerilmiştir. Fakat ilgili bakanlıkların ve kurumlarının bu raporda dikkat çekilen sorunları ne derece ele aldıkları ve yürüttükleri çalışmaların ne denli etkin olduğu konusunda önemli soru işaretleri bulunmaktadır. Komisyon tarafından belirlenen sorunlara yönelik önerilerin pek çoğu kısa vadede yani bir yılda tamamlanması öngörülen girişimlerdir ve raporun tamamlanmasının üzerinden beş yıl geçmiştir. Sorumlu her kurum önerilerin ne kadarını gerçekleştirdiğini, ne kadarını yapmadığını yapamadığını ve bunun nedenlerini henüz açıklamamıştır.

Ülkemizin İzmir-Aliağa, Hatay-İskenderun, Trakya-Ergene havzası gibi birçok sanayi bölgesinde Kocaeli-Dilovası ile benzer sorunlar yaşanmaktadır. Bu bölgelerde sanayi kaynaklı çevre kirliliğinin önlenebilmesi için ilk aşamada mevcut yasa ve yönetmelikler ödünsüz uygulanmalı; oluşmuş kirliliği tespit etmek ve bu kirliliğin insan ve diğer canlıları etkileyip etkilemediğini anlamak için Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler başta olmak üzere ilgili kuruluşlarca bilimsel çalışmalar yürütülmelidir. Bu çalışmaların sonuçları ne olursa olsun gizlenmemeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

7. MADENCİLİK ve ÇEVRE

Genel olarak madenciliğin çevresel etkileri, mineral zenginleştirme, açık ve yeraltı maden işletmeciliğinin sebep olduğu çevre sorunları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Madencilik faaliyetleri, jeolojik yapıyı, su rejimini, yerel iklim ve peyzajı değiştirir, toprak ve bitki örtüsünü doğrudan etkiler. Madencilik faaliyetleri sonucu iki tür çevre bozulması söz konusudur.

1. Doğrudan Bozulma: Maden ocakları çalışma sahalarındaki örtü ve atık yığınları ile madencilik binalarının inşa edildiği diğer alanlardaki toprak ve bitki örtüsünün tahribi meydana gelmektedir.

2. Dolaylı Bozulma: Maden hafriyat yerleri, örtü ve atık yığınları, maden binaları ile mineral zenginleştirme tesislerinin bulunduğu yerlerde toprak yapısı, su ilişkileri, kimyasal özellikler, toprak ve bitki örtüsü, yerel iklim, insan ve hayvan sağlığının değişime uğraması gibi olaylar görülebilir. Madencilik faaliyetlerinin inşaat (hazırlık), işletme (üretim), kapanış (terketme) evrelerinde fiziksel, biyolojik ve sosyo-ekonomik çevreyle farklı etkileşimleri olmaktadır.

Tablo 6: ÇED yönetmeliği kapsamında değerlendirilen madenler hakkında verilen görüşler (2004-2006/adet)*

	2004	**2005**	**2006**
ÇED olumlu	16	14	15
ÇED olumsuz	_	*1*	*1*
ÇED gerekli değildir	628	850	1238
ÇED gereklidir	2	10	11
Toplam	*646*	*875*	*1265*

***Çevre ve Orman Bakanlığı verilerine dayanılarak hazırlanmıştır.**

Maden Kanunu gereğince arama faaliyetleri dışında tüm madencilik projelerine kapasitesine bağlı olarak çevresel etki değerlendirmesi yapılması gerektiği ve çevresel etki değerlendirmesi işlemlerinin Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından değerlendirilmesi karara bağlanmıştır. Ancak anlaşılmaz bir şekilde; madenciliğin çevresel etkileri diğer sektörlerin önünde yer almasına karşın madenlerin çok büyük bir bölümü 'Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği' ek 2 listesine sokularak; 'ÇED raporu gerektirmeyecek kadar çevresel etkileri az' kapsamına sokulmaktadır. Bu madenler için bir tanıtım dosyası yeterli sayılmaktadır(tablo 6). Tablodan da rahatça anlaşılabileceği gibi *'ÇED süreci madenler için bir sorun olmaktan*' çıkarılmıştır. Aslında büyüklüklerine bakılmadan tüm madenlerin ÇED kapsamına alınması gerekmektedir. 25 hektarın altında olduğu için yönetmeliğe göre ÇED raporu gerektirmeyen başta mermer ocaklarının yol açtığı çevresel yıkım tüm açıklığı ile ortadadır.

Resim 1: Anadolu'nun en eski kurşun madeni olan ve ekonomikliğini yitirmesi nedeni ile 1940'lı yıllarda kapatılan Balıkesir'in Balya ilçesindeki kurşun madeninin terk edilmiş atık yığınları. Bölgedeki toprak ve su kaynaklarının bu atıklarla kirlenmesi nedeni ile tarımsal üretim tamamen durmuş ve nüfus azalmış durumda.

8. FOSİL YAKITLAR ve ÇEVRE

Kömür, petrol ve doğal gaz doğada en çok bulunan fosil yakıtlardır. Fosil yakıtlar, milyonlarca yıl önce denizlerde yaşayan bitki ve hayvanların öldükten sonra çamur ve kum içinde gömülü kalması, daha sonra yerküre kabuğunun hareketleri sonucunda oluşan yüksek ısı ve basınçtan etkilenmesi, toprak ve kayaç altında kaldıktan sonra organik maddelerin dönüşüme uğramasıyla oluşmuştur. Bu antik bitki ve hayvan kalıntıları önceleri çamur içindeyken, geçen milyonlarca yıl sonrasında kuruyan ve katılaşan kayaçların arasında kalmışlardır. Fosil yakıtların yaşlarının yaklaşık olarak 300-400 milyon yıl olduğu tahmin edilmektedir. Antik deniz ve akarsuların dibinde biriken bitki kalıntılarından kömür, küçük organizmalardan ise petrol ve doğal gaz oluşmuştur. Yeraltında bakterilerin etkisi, sıcaklık ve basınçtaki farklılıklar ile organizmaların yeraltında bozulma süresi, petrol veya doğal gaz oluşumunu belirlemektedir. Genel olarak, yeraltı sıcaklığının daha yüksek veya basıncın daha fazla olduğu yerlerde doğal gaz oluşmuştur.

Fosil yakıtlar, üç farklı formda bulunmaktadırlar:

- Katı fosil yakıtlar (kömür, turba…)
- Sıvı fosil yakıtlar (petrol, rafineri gazı)
- Gaz fosil yakıtlar (doğal gaz ve gazhane gazı)

Dünya nüfusunun %20'si toplam enerjinin %60'ını tüketirken gelişmekte olan yaklaşık 5 milyarlık (%80) nüfus ise enerjinin %40'ını tüketmektedir.

Bu verilere göre, dünyadaki toplam birincil enerji arzı 1973 ve 2009 yılları arasında 6111 milyon ton petrol eşdeğeri (Mtep) 12150 Mtep'e çıkarak %99 oranında artmıştır. Enerji arzının büyük çoğunluğunu fosil yakıtlar oluşturmaktadır. Fosil yakıtların oranı %86.6'dan %80.9'a gerilemiş görülmekle beraber bu 36 yıllık sürede fosil yakıtlardan enerji arzı 5292 Mtep'den 9829 Mtep'e yükselerek mutlak değer olarak %85.7 oranında artış göstermiştir.

Dünyada 2009 yılında toplam 1441 Mtep elektrik tüketilmiştir. Bunun %58.2'si tarım, ticaret ve kamu hizmetleri, evsel ve diğer alanlarda, %40.2'si sanayi ve %1.6'sı taşımacılık sektöründe kullanılmıştır.

Dünya elektrik üretimi 1971 ve 2009 yılları arasında %228 oranında artış göstermiştir. Bu artışın çoğu, fosil yakıtlardan karşılanmıştır.

Yakıtlara göre dünyada elektrik üretim miktarı (TWh) incelendiğinde, 1973 ve 2009 yılları arasında fosil yakıtlardan üretilen elektriğin %193 arttığı; bunlar içinde de doğal gaz (%481) ve kömürde (%247) ciddi artışlar görülürken petrolden elektrik üretiminin azaldığı (-%32) izlenmektedir.

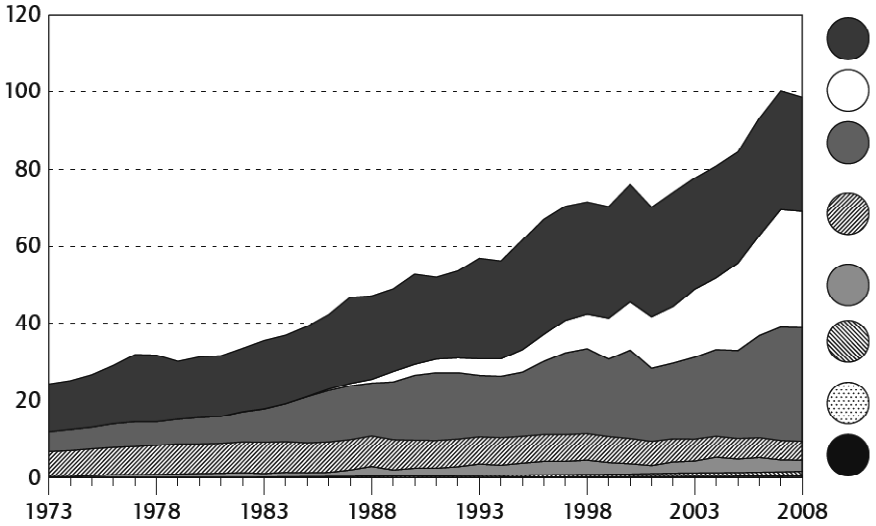
Dünyada toplam taş kömürü üretimi 1973 ve 2010 yılları arasında 2235 milyon tondan (Mt) 6186 Mt'a çıkmıştır (%178 artış). Dünyada üretilen toplam taş kömürü ve linyit miktarı 2010 yılında 7229 Mt'dur. 2010 yılında dünyada taş kömürü ve linyit üretimi en fazla olan ülke toplam 3162 Mt ile Çin'dir (dünya üretiminin %43.7'si). İkinci ve üçüncü sırada sırasıyla ABD (%13.8) ve Hindistan (%7.9) yer almaktadır. Dünya kömür üretiminin %65.4'ü bu üç ülkede, %88.3'ü de toplam 10 ülkede gerçekleşmektedir [4]. Son otuz yılda, kömürden birincil enerji arzı (TBEA), 1973 yılındaki arzla karşılaştırıldığında %56'lık bir büyümeyle, %25 civarında seyretmektedir. Elektrik üretimi için kömür tüketiminin %250'nin üzerinde hızlı bir biçimde artması, diğer bir yandan da konut sektöründeki tüketimin %65 civarında düşmesi dikkat çekicidir. Kömürün artık başlıca kullanım alanı elektrik üretimi için ve daha az miktarda da sanayi içindir.

Dünyada toplam doğal gaz üretimi 1973 ve 2010 yılları arasında 1226 milyar m^3'ten 3282 milyar m^3'e çıkmıştır (%168 artış). 2010 yılında doğal gaz üretim miktarı en fazla olan ilk üç ülke sırasıyla Rusya Federasyonu (%19.4), ABD (%18.7) ve Kanada'dır (%4.9). Dünya doğal gaz üretiminin %65.3'ü 10 ülkede gerçekleşmektedir [4]. Dünyada 2009 yılında toplam 1266 Mtep doğal gaz tüketilmiştir. Bunun %48.8'i tarım, ticaret ve kamu hizmetleri, evsel ve diğer alanlarda, %34.9'u sanayi, %10.8'i enerji dışı, %5.5'i de taşımacılık sektöründe kullanılmıştır.

8.1. Türkiye'de fosil yakıtlardan enerji üretimi

8.1.1 Türkiye'de enerji arzı

Türkiye'nin toplam birincil enerji arzı 2009 yılında 98 milyon ton petrol eşdeğeridir (Mtep). Ekonominin ikiye katlandığı 1990 ve 2008 yılları arasında enerji arzı %87 artış göstermiştir (Şekil 2). 2001 yılından sonra ilk yıllık düşüş, ekonomik koşullardaki değişikliğe paralel olarak 2007'den 2008'e %1.5'luk azalma şeklinde ortaya çıkmış ve 2009'da da azalış devam etmiştir. Türkiye enerji arzının %72'si dışa bağımlıdır. Petrol ve doğal gazın pratikte tamamı, kömürün de çoğu ithaldir.



* İhmal edilebilir

Şekil 2. Türkiye'de toplam birincil enerji arzı, 1973-2008

Fosil yakıtlar 2008'de Türkiye'de enerji arzının %90'ını oluşturmuştur ve bu oran diğer IEA üyesi ülkelere göre oldukça yüksek bir orandır. Enerji arzında 2000 yılından bu yana gözlenen artış aslında sadece iki yakıt türünde görülen artışa bağlıdır: 18 Mtep artan doğal gaz ve yaklaşık 7 Mtep artan kömür. Ekonomi geliştikçe kullanımı azalan geleneksel biyokütle (odun) dışında diğer birincil enerji kaynaklarının düzeyinde değişiklik olmamıştır.

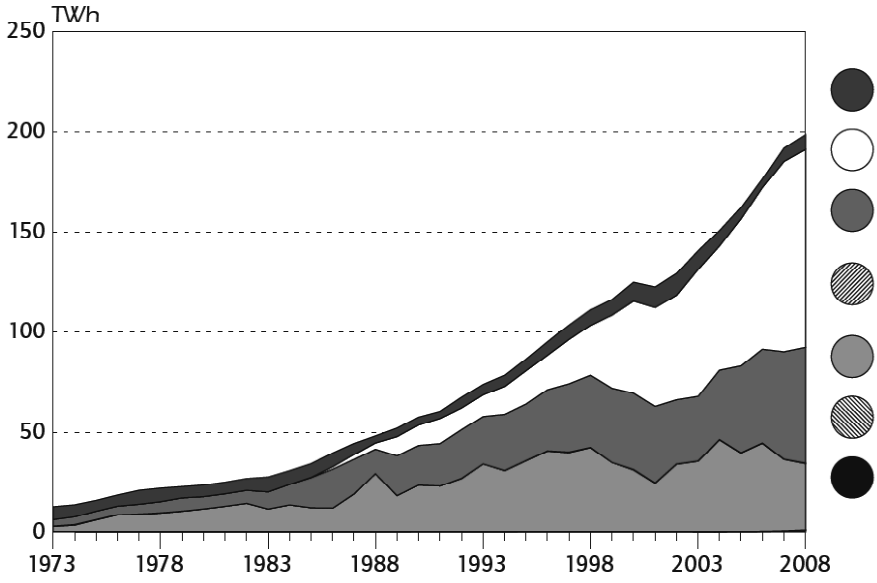
8.2. Türkiye'de elektrik arzı

Türkiye'de toplam elektrik arzı 2009 yılında 2000 yılına göre %51 artarak 194 TWh düzeyinde gerçekleşmiştir. Elektriğin %49'u doğal gaz, %28'i kömür, %19'u hidroelektrik, %3'ü petrol, %1'i diğer kaynaklardan üretilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Türkiye'de elektrik üretimi ve kapasitesinin enerji kaynaklarına dağılımı, 2009

Enerji kaynağı	Üretim (TWh)	Oranı (%)	Kapasite (MW)	Oranı (%)
Doğal gaz	94.4	48.6	16345.2	36.5
Yerli kömür	42.2	21.7	8691.3	19.4
İthal kömür	12.8	6.6	1921.0	4.3
Hidroelektrik	35.9	18.5	14553.4	32.5
Petrol	6.6	3.4	2309.7	5.2
Rüzgar, jeotermal, biyogaz	2.2	1.1	961.2	2.1
Toplam	194.1	100.0	44781.8	100.0

Elektrik üretim miktarının ve farklı kaynakların üretimde payının yıllar içinde değişimi Şekil 2'de sunulmaktadır. Ülke ekonomisinin 2009 yılında küçülmesinin ardından elektrik arzı 2008 yılına göre %2 oranında gerilemiştir.



* İhmal edilebilir

Şekil 3. Türkiye'de elektrik üretim miktarının ve farklı kaynakların üretimde payının yıllar içinde değişimi, 1973-2008

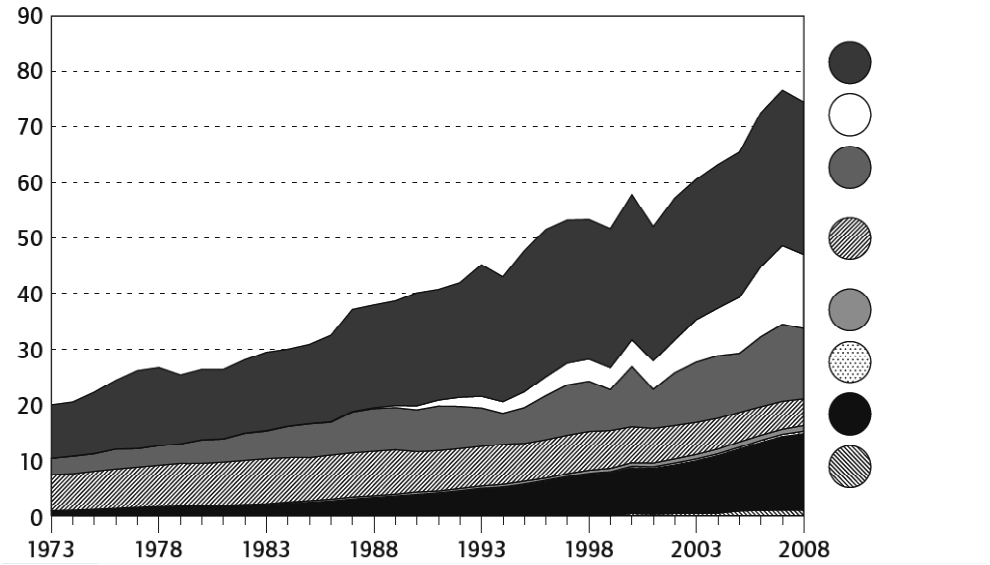
Türkiye'de 1990'da 58 TWh düzeyinde gerçekleşen elektrik üretimi, 2009 yılına dek üç katından fazlasına çıkmıştır ancak üretimdeki paylar oldukça sabit kalmıştır. Kömür, doğal gaz, petrol ve hidroelektrik 1990 yılında üretilen elektriğin tamamını, 2009 yılında üretilenin %99'unu sağlamıştır. Bu grup içinde kombine-çevrimli gaz türbinleri (CCGT) ciddi artış göstermiştir, kömürden elektrik üretimi de önemli düzeyde artarken hidroelektrik ve petrolün payları azalmıştır (Şekil 3). Doğal gazdan elektrik üretimi 2000-2009 yılları arasında 48 TWh artarak elektrik üretimindeki artışın %72'sinden sorumlu olmuştur. Kömürden elektrik üretimi 17 TWh artarak elektrik talep artışının dörtte birinden sorumlu olmuştur. Hidroelektrik üretimi yağışa bağlı olarak yıldan yıla değişkenlik göstermektedir ve 2000 yılından bu yana 5 TWh

artmıştır. Petrolden elektrik üretimi 2002 yılında en yüksek düzeyine çıktıktan sonra düzenli bir azalma göstermektedir.

Doğal gaz, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de elektrik üretiminde tercih edilen yakıt haline gelmiştir. Doğal gaz ayrıca verimliliği daha az olan ve daha kirletici ısınma kaynaklarının yerini almaktadır. Elektrik üretiminde bir diğer hızlı büyüyen kaynak kömürdür.

8.3. Türkiye'de enerji tüketimi

Türkiye'de toplam son enerji tüketiminin (TFC) ve enerji türlerine dağılımının yıllar içinde izlediği değişim Şekil 3'de görülmektedir. 1973-2008 yılları arasında fosil yakıtların ve elektrik tüketiminin artışı dikkat çekicidir. 2008 yılında TFC'nin %37'si petrol, %18'i elektrik, %18'i doğal gaz, %17'si kömür, %7'si biyokütle ve atık, %3'ü diğer kaynaklar kökenlidir. Doğal gazın payında 1990 yılından itibaren önemli bir artış olmuştur. Elektriğin payı da 1990'ların ortalarında %10 düzeyinden %18'e çıkmıştır. Petrolün payında 1990'ların başındaki %50 düzeyine göre bir gerileme görülmüştür. Geleneksel biyokütlede de azalma izlenmektedir.



* İhmal edilebilir

Şekil 4. Türkiye'de toplam son enerji tüketimi, 1973-2008

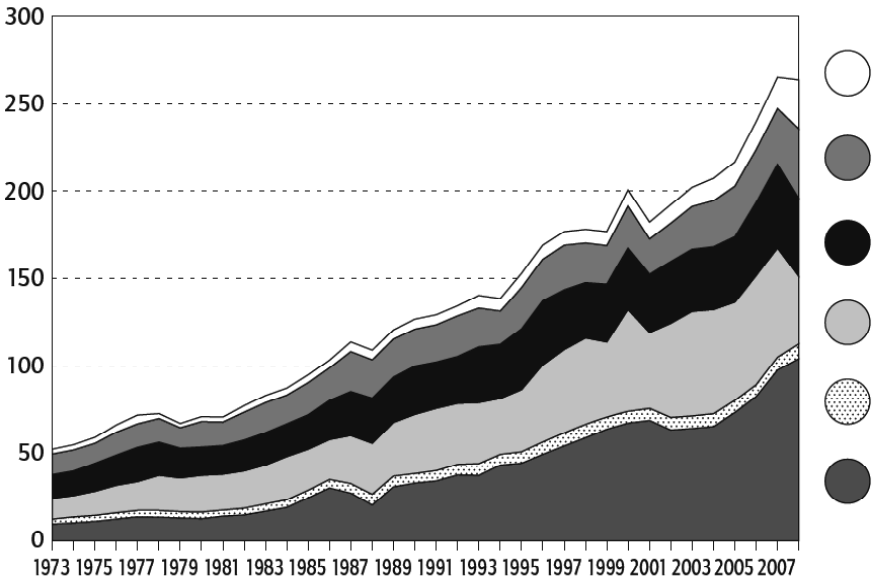
Türkiye'de toplam son enerji tüketimi 1990 yılına göre %86 artışla 2008 yılında 74 Mtep olmuştur. Sanayi ve evsel kullanımın her biri bu tüketimin üçte birini oluşturarak başlıca kullanıcılar olmuşlardır. Ulaşımın payı %20 ve diğer sektörlerin (hizmetler ve birincil sektör) payı %17'dir. Diğer IEA ülkelerinde ise sanayi, ulaşım ve diğer sektörlerin kullanım oranları ortalama üçte bir düzeyindedir. Son 20 yılda Türkiye'de enerji tüketiminin sektörlere dağılımı aynı düzeylerde seyretmiştir.

8.4. Türkiye'de karbondioksit emisyonları

Hızlı ekonomik büyümeyle bağlantılı olarak Türkiye'de altı sera gazına bağlı toplam emisyonlar 1990 sonrasında çok fazla artış göstermiştir. Türkiye'nin ulusal envanterine göre 2007 yılında toplam sera gazı emisyonları 373 milyon ton karbondioksit eşdeğeridir. Bu düzey, 1990 yılına göre %119 daha fazladır. 2007 yılında bu gazların %82'sini CO_2, %15'ini metan (CH_4), %3'ünü nitröz oksit (N_2O) ve %1'ini florlu gazlar oluşturmuştur.

IEA verilerine göre yakıtların yanmasına bağlı CO_2 emisyonları, 1990 ve 2007 yılları arasında %109 oranında artış göstererek 265 milyon tona çıkmıştır. 2007 yılında tüm sera gazı emisyonlarının %75'inden yakıtlar sorumlu olmuştur.

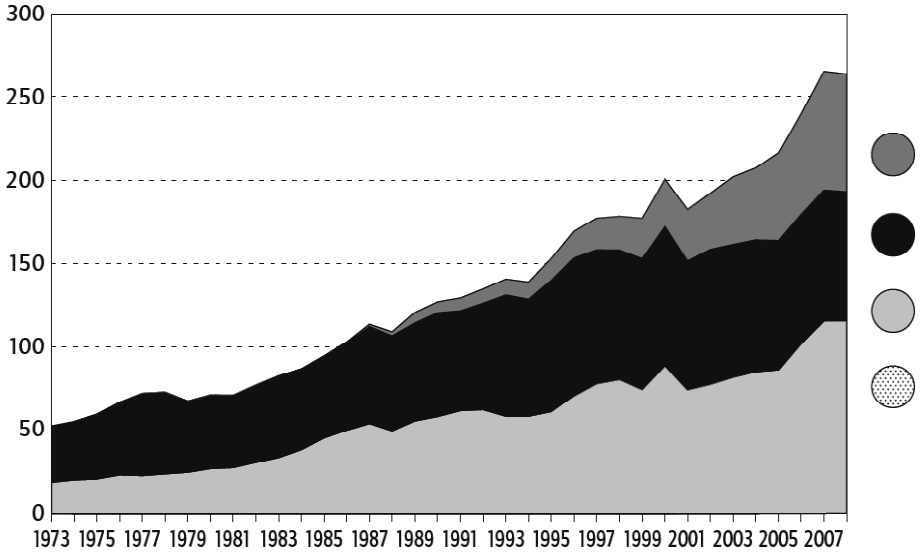
Sektörlere dağılımına bakıldığında, 2007 yılında enerjiye bağlı karbondioksit emisyonuna en fazla yol açan sektör, %37 ile elektrik ve ısı üretimi olmuştur. Emisyonların %24'ünden sanayi, %18'inden ulaşım, %12'sinden hane halkları ve %9'undan diğer sektörler sorumlu olmuştur (Şekil 5). 1990 yılından sonra elektrik ve ısı üretiminden kaynaklanan emisyonlar üç kattan fazla artış göstermiştir, oysa diğer sektörlerdeki artışlar ortalama %80 düzeyinde olmak üzere çok daha düşük düzeylerde olmuştur.



* Diğer, ticari ve kamu hizmetleri, tarım/ormancılık ve balıkçılığı kapsar.

Şekil 5. Türkiye'de sektöre göre karbondioksit emisyonları, 1973-2008

Yakıtlar bazında bakıldığında, 2003 yılından itibaren karbondioksit emisyonlarının başlıca kaynağı kömür olmuştur (Şekil 6). Kömür, 1990'lardan bu yana görece sabit bir oranı koruyarak 2007 yılında emisyonların %43'ünden sorumlu olmuştur. Toplam emisyonların %30'unu oluşturan petrol kaynaklı emisyonlar, doğal gaza bağlı emisyonlardan (%27) biraz daha fazla düzeydedir. Yıllar içinde petrole bağlı emisyonların oranında bir düşme izlenmiştir, buna karşılık çoğu elektrik üretimi ve evsel ısınma için kullanılan doğal gazın payında hızlı bir artış gözlenmektedir.

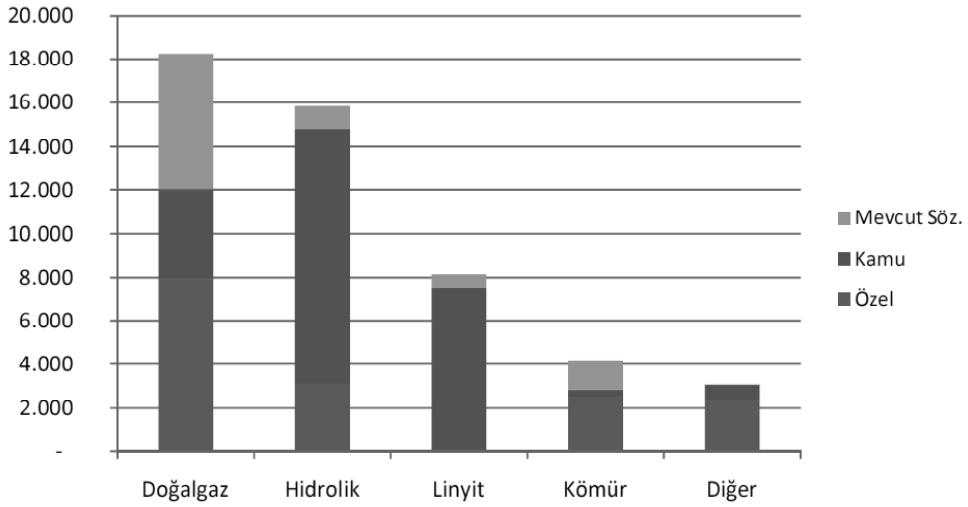


* Sanayi atıkları ve yenilenemez belediye atıklarını içerir (ihmal edilebilir)

Şekil 6. Türkiye'de yakıta göre karbondioksit emisyonları, 1973-2008

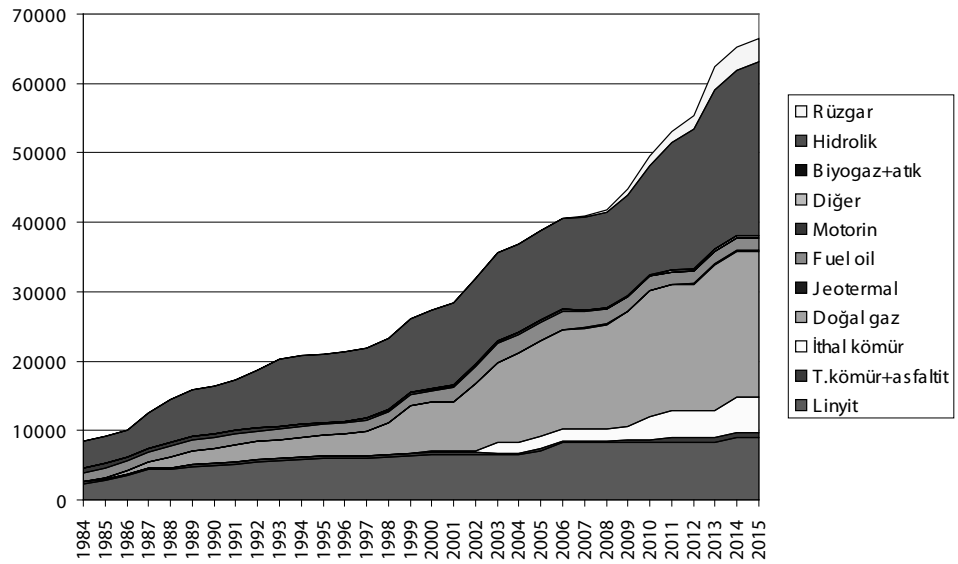
8.5. Türkiye'de mevcut kurulu güç ve yapılması tasarlanan santraller

Türkiye'de toplam kurulu güç 2010 sonu itibariyle 49.562 MW'tır. Bunun yaklaşık %65 gibi önemli bir kısmı termik santrallere, %32'si hidrolik, %3'ü rüzgâr santrallerine aittir. Jeotermalin payı sadece %0,19'dur. Santral sayılarının dağılımına bakıldığında, 264 termik, 260 hidrolik, 39 rüzgâr ve altı jeotermal santralin bu kurulu gücü oluşturduğu görülmektedir. Toplam kurulu gücün yaklaşık üçte ikisi kamu kontrolündedir (Şekil 7).



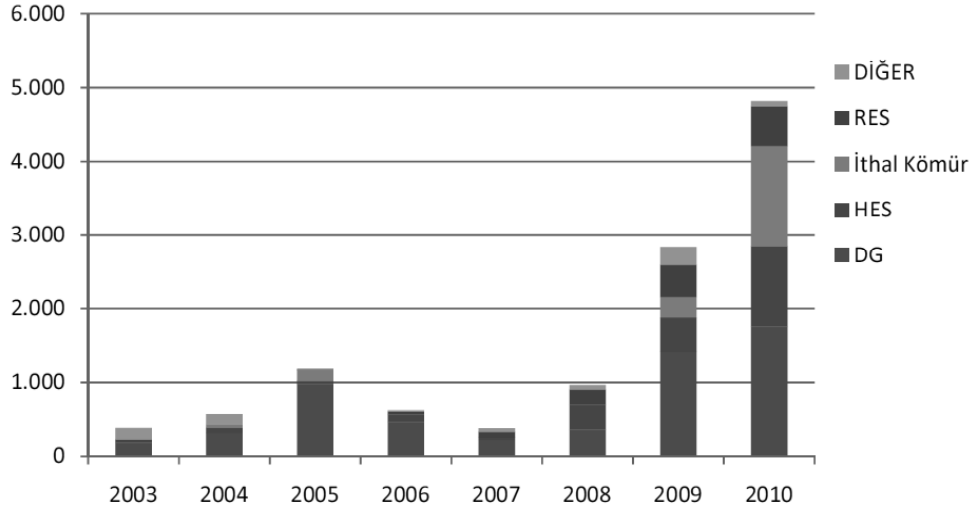
Şekil 7. Kurulu gücün yakıt türlerine ve sektöre göre dağılımı (Kaynak: EPDK)

Türkiye'de 1984-2010 yılları arasında kurulu gücün ve 2011-2015 arasında, 2011 yılı Ocak İlerleme Raporu sonuçlarına göre EPDK tarafından bildirilen kapasite artış beklentilerine göre Türkiye toplam kurulu gücünün kaynaklara göre dağılımı Şekil 8'de sunulmaktadır. Buna göre 1984-2002 arası dönemde hidrolik, linyit ve doğal gaz kaynaklı kapasitenin hızla arttığı, 2002 yılından 2010 yılı sonuna kadar doğal gaz, ithal kömür ve hidrolik kaynaklara bağlı kapasitenin hızlı arttığı, özellikle doğal gaz kaynağının daha fazla kullanıldığı görülmektedir. 2011-2015 beklentilerine göre Türkiye toplam kurulu gücünde hidrolik, doğal gaz ve ithal kömür kaynaklı kapasite hızla artarken rüzgar kaynaklı kapasitede de belirgin bir artış olacağı, linyit kaynaklı kapasitede bir artış beklenmediği görülmektedir.



Şekil 8. Türkiye'de 1984-2010 yılları arasında kurulu gücün ve 2011-2015 arası kurulması öngörülen gücün kaynaklara göre dağılımı (Kaynak veriler: TEİAŞ)

2003-2010 yılları arasında geçici kabulü yapılan santrallerin kurulu gücünün yakıt türlerine göre dağılımı Şekil 9'de sunulmaktadır. 2003-2007 yılları arasında devreye alınan kapasitede az miktarda çıkış-iniş gözlenirken, 2008'den itibaren devreye alınan kapasite ciddi biçimde artış göstermiştir. Doğal gazın payı zamanla azalış gösterirken, özel sektöre ait kurulu gücün büyük kısmını doğal gaz santrallerinin oluşturduğu dikkati çekmektedir.



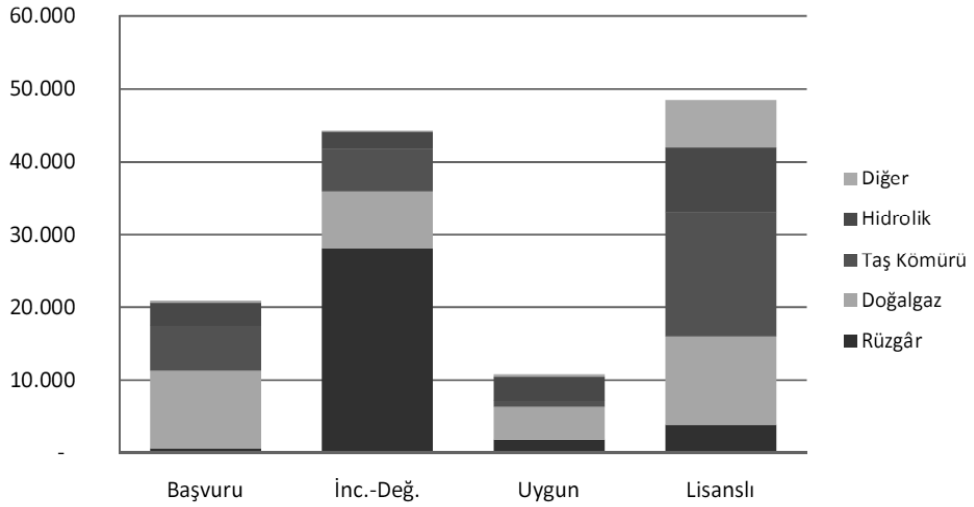
Şekil 9. Yıllara göre geçici kabulü yapılan santrallerin kurulu gücü (MW) RES: Rüzgarlı elektrik santrali, HES: Hidroelektrik santrali, DG: Doğal gaz (Kaynak: EPDK)

Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu'nun (EPDK) piyasanın üretim düzeyine ilişkin başlıca görevini lisanslamadır. Bu çerçevede EPDK tarafından, 2003 yılından itibaren 2010 yılı sonuna kadar toplam 119'u 2010 yılında olmak üzere 1024 üretim lisansı, 16'sı 2010 yılında olmak üzere 211 otoprodüktör lisansı verilmiştir. Verilen lisansların büyük kısmını hidroelektrik tesisler oluşturmakta, bunu doğal gaz ve kömür fosil yakıtlarına dayalı santraller izlemektedir. Rüzgâr santrallerine de lisans verilmiştir. Üretim ve otoprodüktör lisanslarının yakıt türlerine dağılımı Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. EPDK tarafından verilen üretim ve otoprodüktör lisanslarının yakıt türlerine dağılımı (Kaynak: EPDK) [7]

Tesis türü	2010 yılı		Toplam	
	Adet	Kurulu güç (MW)	Adet	Kurulu güç (MW)
HES	94	1.944	736	27.956
Kömür	1	100	36	18.844
Doğalgaz	7	420	78	16.486
RES	6	220	91	3.500
Diğer	0	-	14	510
Mobil	-	-	2	263
JES	4	63	11	227
Çöp gazı	-	-	4	39
Biyokütle	3	15	4	20
Biyogaz	4	7	7	13
Fuel oil	-	-	1	11
Toplam	119	2.769	984	67.869

EPDK'na göre 2010 yılı itibarıyla kamu santralleri dışındaki lisanslı toplam kapasite 50.000 MW'a ulaşmak üzeredir. Bunun yanında 76.000 MW'ın üzerinde bir kapasite lisanslama sürecinde yer almaktadır. Lisanslama sürecinde bulunan kapasitenin yarıdan fazlasını inceleme-değerlendirme aşamasında bulunan başvurular, 10.000 MW'dan fazla kısmı lisanslama sürecinin son kısmı olan uygun bulma aşamasındakiler oluşturmaktadır. Lisanslama sürecinde bulunan kapasitenin hâlihazırdaki lisanslı kapasiteye nispeten çok yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 10). Rüzgâr santrali başvurularının nerdeyse tamamının inceleme-değerlendirme aşamasında yer alması dikkat çekicidir.



Şekil 10. EPDK'na yapılan lisans başvurularının, lisanslama sürecinde gelinen aşamalara ve yakıt türlerine dağılımı (Kaynak: EPDK)

TEİAŞ verilerine göre Türkiye'de 2000-2010 yılları arasında puant talep toplam %72,2, enerji talebi ise %63,2 oranında artış göstermiştir (Tablo 9). Bu dönem için yıllık artış oranı hem puant, hem enerji talebi için %5,4 olarak açıklanmaktadır.

Tablo 9. Türkiye'de puant talebin ve enerji talebinin değişimi, 2000-2010 (Kaynak: EPDK)

Yıl	Puant talep (MW)	Yıllık artış oranı (%)	Enerji talebi (GWh)	Yıllık artış oranı (%)
2000	19.390	2,4%	128.276	8,3%
2001	19.612	1,1%	126.871	-1,1%
2002	21.006	7,1%	132.553	4,5%
2003	21.729	3,4%	141.151	6,5%
2004	23.485	8,1%	150.018	6,3%
2005	25.174	7,2%	160.794	7,2%
2006	27.594	9,6%	174.637	8,6%
2007	29.249	6,0%	190.000	8,8%
2008	30.517	4,3%	198.085	4,2%
2009	29.870	-2,1%	194.079	-2,0%
2010*	33.392	11,8%	209.390	7,9%
Ortalama		5,4%		5,4%

* 2010 yılı verileri henüz kesinleşmemiştir.

Lisanslama sürecinde yer alan başvurular mevcut kurulu gücün %153'ü kadar güç oluşturmaktayken ve yıllık enerji talebi artışı %5 oranında gerçekleşirken lisanslamada hangi yakıt türüne öncelik verileceği konusu önem kazanmaktadır. Ülkede yapılması tasarlanan ve risklerinden dolayı artık Japonya'nın vazgeçtiği, Almanya ve İsviçre'nin vazgeçmekte olduğu nükleer santrallerin olası güçleri bu verilerde yer almamaktadır. Projelerin tümünün onaylanması ülke gereksinimi ile uyuşmamaktadır. Onaylanmaları halinde fazla gelecek olan elektrik enerjisinin kimin için, ne için üretileceği sorusu akla gelmektedir.

8.6. Uluslararası Enerji Ajansı'nın Türkiye ile ilgili yorumları

28 ülkenin üyesi olduğu Uluslararası Enerji Ajansı'nın (IEA) Türkiye'yle ilgili raporuna göre "genç ve kentleşme sürecinde olan, enerji tüketimi görece düşük olan Türkiye, birliğe üye ülkeler arasında enerji talebinde orta-uzun vadede en hızlı büyümeyi gösterecek olan ülkedir. Hızlı ekonomik büyümesini sürdürmek için özellikle elektrik ve doğal gaz olmak üzere enerji altyapısında büyük yatırımlara gereksinim duyacaktır ve bu yatırımları cazip hale getirmek için enerji pazarında reformlar yapmaya devam etmesi gerekmektedir. Elektrik üretim sektöründeki reformlar oldukça ilerlemiştir ancak doğal gaz sektörü reformu yavaştır ve hızlandırılması gerekmektedir."

IEA'ya göre Türkiye'nin enerji verimliliğini arttırması gerekmektedir. Bunun için petrole dayalı taşımacılıktan ziyade raylı ulaşıma ve binalarda enerji korunumuna daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Pik talebi düşürmek için binaların ısıtma ve soğutma sistemlerinde elektrikli cihazların kullanımını azaltmak için daha iyi izolasyon, çatı ve kaldırımlarda açık renk kullanımı ve doğal gölgeleme yapılması önerilmektedir.

IEA'ya göre Türkiye'de karbondioksit emisyonları 1990'dan bu yana iki kattan fazla artış göstermiştir ve orta-uzun vadede enerji talebinin artışıyla paralel biçimde hızla artmaya devam edecektir. Türkiye, Birleşmiş Milletler'in İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'ne taraftır ve Kyoto Protokolü'nü 2009 yılında imzalamıştır. Ancak, hızla büyüyen ve kişi başına düşük emisyonlara sahip bir ekonomi olarak emisyonları sınırlamak için kantitatif toplam bir hedef belirlememeyi tercih etmiştir. IEA Türkiye'nin 2012 sonrasında iklim değişikliğini azaltma yaklaşımını geliştirmesi için çabalarını yoğunlaştırması ve emisyonları sınırlandırmak için sayısal bir hedef belirlemesi beklentisi içindedir. Ancak Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın Temmuz 2011'de yayınladığı "T.C. İklim Değişikliği Ulusal Eylem Planı"na göre ise 2012-2014 yılları arasında ülkemizde sadece enerji sektöründe emisyon kontrolü senaryolarının fayda/maliyet analizlerinin çalışılması, sera gazı emisyonunun kontrolüne yönelik Teknoloji İhtiyaç Analizinin yapılması gibi teorik çalışmalar planlanmış, 2012-2015 arasında enerji verimliliğini arttırmaya ve sera gazı emisyonlarını azaltmaya yönelik ekonomik araçların belirlenmesi ve pilot bazda uygulanması öngörülmüştür. Rakamsal hedef olarak ise Ulusal İklim Değişikliği Stratejisine göre örneğin enerji sektöründe karbondioksit emisyonlarını 2020 referans senaryo düzeyinden -%7 azaltma hedefi veya "2023 yılına kadar yeni yerleşmelerde yerleşme ölçeğinde sera gazı emisyonunun (pilot olarak seçilen ve sera gazı emisyon miktarı 2015 yılına kadar belirlenen) mevcut yerleşmelere göre en az % 10 azaltılması" gibi hedefler yeni belirlenmiştir ve halen birçok hedefte somut bir sayısal hedef bulunmamaktadır; "yasal düzenlemelerin yapılması" veya "Sanayi sektöründe enerji kullanımından (elektrik enerjisi payı dâhil) kaynaklanan sera gazı emisyonlarının sınırlandırılması" gibi muğlak hedefler ifade edilmektedir.

8.7. Fosil yakıtlara bağlı emisyonlar, atıklar, karbondioksit ve diğer sera gazları

Kükürt dioksit ve azot oksitleri, diğer fosil yakıtların yüksek sıcaklıkta yakılmasına bağlı yan ürün gazlardır. Kimyasal olarak aktiftirler ve atmosferdeki diğer gazlarla birleşerek partiküler

maddeyi oluştururlar. Hem gaz, hem partikül formundayken insanlarda solunum yollarında sorunlara ve toprak, su, bitki ve hayvan yaşamına olumsuz etkilerde bulunurlar. Her ikisi de asit yağmurlarının oluşumunda rol alırlar. Azot oksitleri ayrıca solunum sıkıntısına yol açan yer seviyesi ozon kirliliğinin başlıca bileşenidir.

EPA'ya göre ABD'de salınan tüm kükürt dioksitin %65'i termik santrallerden kaynaklanmaktadır. İnsan yapımı evsel azot oksit emisyonlarının %22'si termik santrallere bağlıdır. ABD'de 2005 yılında termik santral emisyonları 10,3 milyon m^3 kükürt dioksit ve 4 milyon m^3 azot oksitleri içermiştir.

ABD'de kömürle çalışan termik santrallerin ürettikleri bir mega Watt saat başına yaydıkları kükürt dioksit, doğal gazla çalışanlardan 100 kat, azot dioksit de yarım kat daha fazladır. Ayrıca aynı miktarda elektriği üretirken yaydıkları karbondioksit miktarı, doğal gaz santrallerinden iki kat fazladır. Havadaki emisyonların yanı sıra kömürle çalışan termik santraller metal oksitleri ve alkali maddeler içeren uçucu küller gibi kömür yanma atıkları üretirler. Bu atıkların biriktirilmesi yer altı sularının kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir []. Sulara karışan kömür uçucu küllerinin mutajen ve genotoksik olduğu, bitki örtüsüne ve maruz kalan toplumların sağlığına olumsuz etkilerinin olabileceği gösterilmiştir. Doğal gazla çalışan santraller ise atık kül oluşturmaz.

Partiküler madde terimi, çeşitli şekil ve boyuttaki, sıvı ve katı formdaki yüzlerce kimyasalı kapsar. Doğrudan akciğerlere girebildikleri için sağlık açısından özellikle 10 µm çaptan daha küçük olanlar önemlidir. İnce partiküler madde, çapı 2,5 µm veya daha küçük olanları tanımlar ve genelde termik santrallerden doğrudan salınmayıp atmosferde kükürt dioksit, azot oksitleri ve diğer kimyasalların tepkimeye girmeleri sonucu oluşur.

Bir termik santralden salınan emisyonların atmosferdeki yayılımını bacanın yüksekliği ve hava koşulları belirler. Hava koşulları olarak rüzgar yönü ve hızı en belirleyici olmakla beraber sıcaklık ve yağmur da etkilidir. Farklı fosil yakıt türleriyle çalışan tipik termik santrallerden yayılan emisyonlar Tablo 10'te karşılaştırılmaktadır.

Tablo 10. Gücü 2000 MW olan tipik bir fosil yakıtla çalışan santralden yayılan emisyonlar (ton/yıl)

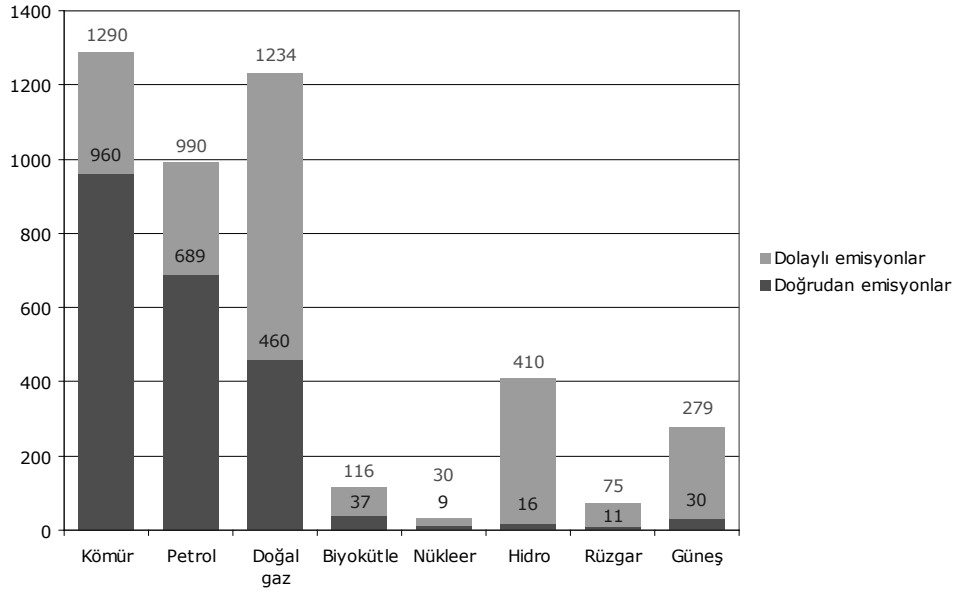
Kirleticiler	**Kömür**	**Petrol**	**Doğal gaz**
Karbon dioksit	11.000.000	9.000.000	6.000.000
Asılı tanecik	7.000	3.000	İhmal edilebilir
Kükürt dioksit	150.000	170.000	İhmal edilebilir
Azot oksitler	45.000	32.000	10.000
Karbon monoksit	2.500	3.600	270
Hidrokarbonlar	750	260	180
Hidroklorik asit	5.000-20.000	İhmal edilebilir	İhmal edilebilir
Katı atık ve kül	840.000	İhmal edilebilir	İhmal edilebilir
İyonizan radyasyon (Bekerel)	10^{11}	10^{9}	10^{12}
Eser elementler	Yakıt kaynağına bağlı olarak değişebilir: - Arsenik, Cıva, Krom, Bakır, Vanadyum, Nikel, Kurşun, Çinko, Selenyum, Kadmiyum, Antimon		

Cıva, termik santrallerden salınıp suya karışır ve burada mikroorganizmalar tarafından metil cıvaya dönüştürülür. Metil cıva, balıklarda, kabuklularda ve balık yiyen hayvanlarda birikir.

İnsanlar bu gıdaları yiyerek metil cıvaya maruz kalırlar. Cıvaya maruz kalmanın sağlık etkileri, kişinin yaşı ve sağlığının yanı sıra vücuda giriş yoluna, miktarına ve maruz kalınan süreye bağlıdır. Geçen yüzyılda termik santralle ve diğer sanayiye bağlı emisyonlar, çevredeki cıva düzeyini arttırmıştır ve cıva daha az zararlı kimyasal maddelere dönüşemediği için sonsuza dek zararlı kalmaktadır .

ABD'de evsel cıva emisyonlarının yaklaşık %40'ı kömürle çalışan termik santrallere bağlıdır. EPA'ya göre elektrik üretmek için her yıl 50 ton cıva salınmaktadır. EPA'nın tahminlerine göre bunun yaklaşık dörtte biri, yani 12,5 ton cıva, ülkelerinde birikmekte, kalanı ülke sınırlarının dışına dağılmaktadır. Benzer şekilde, ABD'de biriken cıvanın yarıdan fazlasının diğer ülkelerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Farklı elektrik üretim şekillerinin karbondioksit emisyonlarına çok farklı düzeylerde katkısı olmaktadır (Şekil 11).



Şekil 11. Birincil enerji kaynağına göre CO_2 emisyonları

8.8. Fosil yakıtlardan elektrik üretiminin sağlık etkileri ve Türkiye için bir tahmin

Elektrik sağlanmasının topluma ve toplumun sağlığına büyük yararı vardır. Özellikle 1900'lerden sonra modern enerji formlarının varlığı, beklenen ömrün 80'li yaşlara uzamasına önemli katkıda bulunmuştur. Odun ve mum gibi geleneksel yakıtların ve hayvan gücünün yerini önce buhar gücüne, ardından elektrik ve gaza bırakması yangın riskini azaltmış, evlerde iç ortam hava kirliliğini azaltmış, evlerin kışın daha sıcak olmasını sağlamış ve hayvansal atıklara bağlı sağlık risklerini azaltmıştır. Dolayısıyla elektrik üretimi yaşam kalitesini birçok yönden arttırmış ve gelişmekte olan ülkelerde arttırmaya devam etmektedir.

Elektriğin insan yaşamına olumlu etkilerine dair bir kuşku bulunmamaktadır, ancak bir yandan da yeni sorunlar ortaya çıkmıştır. Talep edilen elektriği üretmek için büyük miktarda

fosil yakıtın yakılması, sağlığa zararlı emisyonlar yaymakta, bir yandan da küresel iklim değişikliğine yol açmaktadır.

Dış ortam hava kirliliğinin sağlığa etkileri ele alındığında, doğrudan elektrik üretimine özgü etkilerle ilgili sonuçlara varmak güçtür çünkü hava kirliliği birçok farklı kaynaktan yayılan emisyonlara bağlıdır: motorlu taşıtlar, ağır sanayi ve termik santraller en önemlileridir. Hava durumu ve diğer bazı çevresel etkenler, kirleticilerin eşit dağılmamasına yol açmaktadır ve farklı maruz kalım yolları farklı sağlık etkilerine yol açabilmektedir. Ek olarak kalıtım ve sigara kullanımı gibi bazı karıştırıcı etmenler nedeniyle spesifik sağlık etkilerini ayırt etmek güçleşebilmektedir. Üstelik ülkelerin emisyon standartları farklı olduğu için maruz kalınan düzeyler de farklı olabilmektedir. Spesifik kirleticilerin kaynağını ayırt etmek güç olabildiği için, salt termik santral emisyonlarının sağlığa etkisini inceleyen yayınların sayısı da azdır. Bu yayınlar arasında Avrupa'da fosil yakıtın türüne göre elektrik üretiminin sağlığa etkilerini Avrupa Komisyonu'nun ExternE (Externalities of Energy) yaklaşımıyla inceleyen bir çalışma özellikle önemlidir ve Tablo 11'de sonuçları sunulmaktadır.

Tablo 11. Fosil yakıtın türüne göre Avrupa'da elektrik üretiminin sağlık etkileri (Her bir TWh başına ölüm/olgu sayısı ortalamaları ve %95 güven aralıkları. 1 TWh=10^{12} Watt saat)

Enerji kaynağı	Kazalardan ölümler		Hava kirliliğine bağlı etkiler		
	Toplumda	İş kazaları	Ölümler*	Ağır hastalık**	Hafif hastalık***
Kömür	0.02 (0.005-0.08)	0.10 (0.025-0.4)	24.5 (6.1-98.0)	225 (56.2-899)	13 288 (3322-53 150)
Linyit	0.02 (0.005-0.08)	0.10 (0.025-0.4)	32.6 (8.2-130)	298 (74.6-1193)	17 676 (4419-70 704)
Doğal gaz	0.02 (0.005-0.08)	0.001 (0.0003-0.004)	2.8 (0.70-11.2)	30 (7.48-120)	703 (176-2813)
Petrol	0.03 (0.008-0.12)	..	18.4 (4.6-73.6)	161 (40.4-645.6)	9551 (2388-38 204)

*Akut ve kronik etkileri kapsar. Kronik etkilenmeye bağlı ölümler, toplamın %88-99'ı arasındadır.

**Solunum yolları ve serebrovasküler nedenlerle olan hastane başvurularını, konjestif kalp yetmezliği ve kronik bronşiti kapsar.

***Günlük aktivitenin kısıtlandığı günleri, bronkodilatör kullanan olguları, astım hastalarında öksürük ve alt solunum yolu semptomlu günleri ve kronik öksürük epizotlarını içerir.

Bu çalışmanın sonuçlarını Türkiye'ye uyarlamadan önce çalışmanın bazı özelliklerine değinmek gerekmektedir. Elektrik üretiminin insan sağlığına etkisini rakamlarla ortaya koyan bu çalışmada kirletici olarak partiküler madde düzeyleri ($PM_{2.5}$, PM_{10}), kükürt dioksit, azot oksitler, ozon, benzen benzo(a)piren, 1,3-butadien, dizel partikülleri ele alınmış, bunların mortalite ve morbidite üzerine etkileri hesaplanmıştır. Mortalite olarak beklenen ömürde kısalma, kanserler ve malzemelerin taşınması sırasında ve işyerinde fatalite riski incelenmiş, morbidite olarak ise solunumsal, dolaşımsal ve serebrovasküler morbidite, kanserler, trafik ve iş kazalarından yaralanma riski verileri kullanılmıştır.

Kömür madencilerinin %12'si, ölümcül olma potansiyeli bulunan pnömokonyoz, progresif masif fibroz, amfizem, kronik bronşit ve ilerleyici akciğer işlev kaybı hastalıklardan birine yakalanmaktadır [15]. Kömüre dayalı elektrik üretimi aşamasında ise etkiler temelde birincil küçük partiküllerin emisyonuna (2.5 µm'den küçük veya $PM_{2.5}$) ve ikincil küçük partiküllerin oluşumuna (10 µm'den küçük veya PM_{10}) bağlıdır. Bu bağlamda kükürt dioksit ve azot oksitler, atmosferdeki gazlarla kimyasal oksidasyona yol açarak ikincil partiküllerin oluşumuna yol açtıkları için önem kazanmaktadırlar. Kükürt dioksit ve azot oksitlerin sağlığa doğrudan etkileri çok daha az belirgindir ve çalışmadaki tahminlere dahil edilmemiştir.

Doğal gazın sağlığa etkileri, kömürün etkilerinden 10 kat daha azdır çünkü birincil ve ikincil partiküllere bağlı etkiler çok daha azdır. Bir diğer önemli nokta, Avrupa'da kullanılan ve bu çalışmada değerlendirmeye alınan teknolojilerin çok üstün ve verimli olduğu, dolayısıyla üretilen enerji birimi başına oluşan emisyon miktarlarının çok düşük olduğudur.

Petrolün sağlığa getirdiği yük, doğal gazdan fazladır ancak kömür ve linyite göre belirgin düzeyde azdır. Bu yakıt kaynağına bağlı kazalar doğal gazla ilişkili olanlardan %50 oranında daha fazladır ancak kömür ve linyitle ilişkili olanların %20'si kadardır.

Yine Tablo 5'te sunulan sağlık etkisi hesaplamalarına, küresel ısınmanın etkileri dahil değildir. Farklı elektrik üretim şekillerinin karbondioksit emisyonlarına çok farklı düzeylerde katkısı olmaktadır (Şekil 10). Bu katkılar, yazın hava sıcaklığında artış, kışın havanın daha ılık geçmesi, seller, vektörle bulaşan hastalıklar vb. etkenler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bir DSÖ çalışmasına göre 1990'lardaki sera gazı artışı, 2000 yılında fazladan 150 bin ölüme yol açmıştır. Bu ölümlerin çoğu, OECD üyesi olmayan, iklim değişikliğine bağlı olarak malnütrisyon, diyare, sıtma, sel ve kardiyovasküler hastalık risklerinin arttığı ülkelerde gerçekleşmiştir. Elektrik üretiminin Tablo 5'de miktarları belirtilen doğrudan sağlık etkilerinin, belirtilen teknolojinin sera gazı emisyonlarına tahmini katkısı (kWh üretim başına eşdeğer karbondioksit emisyonları) ile çok yakından ilişkilidir. Buna göre sağlığa en fazla etkisi olan üretim şekilleri, aynı zamanda iklim değişikliğinde en fazla rolü olanlardır.

Fosil yakıtın türüne göre Avrupa'da elektrik üretiminin sağlık etkilerine dair Tablo 5'te sunulan veriler, Tablo 7'de sunulan Türkiye'de farklı enerji kaynaklarından yıllık elektrik üretim düzeylerine uyarlandığında, aşağıda Tablo 12'de sunulan yıllık olgu sayısı tahminleri ortaya çıkmaktadır. Yerli kömürün büyük çoğunluğunu linyit oluşturduğu için hesaplamalarda yerli kömür linyit olarak kabul edilmiş, ithal kömür de taş kömürü kabul edilerek hesaplanmıştır.

Tablo 12. Türkiye'de elektrik üretiminin kazalar ve hava kirliliği nedeniyle yol açtığı yıllık tahmini ölüm sayıları ve tahmini ağır ve hafif hastalık olgu sayıları

	Kazalardan ölümler		Hava kirliliğine bağlı etkilenim		
Enerji kaynağı	**Toplumda**	**İş kazaları**	**Ölümler**	**Ağır hastalık**	**Hafif hastalık**
Taş kömürü	0,3 (0,1-1)	1,3 (0,3-5,1)	314 (78-1254)	2880 (719-11.507)	170.086 (42.522-680.320)
Linyit	0,8 (0,2-3,4)	4,2 (1,1-16,9)	1376 (346-5486)	12.576 (3148-50.345)	745.927 (186.482-2.983.709)
Doğal gaz	1,9 (0,5-7,6)	0,1 (0-0,4)	264 (66-1057)	2832 (706-11.328)	66.363 (3814-60.945)
Petrol	0,2 (0,1-0,8)	…	121 (30-486)	1063 (267-4261)	63.037 (15.761-252146)
Fosil yakıtlar toplamı	3 (1-13)	6 (1,4-22,0)	2075 (521-8283)	19.350 (4840-77.441)	1.045.413 (248.578-3.977.120)
Kömür toplam	1 (0,3-4,4)	6 (1,4-22,0)	1689 (424-6740)	15.456 (3867-61.852)	916.014 (229.004-3.664.029)
Kömüre bağlı %	34,5	98,3	81,4	79,9	87,6

Diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde kullanılan teknolojilerin daha geri ve denetimlerin daha yetersiz olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Avrupa'daki koşullara göre öngörülmüş yıllık ortalama 3 kaza ölümü, 6 iş kazası ölümü ve hava kirliliğine bağlı 2100 ölüm ile 19.000 ağır hastalık ve 1 milyon hafif hastalık olgu sayılarının çok daha üzerinde olacağı düşünülebilir. Dolayısıyla güven aralıklarına göre etkilenim düzeyi 13 kaza ölümü, 22 iş kazası ölümü, hava kirliliğine bağlı 8300 ölüm ile 77.000 ağır hastalık ve 4 milyon hafif hastalık olguna kadar çıkabilecektir. Yine bu tahminlere göre Türkiye'de kömür, fosil yakıtlara bağlı ölümlerin %81, ağır hastalıkların %80, hafif hastalıkların da %88'inden sorumludur.

8.9. Gelişmiş ülkelerde fosil yakıtlardan elektrik üretiminin sağlık üzerine etkisini inceleyen araştırmalar

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) termik santraller özellikle civa, kükürt dioksit, azot oksitler ve partiküler madde olmak üzere önemli kirletici kaynaklarıdır. Bu kirleticilerin solunum, dolaşım, üreme ve merkezi sinir sistemine olumsuz etkileri vardır. Kirleticilerle sağlık arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin kimi araştırmalar, olumsuz etkilerin incelenen toplumun belli bir alt grubunda ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca, maruz kalınan maddenin olumsuz sağlık etkileri genelde belli bir süre geçtikten sonra –saatler, günler veya yıllar- ortaya çıkmaktadır.

Partiküler maddeye sadece akut maruz kalım göz önünde bulundurulduğunda, AB ve ABD'deki güncel $PM_{2.5}$ konsantrasyonu olan 20μg/m^{-3}'ün beklenen ömrü yaklaşık 8 ay kısalttığı öngörülmektedir.

ABD'nin Massachusetts eyaletinde yapılan bir çalışmaya göre kömürle çalışan iki eski termik santralde "var olan en yeni teknolojilerin" uygulanması halinde yılda 124 **erken ölüm**ün, acil servise yapılan 1300 başvurunun, 34.000 astım atağının ve 230.000 solunum yolu semptom başlangıcının önleneceği saptanmıştır [18]. Benzer şekilde, başka bir eyalette yeni yapılması planlanan fosil yakıtlı 29 termik santralin olası sağlık etkilerinin EPA'nın hava kalitesi modeliyle tahmin edildiği bir çalışmada, çalışan termik santrallere bağlı olarak altı yılda fazladan 104 ölümün gerçekleşeceği belirlenmiştir.

İtalya'da 10 ayrı kentte yürütülen bir araştırma, havadaki nitrik oksit düzeyinde her 10 μg/m^3'lük artışın hem tüm nedenlere bağlı ölümleri, hem de solunumsal ve kardiyak mortaliteyi anlamlı düzeyde arttırdığı ve bu etkilerin havadaki PM_{10} ve ozonun etkilerinden bağımsız olduğunu ortaya koymuştur.

Çeşitli araştırmalar, termik santrallerden yayılan kirleticilere maruz kalınmasının **solunum sisteminde gelişimsel sorunlar**a, varolan akciğer sorunlarının ağırlaşmasına ve solunumsal hastalıklara bağlı erken ölümlere yol açtığını ortaya koymuştur. ABD'de 4.sınıf öğrencisi 1800 kadar çocuğun 8 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada yüksek düzeyde hava kirliliğine (azot dioksit, asit buharı, ince partiküler madde ve elementel karbon) maruz kalmanın FEV_1 ile ölçülen akciğer gelişme geriliğine neden olduğunu saptamışlardır. Yazarlar bölgedeki en önemli kirleticilerin motorlu taşıtlar olduğunu belirtse de, aynı kirleticiler, santral emisyonlarının da bileşenidir.

Çok farklı iklim özelliklerine sahip altı Avrupa kentinde yürütülen bir çalışmada havadaki kirletici miktarları arttıkça **kronik obstrüktif akciğer hastaları**nın günlük hastane başvurularının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.

Termik santrallerden yayılan emisyonlar, **kardiyovasküler sistem**i de olumsuz etkilemektedir. Bu etkiler, kirleticilerin konsantrasyonlarında artışın hemen ardından maksimum düzeye çıkmakta ve kalp ritim bozuklukları, kardiyak arrest, kalp yetmezliği ve inme şeklinde kendini göstermektedir. Yaşı 65 ve üzerinde olan yaklaşık 50.000 Medicare yararlanıcısının 13 yıl boyunca izlendiği bir araştırmada, kükürt ve azot dioksit konsantrasyonlarında yaşanan günlük dalgalanmaların aynı gün hastanelere yapılan kalp yetmezliği nedenli yatışlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Havadaki kirletici düzeylerinin, özellikle iskemik inme olmak üzere felç geçirme riskinde de anlamlı artışa yol açtığı saptanmıştır. Yine ABD'de yürütülen başka bir çalışmada, kalp krizi geçirme riskinin, hastane başvuru anından önceki iki saat içinde ince partiküler maddeye maruz kalınmasıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada, günlük ortalama partiküler madde düzeyinin yüksekliğini takibeden 24 saat içinde miyokard enfarktüsü riskinde artış olduğu gösterilmiştir.

Dış ortam hava kirliliğine uzun süre maruz kalmanın da kardiyovasküler sisteme olumsuz etkileri bulunmaktadır. ABD'de dört merkezde yürütülen toplum tabanlı bir izlem araştırmasında dış ortam hava kirliliğinin kalp hızındaki değişkenliğin azalmasına yol açarak kalbin otonom kontrolü üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Farklı nedenlere özel ölüm hızları incelendiğinde, partiküler maddeye uzun süre maruz kalmanın en çok iskemik kalp hastalıklarına, disritmilere, kalp yetmezliği ve kardiyak arreste bağlı ölüm risklerinde artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Partiküler madde konsantrasyonunun her 10 μgm^3 artmasıyla bu kardiyovasküler mortalite risklerinde %8-18 artış olduğu hesaplanmıştır.

Elektrik santrallerinden yayılan kirleticiler, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum ve umblikal kanda yüksek cıva düzeyleri gibi çeşitli **gebelik komplikasyonları**yla da ilişkilidir. Kanada'nın bir eyaletinde 1985-1998 arasında gerçekleşen yaklaşık 230.000 canlı doğumu inceleyen bir araştırmada kükürt dioksit ve azot dioksit düzeylerinde görece çok düşük miktarda olan artışların dahi düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve intrauterin gelişme geriliğiyle bağlantısının olduğu gösterilmiştir.

İnmenin dışında, termik santrallere bağlı önemli bir **nörolojik etkilenme** bulunmaktadır: **Metil cıva**ya bağlı sağlık sorunları. Metil cıvanın beyinde oluşturduğu patolojik değişiklikler, maruz kalan kişinin yaşına göre farklılıklar göstermektedir: Örneğin metil cıvaya maruz kalınan erişkinlerde oluşan nörolojik hasar beynin görsel korteksine lokalize iken anne karnında veya küçük yaşlarda maruz kalınması, merkezi sisteminin tamamında hasara yol açmaktadır.

CDC'nin anne kanında cıva prevalansı verilerini kullanan araştırmacılar, ABD'de her yıl 316.588-637.233 bebeğin (yıllık doğum kohortunun %7,8-15,7'si) anne karnındayken kordon kanında 5,8 µg/L'den daha yüksek düzeyde metil cıvaya maruz kaldığını belirlemiştir. Bu düzeyde maruz kalınan metil cıvanın nörolojik gelişimi bozduğu ve IQ düzeyinde küçük ama anlamlı bir düşmeye yol açtığı saptanmıştır. Daha iyimser bir öngörü olan alt sınır, kordon kanındaki cıva düzeyinin anne kanındakiyle aynı olduğu varsayımına dayanmaktadır. Oysa araştırmalar, kordon kanındaki düzeyin anne kanındakinden %70 oranında daha fazla olabileceğini göstermiştir. Bu durumda, üst sınır olarak verilen değer, daha gerçekçi bir öngörü olacaktır. Aynı araştırmacılar, etkilenenlerin daha düşük olacak olan ekonomik üretkenliğinin topluma yılda 8,7 milyar dolara mal olacağını ve bunun 1,3 milyar dolarının ABD'de bulunan termik santrallere atfedilebileceğini hesaplamışlardır.

Anne karnındayken yüksek düzeyde metil cıvaya maruz kalan çocukların 14 yaşına geldiklerinde reaksiyon zamanlarında, ipucuyla adlandırma ve parmak vurma hızı gibi çeşitli nörolojik testlerde önemli düzeyde bozulmalar saptanmıştır. Bunun ardından yapılan bir araştırmada, kömürle çalışan termik santrallerin ABD'de her yıl 231 yeni mental retardasyon olgusundan sorumlu olduğu sonucuna varmışlardır.

8.10. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık etkileri

Gelişmekte olan ülkeler, sorundan daha fazla etkilenmektedir. Bunun bir nedeni, emisyonlarla ilgili yasal düzenlemelerin yetersiz oluşu iken, diğer bir nedeni varolan yasal sınırlamalara uyulması için yeterince yaptırım uygulanmamasıdır. Örneğin 2003 yılında Hindistan'da yerleşim yerlerinde bulunan 91 izleme istasyonunun 77'sinde partiküler madde düzeyleri yasal sınırların üzerine çıkmıştır. Avrupa'da kömürün yerini artık daha temiz yakıtlar almışken ve ileri emisyon kontrol stratejileri kullanılırken, son on yılda hızlı ekonomik büyüme gösteren Asya'nın birçok ülkesinde kükürt içeriği yüksek kömürlerin kullanımı nedeniyle hava kirliliğinin çok arttığı ve günlük ölüm sayılarında anlamlı artışa yol açtığı, KOAH hastalarının durumunun ağırlaştığı, astım prevalansının da arttığı saptanmıştır.

Çin'de yapılan araştırmalar, kömürle çalışan termik santrallerin sağlık üzerine olumsuz etkilerini açığa çıkarmıştır. Shandong ilinde bulunan bu tür santraller üzerine yapılan bir araştırma, Çin'in çevre standartlarına uyan sıradan bir termik santralin TWh başına 77 ölüme yol açtığını öngörmüştür. Bu değer, Avrupa'dakilere göre oldukça yüksektir ve hem Avrupa'da nüfusun daha az yoğun olduğuna, hem de daha temiz teknoloji kullanıldığına işaret etmektedir. Morbiditeye etkisinin ise TWh başına 975 ağır hastalık olgusu (solunumsal ve serebrovasküler hastane başvuruları, konjestif kalp yetmezliği ve kronik bronşit olguları) ile Avrupa'nın TWh başına 225 olgu sayısının çok üzerindedir.

Gelişmekte olan ülkeler, sorundan daha fazla etkilendikleri halde sağlık etkileri üzerine yapılan çalışmalar bu ülkelerde daha sınırlıdır.

Tayvan'da 1993-1996 yılları arasında ülkenin elektrik gücünün çoğunu sağlayan sekiz termik santralin yakınında preterm doğum prevalansını inceleyen bir çalışmada anne yaşı, eğitim, medeni durum ve bebeğin cinsiyeti gibi çeşitli karıştırıcı etmenlere göre düzeltme yapılmasının ardından termik santrale 3 km'den daha yakın mesafede oturan kadınların preterm bebek sahibi olma olasılıklarının 3-4 km ötede yaşayan kadınlardan anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Kore'de yapılan bir çalışma, preterm doğum olasılığının, ilk trimesterde maruz kalınan kükürt dioksit düzeyiyle doz-yanıt ilişkisi gösterdiğini ortaya koymuştur.

Hırvatistan'da %9-11 oranında yüksek kükürt içeren kömür kullanan bir termik santralin yakınında yaşayan kadınların gebeliğin ilk iki ayında maruz kaldıkları kükürt dioksit düzeyi arttıkça gestasyon süresinin kısaldığını ve yenidoğanın beden ağırlığının azaldığını saptamışlardır.

Çin'de 576.000 kişinin yaşadığı ve büyük demir çelik sanayi tesislerinin ve termik santrallerin kurulu olduğu, kömürün hem sanayi hem haneler için en önemli enerji kaynağı olduğu, kükürt içeriği yüksek kömürü (%4-12) olan bir bölgede, kükürt dioksit konsantrasyonunun normal düzeyinden 100 $\mu g/m^3$ yükseldikten iki gün sonra kardiyovasküler ve solunumsal nedenlere bağlı ölüm riskinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.

Termik santral emisyonları, santralden çok uzak mesafelerde yaşayanların sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin Çin'de 29 termik santralden yayılan emisyonların modellendiği bir çalışmada santralden 500 km ötede yaşayanların önemli düzeyde kükürt dioksit, azot oksitleri ve ince partiküler maddeye maruz kaldıkları belirlenmiştir.

8.11. Türkiye'de yapılan çalışmalar

8.11.1. Termik santrale bağlı hava kirliliğini inceleyen araştırmalar

Fosil yakıtlara bağlı hava kirliliğini doğrudan veya dolaylı olarak inceleyen araştırmalar, sağlığa etkilerini inceleyen çalışmalara göre daha fazladır.

Örneğin Yatağan termik santrali çevresindeki toprakların toplam ağır metal kapsamları incelendiğinde genelde santralin güney, güney batısı ve kuzeybatısındaki topraklarda ağır metal içeriğinin yüksek bulunduğu ve bu değerlerin santrale olan uzaklığa değil hâkim rüzgâr yönlerine bağlı olduğu belirlenmiştir. Termik santral çevresindeki tarımsal üretimde yer alan bitkiler incelendiğinde;

- Havuç ve susam örneklerinde Pb değerleri meyve ve sebzelerde izin verilebilir en yüksek değer olan 0.5 mg/kg'ın üzerinde olduğu,
- Havuçta yine Cu için verilen sınır değerin (5 mgkg-1) üzerinde, 6.30 mg/kg, susamda 9 mg/kg belirlenmiştir,

- Cd'un sebzeler için sınır değeri 0.10 mg/kg olmakla beraber bu değerin havuçta 4.80 mg/kg olduğu,
- Yine havuçta bulunan Zn (21.9 mgkg-1) sınır değer olan 15 mg/kg'ın üzerinde olduğu,

Dolayısıyla sebzelerde tüketilmesine izin verilen değerlerin üzerinde değerler saptanmıştır. Aynı çalışmada biyolojik izleme bitkisi olarak değerlendirilen karayosununun ağır metal ve kükürt içeriğinin son derece yüksek olduğu görülmüştür. Ayni bölgede yürütülen ve hâkim rüzgâr ve topografya verilerini coğrafi bilgi sistemi kullanarak analiz eden bir başka araştırmada likenlerde ölçülen ağır metal ve kirletici düzeylerinin Yatağan termik santralinden kaynaklandığı net biçimde ortaya konmuştur.

8.11.2. Sağlığa etkilerini inceleyen araştırmalar

Diğer gelişmekte olan ülkelere benzer biçimde, ülkemizde fosil yakıtların sağlığa etkilerini inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Kütahya'da kömürle çalışan Seyitömer termik santraline 5 km'ye kadar olan mesafede bulunan üç köyden 15 yaş üzeri 277 kişinin, santrale 30 km'den daha uzak mesafede bulunan ve iklim, kültür, yaşam tarzı özellikleri açısından benzer olan iki köydeki 225 kişiyle karşılaştırılmıştır. Araştırma kapsamında solunum sistemi yakınmaları ve spirometre ile akciğer işlevi ölçülmüştür. Santral yakınındaki köylerde göğüs sıkışması yakınması %46,2 ve bir yıldan uzun süren tekrarlayan öksürük atakları %29,2 oranında görülürken, aynı oranlar kontrol köylerinde %28,0 ve %20,4 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sigara içmeyen kişilerde spirometrik ölçüm ortalamaları karşılaştırıldığında yakın köylerde FEV_1 gibi akciğer işlevini gösteren ölçüm sonuçları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

Yatağan'da yapılan bir araştırmada 6 ay-6 yaş arası çocukların adeta tümünde (%95,7) asemptomatik kurşun zehirlenmesi saptanmıştır. Çocuklar kronik kurşun zehirlenmesine erişkinlerden daha duyarlı oldukları ve çok daha düşük kan düzeylerinde zekâ gelişimi ve fizyolojik açılardan zarar gördükleri için dikkate alınması gereken bir etkilenimdir.

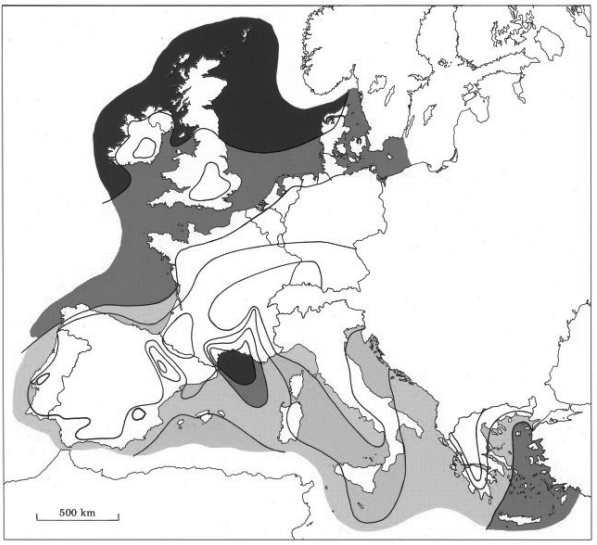
8.12. Sonuç ve öneriler

Fosil yakıtlar, farklı enerji kaynakları arasında, rutin işleyişi esnasında sağlığa en zararlı olan kaynaklardır. Fosil yakıtlar birbiriyle kıyaslandığında ise doğal gazın sağlığa zararının yine önemli düzeyde olmakla beraber kömür ve petrolün zararlarından çok daha az olduğu görülmektedir.

Fosil yakıtla çalışan termik santrallerden çevreye birçok zararlı kirletici yayılmakta, bunlar sadece hava yoluyla değil, gıdalarla da insan vücuduna geçerek olumsuz etkilerini göstermektedir. Solunumsal ve kardiyovasküler hastalıklar ve bunlara bağlı erken ölümler, gebelik komplikasyonları ve mental retardasyon, termik santrallerin yol açtığı ve termik santralin sadece yakınında değil, çok uzağında da ortaya çıkabilen önemli sağlık sorunlarıdır.

Türkiye'de fosil yakıtların sağlığa etkisini inceleyen çalışma sayısı azdır. Bu konuda yeni çalışmaların yapılması, bu konuyu inceleyecek olan bilim adamlarına destek sağlanması gerekmektedir.

Ülkede yeni enerji santrallerine yatırım yapılması gerçekten gerekliyse, ülkemizin aşağıdaki şekillerde görülen daha güncel, doğaya ve halk sağlığına daha az zararlı olan rüzgâr, güneş ve jeotermal enerji kaynaklarına öncelik verilmelidir. Artık tercih edilmeyen, zararları kanıtlanmış olan fosil yakıtlar gibi enerji kaynaklarına yönelmemek gerekmektedir.



Wind resources over open sea (more than 10 km offshore) for five standard heights

	10 m		25 m		50 m		100 m		200 m	
	$m\,s^{-1}$	Wm^{-2}	$m\,s^{-1}$	Wm^{-2}	$m\,s^{-1}$	Wm^{-2}	$m\,s^{-1}$	Wm^{-2}	$m\,s^{-1}$	Wm^{-2}
	> 8.0	> 600	> 8.5	> 700	> 9.0	> 800	> 10.0	> 1100	> 11.0	> 1500
	7.0-8.0	350-600	7.5-8.5	450-700	8.0-9.0	600-800	8.5-10.0	650-1100	9.5-11.0	900-1500
	6.0-7.0	250-300	6.5-7.5	300-450	7.0-8.0	400-600	7.5- 8.5	450- 650	8.0- 9.5	600- 900
	4.5-6.0	100-250	5.0-6.5	150-300	5.5-7.0	200-400	6.0- 7.5	250- 450	6.5- 8.0	300- 600
	< 4.5	< 100	< 5.0	< 150	< 5.5	< 200	< 6.0	< 250	< 6.5	< 300

Kaynaklar

1. Türkiye Çevre Durum Raporu; Çevre ve Orman Bakanlığı, Çevresel Etki Değerlendirmesi ve Planlama Genel Müdürlüğü, Çevre Envanteri Dairesi Başkanlığı. Ankara, 2007.
2. Çevre ve Enerji İstatistikleri, Türkiye İstatistik Kurumu; http://www.tuik.gov.tr/AltKategori.do?ust_id=3
3. Nüfus, Demografi, Konut, Toplumsal Yapı İstatistikleri, Türkiye İstatistik Kurumu; http://www.tuik.gov.tr/AltKategori.do?ust_id=11
4. Türkiye Çevre Atlası 2003. Çevre ve Orman Bakanlığı, Ankara 2004.
5. TTB Dilovası Raporu; TTB Yayınları, Ankara; 2011.
6. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı 1993-2011 ÇED İstatistikleri. http://www.csb.gov.tr/gm/ced/index.php?Sayfa=sayfaicerik&icId=448
7. Çevresel göstergeler 2010. http://www.csb.gov.tr/turkce/dosya/ced/gostergeler_tr.pdf
8. İl Durum Raporu. http://www.sanayi.gov.tr/DocumentList.aspx?catID=188&lng=tr
9. Hamzaoglu, O., Etiler, N., Yavuz, C.I., Caglayan, C., "The causes of deaths in an industry-densed area: Example of Dilovasi (Kocaeli)". Turkish Journal of Medical Sciences, 41(3): 369-375, 2011.
10. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Editör, Prof. Dr. Murat Tuncer, Onur Matbaacılık Ltd, Sağlık Bakanlığı Yayın no. 707, 233-241, Ankara, 2007.
11. Dalı, K.E.A. *Fosil yakıtlar nelerdir*. [cited 17.10.2011]; Available from: http://www.energy.itu.edu.tr/ce/sss2.htm#2
12. IEA, *Enerji İstatistikleri El Kitabı*. 2010.
13. EMO. *Gündem: DÜNYA ENERJİ POLİTİKALARI ve TÜRKİYE'NİN KONUMU*. 2006 [cited 01.12.2011]; Available from: http://www.emo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=47908&tipi=1&sube=2.

14. IEA, *Key World Energy Statistics*. 2011.

15. IEA, *Energy Policies of IEA Countries - Turkey 2009 Review*. 2010.

16. TEİAŞ. *TÜRKİYE ELEKTRİK ÜRETİM - İLETİM İSTATİSTİKLERİ*. [cited 16.11.2011]; Available from: http://www.teias.gov.tr/istatistik2009/index.htm.

17. EPDK, *EPDK Elektrik Piyasası Raporu 2010*. 2011, EPDK: Ankara.

18. TEİAŞ, *Türkiye Elektrik Enerjisi 10 Yıllık Üretim Kapasite Projeksiyonu (2011 – 2020)*. 2011, TEİAŞ APK Dairesi Başkanlığı: Ankara.

19. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, *T.C. İklim Değişikliği Ulusal Eylem Planı 2011-2020*. 2011: Ankara.

20. DPT, *Ulusal İklim Değişikliği Strateji Belgesi (2010-2020)*. 2010: Ankara.

21. O'Connor, A.B. and C. Roy, *Electric power plant emissions and public health.* American Journal of Nursing, 2008. **108**(2): p. 62-71.

22. Chakraborty, R. and A. Mukherjee, *Mutagenicity and genotoxicity of coal fly ash water leachate.* Ecotoxicology and Environmental Safety, 2009. **72**(3): p. 838-842.

23. Wheldon, A. and C. Gregory, *Energy, electricity and the environment.* Science, Measurement and Technology, IEE Proceedings A, 1993. **140**(1): p. 2-7.

24. Markandya, A. and P. Wilkinson, *Energy and Health 2 - Electricity generation and health.* Lancet, 2007. **370**(9591): p. 979-990.

25. Stephens, C. and M. Ahern, *Worker and community health impacts related to mining operations internationally. A rapid review of the literature.* 2001, Mining and Minerals for Sustainable Development Project: London.

26. McMichael, A., D. Campbell-Lendrum, and R. Kovats, *Global Climate Change*, in *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*, M. Ezzatti, et al., Editors. 2004, WHO: Geneva. p. 1543–1649.

27. T.K.İ. Kurumu, *Linyit Sektör Raporu 2010*. 2011, T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı: Ankara.

28. Levy, J., et al., *Estimated Public Health Impacts of Criteria Pollutant Air Emissions from the Salem Harbor and Brayton Point Power Plants*. 2000, Clean Air Task Force.

29. Hermann, R.P., et al., *Predicting premature mortality from new power plant development in Virginia.* Archives of Environmental Health, 2004. **59**(10): p. 529-535.

30. Chiusolo, M., et al., *Short-Term Effects of Nitrogen Dioxide on Mortality and Susceptibility Factors in 10 Italian Cities: The EpiAir Study.* Environmental Health Perspectives, 2011. **119**(9): p. 1233-1238.

31. Gauderman, W.J., et al., *The effect of air pollution on lung development from 10 to 18 years of age.* New England Journal of Medicine, 2004. **351**(11): p. 1057-1067.

32. Anderson, H.R., et al., *Air pollution and daily admissions for chronic obstructive pulmonary disease in 6 European cities: Results from the APHEA project.* European Respiratory Journal, 1997. **10**(5): p. 1064-1071.

33. Wellenius, G.A., et al., *Particulate air pollution and the rate of hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries in Pittsburgh, Pennsylvania.* American Journal of Epidemiology, 2005. **161**(11): p. 1030-1036.

34. Wellenius, G.A., J. Schwartz, and M.A. Mittleman, *Air pollution and hospital admissions for ischemic and hemorrhagic stroke among medicare beneficiaries.* Stroke, 2005. **36**(12): p. 2549-2553.

35. Low, R.B., et al., *The relation of stroke admissions to recent weather, airborne allergens, air pollution, seasons, upper respiratory infections, and asthma incidence, September 11, 2001, and day of the week.* Stroke, 2006. **37**(4): p. 951-957.

36. Peters, A., et al., *Increased particulate air pollution and the triggering of myocardial infarction.* Circulation, 2001. **103**(23): p. 2810-2815.

37. Liao, D.P., et al., *Association of higher levels of ambient criteria pollutants with impaired cardiac autonomic control: A population-based study.* American Journal of Epidemiology, 2004. **159**(8): p. 768-777.

38. Pope, C.A., et al., *Cardiovascular mortality and long-term exposure to particulate air pollution - Epidemiological evidence of general pathophysiological pathways of disease.* Circulation, 2004. **109**(1): p. 71-77.

39. Liu, S.L., et al., *Association between gaseous ambient air pollutants and adverse pregnancy outcomes in Vancouver, Canada.* Environmental Health Perspectives, 2003. **111**(14): p. 1773-1778.

40. Costa, L.G., et al., *Developmental neuropathology of environmental agents.* Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 2004. **44**: p. 87-110.

41. Trasande, L., P. Landrigan, and C. Schechter, *Public health and economic consequences of methyl mercury toxicity to the developing brain.* Environmental Health Perspectives, 2005. **113**(5): p. 590-596.

42. Debes, F., et al., *Impact of prenatal methylmercury exposure on neurobehavioral function at age 14 years.* Neurotoxicology and Teratology, 2006. **28**(3): p. 363-375.

43. Trasande, L., et al., *Mental retardation and prenatal methylmercury toxicity.* American Journal of Industrial Medicine, 2006. **49**(3): p. 153-158.

44. Chung, K.A.F., J.F. Zhang, and N.S. Zhong, *Outdoor air pollution and respiratory health in Asia.* Respirology, 2011. **16**(7): p. 1023-1026.

45. Tsai, S.S., et al., *Increased risk of preterm delivery in women residing near thermal power plants in Taiwan.* Archives of Environmental Health, 2004. **59**(9): p. 478-483.

46. Leem, J.H., et al., *Exposures to air pollutants during pregnancy and preterm delivery.* Environmental Health Perspectives, 2006. **114**(6): p. 905-910.

47. Mohorovic, L., *First two months of pregnancy - critical time for preterm delivery and low birthweight caused by adverse effects of coal combustion toxics.* Early Human Development, 2004. **80**(2): p. 115-123.

48. Venners, S.A., et al., *Particulate matter, sulfur dioxide, and daily mortality in Chongqing, China.* Environmental Health Perspectives, 2003. **111**(4): p. 562-567.

49. Zhou, Y., et al., *The influence of geographic location on population exposure to emissions from power plants throughout China.* Environment International, 2006. **32**(3): p. 365-373.

50. Haktanır, K., et al., *Muğla-Yatağan Termik Santrali Emisyonlarının Etkisinde Kalan Tarım ve Orman Topraklarının Kirlilik Veri Tabanının Oluşturulması ve Emisyonların Vejetasyona Etkilerinin Araştırılması.* Ankara Üniversitesi Çevrebilimleri Dergisi, 2010. **2**(1): p. 13-30.

51. Ölgen, K., *Yatağan'da likenlerde kirleticilerin yükseklik ve hakim rüzgar ve topografyayla ilişkisi.* (Aralık'ta basılacak).

52. Karavus, M., et al., *Respiratory complaints and spirometric parameters of the villagers living around the Seyitomer coal-fired thermal power plant in Kutahya, Turkey.* Ecotoxicology and Environmental Safety, 2002. **52**(3): p. 214-220.

53. Yapıcı, G., et al., *Yatağan merkezde yaşayan 6 ay-6 yaş arası çocuklarda asemptomatik kurşun zehirlenmesi prevalansı.* MN-Klinik Bilimler & Doktor, 2004. **10**: p. 60-65.

54. Şanlı, C., S. Hızel, and M. Albayrak, *Kurşun ve Çocuk Sağlığı.* STED, 2005. **14**(4): p. 70-75.

BÖLÜM 04
TÜRKİYE'DE TÜTÜN KONTROLÜNÜN DÜNÜ-BUGÜNÜ VE YARINI

Bölüm Editörü:

Prof.Dr. Nazmi Bilir, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Prof.Dr. Dilek Aslan, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Nazmi Bilir, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Hilal Özcebe, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Gamze Çan, *Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Uzm.Dr. Toger Ergüder, DSÖ

YÖNETİCİ ÖZETİ

Giriş

Güney Amerika yerlilerinin çok uzun zamandan beri çeşitli amaçlarla kullanmakta oldukları tütün 15. yüzyıl sonlarında Avrupa'ya getirilmiştir. Avrupa'da kıymetli bir ürün olan tütün uzunca bir süre varlıklı kişilerin tüketim ürünü olmuştur. Ancak 19. yüzyıl sonlarında sigara sarma makinesinin yapılmasından sonra başlıca sigara şeklinde olmak üzere tütün ürünlerinin üretimi artmış, fiyatı düşen ürünün kullanımı da hızla yaygınlaşmıştır. Tütün yaprağının değişik şekillerde işlenmesi ile değişik tütün ürünleri elde edilmiş olmakla birlikte bütün dünyada en yaygın kullanılan ürün sigaradır. Henüz zararlı etkilerinin bilinmediği dönemde kullanımı konusunda herhangi kısıtlama yapılmamış, hatta kullanımı çeşitli şekillerde desteklenmiş, bu şekilde sigara kullanımının hızla yaygınlaşması mümkün olmuştur. Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren özellikle İngiliz epidemiyolog Richard Doll ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar sonucunda sigara kullanımına bağlı çeşitli sağlık sorunları ortaya konmaya başlamış, arkasından da sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımına kısıtlamalar getirilmesi amacı ile çeşitli ülkelerde düzenlemeler yapılması gündeme gelmiştir. Tütün kullanımının insan sağlığına zarar verdiği konusundak ilk uyarı, 1964 yılındaki Surgeon General Rapor'nda yer almıştır. Tütün kullanımının zararlarının ortaya konması ve bu konudaki kanıtların yeterli düzeye gelmesinde sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1970 yılında tütün kullanımının sağlık açısından sakıncalı olduğuna işaret etmiş, 10 yıl sonra ise sigaranın "sağlıklı olmak" ile bir arada olamayacağına işaretle "sigara ya da sağlık" ifadesini gündeme getirmiş ve "siz sağlığı seçin" önerisinde bulunmuştur.

Türkiye'de durum

Türkiye tütün üretimi yapan bir ülkedir. Önceki yıllarda dünya tütün üretiminin %4'lük bölümünü üreten Türkiye'nin tütün üretimi zamanla azalmış, 1980'li yıllarda 300 bin ton dolayında olan yıllık tütün üretimi 2000'li yıllara gelindiğinde 100 bin tonun altına inmiştir. Uzun yıllar Türkiye'de tütün tarımı, tütün üretimi ile sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretim ve satışı devlet kontrolünde TEKEL tarafından yapılmıştır. Ancak dünyadaki gelişmelere paralel olarak çeşitli kurumların özelleştirilmesi ve satışı gündeme gelmiş, bu kapsamda TEKEL de önce özelleştirilmiş, daha sonra da satışına karar verilmiştir. Uzun süren pazarlıklar sonucunda TEKEL, esas olarak İngiliz-Amerikan ortaklığı olan British American Tobacco şirketi tarafından satın alınmıştır. Çok uluslu tütün şirketlerinin Türkiye tütün pazarına girmeleri sonucu, 1980'li yılların ortalarından itibaren ülkede tütün ürünlerinin reklamı yapılmaya başlamıştır. Bunun sonucunda Türkiye'de sigara kullanımı artmış, önceleri yerli marka tütün ürünü kullanan kişilerin çoğu yabancı marka sigaralara yönelmiştir. Tütün tüketiminin artışının arkasından sigara kullanımının yol açtığı (en çok akciğer kanseri, kalp ve akciğer hastalıkları olmak üzere) çeşitli sağlık sorunlarında artış meydana gelmiştir. Bu gelişmelere karşılık olarak ülkede tütün kontrolü konusunda çalışmalar da başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları sonucunda 1996 yılında Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No. 4207) çıkarılmıştır. Bu Kanun ile Türkiye'de ilk kez (sağlık ve eğitim kurumları, spor tesisleri, toplu taşıma araçları ve bunların bekleme salonları vb.) bazı kapalı alanlarda tütün ürünü kullanımı konusunda kısıtlama getirilmiş, tütün ürünlerinin "her türlü reklam ve tanıtımı" yasaklanmıştır. Bu yasadan sonra toplu taşıma araçlarında sigara içilmesi ve sigara reklamları Türkiye'nin gündeminden çıkmış, o zamana kadar ülkede bulunmayan otomatik sigara satış makineleri ülkeye girememiştir. Ayrıca eğitim ve sağlık kuruluşları ile çeşitli kamu kuruluşları da zaman içinde sigara içilmeyen yerler haline gelmiştir. Sigara kullanımının çok yaygın olduğu ve sigara içenlerin diledikleri her yerde sigara içebildikleri bir ortamda bu yasanın yürürlüğe girmesi ve başarılı şekilde uygulanmış olması çok önemlidir.

Yasanın yanı sıra Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşları tarafından yapılan çeşitli bilimsel toplantılar ve araştırmalar ile toplumda sigara içilmesinin kısıtlanması konusunda olumlu bir ortam yaratılmıştır. Bu olumlu ortamda yasanın kapsamının genişletilmesi gündeme gelmiş ve 2008 yılında yasada oteller, taksiler ve ikram sektörünü kapsayacak şekilde değişiklik yapılmıştır. Bu şekilde 2009 yılı Temmuz ayından itibaren Türkiye "tam sigarasız" bir ülke olmuş ve dünyada çok takdir görmüştür. Bu arada 2010 yılı Mayıs ayından itibaren sigara ve diğer tütün ürünleri paketleri üzerine önce yazılı sağlık uyarıları, daha sonra da resimli ve yazılı birleşik uyarı mesajları basılmıştır.

Tütün kontrolü konusundaki bu olumlu gelişmelere rağmen Türkiye'de halen sigara kullanım sıklığı oldukça yüksektir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (2008) sonuçlarına göre 15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullanım sıklığı %31,2'dir (erkeklerde %48, kadınlarda %15). Türkiye'de sağlık personeli arasında da sigara kullanımı oldukça yaygındır. Sağlık Bakanlığında çalışmakta olan doktorlar arasında halen düzenli sigara kullananların sıklığı pratisyen doktorlarda %30,5 ve uzman doktorlarda da %22,1 olarak bulunmuştur. Yetişkin yaş grubunda zaman içinde sigara kullanım sıklığında azalma olmasına karşın gençler arasında sigara kullanımı artmaktadır. Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre gençlerde sigara kullanımı 2003 – 2009 yılları arasında %6,9'dan %8,4'e yükselmiştir (erkeklerde %9,4'ten %10,2'ye, kızlarda da %3,5'ten %5,3'e).

Tütün kontrolü yasası toplum tarafından geniş kabul görmüş, bunun sonucu olarak uygulanması da oldukça başarılı olmuştur. Sigara satış sayısındaki artış 2000 yılına kadar sürmüş daha sonra artma durmuş ve 1009 yılında sonra ise azalma olmaya başlamıştır. Ayrıca, yasa uygulamasından önce ve sonrasında yapılan araştırmalarda kapalı ortamlardaki partikül ($PM_{2,5}$) düzeylerinde, ikram sektörü çalışanlarının yakınmalarında ve sigara

içiminin yol açabileceği akut sağlık sorunlarında azalmalar olduğu ortaya konmuştur. Kapalı ortamlardaki partikül düzeylerinde ciddi azalmalar sağlanmış olmakla birlikte bulunan değerler çoğunlukla izin verilen sınır değerlerin üzerindedir. Ayrıca çeşitli kuruluşlarda ve taksilerde sigara içme yasağının ihlal edilmekte olduğu görülmektedir. Bu durumda yasanın uygulanması konusundaki denetimlerin daha etkili şekilde yapılması gerekmektedir.

TÜTÜN ÜRÜNLERİ ve TÜTÜN ÜRÜNLERİ ÜRETİMİ

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Tütün (Nicotiana), Patlıcangiller (Solanaceae) ailesinden olan ve yaklaşık bir metre kadar büyüyen bir bitkidir. Patlıcangiller ailesinde 65 tür olup sadece iki tanesi sigara, puro ve pipo yapımında kullanılmaktadır. (1)

Dünyada üretilen tütünün %90'nı Nicotiana tabacum türüne dahil olan türlerdir. Bu türde Virginia, Burley, Şark (Türk tütünleri) tipleri en fazla üretilenlerdir. Bugün kullanılan türler genellikle Amerika kökenli tipler olup, tek yıllık ürünlerdir. (1)

Tütün yaprağının hammadde olarak kullanılarak elde edilen tüm ürünler "tütün mamülü (ürünü)" olarak adlandırılmaktadır. Tütün mamülü ürünler içme, burna çekme, emme ya da çiğnenerek kullanılabilirler. Yaygın olarak kullanılan tütün mamülleri sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamülü, pipo, puro, nargilelik tütün mamülü, enfiye ve çiğnemelik tütündür. (1-3)

- Ülkemizde en fazla kullanılan tütün ürünü olan sigaradır. Sigara, 85-100 mm boyunda ve 4-8 mm çaplı bir silindir şeklindedir. Sigara, tütünün yer aldığı bölüm ve filtre olmak üzere iki kısım ve üzerlerinde sarılmış olan kağıtlardan oluşmaktadır. Filtresiz sigara da üretilmektedir.
- Sarmalık kıyılmış tütün mamülü, tütünün yaprağından elde edilir. Piyasada açık olarak da satılmaktadır. Bu tütün ürünü kullanılmadan önce kişi tarafından sigara şeklinde sarılır. Kişi makaron (boş filtreli sigara tüpü) kullanabilir. Ayrıca, bu tür tütün ürünü sigara kağıdını da içeren paketler halinde satışa sunulmaktadır.
- Pipo, yaklaşık 14-15 cm uzunluğunda ve ucunda tütünün yanması için özel bölümü olan ahşap, taş, metal, cam, kil benzeri malzemeden yapılan bir gereçtir. Piponun özel bölümünde tütün yakılır, tütün ürününün dumanı ağızdan içe çekilerek kullanılır. Pipoda özel olarak üretilen tütün ürünü kullanılır.
- Puro, parçalanmış ya da yaprak halindeki tütünün sarılması ile elde edilir. Bir puroda 3 gram ya da daha fazla miktarda tütün kullanılır, bu tütün özel bir yaprak ile sarılmıştır. Puro kullanımı sigaradan farklıdır.
- Nargilede, nargileye özel tütün mamülü kullanılır. Nargilede genellikle aroma ve katkı maddeleri eklenmiş tömbeki tütünü kullanılır.
- Yüksek nikotinli ve toz haline getirilmiş tütünlerin bergamut, karanfil, tarçın ve karbonat ile karıştırılarak elde edilen tütün ürünü "enfiye" olarak adlandılır. Enfiye buruna çekilerek kullanılır.
- Bazı tür tütün ise çiğnerek kullanılır. Çiğneme tütünü, tütün ürününün kullanılmasının yasak olduğu yerlerde kullanılmaktadır. Maraş otu ya da ağız otu denilen tütün ürünü de bu grup içinde yer almaktadır. Maraş otu yoğun tütün içeren bir türün kül ile birleştirilmesi ile elde edilir. Maraş otu, alt dudak ve dişler arasına konularak kullanılır.

Tütünün yanması ile birlikte çevreye iki çeşit duman yayılmaktadır. Sigara içen kişi tarafından solunan ana akımda, tütünün yanması ile oluşan dumanın "gaz fazı" ve "partiküler maddeler (parçacıklı kısım, katran)" bulunmaktadır. Sigara filtresi, partükül kısmının bir kısmını süzmekle beraber kişi tarafından partiküllerin önemli bir kısmı solunmaktadır. Sigaranın kendi kendine yanması sırasında ortaya çıkan tütün dumanı yan akım olarak adlandırılmaktadır. Sigarada bulunan tütün ve kağıdın yanmasıyla ortama yayılan dumanda partükül yoğunluğu da daha fazladır. (2,3)

Tütün içeriğine ilişkin bazı bilgiler aşağıda verilmiştir (3):

- Tütün dumanında 4000'den fazla madde bulunmaktadır.
- Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı IARC tarafından bu maddelerin 55 tanesi kanserojen olarak tanımlanmaktadır.
- Tütünün içinde olan nikotin, tütün bağımlılığından sorumlu olan maddedir. Bir sigarada yaklaşık 20 mg nikotin olup, bu nikotinin bir gramı vücuda alınmaktadır. Ancak, bir sigaradan alınan nikotin miktarı kişisel özelliklere bağlı olarak değişebilir.
- Tütünün yanması ile ortaya çıkan karbonmonoksit kişi tarafından inhale edildikten sonra kanda hemoglobine bağlanarak kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır.
- Tütün dumanındaki önemli maddelerden birisi de katrandır. Katran, kanserlerin oluşmasında rol oynayan temel maddelerden biridir.
- Tütün içinde bulunan tüm maddelerin kümülatif etkisi ile dolaşım, solunum ve diğer sistem hastalıkları ve kanserler ortaya çıkmaktadır.

Tütün Üretimi, İhracatı ve İthalatı

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından sonraki dönemde devlet tarafından tütün üretimi desteklenmiştir, bu da ülkede tütüncülüğün gelişmesini sağlamıştır. Tütünün üreticilerin desteklenmesindeki ilk düzenleme 1940 yılında yürürlüğe giren Milli Güvenlik Kanunu ile sağlanmıştır. Bu kanun ile üreticiden tütün devlet tarafından alınması sağlanmıştır. Üreticiden ürünün tümünün alınmasından sorumlu olan kurum ise TEKEL'dir. Cumhuriyetin kuruluşundan 1970'li yıllara kadar ülkede tütün ile ilgili karar ve uygulamalar, ülkenin üretim, ihracat ve tüketim dengeleri ile yürütülmüştür. Ancak, 1980'lerden sonra tütün ile ilgili politikalarda bir değişim yaşanmıştır. Bir seri karar ile devletin tütün üretimi, ihracat ve tüketim politikaları ve uygulamaları değiştirilmiştir (2, 4):

- 1984 yılında yabancı sigara ithali
- 1986 yılında devlet tekelinin kaldırılması ile üretim, dağıtım ve pazarlamanın kısmen serbestleştirilmesi
- 1988 yılında yabancı bir sigara firması ile TEKEL'in ortak şirketleşmesi
- 1991 yılında TEKEL ortaklığı olmaksızın ithalat ve üretim izni
- 1992 yılında Philip Morris -Sabancı Holding beraber PHILSA kurarak İzmir-Torbalı'da sigara üretimi
- 2002 yılında TEKEL'in özelleştirilme kararının alınması ve TAPDK'nın kurulması
- 2008 yılında TEKEL'in sigara bölümünün British American Tobacco Tütün Mamülleri Sanayi ve Ticaret AŞ ne satılması, diğer şirketlerin ülkede fabrika kurmaları (EUROPEAN-2004, IMPERIAL -2005, GALLAHER-2006, KT&G- 2008).

Bu şekilde Türkiye'de tütün piyasasını düzenleyen TEKEL ortadan kalkmıştır ve yabancı şirketler ülke pazarını ele geçirmiştir. Türkiye'de Ekim 2010 itibariyle pazarda firmaların payları şu şekildedir: %36 BAT, %41 Phil-SA, %13 JTI, %7 European ve %3 Imperial Tobacco (5).

Türkiye, dünyada en fazla Şark türü tütün üreten bir ülke olup, 1976 yılındaki tütün üretimi dünya pazarının %5,6'sıdır. Ülkede 1990'lı yıllardan beri üretim alanları azaltılmaktadır. Devlet tütün fiyat destek programını 2000 yılında sonlandırılmış, "doğrudan destek programı" başlatılmıştır. Bu şekilde küçük ölçekli tütün üreticilerinin desteği ortadan kalkmış iken 2005 yılından itibaren ekim yapan üreticiler üretim alanına göre destek almaya başlamışlardır. Tütün üreticisi sayısı ve üretilen tütün miktarında düşme olmuştur (Tablo 1). Sonuç olarak, 2006 yılında Türkiye'nin tütün üretimi dünya üretiminin %2,1'ine, 2010 yılında ise %1,7'ye düşmüştür (4,5).

Türkiye için önemli bir tarım ürünü olan tütün, halen önemli bir ihraç ürünüdür. Tütün ihracatı ülkeye 2007 yılında 450 milyon AB Dolar gelir getirmiştir. Ancak, değişen politikalar sonucunda Türkiye tütünü ithal etmeye başlamıştır. Tütün ithali 1988 yılında 610 ton iken 2007 yılında 67.000 tona 2009 yılında ise 77.000 tona çıkmıştır. (5) (Tablo 1)

Tablo 1. Türkiye'de Tütün Üretim, İthali ve İhracaati (1999-2009)

Yıllar	1999	2004	2009
Tütün üreticisi (x1000)	568	282	81
Üretim Alanı (1000 ha)	270	193	116
Üretim Miktarı (1000 ton)	244	134	92
İthalat Miktarı (1000 ton)	49	57	77
İhracat Miktarı (1000 ton)	115	107	114 (2007 yılı)

Virginia ve Burley tipi tütün ilk olarak 1988 yılında ülkeye girmiştir ve harmanlanmış sigaralar ve şark tipi tütün türünün sigaralarda kullanımı azaltılmaya başlanmıştır. Türkiye'de harmanlanmış ürünlerdeki şark tipi tütün %13-15 iken Amerikan türü tütün ise %85-87'dir. Diğer taraftan ülkede üretilen Amerikan türü tütün ürünü %4'üne karşılık gelmektedir. Tütünde Şark tipi tütünün payının azalması ve de üretimin karşılamaması ise ithalatın daha da artmasına neden olmaktadır (5).

Kaynaklar

1. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Tütün ve Tütün Kontrolü içinde (Ed. Karadağ H, Bilgiç H, Aytemur ZA, Akçay Ş ve Elbek O). Toraks Kitapları, Sayı. 10, Türk Toraks Derneği, AVES Yayıncılık, Ankara, 2010. Pp. 3-20.
2. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, Güven GS ve Uzaslan E. Ttütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
3. Örsel O. Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri. Tütün ve Tütün Kontrolü içinde (Ed. Karadağ H, Bilgiç H, Aytemur ZA, Akçay Ş ve Elbek O). Toraks Kitapları, Sayı. 10, Türk Toraks Derneği, AVES Yayıncılık, Ankara, 2010. Pp. 3-20.
4. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T ve Önder Z. Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları. DSÖ Avrupa, Bloomberg Sigara İle Mücadele Küresel Girişimi. Ankara, 2010.
5. Yürekli A, Önder Z, Elibol HM, Erk N, Çabuk A, Fisunoğlu M, Erk SF ve Chalopupka FJ. Türkiye'de Tütün Ekonomisi ve Tütün Ürünlerinin Vergilendirilmesi. Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları İle Mücadele Derneği, Paris, 2010.

TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIM SIKLIĞI

Prof. Dr. Gamze ÇAN

Tütün ürünlerinin kullanım sıklığı tütün kontrolü ile ilgili planlamalar açısından büyük önem taşımaktadır. Sorunun boyutu, konunun önceliği, iş gücü, maliyet ve müdahale yöntemlerini belirlemede etkili olacaktır. Bu açıdan tütün ürünlerinin değişik gruplardaki kullanım sıklığına ait sonuçlara ihtiyaç vardır. Kullanım sıklığı ile ilgili çalışmalarda en önemli sorunları örneklem büyüklüğü ve standart bilgi toplanması oluşturmaktadır. Küçük örneklemli çalışmalarda temsiliyet yönüyle, farklı kriterlere göre yapılan çalışmalarda da karşılaştırma şansı olmaması nedeniyle sorun yaşanmaktadır.

Türkiye'de 2008 yılında Küresel Erişkin Tütün Araştırması yürütülmüştür (1). Araştırma, Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi işbirliğinde Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya Federasyonu, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay, Vietnam olmak üzere 14 ülkenin katlımı ile gerçekleştirilmiştir. Türkiye için 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanma sıklığı %31,2'dir ki bu sonuç yaklaşık 16 milyon kişinin halen sigara içtiği anlamına gelmektedir. Kadınlarda %15,2, erkeklerde % 47,9 olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Kadınların%11.6'sı, erkeklerin ise %43.8'i günlük olarak sigara içmektedir.

Tablo1: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Sonuçları 2008

Tütün Kullanma	Erkek	Kadın	Toplam
Hiç kullanmayan	30,0	74,8	52,8
Eskiden kullanan (bırakmış olan)	22,1	10,0	15,9
Halen kullanan	**47,9**	**15,2**	**31,2**
Her gün kullanan	**43,8**	**11,6**	**27,4**
Ara sıra kullanan	**4,1**	**3,6**	**4,8**

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre, her gün sigara içenlerin %26.5'i bugüne kadar sigarayı bırakmayı denemişti, halen içenlerin %53.0'ı bırakmayı düşünüyordu ve %10.0'ı gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyordu.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması ülkemizde tüketilen sigaraların kadınlarda %98 erkeklerde %92.6 ortalama %90'nının üretilmiş sigara olduğunu göstermektedir. Bu tütün kontrol çalışmaları için önemli bir noktayı oluşturmaktadır. MPOWER kapsamında yürütülecek fiyat politikaları ve gözlemler açısından kullanılması gereken bir özellik olarak değerlendirilebilir. Ayrıca çalışma en sık tüketilen tütün ürünün sigara olduğunu göstermekle birlikte gençler arasında %2.3 gibi bir oranla nargile kullanımı dikkat çekmektedir. 15 – 24 yaş arası gençlerde % 8.1 sıklığına ulaşmaktadır.

Aynı çalışma sonuçlarına göre 6 milyonun üzerinde erişkin (%38.5) çalıştıkları ortamda pasif sigara dumanına maruz kalmaktadır ve pasif içiciliğe maruz kalanların 2.6 milyonu (%31.6) sigara içmeyen kişilerdir. Türkiye'de 30.5 milyon erişkin (%59.7) sigara içilmesine izin verilen evlerde yaşıyordu. Günlük sigara tüketilen evlerde yaşayanlardan 10 milyondan fazlası sigara içmeyenlerdendi.

Yetişkin çalışmasına benzer bir yaklaşımla 13 – 15 yaş grubu gençlere yönelik küresel tütün araştırması 2000 – 2007 yılları arasında Dünya Sağlık örgütü ve Hastalık kontrol ve Koruma Merkezi işbirliği ile yürütülmüştür (2). Türkiye'de 2003 yılında yürütülen Küresel Gençlik

Tütün Araştırması sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir. Araştırmaya 13 – 15 yaş arası toplam 15 957 öğrenci katılmıştır. Çalışmada Ankara, İstanbul ve İzmir dışında Ege, Akdeniz, Karadeniz, Marmara, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu olmak üzere 7 coğrafik bölgeyi temsil edecek şekilde örneklem seçilmiştir. Kesitsel araştırma tipinde olup öğrenci sayılarının ağırlıklandırılarak seçildiği belirtilmektedir.

Gençlik araştırmasında araştırmaya katılanların % 26.3'ünün daha önce sigarayı bir veya iki nefes denediği tespit edilmiştir bu sıklık kızlarda %19.7, erkeklerde %31.7'dir. Sigaraya 10 yaşından önce başlayanların sıklığı %30.7, kızlarda % 23.7, erkeklerde %34.9'dur. Halen sigara dışında diğer tütün ürünlerini kullanma sıklığı %3.4'tür. Kızlarda % 1.5, erkeklerde % 4.4 olarak tespit edilmiştir.

Öğrenciler arasında halen sigara içen 10 öğrenciden 6'sı "şimdi sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir(%65.3). %61.4'ü geçen yıl içinde bırakmayı denemiş ancak başarısız olmuştur ve %71,5'i geçen yıl sigarayı bırakmak için yardım aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %81.6'sı evlerinde, %85.9'u kamuya açık yerlerde sigara dumanına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo2: Küresel Gençlik Tütün Araştırması Sonuçları 2003, 2009

Prevalans (Yaygınlık)	2003			2009		
	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)
Sigara içmeyi denemiş olanlar	31,7	19,7	26,3	32,5	25,4	29,6
Sigara içmeye 10 yaşından önce başlayanlar	34,9	23,7	30,7	31,6	31,7	30,5
Halen sigara içenler	9,4	3,5	6,9	10,2	5,3	8,4
Önümüzdeki yıl sigaraya başlamayı düşüneneler	8,2	5,3	7,0	10,6	9,8	10,2

Onat ve arkadaşları tarafından yürütülen Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması da geniş örneklemli ve kohort çalışmasıdır (3). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından desteklenen çalışma 18. Yılını tamamlayarak gerek ulusal gerekse uluslar arası literatüre önemli katkı sağlamıştır. 2009 sonuçlarında 30-39 yaş kategorisi de tüm erişkinlerin yarıya yakınının halen sigara içtiği, %24'ünün bırakmış olduğu, onda üçünün de hiç içmediği anlaşılmaktadır. Kadınlar için bu oranlar %17.6, %3.3 ve %79 olarak görünmektedir. 1990 yılına ait kesit taramasında erişkin erkeklerin %59.4'ünün, kadınların %18.9'unun sigara içmekte olduğu saptanmıştı. 1990 yılından bu yana devam eden ve yeni kohortun da dahil olduğu çalışma grubunda gerekli yaş düzenlemeleri yapıldıktan sonra elde edilen sonuçlar açıklanmıştır. Buna göre 30 yaşını aşkın erkeklerin yarıya yakınının halen sigara içtiği, %24'ünün bırakmış olduğu, onda üçünün de hiç içmemiş olduğu anlaşılmaktadır. Kadınlarda sigara içme sıklığı %17.6, bırakma sıklığı %3.3 ve hiç içmeme %79 olarak tespit edilmiştir. 1999 yılında 30 yaşını aşkın erkeklerin %55.9'u kadınların %15.3'ü sigara içmekteydi. Verilerin karşılaştırılmasında sigara içen orta yaşlı ve yaşlı erkekler %18 kadar azalmış iken kadınların oranı %15 kadar artmıştır. Raporda yalnız 30-59 yaş kesimi göz önünde tutulursa içen kadınların oranı %24 kadar yükselmiştir.

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)'nın saha araştırması Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde tamamlanmıştır (4). Çalışmaya bölgenin nüfus yapısına uygun olarak

rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26 499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre erişkin yaştaki Türk toplumunda sigara içenlerin oranı azalmıştır. Halen erkeklerde sigara kullanımı %30'un üzerinde olmakla beraber, genel toplumda sigara içme oranı 1998'de %29.8'den 2010'da %17.3'e gerilediği; sigarayı bırakanların ise %3.8'den %12,1'e yükseldiği bildirilmektedir. Sonuçta Türkiye'de sigara içenlerin oranı 12 yılda % 42 azaldığı ifade edilmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından tütün kontrolünde önemli rol üstlenen sağlık personelinin sigara kullanma durumlarını tespit etmek üzere bir çalışma yürütmüştür. Yürütülen çalışma Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında görev yapan toplam 311.649 kişiden örnek seçilerek 7 ayrı gruba ayrılmış ve her bir gruptan 800 kişi alınarak 5600 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir (5). Sağlık Çalışanlarının sigara içme durumları tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları, 2007

Sağlık Çalışanı	Sigara İçme Durumu	Sayı	%
Pratisyen Hekim(n=650)	Hiç içmemiş	190	29.2
	Sadece Denemiş	97	14.9
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	108	16.6
	Halen aralıklı olarak içiyor	57	8.8
	Halen Düzenli olarak içiyor	198	30,5
Uzman Hekim (n=633)	Hiç içmemiş	173	27.4
	Sadece Denemiş	124	19.6
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	140	22.1
	Halen aralıklı olarak içiyor	56	8.8
	Halen Düzenli olarak içiyor	140	22.1
Diş Hekimi, Eczacı, Psikolog (n=719)	Hiç içmemiş	206	28.7
	Sadece Denemiş	120	16.7
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	126	17.5
	Halen aralıklı olarak içiyor	79	11.0
	Halen Düzenli olarak içiyor	188	26.1
Ebe, Hemşire (n=1378)	Hiç içmemiş	445	32.3
	Sadece Denemiş	212	15.4
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	161	11.7
	Halen aralıklı olarak içiyor	154	11.2
	Halen Düzenli olarak içiyor	406	29.5
Sağlık Teknisyeni (n=705)	Hiç içmemiş	168	23.9
	Sadece Denemiş	103	14.6
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	128	18.2
	Halen aralıklı olarak içiyor	67	9.5
	Halen Düzenli olarak içiyor	239	33.8
İdari Personel (n=653)	Hiç içmemiş	139	21.3
	Sadece Denemiş	49	7.5
	Sadece Özel zamanlarda içiyor	153	23.4
	Halen aralıklı olarak içiyor	54	8.3
	Halen Düzenli olarak içiyor	258	39.5

Yetişkin ve gençler dışında değişik meslek gruplarında sigara içme sıklıkları ise Tablo 4'de sunulmuştur (6).

Tablo 4. Değişik meslek gruplarında sigara içme sıklıkları 1996 - 1999

Grup	Cinsiyet	Sayı	Yaş (yıl)	Yıl	Sıklık (%)
Doktor	Kadın - erkek	1128	39.0±7.8	1999	43.1
Öğretmen	Kadın - erkek	1044	35.1±7.9	1999	48.6
Gazeteci	Erkek	109	30.9±7.6	1996	63.9
Şöför	Erkek	338	36.9±9.1	1999	74.3
Polis	Erkek	718	31.2±7.3	1999	64.7
İmam-müezzin	Erkek	279	38.6±10.0	1999	25.1
Artist	Kadın - erkek	130	37.7±10.5	1996	46.2
Sporcu	Erkek	149	23.7±5.4	1996	34.9

Türkiye'de Tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü Hastalık Kontrol ve koruma Merkez işbirliğinde yürütülen bir başka çalışmada elde edilen sonuçlar Tablo 5'de özetlenmiştir (7).

Tablo 5. Küresel Sağlık Profesyoneli Öğrencileri Araştırması 2010

Tütün Kullanma	Erkek	Kadın	Toplam
Sigara kullanmayı deneyen	66,7	49,4	57,2
Halen kullanan	29,3	11,1	19,3
Diğer tütün ürünlerini kullanan	23,8	12,9	17,9

Türkiye'de toplumda sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik çalışmaların daha çok bölgesel yapıldığı ve sigara içme tanımının ortak olmadığı görülmüştür. Sigara kullanımının epidemiyolojik özelliklerinin yıllar içindeki değişimini değerlendirmek için ulusal boyutta, karşılaştırılabilir yöntemlere dayanan ve belli aralarla tekrarlanan çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Küresel Yetişkin Tütün araştırması 2008 ,www.tapdk.gov.tr/**tutun**alkolkontrol/... erişim tarihi 15.07.2011
2. Erguder T, Çakir B, Aslan D, W Warren C, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. *BMC Public Health* 2008, **8**(Suppl 1):S4 doi:10.1186/1471-2458-8-S1-S4
3. TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri 2009 Onat A (Ed.) Onat A, Hrgenç G, Can G,Yüksel H, Sansoy V, Erinel- Ünaltuna N,Aslan P. (Bağlantı tarihi 22.12.2012) http://tekharf.org/2009.html, http://tekharf.org/images/2009/bolum7.pdf
4. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II).Erişim Tarihi: 29.12.2011. http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf
5. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler , Sağlık Bakanlığı 2007. Ankara 2008
6. Bilir N. Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behavioup and Attitudes (Ankara- Turkey). 1997 Hacettepe Public Health Foundation No:8 1997, Ankara.
7. Inandi T.(Coordinator). Mustafa Kemal University, World Health Organization, Center for Disease Control and Prevention. Global Health Professional – Medical Student survey(GHPSS) Report – 2010 Turkey.

TÜTÜN KONTROLÜ ÇALIŞMALARI SÜRECİ

Prof. Dr. Nazmi Bilir

Türkiye uzun zamandan beri tütün ve tütün ürünlreri üreten ve ihraç eden bir ülkedir. Bunun ötesinde, özellikle erkek davranışı olarak sigara kullanımı oldukça yaygındır. Dolayısı ile 100 yılı aşan süre içinde tütün kontrolü çalışmaları bakımından önemli olaylar cereyan etmiştir. Bu olayları bazı dönemler halinde değerlendirmek uygun olur.

Yasa öncesi dönem

Tütünün Osmanlı topraklarına gelmesi, Avrupa'ya gelişinden 100 yıl kadar sonra 1600'lü yılların başlarında olmuştur. Bu yıllarda tütünü İngiliz gemiciler getirmişlerdir (1). O yıllarda saray başcerrahı İbrahim Efendi tütün kullanımını kontrol etmeye çalışmış, Padişah IV. Murat (1623-1640) da tütün kullananları sert şekilde cezalandırmış ancak başarılı olamamışlardır. Sonraki Padişah V. Sultan Mehmet (Avcı Mehmet) döneminde Şeyh-ül İslam Bahai Efendi tütün kullanımı yasağını kaldıran fetva yayınlamıştır. Daha sonra 1800 lü yılların ortalarında Kırım Savaşı sırasında tütünün kağıda sarılarak içilmesine başlanmıştır. Tütün kullanımı artmaya başlayınca tütün tarımı da gelişmiş, böylece tütünün ekonomik değeri artmıştır. Bu durum yabancı sermaye sahiplerinin ilgisini çekmiş ve tütün işletmeleri hakkı, Osmanlı'nın savaş borçlarını ödemek amacı ile Rum bankerlerine satılmış, daha sonra da İngilizler tarafından yönetilen Reji İdaresi'be devredilmiştir. Böylelikle tütün tarımı ve tütün işletmeleri yabancıların eline geçmiş, kırsal kesimde yaşayan halk bu önemli bir gelir kaynağından yoksun kalmıştır (2).

Cumhuriyet'in kuruluşundan hemen sonra hükümet Reji İdaresi'ne sermayesi kadar para vererek tütün tarımı ve sigara üretimi hakkını geri almıştır. Bu şekilde halkın gelir olanağı sağlanmış hem de tütün üretimi ve satışı devlet kontrolüne alınmış oluyordu. Ayrıca Milli Koruma Kanunu uyarınca tütün üreticisinin desteklenmesi sağlanmıştır. Bu gelişmelerin sonucunda uzun yıllar boyunca ülkedeki tütün üretim ve satışı devlet tarafından yapılmıştır. Devlet tüketiciye tütün ürünü sunmuş ama tütün kullanımını teşvik edici olmamıştır. Ancak uluslararası gelişmelerin etkisi ile 1980'li yıllardan itibaren TEKEL'in özelleştirilmesi ve satışı gündeme gelmiş, çok uluslu tütün şirketleri ülkeye girmiştir. Bu kuruluşlar tütün ürünleri kullanımını artırmak yönünde çalışmalar yapmış, ülkede tütün ürünleri reklamları çok etkili şekilde yapılmış ve 1980'li yıllardan sonra tütün ürünü kullanımı çok artmıştır (2).

Türkiye'de tütün kontrolü konusundaki ilk çalışmalar, çok uluslu tütün firmalarının ülkeye girdiği 1980'li yılların ortalarında başlamıştır. Türkiye'de tütün ekim ve üretimi , tütün ürünleri imalatı ile satış ve pazarlaması devletin kontrolünde TEKEL tarafından yapılmaktaydı ve yabacı marka tütün ürünlerinin ülkeye girişi yasaktı. Ancak 1984 yılında çıkarılan bir yasa ile yabancı marka sigaraların TEKEL tarafından ithal edilmesine başlanmıştır. Bu yasadan iki yıl sonra da bir başka yasa ile sadece TEKEL'e ait olan ithal izni bazı özel şirketlere tanınmış oldu (1). Bu gelişmelerden sonra ülkede tütün ürünlerinin reklamı başlamış, sigara kullanımında hızlı artış meydana gelmiştir. Bunun üzerine 1987 yılında Sağlık Bakanı tütün ve sigara kullanım sıklığı ve nedenleri konularında çalışmaları olan uzmanlar ile toplantı yapmış, tütün kontrolü çalışmalarının nasıl yapılacağı konusunu tartışmıştır. Çeşitli meslek grupları ve öğrenciler arasında sigara kullanım sıklığı konusunda çeşitli çalışmalar yapılmakla birlikte, ülke genelinde tütün ürünü kullanım sıklığını ortaya koymak amacı ile 1988 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ülke genelini kapsayan tütün kullanım sıklığı çalışması yapılmıştır (3). Bu çalışma ile ülke genelinde tütün kullanımının çok yaygın olduğu (yüzde 44; erkeklerde %62, kadınlarda %24) bulunmuş ve tütün kullanımının azaltılması amacına yönelik çabalar başlamıştır. Bu amaçla hazırlanan bir yasa 1991 yılında TBMM tarafından kabul edilmiş,

ancak Cumhurbaşkanı tarafından uygun görülmeyerek meclise iade edilmiştir (1). Ancak aynı yıl çıkarılan bir başka yasa ile yabancı tütün şirketlerine Türkiye'de fabrika kurarak tütün ürünü üretimi yapma hakkı tanınmıştır. Bu yasadan hemen sonra Philip Morris şirketi Sabancı Holding ortaklığı ile ve British American Tobacco şirketi de Koç Holding ortaklığı ile sigara fabrikaları kurmuş ve üretim yapmaya başlamıştır. Sonuç olarak bir yandan artan üretim ve reklamlar, bir yandan da yabancı sigaraların çekiciliği nedeniyle ülkede tütün ürünü kullanımı hızla artmıştır.

Tütün kontrolü yasasının yürürlüğe girmesi

Ülkede sigara kullanımındaki artışı önemseyen ve bu artıştan kaygı duyan başlıca halk sağlığı ve göğüs hastalıkları alanından bazı doktorlar 1992 tarihinde Sigara ve Sağlık konulu sempozyum düzenlemişlerdir. Sempozyuma siyasi partilerden doktor olan milletvekileri, medya mensupları ve üniversite öğretim üyeleri katılmış, tütün kullanımındaki artışın yol açacağı tehlikeler ve tütün kontrolü yaklaşımları paneller halinde tartışılmıştır. Bu sempozyum Türkiye'de tütün kontrolü çalışmalaının başlamasını sağlamış, aynı grup 1995 yılı Mayıs ayında Türk Tabipleri Birliği'nin öncülüğünde Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi"ni (SSUK) oluşturmuştur (4). Ulusal Komite esas olarak 1991 yılında meclise iade edilmiş olan yasanın tekrar gündeme alınması ve yasalaşması amacı ile çalışmalar yapmıştır. Göğüs hastalıkları uzmanı olan bir doktor mlletvekili ile yakın işbirliği içinde çalışmalar yapılmış, SSUK temsilcileri mecliste çeşitli milletvekillerini, syasi partilerin gruplarını ve Cumhurbaşkanı'nı ziyaret etmiş, TBMM'de ilgili Komisyonlara katılmak suretiyle yasalaşma sürecinde rol oynamıştır. Bir yıl kadar süren çalışmalar sonucunda 7 Kasım 1996 tarihinde "**Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun**" (No 4207) TBMM tarafından kabul edilmiştir (5). Türkiye'de tütün kontrolü bakımından dönüm noktası niteliğindeki bu yasanın getirdiği başlıca maddeler şu şekildedir:

- sağlık ve eğitim kurumları ve spor tesisleri ile toplu taşıma araçları başta olmak üzere bazı kapalı mekanlarda tütün kullanım yasağı,
- tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması,
- sigara paketleri üzerine uyarı yazısı yazılması,
- bütün TV kanallarına ayda 90 dakika süre ile tütün kullanımının zararları konusunda yayın yapma zorunluğu,
- 18 yaşın altındaki çocuklara tütün ürünü satışı yasağı

Özellikle ceza maddesinin net olmayışı nedeni ile çeşitli eleştirilere uğrayan bu yasa, sigara kullanımının çok yaygın olduğu ülkede ilk kez bazı mekanlarda sigara içimine kısıtlama getirmiş ve başarı ile uygulanmıştır. Bu yasanın en önemli sonuçlarından başlıcaları, tütün ürünlerinin raklam va tanıtımını ve toplu taşıma araçlarında sigara kullanımını sona erdirmiş olmasıdır. Bu yasanın uygulanamayacağı şeklinde ortaya atılan çeşitli karşı görüşlere rağmen toplu taşıma araçları ile tren ve uçaklarda sigara kullanımı gündemden çıkmıştır. Ayrıca bu yasa ile ülkede tütün ürünleri reklamı sona ermiş, televizyonlarda sigaranın zararları konusunda eğitici yayınlar yapılmaya başlamış, tütün ürünü paketleri üzerine uyarı yazıları yazılmaya başlamıştır. O tarihte ülkede bulunmayan otomatik sigara satış makineleri ülkeye girememişir. Yasayı yıpratma ve özellikle reklam yasağı konusundaki maddesinin değiştirilmesi yönündeki çabalar SSUK ve diğer kuruluşların sert tepkisi ile önlenmiş, sonuç olarak yasa başarılı şekilde uygulanmış, Türkiye'de tütün kontrolü çalışmaları bakımından dönüm noktası oluşturmuştur (1,2). Bu yasanın en önemli etkilerinden birisi de tütün ürünleri kullanımına yasaklama getirilebileceği konusunda toplumsal algı oluşmasını sağlaması olmuştur. Yasanın 2008 yılında kapsamının genişletilmesinde bu algının önemli rolü vardır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve tütün kontrolü yasasının yenilenmesi

İzleyen yıllarda uluslararası alanda yaşanan gelişmelerin de ışığında önemli bazı gelişmeler olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2003 yılında kabul edilen **Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi** (TKÇS) (2004 yılında Sağlık Bakanı tarafından imzalanmış, arkasından da TBMM'de onaylanmıştır (6). Daha sonra TKÇS ilkelerine uygun şekilde Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlanmış, bu programın uygulanmasına yönelik olarak 2008-2012 yıllarını kapsayan Eylem Planı yapılmıştır (7,8). Çeşitli bakanlıklara ve kuruluşlara görev atfetmesi nedeniyle bu program Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır.

Tütün kontrolü yasasının 10 yılı aşan bir süre uygulanmasından sonra yasanın kapsamının genişletilmesi konusu gündeme gelmiştir. Yasa kapsamının genişletilmesinin temel amacı ikram sektörü işletmeleri dahil olmak üzere bütün kapalı mekanların sigara dumanından arındırılması olmuştur. Önceki yasanın uzunca zaman uygulanması sonucunda toplumda bazı mekanlarda sigara içilmesinin yasaklanması ile ilgili olarak sosyal norm yerleşmiş olması, yasa kapsamının genişletilmesi ve toplum tarafından geniş kabul görmesi konusunda kolaylık sağlamıştır. Uzunca süren tartışmalar sonunda 2008 yılında yasanın kapsamının genişletilmesine ilişkin yasa TBMM tarafından kabul edilerek yürürlüğe girmiştir (9).

Yeni yasa önceki yasanın adında ufak bir değişikliğin yanı sıra esas olarak iki alanda yenilik getirmiştir. İkram sektörü işletmeleri ile ticari taksiler dahil olmak üzere bütün ortak ve kapalı mekanlar sigara dumanından arındırılmış, ayrıca önceki yasada çok net olmayan ceza maddesi değiştirilerek cezaların uygulamasına açıklık getirilmiş, ihlaller durumunda cezanın uygulanması kolaylaştırılmıştır. Bu yasanın uygulanması iki aşamada yapılmış, ikram sektörü işletmeleri dışında kalan yerlerdeki uygulama 4 ay, ikram sektörü işletmelerindeki uygulama ise 18 ay sonra yürürlüğe girmiştir. Uygulama bakımından tanınan bu süreler, ilgili işletme sahiplerinin yasanın gerektirdiği düzenlemeleri yapmalarını sağlamak amacı ile tanınmıştır. Uygulamaların yürürlüğe girmesine kadar geçen süre içinde çeşitli kurum ve kuruluş temsilcileri ile eğitici toplantılar yapılmıştır. Uygulama bakımından bazı güçlükler yaşanmış olmakla birlikte yasa toplumda büyük oranda destek ve kabul görmüş, uygulamalar oldukça başarılı şekilde gerçekleşmiştir. Böylelikle Türkiye kapsamlı tütün kontrolü yasasına sahip olan üçüncü ülke olmuş ve tütün kontrolü konusundaki düzenlemelerin derecelendirildiği bir değerlendirmede, Avrupa'daki 31 ülke arasında dördüncü sırada yer almıştır (10).

Sivil Toplumun Rolü

Türkiye'de tütün kontrolü çalışmalarının başlamasından kısa süre sonra, Türk Tabipleri Birliği'nin öncülüğünde bu konuda çalışmalar yapan dernek, vakıf vb kurum ve kuruluş temsilcilerinden oluşan "Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi" (SSUK) 1995 yılında kurulmuştur. SSUK 1996 yılındaki ilk tütün kontrolü yasasının hazırlanması ve TBMM görüşmeleri sırasında, daha sonra yasanın kapsamının genişletilmesine kadar olan süreçte, 2008 yılındaki yasanın hazırlanmasında ve uygulama döneminde hükümete ve Sağlık Bakanlığı'na önemli destek sağlamıştır. Özellikle 2008 yılında kapsamı genişletilmiş olan yasanın yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde kamu yöneticileri ve ikram sektörü işletmeleri temsilcileri ile çeşitli toplantılar yapılmış, ilgili kişiler bilgilendirilmiş, bu şekilde SSUK yasanın uygulanmasındaki başarıda önemli rol oynamıştır.

Mevcut durumda sorunlar

Türkiye tütün kontrolü konusunda çağdaş bir yasaya sahiptir ve yasanın uygulanması bakımından da oldukça başarılıdır. Bununla birlikte yasada ve yasanın uygulanmasına yönelik

bazı genelgelerde kapsam bakımından eksiklikler vardır. Öte yandan tütün endüstrisinin yasadaki bazı noktaları kullanarak yasa kapsamının dışında kalma yönünde çabaları vardır. Tütün kontrolü konusundaki başlıca sorular şu şekilde ifade edilebilir:

- Çeşitli bitkilerden hazırlanan ve içinde tütün olmadığı iddia edilen ve nargile cihazında yakılarak kullanılan ürün yasa tarafından kapsanmamaktadır.
- Özellikle ikram sektörü işyerlerinde ve kamu binalarında kapalı ortamda sigara içme yasağı bakımından ihlaller olmaktadır.
- Taksilerde yolcular ve şöförler sigara içmektedir.
- Denetimler sırasında uygulamada bazı güçlükler yaşanmaktadır. İhlal durumunda ceza uygulama konusunda kişiler için kolluk kuvvetleri, işletmeler için mahalli mülki amirler, yayın kuruluşları için Radyo ve Televizyon Üst Kurumu (RTÜK) ve tütün endüstrisi için de TAPDK yetkili ve görevlidir. Ancak ceza uygulaması konusunda bazı zaaflar vardır.
- Denetim elemanları sayıca yeteri değildir.

Çözüm önerileri

Yukarıda sayılan sorunların çözümü bakımından gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, denetim mekanizmasının sayı ve uygulama olarak güçlendirilmesi gerekir. Bilimsel çalışmalar yapılarak yasa uygulamasının başarılı ve etkili olduğu kanıtlara dayalı olarak ortaya konmalı, bu bilgiler kamuoyu ile paylaşılmak suretiyle yasanın toplum tarafından daha geniş olarak benimsenmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Bilir N, Özcebe H, Aslan D. Tobacco use and control in Turkey. Turkish Journal of Public Health, 2009, 7:61–75.
2. Bilir N et al. Tobacco Control in Turkey. Copenhagen, World Health Organization, 2009.
3. TC Sağlık Bakanlığı PİAR Araştırması, 1988.
4. Bilir N, Özcebe H, Tobacco Control in Turkey; Story of Commitment and Leadership, World Health Organization, Copenhagen, 2012.
5. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, No. 4207, 1996.
6. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003.
7. Başbakanlık Genelgesi, 7 Ekim 2006.
8. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı, 2008-2012, Ankara, 2008
9. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, No. 5727, 2008
10. Joossens L, Raw M., The Tobacco Control Scale 2010 in Europe, A Report of the Asociation of European Cancer Leagues, 2011.

TÜTÜN KONTROLÜ UYGULAMALARI

Dünyadan Haberler… Türkiye'de Durum…

Prof. Dr. Dilek Aslan[1]

"Türk tütünü"nün Amerika Birleşik Devletleri'nde satışına başlandığı 1850'li yıllardan bu yana (1) Dünyada ve ülkemizde tütün kontrolü konusunda sayısız ilerlemeler kaydedilmiştir. Tütün üretimi, satışı ve kontrolü arasında yaşanan karşıtlığın bugün tütün kontrolü lehinde önde olması toplum sağlığı açısından son derece değerli bir gelişmedir. Tütün kontrolüne ilişkin Dünyada bazı gelişmeleri aşağıda sıralamakta yarar bulunmaktadır (1):

- Amerika Birleşik Devletleri'nde 1893 yılında sigara karşıtı yasalar eyaletler düzeyinde kabul edilmeye başlamıştır.
- Amerika Birleşik Devletleri'nde 1927 yılında eyaletler düzeyinde o güne kadar kabul edilen tütün kontrolü düzenlemelerinin tamamı iptal edilmiştir.
- 11 Ocak 1964 tarihinde sigara ve sağlık/hastalıkla ilgili ilk "Surgeon General" raporu yayımlanmıştır.
- 1966 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara paketleri üzerine "sigara sağlığa zarar verebilir" ibaresi eklenmiştir.
- 1972 yılında sigara ve pasif etkilenim arasındaki ilişkiye dair ilk "Surgeon General" raporu yayınlanmıştır. Pasif etkilenim konusundaki bu başlangıcı 1981 yılında Takeshi Hirayama tarafından sigara içen erkeklerin sigara içmeyen eşlerinde akciğer kanseri riskinin arttığına dair epidemiyolojik çalışma yapması izlemiştir.
- Tütün kontrolü ile ilgili olumlu uygulamaların başladığı 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren de tütün endüstrisi ve tütün karşıtı lobi çeşitli platformlarda karşı karşıya gelmeye devam etmektedirler. Ancak, tütün kullanımı ve sağlık/hastalık arasındaki ilişkinin bilimsel olarak şüphe götürmez bir şekilde netleşmesi, sigara dumanından pasif etkilenimin yarattığı sorunların ortaya çıkması ve kanıtlanması, üçüncü el sigara dumanı ve zararları gibi farklı konuların bilim dünyasında tartışılması tütün karşıtı çalışmaların da hızlanmasına neden olmuştur. Bu çabalar çok farklı alanlarda ilerlemesine rağmen Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılında 56. ana oturumunda Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni kabul etmesi tütün kontrolü konusunda bir "şemsiye" çabanın sonuçlanmasına katkı sunmuştur. Sözleşmenin yürürlüğe girdiği 2005 yılından itibaren de Dünyada ve bu sözleşmenin tarafı olan bütün ülkelerde tütün mücadelesinde güzel gelişmeleri beraberinde getirmiştir (3).

1 Dr. Dilek Aslan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 31 Temmuz 1994 yılında mezun olmuştur. Halk Sağlığı ihtisasını Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 1996-2000 yılları arasında tamamlamıştır. 2000 yılında Halk Sağlığı Uzmanı olan Dr. Dilek Aslan 2004 yılında Beslenme ve Gıda Bilimleri Bilim Uzmanı olmuştur. 2005 yılında Doçent ve 2010 yılında Profesör unvanlarını alan Dr. Aslan, halen Toplum Beslenmesi, Uluslararası Sağlık, Yaşlı Sağlığı gibi halk sağlığının temel disiplinlerinde çalışmalarını sürdürmektedir. Bununla birlikte hekimlik yaşamının önemli bir sorumluluğu olarak değerlendirdiği ve kabul ettiği tütün kontrolü çalışmalarını 10 yılı aşkın süredir çeşitli düzeylerde sürdürmektedir. Dr. Aslan'ın ulusal ve uluslararası yayınları, ilgili dernek ve meslek örgütlerine üyelikleri bulunmaktadır.

Bu noktada Türkiye'de tütün kontrolü ve karşıt uygulamalarla ilgili temel bazı tarih ve gündem içeriğini bilmekte yarar bulunmaktadır (2):

1. 1600'lü yıllarda saray baş cerrahı İbrahim Efendi tütün kullanımına dair kimi kısıtlamalar yapmıştır. Padişah IV. Murat ağır cezalar uygulamıştır.
2. On dokuzuncu yüzyılda tütün ithalatı yasaklanmıştır. Aynı yüzyılda 1883 yılında tütün işletmeleri İngiliz Reji idaresine satılarak Osmanlı'nın elindeki gelir kaynağı yabancılara geçmiştir.
3. 1925 yılında 1883 yılında satılan Reji yönetimi Türkiye Cumhuriyeti tarafından geri alınmıştır.
4. On dokuzuncu yüzyılın sonlarından itibaren tütün ve sağlık/hastalık ilişkisine dair yazılar yazılmaya başlanmıştır. Dünyada da benzeri kanıtlar yaygınlaştıkça 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren bilimsel yazıların sayısı ve içeriği geliştirilmiştir.
5. 1983 yılında çıkarılan yasa ile Türkiye'ye yabancı sigara ithalatı serbest bırakan yasa çıkarılmıştır. Bu uygulama sonrasında ülkede sigara tüketimindeki artışın olduğu bilinmektedir.
6. 1988 yılından itibaren tütün ithalatı da serbest bırakılmıştır.
7. Haziran 1986'da özel firmalar da sigara ithalatı yapabilir konuma gelmiştir.
8. 1991 yılında yabancı şirketlere Türkiye'de sigara fabrikası kurma yetkisi tanınmıştır.
9. Tütün kontrolüne ilişkin ilk yasa 1991 yılında TBMM'de kabul edilmiş, ancak dönemin Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir.
10. Türkiye'de tütün kontrolünde multidisipliner yaklaşımı benimseyen Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi Türk Tabipleri Birliği öncülüğünde 1995 yılında kurulmuştur.
11. 1996 yılında 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" kabul edilerek yürürlüğe girmiştir.
12. 2004 yılında Türkiye Cumhuriyeti Devleti tarafından Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmış ve TBMM tarafından onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir.
13. 2008-2012 yılları için Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planı oluşturulmuştur.
14. 3 Ocak 2008 tarihinde "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Nb. 5727)" kabul edilmiştir. Kanun iki kademeli olup birinci kademe 19 Mayıs 2008 tarihinde ve ikinci kademe ise 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İkinci kademenin bir başka anlamı "TÜTÜN DUMANSIZ TÜRKİYE" uygulamasının başlamış olmasıdır. Kanun'un temel hedefi pasif etkilenimin zararlarının önlenmesinin yanı sıra gelecek nesillerin sigara ile tanışmasını önlemek olarak özetlenebilir.
15. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK), 4733 sayılı Kanun ile 15.04.2008 tarih ve 26848 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 4733 sayılı Kanunda değişiklik yapılması hakkındaki 5752 sayılı Kanun ve diğer Kanunlarla Kuruma verilen görevleri yerine getirmek ve yetkileri kullanmak üzere kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali özerkliğe sahip olarak kurulmuştur (4).
16. Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planı ve 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun"un gereği uygulamalar ardı sıra başlamıştır:
    a. Ulusal Tütün Kontrol Programı 130'un üzerinde katılımcının bir arada oluşturduğu bir program olup süreç Ulusal Tütün Kontrol Komitesi tarafından yönlendirilmektedir.

Çalışmalar temel olarak halkı bilgilendirme, bilinçlendirme ve eğitim, sigarayı bırakma, fiyat ve vergilendirme, pasif içiciliğin önlenmesi, reklâm, promosyon ve sponsorluk, ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi, yasadışı ticaret, gençlerin ulaşabilirliğinin önlenmesi, izleme ve değerlendirme konularında sürdürülmektedir.

b. Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın uygulanması ve eylem planında yer alan görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi ile tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere illerde İl Hıfzısıhha Meclisi kararı ile "İl Tütün Kontrol Kurulu" oluşturulması 24/05/07-11083, 2007/38 sayılı Genelge ile öngörülmüştür. Türkiye'de 81 ilde İl Tütün Kontrol Kurulu kurulmuştur.

c. İl tütün kontrol kurullarına bağlı denetim ekipleri oluşturulmuştur. İl genelinin değerlendirilebilmesi için yeterli olacak ekip sayısı İl Tütün Kontrol Kurulu tarafından belirlenmektedir. Asgari iki kişinin bulunması gerekli olan ekipler Kanun hükümlerinin uygulanması ile ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarından yetkilendirilen personelden oluşturulmaktadır. Ekipler içerisinde kolluk kuvvetleri (zabıta, polis, jandarma) temsilcisinin bulunmasına gayret gösterilmektedir.

d. 25 Şubat 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 6111 sayılı "Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmesine kadar sigara cezalarını uygulama yetkisi belediye encümenlerinde iken bu tarihten itibaren yetki tutulan tutanaklar üzerinden para cezaları illerde vali, ilçelerde kaymakamlara verilmiştir (5).

Türkiye'de yasal düzenlemeler ve bu düzenlemelere ilişkin uygulamalar sürdürülürken bazı karşıt tavırların olduğunu belirtmek gerekir. Özellikle Kanun'un hazırlık ve toplumda farkındalık düzeyinin sağlanması aşamasında bazı şehir efsaneleri yayılmış ve bu efsanelere toplumun inanması için çabalar sarf edilmiştir. Dünya deneyimleri de incelendiğinde çok benzer süreçlerin farklı ülkelerde de yaşandığı saptanmıştır. Türkiye'de yasal süreç aşamasında özellikle iki EFSANE öne çıkmıştır (6):

1. Kapsamlı yasakların ikram sektörünü zarara uğrattığı ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verileri durumun hiç de böyle olmadığını ortaya koymaktadır.
2. Kapalı alanlarda sigaralı/sigarasız bölümlerin ayrılması sağlığın korunması açısından yeterli olduğu YANLIŞ bilgisinin de düzeltilmesi için çaba gösterilmelidir. Uluslararası bilimsel veriler HİÇBİR KLİMA SİSTEMİNİN ORTAMDAKİ DUMANI TEMZİLEMEYE YETMEDİĞİ bilinmektedir. Bu nedenle kapalı alanların %100 tütün dumansız olması sağlanmalıdır.

Ülkemizde yukarıda belirtilen efsanelerin bazı sektörler tarafından kullanılmış olması dikkat çekicidir. Özellikle kahveciler, taksiciler, lokantacılar, restoran sahipleri, vb. kurumlar ve federasyonları uzunca bir süre 4207 sayılı Kanun'un ilgili maddelerinin iptali için yasal süreçler dahil oldukça yoğun çaba içinde olmuşlardır. Tütün endüstrisi çok uzun yıllardan bu yana sürdürdüğü kimi uygulamalarını hızlandırmıştır. Endüstrinin izlediği başlıca stratejiler aşağıda sıralanmıştır (7,8):

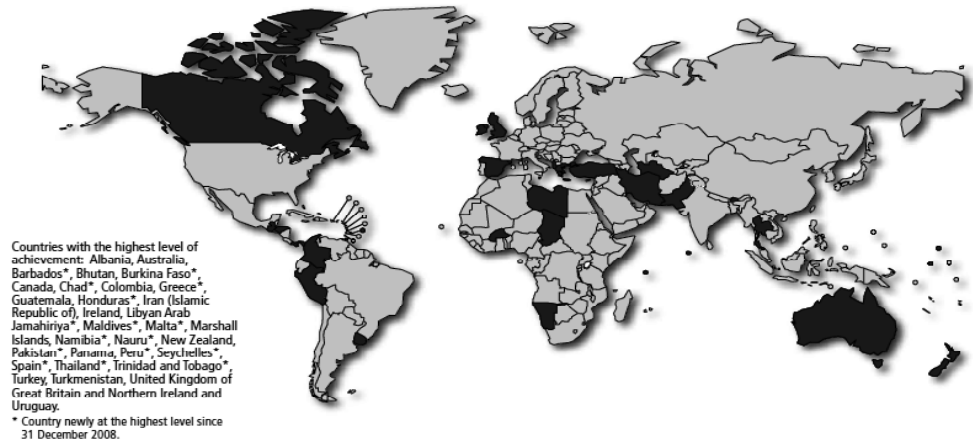
1. Tütün ürünlerinin topluma ulaştığı yolları, alanları artırmak, görünürlüğünü sağlamak,
2. Yasaların engellediği alanlarda yeni çıkış noktaları yakalamak,
3. Yeni hedef kitleler yaratmak (örneğin; kadınlar ve çocuklar) ve bu hedef kitlelerine yönelik stratejiler geliştirmek,

4. Kirlenen tütün endüstrisi yüzünün toplumda temizlenmesi için çaba sarfetmek,
5. Kanıta dayalı olmayan, yanlı-taraflı söylemler geliştirmek,
6. Politik süreçleri etkilemek için çalışmak,
7. Yasaların uygulanmasını önlemek için hukuksal çalışmalar yapmak,
8. Dünyada tütün mücadelesi ile ilgili gelişmeleri yakından izlemek,

Tütün lobisinin bütün bu programlı çabasına rağmen üretilen şehir efsanelerinin yanlışlığına dair bilimsel kanıtlar toplumda paylaşılmış ve güncel doğru bilgiler sürekli olarak aktarılmıştır. Bugün gelinen noktada durumun toplum sağlığı lehinde ilerlediğini ifade etmek mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü M-POWER 2011 dokumanında belirtildiği üzere Türkiye, kapsamlı tütün kontrolü yasakları bağlamında 2010 yılında en başarılı ülkelerden biri olarak Dünya haritasında yerini almıştır (Şekil 1).

SMOKE-FREE ENVIRONMENTS – HIGHEST ACHIEVING COUNTRIES, 2010



**koyu renk ile boyalı ülkeler*

Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planının da öngördüğü tütün kontrolü uygulamalarının yasal süreçten de alınan destekle pratik yaşama yönelik bazı olumlu yansımalarını vurgulamak gerekir (9,10,11).

- Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi amacıyla kamuya açık bütün kapalı mekanlarda sigara içimi yasaklanmıştır.
- Kapalı alanlarda hava kalitesi yükselmiştir.
- Sigara nedenli hastalıklara bağlı hastanelerin acil servsilerine başvurular azalmıştır.
- Sigara dumanından pasif etkilenime bağlı sağlık sorunlarında azalma sağlanmıştır.
- Ülkede sigara satış rakamlarında azalma eğilimi olmuştur. Satışın 100.000 milyon adedin üzerinde olduğu rakam 2010 yılında 90.000 milyon civarına düşmüştür. Düşüşün sürmesi beklenmektedir.

- Sigara paketleri üzerinde birleşik uyarıların kapladığı alanda artış olmuştur.
- Sigara vergileri yükselmiştir. Bu uygulama tüketimde azalma olmasına rağmen sigaraya bağlı vergi gelirlerini artırmıştır.
- 18 yaşın altındaki çocuğa sigara satan kişilere Kanun'un tek hapis cezası maddesi olan ceza verilmeye başlanmıştır.
- Sigarayı bırakmak isteyen yurttaşların sayısı arma eğilimindedir.
- 4207 sayılı Kanun'da gereksinimlere göre yeni düzenlemeler yapılmıştır.
- Sigara içen yurttaşların da 4207 sayılı Kanun'a sahip çıktıkları farklı araştırmalarda ortaya konulmuştur.
- ALO 171-Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmete girmiştir.

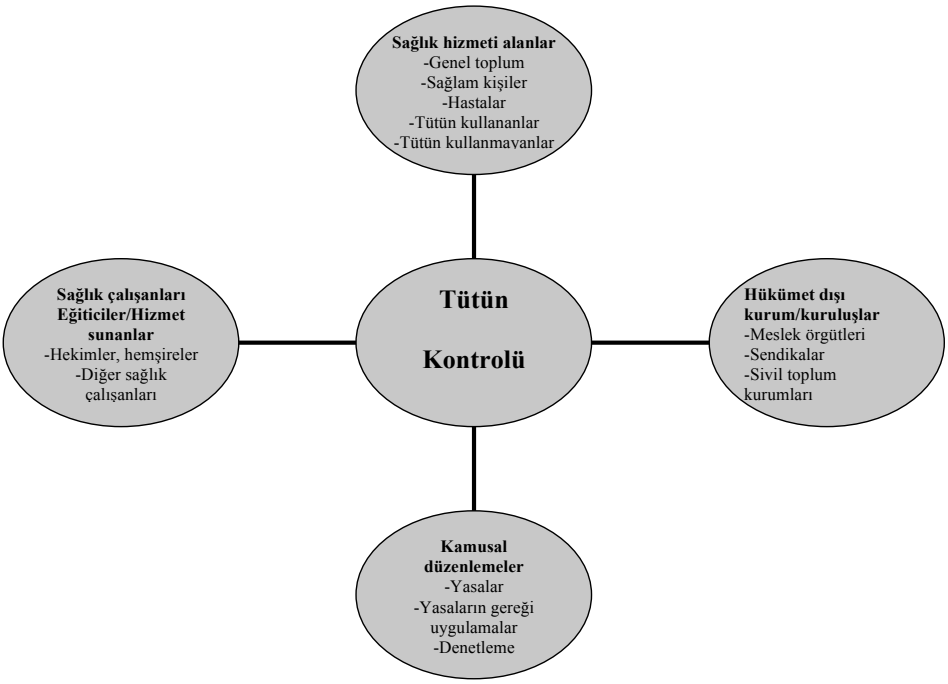
Tütün kontrolü uygulamalarındaki olumlu gelişmelere rağmen 4207 sayılı Kanun'un amacının tamamıyla yerine getirilemediği de görülmektedir. Bu bağlamda aşağıda belirtilen aksaklıklar göze çarpmaktadır:

- Denetimlerde eksiklikler/yetersizlikler mevcuttur.
- İl tütün kontrol kurullarının çalışmalarında standardizasyon eksiklikleri bulunmaktadır.
- Kanun'un gereği olan cezaların toplanma sürecinde aksaklıklar bulunmaktadır.
- Toplu taşıma araçlarında kimi zaman, taksilerde ve ticari araçlarda ihlallerin olduğu gözlenmektedir.
- Toplumda tütün kontrolü kapsamında her ne kadar yüzde yüze yakın bir destek olsa da dışarda kalan çok az kişinin bu konuda bilgi ve bilinç düzeyini artırıcı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.
- Bir tütün ürünü olan nargile içiminin yaygınlaşmasının engellenmesi gerekmektedir.

Tütün kontrolü uygulamalarının başarılı olabilmesi için ülkemizde Şekil 2'de görülen ilgili tarafların eşgüdüm içerisinde çalışmasının sağlanması son derece önem taşımaktadır (12).

Sonuç olarak; tütün kontrolü çok sektörlü, çok disiplinli bir çalışma ve mücadele alanıdır. Yasal zeminin sağlam olması bu mücadeleyi güçlendiren en önemli bileşendir. Ancak bu güçlü zemin üzerine kurulan kamusal ve sivil insiyatiflerin eşgüdüm içerisinde yürüttükleri çalışmalar toplum sağlığı için tütün kontrolü çabalarını destekler, ilerletir. Ülkemizde günümüze kadar sürdürülmüş olan başarılar sürdürülmeli, aksaklıklar ve eksiklikler hızla giderilmelidir. Her aşamada toplum desteği de sağlanmalıdır.

Şekil 2.Tütün kontrolünde temel bileşenler (10)



Kaynaklar

1. Hirschfelder, A.B. (1999). Encyclopedia of Smoking and Tobacco. Oryx Press pp. 373,374, 376, 362.
2. Aslan, D., Bilir, N., Dilbaz, N., Kılınç, O., Örsel, O., Özcebe, H., Sain-Güven, G., Uzaslan, E (2010). Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı-Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (nb. 796), Ankara.
3. Aslan, D., Bilir, N. (2008). Tütün Kullanımının Kontrolünde Dünya Sağlık Örgütünün Yeni Politikası: Güçlendirme, Mpower. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,17 (3), IV-V
4. http://www.tapdk.gov.tr/kurum.asp. Erişim: 29.07.2011.
5. http://www.resmigazete.gov.tr/def ault.aspx#. Erişim: 29.07.2011.
6. M-POWER 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Erişim: 8.7.2011.
7. Aslan, D. (2010). Tütün Kontrolünde Ulusal ve Küresel Organizasyon. In: Aytemur, Z., Akçay, Ş., Elbek, O. (Konuk Eds) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabında. Türk Toraks Derneği Yayınları (Toraks Kitapları-10), pp 122-131.
8. Dağlı, E. (2010). Tütün Endüstrisi Taktikleri. In: Aytemur, Z., Akçay, Ş., Elbek, O. (Konuk Eds) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabında. Türk Toraks Derneği Yayınları (Toraks Kitapları-10), pp 36-43.
9. 19 Temmuz 2011; Kapsamlı Tütün Kontrolü Yasasının Üçümcü Yılı Başlıyor. HASUDER Güncel Bilgi Notu. Halk Sağlığında Gündem-Temmuz Sayısı İçinde. www.hasuder.org.tr Erişim: 29 Temmuz 2011.
10. Dumansız hava sahası uygulaması üçüncü yaşına basıyor. SSUK Basın Bildirisi. 19 Temmuz 2011. http://www.ssuk.org.tr/pdf/basin_bulteni/SSUK_BasinAciklamasi18_07_2011.pdf. Erişim: 29.07.2011.
11. Yıllar İtibarıyla Sigara Tüketim Miktarları (1925-2010). http://www.tapdk.gov.tr/tutunmamulleri71.asp. Erişim: 8.1.2012.
12. Aslan, D. (2011). Tütün Kontrolünde Toplum Eğitimi İçin Taraflar ve Modeller. Tütün Kontrolü Yasasının Kapalı Ortam Hava Kalitesi Üzerindeki Etkileri. 5. Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Özet Kitabı, , Kocaeli, 8-11 Mayıs 2011, pp. 30-34

TÜTÜN KONTROLÜ UYGULAMALARININ SONUÇLARI

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Tütün kontrolüne ilişkin müdahalelerde üç temel yaklaşımın beraber uygulanması çok önemlidir: Tütün kullanmayı başlamayı önleme, tütün kullananların bırakmasını sağlama ve tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi. Türkiye'de 1996 yılında ilk tütün kontrolü yasası uygulamaya başlanmış olup, kapsamı 2008 yılında genişletilmiştir. Tütünün zararlarının önlenmesini hedefleyen yasa, özellikle tütün kullanımına başlama ile tütün dumanınından pasif etkilenimin önlenmesi ve tütün kullanımın bırakılmasına ilişkin maddeler içermektedir. Özellikle 2008 yasasında tüm kapalı ortamlarda tütün kullanımının yasaklanması tütün dumanından pasif etkilenmesi önlemeye yönelik en önemli uygulamalardan biridir. Yasada özellikle çocuk ve gençlerin tütüne ulaşmasına yönelik maddelerde en ağır ceza hükmünün olması da önemlidir. (1-3)

Tütün kontrolü müdahalesinin etkisinin değerlendirilmesinde kullanılan temel gösterge "tütün kullanım sıklığı"dır. Tütün kullanım sıklığının yanı sıra tütün dumandan pasif etkilenimin göstergeleri (iç ortam hava kalitesi değişimi ve tütün dumanı olan yerlerde çalışanların sağlık göstergeleri) tütün kontrolünün değerlendirilmesinde kullanılan diğer temel göstergelerdir. (4)

a. Sigara kullanım göstergelerinin değerlendirilmesi

Tütün kontrolü müdahalesinin temel amacı olan "tütün kullanım sıklığı" uzun vadede değişmesi beklenen bir göstergedir. Tütün kullanım sıklığının (prevalans) düşmesi tütün kullanımının başlanmasının önlenmesi ve tütün kullananların bırakması ile sağlanabilir. (4)

Tütün kullanmaya yeni başlayanlar genellikle çocuklar ve gençler gibi farklı hassas gruplardır. Çocukluk ve gençlik döneminde sigara kullanmaya başlama tütün endüstrisinin uzun vadeli müşteri kazanma isteğinden kaynaklanmaktadır. Tütün endüstrisi, çocuk ve gençlerin bulundukları dönemin özelliklerinden yararlanacak şekilde tanıtım ve sponsorluk çalışmalarıyla bu amacına ulaşmaya çalışmaktadır. Bu nedenle tütün kullanım prevalansının yanı sıra özellikle gençlerde tütün kullanmaya başlama kullanılması gereken temel göstergeler arasındadır. (3,4)

Tütün kontrol yasası (2008) öncesinde yapılan Küresel Yetişkin Tütün Kullanım Araştırmasının (KYTA) sonuçları cinsiyet, yerleşim yerleri ve yaş gruplarına göre tütün kullanımı prevalansını vermektedir.

Tütün Kullanım Sıklığı

KYTA'a (2008) göre Türkiye'de 15 yaşından büyük yetişkinlerin yaklaşık olarak üçte biri (%31,2), yaklaşık 16 milyon erişkin, halen tütün kullanmaktadır (Tablo 1). Erkekler (%47,8) kadınlardan (%15,2) daha fazla sigara kullanmaktadır. Yaklaşık olarak 12 milyon erkek ve 4 milyon kadın halen sigara kullanmaktadır. Erkeklerin yaklaşık yarısı (%43,8) ve her 9 kadından biri halen tütün kullanmaktadır; yani 11 milyon erkek ve 3 milyon kadın halen tütün kullanmaktadır. Halen tütün kullanan erkeklerin %90'ından fazlası (%47,9 dan %43,8'i) ve kadınların %76,3'ü (%15,2'nin %11,6'sı) hergün tütün kullanmaktadırlar. Erkek (%4,1) ve kadınlarda (%3,6) ara sıra tütün kullanan kişilerin yüzdesi birbirine benzemektedir. Her üç erkekten biri (%30,0) ve her dört kadından üçü (%74,8) hiç tütün kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Toplumun %15,9'u da (erkeklerin %22,1 ve kadınların %10,0) daha önce sigara kullanmışlardır. (5)

Tablo 1. 15 yaşından büyük yetişkinlerin cinsiyet ve tütün kullanım durumlarına göre yüzde dağılımı – Türkiye Küresel Tütün Kullanım Araştırması (KYTA), 2008.

Tütün kullanma	Toplam	Erkek	Kadın
	Yüzde (% 95 GA)		
Halen kullananlar	**31,2 (29,9 - 32,5)**	**47,8 (45,8 - 50,0**	**15,2 (13,9 - 16,4)**
Hergün kullananlar	27,4 (26,2 - 28,7)	43,8 (41,8 - 45,9)	11,6 (10,4 - 12,7)
Ara sıra kullananlar	3,8 (3,3 - 4,3)	4,1 (3,4 - 4,8)	3,6 (2,9 - 4,3)
Bırakan	**15,9 (15,0 - 16,9)**	**22,1 (20,6 - 23,6)**	**10,0 (8,8 - 11,2)**
Eskiden her gün kullanan	10,5 (9,8 - 11,2)	17,2 (15,9 - 18,5)	4,1 (3,4 - 4,7)
Eskiden ara sıra kullanan	5,4 (4,7 - 6,1)	4,9 (4,1 - 5,8)	5,9 (4,9 - 6,9)
Hiç kullanmayan	**52,8 (51,5 - 54,2)**	**30,0 (28,1 - 31,9)**	**74,8 (73,1 - 76,6)**

Not: Halen kullanma hem her gün hem de ara sıra (her günden daha az) kullananları kapsamaktadır.

KYTA 2008 göstermektedir ki, 15-24 yaş grubundaki nüfusun %25,3'ü halen her gün ya da ara sıra tütün kullanmaktadır; bu yüzde aynı yaş grubu erkekler arasında %39,6 iken kadınlar arasında %11,6'dır. Bu da 15-24 yaş grubunda olan her dört gençten birinin tütün kullandığını göstermektedir ki, bu oran erkeklerde 10 gençte 3 ve erkeklerde 10 gençte bir şeklindedir. (5) (Tablo 2)

Türkiye'de tütün kullanan kişilerin önemli bir kısmı gençlik döneminde tanışmış oldukları söylenebilir. Tüm yaş gruplarında tütün kullananların %19,6'sı 15 yaşından önce, %39,3'ü 15-17 yaşlarında ve %21'4ü 18-19 yaşlarında tütün kullanmaya başlamışlardır. Erkeklerde tütün kullanımına başlama ergenlik döneminde daha fazla iken, kadınlarda daha düşüktür. Erkek ve kadınlarda yaş gruplarına göre tütün kullanmaya başlama giderek daha genç yaşlara doğru kaymaktadır. (5) (Tablo 3).

Tablo 2. 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin yaş gruplarına hergün ve ara sıra tütün kullanma ile tütün kullanmama durumlarının yüzde dağılımı - Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA), 2008.

Özellik	Tütün kullanma durumu			Toplam
	Her gün	Ara sıra[1]	Halen kullanmayan	
	Yüzde (%95 GA)			
Toplam	27,4 (26,2 - 28,7)	3,8 (3,3 - 4,3)	68,8 (67,5 - 70,1)	100,0
15-24	21,7 (18,7 - 24,7)	3,6 (2,4 - 4,8)	74,7 (71,6 - 77,9)	100,0
25-44	34,7 (32,9 - 36,6)	5,2 (4,4 - 6,0)	60,1 (58,1 - 62,0)	100,0
45-64	27,0 (24,9 - 29,0)	2,5 (1,8 - 3,3)	70,5 (68,4 - 72,6)	100,0
65+	8,7 (6,9 - 10,6)	1,6 (0,8 - 2,4)	89,7 (87,7 - 91,6)	100,0
Erkek	43,8 (41,8 - 45,9)	4,1 (3,4 - 4,8)	52,1 (50,0 - 54,2)	100,0
15-24	34,9 (30,0 - 39,7)	4,7 (2,8 - 6,6)	60,4 (55,4 - 65,4)	100,0
25-44	53,1 (50,1 - 56,1)	5,1 (3,9 - 6,3)	41,8 (38,8 - 44,9)	100,0
45-64	44,3 (41,0 - 47,5)	2,2 (1,3 - 3,2)	53,5 (50,2 - 56,8)	100,0
65+	17,9 (14,0 - 21,8)	2,6 (1,0 - 4,2)	79,5 (75,5 - 83,5)	100,0
Kadın	11,6 (10,4 - 12,7)	3,6 (2,9 - 4,3)	84,8 (83,6 - 86,1)	100,0
15-24	9,1 (6,6 - 11,5)	2,5 (1,3 - 3,7)	88,4 (85,7 - 91,2)	100,0
25-44	16,2 (14,4 - 18,0)	5,3 (4,1 - 6,6)	78,5 (76,5 - 80,5)	100,0
45-64	10,3 (8,3 - 12,3)	2,8 (1,7 - 3,9)	86,9 (84,5 - 89,2)	100,0
65+	1,6 (0,4 - 2,8)	0,8 (0,0 - 1,6)	97,6 (96,2 - 99,0)	100,0

[1] Ara sıra her gün kullanımdan daha az anlamına gelmektedir.

Tablo 3. Şimdiye kadar herhangi bir zamanda her gün tütün kullananların yaş grupları ve cinsiyete göre tütün kullanmaya başlama yaşlarının yüzde dağılımı - Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA), 2008.

	Tütün kullanmaya başlama yaşı (yıl)				Toplam
	<15	15-17	18-19	20+	
Toplam	19,6 (16,7 - 22,5)	39,3 (35,8 - 42,9)	21,4 (18,3 - 24,5)	19,7 (17,2 - 22,2)	100,0
Cinsiyet					
Erkek	22,2 (18,5 - 25,8)	40,3 (36,0 - 44,6)	21,1 (17,5 - 24,7)	16,4 (13,5 - 19,2)	100,0
Kadın	12,4 (8,4 - 16,4)	36,5 (30,8 - 42,3)	22,1 (16,5 - 27,7)	28,9 (23,4 - 34,5)	100,0
Erkek					
18-24	24,4 (16,6 - 32,1)	50,6 (41,2 - 60,0)	18,7 (11,8 - 25,5)	6,4 (2,9 - 10,0)	100,0
25-29	26,4 (19,6 - 33,1)	36,0 (28,3 - 43,7)	19,1 (12,9 - 25,4)	18,4 (12,5 - 24,4)	100,0
30-34	17,7 (13,4 - 22,1)	35,3 (29,9 - 40,7)	24,3 (19,2 - 29,4)	22,7 (18,2 - 27,1)	100,0
Kadın					
18-24	11,8 (5,8 - 17,9)	45,6 (34,2 - 57,1)	19,8 (10,6 - 28,9)	22,7 (13,0 - 32,5)	100,0
25-29	14,3 (7,9 - 20,6)	38,9 (29,8 - 48,0)	24,0 (15,7 - 32,3)	22,9 (14,5 - 31,2)	100,0
30-34	10,8 (2,6 - 19,0)	24,5 (16,1 - 32,8)	22,4 (13,6 - 31,1)	42,4 (32,6 - 52,1)	100,0

Gençlerde tütün kullanımının önemi nedeniyle gençlere yönelik küresel tütün kullanımı araştırmaları yürütülmektedir. Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), Dünya Sağlık Örgütü ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Önleme Kontrol Merkezi (CDC) işbirliğinde dünya genelinde yaklaşık 190 ülkede gerçekleştirilen standart bir çalışmadır. Sigara içme oranlarının takibi için tüm ülkelerde her 5 yılda bir yapılmaktadır. Türkiye'de ilki 2003 yılında gerçekleştirilen çalışmanın ikincisi 2-30 Nisan 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. (6)

Türkiye 2009 KGTA'na 27 ilden 69 okulda ilköğretim 7. ve 8., lise hazırlık ile 1. ve 2. sınıflarda öğrenim gören toplam 5.045 öğrenci katılmıştır. Okul katılım oranı %98,6, sınıf katılım oranı %100 ve öğrenci katılım oranı ise %88,8'dir. Öğrencilerin %8,4'ü (erkeklerde %10,2, kızlarda %5,3) halen sigara içmektedir. Türkiye 2003 Küresel Gençlik Tütün Araştırmasında, bu yaş grubu öğrencilerde halen sigara içme oranı %6,9 (erkeklerde % 9,4, kızlarda % 3,5) olup, bu yaş grubu öğrenciler arasında, kız öğrencilerde daha belirgin olmak üzere sigara içme oranlarının arttığı saptanmıştır. (6, 7)

Tütün Kullanımının Bırakılması

Tütün kullanımın bırakılmasına ilişkin de kesin sayı olmamakla beraber hem kamu kurumlarında hem de özel sektörde sigara bırakma üniteleri açılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından her ilde en az bir tane olacak şekilde 232 sigara bırakma merkezi hizmet vermektedir. Sigara bırakma polikliniklerinde 2009 yılında 35 bin, 2010 yılında 120 bin, 2011 yılının ilk 3 ayında ülke genelinde toplam 98 bin kişiye sigara bırakma hizmeti verilmiştir. Sağlık Bakanlığı geri ödeme kapsamında olmayan sigara bırakma ilaçlarından 250.000 kür satın almış ve bunlar ülke genelindeki sigara bırakma polikliniklerinde ücretsiz dağılmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılından beri ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı sigara bırakmak isteyenlere yönelik bir telefon hattı hizmete başlamıştır. Danışma hattına ilk 5 aylık dönemde yaklaşık 1 milyon başvuru olmuştur. Bu hatta ilk çalışılmaya başladığında 3,1 olan bekleme süresi 0,7 dakikaya düşmüştür. (8)

Yasa sonrası yapılan araştırmalarda sigarayı bırakma ile ilgili sorular da sorulmaktadır. HASUDER tarafından ikram sektöründe yasanın uygulanmaya başlamasından önce ve sonra sekiz ilde yapılan çalışmada 160 işletmede müşteri ve çalışan/işyeri sahibi ile görüşme yapılmıştır. Yasa sonrasında müşterilerin %40,2'si ve çalışan/işyeri sahiplerinin %22,4'ü sigara bırakmayı düşündüklerini belirtmektedirler. Yine HASUDER tarafından Ankara'da ikram sektöründe yapılan bir başka çalışmada çalışanların içtikleri sigara sayısında belirgin bir şekilde azalma olurken (23,24±13,66 ve 16,48±10,38) sigarayı bırakmak isteyenlerin yüzdesinde artma vardır (%57,5 ve %66,7). Yine öğretmenler, hekimler ve hemşireler arasında yapılan bazı çalışmalarda sigarayı bırakmayı düşünme artmakta ve içilen sigara sayısında azalma olmuştur. (4)

Satılan Sigara Sayısı

Kullanılan sigara sayısının azalmasını değerlendirmenin bir başka yöntemi ise resmi olarak satılan sigara sayısının değerlendirilmesidir. Şekil 1'de görüldüğü gibi 2011 yılında sigara satış miktarı 2000 yılından beri ilk defa en düşük değere ulaşmıştır (9) (Şekil 1).

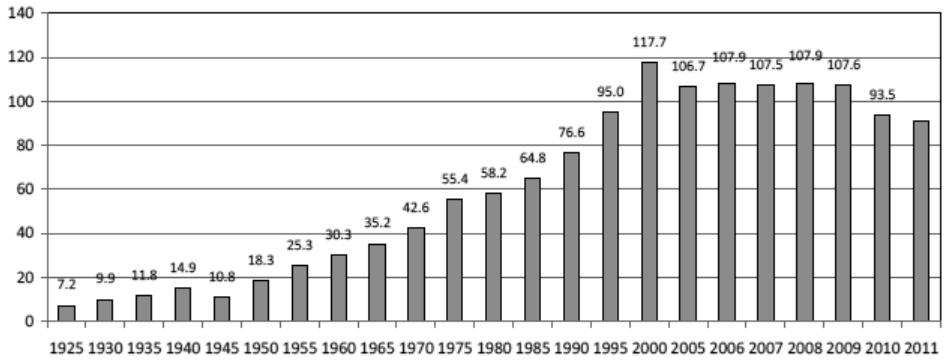
b. Sigara Dumanından Pasif Etkilenim Göstergeleri

Sigara dumanından pasif etkilenimin değerlendirilmesinde bir kaç gösterge kullanılabilir.

İç Ortam Partikül Yoğunluğu

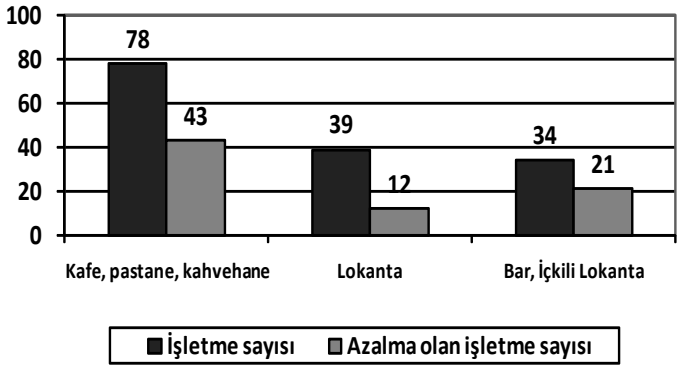
Bu göstergelerden birincisi iç ortam hava kalitesinin değişimidir. Yasanın ikram sektöründe uygulamasının öncesi ve sonrasında HASUDER tarafından sekiz ilde ikram sektöründe yer alan 160 işletmede partikül yoğunluğu (PM 2,5) ölçülmüştür. Bu ölçümlerde ölçüm sonuçlarına göre kafe, pastane ve kahvehanelerin %55,1'inde, lokantaların %30,7'sinde ve bar, içkili lokantaların %61,8'inde kapalı ortam hava kirliliğinde azalma vardır. Bu çalışmanın sonuçları göstermektedir ki; her ne kadar hedeflenen düzeyde olmasa da kapalı ortam havasındaki partikül düzeyinde önemli ölçüde azalma vardır. (4) (Şekil 2).

Şekil 1. Türkiye'de sigara satış sayısı (milyar tane) (1925-2011)



Şekil 2. Tütün Kullanımının İkram Sektöründe Uygulamasından Önce ve Sonraki Dönemde Sekiz İlde Ölçüm Yapılan İşletme Sayıları ve Partikül Miktarında Azalma Olan İşletme Sayıları

(Sekiz İl, Nisan ve Kasım 2009)



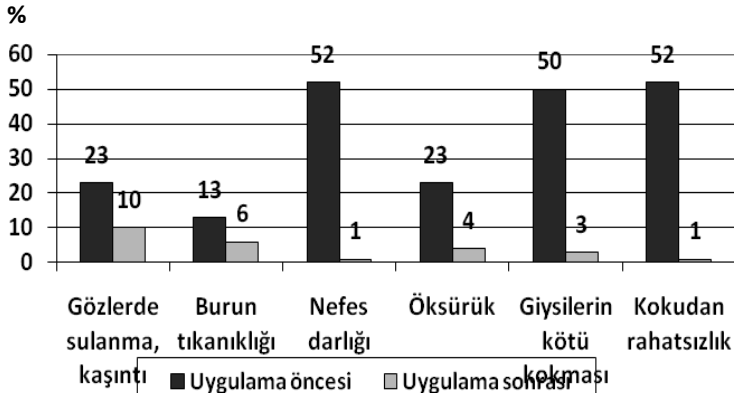
Çalışan Sağlığı

İkram sektöründe tütün kullanımının yasaklanması aynı zamanda o ortamda çalışanların sağlığını olumlu olarak etkilemektedir. Yine HASUDER tarafından yapılan Ankara'da ikram sektöründe yapılan çalışmada çalışanların yasa uygulama öncesi ve sonrasında sağlık yakınmaları sorulmuş, nefeste CO ve idrarda cotinin değerlendirmeleri yapılmıştır. (4)

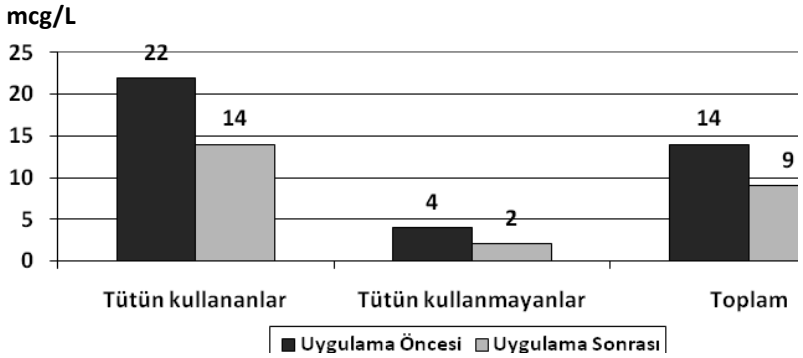
Bu çalışmanın sonuçlarına göre (4):

- Çalışanların gözlerde sulanma/kaşıntı, nefes darlığı, öksürük, giysilerinin kötü kokması ve sigara dumanının kokusundan rahatsızlık yakınmalarının, uygulama sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Şekil 3).
- Uygulama öncesi ve sonrası yapılan nefeste karbonmonoksit ölçümlerinin ortalama değerleri hem tütün ürünü kullanan hem de kullanmayan çalışanlarda uygulama sonrasında azalmakla birlikte, bu fark herhangi bir tütün ürünü kullananlarda ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Şekil 4).
- İdrarda ölçülen kotinin düzeyleri için tüm ortalama değerler uygulama sonrasında düşmüştür, bu düşüş herhangi bir tütün ürünü kullanmayanlarda ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Şekil 5).

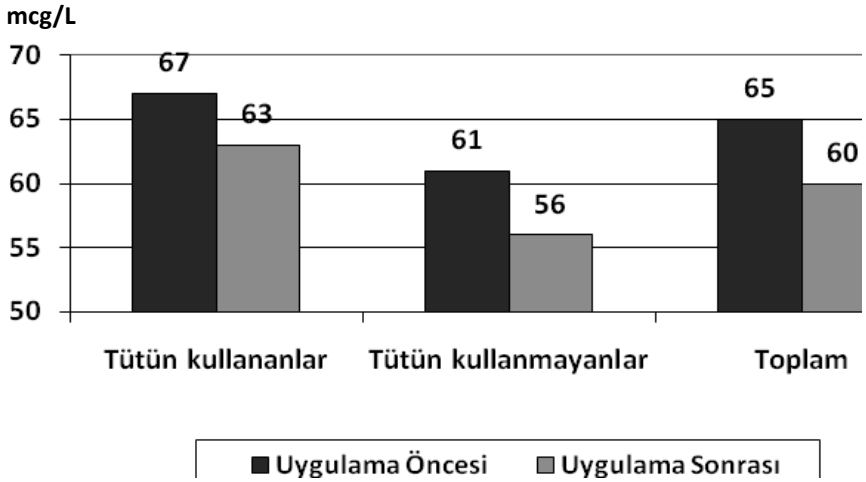
Şekil 3. 4207 Sayılı Kanun'un İkram Sektöründe Uygulanmasından Önce ve Sonra Görüşülen Sektör Çalışanlarının Sağlık Yakınmaları (Temmuz ve Ekim 2009, Ankara)



Şekil 4. 4207 Sayılı Kanunun İkram Sektöründe Uygulanmasından Önce ve Sonra Çalışanların Nefeslerinde Ölçülen Karbonmonoksit Değerleri (n=41) (Temmuz ve Ekim 2009, Ankara)



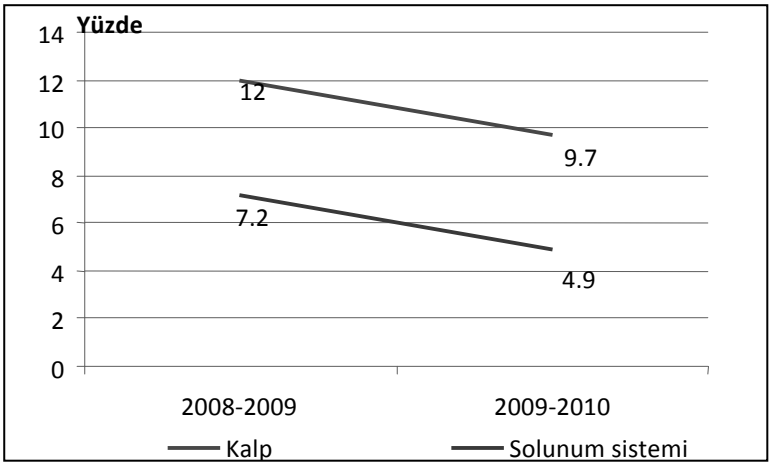
Şekil 5. 4207 Sayılı Kanun'un İkram Sektöründe Uygulanmasından Önce ve Sonra Çalışanlarda Kotinin Değerleri (n=41)(Temmuz ve Ekim 2009, Ankara)



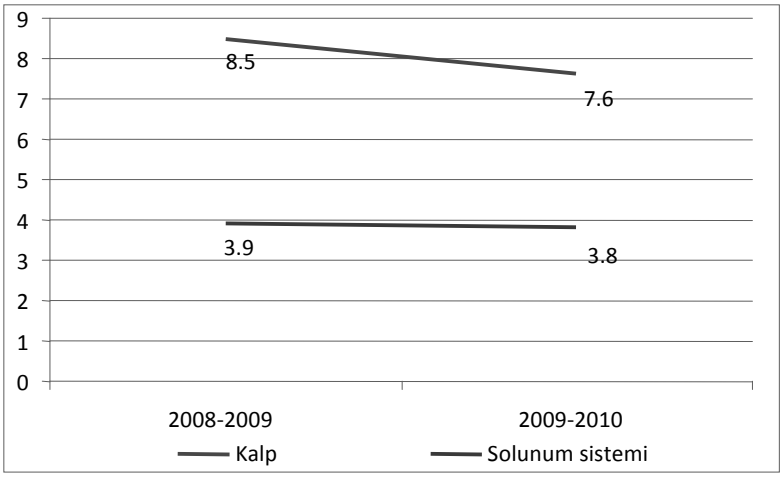
Acil Sağlık Sorunları Başvuruları

Kronik hastalığı olanların tütün dumanı olan ortamlarda bulunma durumlarında akut yakınmaları ortaya çıkma olasılıkları artmaktadır. Koroner arter hastasının akut enfaktüs tablosunda ya da kronik obstrüktif hastalığı olan hastaların akut nefes darlığı yakınmaları artması gibi acile başvurmasına neden olan yakınların azalması beklenmektedir. HASUDER tarafından yapılan çalışmada Ankara İlinde 112 Acil Hizmete başvuran hastaların sayılarının içindeki sigara dumanından pasif etkilenme sonrasında ortaya çıkabilecek olan kalp ve solunum sistemi hastalıklarının payları değerlendirilmiştir (4) (Şekil 6 ve Şekil 7).

Şekil 6. 2007-2010 Yılları Kış Döneminde Ankara 112 Acil Servise Yapılan Başvurular Arasında Sigara Kullanımı İle İlişkili Başlıca Sağlık Sorunlarının Değişimi (Erkek, yüzde)



Şekil 7. 2007-2010 Yılları Kış Döneminde Ankara 112 Acil Servise Yapılan Başvurular Arasında Sigara Kullanımı İle İlişkili Başlıca Sağlık Sorunlarının Değişimi (Kadın, yüzde)



Tütün kullanımının yasaklanmasıyla ilk aşamada hastalıkların akut tablolarında azalma olmaktadır. Ülkemizde de Ankara İlinde 112 Acil Servise başvuran hastanelerde yapılan 2007-2010 dönemine ait bazı aylarda yapılan bu çalışmada da dünya örnekleriyle uyumlu bir şekilde azalma saptanmıştır.

Sonuç olarak 2008 yve 2009 yıllarında kademeli olarak uygulamaya giren yasanın sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda sigara dumanından pasif etkilenim belirgin bir şekilde azalmış, hem çalışanların hem de kronik hastalığı olanların sağlık yakınmalarında azalma olmuştur.

Sigara kullanan kişilerin sigara kullanma miktarlarında azalma olmuş ve sigarayı bırakma eğilimleri artmıştır.

Sigaraya başlama yaşı ve sigara kullanma sıklığının değerlendirilmesi ise yasanın hedefe ulaşmasına ilişkin göstergeler olup, sürekli olarak değerlendirilmesi uygundur.

Kaynaklar

1. Bilir N et al. Tobacco control in Turkey. Copenhagen, World Health Organization, 2009.
2. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T ve Önder Z. Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları. DSÖ Avrupa, Bloomberg Sigara İle Mücadele Küresel Girişimi. Ankara, 2010.
3. Bilir N, Özcebe H, Aslan D. Tobacco use and control in Turkey. Turkish Journal of Public Health, 2009, 7:61–75.
4. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Türkiye'de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirmesi Projesi Raporu, Aralık 2010.
5. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2010. Anil Print House.
6. Milli Eğitim Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Ofisi, Küresel Gençlik Tütün Araştırması, yayınlanmamış araştırma raporu. 2009.
7. Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, Çakır B, and Warren CW. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. Soz Praventiv Med. 51 (2006) 91–98.
8. Sağlık Bakanlığı, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Başkanlığı, İstatistik veri, 2011.
9. Bilir N, Özcebe H, Tobacco Control in Turkey; Story of Commitment and Leadership, World Health Organization, Copenhagen, 2012.

ULUSLARARASI GELİŞMELER ve DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN ROLÜ

Dr. Toker Ergüder

Bugüne kadar tütün kullanımını azaltmak için pek çok strateji denenmiştir. Fakat tütün kullanımının sağlığa verdiği zararın bilimsel olarak kanıtlanmasının üzerinden 50 yıl ve pasif içiciliğin zararlarının onaylanmasının üzerinden ise 30 yıl geçmesine rağmen, çok az sayıda ülkede tütün salgınını önlemeye yönelik etkili ve bilinçli stratejiler uygulanmıştır. Gelişmekte olan ülkeler tütünle mücadele konusunda gelişmiş ülkelere nazaran çok daha geride kalmıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki özellikle kadınlar ve genç erişkinler tütün endüstrisinin kar ve satış rakamlarını artırmada büyük bir potansiyele sahiptirler ve bu yüzden tütün endüstrisi tarafından hedef kitle olarak seçilmişlerdir (1). Bazı ülkelerde hükümetlerin tütün yetiştirme ve satışından doğrudan veya dolaylı kazançlar elde etmeleri de tütün karşıtı hareketi engellemektedir.

Bu nedenle tütün salgınına karşı ortak hareket etmek amacıyla, tütün kontrolü için uluslararası bir anlaşmanın geliştirilmesi fikri ilk kez Mayıs 1998 tarihindeki 48. Dünya Sağlık Asamblesi (DSA) sırasında ortaya atılmıştır. Bir sonraki sene 49. DSA, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Başkan'ının DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (DSÖ TKÇS) çalışmalarını başlatmasını öneren DSA 49.17 sayılı önergesini kabul etmiştir. Yaklaşık olarak 4 yıl süren uzun tartışmalar sonunda Sözleşme 21 Mayıs 2003 tarihinde DSÖ'nün 56. DSA'nde üye ülkelerin oy birliği ile kabul edilmiştir. Ardından Sözleşme ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalanmış, ülke parlamentolarında onaylanmıştır (2). Adı geçen sözleşme Türkiye adına Sağlık Bakanı tarafından 24 Nisan 2004 tarihinde imzalamış ve 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak kabul edilmiştir. Sözleşmeyi imzalamış olan taraf ülkeler anlaşmayı onaylamak, kabul etmek ve hedeflerini gerçekleştirmek için politik bağımlılıklarını belirtmiş olmaktadırlar. Sözleşmeyi parlamentolarında onaylayan ülke sayısı 27 Temmuz 2011 tarihi itibariyle 174'e ulaşmıştır. Bu anlamda DSÖ TKÇS, Birleşmiş Milletler tarihinde en çok üye ülkeye (Tarafa) sahip olan antlaşmadır. (3). DSÖ TKÇS tütün salgınının küreselleştirilmesine cevap olarak geliştirilmiştir ve DSÖ himayesinde görüşülen ve imzalanan ilk halk sağlığı antlaşmasıdır.

Çerçeve Sözleşmenin kabul edilmesinden 5 yıl sonra 2008 yılında DSÖ, Sözleşmede yer alan konuların etkili şekilde uygulanmasına olanak sağlamak üzere tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER - kuvvet) hazırlamıştır. MPOWER paketi, DSA'nin 61. oturumunda sunulan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için DSÖ Eylem Planı'nın önemli bir parçasıdır (4). Bu plan, 2000 yılındaki 53. oturumda bu tür hastalıkların engellenmesi ve kontrol edilmesine öncelik verilmesi kararının benimsenmesini takip etmiştir. Tütün kontrolü güçlü bir politik birliğin yanı sıra sivil toplumun da katılımını gerektirir (5).

Küresel tütün kullanımını azaltmak için MPOWER politika içindeki müdahale ve politikaların hayata geçirilmesi, uygulamaları geliştirme yönünde veri toplamak için sistematik araştırmalar yapılması, titiz izleme çalışmaları yürütülmesi gerekmektedir. Kısmi müdahaleler genellikle toplumun tütün kullanımını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Bundan ötürü, müdahale uygulamalarının geniş kapsamlı olması gerekmektedir. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

- Tütün ürünlerinin vergilerini ve fiyatını artırmak (R),
- Tütün ürünlerinin reklâm, tanıtım ve sponsorluğunu yasaklamak (E),
- Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (P),

- Herkesi tütün ürünlerinin tehlikeleri konusunda uyarmak (W),
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (O) ve
- Tütün salgınını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (M).

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu altı politika paket olarak etkili şekilde uygulandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, halen sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır (6).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Gender and Tobacco Control. A Policy Brief. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595773_eng.pdf, Erişim 27 Temmuz 2011).
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) http://www.who.int/fctc/en/index.html erişim 27 Temmuz 2011).
3. History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563925_eng.pdf., Erişim 27 Temmuz 2011).
4. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008, MPOWER Paketi, World Health Organization, Regional Office for Europe., http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_tur.pdf, Erişim 27 Temmuz 2011).
5. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, Erişim 27 Temmuz 2011).
6. M-POWER 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Erişim: 8.7.2011.

BÖLÜM 05
TÜRKİYE'DE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Bölüm Editörü:

Prof.Dr. Belgin Ünal, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Arş.Gör.Ceyda Şahan Akduman, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr.Yıldız Akvardar, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Araş.Gör.Dr. Deniz Altun, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Uz.Dr.Hale Arık, *Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Ordu*

Prof.Dr.Özgür Aslan, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD*

Doç.Dr.Yücel Demiral, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Arş.Gör.Sinem Doğanay, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Gül Ergör, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dr.Hemş.Gül Gerçeklioğlu, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr.Gönül Dinç Horasan, *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD*

Prof. Dr. Sibel Kalaça, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Arş.Gör.Özlem Pekel, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Uz.Dr. Kaan Sözmen, *Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir*

Öğr.Gör.Dr. Hatice Şimşek, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Belgin Ünal, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

ÖNSÖZ

Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar bölümü Belgin Ünal editörlüğünde oluşmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar başlığı altında kalp damar hastalıkları, başlıca risk faktörleri, diyabet, obezite, kanserler ve akıl sağlığı ele alınmıştır. Kalp damar hastalığı ve risk faktörleri konusunda ülkemizde yapılan çalışmalar sistematik olarak incelenmiş ve yapılan çalışmaların eleştirel değerlendirme notları ilgili bölümlere eklenmiştir.

Bölümün ilk yazısı, kalp damar hastalıkları (KDH) motalitesi ve morbiditesini ele almaktadır. Ülkemizde KDH'ye bağlı mortalite hızı konusunda geçerli ve güncel bilgilerin yetersizliği, kadınlarda koroner kalp hastalığından ölümlerin yüksekliği dikkat çekicidir. Risk faktörleri arasında sigaranın önemine, Türkiye'de tütün kullanımının çok yaygın olduğuna ve sigara içme sıklığındaki değişimin yakından izlenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Yüksek kolesterol sıklığı ve yüksek kan basıncına ilişkin çalışmalar özetlenmiştir. Obezite sıklığının Türkiye'de artış eğiliminde olduğuna vurgu yapılmıştır.

Kanserler başlığı altında Türkiye'de 2006 yılı verilerine göre erkeklerde tüm kanser türleri için yaşa standardize insidans hızı 100 binde 231, kadınlarda 100 binde 145 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda meme kanseri ilk sırada; tiroid kanseri ise ilk on kanser türü arasında yer almaktadır. Erkeklerde akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Erkeklerde akciğer kanserinin %41.2 ile kanser ölüm sıralamasında ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Kadınlarda ise akciğer ve larinks kanseri % 12.9 ile ilk sırada yer alırken % 12.7 ile meme kanseri ikinci sırada yer almıştır.

Ruh sağlığı başlığı altında toplum içinde psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal bozuklukların sıklığının %20'nin üzerinde olduğu, hastalık yükü bakımından nöropsikiyatrik hastalıkların her iki cinste de ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir. Türkiye ruh sağlığı sisteminin sorunları arasında; ruh sağlığı hizmetinin hastane temelli yürütülmesi, Avrupa ülkeleri arasında en düşük psikiyatri yatağı oranına sahip olunması, Psikiyatrist, çocuk psikiyatristi sayısının Avrupa ülkeleri içinde en düşük oranda olması, kronik psikotik hastalar için bir bakım sisteminin olmaması ve Ruh Sağlığı Yasasının olmaması vurgulanmıştır.

Yazarlar tekrarlayan şekilde, bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında politika oluşturmada yol gösterici olacak, Türkiye'yi coğrafi ve toplum yapısı olarak temsil eden, geçerli yöntemlerin kullanıldığı, belirli aralıklarla tekrarlanan epidemiyolojik çalışmaların eksikliğine vurgu yapmaktadırlar.

Doç Dr Tacettin İnandı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği YK Başkanı

Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bulaşıcı olmayan (ya da kronik) hastalıklar artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir bölümünü kalp ve damar hastalıkları (KDH), kanserler ve ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü birincil ve ikincil korumanın eş güdüm içinde uygulandığı ulusal sağlık politikalarının varlığını ve sağlık sisteminin altyapı ve iş gücü olarak uygun şekilde yapılandırılmasını gerektirir. Toplumsal düzeyde bulaşıcı olmayan hastalık kontrol programlarını geliştirme, izleme ve değerlendirme için mortalite, morbidite, risk faktörleri ve hastalarının tedaviye ulaşımı konusundaki verilerinin bilinmesi önemlidir. İzleyen bölümlerde ülkemizde varolan epidemiyolojik veri kaynakları sistematik olarak incelenerek bulaşıcı olmayan hastalıkların boyutuna ilişkin epidemiyolojik veriler sunulmuştur.

Raporun hazırlanmasında çoğu Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'ndan olmak üzere genç halk sağlıkçıların yoğun emeği vardır. Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaya başlanan bulaşıcı olmayan hastalıklar "salgınını" kontrol altına almada bu genç ve dinamik halk sağlıkçıların önemli görev ve sorumluluklar üstleneceklerine olan inancımla bu raporun halk sağlığı alanında önemli bir boşluğu doldurmasını diliyorum.

Prof Dr Belgin Ünal, 2012

1 KALP DAMAR HASTALIKLARI MORTALİTESİ

Yazarlar: Gönül Dinç Horasan*, Gül Gerçeklioğlu, Kaan Sözmen***, Hale Arık****, Belgin Ünal*****

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

** Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Halk Sağlığı Anabilim Dalı

***Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

****Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Ordu

*****Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ülkemizde KDH'ye bağlı mortalite hızı konusunda, toplum düzeyinde yapılan araştırmaların sonuçlarından yararlanılabilir. Bu konuda yürütülen çalışmalar az sayıdadır. KDH ve risk faktörleri epidemiyolojisini saptamak üzere yürütülen TEKHARF çalışmasında 45-74 yaş kohortunda 1990-2000 arasında meydana gelen ölümlere göre KKH mortalitesi erkeklerde yüz binde 800, kadınlarda yüz binde 470 saptanmıştır (1). 2000 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü (UHY) çalışmasında 30 yaş ve üzerinde KKH mortalite hızı erkeklerde yüz binde 352, kadınlarda yüz binde 236; SVH mortalite hızı erkeklerde yüz binde 236, kadınlarda yüz binde 121'dir (2). UHY çalışmasına göre KKH (%21,7) ve SVH (%15.0) birinci ve ikinci sırada yer alan ölüm nedenleridir. Hipertansif kalp hastalıkları, ölümlerin %3.0'ünden sorumludur. Toplam hastalık yükünün ise %19.3'ü KDH'ye bağlıdır (3). Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporunda Türkiye'de 2008 yılında kardiyovasküler hastalıklar ve diyabete bağlı mortalite hızı Ulusal hastalık Yükü Çalışması verilerine dayalı tahmin edilerek, erkeklerde yüz binde 402.5, kadınlarda yüz binde 321.5 bildirilmektedir (4).

1.0.1 Türkiye'de mortalite verilerinin bildirimi ve kalitesi

Türkiye'de mortalite istatistikleri, TÜİK tarafından 1931 yılından itibaren derlenmeye başlanmış ve 1949 yılı sonuna kadar, "nüfusu en fazla olan 25 il merkezi", 1950- 1956 yılları arasında "bütün il merkezleri", 1957 yılından itibaren ise "bütün il ve ilçe merkezleri" kapsam içine alınarak yayımlanmıştır. 1957-2008 yılları arasında il ve ilçe merkezleri için ölüm istatistikleri ayrı bir yayın olarak sunulmuştur. Avrupa Birliği'ne uyum çalışmaları sürecinde, ülkemizdeki ölüm nedeni istatistiklerinin, Avrupa Birliği üyesi ülkelerin istatistikleri ile aynı standartlara ulaştırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve TÜİK işbirliği ile bir proje başlatılmış ve 2009 yılı itibariyle ölüm verisi toplama yöntemi değiştirilmiştir. Ölüm nedeni istatistiklerinin kapsamı yeni düzenlemede de il ve ilçe merkezleri ile sınırlı tutulmuştur. Ancak il ve ilçe merkezleri dışından yapılan bildirimler de ölüm bildirimlerine eklenmektedir. Ölüm belgesinin hekim tarafından görülen tüm ölüm vakaları için hastaneler, aile sağlığı merkezleri, belediye tabiplikleri, adli tıp kurumları ile diğer sağlık kuruluşları tarafından doldurulması gerekmektedir (5). Türkiye'de 2008 yılı öncesinde mortalite verilerinin kalitesinin yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Mortalite istatistiklerinin kalitesi kapsayıcılık, zamanındalık, tamlık ve doğruluk açısından değerlendirilebilir. DSÖ tarafından yayımlanan 2009 yılı dünya sağlık istatistiklerine göre ülkemizde ölüm bildirim sisteminin kapsayıcılığı 2000-2007 yılları arasında %50-74'tir (6). Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışmasında elde edilen sonuçlara göre, kentsel alanlarda yaşayan beş yaş ve üzeri ölüm bildirimlerinin tamlığı erkeklerde % 88, kadınlarda ise % 84'tür (3).

1.0.2 Koroner kalp hastalığına bağlı mortalite hızı

Ülkemizde mortalite istatistiklerinin kalitesinin yeterli olmadığı söylenebilir. Ancak rutin olarak toplanan ölüm verisi zaman içindeki değişimi incelemek için uygun varsayımlar kullanılarak yeniden yorumlanabilir. İzleyen tablo ve grafiklerde TUİK tarafından il ve ilçe merkezleri için toplanan ölüm verileri kapsayıcılık ve ölüm nedenlerinin doğruluğu açısından UHY-ME Çalışması (2000)'nda kullanılan varsayımlar kullanılarak hesaplanmış KKH ve SVH mortalite hızları sunulmuştur(7,8). Tablo 1.1 ve Tablo 1.2'de 2008 yılı için hesaplanan cinsiyete ve yaş gruplarına göre KKH ve SVH mortalite hızı yer almaktadır. KKH ölüm hızı erkeklerde yüz binde 365,7, kadınlarda yüz binde 324,5 olarak saptanmıştır ve yaşla artış dikkati çekmektedir (7,8).

Tablo 1.1 2008 yılı cinsiyete ve yaş gruplarına göre KKH mortalite hızı

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam
35-44	41,2	22,1	31,9
45-54	153,0	66,4	110,8
55-64	402,4	192,6	296,4
65-74	950,0	632,0	779,0
75 +	2424,9	2418,1	2410,4
Toplam	365,7	324,5	344,8

1.0.3 Serebrovaskuler hastalığa bağlı mortalite hızı

SVH'a bağlı mortalite hızı 35 yaş üzeri erkeklerde yüzbinde 159, kadınlarda yüzbinde 181 olarak saptanmıştır. Erkeklerde 35-74 yaş arasında tüm yaş gruplarında SVH ölüm hızı kadınlardan daha fazladır. 75 yaş ve üzerinde ise kadınlarda SVH mortalite hızı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (7,8).

Tablo 1.2 Cinsiyete ve yaş gruplarına göre 35 yaş ve üzeri serebrovaskuler hastalığa bağlı mortalite hızı, 2008 Türkiye.

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam
35-44	14,5	10,2	12,4
45-54	47,9	32,7	40,5
55-64	138,9	95,1	116,7
65-74	423,1	358,7	388,0
75 +	1266,3	1393,1	1334,3
Toplam	158,6	180,8	169,6

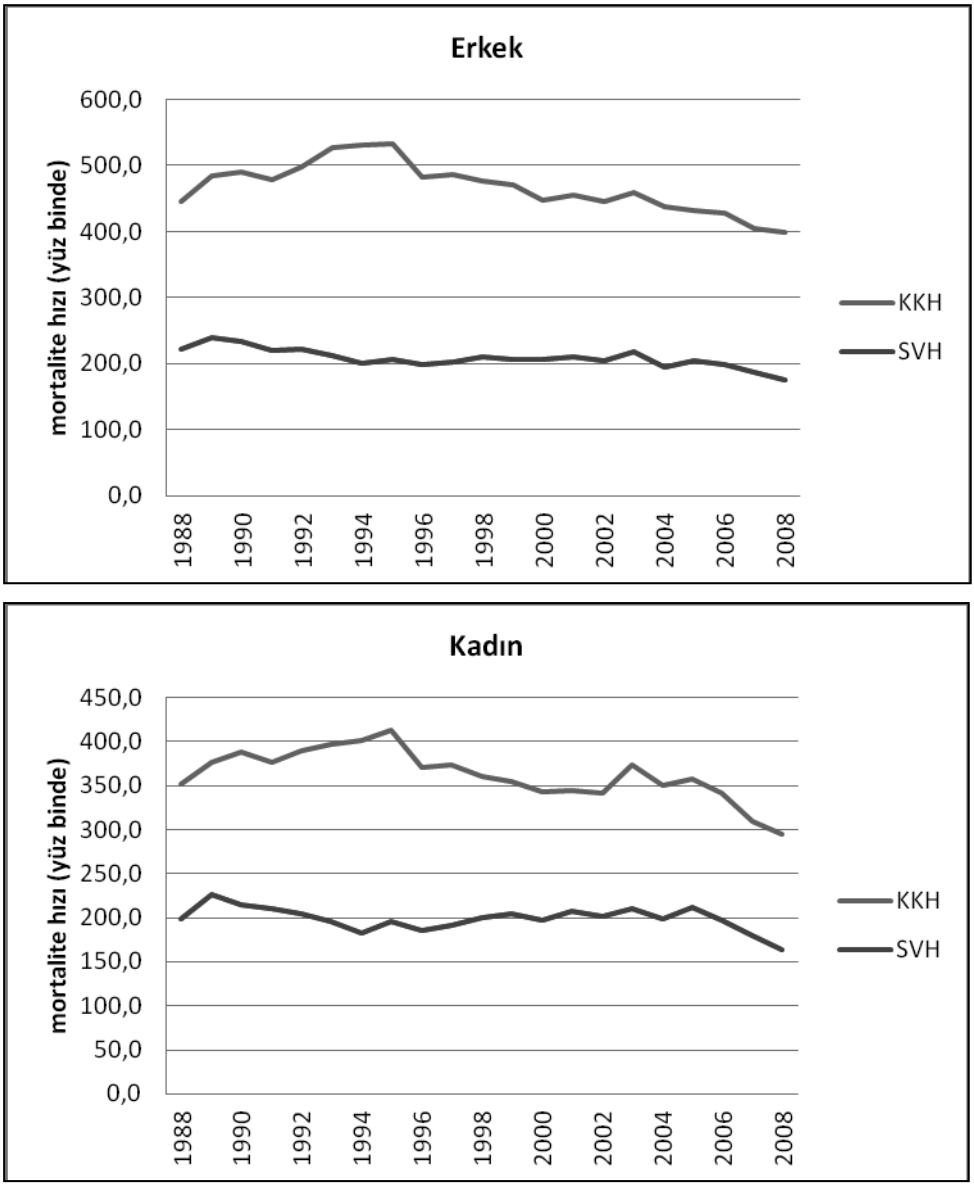
1.0.4 Kalp Damar Hastalığına Bağlı Ölüm Hızlarındaki Değişim

Tablo 1.3 ve Şekil 1.1'de KKH ve SVH'a bağlı ölüm hızlarında 1988-2008 yılları arasındaki değişim izlenmektedir. Koroner kalp hastalıklarına bağlı mortalite hızı 1988-2008 yılları arasındaki tüm yıllar için erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Yaşa standardize (Türkiye 2008) KKH mortalite hızı, 1988'den 1994'e kadar erkeklerde yılda %3 ($p<0,05$), kadınlarda yılda %2 ($p<0,05$) artmış, 1994'den sonra azalmıştır. Yıllık tahmini azalma hızı erkeklerde 1994-2008 yılları arasında %1,7 ($p<0,05$), kadınlarda 1994-2000 yılları arasında %2,8 ($p<0,05$), 2005-2008 yılları arasında %6,7 ($p<0,05$) 'dir. SVH'a bağlı mortalite hızında da 2000'li yılların başından itibaren azalma saptanmıştır. Yıllık tahmini azalma hızı erkeklerde %3.3 ($p<0.05$), kadınlarda %7,9 ($p<0.05$)'dur (8).

Tablo 1.3 Cinsiyete ve yıllara göre 35 yaş üzeri KKH ve SVH'a bağlı mortalite hızı, Türkiye.

	KKH Mortalite hızı			SVH Mortalite hızı		
YIL	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
1988	445,5	350,9	398,9	222,9	199,2	211,5
1989	484,7	377,0	430,8	238,7	225,6	232,5
1990	489,4	388,0	438,9	232,8	214,3	224,0
1991	478,7	376,7	428,1	221,0	210,9	216,5
1992	498,2	389,6	444,1	221,8	203,9	213,1
1993	527,1	396,2	462,5	211,9	196,2	204,5
1994	531,6	400,7	466,8	200,0	182,4	191,6
1995	532,0	413,1	473,7	205,8	195,4	201,3
1996	482,9	370,2	427,0	199,6	186,1	193,4
1997	486,2	373,0	429,9	202,5	191,1	197,2
1998	476,7	360,1	418,5	210,5	200,5	205,8
1999	471,5	355,1	412,9	207,2	204,4	206,6
2000	448,1	342,7	395,2	207,0	197,5	202,6
2001	454,7	344,6	399,6	210,1	207,6	209,5
2002	446,2	341,2	393,5	205,3	202,2	204,3
2003	458,1	373,6	415,8	218,7	210,8	215,6
2004	437,7	349,9	394,1	194,7	198,4	197,3
2005	431,4	357,3	395,2	203,8	211,7	208,7
2006	427,2	341,2	384,4	199,4	196,8	198,8
2007	404,0	309,3	355,9	186,5	179,0	183,2
2008	398,6	294,8	344,9	175,8	163,9	169,9

* Hızlar Türkiye 2008 nüfusunun yaş dağılımına göre standardize edilmiştir.

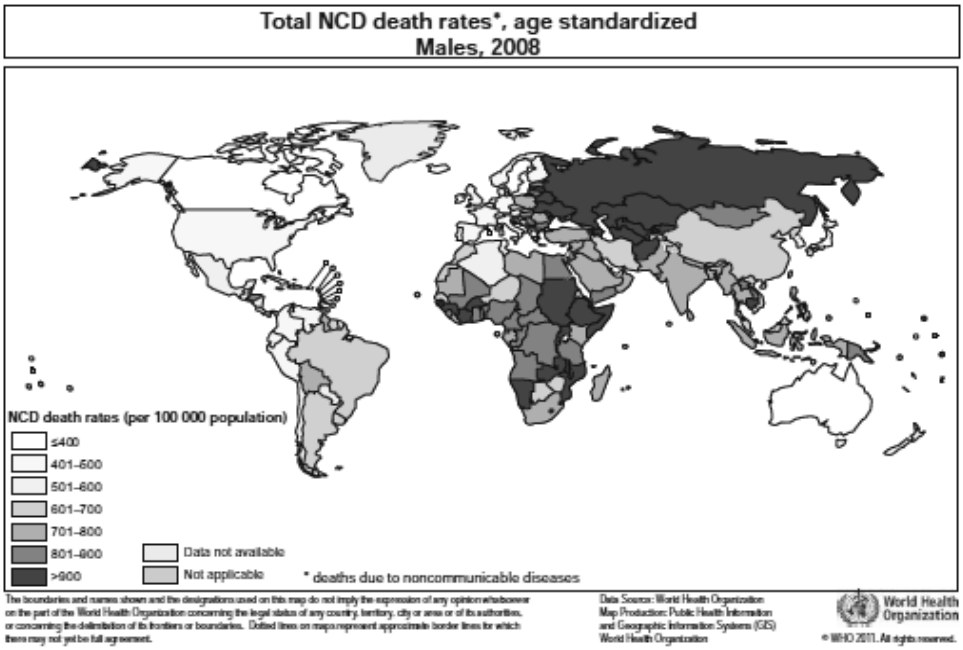


Şekil 1.1 Cinsiyete ve yıllara göre 35 yaş üzeri KKH ve SVH'a bağlı mortalite hızı, Türkiye.

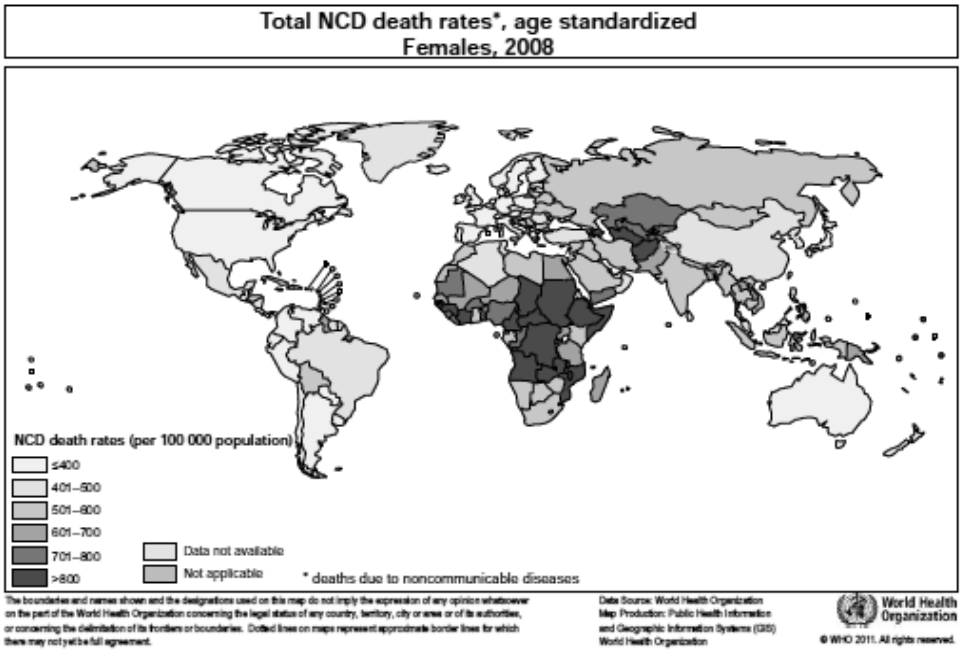
1.0.5 Uluslar arası karşılaştırmalar

Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Küresel Durum raporuna göre gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalite hızının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu rapora göre Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalite hızı erkeklerde yüz binde 701-800 arasında, kadınlarda yüzbinde 401-500 arasında olduğu tahmin edilmektedir (4) (Şekil 1.2). Dünyada kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızı da bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalite hızına benzer bir dağılım göstermektedir. Kuzey Amerika ve Batı Avrupa Ülkelerinde sigara, hipertansiyon, obesite, hiperlipidemi gibi önemli

risk faktörleri açısından önleyici hizmetlerin iyileştirilmesi, ek olarak tedavi hizmetlerinin kalitesinin artırılması sonucunda 1970'li yılların başından itibaren azalma trendi başlamıştır, 2008 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hızı daha düşüktür. 2000 yılı Avrupa verilerine göre 45-74 yaş grubunda KKH ve SVH'a bağlı yaşa standardize (1976 Avrupa nüfusu) mortalite hızı Fransa, İtalya, İspanya gibi Batı Avrupa ülkelerinde erkeklerde yüzbinde 150'nin, kadınlarda yüzbinde 50'nin altında; Almanya, İngiltere ve Galler, Finlandiya gibi ülkelerde erkeklerde yüzbinde 300'ün, kadınlarda yüzbinde 100'ün altındadır. Orta Avrupa Ve Doğu Avrupa ülkelerinde de Türkiye'de olduğu gibi 1990'lı yılların başından itibaren kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite hazında azalma trendi söz konusudur. Batı Avrupa Ülkelerinde KDH'na bağlı mortalite hızında 1970- 2000 yılları arasında yaklaşık yıllık %2 azalma saptanmıştır. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde KDH'na bağlı mortalite hızındaki azalma biraz daha yüksek bildirilmektedir. Türkiye'de 1994-2008 yılları arasında KDH'a bağlı mortalite hızındaki azalma özellikle kadınlarda yılda %2'den daha fazla saptanmıştır. Buna rağmen gerek Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, gerekse Türkiye'nin KDH'na bağlı mortalite hızı oldukça yüksektir. 45-74 yaş grubunda yaşa standardize (Avrupa nüfusu 1976) hızlar değerlendirildiğinde, KKH mortalite hızı erkeklerde yüzbinde 469,2, kadınlarda yüzbinde 266,0, SVH'a bağlı mortalite hızı erkeklerde yüzbinde 211,0, kadınlarda yüzbinde 172,8 saptanmıştır. Türkiye, KKH ve SVH'a bağlı mortalite hızları açısından Avrupa ülkeleri içinde 4. çeyrek içinde yer almaktadır (9). Türkiye'deki KDH'na bağlı yüksek mortalite hızı sigara, hipertansiyon, obesite, düşük HDL kolesterol gibi risk faktörlerinin yaygın olmasına bağlı olabilir.



Şekil 1.2 Erkeklerde Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Bağlı Mortalite Hızı (Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Küresel Durum raporu 2010)



Şekil 1.3 Kadınlarda Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Bağlı Mortalite Hızı (Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Küresel Durum raporu 2010)

1.0.6 Sonuç ve Öneriler

"Türkiye'de 1995-2008 yıllarında kalp damar hastalıklarına bağlı mortalite Hızındaki azalma trendi" adlı çalışma Türkiye'de 1995'ten itibaren KKH ve SVH'a bağlı mortalite hızında azalma trendi olduğunu göstermektedir. Ancak yine aynı çalışmaya göre Türkiye'de KDH'a bağlı mortalite hızı Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine benzer şekilde oldukça yüksektir. Veriler rutin verilerden modelleme yoluyla elde edildiği için tahmin edilen mortalite hızları ve azalma trendinin gerçek bir trend olup olmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu trendin yorumlanmasında ölüm bildirimlerinin kalitesinin ve risk faktörleri ile tedavi konusundaki epidemiyolojik bilgilerin yetersiz olması en büyük sınırlılığı oluşturmaktadır. Seçilmiş illerde ölüm istatistiklerinin aktif surveyans sistemi ile toplanması mortalite istatistiklerinin geçerliliği konusunda bilgi verip, nedene özel ölüm hızlarının tahmini için önemli bilgiler sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001;156:1–10.
2. Pay verisi olarak 2000 yılı Hastalık Yükü Çalışmasının yaş ve cinsiyet gruplarına ait nedene özel ölüm sayıları, payda verisi olarak 2000 yılı Nüfus sayımı verileri kullanılarak hesaplanmıştır.
3. Akgun S, Rao C, Yardim N, Basara BB, Aydin O, Mollahaliloglu S, et al. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. *Eur.J.Public Health* 2007;17:593-9.
4. Bulaşıcı olmayan Hastalıklar Küresel Durum raporu (Global status report on noncommunicable diseases 2010*)* DSÖ web sitesi (http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/index.html)
5. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm nedenleri eğitim dokümanı (http://www.tuik.gov.tr/indir/sid/olum_nedeni.zip erişim tarihi: 16.09.2011)
6. World Health Statistics.2009. DSÖ web sitesi (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf erişim tarihi: 16.09.2011)
7. Dinç G. Gerçeklioğlu G, Sözmen K, Arık H, Ünal B "Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1995 and 2008" 27. Ulusal Kardiyoloji Kongresi 2011, İstanbul.
8. Dinç G. Sözmen K, Gerçeklioğlu G, Arık H, Critchley J, Ünal B. Decreasing trends in cardiovascular mortality in Turkey between 1995 and 2008. Yayınlanmamış çalışma
9. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascula diseasesmortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J.1997 Dec;18(12):1231-48.

2 KALP DAMAR HASTALIKLARI MORBİDİTESİ

Yazarlar: Ceyda Şahan Akduman*, Kaan Sözmen, Sinem Doğanay*, Belgin Ünal***

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

**Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2008 yılında tüm dünyada ölen 57 milyon kişinin 7.3 milyonunun koroner kalp hastalığı (KKH), 6.2 milyonunun ise inme ve diğer serebrovasküler hastalıklar (SVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (1). Türkiye'de 2000 yılında yapılan UHY-ME çalışmasına (2) göre ölümlülük yükü en fazla olan üç hastalıktan ikisi KKH ve SVH'dir. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre her iki cinste en sık ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları yer almaktadır (3). KKH ve inme, bulaşıcı olmayan ve önlenebilir hastalıklardır. Bu hastalıkları önlemenin en iyi yolu risk etmenlerini önlemektir. Birçok ülkede bulaşıcı olmayan hastalıkların bir salgın haline geldiği ve önlenmesi gerektiği kabul edilmekte, önleme-kontrol programları planlanmaktadır. Ülkemizde de kalp-damar hastalıklarına yönelik olarak kontrol programı hazırlanmıştır. Kontrol programlarının etkinliği, seçilen göstergelerdeki değişim ile değerlendirilir. Hastalığın toplumdaki prevalansı ve insidansı bu amaçla kullanılabilecek en önemli göstergelerdendir.

2.1 Türkiye'de kalp-damar hastalıkları ile ilgili araştırmalar

Türkiye'de kalp damar hastalıkları ile ilgili verisi olan çalışmalar sistematik olarak incelenmiştir(4). Ulusal ve uluslar arası elektronik ve diğer veri kaynakları tarandığında KKH veya SVH epidemiyolojisi ile ilgili verisi olan üç (5, 6, 7, 8) ulusal çalışma saptanmıştır. Bölgesel olarak yapılan çalışmalardan ise 9'u İzmir (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17), ikisi Ankara (18, 19), diğerleri ise Antalya (20), Elazığ (21), İstanbul (22), Sivas (23), Afyon (24) ve Denizli (25) illerinde yapılmıştır. Tüm çalışmalarda prevalans verisi, iki çalışmada da ayrıca insidans verisi verilmiştir. İncelenen çalışmalarda KKH ve SVH tanısı koyma ölçütlerinin birbirlerinden farklı olduğu görülmüştür. KKH tanısı, 6 çalışmada kişilere anket uygulanarak, sistemik muayene yapılarak ve EKG bulguları değerlendirilerek, 13 çalışmada ise kişilerin kendi bildirimlerine göre öyküleri sorgulanarak konmuştur. SVH tanısı, 7 çalışmada kişilerin kendi bildirimlerine göre öyküleri sorgulanarak, 1 çalışmada ise anket sorularına göre şüpheli olanlara nörolojik muayene ve kraniyal görüntüleme yapılarak, ayrıca hastane kayıtlarına ulaşılarak konmuştur. Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde 30 yaş üstü KKH prevalansı toplamda %5.2 ile %10.9, erkekte %7.5 ile %17.4, kadında %1.7 ile %8.3 arasında değişmektedir (Tablo 2.1). Genellikle tüm yaşlarda KKH prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ve her iki cinste de yaşla birlikte artmaktadır (Tablo 2.2). Onat ve arkadaşlarının yaptığı ilk ulusal çalışmada (5), 20 yaş üstü kişilerde KKH prevalansı kentte kıra göre daha yüksek bulunmuştur. 2003 Ulusal Hanehalkı Araştırması'nda (6) tüm yaşlarda, 2008 ve 2010 TÜİK Sağlık Araştırmaları'nda (7, 8) 15 yaş üstünde KKH prevalansı kırda kente göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2.1 Türkiye'de yaş gruplarına göre KKH sıklığı

Araştırma	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 yaş üstü	Toplam
Onat,1991* (5)	0.2	1.9	1.9	8.2	13.8	17.5	3.8
Bertan, 1997 (19)	-	2.8	7.8	10.1	20.0	30.6	10.9
Aslan, 1999 (10)	-	5.3	5.6	5.3		16.9	8.2
Akalın, 2002 (11)	-	6.4	5.8	12.2		21.1	10.6
Demiral, 2006 (15)	(E/K)**		(E/K)**			(E/K)**	(E/K)**
	0.0/9.8		8.6/12.9			27.0/26.9	8.3/13.9

*Ulusal çalışmadır. **E: Erkek, K: Kadın

SVH prevalansı 30 yaş üstü erkeklerde %1.7 ile %2.8, kadınlarda ise %1,1 ile %2,1 arasında değişmektedir (Tablo 2.3). Tüm yaşlarda SVH prevalansının 6 çalışmada erkeklerde, 2 çalışmada ise kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. 2003 Ulusal Hanehalkı Araştırması'nda tüm yaşlarda, 2010 TÜİK Sağlık Araştırması'nda 15 yaş üstünde SVH prevalansı kırda kente göre daha yüksek bulunmuştur. İncelenen çalışmalara ait eleştirel değerlendireme notları Tablo 2.4'de sunulmuştur.

2.2 Sonuç ve Öneriler

İncelenen çalışmaların sonuçlarına göre Türkiye'de KKH sıklığı 30 yaş üzeri populasyonda yaklaşık %10'dur. Kalp damar hastalıklarının epidemiyolojisini saptamak için yapılan çalışmaların çoğu bölgesel olduğu veya yöntemleri farklı olduğu için karşılaştırılabilir veri sunmamaktadır. Çalışmaların ulusal düzeyde, tüm bölgeleri temsil eden, karşılaştırılabilir ve geçerli yöntemler kullanılarak yapılması toplumdaki boyutu ve değişimi değerlendirmek için gereklidir.

Tablo 2.2 Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre bildirilen KKH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı	Erkek (%)	Kadın(%)	Toplam(%)
Saltık, 1981 (18)	Ankara, Etimesgut, 1981	34 yaş üstü, 455 kişi	18.8	12.2	14.9
Onat,1991 (5)	Ulusal Çalışma, 1990	20 yaş üstü, 3689 kişi	4.1	3.5	3.8
Dönmez, 1996 (20)	Antalya, 1996	60 yaş üstü, 1000 kişi	11.1	11.0	11.0
Açık, 1994 (21)	Elazığ, Baskil, 1993	35 yaş üstü, 356 kişi	3.9	1.3	2.8
Bertan, 1997 (19)	Ankara, Gülveren, 1997	30 yaş üstü, 459 kişi	17.4	7.9	10.9
Aslan, 1999 (10)	İzmir, Güzelbahçe, 1997	30 yaş üstü, 343 kişi	8.9	7.7	8.2
Akalın, 2002 (11)	İzmir, Balçova, 2001	30 yaş üstü, 404 kişi	15.0	8.3	10.6
Yıldız, 2002 (12)	İzmir, Menemen, 2001	35-64 yaş, 362 kişi	9.6	21.7	15.5
UHHA, 2003 (6)	Ulusal Çalışma, 2000	Tüm yaşlarda, 48057 kişi	5.4	5.7	5.6
Keskinoğlu, 2003 (13)	İzmir, Çamdibi, 2001	65 yaş üstü, 227 kişi	17.3	11.8	29.1
Özdemir, 2005 (23)	Sivas, 2005	65 yaş üstü, 750 kişi	19.8	25.4	-
Demiral, 2006 (15)	İzmir, Konak, 2006	20 yaş üstü, 607 kişi	8.3	13.9	-
TÜİK Sağ. Arş, 2008 (7)	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü, 6140 hane	4.6	5.5	5.1
TÜİK Sağ. Arş, 2010 (8)	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 6551 hane	4.2	4.2	4.2
Ergör, 2011 (16)	İzmir, Balçova, 2007	30 yaş üstü, 16080 kişi	10.8	5.8	-
Şimşek, 2011 (17)	İzmir, Balçova, 2007-2011	30 yaş üstü, 2520 kişi	7.5	4.7	5.6
Doğan, 2012 (24)	Afyon, 2005-2006	18 yaş üstü, 2035	-	-	6.6

Tablo 2.3 Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre bildirilen SVH sıklığı

Araştırma	Yapıldığı yer, yıl	Yaş Grubu, Kişi Sayısı		Kadın(%)	Toplam(%)
Akalın, 2002 (11)	İzmir, Balçova, 2001	30 yaş üstü, 404 kişi	2.8	1.1	1.7
Yıldız, 2002 (12)	İzmir, Menemen, 2001	35-64 yaş, 362 kişi	2.1	1.1	1.7
UHHA, 2003 (6)	Ulusal Çalışma, 2000	Tüm yaşlarda, 48057 kişi	1.5	1.8	1.7
Keskinoğlu, 2003 (13)	İzmir, Çamdibi, 2001	65 yaş üstü, 227 kişi	8.2	4.1	12.3
TÜİK Sağ. Arş, 2008 (7)	Ulusal Çalışma, 2008	15 yaş üstü,6140 hane	1.1	1.1	1.1
TÜİK Sağ. Arş, 2010 (8)	Ulusal Çalışma, 2010	15 yaş üstü, 6551 hane	1.2	1.0	1.1
Ergör, 2011 (16)	İzmir, Balçova, 2007	30 yaş üstü, 16080 kişi	1.7	2.1	-
Şimşek, 2011 (17)	İzmir, Balçova, 2007-2011	30 yaş üstü, 2520 kişi	2.1	1.6	1.9
Tokgöz, 2012 (25)	Denizli, 2010-2011	45 yaş üstü, 2441 kişi	0.7	0.1	0.9

Tablo 2.4 Türkiye'de toplumda yapılan kalp damar hastalıkları çalışmaları ve özellikleri

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
Saltık, 1981 (18)	Kesitsel, 1981, Etimesgut, 34 yaş üstü 455 kişi	Örnek seçimi yapılmamıştır. Etimesgut Sağlık Ocağına bağlı beş köydeki 34 yaş üstü herkese (455 kişi) ulaşılmıştır.	Kişilere anket uygulayarak, sistemik muayene yaparak ve ekg bulgularını değerlendirerek İskemik kalp hastalığı tanısı konmuştur.	[redacted]
Onat,1991 (5)	Kesitsel, 1990, Türkiye, 41 il, 59 yerleşim birimi, 20 yaş üstü 3689 kişi	Cinsiyet, yaş, kırsal-kentsel kesim ve coğrafi bölgeler dağılımı dikkate alınarak randomize örneklemle seçilen toplam 3689 birey. Katılma oranı %80'in üzerinde olarak rapor edilmiştir.	Kişilere anket, sistemik muayene ve EKG uygulanarak kesin ve şüpheli tanı ölçütlerine göre tanı konmuştur.	[redacted]
Dönmez, 1996 (20)	Kesitsel, 1996, Antalya, 60 yaş üstü 443 erkek, 557 kadın 1000 kişi	Örnek büyüklüğü hesaplanmış, olasılıklı(küme, rasgele) örnekleme yöntemleriyle örnek seçilmiştir.	Kişinin kendi bildirimine göre kalp hastalığı varlığı sorgulanmıştır.	[redacted]
Açık, 1994 (21)	Kesitsel, 1993, Baskil, Elazığ, 35 yaş üstü 150 erkek, 256 kadın 356 kişi	Örnek seçilirken sağlık ocağı ETF kayıtlarından yararlanılarak oluşturulan isim listesinden Rasgele Sayılar Tablosuna göre 388 kişi seçilmiştir. Seçilen kişiler sağlık ocağına davet edilmiş, gelenlere tetkik yapılmış ve yüzyüze görüşme yöntemiyle anket doldurulmuştur. Katılım oranı % 91.8'dir.	Doktor tarafından KKH tanısı konmuş olma durumu sorgulanmıştır.	[redacted]

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
Bertan, 1997 (19)	Kesitsel, 1997, Gülveren, Ankara, 30 yaş üstü 144 erkek, 315 kadın 459 kişi	459 kişi sağlık merkezini ziyaret ederek çalışmada yer almış. En az örnek büyüklüğü 692 kişi olarak hesaplanmış, tabakalı rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak örnek seçilmiştir.	Anjina pektoris varlığı, Miyokard İnfarktüsü öyküsü,EKG'de MI ve iskemi bulgusu varlığına göre tanı konmuştur.	[redacted]
Vatansever, 1998 (9)	Kesitsel, 1996, İzmir, Bornova, Özkanlar, 20 yaş üstü 165 erkek, 173 kadın 338 kişi	En az örnek büyüklüğü HT prevalansı % 20 alınarak, 385 kişi olarak hesaplanmış. Örneklem seçimi yaş grubu ve cinse göre tabakalanmış, Ev tespit fişlerinden yararlanılarak kişiler rasgele sayılar tablosuna göre seçilmiştir. Katılım oranı % 87,8'dir.	Kendi bildirimine göre kalp hastası olma durumu sorgulanmıştır (Kalp hastalıkları arasında koroner yetmezlik ve mitral darlık yer almaktadır).	[redacted]
Aslan,1999 (10)	Kesitsel, 1997, İzmir, Güzelbahçe, 30 yaş üstü 135 erkek, 208 kadın 343 kişi	Örnek seçimi tabakalı-küme örnekleme yöntemine göre yapılmıştır, en az örnek büyüklüğü 408 kişi olarak hesaplanmıştır. Katılım oranı %84'tür.	Kişinin öyküsünde geçirilmiş MI, by-pass veya PTCA olması; çekilen EKG'sinde Minesota koduna göre 1.1, 1.2, 4.1, 4.2, 5.1 ve 5.2 kodlarına göre iskemi varlığı; Rose anketine göre anjina pektoris varlığına göre tanı konmuştur.	[redacted]
Akalın, 2002 (11)	Kesitsel, 2001, İzmir, Balçova, Korutürk SO Bölgesi, 30 yaş üstü 140 erkek, 264 kadın 404 kişi	2001 yılı ETF kayıtları kullanılarak tabakalı küme örnekleme yöntemiyle örnek seçilmiştir. En az örnek büyüklüğü bölgedeki başka bir çalışmanın en kötü kabul edilebilir diabet sıklığı % 2, 5 kabul edilerek 391 kişi olarak hesaplanmıştır. Rasgele yöntemle seçilen kümelerden belirli sayıda kişi randevu verilerek	Kişinin öyküsünde KKH varlığı, geçirilmiş MI, By-pass operasyonu, Anjioplasti, Anjina Pektoris sorgulanmıştır.	Kişinin öyküsünde inme varlığı sorgulanmıştır.

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
		değerlendirmeye alınmıştır.		
Yıldız , 2002 (12)	Kesitsel, 2001, Menemen, 35-64 yaş grubunda 187 erkek, 175 kadın 362 kişi	ETF kayıtlarına bakılarak ve Hipertansiyon prevalansı %30 alınarak örneklem hesaplanmıştır. Tabakalı rasgele yöntemle örneklem seçilmiştir.	Anjina pektoris tanısında kullanılan Rose anketinin soruları sorulmuş ve tanıya karar verilmiştir.	Kendi bildirimine göre felç geçirme öyküsü sorgulanmış.
Ulusal Hanehalkı Araştırması,2003 (6)	Kesitsel, 2000, Türkiye(70 il), tüm yaş gruplarında 23548 erkek, 24509 kadın 48057 kişi	Hanehalkı anketi kullanılarak tespit edilmiş, yüz yüze görüşme yapılarak veri toplanmıştır. Örnek beş bölge, kır-kent, yaş ve cinse göre tabakalı listeleme yöntemi ile seçilmiştir.	Hekim tarafından anjina pektoris tanısı konma durumu sorgulanmıştır.	Hekim tarafından inme/felç tanısı konma durumu sorgulanmıştır.
Keskinoğlu, 2003 (13)	Kesitsel, 2001, İzmir, Çamdibi, 65 yaş üstü 107 erkek, 120 kadın 227 kişi	2000 yılı ev halkı tespit fişine dayanan verilerden Çamdibi 1 Nolu Sağlık Ocağı yıl ortası 65 yaş üstü nüfusa göre örnek seçilmiştir. En az örnek büyüklüğü günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik prevalansı %25 kabul edilerek 232 kişi olarak hesaplanmıştır. Küme örnekleme yöntemine göre seçilen ebe bölgesindeki toplam 242 yaşlı örneği oluşturmuştur. Katılım oranı %93,8'dir.	Tanı konmuş kronik hastalık varlığı sorgulanırken kardiyovasküler hastalık varlığı olarak sınıflanmıştır.	Tanı konmuş kronik hastalık varlığı sorgulanırken serebrovasküler hastalık varlığı olarak sınıflanmıştır.

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
Badıllıoğlu, 2003 (14)	Kesitsel ve ileriye yönelik, 2002, Güzelbahçe, 30 yaş üstü 126 erkek, 217 kadın 343 kişi	Örnek seçimi tabakalı-küme örnekleme yöntemine göre yapılmıştır. 1997 yılında yapılan ilk çalışmada KKH tanısı alanlar çıkarıldıktan sonra kalan 315 kişi ileriye yönelik izlenmiştir. 315 kişiden %14, 9'una göç nedeniyle ulaşılamamıştır. Katılım oranı %85,1'dir.	Kişinin öyküsünde geçirilmiş MI, by-pass veya PTCA olması; çekilen EKG'sinde Minesota koduna göre 1.1, 1.2, 4.1, 4.2, 5.1 ve 5.2 kodlarına göre iskemi varlığı; Rose anketine göre anjina pektoris varlığına göre tanı konmuştur.	[redacted]
Karahan, 2005 (22)	Kesitsel, 2000, İstanbul, Ümraniye, 30 yaş üstü 175 kadın	Örnek randomize küme örnekleme yöntemine göre seçilmiştir. Anket yapılarak veri toplanmıştır.	Kişilerin kendi bildirimlerine göre KKH tanısı sorgulanmıştır.	[redacted]
Özdemir,2005 (23)	Kesitsel, 2005, Sivas, 65 yaş üstü 750 kişi	368 erkek, 382 kadın olmak üzere 750 kişi, sağlık ocağı ETF'lerinden sistematik örnekleme ile örnek seçilmiş, katılım oranı %90,6'dır.	KKH şüphesi olan kişileri tespit etmek için DSÖ'nün bir anketi kullanılmış, sonuçta KKH şüphesi olan kişilerin sıklığı bulunmuştur.	[redacted]
Demiral, 2006 (15)	Kesitsel, 2006, İzmir, Konak(Gültepe), 20 yaş üstü 218 erkek, 389 kadın 607 kişi	Ulaşılması gereken kişi sayısı; % 5 sıklık, % 1,5 hata payı ve %95 güven düzeyinde 799 olarak hesaplanmıştır. Sağlık Ocağı ETFlerinden yararlanılarak rasgele sayılar tablosu kullanılarak seçilmiş sokaklardaki 20 yaş ve üzeri kişiler sağlık ocağına çağırılmış, gelenler çalışmaya alınmıştır. Katılım oranı % 76'dır. Anket yapılarak veri toplanmıştır.	Daha önce doktor tarafından KKH tanısı almış olanlar ve /veya EKG bulgusu olanlar(EKG değerlendirmesi Minnesota ölçütlerine göre kardiyolog tarafından yapılmıştır) KKH kabul edilmiştir.	[redacted]

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
TÜİK Sağlık Araştırması, 2008 (7)	Kesitsel, 2008, Türkiye, kentte 4294, kırda 1846 olmak üzere 6140 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişidir.)	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Örneklem büyüklüğü Türkiye toplam, kent-kır tahmini yapabilecek şekilde hesaplanmıştır. Tasarım gereği toplam örneklem 7910 hane olarak belirlenmiştir. Katılım oranı haneye göre % 78'dir.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.
TÜİK Sağlık Araştırması, 2010 (8)	Kesitsel, 2010, Türkiye, kentte 4682, kırda 1869 olmak üzere 6551 hanedeki 15 yaş üstü kişiler (Hanehalkı; aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta veya konutlarda, aynı konutun bir bölümünde yaşayan, kazanç ve masraflarını ayırmayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya	Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Kır-kent ayrımı yapılmış. Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hanehalkından oluşan bloklar, ikinci aşama örnekleme birimi ise her bloktan sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır. Ulusal adres veritabanı kullanılmış, nüfusu 133'ün altında olan yerleşim yerleri dahil edilmemiştir. Kentte 5696, kırda 2190 olmak üzere 7886 hane örnek seçilmiştir. Katılım oranı haneye göre % 83'tür.	KKH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (anjina, göğüs ağrısı, spazm) olarak tanımlanmıştır.	SVH, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunları (inme, felç, beyin kanaması, serebral tromboz) olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, ınma yılı	Araştırma tipi veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kalp hastalığının tanımı	Serebrovasküler hastalığın tanımı
		alınmıştır.		
Tokgöz, 2012 (25)	Kesitsel, 2010-2011, Denizli, 45 yaş üstü1184 erkek, 1257 kadın 2441 kişi	Denizli il merkezinde ulaşılmıştır. Küme örnekleme yöntemi ile en az örnek büyüklüğü 1209 kişi olarak belirlenmiş, desen etkisi nedeniyle 2418 kişi örnek büyüklüğü hesaplanmış. Yüz yüze görüşmeyle SVH bulgularının yer aldığı anket soruları sorulmuştur.	[redacted]	SVH anket sorularına göre şüpheli olanlara nörolojik muayene ve kraniyal görüntüleme yapılmış, ayrıca hastane kayıtlarına ulaşılmıştır.

Kaynaklar

1. WHO. The Top Ten Causes of Death, 2011. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf Erişim Tarihi: 16.07.2012.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor, 2004: Ankara.
3. TÜİK. İstatistiklerle Türkiye, 2011: Ankara.
4. Şahan Akduman C, Sözmen K, Doğanay S, Ünal B. Kalp-damar Hastalıkları Epidemiyolojisi Konusunda Toplumda Yapılan Çalışmaların Değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresin'e değerlendirilmek üzere gönderilmiştir, 2012.
5. Onat A, Şurdum Avcı G, Şenocak M, Örnek E, Gözükara Y, Karaaslan Y, Özışık U, İşler M, Tabak F, Özcan R. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 3. Kalp Hastalıkları Prevalansı. Türk Kardiyol Dern Arş 1991; 19:26-33
6. TÜİK. Ulusal Hanehalkı Araştırması. Ankara; 2003.
7. TÜİK Sağlık Araştırması. Ankara; 2008.
8. TÜİK Sağlık Araştırması. Ankara; 2010.
9. Vatansever K. Özkanlar Sağlık Ocağı bölgesinde 20 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve risk faktörleri, İzmir. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı; 1998.
10. Aslan B. Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde 30 yaş üzeri populasyonda koroner kalp hastalığı sıklığı ve kalp-damar hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Programı; 1998.
11. İlhan Akalın S, Değirmenci H. Kentsel bir bölgede kardiyovasküler hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda etkili olan önlenebilir risk faktörlerinin sıklığı. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır; 2002: 657-661.
12. Yıldız B. Menemen İlçesinde 35-64 Yaş Grubunda Koroner Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri Sıklığının Araştırılması, İzmir. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı; 2002.
13. Keskinoğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevalansı. Türk Geriatri Dergisi 2003 ; 6 (1): 27-30.
14. Badıllıoğlu O, Ünal Toğrul B, Uçku R. İzmir, Güzelbahçe'de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(3).
15. Demiral Y, Soysal A, Kılıç B, Uçku R, Bilgin AC, Karakuş N, Ünal B. İzmir Konak İlçesinde 20 yaş ve üzeri nüfusta sosyoekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (1): 27-40.
16. Ergör G, Soysal A, Sözmen K, Ünal B, Uçku R, Kılıç B, Günay T, Ergör A, Demiral Y, Saatlı G, Meseri R, Baydur H, Şimşek H, Budak R, Arık H, Karakuş N. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. International Journal of Public Health 2011; DOI 10.1007/s00038-011-0309-x
17. Şimşek H. Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Programı; 2011.
18. Saltık A. Yapracık Sağlık Ocağı bölgesinde beş köyde yapılan koroner kalp hastalıkları izleme araştırması, Ankara. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Programı; 1981.

19. Bertan M, Tezcan S, Sauerborn R. Prevalence of CVD and Risk Factors A Pilot Study İn Gülveren Dıstrıct, Ankara; 1997.

20. Dönmez L, Aktekin M, Erengin H. Antalya kent merkezindeki yaşlıların sağlık sorunları ve günlük yaşam aktiviteleri. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul; 1996: 645-651.

21. Açık Y. Baskil ilçe merkezinde 35 ve üstü yaş grubunda koroner kalp hastalığı risk faktörleri taraması, Elazığ. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı; 1994.

22. Karahan A, Save D. Ümraniye Atatürk Mahallesindeki 30 yaş üstü kadınların önlenebilir koroner kalp hastalığı risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. 9.Ulusal Halk Sağlığı Günleri-GATA- Bildiri Kitabı, Ankara; 2005: 397.

23. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27 (3): 89 – 94.

24. Doğan N, Toprak D, Demir S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. Anadolu Kardiyol Dergisi 2012; 12: 47-52.

25. Tokgöz F, Öncel Ç, Bozkurt İ, Erdoğan Ç. Denizli il merkezinde serebrovasküler hastalık prevalansı. 6.Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi 2012;Cilt 18; Ek 1: 3.

3 KALP DAMAR HASTALIKLARI RİSK FAKTÖRLERİ

3.1 Sigara

Yazar: Sinem Doğanay*, Kaan Sözmen, Sibel Kalaça***, Belgin Ünal***

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sigara, dünyada yaygın olarak kullanılan, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenebilir ölümlerin başlıca nedenidir. Dünyada tütün kullanımına bağlı olarak her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. Yapılan çalışmalarda sigaraya bağlı ölümlerin artarak 2030 yılında 8.4 milyon kişinin ölümüne neden olacağı öngörülmektedir (1).

Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalma, gelişmekte olan ülkelerde ise artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Tütüne bağlı ölümlerin %80'inin 2030 yılında gelişmekte olan ülkelerde görüleceği öngörülmektedir (1).

Türkiye'de 2000 yılında bazı hastalıklar ve risk etmenleri için Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları (Disability-Adjusted Life Year) hesaplanmıştır. Toplam DALY'nin %8.6'sının tütün kullanımına ait olduğu ortaya çıkmıştır. Tütün kullanımına atfedilen ölümlerde en büyük payı kalp damar hastalıkları, KOAH ve akciğer kanseri oluşturmaktadır (Tablo 3.1) (2).

Tablo3.1 Tütün kullanımına atfedilen hastalık yükü, Ulusal Hastalık Yükü Projesi, 2000.

Hastalıklar	Atfedilen Ölümler	Atfedilen YLL	Atfedilen DALYs	Atfedilen DALY Yüzdesi
Kalp damar hastalıkları	21.317	274.770	321.237	3,0
KOAH	12.902	72.689	150.406	1,4
Akciğer kanseri	10.510	107.075	112.634	1,0
Diğer kanserler	4.681	58.756	62.302	0,6
Diğer solunum hastalıkları	2.105	33.387	58.377	0,5
Diğer 'seçilmiş' nedenler	3.185	50.006	226.953	2,1

Türkiye'de sigara içme ile ilgili verisi olan çalışmalar sistematik olarak incelenmiştir (3). Çalışmalarda sigara içme tanımının farklılık gösterdiği saptanmıştır. DSÖ'ye göre sigara içenler: her gün içen veya ara sıra içen '**current smoker',** yalnızca her gün içen **'current daily smoker'**, ara sıra içen '**current occasional smoker'** olarak gruplandırılmıştır. Bırakmış olanlar da eski günlük içici '**former daily**' ya da eski ara sıra içici '**former occasional'** olarak ikiye ayrılmıştır. Hiç içmemiş olanlar **'never smoker'** olarak tanımlanmaktadır(4). İncelenen çalışmalarda, farklı sigara içme tanımlarının kullanıldığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda 'halen sigara içiyor musunuz?' (5) ya da 'günde en az bir veya daha fazla sigara içer misiniz?' sorularına verilen evet yanıtı "içiyor" kabul edilirken, bazılarında ise hayatı boyunca en az yüz adet sigara içenler sigara içiyor kabul edilmiştir (6).

Sağlık Bakanlığı tarafından PİAR-1988 (7) ve BİGTAŞ- 1993 (8) araştırma şirketlerine yaptırılan çalışmalar sigara konusunda yapılan ilk çalışmalar iken 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin

Tütün Araştırması (KYTA) Sağlık Bakanlığı adına yapılan en son çalışmadır (9). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP 2) 2010 yılında yapılan en son ulusal çalışmadır (10). PİAR Araştırma Şirketi'nin (1988) yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı tüm toplumda %43.6 olup, erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3'tür. KYTA'na göre Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 31.2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir (9). Sigara içme sıklığı (her gün ve ara sıra kullanan) erkeklerde %47.9 kadınlarda %15.2'dir (9) . TNSA 1993, 2003 ve 2008 verilerine göre 15-49 yaş kadınlarda sigara içme sıklığı %18.0, %28.0 (ara sıra veya düzenli içen) ve %22 (ara sıra veya düzenli) olarak saptanmıştır (5, 11). Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF, 1990), Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP I, II, 1997-2010), Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet ve Etkililik Çalışması (UHY-ME 2003), Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA, 2006) yapılan diğer çalışmalardır (2, 10, 12-14). Bu çalışmalarda cinsiyete ve yaş gruplarına göre sigara içme sıklıkları Tablo 3.2 ve Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.2 Türkiye'de erkeklerde yaş gruplarına göre sigara içme sıklığı

Araştırma	Yıl	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
TEKHARF	1990	67.0	62.7	57.4	44.8	43.2	33.3	
TURDEP 1	1997	59.0	57.4	49.8	34.2	23.2	19.6	50.5
UHYME	2003	28.3	27,7	24.3	15.4	8.4		0.2
Türk Aile Yapısı Araştırması	2006	31.3	30.5	26.3	18.2	8.9		0.3
KYTA	2008	58.0	58.4	50.5	14.8	20.5	10.0	
TURDEP 2	2010	41.2	36.7	33.5	23.4	15.5	12.2	31.0

Kaynak:(3)

Tablo3.3 Türkiye'de kadınlarda yaş gruplarına göre sigara içme sıklığı

Araştırma	Yıl	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Toplam
TEKHARF	1990	26.0	17.7	11.7	7.5	4.7	9.0	
TURDEP 1	1997	16.5	13.6	6.3	4.3	1.8	1.8	10.6
UHYME	2003	9.9	9.7	8.5	5.4	2.9		0.1
Türk Aile Yapısı Araştırması	2006	10.3	10.0	8.6	5.9	2.9		0.1
KYTA	2008	22.4	20.5	14.4	10.7	2.4	1.5	
TURDEP 2	2010	16.1	13.9	8.1	4.0	2.8	0.1	10.0

Kaynak: (3)

Türkiye'de yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) 2003 ve 2009 sonuçlarına göre 13-15 yaş erkek öğrencilerde olduğu gibi (%9.4'ten %10.2'ye) kız öğrenciler arasında da sigara içme sıklığının (%3.5'ten %5.3'e) oldukça arttığı belirlenmişti (Tablo 3.4) (9, 15).

Tablo 3.4 Küresel Gençlik Tütün Araştırması, 2003 ve 2009, Türkiye

Prevalans	2003			2009		
	Erkek(%)	Kadın(%)	Toplam(%)	Erkek(%)	Kadın(%)	Toplam(%)
Yaşam boyu sigara içen	31,7	19,7	26,3	32,5	25,4	29,6
10 yaşından önce başlayan	34,9	23,7	30,7	31,6	31,7	30,5
Halen içen	9,4	3,5	6,9	10,2	5,3	8,4
Gelecek yıl başlayacağını düşünen	8,2	5,3	7,0	10,6	9,8	10,2

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2008 yılında DSÖ, ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan ve Sağlık Bakanlığı'nda çalışmakta olan sağlık personelini temsil eden 4.761 kişinin kapsandığı çalışmada, sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %30.5, uzman doktorlarda %22.1, hemşire ve ebelerde %29.5 ve sağlık teknisyenlerinde de %33.8 olarak bulunmuştur (Tablo 3.5) (16).

Tablo3.5 Sağlık personelinde sigara kullanım sıklığı, Türkiye

	Hiç kullanmayan		Bırakmış olan		Ara sıra içen		Düzenli içen		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Pratisyen doktor	190	29.2	97	14.9	165	25.4	198	30.5	650	100.0
Uzman doktor	173	27.4	124	19.6	196	30.9	140	22.1	633	100.0
Diş hekimi ve Eczacı	206	28.7	120	16.7	205	28.5	188	26.1	719	100.0
Hemşire ve Ebe	445	32.3	212	15.4	315	22.8	406	29.5	1378	100.0
Sağlık teknisyeni	168	23.9	103	14.6	195	27.7	239	33.8	705	100.0

Bu çalışmaların yanında GAP Projesi İlleri, Doğu Karadeniz, Trabzon, Eskişehir, Sivas, Aydın, Elazığ, Edirne, İzmir, Adana, Mardin, Denizli, Ankara, İzmir-Balçova, İzmir Atatürk Mahallesi, Van, İzmir-Menemen, Ankara Gölbaşı, Kocaeli'de yapılmış bölgesel çalışmalar da vardır. Tütün kullanımı konusunda veri içeren çalışmalar ve özellikleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de tütün kullanımı oldukça yaygındır. Toplumda sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik çalışmaların daha çok bölgesel düzeyde yapıldığı ve sigara içme tanımının ortak olmadığı görülmüştür. Sigara kullanımının epidemiyolojik özelliklerinin yıllar içindeki değişimini değerlendirmek için ulusal boyutta, karşılaştırılabilir yöntemlere dayanan ve belli aralarla tekrarlanan çalışmalara gereksinim vardır.

Tablo 3.6 Türkiye'de toplumda yapılan sigara çalışmaları ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
PİAR, 1988 (7)	Kesitsel, 1988, tüm Türkiye, 15 yaş üstü 2048 birey	2048 birey, Mahalle ve köyler rasgele örnekleme, kişiler ise kota kontrol yöntemi ile seçilmiş. Yanıtlama oranı belirtilmemiştir.	'Sigara içiyor musunuz yani yanınızda sigara paketi taşıyor musunuz?' sorusuna evet yanıtı verenler içiyor kabul edilmiştir.
BİGTAŞ, 1993 (8)	Kesitsel, 1993, tüm Türkiye, 0 yaş üstü 26546 birey	Raporda örnek büyüklüğü ve örnek seçimi konusunda bilgi sunulmamıştır.	Günde en az bir adet sigara içen veya kendisini içici olarak tanımlayanlar sigara içiyor kabul edilmiştir.Sigara içme sıklığı 20 yaş ve üzeri kişiler için verilmiştir.
TEKHARF, 1993 (12)	Kesitsel, 1990, tüm Türkiye, 41 il, 59 yerleşim birimi, 20 yaş üstü 3689 birey	Cinsiyet, yaş, kırsal-kentsel kesim ve coğrafi bölgeler dağılımı dikkate alınarak randomize örneklemle seçilen toplam 3689 birey. Katılma oranı %80'in üzerinde olarak rapor edilmiştir.	Sigara içme sıklıkları günde ortalama 1-10 arası, 11-20 arası, 20 üzeri olanlar; sigarayı bırakanlar ve hiç içmeyenler "içmiyor" olarak bildirilmiştir. TEKHARF in sonraki yıllarında yapılan izlelerinde de aynı tanım kullanılmıştır.
Okyay, 1998 (17)	Kesitsel, 1997, araştırma grubu Osmangazi Seher- Şükrü Ergil Öğrenim Sağlık Ocağı bölgesinde oturan 15-49 yaş kadınlar, 246 kadın	Şişmanlık prevalansı % 20 alınarak, %5 sapma ile %95 güven düzeyinde, örnek büyüklüğü 246 olarak hesaplanmıştır. Katılmayanların ve göç edenlerin yerine yedekleri alındığı için ulaşma oranı %100'dür.	Sigara kullanma durumu paket yıl olarak hesaplanmış. Kullanmıyor, ara sıra içiyor, 5 paket yıldan az, 5-10 paket yıl, 10 paket yıldan fazla, bırakmış-yeni(son 5 yıl içinde), bırakmış-eski (diğer)olarak gruplandırılmış.
Çan, Trabzon, 1999 (18)	Kesitsel, 1998, sağlık ocağı kayıtlarına göre Trabzon il Merkezinde yaşayan 15 yaş üstü1545 birey, 675 kadın, 870 erkek	Örnek büyüklüğü, en yüksek sigara içme prevalansı %50 alınarak, %95 güvenle, %4 sapma ile her iki cinsiyetten en az 600 birey olarak hesaplanmıştır. İki aşamalı basit rasgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Önce il merkezinden 7 sağlık ocağı seçilmiş, ikinci aşamada ocak kayıtlarından kişiler seçilmiştir. Araştrmaya katılım oranı belirtilmemiştir.	Sigara içenler: günlük, haftalık, haftada birden az sigara içenler olarak gruplandırılmıştır. Sigara içmeyenler ise bırakanlar, deneyenler ve hiç içmeyenler olarak sınıflandırılmıştır. Anket formu oluşturulurken DSÖ ve İngiltere Sağlık Eğitim Kurumu'nun kullandığı sorulardan yararlanılmıştır.
Manisa Nüfus ve Sağlık	Kesitsel, 1999, Manisa, 1728, evli ya da en az bir kere evlenmiş 15-49 yaş kadınlar ve	Küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sağlık ocaklarının 1999 yılı ev halkı tespitlerinden elde edilen nüfuslarına göre,	Sigara kullanma için hayatının bir bölümünde "en az 6 ay süre günde en az bir adet sigara içme" kriter kabul

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
Araştırması,1999 (19)	eşleri.	hangi mahallelerinden kümeler seçileceği ve seçilen mahallelerde küme başını temsil edecek haneler sistematik rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.Ancak katılım oranı belirtilmemiştir.	edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarih itibariyle günlük içilen sigara paket sayısından yola çıkarak sigara paket yıl hesaplanmıştır.
Sönmez, 2000 (20)	Kesitsel, 1995, Aydın, 17 yaş üstü 1466 birey	Örnek büyüklüğü 1480, nasıl hesaplandığı belirtilmemiş. 1 merkez, 2 kasaba ve 4 köy olmak üzere 7 bölge şehri temsil etmek üzere seçilmiş; daha sonra işyeri ve evler seçilmiş (bunların hangi yöntemle yapıldığı açık değil). Her bir görüşmeci için belirlenen 200 sayısına ulaşmak için "yerine koyma yöntemi" yapılmış olduğu izlenimi var.Katılmama oranı %7.5 olarak belirtilmiştir.	Sigara içme tanımı verilmemiştir.
Maral , 2001 (21)	Kesitsel, 1998, Ankara Gölbaşı, 15 yaş üstü, 1265 birey (ulaşma oranı %80.6), kırsal	Basit rasgele örneklem yöntemiyleüç köy küme olarak seçilmiştir.	Sigara içme kriteri: 'Hergün en az bir kere sigara içmek' tir.
Güler, 2002 (22)	Kesitsel, 2002, Sivas-Çayboyu mahellesi, 10 yaş üstü 343 birey	Bir mahallede yaşayan 10 yaş üzeri bireylerin tümü alınmıştır.	Soru formunda, içenlerin ve bırakanların; "Bırakmada aşamalı değişim süreci" (The stages of change model) yönünden tasnifi için, Prochaska ve arkadaşlarının önerdiği soru takımının Türkçe sürümü kullanılmıştır. Sigara içmenin tanımı net olarak açıklanmamıştır.
TURDEP,2002 (12)	Kesitsel, 1997-98, 5 Coğrafi bölge, 20 yaş ve üzerinde 24788 birey (15.699 kentsel, 9.119 kırsal)	Örnek büyüklüğü 29050 birey; araştırmaya katılma oranı %85. Örnek büyüklüğü prevalansta %1 hata ve %95 GA ile hesaplanmış. Türkiye'de 5 bölge ve kır-kenti temsil eden örneklem seçimi tasarlanmış. Sağlık ocağı ETF kayıtlarından sistematik örnekleme ile hane halkı davet edilmiş.	Günde 1-9, 10-20 ve 20 sigara üzeri içenler "içiyor kabul edilmiş; 6 aydan uzun süredir içmeyenler "bırakmış" olarak sınıflandırılmıştır.
Bilir, TÜBİTAK Van Çalışması, 2003 (23)	Kesitsel, 2002, Van, 4300 birey	Doğu Anadolu Bölgesi için hesaplanan bebek ölüm hızı kullanılmış. Van ili Kentsel Bilgi Sistemi kullanılarak sistematik	Sigara içme halen içiciler, içip bırakanlar, hiç içmeyenler olarak sorulmuş.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
		örnekleme yapılmıştır.	
Tezcan, 2003 (24)	Kesitsel, 1999, Ankara, 25-64 yaş arası 1672 birey	Örnek büyüklüğü her 10'lu yaş ve cinsiyet grubundan 200 er kişi olacak şekilde hesaplanmış. Toplam 1600 kişiye ulaşılması planlanmış. Katılmama olasılığı için her cins ve yaş tabakasından 300 kişi seçilmiş. 1672 kişi ile görüşülmüş Katılım oranı %86.1.	Sigara içme ve diğer risk faktörleri ile ilgili sorular MONICA (DSÖ, 1990) anket formundan adapte edilmiştir ancak sigara içmenin nasıl tanımlandığı belirtilmemiştir.
TNSA, 2003 (5)	Kesitsel, 2003, tüm Türkiye, 15-49 yaş en az bir kere evlenmiş 8075 kadın	Ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Örnek büyüklüğü 8447, katılma oranı %95.6	Halen, ara sıra veya düzenli olarak içiyorum diyenler sigara içiyor olarak tanımlanmıştır.
UHY-ME(Dünya Sağlık Araştırması), 2003 (2)	Kesitsel, 2003, tüm Türkiye, 18 yaş üstü 11220	Örnekleme planı, tabakalı BOD (büyüklüğe orantılı dağıtım), iki aşamalı eşit büyüklükte küme örneklemesi tasarımına dayanmaktadır. Katılım oranı %95'tir.	Her gün sigara içenler ve arada sırada içenler sigara içiyor olarak tanımlanmıştır.
Yıldız, 2002 (25)	Kesitsel, 2002, Menemen, 35-64 yaş, 362 birey	Hipertansiyon prevalansı %30, %5 yanılma payı, %95 güven düzeyinde örnek büyüklüğü 362 bulunmuştur. Mahallerden seçilecek kişilerin sayısı mahalle nüfusuna göre ağırlıklandırılmıştır. Katılmama ve ulaşılamama için %30 yedek belirlenmiştir.	Sigara içer misiniz?, evet ise günde kaç adet sigara içersiniz sorusu ile sınıflandırılmış. Sigara içerim yanıtı verenler içiyor kabul edilmiştir. İçmiyorum diyenler ise geçmişte hiç düzenli olarak sigara içtiniz mi?, sigara içmeyi ne zaman bıraktınız?, düzenli olarak sigara içmeye başlama yaşınız? soruları sorulmuştur.
Gülbayrak, 2004 (26)	Kesitsel, 2003, Elazığ il merkezi, 17-74 yaş arası 264 kadın	Sigara içme sıklığı %22 alınarak, %95 GA (d^2=0.25, p=0.22), $n=N.t^2.p.q/d^2(N-1)$ $+t^2.p.q$ formülüyle belirlenen 264 kadın örneklemi oluşturmuştur. Kişiler ev halkı tespit fişlerinden randomize seçilmiştir. Eğitim-arastırma saglık ocakları bölgesindeki Ocak 2003 tarihindeki kadın nüfus arastırmanın evrenini oluşturmuştur. Katılmama durumu için yedek kişi seçildiğinden katılım oranı% 100 dür.	Düzenli olarak haftada en az bir adet sigara kullananlar sigara içiyor kabul edilmiş.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
TUİK, Aile Yapısı Araştırması, 2006 (14)	Kesitsel, Haziran-Ağustos 2006, tüm Türkiye, 18 yaş ve üzeri 24647 kişi.	Araştırmanın örnek büyüklüğü Türkiye toplamı, kent/kır, İstatistiki Bölge Birimi Sınıflaması, 1. Düzey (12 bölge) ve üç seçilmiş il (İzmir, İstanbul, Ankara) düzeyinde tahmin verecek şekilde tasarlanmıştır.	Raporsa kişiler sigara içiyor ve içmiyor olarak gruplandırılmıştır ancak sigara içmenin tanımı yapılmamıştır.
GAP, 2006 (27)	Kesitsel, Diyarbakır, Gaziantep, Şanlıurfa, 2001-2002. 15 yaş üstü 2166 kadın, 1906 erkek	Bu çalışmada bölgedeki halk sağlığı sorunlarını araştırmak amacıyla, gerekli örneklem büyüklüğü için sıklık %4, alfa %1 olarak alınarak 6900 kişiye veya 1150 haneye ulaşılması gerektiği saptanmıştır. Ulaşılması planlanan 1150 haneden 1126'sına ulaşılmıştır (% 97.6). Ulaşılan hanelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri bireylerin tümü hakkında bilgi alındığı anlaşılmaktadır.	Sigara içe durumu: içmeyenler, halen içenler ve bırakmış olanlar olarak gruplanmış. Halen sigara içenler hergün ve ara sıra olarak ayrı ayrı tanımlanmıştır.
Keskinoğlu, 2007 (28)	Kesitsel, 2006, bir gecekondu yerleşim yeri. 154 hanede, 15 yaş üzerindeki 455 kişi	Sigara içme prevalansı %50, %7 sapma (d) ve %95 güven aralığı ile en küçük örnek büyüklüğü 154 hane olarak hesaplanmıştır. Sistematik örnekleme yöntemi kullanılmış, Yüzyüze görüşülemeyen 118 kişinin (%25.9) bilgileri yakınlarından elde edilmiştir.	Sigara içmenin tanımı: Dünya Sağlık Örgütü'nün sigara içicilik tanımlaması esas alınmıştır. Buna göre; yaşamının herhangi bir döneminde 6 ay ya da daha uzun süre günde en az 1 tane olmak üzere sigara içmiş olup ta halen içmeye devam edenler "halen içici", yaşamının herhangi bir döneminde 6 ay ya da daha uzun süre günde en az 1 tane olmak üzere sigara içmiş olup ta halen içmeyenler "sigarayı bırakmış" olarak sınıflandırılmıştır
Çan, 2007 (29)	Kesitsel, 2003-2005, Doğu Karadeniz Bölgesi (Trabzon, Giresun, Rize, Artvin ve Gümüşhane), 20 yaş üstü, erkek, kadın, yaş	Karadeniz'de romatoid artrit ve spondiloartropatilerin beklenen en yüksek prevalans hızı %2.5 olarak alınmış, buna göre en az örneklem	Çalışmada sigara ile ilgili veriler, Dünya Sağlık Örgütü ve İngiltere Sağlık Eğitim Kurumu'nun kullandığı sorulardan

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
	grupları ve yerleşim yerlerine göre tabakalama yapılarak 6103 birey alınmıştır.	büyüklüğü 3746 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanım sıklıına göre hesaplanan örneklem büyüklüğü daha küçüktür. Sağlık ocaklarındaki "Ev Halkı Tespit Fişleri" kullanılarak belirlenen hanelere gidilip her evden rastgele bir erişkin alınmıştır.	hazırlanarak elde edilmiştir. Her gün içenler (günlük içici): Araştırmanın yapıldığı günlerde, günde en az bir tane olmak üzere her gün sigara içmekte olanlar içiyor kabul edilmiştir. Haftalık içiciler: Günde birden az, fakat haftada en az bir tane sigara içenler. Düzenli içiciler: Haftada en az bir tane olmak üzere sigara içenler. Ayrıca haftada 1 taneden az içenler de ayrıca sınıflandırılmıştır.
Başer, 2007 (30)	Kesitsel, 2007, Denizli il merkezi, 40 yaş üstü 1203 birey, 574 erkek, 629 kadın	Sağlık Ocakları nüfusuna göre tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Anket uygulanan kişi sayının (1203) nasıl belirlendiği belirtilmemiş; ayrıca araştırmaya katılmama oranı da belirtilmemiştir.	Hayatında en az 100 adet sigara içmiş veya halen içiyor ya da sigarayı bırakmış ancak sigarayı bırakmasının üzerinden 12 aydan daha kısa bir süre geçmiş olanlarsigara içiyor kabul edilmiştir. Sigarayı en az 12 ay önce veya daha önceden bırakmış olanlar "sigarayı bırakmış" olarak tanımlanmıştır. Hayatında hiç sigara içmemiş ya da hayatında 100 taneden daha az sigara içmiş olanlar "hiç içmemiş" olarak sınıflandırılmıştır.
Trabzon Lipid Çalışması, 2008 (31)	Kesitsel, 2003-2005, Trabzon merkez ve 9 kasabada yapımış (Akçaabat, Düzköy, Araklı, Sürmene, Çaykara, Vakfıkebir, Maçka, Yomra), 20 yaş üstü 4809 birey	Örneklem büyüklüğü için %50 dislipidemi prevalansı alınmış. Rasgele küme örneklem yöntemi kullanılmış. Katılım oranı %96.	Makalede açık olarak sigara tanımı yapılmamış.
Metintaş, 2008 (32)	Kesitsel, 2006-2007, Eskişehir. 40 yaş üzerindeki kişiler, kentten 1679, kırdan 1321 kişi.	Örnek büyüklüğü kentte rasgele olarak seçilen sağlık ocağı bölgelerinde her caddeden 20 hanehalkı olarak belirlenmiş ve bu hanelerde yaşayan 40 yaş üzeri bireyler listelenmiş. Kırda ise ulaşılacak kişi sayısının nasıl belirlendiği açık değil. İki	Sigara içmenin tanımı: Günde en az bir adet sigara içen kişiler 'içiyor' kabul edilmiştir .

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
		aşamalı, tabakalı rasgele yöntemle kent ve kırdan once sokaklar sonra evler seçilerek 40 yaş üsütü nüfusu listelenmiş. Katılım oranı kentte % 93.3; kırda %84.5 tir.	
Saka, 2008 (33)	Kesitsel, 2005, Mardin, 15 yaş üstü 1471 kadın	Beklenen sigara içme sıklığı %22.1 alınarak örnek büyüklüğü 759 olarak hesaplanmış; her sağlık kurumundan rasgele seçilen 12 sokaktaki ilk 25 kadın alınarak 1500 kadın ile yüz yüze görüşülmüş.	Sigara içme durumu hiç içmeyenler, içip bırakanlar ve halen içenler olarak sorulmuş. Halen içiyorum diyenler içici olarak kabul edilmiştir.
TNSA, 2008 (11)	Kesitsel, 2008, tüm Türkiye	Ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış.	Halen sigara içiyor musunuz ? diye sorulmuş; evet diyenlere günde/haftada/ ayda içtikleri sigara sayısı sorulmuş.
Karlıkaya, 2008 (6)	Kesitsel, 2002, Edirne il merkezi, 15-64 yaş 645 birey (452 kadın, 193 erkek)	Örnek büyüklüğü sigara içme prevalansı kadınlarda %25±4 erkeklerde %65±7 kabul edilerek 446 kadın, 178 erkek olarak hesaplanmıştır. Örneklemin random olarak yapıldığı, etnisite, yaş ve cinsiyete göre ağırlıklandırıldığı rapor edilmiştir. Ancak örneğin etnisitenin nasıl tanımlandığı/neye göre belirlendiği açık değildir.	"International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) / Amended WHO smoking questionnaire" kullanılmıştır. Son bir ay içinde her gün ya da ara sıra sigara içen ya da hayatı boyunca 100 sigara içmiş olanlar "halen sigara içiyor" olarak tanımlanmış.
Aslaner, 2008 (34)	Kesitsel, 2007-2008, Adana (Seyhan, Yüreğir), 18 yaş ve üzerindeki 559	Tabakalı küme örnekleme yöntemi, telefon surveyi; Çalışmanın evreni iki ilçedeki yaklaşık 401 000 telefon numarasıdır. Konunun (sigara içme sıklığı ile maruziyetin sonuçları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlar) prevalansı bilinmediğinden %50 kabul edilmiş, %95 güvenilirlikle ve %5 hata ile ihtiyaç duyulan örnek büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır ancak araştırma tasarımında tabakalama ve küme örnekleme uygulandığından düzeltme katsayısı 1,5 kullanılarak örnek büyüklüğü 384*1,5=576 olarak	"Yaşamınız boyunca en az 1 defa sigara içtiniz mi?" sorusuna "Evet" cevabı verenlerden halen sigara içiyor musunuz sorusuna evet diyenler sigara içiyor olarak kabul edilmiştir.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Sigara içme tanımı
		belirlenmiştir. Yapılan 735 telefon araması için katılma oranı %79.7	
BAK Projesi, 2008 (35)	Kesitsel, 2008, Balçova, 30 yaş üstü 15971 birey	Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri bireylerin tümü. Ulaşma oranı %44'tür.	Her gün en az bir sigara içenler içiyor olarak tanımlanmış
Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008 (8)	Kesitsel, 2008, tüm Türkiye, 15 yaş üstü 9030 birey	Örnekleme yöntemi 3 aşamalı tabakalı sistematik küme örneklemesidir. Kent ve kırda tütün kullanımına dair tahmin yapmak üzere tasarlanmış; Hanehalkı toplam cevaplama oranı %93.7, kentte %94.8, kırda %92.7'dir. Bireysel cevaplama oranı ise sırasıyla %96, %96.3 ve %95.7'dir.	Bu çalışmada terim olarak sigara yerine "tütün" kullanılmış; sigara, sarma sigara, pipo, puro, nargile kullananlar alınmıştır. Buna göre halen tütün kullananlar: her gün ve arasıra tütün kullananlar olarak tanımlanmıştır.
TURDEP 2, 2010 (10)	Kesitsel, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2008 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, aile sağlığı merkezi kayıtlarından random olarak seçilerek davet edilmiş ≥20 yaş 26499 birey	1997 TURDEP 1 için TÜİK tarafından randomize belirlenmiş beş coğrafi bölgeden üçer il, toplam 15 il, her ilden altı ilçe her ilçeden üçer kentsel (mahalle) ve üçer kırsal merkez toplam 540 merkez. Katılım oranı %89'dur.	Sigara içiyor musunuz sorusuna evet diyenler içiyor kabul edilmiş. Günde içtikleri sigara sayısı sorulmuş.
Barış, 2011 (36)	Kesitsel, Kasım-Aralık 2009, Kocaeli'nin 12 ilçesi, 18 yaş üzeri nüfus. İlçenin kentsel bölgelerindeki mahallelerin temsili dikkate alınmış. Her ilçede en az 200 kişi olmak üzere nüfusa göre ağırlıklandırma yapılmış. Ancak örnek büyüklüğünün nasıl hesaplandığı belirtilmemiş, katılım oranı belirtilmemiştir.	Telefon surveyidir.	Aktif sigara içme sıklığı olarak rapor edilmiş ancak net bir tanım verilmemiştir. Sigara içenlerin büyük çoğunluğunun her gün sigara içtiğinin belirtilmesi; ara sıra içenlerin de dahil edildiğini düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Mathers C. D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006. 3(11): p. e442.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor. 2004: Ankara.
3. Doğanay S., Sözmen K., Kalaça S. ve ark. Changes in smoking prevalence in Turkey. 9th Annual Meeting of the International Society for the Prevention of Tobacco-Induced Dieases- 2011 From Molecules to Politics, Vienna, Austria, 21st-23rd 2011.
4. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Groups. Tobacco Questions for Survey: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, GA, Centers for Disese Control and Prevention, 2011.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara; 2003.
6. Karlıkaya C., Deveci S., Ekuklu G. Edirne'de Sigara İçme ve Bırakma Oranları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2009. 23(1): p. 25-29.
7. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu. PİAR. İstanbul; 1988.
8. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, Ministry of Health. 1993: Ankara.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu". TÜİK, Ankara, 2008.
10. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II). www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf). Erişim Tarihi: 13.09.2011.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf. Erişim Traihi: 27.10.2011.
12. Onat A., Dönmez K., Keleş İ. ve ark. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Sağlığı ve Risk Faktörleri Sıklığı taraması: 5. Hipertansiyon ve sigara içimi. Türk Kardiyoloji Derneği, 1991(19):139-177.
13. Satman I., Yilmaz T., Sengul A. ve ark. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP 1). Diabetes Care, 2002; 25(9):1551-1556.
14. T.C. Başbakanlık Aile Ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve T.C. TÜİK. Türk Aile Yapısı Araştırması, 2006. 2006: Ankara.
15. Erguder T., Cakir B., Aslan D. ve ark. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. BMC Public Health, 2008; 8 Suppl 1:S4.
16. Aslan D., Bilir N., Özcebe H., Smoking Status of the Health Professionals and Influencing Factors. Ministry of Health, CDC, WHO and HASUDER. Ankara, 2008.
17. Okyay P. Osmangazi Seher-Şükrü Ergil Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri. (Doktora tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; İzmir, 1998.
18. Çan G., Özlü T. Trabzon il merkezinde sigara içme sıklığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi. 1999;16(3), 200-203.

19. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa; 1999.

20. Sönmez H.M., Başak O., Camcı C. ve ark. Aydın Yöresinde Onyedi Yaş Üstü Kitlede Sigara İçme ve Hipertansiyonla Birlikteliği. Ege Tıp Dergisi, 2000. 39(2): p. 105-111.

21. Maral I., İlhan M. İ., Özkan S. Ankara Gölbaşı İlçesinde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sigara İçme Durumları. Türkiye'de Psikiyatri, 2001. 1(3): p. 40-46.

22. Güler N., Demirel Y., Güler G. ve ark. Sivas'ın Çayboyu Mahallesi'nde Yaşayan 10 Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Sigara İçme Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004. 26(2): p. 66-70.

23. TÜBİTAK, Bilir N., Özcebe H., Vaizoğlu S.A. ve ark. Van İli Merkez İlçesi Kentsel Kesim Nüfusunun Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Düzeyinin Belirlenmesi Araştırması. 2003: Ankara.

24. Tezcan S., Altintas H., Sonmez R. ve ark. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. Trop Med Int Health, 2003; 8(7):660-667.

25. Yıldız B. Menemen İlçesinde 35-64 Yaş Grubunda Koroner Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri Sıklığının Araştırılması, İzmir, in Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı. 2002, Ege Üniversitesi: İzmir.

26. Gülbayrak C., Açık Y., Deveci S.E. ve ark. Elazığ İl Merkezinde İki Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Sigara İçme Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 2004. 26(4): p. 158-164.

27. Bozkurt A.I., Sahinoz S., Ozcirpici B. ve ark. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. BMC Public Health, 2006; 6:15.

28. Keskinoğlu P., Sözkesen S., Sarıyer E. ve ark. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede 15 Yaş Üzerinde Sigara içicilik Sıklığı, İçicilik Maliyeti ve İçiciliğin Hastalık Varlığına Etkisi. Toraks Dergisi, 2007. 8(4): p. 227-233.

29. Can G., Cakirbay H., Topbas M. ve ark. (The prevalence of cigarette smoking in the Eastern Black Sea Region). Tuberk Toraks, 2007; 55(2):141-147.

30. Başer S., Hacıoğlu M., Evyapan F. ve ark. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. Toraks Dergisi, 2007. 8(3): p. 179-184.

31. Erem C., Hacihasanoglu A., Deger O. et. al. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. Endocrine. 2008 Aug-Dec;34(1-3):36-51. Epub 2008 Nov 12.

32. Metintas S., Arikan I., Kalyoncu C. Awareness of hypertension and other cardiovascular risk factors in rural and urban areas in Turkey. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2009; 103(8):812-818.

33. Saka G., Ertem M., Çifçi S. ve ark. Mardin Kent Merkzinde 15 Yaş Üstü Kadınlarda Sigara İçme Sıklığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008. 7(2): p. 141-146.

34. Aslaner E. Adana İl Merkezinde Sigara Kullanımı ve Etkilerinin, Sigaraya ve Dumana Maruziyetin ve Tütün Kontrol Yöntemleri ile ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Telefon Surveyi ile Saptanması, in Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı. 2008, Çukurova Üniversitesi: Adana.

35. Ergör G., Soysal A., Sözmen K. ve ark. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish. Int J Public Health DOI 10.1007/s00038-011-0309-x.

36. Barış S.A., Yıldız F., Başyiğit İ. ve ark. Kocaeli'de Sigara içme Prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2011. 59(2): p. 140-145.

3.2 Kolesterol ve Yüksek Kan Basıncı

Yazar: Özlem Pekel*, Hale Arık, Kaan Sözmen***, Deniz Altun*, Belgin Ünal***

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Ordu

***Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

Bulaşıcı olmayan hastalıklar özellikle kalp-damar hastalıkları (KDH) ve diyabet hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünyada 2004 yılındaki ölümlerin %30'unun KDH'dan kaynaklandığı ve 17.1 milyon kişinin KDH sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin 7.2 milyonu koroner kalp hastalıkları (KKH), geri kalan 5.7 milyonu ise inme nedeniyle ve %82'si orta ve düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (2). Türkiye'de ise Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2000 yılı verilerine göre erkeklerde %20 .7, kadınlarda ise %22.9 ile KKH'ı tüm ölümler arasında birincil ölüm nedenidir. KKH'ını tüm toplumda %15.0 ile serebrovasküler hastalıklar izlemektedir (3).

KKH için bilinen değiştirilebilir, güçlü, bağımsız, doz-yanıt ilişkisi olan, biyolojik olarak tutarlılığı olan ve pek çok deneysel, epidemiyolojik gözlemsel araştırmalarla kanıtlanmış olan altı risk etmeni tanımlanmıştır. Bu risk etmenleri; sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, serum toplam kolesterol düzeyi, kan basıncı düzeyi, aşırı kilololuk (BKİ ≥25 kg/m2) / şişmanlık (BKİ ≥30 kg/m2) ve yüksek kan şekeridir (4).

KDH'da önemli risk etmenleri olan kan basıncı ve kolesterol düzeyleri ile ilgili Türkiye'de yapılan araştırmaların önemli bir kısmı 2000'li yıllarda başlamıştır. Ulusal çalışma olarak değerlendirilen çalışmalar TEKHARF (5), TURDEP (6) , PATENT (7), Türk Kalp Çalışması (8) ve METSAR (9) çalışmalarıdır.

Araştırmalarda yüksek kan basıncı, çoğunlukla kan basıncının 140/90 mmHg'ya eşit ya da üzerinde olması ya da hipertansiyon tedavisi alma olarak tanımlanmıştır (10). Yüksek kolesterol toplam kolesterol düzeyinin ≥200mg/dl olması olarak tanımlanmıştır (11).

Türkiye'de 1990'da yapılan TEKHARF çalışmasında kadınlarda yüksek kolesterol sıklığı %36.9 iken, erkeklerde %33.5 bulunmuştur (5). Trabzon'da 2003 yılında yapılan Trabzon Lipid Çalışması'nda yüksek kolesterol sıklığı kadınlarda %50.5, erkeklerde % 47.2 olarak, 2008 yılında İzmir, Balçova'da yapılan BAK çalışmasında ise kadınlarda % 59.8 erkeklerde ise % 56.0 olarak saptanmıştır (12),(13) (Tablo3.7, Tablo3.8) .

Tablo 3.7 Türkiye'de yaş gruplarına göre erkeklerde hiperkolesterolemi sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
TEKHARF (5)	1990	30.2	33.9	39.6	29.0	30.8	33.5
KONAK (16)	2007	38.6	60.0	73.2	66.7	40.0	57.1
TRABZON (12)	2003	43.2	53.1	46.5	50.0	41.4	47.2
BAK (13)	2008	55.0	61.5	58.6	53.8	45.9	57.0

Tablo 3.8 Türkiye'de yaş gruplarına göre kadınlarda hiperkolesterolemi sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
TEKHARF (5)	1990	22.7	39.4	56.3	38.0	35.0	36.9
KONAK (16)	2007	41.4	61.5	75.9	76.7	77.8	62.2
TRABZON (12)	2003	38.1	56.1	62.8	68.9	50.0	50.5
BAK (13)	2008	43.8	66.1	72.9	70.0	65.5	62.4

Tablo 3.9 Türkiye'de yapılan çalışmalarda cinsiyete göre kolesterol ortalamaları

		Kolesterol Ortalamaları	
Araştırma	Yılı	Erkek	Kadın
TEKHARF (5)	1990	185.0	192.0
Türk Kalp Çalışması (8)	1993	174.0±1.5	175.0±1.3
Erem C. (12)	2003	189.3±0.9	190.7±0.8
Demiral Y. (16)	2004	203.4±49.2	203.0±45.7
METSAR (9)	2005	173.6±40.9	179.6±41.4
BAK Projesi (13)	2007	208.36 ± 0.63	211.32 ± 0.44

Türkiye'de yüksek kan basıncı sıklığı 1990'da yapılan yapılan TEKHARF çalışmasında kadınlarda %38.0 iken, erkeklerde %28.4 bulunmuştur (5). 2007 yılında yapılan HinT çalışmasında ise kadınlarda %59.0, erkeklerde %49.0 olarak bulunmuştur (14). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP 2) 2010 yılında yapılan en son ulusal çalışmadır (6). Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 bulunmuştur. PATENT çalışma grubunun 2003 yılında başlayıp 2007'de sonlanan çalışmasında hipertansiyon sıklığının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında 35 yaş altı grupta %13.8, 35-64 yaş grubunda %31.1 ve 65 yaş üzeri grupta %43.3 bulunmuştur (15) (Tablo 3.10, Tablo 3.11).

Tablo 3.10 Türkiye'de erkeklerde yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	Toplam
TEKHARF (5)	1990	18.1	23.6	39.1	53.2	30.8	28.4
TURDEP 1 (6)	1997	22.2	35.4	54.9	64.0	69.9	39.2
PATENT (7)	2003	20.5	30.3	49.3	60.9	62.7	37.7
PATENT	2007	34.0	47.6	61.9	74.0	70.5	52.2
TRABZON (12)	2003	39.0	56.3	70.2	75.4	86.2	54.3
KONAK (16)	2007	34.1	48.9	63.4	95.0	80.0	56.3
BAK (13)	2008	14.7	30.8	48.5	65.2	76.9	41.4

Tablo 3.11 Türkiye'de kadınlarda yaş gruplarına göre hipertansiyon sıklığı

Araştırma	Yılı	35-44	45-54	55-64	65-74	75 üstü	*Toplam*
TEKHARF (5)	1990	19.9	39.4	53.1	64.0	70.0	*38.0*
TURDEP 1 (6)	1997	32.6	54.3	69.5	75.8	79.4	*52.7*
PATENT (7)	2003	28.3	50.5	67.2	76.2	72.3	*50.0*
PATENT	2007	37.8	59.5	75.9	84.7	84.6	*60.3*
TRABZON (12)	2003	46.5	67.5	84.8	87.8	87.9	*64.2*
KONAK (16)	2007	34.3	59.0	72.4	90.0	88.9	*61.0*
BAK (13)	*2008*	*11.6*	*35.2*	*61.9*	*81.5*	*88.0*	*45.0*

Hipertansiyon ve hiperkolesterolemi konusunda veri içeren çalışmalar ve özellikleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi Tablo 3.12, Tablo 3.13'de sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de kan basıncı, hipertansiyon ve hiperkolesterolemiyi inceleyen çalışmalar sayısal olarak yeterli olsa da, küçük örnekli, bölgesel ve yöntem açısından kısıtlıdır. Tüm toplumu demografik ve coğrafi olarak temsil eden, standart yöntemlerin kullanıldığı, güvenilir verinin elde edildiği ve belli aralarla tekrarlanan kesitsel araştırmalara gereksinim vardır.

Tablo 3.12 Türkiye'de hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kan basıncı ölçüm yöntemi ve hipertansiyon tanımı
TEKHARF, 1992 (5)	Kesitsel, 1990, 7 coğrafik bölgeye dağılmış, 32 kentsel 27 kırsal bölge	3687 katılımcı. Katılım oranı %85. Örnek büyüklüğü hesaplama ve seçme yöntemleri yeterince açık tanımlanmamış	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır
Türk Kalp Çalışması, 1995 (8)	Kesitsel, 1990-1993. Istanbul, Aydın, Kayseri, Ayvalık, Trabzon ve Aydın'dan 20 yaşın üzerinde kadın ve erkek katılımcılar.	9000 katılımcı. Rotary ve Lions gibi kulüplerden gönüllü katılımcılar	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır.
Sönmez HM, 1999 (17)	Kesitsel, 1995. Aydın il merkezinde kentsel ve kırsal 8 ayrı bölgede 18 yaş üstü kadın ve erkek nüfus.	1600 kişi araştırmaya davet edilmiş, 120 kişi katılmayı reddetmiş. Örnek büyüklüğü hesaplaması ve ayrıntılı olarak tanımlanmamıştır. Gelişigüzel örnek seçme yöntemi kullanılmış	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır.
Tezcan S. 2003 (18)	Kesitsel, 1999. Ankara, Gülveren Bölgesi'nde ikamet eden 25-64 yaş arası erkek ve kadın	Örnek büyüklüğü yaş gruplarına ve cinsiyete göre tabakalandırılarak 1600 kişi olarak hesaplanmış. Katılım oranı %70.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥160/ DKB≥95 olarak tanımlanmıştır.
Aslan B. 1999 (19)	Kesitsel, 1998. İzmir, Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 30 yaş üstü kadın ve erkek bireyler	Örnek büyüklüğü 408 kişi olarak hesaplanmıştır. Ebe bölgesi ve sokaklara göre tabakalı ve küme örnek yöntemi kullanılmıştır. Katılma oranı %68.9'dur	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥160/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
TURDEP I,2002 (6)	Kesitsel, 1997-98, 5 Coğrafi bölge, 24788 birey (15,699 kentsel, 9,119 kırsal)	29050 birey, katılma oranı %85, örnek büyüklüğü prevalansta %1 hata ve %95 GA ile hesaplanmış. ETF kayıtlarından sistematik örnekleme ile hane halkı davet edilmiş.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kan basıncı ölçüm yöntemi ve hipertansiyon tanımı
Bilir N, 2003 (20)	Kesitsel, 2002. Van ili merkez ilçesinde yaşayan 15 yaş üstü kadın ve erkek nüfus.	Örnek büyüklüğü 4300 kişi olarak belirlenerek 1000 haneye gidilmesi planlanmıştır. 6008 kişinin yaşadığı 935 haneye ulaşılmıştır. Van ili Kentsel bilgi sistemi kullanılarak haneler sistematik olarak seçilmiştir.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥139/ DKB≥89 olarak tanımlanmıştır.
Yıldız, 2002 (21)	Kesitsel, 2002, Menemen, 35-64 yaş, 362 birey	Hipertansiyon prevalansı %30, %5 yanılma payı, %95 güven düzeyinde örnek büyüklüğü 362 bulunmuştur. Mahallerden seçilecek kişilerin sayısı mahalle nüfusuna göre ağırlıklandırılmıştır. Katılmama ve ulaşılamama için %30 yedek belirlenmiştir	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. SKB≥160/ DKB≥95 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Altun B, 2005 (7)	Kesitsel, 2003. 7 bölgeden 26 şehirden kır ve kent oranına göre ağırlıklandırılarak 18 yaş üstü kadın ve erkek nüfus seçilmiştir	Örnek büyüklüğü 4967 olarak hesaplanmıştır. 4992 kişi 26 şehirden (%65 kentsel, %35 kırsal alandan) tabakalı rasgele örnek seçme yöntemi ile seçilmiştir. Katılım oranı %100.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Tugay A, 2002 (22)	Kesitsel, 1999. Bursa, Gemlik ilçesinde 30 yaş üstü kadın ve erkek nüfus.	Örnek büyüklüğü 2066 olarak hesaplanmıştır. Katılım oranı %96.4. Tabakalı rasgele örnek seçme yöntemi kullanılmıştır.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Vatansever K, 1998 (23)	Kesitsel, 1998. İzmir, Özkanlar sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş üstü kadın ve erkek nüfus.	Örnek büyüklüğü 385 kişi olarak seçilmiştir. Yaş grupları ve cinsiyete göre tabakalandırılarak ETFlerden basit rasgele örnek seçme yöntemi kullanılmıştır. Ulaşma oranı %87.8'dir	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır
Bilir, TÜBİTAK Van Çalışması, 2003 (24)	Kesitsel, 2002. Van ili merkez ilçesinde yaşayan 15 yaş üstü kadın ve erkek nüfus.	Örnek büyüklüğü 4300 kişi olarak belirlenerek 1000 haneye gidilmesi planlanmıştır. 6008 kişinin yaşadığı 935 haneye ulaşılmıştır. Van ili Kentsel bilgi sistemi kullanılarak haneler sistematik olarak seçilmiştir.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥139/ DKB≥89 olarak tanımlanmıştır.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Kan basıncı ölçüm yöntemi ve hipertansiyon tanımı
Hacıalioğlu N, 1995 (25)	Kesitsel, 1994. Gümüşhane ili Torul merkez sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzerindeki kadın ve erkek nüfus.	Örnek cinsiyete ve yaş gruplarına göre ağırlıklandırılarak seçilmiştir. Örnek büyüklüğü 212 kişi olarak hesaplanmış, 350 kişiye ulaşım hedeflenmiştir. Ulaşma oran %100.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥160/ DKB≥95 olarak tanımlanmıştır.
Sarısözen D, 2006 (26)	Kesitsel ,2002. Bursa, Nilüfer Eğitim ve araştırma Bölgesi'nde 30 yaş üstü kadın ve erkek nüfus	Örnek büyüklüğü 867 olarak hesaplanmıştır. Mahalle ağırlıkları ve yaş gruplarına göre tabakalandırılarak sistematik örnekleme yöntemi ile evhalkı tespit fişleri kullanılarak seçilmiştir. Ulaşım oranı %94.6'dır.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 olarak tanımlanmıştır
Arıcı M, 2009 (14)	Kohort, 2007. Patent araştırmasının katılımcıları ile dört yıl sonra tekrar görüşülmüştür	Patent araştırmasına katılanlardan 902 kişiye ulaşılamamış. Dışlananlardan sonra araştırmda kalanların sayısı 2866 kişidir. İzlem oranı %81.6'dır.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
BAK Projesi, 2008 (13)	Kesitsel, 2008. Balçova'da yaşayan tüm 30 yaş üstü kadın ve erkek bireyler.	Tüm Balçova alınmış. Katılan kişi sayısı 15971.	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.
Trabzon Lipid Çalışması, 2008 (12)	Kesitsel, 2003-2005. Trabzon şehri 20 yaş üstü kadın ve erkek.	Örnek büyüklüğü 4147 olarak hesaplanmış. 4809 kişi (2601 kadın ve 2208 erkek) araştırmaya katılmış. Ev halkı tespit fişleri kullanılarak sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır	Kan basıncı standart yöntemler kullanılarak ölçülmüş. Yüksek kan basıncı SKB≥140/ DKB≥90 ya da antihipertansif ilaç tedavisi kullanımı olarak tanımlanmıştır.

Tablo 3.13 Türkiye'de hiperkolesterolemi prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Total kolesterol ölçüm yöntemi ve hiperkolesterolemi tanımı
TEKHARF, 1992 (5)	Kesitsel, 1990. 7 coğrafik bölgeye dağılmış, 32 kentsel 27 kırsal bölge.	3687 katılımcı. Katılım oranı %85. Örnek büyüklüğü hesaplama ve seçme yöntemleri yeterince açık tanımlanmamış	Açlık sonrası venöz kanda referans bir laboratuvarda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış
Türk Kalp Çalışması, 1995 (8)	Kesitsel, 1990-1993. Istanbul, Aydın, Kayseri , Ayvalık, Trabzon ve Aydın'dan 20 yaşın üzerinde kadın ve erkek katılımcılar.	9000 katılımcı. Rotary ve Lions gibi kulüplerden gönüllü katılımcılar	Açlık sonrası venöz kanda referans bir laboratuvarda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 240 mg/dl olarak tanımlanmış.
Trabzon Lipid Çalışması, 2008 (12)	Kesitsel, 2003-2005, Trabzon merkez ve 9 kasabada yapımış (Akçaabat, Düzköy, Araklı, Sürmene, Çaykara, Vakfıkebir, Maçka, Yomra), 20 yaş üstü 4809 birey	Örneklem büyüklüğü için %50 dislipidemi prevalansı alınmış. Rasgele küme örneklem yöntemi kullanılmış. Katılım oranı %96.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.
Metintaş, 2008 (27)	Kesitsel, 2008 – 2009. Eskişehir - Tepebaşı ilçesine bağlı iki beldede aile sağlığı merkezine bağlı olan 20-69 yaş kadın ve erkek nüfus.	Bütün evrene gidilmiştir. Çukurhisar beldesinde 1318 kişi katılmıştır. Muttalip beldesinde 1448 kişi katılmıştır. Katılım oranları sırasıyla %55.5 ve %31'dir.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Framingham risk skoru hesaplanmıştır. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmıştır.
Kozan O, 2007 (9)	Kesitsel, yedi coğrafi bölgeden kırsal kentsel alanlar. 20 yaş üzerinde erkek ve kadın katılımcılar.	4264 katılımcı. Örnek büyüklüğü 3600 olarak hesaplanmış ve %25 yedek alınmış. Katılım oranı %100.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Metabolik sendrom tanımlanmış.
Demiral Y, 2007 (16)	Kesitsel, 2007. İzmir, Konak'ta 5 Sağlık Ocağı Bölgesi 20 yaş üstü kadın ve erkek	Örnek büyüklüğü 799 kişi olarak hesaplanmış. Örnek seçiminde sağlık ocaklarındaki ev halkı tespit fişlerinden yararlanılmıştır. Katılım oranı %76.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, katılma oranı	Total kolesterol ölçüm yöntemi ve hiperkolesterolemi tanımı
Tezcan S, 2003 (18)	Kesitsel, 1999. Ankara, Gülveren Bölgesi'nde ikamet eden 25-64 yaş arası erkek ve kadın.	Örnek büyüklüğü yaş gruplarına ve cinsiyete göre tabakalandırılarak 1600 kişi olarak hesaplanmış. Katılım oranı %62.3.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 250 mg/dl olarak tanımlanmış.
Aslan B, 1999 (19)	Kesitsel, 1998. İzmir, Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 30 yaş üstü kadın ve erkek bireyler.	Örnek büyüklüğü 408 kişi olarak hesaplanmıştır. Ebe bölgesi ve sokaklara göre tabakalı ve küme örnek yöntemi kullanılmıştır. Katılma oranı %68.9'dur.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.
BAK Projesi, 2008 (13)	Kesitsel, 2008, Balçova, 30 yaş üstü 15971 birey	Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri bireylerin tümü. Ulaşma oranı %44'tür.	Açlık sonrası venöz kanda ölçülmüş. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmış.
Bilir N, 2003 (20)	Kesitsel, 2002. Van ili merkez ilçesinde yaşayan 15 yaş üstü kadın ve erkek nüfus	Örnek büyüklüğü 4300 kişi olarak belirlenerek 1000 haneye gidilmesi planlanmıştır. 6008 kişinin yaşadığı 935 haneye ulaşılmıştır. Van ili Kentsel bilgi sistemi kullanılarak haneler sistematik olarak seçilmiştir.	Taze kapiller kandan test çubukları ile ölçülmüştür. Hiperkolesterolemi ≥ 200 mg/dl olarak tanımlanmıştır.
TURDEP 2, 2010 (28)	Kesitsel, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2008 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, aile sağlığı merkezi kayıtlarından random olarak seçilerek davet edilmiş ≥20 yaş 26499 birey	1997 TURDEP 1 için TÜİK tarafından randomize belirlenmiş beş coğrafi bölgeden üçer il, toplam 15 il, her ilden altı ilçe her ilçeden üçer kentsel (mahalle) ve üçer kırsal merkez toplam 540 merkez. Katılım oranı %89'dur.	Çalışma diyabet prevalansını saptamak amacıyla planlandığından araştırma grubunda yaşa ve cinsiyete gore hiperkolesterolemi prevalansları verilmemiştir.
Yıldız B, 2002 (21)	Kesitsel, 2002, Menemen, 35-64 yaş, 362 birey	Hipertansiyon prevalansı %30, %5 yanılma payı, %95 güven düzeyinde örnek büyüklüğü 362 bulunmuştur. Mahallerden seçilecek kişilerin sayısı mahalle nüfusuna göre ağırlıklandırılmıştır. Katılmama ve ulaşılamama için %30 yedek belirlenmiştir	Taze kapiller kandan test çubukları ile ölçülmüştür. Hiperkolesterolemi ≥ 240 mg/dl olarak tanımlanmıştır

Kaynaklar

1. Lopez, A.D., et al., Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet, 2006. 367(9524): p. 1747-57.
2. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Ünivervsitesi. Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi, 2004;128-129.
4. Stamler J, Established major coronary risk factors: historical overview, In: Marmot M, Elliot P, ed. Coronary Heart Disease Epidemiology: From etiology to public health, second edition. Oxford University Press, 2005: p. 18-31.
5. Onat, A., et al., Plasma lipids and their interrelationship in Turkish adults. J Epidemiol Community Health, 1992. 46(5): p. 470-6.
6. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II).

   www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf)
7. Altun B, Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens, 2005. 23(10): p. 1817-23.
8. Mahley RW. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. J Lipid Res, 1995. 36: p. 839-859.
9. Kozan Ö.Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. . Eur J Clin Nutr, 2007. 61: p. 548-553.
10. Alderman, M.H., JNC V revisited: standard of care or individualized treatment for hypertension? Am Heart J, 1998. 135(2 Pt 2): p. S8-15.
11. Grundy SM. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 2004. 44(3): p. 720-732.
12. Erem C. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. 2008;34(1-3):36-51.
13. Ergör G, Soysal A. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. September 2011.
14. Arici M. for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. J Hypertens. 2009.
15. Arıcı M. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. Journal of Hypertension 2010. 28: p. 240-244.
16. Demiral Y. İzmir Konak İlçesinde 20 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Sosyoekonomik Göstergeler Ve Koroner Kalp Hastalığı İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007. 6(1): p. 27-40.
17. Sönmez HM. The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydin, Turkey. J Hum Hypertens. 1999 Jun;13(6):399-404.
18. Tezcan S. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. Tropical Medicine and International Health, 2003. 8(7): p. 660-667.
19. Aslan B. Güzelbahçe erişkinlerinde kalp damar hastalığı risk faktörlerinin sıklığı. Ege Tıp Dergisi, 1999. 38(3): p. 163-166.

20. Bilir N. Van İli Merkez İlçesi Kentsel Kesim Nüfusunun Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Düzeyinin Belirlenmesi araştırması. TÜBİTAK projesi (proje no: 101Y092/2001). .

21. Yıldız B. Menemen ilçesinde 35-64 yaş grubunda koroner kalp hastalıkları risk faktörleri sıklığının araştırılması. Doktora Tezi. İzmir, 2002

22. Tugay A. Distribution of blood pressures in Gemlik District, north-west Turkey. Health Soc Care Community. 2002;10(5):394-401.

23. Vatansever K. Özkanlar sağlık oacağı bölgesinde 20 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve risk faktörleri. Doktora Tezi. İzmir, 1998.

24. TÜBİTAK, Bilir N., Özcebe H., Vaizoğlu S.A. ve ark. Van İli Merkez İlçesi Kentsel Kesim Nüfusunun Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Düzeyinin Belirlenmesi Araştırması. 2003: Ankara.

25. Hacıalioğlu N. Gümüşhane ili Torul merkez sağlık ocağı bölgesinde 30 yaş ve üzerindeki nüfusta hipertansiyon prevalansı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Erzurum,1995.

26. Sarısözen D. Nilüfer bölgesinde hipertansiyon prevalansı ve etki eden etmenler. Doktora Tezi. Bursa, 2006. .

27. Metintaş S. Eskişehir'de sağlıklı kalp programı uygulaması. Uzmanlık Tezi. Eskişehir, 2010.

28. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II). www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf). Erişim Tarihi: 13.09.2011.

3.3 Türkiye'de Diyabet ve Obezite Sıklığı

Yazar: Deniz Altun*, Kaan Sözmen, Sibel Kalaça***, Belgin Ünal***

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Narlıdere Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

***Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Diyabetin sıklığını belirlemek için yapılan toplum tabanlı çalışmalar 1990'lı yılların başında başlamıştır. Son 10 yılda ise örnek seçim ölçütleri, tanı koyma standartları ve toplumda yapılan çalışmaların nicelik ve nitelik olarak artması ile diyabet sıklığının yıllar içindeki değişimi belirlenebilmektedir. Türkiye'de toplumdaki diyabet ve obezite ile ilgili çalışmalar sistematik olarak incelenmiş, araştırmalar her iki cinsiyeti kapsama durumu, ulusal- yerel düzeyde, kentsel-kırsal alanda, uygun örnek seçme yöntemlerinin kullanılması ve yapıldığı yılda kullanılan tanı standartlarına uygun olması gibi değerlendirme ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

Diyabet ile ilgili çalışmalarda tanı koyma standartları için National Data Diabetes Group kriterleri, DSÖ kriterleri, American Diabetes Association kriterleri, Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus kriterleri ve beyana dayalı olarak "Doktor tarafından tanı konmuş diyabet hastalığınız var mı?" sorusu kullanılmıştır. Toplumda yapılan sıklık çalışmaları 1991 yılında TEKHARF çalışması ile başlamış ve yıllar içinde sayıca ve nitelik olarak artış göstermiştir. Bu çalışmalarda örnek büyüklüğü 362 kişi ile 29,050kişi arasında değişmektedir. Sıklıklar erkeklerde %4,7-16,0, kadınlarda %2,8-17,2 arasında değişmektedir.

Çeşitli çalışmalarda erkek ve kadın için bildirilen diyabet sıklıkları Tablo 3.14 ve 3.15'de sunulmuştur. Tablo 3.16'da ise, Türkiye'de 1993-2010 yılları arasında yapılmış olan diyabet sıklık çalışmalarının eleşrirel değerlendirmesi sunulmaktadır.

Tablo 3.14 Türkiye'de toplumda yapılan çalışmalarda erkeklerde diyabet sıklıkları

ERKEKLERDE DİYABET SIKLIĞI								
Araştırma	**Yıl**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**	**Toplam**
Aslan B.(2)	1998		0,00	0,00	13,20	25,00		10,40
Kelestimur F.(3)	1999		2,40	3,30	12,00	11,30	17,40	6,80
Öztürk Y.*(4)	1999							6,40
Erem C.(5)	2001	1,50	2,30	7,10	12,10	21,00		5,40
Soysal A.(7)	2002		0,00	6,40				4,70
Gokcel A.(11)	2003	0,00	9,50	11,70	21,20	23,80	9,40	12,9
Yumuk V.(13)	2005	0,00	1,70	7,10	15,60	16,60	11,60	5,50
Özdemir L.*(14)	2005							7,90
Maral I.(6)	2005	0,00	1,80	6,00	10,60	28,20	2,60	
Aksu H.*(17)	2006							5,20
Onat A.(16)	2006		2,70	6,00	13,80	18,90		15,20
Satman İ.(19)	2010							16,00

* Çalışmalarda yaşa özel sıklık verisine ulaşılamamıştır.

Tablo 3.15 Türkiye'de toplumda yapılan çalışmalarda kadınlarda diyabet sıklıkları

KADINLARDA DİYABET SIKLIĞI								
Araştırma	**Yıl**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70+**	**Toplam**
Aslan B.(2)	1998		0,00	9,10	8,80	17,00		8,70
Kelestimur F.(3)	1999		2,30	5,80	13,20	12,50	16,60	6,90
Öztürk Y.*(4)	1999							4,80
Erem C.(5)	2001	1,75	2,70	10,50	12,90	21,00		6,70
Soysal A.(7)	2002		0,50	4,10				2,80
Gokcel A.(11)	2003	0,70	2,70	8,20	16,40	20,70	19,50	10,90
Yumuk V.(13)	2005	1,10	3,20	7,60	7,10	16,90	14,20	6,90
Özdemir L.*(14)	2005							4,80
Maral I.(6)	2005	1,90	4,40	12,00	35,50	22,90		4,90
Aksu H.*(17)	2006							6,80
Onat A.(16)	2006		2,80	6,60	13,50	20,10		14,90
Satman İ.(19)	2010							17,20

* Çalışmalarda yaşa özel sıklık verisine ulaşılamamıştır.

Tablo 3.16 Türkiye'de yapılmış diyabet sıklığı çalışmaları ve özellikleri

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	DM tanısı
Erbay P, 1993(1)	Kesitsel, İzmir, 1991-1992, 20 yaş ve üzeri bireyler	2,989 birey, küme örneklem yöntemi, İzmir Narlıdere Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ne bağlı Narlıdere SO, Güzelbahçe SO ve Balçova SO, katılma oranı %83.7	Rasgele kan şekeri (RKŞ) ölçümü 115 mg/dl üzeri olanlar açlık kan şekeri (AKŞ) ölçümü için sağlık ocağına (SO) çağrılmış. AKŞ 8 saatlik açlık sonrası ölçülmüş. National Data Diabetes Group kriterlerine göre AKŞ ve OGTT ile DM tanısı konmuş. DEÜ Tıp Fakültesi intörn doktorlar tarafından anketle veri toplanmış.
Aslan B, 1998(2)	Kesitsel, İzmir, 1997, 30 yaş üzeri bireyler	408 birey, tabakalı ve küme örnekleme yöntemi, İzmir - Güzelbahçe ilçesi, katılma oranı %84.0	Araştırma grubundaki kişilere "doktor tarafından tanı konmuş şeker hastalığınız var mı?" sorusu yöneltilmiş.
Keleştimur F, 1999(3)	Kesitsel, Kayseri, 1994, 30 yaş üzeri bireyler	1,774 birey, rasgele seçilen 4 bölgede 30 yaş ve üzeri 18,020 kişiden yaklaşık %10'u, Kayseri'deki 10 bölgenin merkezde olan 4'ü, katılma oranı %81.8	Diyabet öykü ve ölçüme dayalı olarak belirlenmiştir. DM tanısı DSÖ kriterlerine (ADA 1995) göre 12 saatlik açlık sonrası AKŞ, ve OGTT ile konmuştur.
Öztürk Y, 1999(4)	Kesitsel, Kayseri, 1994, 30 yaş üzeri bireyler	Ulaşılması gereken en az 3,152 birey yedekle 4,000 birey, basit rasgele yöntem, Kayseri Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi, katılma oranı %92,8	Diyabet tanısı National Diabetes Data Group'un sınıflamasına gore yapılmış. DM olan ve tedavi alanlar DM olarak alınmıştır. AKŞ glukometre ile ölçülmüş; 115 mg/dl ve üstü olanlar Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde venöz kandan AKŞ bakılmış ve 115-140 mg/dl arası sonucu olanlara OGTT uygulanmış.
Erem C, 2001(5)	Kesitsel, Trabzon,1997-1998, 20 yaş ve üzeri bireyler	3,000 birey, rasgele küme örnekleme, Trabzon'un 5 bölgesi, katılma oranı %88,2	DSÖ kriterlerine göre AKŞ 140 mg/dl üzeri olması, 75 gr glikoz yüklemesinde 2. saat glukoz değeri 200 mg/dl ve üzeri olması ile DM tanısı alması. Diyabet öykü ve ölçüme dayalı veri var.
Maral I, 2001(6)	Kesitsel, Ankara, 1997-1998, 15 yaş üzeri bireyler	Basit rasgele örnekleme yöntemi ile Ankara Gölbaşı İlçesi'ne bağlı 3 köydeki 1,265 bireyden 1,020'sine ulaşılmış, katılma oranı %80,6	National Diabetes Data Group, DSÖ kriterlerine göre diyabetik değil, diyabetik ve bozulmuş glukoz toleransı olarak sınıflandırılmıştır. Diyabet beyana ve laboratuvar sonuçlarına dayalı olarak tanımlanmıştır. Glukometre ile ölçüm ve sonrasında kriterlere uyanlara OGTT yapılmıştır.
Soysal A, 2002(7)	Kesitsel, İzmir, 2001-2002, 20-39 yaş grubu bireyler	1,076 birey, tabakalı ve küme örnekleme, İzmir Konak ilçesi, katılma oranı %82.3	AKŞ 126 mg/dl ve üzerinde olanlar ve DM tanısı ile anti-diyabetik ilaç kullananlar DM kabul edilmiştir. Beyan ve ölçüme dayalı veri bulunmakta
Satman İ, 2002(8)	Kesitsel, Türkiye geneli, 1997-1998, 20 yaş üzeri bireyler	29,050 birey, tabakalı örnekleme, Türkiye genelinde 540 merkez ; güney, kuzey, doğu, batı ve merkez olmak üzere 5 bölgeden her bölgenin 3 alanından, her alandan 6 kasaba, her kasabaya bağlı 3 kırsal, 3 kentsel köy, ulaşılan birey sayısı örnek büyüklüğü kadar	8-16 saat açlık sonrası kan glukozu ölçümü ve OGTT yapılmış. DSÖ kriterlerine göre AKŞ 11.1 mmol/lt ve üstü DM için, 7.8-11.0 mmol/lt bozulmuş glukoz toleransı olarak belirlenmiş. Tip 1 DM tanısı çalışmanın dışında tutulmuştur.
Yıldız B, 2002(9)	Kesitsel, İzmir, 2001-2002, 35-64 yaş arası bireyler	362 birey, tabakalı rasgele örneklem yöntemi, İzmir-Menemen ilçesi	DSÖ kriterlerine gore AKŞ 120 mg/dl altı normoglisemik, 120-139 mg/dl arası bozulmuş glukoz toleransı, 140 mg/dl ve üzeri diyabet kabul edilmiştir. Beyan ve ölçüme dayalı veri bulunmaktadır.
Tezcan S, 2003(10)	Kesitsel, Ankara, 1999, 25-64 yaş grubu bireyler	2,394 birey, tabakalı rasgele örnekleme, düşük orta sınıf bir toplumu yansıtmakta, katılma oranı %86,1	Beyana dayalı olarak diyabet öyküsü alınmış. Venöz kanda AKŞ bakılmış.

Soyadı, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, veri toplama zamanı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	DM tanısı
Gökcel A, 2003(11)	Kesitsel, Adana, 20-79 yaş grubu bireyler	2,000 birey, Adana'da rasgele seçilen 9 kentsel, 9 kırsal bölgeden gebe olmayan bireyler, katılma oranı %81.8	DSÖ'nün 1999 DM kriterleri AKŞ 100-125 mg/dl arası bozulmuş açlık glikozu, 126 mg/dl ve üzeri DM olarak alınmış. DM olmayanların hepsine 75 gr glikozla OGTT yapılmış. Doktor tanısı olanlar, DM ilacı kullananlar AKŞ' si 7 mmol/lt ve üzeri olanlar kan glikoz düzeyi ne olursa olsun DM olarak kabul edilmiştir.
Badıllıoğlu O, 2003(12)	Kesitsel, 2002, 30 yaş üzeri bireyler	343 kişi , tabakalı ve küme örnekleme yöntemi, İzmir - Güzelbahçe ilçesi sağlık ocağı bölgesi, katılma oranı %77.8	DM beyana dayalı olarak "doktor tanısı aldınız mı?" şeklinde sorulmuştur.
Yumuk V, 2005(13)	Kesitsel, Konya, 2001, 20 yaş ve üzeri bireyler	20 yaş ve üzeri 156,624 bireylik araştırma populasyonundan %10'u alınmış, Konya'da seçilen 27 sağlık birimi, 2,830 bireyden kan alınmış, katılma oranı %82,1	DSÖ'nün 1999 DM kriterleri AKŞ 100-125 mg/dl arası bozulmuş açlık glikozu, 126 mg/dl ve üzeri DM olarak alınmış. Ölçümlerde glukometre kullanılmış. Diyabet tanısı öyküye ve AKŞ'ye göre belirlenmiş.
Özdemir L, 2005(14)	Kesitsel, Sivas, ?, 65 yaş üzeri bireyler	828 birey, sağlık ocağı kayıt sisteminden sistematik örnekleme yöntemi, Sivas il merkezi, katılma oranı %90.5	Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus kriterleri kullanılmış. AKŞ 126 mg/dl ve üzeri diyabetik kabul edilmiş.Daha önce diyabet tanısı alanlar ve ilaç kullananlar diyabetik kabul edilmiş.
Özdemir L, 2005(15)	Kesitsel, Sivas, 2003-2004, 30 yaş üstü bireyler	773 birey, küme örnekleme, Sivas il merkezi, katılma oranı %99.8	Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus ile tanı konmuş.Katılımcılara en az 3 gün öncesine dek sürmesi gereken150 gr karbonhidrattan az olmayan dietlerini sürdürmeleri ve günlük düzenli fiziksel aktivitelerini devam ettirmeleri istenmiş. AKŞ 10-16 saat açlık sonrası bakılmıştır. AKŞ 100mg/dl altı normal, 126 mg/dl ve üstü DM, 100-126 mg/dl arası olanlara OGTT yapılmıştır.
Onat A, 2006(16)	Kesitsel ve ileriye yönelik, Türkiye geneli, 2004-2005, 20 yaş ve üzeri bireyler	Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesindeki 59 bölge; 32 kentsel ve 27 kırsal alandan 3689 20 yaş ve üzeri kişi	American Diabetes Association kriterlerine göre AKŞ beyanla ya da ölçümle 126 mg/dl ve üzeri ise ya da 2 saatlik tokluk kan şekeri 200 mg/dl üzeri ise DM tanısı konmuştur. AKŞ 100-125 mg/dl ise bozulmuş Açlık Glikozu tanısı konmuştur. Reflotron cihazıyla enzimatik sistemle plazmada ölçümler yapılmıştır.
Aksu H, 2006(17)	Kesitsel, Bursa, 2003-2004, 20 yaş ve üzeri bireyler	902 birey, tabakalı rasgele örnekleme yöntemi, Bursa-Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesi, katılma oranı %80,6	AKŞ 126 mg/dl ve üzeri olanlarla, daha önce DM tanısı olanlar DM, 110-126 mg/dl olanlar bozulmuş açlık glikozu,110 mg/dl altı olanlar normoglisemi kabul edilmiştir.
BAK Projesi, 2008(18)	Kesitsel, 2008, Balçova, 30 yaş üstü 15971 birey	Balçova'da yaşayan 30 yaş üzeri bireylerin tümü. Ulaşma oranı %44'tür.	DM beyana dayalı olarak doktor tanısı aldınız mı şeklinde sorulmuştur ve AKŞ ölçümünde 126 mg/dl ve üzeri olası DM olarak alınmıştır.
Satman İ, 2010(19)	Kesitsel, Türkiye geneli, 2010,20 yaş üzeri bireyler	26499 birey, TÜİK tarafından randomize belirlenmiş beş coğrafi bölgeden üçer il, toplam 15 il, her ilden altı ilçe her ilçeden üçer kentsel (mahalle) ve üçer kırsal merkez toplam 540 merkez aile sağlığı merkezi kayıtlarından seçilmiştir. Katılma oranı %89'dur.	Ölçümler standard yöntemlerle yapılmış, 8-16 saat açlık sonrası kan glukozu ölçümü ve OGTT yapılmıştır. DSÖ kriterlerine göre AKŞ 11.1 mmol/lt ve üstü DM için, 7.8-11.0 mmol/lt bozulmuş glukoz toleransı olarak belirlenmiştir. Tip 1 DM tanısı çalışmanın dışında tutulmuştur.

Obesite ile ilgili duruma bakıldığında, tüm dünyada obesite sıklığının belirgin şekilde arttığı görülmektedir. Türkiye'deki durumun yıllar içindeki değişimini belirlemek amacıyla yapılan sistematik derlemede, 1990-2010 yılları arasında, 15 yaş üzeri populasyonda yapılmış, obesite sıklığı verisi olan 18 makale, 5 tez ve 8 kesitsel çalışma olmak üzere toplam 31 çalışmaya ulaşılmıştır(40). Bunlardan 14'ü ulusal, 17'si yerel düzeyde yapılmıştır. Çalışmaların çoğunluğu 20 yaş üzeri nüfusta, beş tanesi 15-49 yaş doğurgan çağdaki kadınlarda ve biri yaşlı nüfusta yapılmıştır. Çalışmaların örnek büyüklüğü 246 (Bornova Sağlık Ocağı Bölgesi) ile 29050 (TURDEP- 1) kişi arasında değişmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma'larında ve birkaç çalışmada kırsal ve kentsel nüfustaki prevalanslar da verilmiştir.

İncelenen tüm çalışmalarda obesite tanısı için beden kütle indeksi (BKİ) kullanılmıştır. Santral obesite için bel ve kalça çevresi ölçümünden hesaplanan bel/kalça oranının (BKO) kullanıldığı çalışmalar da yeralmaktadır.

Obesite prevalansı 18 yaş ve üzeri toplumda %10,7 ile %32,1, erkeklerde: %3,6-%27,4, kadınlarda: %17,3-%54,7, BKİ ortalaması erkeklerde 24,7-27,4, kadınlarda 26,3-31,1 arasında değişmektedir.

Çeşitli çalışmalarda erkek ve kadın için bildirilen obesite sıklıkları Tablo 3.17 ve 3.18'de sunulmuştur. Tablo 3.19'da ise, Türkiye'de 1992-2010 yılları arasında yapılmış olan obesite sıklık çalışmalarının eleşrirel değerlendirmesi sunulmaktadır.

Tablo 3.17 Türkiye'de yapılan çalışmalarda erkeklerde yaş gruplarına göre obesite sıklıkları

Araştırma	Yıl	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Toplam
Onat *(20)	1992							12,5
Aslan B.(2)	1998		17,4	27,3	34,3	27,3		27,4
Vatansever K.*(23)	1998							3,6
Satman İ.*(8)	2002							13,2
Tezcan S.*(10)	2003							15,1
Yalçın M. *(30)	2004							23,2
Erem C.(29)	2004	7,1	13,3	19,6	21,1	30,5	11,9	16,5
Özdemir L.*(14)	2005							9,5
Yumuk V.(13)	2005	5,3	14,2	18,9	22,5	23,0	17,2	16,8
Delibaşı T.*(33)	2007							7,8
Erem C.*(35)	2008							25,8
Oğuz A.(37)	2008	6,5	20,7	25,9	32,4	34,6	25,0	
Satman İ.**(19)	2010							25,6

* Çalışmalarda yaş gruplarına göre veriye ulaşılamamıştır.

**2008 yılı Türkiye nüfusu kullanılarak standardize edilmiş sıklıklar verilmiştir.

Tablo 3.18 Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınlarda yaş gruplarına göre obesite sıklıkları

Araştırma	Yıl	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Toplam
Onat A.*(20)	1992							32,0
Aslan B.(2)	1998		25,0	42,6	41,1	26,8		34,7
Vatansever K.*(23)	1998							17,3
Satman İ.*(8)	2002							32,9
Tezcan S.*(10)	2003							51,0
Yalçın M. *(30)	2004							32,2
Erem C.(29)	2004	8,6	22,9	35, 5	55,4	54,1	37,3	29,4
Özdemir L.*(14)	2005							39,5
Yumuk V.(13)	2005	12,7	33,4	50,1	47,7	38,9	29,3	36,3
Delibaşı T.*(33)	2007							22,1
Erem C.*(35)	2008							54,7
Oğuz A.(37)	2008	10,9	37,2	52,9	66,8	63,4	50,0	
Satman İ.**(19)	2010							41,7

* Çalışmalarda yaş gruplarına göre veriye ulaşılamamıştır.

**2008 yılı Türkiye nüfusu kullanılarak standardize edilmiş sıklıklar verilmiştir.

Tablo 3.19 Türkiye'de yapılmış obesite sıklığı çalışmaları ve özellikleri

Yazar, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, yılı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	Obesite tanısı
Onat A, 1992(20)	Kesitsel/1990, 20 yaş ve üzeri	3689 kişi, 7 coğrafik bölgeye dağılmış, 32 kentsel ve 27 kırsal bölge(toplam 59 birim), 29,5 milyon kişiden randomize örnekleme yapıldığı belirtilmiş. Örnek büyüklüğü hesaplama ve seçme yöntemleri yeterince açık tanımlanmamıştır.	Obesitenin değerlendirilmesi için beden kütle indeksi (BKİ) kullanılmıştır.
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993(21)	Kesitsel/ Ağustos-Ekim 1993, 50 yaş altı ve başından evlilik geçmiş kadınlar	6519 kişi, Tüm Türkiye'de belirlenen 500 küme, çok aşamalı tabakalı küme örnekleme, katılma oranı %92,0	BKİ ≥30.0 olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.
Erbay P, 1993(1)	Kesitsel, İzmir, 1991- 1992, 20 yaş ve üzeri bireyler	2,989 birey, küme örneklem yöntemi, İzmir Narlıdere Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ne bağlı Narlıdere SO, Güzelbahçe SO ve Balçova SO, katılma oranı %83.7	BKİ 19,9 a kadar zayıf, 20-24 arası normal, 25-29 arası hafif obez, 30- ve 39 arası orta obez, 40 ve üzeri ağır obez olarak kabul edilmiştir.
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998(22)	Kesitsel, 1998, 15-49 yaş en az bir kez evlenmiş ya da bekar kadınlar ve kocaları	8576 kadın, 1971 erkek, Tüm Türkiye çok aşamalı tabakalı küme örnekleme, katılma oranı kadınlarda %85,0, erkeklerde %61,0	BKİ ≥30.0 obez olarak kabul edilmiştir.
Vatansever K, 1998(23)	Kesitsel, 1996, 20 yaş ve üzeri	385 kişi, İzmir ili bornova ilçesi özkanlar saglık ocagı bolgesi, katılma oranı %87,8	BKI< 20 olanlar zayıf altı, normal: 20,1-25,0, hafif şişman:25,1-30.0, şişman: 30,1 ve üstü 2. kategori: zayıf ve normal: 25,0 ve altı, hafif şişman ve şişman: 25,1 ve üstü 3. kategori: normal ve hafif şişman: 30,0 ve altı, şişman: 30,1 ve üstü
Aslan B, 1998(2)	Kesitsel, 1997, 30 yaş üzeri	4884 kişi, İzmir ili Güzelbahçe ilçesi, tabakalı ve küme örnekleme yöntemi, katılma oranı %84,0	BKİ'si 30,0 ve üzeri olanlar şişman kabul edilmiş.
Okyay P,1998(24)	Kesitsel, 1997, 15-49 yaş grubu kadınlar	246 kişi, İzmir ili bornova ilçesi osmangazi seher-şükrü ergil öğrenim saglık ocagı bolgesi, DSÖ'nün saha araştırmalarında önerdiği örneklem büyüklüğü tablolarına bakılarak hesaplanmış, katılma oranı %100	BKİ hesaplaması ile: zayıf: 18,50 altı, normal sınır: 18,50-24,99, evre 1 şişmanlık 25,00-29,99, evre 2 şişmanlık:30,00-39,99, evre 3 şişmanlık:40,00 ve üzeri.

Yazar, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, yılı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	Obesite tanısı
			Şişman:30,00 ve üstü, şişman değil:30,00 altı
Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1999(25)	Kesitsel, 1999, evli ya da en az bir kere evlenmiş 15-49 yaş kadınlar ve kocaları	1728 kişi, Küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.Ancak katılım oranı belirtilmemiştir.	BKİ hesaplanmış, BKİ >=30.0 obez olarak değerlendirilmiştir.
Satman İ, 2001(8)	Kesitsel,1997-1998, 20 yaş ve üzeri	29050 kişi, Türkiye genelinde 540 merkezde. Türkiye'nin güney, kuzey,doğu, batı ve merkez olmak üzere 5 bölgesinden,her bölgede 3 şehir, her şehirden 6 kasaba,her kasabaya bağlı 3 kırsal,3 kentsel yerleşim seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, prevalansta %1 hata ile hesaplanmış, katılma oranı %85	Obesite BKİ >= 30,0 olarak tanımlanmıştır. Santral obesite DSÖ raporuna dayanarak Bel/kalça oranı erkekte ≥1.0 in men ve kadında ≥0.85; Bel çevresine : erkekte ≥102 cm, kadında ≥88 cm
Erem C. 2001(5)	Kesitsel,1998-1999, 20 yaş ve üzeri	3000 kişi, Trabzon merkezde, 5 sağlık bölgesinde, katılma oranı %88,2	National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) önerileri gözönüne alınarak tanımlanmış.25.0-29.9 kg/m2 arası aşırı kilolu, 30 kg/m2 ve üzeri obez olarak sınıflanmıştır.
Yıldız B , 2002(9)	Kesitsel, 2000- 2001, 35-64 yaş grubu	362 kişi, izmir/menemen ilçesi, her mahalle için evrendeki sayısı belli olan gruplar için örneklem sayısı formülünden %95 güven aralığında, HT %30 prevalansta, yanılma payı 0.05 alınmış, katılma oranı %100	DSÖ 1995 sınıflaması kullanılmış. BKİ beden ağırlığı/boy uzunluğunun karesi olarak hesaplanmış. BKİ normal:25,0 altı, fazla kilolu:25,0-29,9, şişman: 30,0 ve üzeri
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003(26)	Kesitsel, 2003, tüm Türkiye, 15-49 yaş en az bir kere evlenmiş 8075 kadın	Ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış. Örnek büyüklüğü 8447, katılma oranı %95.6	Obesitenin değerlendirilmesi için BKİ kullanılmıştır. BKİ ≥30.0 obez olarak değerlendirilmiştir.
Hatemi H, 2003(27)	Kesitsel, 1999- 2000, 20 yaş üzeri	20119 kişi, Türkiye'nin 4 cografi bolgesınden seçilen 11 şehirde, örnek büyüklüğü hesaplaması belirtilmemiş,	Obesitenin değerlendirilmesi için BKİ kullanılmıştır. BKİ ≥30.0 obez olarak değerlendirilmiştir.
Tezcan S, 2003(10)	Kesitsel, 1999, 25-64 yaş grubu	2,394 kişi, tabakalı rasgele örnekleme yöntemi, Ankara Gülveren Bölgesi, katılma oranı %86.1	MONICA (WHO 1990) protokolüne göre boy uzunluğu ve ağırlık ölçümü yapılmış.BKİ'ne gore 30 kg/m2 ve üzeri obez kabul edilmiş.

Yazar, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, yılı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	Obesite tanısı
Sağlık Araştırması, 2008(34)	az bir kez evlenmiş kadınlar	oranı %81,8	
Erem C, 2008(35)	Kesitsel, 2003-2005, 20 yaş ve üzeri	5000 kişi, rasgele küme örnekleme yöntemi ile Trabzon ili ve bağlı 9 ilçe, katılma oranı %96,1	BKİ ≥30 kg/m2 olanlar obez olarak tanımlanmış.
İşeri A, 2008(36)	Kesitsel, 2007, 20-85 yaş grubu	4205 kişi, Türkiye'nin 7 bölgesinden 18 şehirde seçilen illerdeki ilkokul öğrencilerinin 20-85 yaş grubundaki ebeveynleri, bölgelerin nüfus dağılımına göre illerdeki nüfus belirlenmiş. Çalışmayla ilişkili okullardan rasgele 3 sınıf belirlenmiş, katılma oranı %77	BKİ ≥30 kg/m2 olanlar obez olarak tanımlanmış.
Oğuz A., 2008(37)	Kesitsel, 20 yaş üstü birey	2110 erkek, 2154 kadın, Türkiye'nin 7 bölgesinin 87 merkezinde kentsel ve kırsal alanda, katilma orani %99.9	Obezite BKİ'ne gore tanımlanmış. Bel çevresi ölçülmüş, santral obesite tanımı American Heart Association'a göre (erkekte > 102 cm ve kadında > 88 cm) ve International Diabetes Federation (IDF)'ın tanımına göre (erkekte > 94 cm, kadında > 80 cm) yapılmış.
Bağrıaçık N, 2009(38)	Kesitsel,2000-2005, 20 yaş üzeri	13878 kişi, Türkiyenin 4 farklı bölgesinden 6 şehirde İstanbul, Kırklareli, Kastamonu, Denizli, Konya ve Gaziantep illerinde. Örnek büyüklüğü hesaplaması bilgisi bulunmamaktadır. Derneğin şubelerinin olduğu şehirlerden 20 yaş üzeri kişiler arasından 'rasgele' seçilen kişilerde araştırma yapılmış.	DSÖ kriterleri ve yöntemleri kullanılmış. BKİ ve bel çevresi ölçümü yapılmış ve cinsiyete göre ortalamalar karşılaştırılmıştır. Bel çevresine göre obesite tanımı yapılmamıştır.
Özçırpıcı B, 2009(39)	Kesitsel/ Haziran 2003, tüm yaş grupları	1647 kişi, Gaziantep kır-kent nüfusu. Örnek seçimi kriterleri hakkında bilgi bulunmamaktadır, katılma oranı %94,2	Obesite tanımı 2 yaş altı, 2-18 yaş ve 19 ve üzeri yaş için ayrı ayrı tanımlanmıştır. 2 yaş altı için BMI –Z score ≥2.0 olanlar aşırı kilolu olarak tanımlanmış. 2-18 yaş için BKİ değerleri Cole ve ark.nın sınıflaması kullanılarak gruplandırılmıştır: BMI=25 aşırı kilolu, BMI≥30 olanlar obez. 19 yaş ve üzeri grup için : aşırı kilolu: 25-29 , obez: BKI≥

Yazar, yayınlanma yılı	Araştırma tipi, yılı, yeri, kimlerde yapıldığı	Örnek büyüklüğü, seçme yöntemi, temsiliyet, katılma oranı	Obesite tanısı
Satman İ, 2010(19)	Kesitsel, 2010, 20 yaş ve üzeri	26499 kişi, Tüm Türkiye'yi temsil eden, TÜİK 2008 ADNKS'nin Bölge nüfus dağılımına uygun, aile sağlığı merkezi kayıtlarından random olarak seçilmiş, beş coğrafi bölgeden üçer il, toplam 15 il, her ilden altı ilçe her ilçeden üçer kentsel (mahalle) ve üçer kırsal merkez toplam 540 merkezden, katılma oranı %89	30 BKI, bel çevresi ölçümleri yapılmış.

Kaynaklar

1. Erbay P. Yarı kentsel bir bölgede erişkinlerde Diabetes Mellitus prevalansı, risk faktörleri ve komplikasyonları, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış uzmanlık tezi, İzmir; 1993.
2. Aslan B. Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 30 yaş üzeri populasyonda koroner kalp hastalığı sıklığı ve kalp-damar hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış uzmanlık tezi ,İzmir; 1998.
3. Kelestimur F, Cetin M, Paşaoğlu H, Coksevim B, Cetinkaya F, Unlühizarci K, Unal S, Köker AH the prevalence and identification of risk factors for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Kayseri, central Anatolia, Turkey..Acta Diabetol. 1999 Jun;36(1-2):85-91.
4. Öztürk Y,Aykut M, Keleştimur F, Günay O, Çetinkaya F, Ceyhan O, Egri M, prevalence of Diabetes Mellitus and Affected Factors in the District of Kayseri Health Group Area, Turk J Med Sci 30 (2000) 181–185.
5. Erem C, Yildiz R, Kavgaci H, Karahan C, Deger O, Can G, Telatar M. Prevalence of diabetes, obesity and hypertension in a Turkish population (Trabzon city).Diabetes Res Clin Pract. 2001 Dec;54(3):203-8.
6. Maral I, Aksakal N, Baykan Z, Özkan S, Yıldırım A, Aycan S, Aygün R, Bumin M Ankara'nın Gölbaşı İlçesi Kırsal Alanında On Beş Yaş Ve Üzeri Kişilerde Diabetes Mellitus Prevalansı Ve Risk Faktörleri, Turkiye Klinikleri J Med Sci 2001, 21:363-368.
7. Soysal A. Konak ilçesinde genç yaş populasyonunda HT sıklığı ve risk faktörleri ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış doktora tezi, İzmir; 2002.
8. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsidag K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care. 2002;(9):1551-1556.
9. Yıldız B. Menemen İlçesinde 35-64 Yaş Grubunda Koroner Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri Sıklığının Araştırılması, Yayımlanmamış doktora tezi, İzmir 2002.
10. Tezcan S, Altıntaş H, Sönmez R, Akinci A, Doğan B, Çakır B, Bilgin Y, Klör HU, Razum O. Cardiovascular risk factor levels in a lower middle-class community in Ankara, Turkey. Tropical Medicine and International Health. 2003;8(7):660-667.
11. Gokcel A, Ozsahin AK, Sezgin N, Karakose H, Ertorer ME, Akbaba M, Baklaci N, Sengul A, Guvener N. High prevalence of diabetes in Adana, a southern province of Turkey. Diabetes Care. 2003 Nov;26(11):3031-4.
12. Badıllıoğlu O. Güzelbahçe Bölgesinde koroner kalp hastalığı sıklığı ,insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış uzmanlık tezi, İzmir;2003.
13. Yumuk VD, Hatemi H, Tarakci T, Uyar N, Turan N, Bagriacik N, Ipbuker A. High prevalence of obesity and diabetes mellitus in Konya, a central Anatolian city in Turkey. Diabetes Res Clin Pract. 2005 Nov;70(2):151-8. Epub 2005 Apr 26.
14. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z, Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri, Cumhuriyet Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27(3): 89 - 94.

15. Ozdemir L, Topçu S, Nadir I, Nur N, Arslan S, Sümer H. The prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in Sivas, Central Anatolia, Turkey. Diabetes Care. 2005 Apr;28(4):795-8.

16. Onat A, Hergenç G, Uyarel H, Can G, Ozhan H. Prevalence, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. Anadolu Kardiyol Derg. 2006 Dec;6(4):314-21.

17. Aksu H, Pala K, Aksu H, Prevalence and associated risk factors of type 2 diabetes mellitus in Nilufer District, Bursa, Turkey, Int J Diabetes & Metabolism (2006) 14: 98-102.

18. Balçova'nın Kalbi Projesi, Dokuz Eylül Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Balçova Belediyesi işbirliği ile gerçekleştirilmiştir.

19. TURDEP. Satman İ. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (diyabetkongresi2012.org/pdf/İlhan_Satman.pdf). Erişim tarihi:21.02.2012.

20. Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M, Örnek E, Özcan R: Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 1. Yöntemin tarifi. Türk Kardiyol Dern ARŞ,1991, 19:9.

21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR57-DHS-Final-Reports.cfm Erişim Tarihi: 21.02.2012.

22. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR108-DHS-Final-Reports.cfm Erişim Tarihi: 21.02.2012.

23. Vatansever K. Özkanlar saglık ocagı bolgesında 20 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve risk faktörleri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış doktora tezi, İzmir; 1998.

24. Okyay P. Osmangazi seher-şükrü ergil eğitim saglık ocagı bolgesında 15-49 yaş kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmamış doktora tezi ,1998.

25. CBÜ. Celal Bayar Üniversitesi. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa; 2007.

26. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml Erişim Tarihi: 21.02.2012.

27. Hatemi H, Yamuk VD, Turan N, Arik N. Prevalence of overweight and obesity in Turkey. Metab Syndr Relat Disord. 2003 Dec;1(4):285-90.

28. Van İli Merkez İlçesi Kentsel Kesim Nüfusunun Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Düzeyinin Belirlenmesi Araştırması, TÜBİTAK, Ankara, 2003.

29. Erem C, Arslan C, Hacihasanoglu A, Deger O, Topbas M, Ukinc K, Ersöz HO, Telatar M. Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (trabzon city, Turkey). Obes Res. 2004 Jul;12(7):1117-27.

30. Yalçın M, Şahin M, Yalçın E, Prevalence and epidemiologic risk factors of obesity in Turkey, Middle East Journal of Family Medicine, 2004; Vol. 6 (6).

31. Ersoy C, Imamoglu S, Tuncel E, Erturk E, Ercan I.Comparison of the factors that influence obesity prevalence in three district municipalities of the same city with different socioeconomical status: a survey analysis in an urban Turkish population. Prev Med. 2005 Feb;40(2):181-8.

32. Sanisoglu SY, Oktenli C, Hasimi A, Yokusoglu M, Ugurlu M. Prevalence of metabolic syndrome-related disorders in a large adult population in Turkey. BMC Public Health. 2006 Apr 10;6:92.

33. Delibasi T, Karaaslan Y, Ustun I, Koroglu E, Hosgor S, National prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkey: cross sectional study of a represantative adult population, CEJMed 2(3) 2007 294–303.

34. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml Erişim Tarihi: 21.02.2012.

35. Erem C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Kocak M, Topbas M. Endocrine. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. 2008;34(1-3):36-51.

36. Iseri A, Arslan N. Obesity in adults in Turkey: age and regional effects. Eur J Public Health. 2009 Jan;19(1):91-4. Epub 2008 Dec 17.

37. Oğuz A, Temizhan A, Abaci A, Kozan O, Erol C, Ongen Z, Celik S.Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults. Anadolu Kardiyol Derg. 2008 Dec;8(6):401-6.

38. Bagriacik N, Onat H, Ilhan B, Tarakci T, Oşar Z, Ozyazar M, HatemiH, Yildiz G, Obesity profile in Turkey , Int J Diabetes & Metabolism (2009) 17: 5-8 5.

39. Ozcirpici B, Coskun F, Sahınoz S, Ozgur S, Bozkurt Al. Obesity Prevalence in Gaziantep, Turkey. Indian J Community Med. 2009 Jan;34(1):29-34.

40. Altun D ve ark, Türkiye'de Obezite Sıklığı Nasıl Değişiyor? 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri CD'si. S046.

3.4 Kalp damar hastalığı tedavi alma oranları

Yazar: Hatice Şimşek*, Yücel Demiral*, Özgür Aslan, Belgin Ünal***

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Koroner kalp hastalığının (KKH) risk etmenleri sigara kullanımı, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, artmış kan basıncı, kan glukozu ve lipidleri ile şişmanlıktır. Öncelikli olarak bu risklerin önlenmesi birincil korumada önemlidir (1). Birincil korumanın sağlanamadığı durumlarda uygun diyet, fizik aktivite ve sigaranın bırakılması ile birlikte uygun ilaç tedavisinin yapılarak ikincil koruma yöntemleri uygulanmalıdır (2). İkincil korumada amaç yeni akut koroner olayların gelişmesinin önlenmesi, iskeminin kontrol altına alınması, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırılmasıdır (2). Yapılan çalışmalarda KKH olan kişilerde kan basıncı beta bloker, ACE inhibitörleri, lipid düşürücü statinler gibi ilaçlarla pıhtılaşmayı önleyen aspirin gibi ilaçların hastalarda sağkalımı artırdığı saptanmıştır (3). Dolayısıyla KKH hastalarında tedavi rehberlerinde önerilen tedavilerin alınma düzeylerine ilişkin yapılan çalışmalar ve sonuçları önemlidir.

Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalardan çıkarılan sonuçlar;

1. Çalışmalar genellikle hastane tabanlıdır ve kullanım oranları poliklinik kontrollerine dayalıdır.
2. Çalışmalar genellikle taburcu olurken reçete edilen ilaçlara yöneliktir.
3. Çalışmaların örnek seçme yöntemleri sıkıntılıdır.
4. KKH alt gruplarına ve/veya cinsiyete göre ilaç kullanım ve reçete oranlarını belirleyen çalışma sayısı çok kısıtlıdır.
5. Tüm ilaç gruplarının reçete edilme ve kullanım oranları rehberlerde önerilenlerden düşüktür.
6. Türkiye'de bu konuda yapılacak toplum tabanlı ve kişilerin tedaviye ve önerilere uyumunu etkileyen etmenleri belirleyecek nicel ve nitel çalışmalar yapılması gereklidir.
7. Ayrıca hekimlerin reçete etme ve öneride bulunma oranlarını, hastaların da tedaviye ve önerilere uyumlarını artırıcı girişimlere gereksinim vardır.

Bu konuda Türkiye'de yapılmış başlıca çalışmalar gözden geçirilerek Tablo 3.20'de özetlenmiştir.

Tablo 3.20 Türkiye'de KKH'larında ikincil koruma için reçete edilen ve kullanılan ilaçların oranlarını gösteren başlıca çalışmalar

Soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı yer/ örnek	Sonuç
Akgün G, 2000 (4)	Farklı coğrafi bölgelerden 15 üniversite, Sağlık Bankalığı ve SSK Hastanesi'nin İç Hastalıkları ve Kardiyoloji kliniğinden 40-70 yaşları arası 30-40'ar hasta alınarak toplam 547 ilk defa koroner tanı alan hasta	Hastanede: Aspirin %78, beta bloker %49, Ca kanal blokeri %22, nitrat %67, ACEi %38, statin %23, diyet önerisi %44, fiziksel aktivite önerisi %21 6. ay kontrolünde: Diyet %60, fizik aktivite %1.5, aspirin %74, beta bloker %28, Ca kanal blokeri %25, nitrit %47, ACEİ %18, statin %27
Sönmez K, 2002 (5)	Koşuyolu Kalp Eğitim Araştırma Hastanesinde Kardiyoloji Kliniği'nde beş aylık dönem içinde ilk kez koroner anjiyografi ile KAH tanısı alan 617 olgu	Taburcu olurken: Aspirin %99, beta bloker %86, ACEi %40, statin %63, nitrat %86, ca kanal blokeri %16, antikuagulan %2
Ildızlı M, 2004 (6)	Bir üniversite hastanesi kardiyoloji kliniğine anjina pektoris yakınması ile başvuran ve elektif koroner anjiyografi amacı ile yatırılan ardışık 100 hasta	Yatış öncesi: Beta bloker %46, ACEi %32, Statin %31, Ca antagonisti %14, nitrat %43 Taburcu olurken: Statin %65, ACEi %66, Beta bloker %66
Ergin A, 2004 (7)	16 üniversite hastanesinden 18 yaş ve üzeri KKY tanısı almış 661 hasta	Başvuruda Beta bloker %4.7, aspirin %64.1, Nitrat %55.1, ACEi %50.1, antikoagulan % 8.7, Ca antagonisti %14 Hastanede: Beta bloker %3.1, aspirin %85.5, nitrat %84.6, ACEi %77.3, antikoagulan %44.2, Ca antagonisti %10.7 Taburcu olurken: Beta bloker %3.1, aspirin %89.2, nitrat %70.2, ACEi %84.5, antikoagulan %11.4, Ca antagonisti %11.6
Bakar SM, 2004 (8)	PREMISE çalışmasının ilk fazında Eskişehir'de KVH tanısı almış 1034 hasta	Kontrolde: Aspirin %86, beta bloker %46, ACEi %44, statin %22
Mendis S, 2005 (9)	10 ülkeden ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde ayaktan bakım uygulanan kliniklerden 10,000 KVH'lı birey (TR 1038)	KKH'de altı ay sonraki kontrolde: Aspirin %78.2, beta bloker %45.6, ACEi %40.2, statin %23.1

Soyadı, yayınlanma yılı	Yapıldığı yer/ örnek	Sonuç
Hindistan S, 2009 (10)	KTÜ TF Hastanesi koroner yoğun bakımda yatan (bir yıllık sürede) MI'lı 217 hasta	Hastanede Antiagregan- antitrombolitik K:%95.6 E: %97.6, antihiperlipoproteinemik K: %86.9 E:%89.4, beta bloker K:%58.6, E: %71.3, ACEi K:%41.3 E:%45.6, Ca kanal blokeri K: %6.5 E: %8.1, trombolitik (SKZ-PTA) K:%15.2 E:%35.0
Kotseva K, 2009- EUROSPIRE III (11)	Avrupa'da 22 ülkedeki 76 merkezde KKH tanısı almış 18-80 yaş arası	Taburcu: Antiplatelet %99.4, beta bloker %83.1, ACEi %73.6, ca antagonisti %11.4, statin %82.3, antikoagulan %2.7 6 ay sonra görüşmede: Antiplatelet %91.4, beta bloker %73.8,
Tokgözoğlu L, 2010 (12)	Türkiye'den 17 merkezden 338 hasta	ACEi %69.0, ca antagonisti %14.2, statin %65.0, antikoagulan %2.1
Şimşek H, 2011 (13)	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bir yıllık dönemde başvuran ve hastane kayıtlarına göre KKH ve koroner bypass ameliyatı tanıları alan 35 yaş ve üzeri 392 hasta	Başvuruda: Aspirin %65.2, beta bloker %59.6, statin %40.4, ACEi %32.9, klopidogrel %23.6, spironolakton %14.9, warfarin %3.1 Taburcu olurken: Anjina'da; beta bloker %68.8, ACEi/ARB %73.1, statin %79.6, aspirin %88.2, warfarin %3.2 Akut MI'da; beta bloker %84.1, ACEi/ARB %84.1, statin %89.7, aspirin %95.3, warfarin %2.3 Kalp yetmezliğinde; beta bloker %54.0, ACEi/ARB %71.4, statin %39.7, aspirin %71.4, spironolakton %39.7 PTCA/CABG sonrası; beta bloker %82.1, ACEi/ARB %84.2, statin %85.9, aspirin %96.2, warfarin %3.3

Kaynaklar

1. World Health Organization. Cardiovascular Diseases. Erişim adresi: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html, erişim tarihi: 11.11.2010.
2. Akgün G. Koroner arter hastalığında tedavi ve ilaç seçimi. Anadolu Kardiyol Derg 2002;2: 24-25.
3. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA et al AHA/ACCF Secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A Guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. Circulation 2011;124(22):2458-73.
4. Akgün G, Onat A, Enar R, Alp N. Türkiye'de koroner kalp hastalığı tedavi kalıpları çalışması. Türk Kardiyol Dern Arş 2000;28:274-81.
5. Sönmez K, Akçay A, Akçakoyun M, Demir D, Elönü OH, Onat Ö ve ark. Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak kanıtlanmış olgularda tedavi prosedürlerinin dağılımı ve hastaneden çıkışta ilaç seçimi. Anadolu Kardiyol Derg 2002;2 (1):18-23.
6. Ildızlı M, Kayıkçıoğlu M, Yavuzgil O, Hasdemir C, Gürgün C, Kültürsay H. Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz?. Türk Kardiyol Dern Arş 2004;32:542-549.
7. Ergin A, Eryol NK, Ünal Ş, Deliceo A, Topsakal R, Seyfeli E. Epidemiological and Pharmacological Profile of Congestive Heart Failure at Turkish Academic Hospitals. Anadolu Kardiyol Derg 2004;4:32-8.
8. Bakar SM, Görenek B, Ünsal A, Özbabalık D, Metintafl S, Timuralp B. WHO PREMISE-1 Projesi (Prevention of recurrence of myocardial infarction and stroke) Türkiye Sonuçları. XX. Ulusal Kardiyoloji Kongresi; 27-30 Kasım 2004; Antalya.
9. Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghannem H et al. WHO Study on Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO-PREMISE). Bulletin of the WHO 2005;83:820-828.
10. Hindistan S, Nural N. Miyokard İnfarktüsü geçiren bireylerde cinsiyete yönelik girişimler ve risk faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(11):35-47.
11. Kotseva K, Wood D, Backer G, Bacquer D, Pyorala K, Keil U. EUROSPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16:121-137.
12. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş 2010;38(3):164-172.
13. Şimşek H, Demiral Y, Aslan Ö, Ünal B. Treatment uptake levels in the coronary heart disease patients at hospital discharge. International Journal of Cardiology 2011;147(2):156.

4 KANSER MORTALİTESİ

Yazar: Gül Ergör*

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türkiye'de TUIK'in topladığı ölüm kayıt sisteminin akpsayıcılığı ve niteliği kısıtlı olduğundan tam ve doğru veri elde edilememekte ve kanser mortalitesine ilişkin gerçeği yansıtan hızlar hesaplanamamaktadır. Ancak bildirilen kanser ölümlerinin nedenlere göre dağılımı inceleneblir.

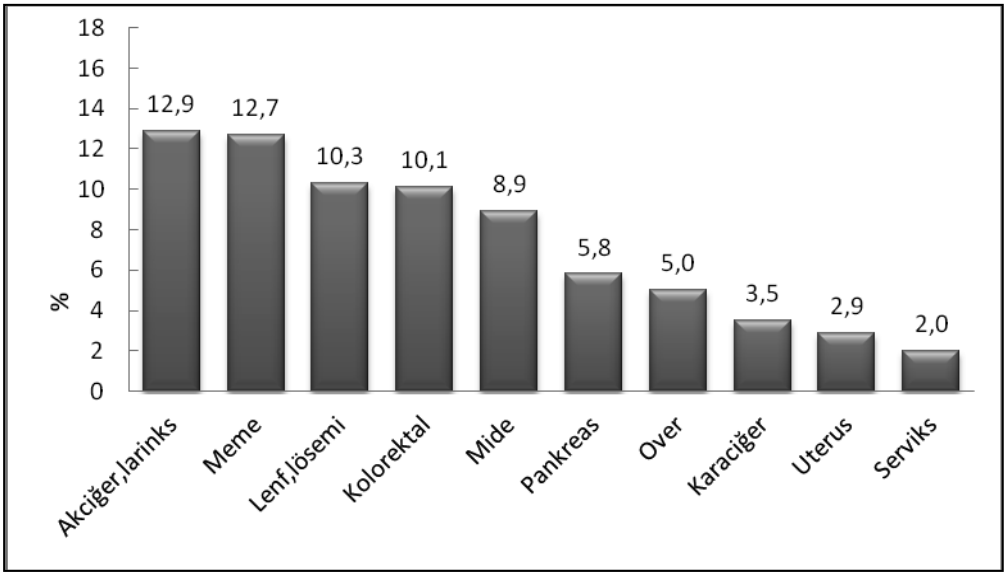
4.1 Kadınlarda kanser mortalitesi

Kadınlardaki kanser ölümlerinin en sık görülen ilk iki nedeni akciğer/larinks kanserleriyle meme kanseridir (Şekil 4.1). Meme kanseri insidansı yüzbinde 39, akciğer kanseri insidansı yüzbinde 8 olmasına karşın, mortalitede akciğer kanseri, meme kanserinin biraz üzerinde yer almaktadır. Olasılıkla akciğer metastazlarının, primer ölüm nedeni olarak yazılması buna neden olmaktadır.

Karaciğer kanserinin de benzer olarak ölüm nedenleri içinde yer alması, olasılıkla metastazların primer neden olarak kayıt edilmesinden kaynaklanmaktadır, çünkü kanser insidansı sıralamasında ilk on kanser içinde yer almamasına karşın mortalitede sekizinci sıradadır. Beyin tümörü ölümleri TÜİK verilerinde bildirilmemiştir. Oysa Edirne, Ankara, Eskişehir, Samsun ve Trabzon'da 7-9 sırada yer aldığına göre olasılıkla kanser ölümleri içinde de mide kanseri ölümlerine yakın bir payı olması beklenir. Pankreas kanseri insidansta ilk on içinde yer almazken, ölüm nedenlerinde 6.sırada yer almıştır. Sadece Eskişehir'de ilk on kanser içinde pankreas görülmektedir, diğer illerde sıralamada yoktur.

Dikkat çekici bir biçimde Edirne hariç tüm illerde tiroid kanseri ilk onda hatta Türkiye'de deri hariç 2.sırada yer almaktadır. Mortalitesi düşük bir kanser olması nedeniyle ölümler içinde ilk sıralarda bulunmamaktadır.

Şekil 4.1 Türkiye'de kadınlarda 2009 yılındaki kanser ölümlerinin dağılımı

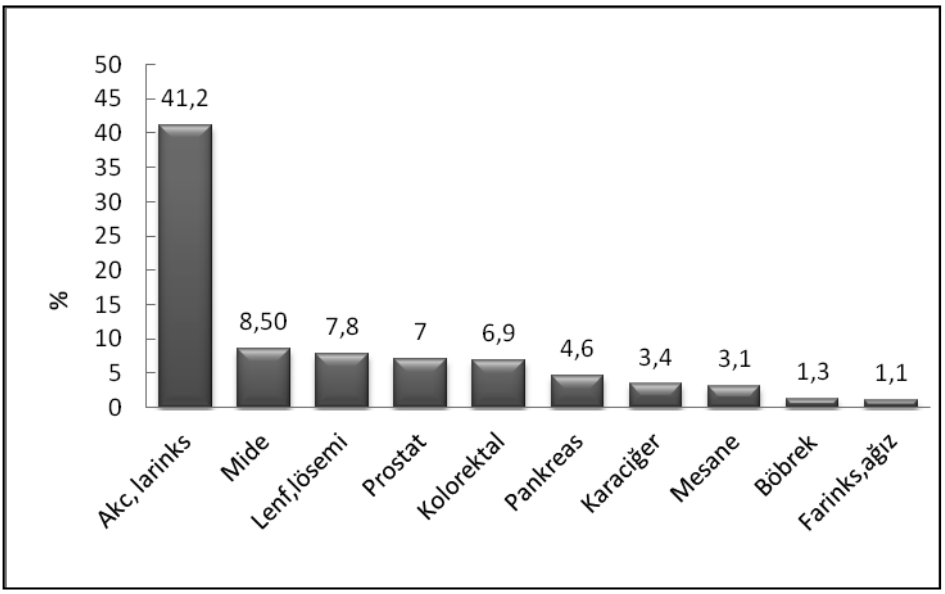


4.2 Erkeklerde kanser mortalitesi

Erkelerde kansere bağlı ölümlerin en büyük kısmını (%42) akciğer ve larinks kanserleri oluşturmaktadır. KC ve böbrek ilk on kanser içinde görülmediği halde ölüm nedenleri içinde 7.ve 9.sırada yer almaktadır. Beyin tümörü de insidansı 10. sırada olmasına karşın ölüm nedenlerinde ilk onda yer almamaktadır. Kadınlarda olduğu gibi beyin tümörü ölümlerinin %10 civarında olabileceği düşünülebilir. Farinks ve oral kavite kanserleri de ölümlerde 10 sırada görülürken, insidansta ilk onda değildir.

Mortalite ile ilgili sonuçlarda genellikle kanser bildirimlerinin diğer tanılara göre daha doğru olduğu birçok çalışmada saptanmıştır, fakat kanser türleri açısından, ölüm nedenlerinin insidans ve sağkalım verileriyle çok uyumlu olmadığı gözlenmektedir.

Şekil 4.2 Türkiye'de erkeklerde 2009 yılındaki kanser ölümlerinin dağılımı



Türkiye'de ölüm kayıt sisteminde 2009 yılından itibaren yeni ölüm bildirim sistemi uygulanmaya başlamıştır. Yeni sistemin ilerleyen dönemlerde ölüm verilerinin iyileştirilmesine katkı yapması olasıdır. Ölüm kayıtlarının nicelik ve nitelik acısından yetersizliğinin yanı sıra mevcut kayıtlara da ulaşılamaması, ülkemizde kanser kontrol politikalarına temel oluşturması gereken ölüm verilerinin kullanılamaması anlamına gelmektedir. Ülkemizdeki kanser mortalitesine ilişkin DSÖ/IARC tarafından, insidans ve bölgedeki olası sağkalım baz alınarak yapılan tahminlere http://globocan.iarc.fr/ adresinden ulaşılabilir.

Kaynaklar

1. TÜİK 2009 Ölüm nedeni istatistikleri, Sayı: 10713, 06/09/2011.
2. Stewart B. W. And Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press.Lyon 2003.

5 KANSER SÜRVEYANSI VE KANSER SIKLIĞI

5.1 Dünyada ve Türkiye'de Kanser Sürveyansı

Yazar: Sultan Eser*

* Karşıyaka Kanser İzlem ve Denetim Merkezi, İzmir

Kanser kontrol çalışmalarının doğru ve etkin biçimde planlanabilmesi için, öncelikle kanserlerin toplumdaki kişi, yer ve zaman özelliklerini içeren tanımlayıcı özelliklerinin bilinmesi gerekir. Bu gereksinimin karşılanması amacıyla kurulan kanser kayıt sistemleri, malign hastalıkların toplum üzerindeki etkilerini tahmin ve kontrol edebilmek amacıyla kanserlerin ortaya çıkışı, özellikleri ve sonuçları hakkında sürekli ve sistematik olarak verilerin toplanması, işlenmesi, analizi ve değerlendirilmesini içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1, 2, 3). Kanser kayıt merkezleri ise sürecin gerçekleşmesini sağlayan kuruluşlardır. Bu merkezlerden elde edilen veriler genel olarak epidemiyolojik araştırmalarda, kanser kontrol faaliyetlerinde, sağkalım ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde kullanılmaktadır.

Kanser kayıt merkezleri nüfus tabanlı, hastane tabanlı ve patoloji tabanlı olmak üzere üç gruba ayrılmakla birlikte, hastane ve patoloji tabanlı merkezler, nüfus tabanlı olarak bilgi toplayan kanser kayıt merkezleri için veri kaynağı niteliğindedir. Bir toplumda kanser insidans, prevalans ve mortalite hızlarının hesaplanabilmesi, nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri ile mümkündür. İlk modern nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin 1926 yılında Hamburg'da kurulmasının ardından gelişmiş ülkelerde giderek yaygınlaşmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğine, erişimine ve ulaşılabilirliğine ilişkin sorunlar, kaynak yetersizliği ve mevcut kaynakların etkin kullanılmaması, kansere yönelik hizmetlerin kurumsallaşmasını sağlayacak politik uygulamaların ve yasal düzenlemelerin yetersizliği gibi nedenlerle güçlü kanser kayıt sistemi yapılanmaları çoğunlukla gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmıştır (1, 4).

Kanser epidemiyolojisi alanında yaşanan en önemli gelişmeler arasında DSÖ'ye bağlı olarak 1965 yılında Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu'nun (IARC-International Agency for Research on Cancer) ve 1966 yılında Uluslararası Kanser Kayıtçılar Birliği'nin (IACR-International Association of Cancer Registries) kurulması sayılabilir. IACR, tanımlanmış bir nüfusta kanser insidansı için veri toplayan ve analiz eden, ayrıca kanser tedavisinin sonuçlarıyla ilgilenen kanser kayıt merkezleri için bir üyelik organizasyonu niteliğindedir. IACR'a üye olan kayıt merkezlerinin sayısı 1979'da 87 iken, 2006 yılında 449'a yükselmiştir. IACR'ın düzenli olarak yayımladığı Beş Kıtada Kanser İnsidansı (Cancer Incidence in Five Continents) adlı yayın, bu alandaki en önemli başvuru kaynağıdır (5).

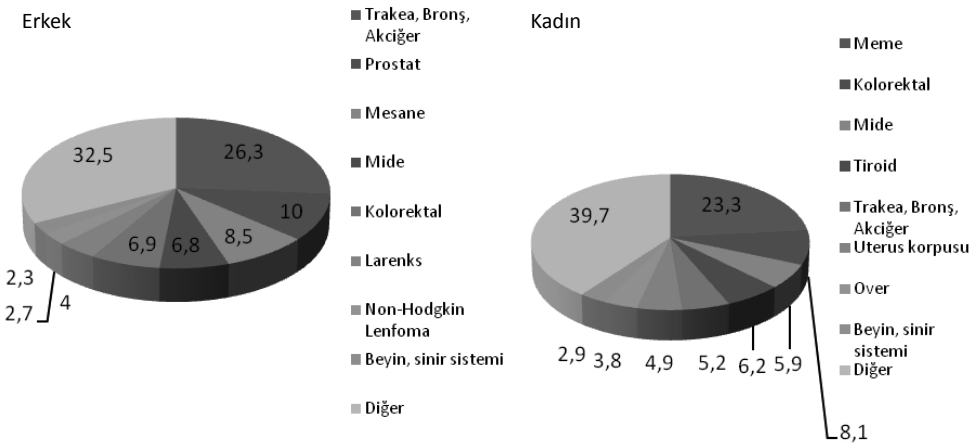
Ülkemizde kanser, 1983 yılında bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmış ve tüm ülkeden pasif veri toplanmasına başlanmıştır. Ancak uluslararası standartlar gözetilmeden yürütülen bu sistem, ülkemizde kanser görülüşü açısından doğru ve geçerli herhangi bir bilimsel bilgi üretememiştir. Türkiye'de aktif veri toplamaya dayalı ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi 1992 yılında Massachuset ve Ege Üniversiteleri ile TC Sağlık Bakanlığının bir protokolü ile İzmir'de kurulmuştur. 2000'li yılların başlarından itibaren, İzmir Kanser Kayıt Merkezi örnek model olarak kabul edilip, sosyo-demografik açıdan bölgelerini temsilen seçilen Antalya, Trabzon, Samsun, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Kocaeli, Bursa, Gaziantep ve Malatya'da olmak üzere toplam 11 il kademeli olarak, aktif kanser kayıt sistemi kapsamına alınmıştır (6). Yeni kurulan bu merkezlerin çalışanlarının başlangıç ve hizmet içi eğitimleri, verilerinin kalite kontrolü vb. bütün uzmanlık gerektiren işleri İzmir Kanser Kayıt Merkezinin deneyimli ekibi ile yürütülmüştür. İzmir ve Antalya kanser kayıt merkezlerinin verileri Beş Kıtada Kanser İnsidansının dokuzuncu sürümünde yayına kabul edilmiştir. Diğer merkezlerde de veri tamlığı ve geçerliliğinin kabul edilebilir düzeylere yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yine

İzmir Kanser Kayıt Merkezinin öncülüğünde sürdürülmektedir. Ülkemizde kanser kayıtçılığının kurumsallaşması yönünde İzmir Kanser Kayıt Merkezinin çalışmaları başladığından bu yana ciddi gelişmeler olmuş, pek çok düzenleme yapılmış, kanser kayıtçılığı alanında ciddi bir bilgi birikimi oluşturulmuştur. Bununla birlikte kayıt merkezlerinin bürokratik yapılar altında olup akademik kurumlarla gerekli işbirliğinin (protokoller vb.) sağlanamamış olması ve ülkemizdeki epidemiyolojik altyapı eksikliği bu alandaki en önemli sorunlar olarak sıralanabilir.

5.2 Türkiye'de Kanser insidansı

Kanser, diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de hastalık yükü açısından giderek daha da önemli hale gelmektedir. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması sonuçlarına göre, kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser ülkemizde en çok öldüren ikinci nedendir (7). Ülkemizde kanser görülüşüne ilişkin doğruluğu yüksek ilk yayın İzmir Kanser Kayıt merkezinin çalışmaları sonunda sunduğu İzmir'de 1993-94 kanser görülüşünü irdeleyen çalışmadır (8). 2010 yılında ise ülkemizdeki aktif yöntemle veri toplayan ve yeterli tamlık ve geçerliliğe ulaştığı saptanan sekiz nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin 2006 yılı verilerine dayanarak yapılan bir çalışma, Türkiye'de kanser görülüşüne ilişkin doğru bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmada, İzmir, Antalya, Bursa, Eskişehir, Samsun, Trabzon, Edirne ve Erzurum kanser kayıt merkezlerinin 2006 yılı kayıtları temel alınarak Türkiye geneli için bir insidans tahmini yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre ülkemizde her yıl erkeklerde 91000, kadınlarda 61000 olmak üzere toplam 152000 yeni kanser olgusu ortaya çıkmaktadır. Erkek ve kadınlarda en sık görülen kanserler Şekil 5.1'de sunulmuştur (9).

Şekil 5.1 Türkiye'de 2006 yılında sık görülen kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı



Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türü akciğer kanseri olup, tüm kanserlerin %26'sını oluşturmaktadır. Akciğer kanserinden sonra ikinci sırada prostat kanseri (% 10) bulunmakta, bunu mesane (% 8.5), kolorektal (% 6.9) ve mide kanserleri (%6.8) izlemektedir. Kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yer alır iken (%23.3), kolorektal (%8.1), troid (%6.2), mide (%5.9) ve akciğer (%5.2) kanserleri yaygın görülen diğer kanser türleridir.

Tablo 5.1 Türkiye'de 2006 yılında erkeklerde sık görülen kanser türlerinin insidans hızları

Kanser Türü	Yıllık İnsidans Hızı (Yüz binde)	
	Kaba Hız	**YHS***
Akciğer	61.2	60.3
Prostat	23.2	22.8
Mesane	19.7	19.6
Mide	15.8	16.3
Kolorektal	16.0	15.4
Larinks	9.4	9.4
Non-Hodgkin Lenhoma	6.4	6.5
Beyin, sinir sistemi	5.4	5.2
Pankreas	5.2	5.1
Özofagus	4.3	4.7
Böbrek	4.5	4.6
Karaciğer	3.3	3.4
Lenfoid Lösemi	2.8	3.0
Myeloid Lösemi	2.8	2.7
Testis	3.0	2.7
Yumuşak doku	2.1	2.2
Tiroid	2.3	2.1
Multiple Myelom	2.0	2.0
Hodgkin Hastalığı	2.1	2.0
Malign melanom	1.6	1.4
Deri hariç tüm kanser türleri	212.4	210.1
Tüm kanser türleri	233.2	230.8

*Yaşa Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu

Tablo 5.2 Türkiye'de 2006 yılında kadınlarda sık görülen kanser türlerinin insidans hızları

Kanser Türü	Yıllık İnsidans Hızı (Yüz binde)	
	Kaba Hız	YSH*
Meme	36.9	33.7
Kolorektal	12.9	11.5
Mide	9.3	8.8
Tiroid	9.8	8.8
Trakea, Bronş, Akciğer	8.2	7.7
Uterus korpusu	7.8	7.2
Over	6.0	5.4
Beyin, sinir sistemi	4.6	4.6
Non-Hodgkin Lenfoma	4.8	4.4
Serviks	4.7	4.2
Özafagus	3.1	3.1
Pankreas	3.3	3.0
Mesane	2.9	2.5
Böbrek	2.1	2.1
Myeloid Lösemi	2.0	1.9
Lenfoid Lösemi	1.6	1.7
Karaciğer	1.6	1.5
Multipl Myelom	1.5	1.3
Yumuşak doku	1.3	1.2
Hodgkin Hastalığı	1.3	1.2
Deri hariç tüm kanser türleri	140.8	129.4
Tüm kanser türleri	158.4	144.7

* Yaşa Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu

Tablo 5.1 ve 5.2'de görüldüğü gibi ülkemizde erkeklerde tüm kanser türleri için hesaplanan kaba insidans hızı 233.2, YSİH 230.8; kadınlarda ise tüm kanser türleri için kaba hız 158.4, YSİH 144.7'dir.

Tablo 5.3 Türkiye'de 2006 yılında erkeklerde sık görülen kanser türlerinin illere göre yaşa standardize insidans hızları

Kanser Türü	İzmir	Eskişehir	Erzurum	Bursa	Edirne	Antalya	Trabzon	Samsun
Trakea, Bronş, Akciğer	85.2	58.5	48.2	62.1	75	49.7	51.8	59.4
Prostat	38.2	23.3	10.4	17.6	9.3	34.2	29.4	27.2
Mesane	24.8	24.8	18.5	15.3	18.8	17.2	24.1	16.8
Mide	12.8	10	30.5	14.1	12	11.7	22	14.7
Kolorektal	22	16.2	10.5	14.1	10.3	16.6	20.7	17
Larenks	9.9	8.2	11	10.2	9.6	6.3	9.6	10.2
Non-Hodgkin Lenfoma	8.1	6.3	7.8	4.4	2.8	7.2	8.5	7.2
Beyin, sinir sistemi	5.8	6.1	5.3	3.7	4.7	5.8	3.9	6
Pankreas	5.5	6.2	5	4.8	2.8	5.8	5.6	3
Özofagus	2.5	2.9	14.1	2.4	1.6	1.5	2.8	3.3
Böbrek	6.9	2.9	3.7	5.5	2.7	4.7	4.8	4.7
Karaciğer	4.6	2.9	2.7	2.7	3.4	5	4.6	2.2
Lenfoid Lösemi	4	3.6	3.2	0.7	2.4	4.7	4.3	3.4
Myeloid Lösemi	3.4	3	2.5	1.3	4.5	4	1.7	3.6
Testis	3.5	2.1	1.5	3	3.3	3.8	2.5	2.2
Yumuşak doku	2.2	1.8	2.9	1.9	0.4	2.3	2.8	2.2
Tiroid	3.3	1.7	1.7	1.9	0.8	2	3.4	2.7
Multiple Myelom	2.1	3.1	2.5	0.9	0	2.2	1.4	2.9
Hodgkin Hastalığı	2.4	1.4	2.9	1.5	0.4	1.8	3.1	2.2
Malign melanom	2.3	0.7	1.1	1.1	1.2	2.5	2.1	1.4
Tüm kanser türleri	306.2	227.6	218.2	199.4	215.9	231.1	253.9	228.6
Deri hariç tüm kanser türleri	274.4	209.7	197.8	185.8	188.5	209.5	228	207.7

* Yaşa Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu, yüz binde

Tablo 5.4 Türkiye'de 2006 yılında kadınlarda sık görülen kanser türlerinin illere göre yaşa standardize insidans hızları

Hız	Izmir	Eskisehir	Erzurum	Bursa	Edirne	Antalya	Trabzon	Samsun
Meme	45.6	35.3	30.7	30.5	21.4	34.7	34.6	31.1
Kolorektal	13.4	10.6	9.5	12	9.6	14.1	11.2	10.7
Mide	6.7	6.6	18	6	4.5	5.3	13.9	7.6
Tiroid	16.7	7.6	8.8	6.1	3	9	11.5	6.2
Trakea, Bronş, Akciğer	9.2	8.7	10.6	4.9	3.4	8.3	4.2	7.3
Uterus korpusu	10.5	8.4	4.2	7	6.7	8.5	5.7	5.8
Over	5.4	4.4	3.6	6.9	4	7.9	4.3	5.2
Beyin, sinir sistemi	5	5.4	5.1	3.8	4	4.5	4.8	4.1
Non-Hodgkin Lenfoma	6.1	3	5.3	3.7	1.2	5.3	5.3	4.1
Serviks	5.8	3.9	3	4.7	3.5	5.4	2.4	2.8
Özafagus	1.3	0.8	11.3	1.4	0.7	1.3	1.3	1.4
Pankreas	2.7	4.1	2.4	2.7	1.1	3.8	2	3.5
Mesane	2.5	2.7	2.4	2.4	2.1	3.3	2	1.7
Böbrek	3	2	2	1.4	2.8	3.1	1.1	1.6
Myeloid Lösemi	2.3	1.1	3	1.2	1.2	2.1	2	2.7
Lenfoid Lösemi	2.6	2.2	1.1	0.5	2.2	2.2	2.6	3.1
Karaciğer	1.6	1.9	1.2	1.1	0.9	2.4	0.5	1.4
Multipl Myelom	2.1	2.4	0.3	0.6	1.2	1.3	1.5	1.9
Yumuşak doku	1.9	0.7	0.5	1.3	1.2	1.4	1.9	2.5
Hodgkin Hastalığı	1.7	2	1	0.4	0.6	1.7	0.8	1.6
Tüm kanser türleri	185.7	145.7	144.5	122.1	105.2	163	148.1	129.4
Deri hariç tüm kanser türleri	163.8	129.8	133.7	110.5	87.1	142.3	128.7	118.3

* Yaşa Standardize Hız, Dünya Standart Nüfusu, yüz binde

Tablo 5.3 ve 5.4'da Türkiye'de 2006 yılında sık görülen kanser türlerinin illere göre yaşa standardize insidans hızları sunulmuştur. Ülkemizde gerek toplam insidans hızı, gerekse en sık görülen kanser türlerinin dağılımı açısından iller arasında farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerde tüm kanser türleri için en yüksek insidans hızları İzmir (yüz binde 306.2), Trabzon (yüz binde 253.9) ve Antalya'da (yüz binde 231.1) gözlenirken, en düşük hızlara sahip olan iller Edirne (yüz binde 215.9) ve Bursa'dır (yüz binde 199.4). Akciğer kanseri, İzmir'de en yüksek olmak üzere kanser kayıt merkezi bulunan sekiz ilde erkeklerde birinci sıradadır. Akciğer kanserinden sonra Erzurum'da mide ve özofagus kanserlerinin insidansı çok yüksek iken, İzmir'de prostat ve mesane, Edirne'de mesane ve kolorektal kanserler yaygındır. Benzer farklılıklar kadınlar için de söz konusudur. Erzurum'da akciğer kanseri insidansının kadınlarda en yüksek, erkeklerde ise en düşük olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum Türk Toraks Derneğinin 2005-2006 yıllarında yapılan çalışmasında da ortaya konulmuştur. Bu çalışmada ortaya çıkan bir başka sonuç da akciğer kanseri olguları arasında sigara içmeyenlerin oranının en yüksek olduğu ilin Erzurum olmasıdır (10). Toplam kanser insidans hızının en yüksek olduğu iller İzmir (yüz binde 185.7), Antalya (yüz binde 163.0) ve Trabzon (yüz binde 148.1) iken, en düşük Edirne (yüz binde 105.2) ve Bursa'dır (yüz binde 122.1). Meme kanseri tüm illerde en yaygın kanser türüdür. Meme kanserinden sonra İzmir'de tiroid kanseri öne çıkarken, Erzurum ve Trabzon'da mide, Eskişehir, Bursa, Antalya, Samsun ve Edirne'de kolorektal kanser ikinci sırada bulunmaktadır. Bu durum, iller arasındaki risk faktörlerinin dağılımının çeşitliliğine, sosyoekonomik koşullara bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimdeki ve hastalığın tespitindeki sorunlara ve kanser kayıt merkezlerinin tam ve doğru kayıt yapabilme kapasitelerindeki farklılıklara bağlanabilir.

Dünyada nadir görülmesine karşın ülkemiz açısından önem taşıyan bir kanser türü de malign mezotelyomdur. Genellikle mesleki asbest maruziyetine bağlı olarak gelişen malign mezotelyom, ülkemizde bazı bölgelerde, özellikle kırsal alanlarda, jeolojik yapıdaki ak toprak" veya "çorak toprak" olarak adlandırılan erionit içeren toprağın, ısı ve su yalıtımı amacıyla evlerin çatısında örtü, duvarlarında sıva-badana amacıyla yaygın olarak kullanılmasına bağlı olarak çevresel maruziyet nedeniyle endemik olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum ilk olarak otuz yıl önce İzzettin Barış ve arkadaşlarının, Kapodokya'dan gelen malign mezotelyom hastalarının dikkatlerini çekmesi ile başladıkları epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konmuştur (11, 12). Kapodokya'nın bazı köylerinde mezotelyom insidans hızı milyonda 2200 – 8000 olarak bildirilmiştir (13, 14, 15). Erionit ile kırsal alanda yaşanan bu temas şekli 1980'li yılların sonuna dek Kapodokya dışındaki bazı bölgelerde de yoğun biçimde devam etmiştir. Türkiye'de temasın en yoğun olduğu bilinen kırsal alanları kapsayan iller Eskişehir, Kütahya, Bilecik, Yozgat, Sivas, Diyarbakır'dır (16).

5.3 Sağkalım

Türkiye'de kanser hastalarının sağkalımına ilişkin nüfus tabanlı tek çalışma, İzmir Kanser Kayıt Merkezi'nin seçilmiş bazı kanserler için hasta izlemlerini tamamlayarak yürüttüğü çalışmadır. Buna göre İzmir'de beş yıllık rölatif sağkalım (17,18) hızları meme kanseri için %77, mesane kanseri için %70, kolon kanseri için %53, rektum kanseri için %52, non-Hodgkin lenfoma için %50 ve serviks kanseri için %58'dir. Bu hızlarda iki cinsiyet arasında kadınların lehine faklılık bulunmaktadır (19, 20). Ülkemizde 2000'li yıların sonlarında başlatılan kişiye özel kimlik numarası ve adrese dayalı nüfus kaydı uygulamaları, kanser kayıt merkezlerinin insidans ile ilgili veri kalitelerinin yükselmesini sağlamasının yanı sıra, yüksek oranlarda hasta izlemleri yapabilmelerine de olanak sağlamıştır. Bu da bundan sonrasında sağkalım hızlarının kayıt merkezleri bazında rutin olarak çalışılıp sunulabilmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak, ülkemizde, erkeklerde en sık görülen kanser türleri, sigaraya atfedilen oranların yüksek olduğu kanserlerdir (akciğer, larinks, mesane) ve bu kanserler için saptanan insidans hızları oldukça yüksektir. Kadınlarda ise birçok ülkede olduğu gibi meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Beslenme alışkanlıklarının farklılaşması, obezite, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve gibi risk faktörlerinin artışına bağlı olarak her iki cinste de kolorektal kanser insidansı yüksektir. Ayrıca tiroid ve prostat kanseri gibi yavaş seyirli kanserler için saptanan yüksek insidans hızları, büyük oranda tanı artışı ile açıklanabilir. Sonuç olarak ülkemizde en sık görülen kanser türlerinin önlenebilir nitelikte olduğu söylenebilir. Bu durum, Türkiye'de kanser kontrol faaliyetlerinin başarısı için koruyucu ve önleyici halk sağlığı müdahalelerine öncelik verilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılarak erken tanı ve tedavi olanaklarının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Jensen OM. Parkin DM, Maclennan R, Muir CS, Skeet RG., World Health Organization International Agency for Research on Cancer, International Association of Cancer Registries. Cancer Registration Principles and Methods. IARC Scientific Publication, No: 95, Lyon, France, 1991.
2. Parkin DM, The evolution of the population-based cancer registry, Nature Publishing Group, August 2006, Vol 6, 603-612.
3. Silva I.S. Cancer epidemiology: principles and methods. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Lyon, France, 1999
4. Parkin DM, The evolution of the population-based cancer registry, Nature Publishing Group, August 2006, Vol 6, 603-612.
5. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, Boyle P. Cancer incidence in five continents, Vol IX., IARC Scientific Publications No: 160, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2007.
6. Tuncer M, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Planı Bakanlık yayın no: 760 Nisan-2009).
7. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık yükü final raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. (Aralık 2004). .
8. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM, Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. Eur J Cancer, 2001, 37, 83-92, .
9. Eser S, Yakut C, Ozdemir R, et al. Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed RegistryBased Estimation. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2010; 11:1731-39.
10. Türkiye'nin Akciğer Kanseri Haritası, Türk Toraks Derneği, yayınlamamış çalışma.
11. Baris YI, Sahin AA, Ozesmi M, ve ark. An outbreak of pleural mesothelioma and chronic fibrosing pleurisy in the village of Karain/Urgup in Anatolia. Thorax 1978; 33:181–192.
12. Baris YI, Bilir N, Artvinli M, ve ark. An epidemiological study in an Anatolian village environmentally exposed to tremolite asbestos. Br J Ind Med 1988;45:838–840.

13. Baris I, Simonato L, Artvinli M, ve ark. Epidemiological and environmental evidence of the health effects of exposure to erionite fibres: a four-year study in the Cappadocian region of Turkey. Int J Cancer 1987; 39:10–17.

14. Baris B, Demir AU, Shehu V, ve ark. Environmental fibrous zeolite (erionite) exposure and malignant tumors other than mesothelioma. J Environ Pathol Toxicol Oncol 1996; 15:183–189.

15. Baris YI, Grandjean P. Prospective study of mesothelioma mortality in Turkish villages with exposure to fibrous zeolite. J Natl Cancer Inst 2006; 98:414–417.

16. Metintaş M., Mezotelyomanın Türkiye için epidemiyolojik özellikleri, http://www.uhod.org/)

17. Parkin DM, Hakulinen TA, Analysis of Survival,s: 168, içinde: Ed.Jensen OM, Parkin DM,. MacLennan R ve ark. Cancer Registration: Principles and Methods, IARC Scientific Publication No. 95, Lyon, France, 1991. http://www.iarc.fr./en/publications/pdfs-online/epi/sp95/sp95-chap12.pdf

18. Dos Santos Silva I, Cancer Epidemiology: Principles and Methods, Introduction to survival analysis, s: 263, IARC Nonserial Publication, Lyon, France 1999. http://www.iarc.fr./en/publications/pdfs-online/epi/cancerepi/index.php

19. Eser S. Cancer survival in Izmir, Turkey 1995-1997. In Cancer survival in Africa, Asia, the Calibbean and Central America. Eds. Sankaranarayanan R, Swamin athan R. International Agency for Research on Cancer Scientific Publication No: 162, Lyon, 2011: 237-42.

20. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America. Lancet Oncology, 2010; 11:165-173.

5.4 Kanserden Korunma

Yazar: Gül Ergör*

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yaşam biçimini değiştirmek kanser mortalitesi % 50 oranında azaltabilmektedir. Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi sigara, kötü beslenme ve egzersiz yapmamaya bağlıdır. Bu nedenler önlenebilir ve değiştirilebilir faktörler olduğu için kanserde koruyuculuk önemlidir. Koruyuculuk alanında, kanserde ikincil koruma olan erken tanıdan çok kanserin oluşmasını engellemeye yönelik birincil korumaya öncelik verilmelidir.

Tütün kullanımının önlenmesi, beslenmede risk faktörlerinden uzak durulması, fizik aktivitenin arttırılması gibi yaşam koşulları ve alışkanlıklara ilişkin değişiklikler birincil korumaya, yani hastalık oluşmadan önlem almaya yönelik örnekleridir. Mammografi, gaitada gizli kan, rektosigmoidoskopi taraması gibi yöntemler ise erken tanı yani ikincil korumaya yönelik yöntemlerdir. Birincil koruma ile kanser insidansı düşürülebilirken, ikincil koruma ile ancak erken tanı konarak, kansere yakalananlarda azalma olmadan, tanı alanların yaşam süreleri uzatılabilir. Bu konuda da bazı tartışmalar vardır, örneğin mammografinin hangi yaştan itibaren ve ne sıklıkta yapılmasının sağkalım üzerine ne kadar etkili olduğu hala kesinlik kazanmış değildir. Bu konuda yeni müdahale çalışmaları ve sistematik derlemelere gereksinim vardır. Dünya Kanser Araştırma Fonu ve Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü'nün 2007 de yayınladığı raporda, konunun uzmanları tarafından eldeki tüm yayınlar ve araştırmalar incelenerek, kanserden korunma ile ilgili önerilere yer verilmiştir. Sonuç olarak elimizdeki kanıt değeri yüksek olan araştırma bulgularına göre kesinleşen önerilen şunlardır:

1. Normal Beden Kütle İndeksi sınırları içinde olabildiğince ince olmak: Toplumun BKI ortanca değeri 21-23 arasında olmalıdır. Bir toplumda yüksek kilolu ve obez olan kişiler 10 yıl içinde bu günkü düzeyinin altında olmalıdır.
2. Günlük yaşamın bir parçası olarak fizik aktivitede bulunmak: Her 10 yılda sedanter yaşamı olan toplum kesiminin yarıya inmesi hedeflenmelidir.
3. Enerjisi yüksek gıdaların tüketilmesini kısıtlamak, şekerli içeceklerden uzak durmak: İçine şeker eklenmiş içeceklerin toplumdaki tüketiminin her 10 yılda yarılanmasını hedeflemek.
4. Bitkisel kökenli yiyecekleri daha çok tüketmek: Toplumda, nişasta içermeyen sebze ve meyveler için ortalama günlük tüketimi en az 600 gr olmalıdır.
5. Kırmızı etin tüketimi azaltmak ve işlenmiş etlerden uzak durmak: Kırmızı et için ortalama haftalık tüketim 300 g dan fazla olmamalıdır, bunun çok az bir miktarı işlenmiş et olmalıdır.
6. Alkollü içecekleri azaltmak: Önerilen miktardan fazla tüketenlerin her 10 yılda üçte birinin azaltılmasını sağlanmalıdır.
7. Tuz tüketimini azaltmak, küflenmiş tahıl ve benzeri gıdalardan uzak durmak: Tüm gıdalardan alınacak günlük tuz tüketimi 5 g dan az olmalıdır. Her 10 yılda toplumda 6 g dan fazla tuz tüketenlerin yarıya inmesi hedeflenmelidir. Küflenmiş gıdalardaki aflatoksin maruziyeti en aza indirilmelidir.
8. Gerekli tüm besin maddelerini sadece yiyeceklerden elde etmek: Vitamin, mineral gibi maddelerin ilaçlardan elde edilmesini en aza indirilmesi hedeflenmelidir, besinlerden alınması sağlanmalıdır.
9. Annelerin anne sütü vermesini desteklemek: Annelerin çoğunluğunun, 6 ay boyunca sadece anne sütü vermesi sağlanmalıdır.
10. Kanseri yenenlerin kanserden korunma önerilerine uymasını sağlamak: Kanser tanısı almış ve yaşamını sürdüren kişilerin, özel olarak eğitilmiş personelden, beslenme konusunda destek almaları sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. TÜİK 2009 Ölüm nedeni istatistikleri, Sayı: 10713, 06/09/2011.
2. Stewart B. W. And Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press.Lyon 2003.
3. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, Food Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR,2007.

6 RUH SAĞLIĞI

Yazar: Yıldız Akvardar*

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Günümüzde ruhsal/zihinsel sorun, belirti ve bozukluk yaygınlıkları, ilgili tıbbi ve toplumsal özellikleriyle ciddi bir toplum sağlığı sorunudur. Tüm dünyada, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık dörtte birinde ruhsal bir bozukluk; onda birinde eşikaltı bozukluk, üçte birinde ise ruhsal belirti bulunmaktadır (1). Toplumun yaklaşık üçte birinde, yaşamları boyunca, klinik düzeyde sağaltım gerektirir şiddette ruhsal bir bozukluk gelişeceği tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki alan araştırmaları, toplum içinde psikiyatrik yardım gerektirir ruhsal bozuklukların %20'nin üzerinde yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir.

Psikiyatrik epidemiyolojinin klinik, araştırma ve sağlık politikası alanlarında önemli katkıları olmuştur(2). Psikiyatrik hastalıkların gidişi, birlikte görülmeleri hakkında veri toplanması, olası risk faktörlerinin tanımlanması, neden oldukları işlevsel bozukluğun ölçülmesi, ruhsal sağlık politikalarının oluşturulması ve tedavi olanaklarına ulaşma ve ruhsal sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda bilgiler sağlamaktadır.

Epidemiyolojik verilerin politikada kullanımına ilişkin en belirgin gösterge Dünya Bankası ve DSÖ'nün birlikte yayınladığı Küresel Hastalık Yükü Çalışmasıdır. Buna göre;

- Dünyada yetersizlik (disability) nedenlerinden ilk on nedenden beşi ruhsal bozukluklardır (major depresyon, şizofreni, bipolar bozukluklar, alkol kullanımı, obsesif kompulsif bozukluk).
- Son 20 yıllık verilere göre bu bozukluklar arasında major depresyon yetersizlik nedenleri arasında 4. sıradadır.
- Depresif hastalık insidansı yaşla artmaktadır, depresyonun 2020'de hastalık yükü sıralamasında ikinci duruma geleceği tahmin edilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan Epidemiologic Catchment Area (1980'ler) National Comorbidity Survey (1990'lar) çalışmaları toplumda ruhsal sorunlarının sıklığı konusunda veri sunmaktadır. Bu surveylerde 1 yıllık süre içinde Amerikan erişkin nüfusunun %22-23'ünde (44 milyon kişi) tanı konulabilir bir ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1).

Tablo 6.1 ECA ve NCS'de saptanan 1-yıllık ruhsal bozukluk prevalansı (18-54 yaşlar)

Ruhsal Bozukluk	**ECA(%)**	**NCS(%)**
Herhangi bozukluk	28.1	23.4
Alkol-madde dışı bozukluk	22.1	
Madde ile komorbid bozukluk	3.3	
Madde kullanım bozuklukları	9.5	
Alkol kullanım bozukluğu	7.4	
Madde kullanım bozukluğu	3.1	
Şizofreni/şizofreniform bozukluk	1.1	1.3
Affektif bozukluk	9.5	7.1
Bipolar bozukluk	1.2	1.7
Major depresif bozukluk	5.0	6.5
Distimi	5.4	1.6
Anksiyete bozuklukları	12.6	16.4
Fobi	10.9	8.3
Panik bozukluğu	1.3	1.6
Obsesif kompulsif bozukluk	2.1	2.4
Somatizasyon bozukluğu	0.2	0.2
Antisosyal kişilik bozukluğu	1.5	2.1

ECA: Epidemiologic Catchment Area, NCS: National Comorbidity Survey

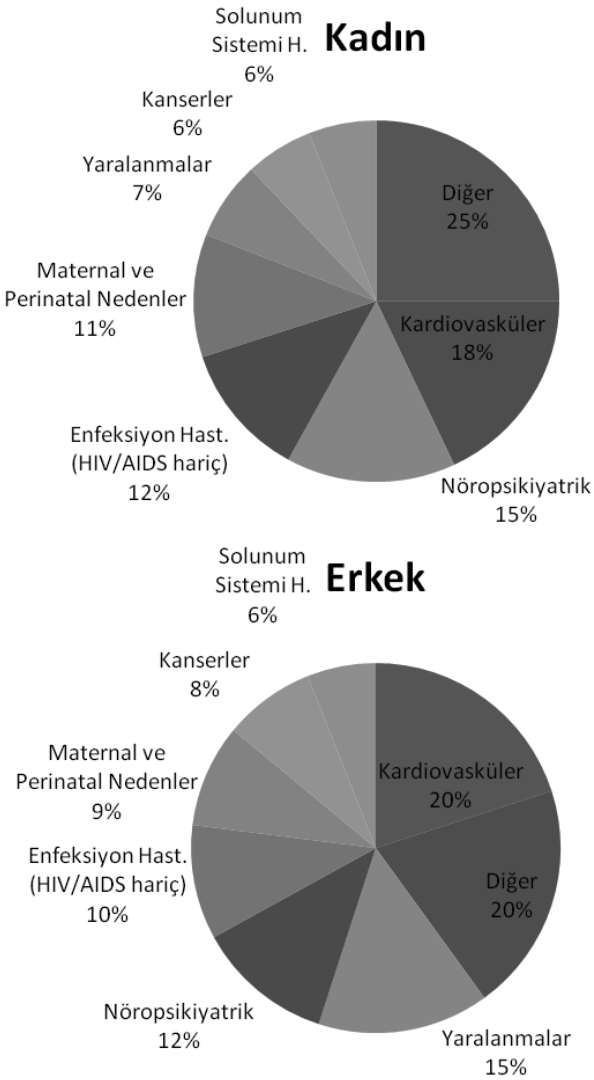
6.1 Türkiye'de ruhsal sorunların sıklığı

Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın 15-59 yaş grubunda DALY dağılımlarına bakıldığında kadınlarda birinci sırada %9,8 ile unipolar depresif hastalıklar yer almaktadır (3). Unipolar depresif hastalıklar bu yaş grubunda DALY'ler içinde toplamda %7,0 ile ikinci sırada, erkeklerde %4,5 ile dördüncü sırada saptanmıştır. Erkeklerde alkol kullanım bozuklukları %3.1 ile 3. sırada, toplamda şizofreni %1.9 ile onuncu sırada yer almaktadır.

Hastalık yükünü oluşturan ilk 20 hastalık arasında erkeklerde dokuzuncu sırada unipolar depresif hastalıklar (%2.6), on ikinci sırada alkol kullanım bozuklukları (%1.8), yirminci sırada şizofreni (%1); kadınlarda dördüncü sırada unipolar depresif hastalıklar (%5.4) yer almaktadır.

Nöropsikiyatrik hastalıklar erkeklerde hastalık yükünün %12'sini, kadınlarda %15'ini oluşturmaktadır (Şekil 6.1).

Şekil 6.1 Türkiye'de kadın ve erkeklerde hastalık yüküne en sık neden olan hastalıklar (UHY-ME Çalışması, 2000).



Sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yılları değerlendirildiğinde ilk 20 hastalık içinde erkeklerde unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, alzheimer ve diğer demanslar, bipolar afektif bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, migren yer almaktadır. Kadınlarda unipolar depresif bozukluk, migren, şizofreni, alzheimer ve diğer demanslar, bipolar bozukluklar ve panik bozukluğu yer almaktadır.

Ülkemizde bugüne kadar yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışmaları ya özel topluluklarda ya da yerel örneklemlerle yapılmıştır (4). Bu çalışmaların sonuçlarına göre ülkemizde tanı konacak düzeyde ruhsal hastalık yaygınlığı %20 dolayındadır.

Toplumda yaygınlığı fazla, yardım arama ve tanınma oranları düşük, ciddi iş gücü kaybı ve yaşam kalitesinin azalmasına, sosyal yıkıma yol açan ruhsal hastalıkların yaygınlığının saptanması, ilişkili faktörlerin belirlenmesi, hem sağlık hizmetlerinin planlanması, hem de karşılaştırmalı araştırmalar için atılması gereken ilk adımdır. Bu amaçla 1998'de sonuçları yayınlanan, Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığını belirlemek için ülke genelini temsil

eden bir örneklemde gerçekleştirilen "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çerçevesinde 18 yaş ve üstündeki 7479 kişiyle görüşülmüştür(4). Son 12 aydaki tanılar değerlendirildiğinde araştırmaya katılanların %17.2'sine en az bir ruhsal hastalık tanısı konmuştur (Tablo 6.2).

Ağrı bozukluğu dışta tutulursa en sık görülen hastalık majör depresyondur. Anksiyete ve depresyon spektrumundaki hastalıklar tanıların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Alkol bağımlılığı dışında tüm ruhsal hastalık tanıları kadınlarda daha yaygındır. Her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı varken, erkeklerde bu oran onda birdir.

Tablo 6.2 Türkiye'de son 12 aydaki ICD 10 tanılarının cinsiyete göre dağılımı

	Kadın (%)	Erkek(%)	Toplam(%)
Herhangi bir bozukluk	22.4	10.9	17.2
Panik bozukluğu	0.5	0.2	0.4
Yaygın bunaltı bozukluğu	0.8	0.5	0.7
Agorafobi	0.9	0.3	0.6
Depresif nöbet	5.4	2.3	4.0
Kısa yineleyici depresyon	2.2	0.8	1.6
Hipokondriazis	0.8	0.3	0.6
Nevrasteni	3.7	1.0	2.4
Alkol bağımlılığı	0.1	1.7	0.8
Obsesif kompulsif bozukluk	0.6	0.2	0.5
Anoreksiya nervoza	0	0	0
Bulimiya nervoza	0.4	0.1	0.2
Sosyal fobi	2.3	1.1	1.8
Özgül fobi	3.8	1.4	2.7
Ağrı bozukluğu	11.3	4.8	8.4
Somatizasyon bozukluğu	0.4	0	0.2
Distimi	2.2	0.8	1.6

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre eğitim düzeyi arttıkça hastalık tanı oranları azalmaktadır. Hiç okula gitmemiş grupta tanı oranının beşte birden fazla olduğu, alkol bağımlılığı ve özgül fobi dışında tüm hastalık gruplarının bu grupta daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki tüm tanılar dul ya da boşanmışlarda sık görülmüştür. Batıda tanı oranı diğer bölgelerden daha yüksektir. Güneyde ve Batıda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla görülen hastalıklar alkol bağımlılığı, bulimiya nervosa, sosyal ve özgül fobi ile ağrı bozukluğudur. Güneyde kısa yineleyici depresyon, hipokondriazis ve nevrasteni diğer bölgelerden daha fazladır. Kuzeyde yaygın bunaltı bozukluğu diğer bölgelerden daha fazladır. Doğuda ise depresif nöbet ve distimi diğer bölgelerden daha fazla oranda görülmektedir. Tüm hastalıklar il merkezinde daha çok, hipokondriazis ise köy merkezlerinde daha sık görülmektedir. Yeti yitiminin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu, yine ruhsal rahatsızlığı olan kişilerde yeti yitiminin bedensel

hastalığı olanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmada son 12 ayda ruhsal/sinirsel nedenlerle yardım arayan/tedaviye başvuran kişi oranı %4.7 olarak bulunmuştur. Son 12 ayda CIDI ile ruhsal hastalık tanısı konmuş olanların %13.8'i son bir yılda tedaviye başvurmuşlardır. En yüksek başvuru panik bozukluğunda (sonra, obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu), en az başvuru alkol bağımlılığı ve ağrı bozukluğundadır. Yaklaşık 20 kişiden biri araştırma anında psikotrop ilaç kullandığını bildirmiştir, bunların üçte biri bu ilacı bir yıldan uzun süredir kullanmaktadır. Araştırma sırasında ilaç kullananların ancak yarısının son 12 ayda tanı konacak bir ruhsal rahatsızlığı olduğu saptanmıştır.

6.2 Alkol kullanım bozuklukları epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76.3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu öngörmektedir (5). Halk sağlığı açısından dünyanın birçok yerinde alkol tüketimi ile ilişkili global yük (mortalite ve morbidite bağlamında) önemli boyutlardadır. Global olarak alkol tüketimi ölümlerin %3.2'sine (1.8 milyon), kaybedilen DALY'lerin (Disability-Adjusted Life Years; yetersizliğe göre düzeltilmiş yaşam yılları) %4.0'üne (58.3 milyon) neden olmaktadır.

Ülkemizde alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır (5). Genel toplumda yapılan araştırmalara örnek olarak Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kişide (1097 erkek, 1 141 kadın) alkol kullanım yaygınlığı %14.1, alkol bağımlılığı % 0.9 (erkeklerde %1.9) olarak bulunmuştur. "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında 18-65 yaş arası 7479 kişide (3370 erkek, 4109 kadın) alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 (erkeklerde %1.7; kadınlarda % 0.1) olarak saptanmıştır. 1997 yılında İstanbul'da 12-65 yaş arası 1550 kişilik (807 erkek, 743 kadın) İstanbul nüfusunu yansıtan örneklemde yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı %33.5, araştırma yapıldığı an (halen) alkol kullanım yaygınlığı %25.6 (erkeklerde %34.5, kadınlarda %15.9), CAGE ölçeğinde iki "evet" yanıtı ile belirlenen riskli alkol kullanımı %6.8 olarak bildirilmiştir. 2000 yılında yine İstanbul'da 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 54.7 (erkeklerde %73.4, kadınlarda %35.0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımı erkeklerde %17.9, kadınlarda %2.3 olarak bulunmuştur, alkol bağımlılığını öngörmek üzere alkol yoksunluğu yaşayanların oranı %1'dir. 1997-1998 yılları arasında yapılan ulusal çalışmada 20 yaş ve üzeri (11080 erkek, 13708 kadın) 24 788 kişide halen alkol kullanmama (non-current users) oranı %91.6 olarak bildirilmiştir. Üstün ve arkadaşlarının 2000-2001 yılları arasında 18 yaş ve üzeri 5061 kişide (2896 erkek, 2165 kadın) geçen yıl içinde alkol kullanmama oranı %80.4 (erkeklerde %77.5, kadınlarda %82.5), ICD-10 kriterlerine göre alkol bağımlılığı %1.3 (erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.7) olarak bildirilmiştir. 2003 yılı Dünya Sağlık Araştırması'na göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11 152 kişiyi (4782 erkek, 6370 kadın) içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı %91.6 (erkeklerde %81.9; kadınlarda %99.5)'dır. Ağır ve zararlı içme oranı (günlük saf alkol tüketiminin erkeklerde 40 gr ya da daha fazla, kadınlarda 20 gr ya da daha fazla olması) %1.1 (erkeklerde %1.9, kadınlarda %0.5)'dir. Ağır epizodik içme davranışı (bir kerede 5 yada daha fazla standart içki tüketimi) %0.9'dur (erkeklerde %2.1, kadınlarda %0.1) (Tablo 6.4).

TUİK Sağlık Araştırması 2010 raporunda alkol kullanma oranı %12.6 (erkeklerde %21.1, kadınlarda %4.4) olarak bildirilmiştir (6).

Tablo 6.3 Türkiye'de alkol kullanım prevalansı ile ilgili genel nüfus örnekleminde yapılan araştırmalar

Araştırmacı	Yıl	Yer	Örneklem	Yaşam boyu alkol kullanım oranı (%)	Alkol Kullanım Bozukluğu
Arıkan	1996	Ankara Sağlık Ocağı bölgesi	15 yaş üzeri 2238 kişi (1097 erkek, 1141 kadın)	14.1	1.07 (CAGE 2 puan) 0.9 (CIDI ile AB)
Akvardar	1997	İstanbul	12-65 yaş 1550 kişi (807 erkek, 743 kadın)	33.5	6.8 (CAGE 2 puan; riskli kullanım)
Ögel	2000	İstanbul	15 yaş üstü 707 kişi (kadın erkek sayısı belirtilmemiş)	54.5	1.0 (yoksunluk yaşama)
Kılıç	1997	Ulusal çalışma (DSÖ)	18-65 yaş 7479 kişi (3370 erkek, 4109 kadın)		0.8 (CIDI ile AB)
Satman	1997-1998	Türk Diyabet Epidemiyoloji çalışması	20 yaş üzeri 24 788 kişi (11080 erkek, 13708 kadın)	8.4	
Üstün	2000-2001	Multi Country Survey (DSÖ)	18 yaş üzeri 5061 kişi (2165 erkek, 2896 kadın)	19.6	1.3 (haftada en az bir kez 6 ya da daha fazla standart içki içme)
Üstün	2003	World Health Survey (DSÖ)	18 yaş üzeri 11 152 kişi (4782 erkek, 6370 kadın)	18.9	1.1 (erkekler günde 40gr, kadınlar 30gr'dan fazla

Ülkemizde 2000 yılından sonra lise ve üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yaşam boyu alkol kulanım oranı %46.1-71.2 arasında bildirilmiştir (5). Ülkemizde alkol kullanımı prevalansının %31.4 - %90.0 arasında bildirilen diğer ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Alkol kullanımının düşük olmasında İslam'ın etkisinin, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası olmamasının, genellikle sosyal ortamlarda alkol içilmesinin ya da sosyal baskı nedeniyle az bildirimin etkili olabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde erkekler kadınlara göre daha fazla içme, daha fazla oranda ağır içici olma ve alkolle ilişkili sorunlar yaşama eğilimindedirler. Geleneksel olarak alkol kullanımı erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır. Alkolle ilişkin sorunlar kadınlar arasında artmasına karşın, her kültürde erkekler arasında önemli ölçüde daha sıktır. Ülkemizde alkol kullanımının üniversite mezunlarında daha yaygın olduğu ancak riskli düzeyde alkol kullanımının alkol içmeye daha erken başlayan daha az eğitimli grupta daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Çalışmalarda alkol içmeye başlama yaşının düştüğü görülmektedir. Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır.

6.3 Ruhsal /Zihinsel Sorunlar İçin Risk Faktörleri

Ruhsal/zihinsel sağlık sağlığın önemli, bütünleyici bir parçasıdır. Başka bir deyişle ruhsal/zihinsel sağlık olmaksızın sağlık olmaz. Ruhsal sağlık sosyo-ekonomik, biyolojik ve çevresel faktörlerle belirlenmektedir. Ruhsal sağlık; kişinin yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle başedebildiği, üretken olarak çalışabildiği, topluma katkıda bulunabildiği iyilik hali olarak tanımlanabilir (7).

Sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler kişinin herhangi bir andaki ruhsal sağlığının düzeyini belirlemektedir. Bazı stres verici olaylar (bir yakının ölümü, sevgiliden ayrılma, ekonomik zorluklar gibi) duygusal bir rahatsızlık yaratacak derecede güçlü olsalar bile, çoğunlukla ruhsal bir bozukluğu tetiklememekte; ancak biyolojik, sosyal ya da psikolojik olarak duyarlılığı olan (vulnerable) olan kişilerde ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Ruhsal sağlığın bozulması hızlı sosyal değişim, stresli iş koşulları, cinsiyet ayrımcılığı, sosyal dışlanma, sağlıksız yaşam tarzı, şiddet riski, fiziksel hastalık ve insan hakları ihlalleriyle ilişkilidir.

Risk grupları;

- Kadınlar
- Genç ve evli olmayan kişiler
- Sosyoekonomik durumu düşük olan kişiler
- Boşanmış kişiler; depresyon ve anksiyete belirtilerinde %30-40 oranında artan risk söz konusudur. Daha önce ruhsal hastalık öyküsü varlığı, ekonomik nedenler, tek ebeveyn olmanın yarattığı stres önemlidir. Bekar annelerin, evli annelere oranla iki kat daha fazla depresyon riskiyle karşı karşıya olduğu bildirilmektedir.
- Erken ya da orta erişkinlik döneminde çocuğun ya da eşin ölümü
- Yaşamı tehdit eden travma (travma sonrası stres bozukluğu gelişimine neden olmaktadır)
- Fiziksel hastalıklar
- Süreğen sosyo-ekonomik baskılar; yoksulluk, eğitim yoksunluğu
- Kişilerarası ilişki zorlukları

- Çocukluk çağı travmaları; erişkinlik dönemini etkilemekte; cinsel, fiziksel istismar, ruhsal sorunlar daha sık görülmektedir.
- İçinde bulundukları zor koşullar nedeniyle ruhsal sorunların gelişebileceği risk grupları; aşırı yoksulluk yaşayanlar, yeterli bakım görmeyen çocuklar ve ergenler, istismar edilen kadınlar, terkedilmiş yaşlı kişiler, silahlı çatışma mağdurları, göçmenler, sığınmacılar gibi travmatize olan kişilerdir.

6.4 Stresli yaşam olaylarıyla başetme yolları

- Aile, arkadaş desteği
- Eğitim
- Kendi kendine yardım grupları, sosyal destek ağları
- Dini, manevi uğraşlar
- Fiziksel aktivite (aerobik, tempolu yürüyüş, koşma vb)
- Eş terapisi, yasla başetme, çocuk bakım programları stresli yaşam olaylarıyla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır.

Ruhsal/zihinsel sağlığın iyileştirilmesi ruhsal sağlığı destekleyen yaşam koşullarının ve çevrenin oluşturulması eylemlerini içerir ve kişilerin sağlıklı yaşam tarzları benimsemelerini ve sürdürmelerini sağlar. Temel bireysel, politik, sosyoekonomik ve kültürel haklara saygı duyulması ve korunması ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde temel unsurlardır.

Ulusal ruh sağlığı politikaları sadece ruhsal bozukluklarla değil, ruhsal sağlığı geliştirmeyi de hedeflemelidir. Ruhsal sağlığın iyileştirilmesinde sektörlerarası stratejiler arasında aşağıdakiler sayılabilir:

- Erken çocukluk müdahaleleri (örneğin; hamile kadınlara ev ziyareti, okul öncesi psiko-sosyal aktiviteler, dezavantajlı kesim için besin ve psikososyal yardım)
- Çocukların desteklenmesi (örn; beceri kazandırma programları, çocuk ve gençlik gelişim programları)
- Kadınların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmesi (örn; eğitime erişimin sağlanması, mikrokredi uygulamaları)
- Yaşlı nüfusa sosyal destek (dostluk teşviki, yaşlılar için toplum-gündüz merkezleri)
- Azınlıklar, göçmenler, çatışma ya da afetlerden etkilenmiş kişiler gibi duyarlı grupları hedefleyen programlar (örn; afetlerden sonra psikososyal müdahaleler)
- Okullarda ruhsal sağlığı iyileştirme aktiviteleri
- İşyerlerinde ruhsal sağlığı iyileştirme müdahaleleri (örn; stresle başetme programları)
- Barınma politikaları (örn; meskenlerin iyileştirilmesi)
- Şiddeti önleme programları
- Toplum gelişim programları

6.5 Türkiye ruh sağlığı sisteminin sorunları

Ülkemizde ruh sağlığı alanında önemli sorunlar arasında;

- Hastane temelli ruh sağlığı hizmeti yürütülmesi,
- Avrupa ülkeleri arasında en düşük psikiyatri yatağı oranına sahip olması,
- Psikiyatrist ve çocuk psikiyatristi sayılarının Avrupa ülkeleri içinde en düşük oranda olması, üniversite hastanelerinde bile sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi kadrolarının eksik olması, ekip çalışması yapılamaması
- Kronik psikotik hastalar için bir bakım sisteminin olmaması,
- Ruh Sağlığı Yasasının olmaması,
- Koruyucu ruh sağlığı uygulamalarının yetersizliği, bu konuda sistematik, sürdürülen programların olmaması
- Rehabilitasyon hizmetlerinin eksikliği
- Ruhsal sağlığı iyileştirme programlarının sistematik olarak yürütülememesi
- Belirli aralıklarla yapılan, birbirleriyle karşılaştırılabilir epidemiyolojik çalışmaların olmaması sayılabilir.

Ülkemizde ruhsal sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, tedavi, rehabilitasyon, bakım ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili ruh sağlığı sistemleri tasarlanarak uygulanmalıdır.

Fiziksel hastalıklar, savaşlar, şiddet ve yoksulluk dünyada yok olacak gibi görünmemektedir. Dolayısıyla gelecekte ruhsal sorunlara biyolojik yatkınlık çok sayıda insanı etkilemeye devam edecektir. Ruhsal sorunlar şimdi olduğu gibi, gelecekte de üzerinde durulması gereken önemli sağlık sorunlarını oluşturacaktır. Ulusal ruh sağlığı politikası ruhsal sorunların ortaya çıkmasını önleyici, hastaların erken tanınması, tedavisi ve özellikle toplum içinde rehabilitasyonunu sağlayıp sürdürecek nitelikte olmalıdır.

Kaynaklar

1. Küey L.1997. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Regier D.A, Burke J. D. 2000. Epidemiology. Kaplan &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor, 2004: Ankara.
4. Kılıç C. 1998. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C Sağlık Bakanlığı
5. Akvardar Y. "Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi" Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı, 47, 5-9, 2005
6. TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Sağlık Araştırması, 2010. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223
7. WHO Mental health: Strengtening our response, 2010
8. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html

BÖLÜM 06
KADIN SAĞLIĞI / ÜREME SAĞLIĞI

Bölüm Editörü:

Prof.Dr. Ayşe Akın, *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD AD (*Kadın, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi)

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Prof.Dr. Ayşe Akın, *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (*Kadın, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi)

Prof.Dr. Ali Ayhan, Başkent *Üniversitesi* Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Prof.Dr. Dilek Aslan, Hacettepe *Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk S0ağlığı AD*

Dr. Nihal Bilgili *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Dr. M. Ali Biliker TC Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdür Yardımcısı (Emekli)

Doç.Dr.Polat Dursun Başkent *Üniversitesi* Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Yrd.Doç.Dr. Nüket Paksoy Erbaydar Hacettepe *Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Op.Dr. Murat Gültekin Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Sare Mıhçıokur Başkent *Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Şevkat Bahar Özvarış, Hacettepe *Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Psk.Ezgi TÜRKÇELİK Hacettepe Ü. Tıp Fak Halk Sağlığı AD (Kadın, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi)

I. GİRİŞ

Prof. Dr. Ayşe Akın(*)

1960'lı yıllarda başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başladı. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini, sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; çok sayıda hükümetin, uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla, Bükreş'te(1974), Mexico City'de(1984) ve Kahire'de(1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının,sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (1).

1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda -ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu, nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam

kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, insanlığın sadece bugünü için değil, gelecekteki refahının güvence altına alınması için de; nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması ilkeleri kabul edilmiştir. Konferansta ayrıca, cinsiyetlerarası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yokedilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanmasının nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşları olduğu vurgulanmıştır (2).

"Üreme Sağlığı" bu konferansta ilk kez ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur. Devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (1-3).

Üreme Sağlığının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını(ÜS); "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır"diye tanımlamaktadır (3).

Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (1). Bu tanımdan da anlaşılabileceği gibi, üreme sağlığı her yaşı ve herkesi ilgilendirmektedir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır

Dünyada Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece % 1'i gelişmiş ülkelerde, geri kalan %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son yirmi yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, aynı iyileşme kadın-anne sağlığında ne yazık ki gözlenememiştir.

Dünyada 40-60 milyon düşük yapıldığı tahmin edilmektedir.Pek çok gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır Anne ölümlerinin % 13'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (4). Dünya nüfusunun yüzde 25'i (52 ülke) oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır.

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır .

Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. DSÖ tahminlerine göre 100 milyondan fazla kişi HIV ile enfektedir . Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tanı ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi enfeksiyonlar ortaya çıkmıştır(3,4).

(*) *Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve Halk Sağlığı uzmanı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.Başkanı ve B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) Müdürü,Ankara 2012*

Adolesanların, gençlerin üreme sağlığı da özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (5).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilitenin en yaygın nedeni; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli olmayan düşükler ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır (4).

Üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında eşitsiz dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların çoğu kadınlarda daha ciddi sekellere yol açmaktadır. İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir.

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pekçok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik mevcuttur. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanısıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır (3).

Kadının statüsü ile üreme sağlığı arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur: Kadının kendi doğurganlığını kontrol edebilmesi statüsünü yükseltmektedir, ancak bunun tersi de doğrudur . Kadının değerinin doğurduğu çocuk sayısıyla ölçüldüğü toplumlarda kadın, doğurganlığını kontrol etme ve sınırlamada söz sahibi olamamaktadır. Araştırmalar kadın eğitiminin ve kadının para getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Günümüzde kadınların sağlık gereksinimlerinin, sadece “anne” olarak değil, “kadın” olarak “kadını bir birey” olarak yaşamının her döneminde ele alınması gerekmektedir.

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak uygulanan, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması(AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan ve yukarıda açıklanan faktörler ve gelişmeler sonucu, artık mevcut AÇSAP yaklaşımı, üreme sağlığı ile ilgili tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle de, yeni bir kavram olarak “Üreme Sağlığı” ve bunun tüm yaşam döngüsünde ele alınması yaklaşımı, dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür.

Türkiye’de, üreme sağlığı konusunda, 1994 Kahire Konferansı ve 1995 IV. Dünya Kadın Konferansı eylem programları paralelinde pekçok girişimlerde bulunulmuş ve programlar başlatılmıştır(2). Ancak, yukarıdaki bilgiler ışığında, üreme sağlığı kapsamına giren konularda ülkemizdeki mevcut durum değerlendirildiğinde, yapılması gerekenlerin de çok fazla olduğu, programların duyarlı ve bilinçli olarak ele alınması ve uygulamalarda süreklilik sağlanmasının gereği de açıktır.

Gerek dünyada gerekse Türkiye’de nüfusun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, taşıdıkları üreme sağlığı sorunları nedeniyle özellik arz etmektedir. Her ne kadar yıllar içinde Türkiye’de Kadın ve Çocuk sağlığı ile ilgili ölüm ve hastalık ölçütlerinde önemli iyileşmeler olduysa da gelinen düzey gelişmiş ülkelerle kıyasladığında hala onların birkaç misli gerisindedir. Sadece bu gerçek bile bu gurubun sağlığının hala çok önem arz ettiğini, daha fazlasının yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Türkiye'de Üreme Sağlığı Sorunlarının Mevcut Durumu (4-8)

Raporun bu bölümünde kadın sağlığı / üreme sağlığının en önemli başlıkları ayrı ayrı ele alınacaktır. Öncesinde genel bir çerçeve çizilecek olursa;

- 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 72 561 312 kişidir Nüfusun % 50,3'ünü (36.462.470 kişi) erkekler, % 49,7'sini (36.098.842 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır Yıllık nüfus artış hızı binde 14,5 dir.
- Türkiye için toplam doğurganlık hızı yıllar içinde giderek azalmış olup halen, kadın başına 2.16 doğumdur. Doğurganlık yenilenme düzeyinin (2.10) hemen üzerinde olan bu hız Türkiye'de doğurganlıktaki düşüşün devam ettiğini göstermektedir. Türkiye'de son otuz yılda (1978-2008 döneminde) toplam doğurganlık hızının 4.33'den 2.16'ya düştüğü, yani doğurganlık hızının yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı izlenmektedir.
- Doğurganlık düzeyindeki bölgesel farklılaşma çok belirgindir. En yüksek toplam doğurganlık hızı 3.27 ile Doğu Bölgesi için gözlenirken en düşük doğurganlık hızı 1.73 ile Batı Bölgesi'ne aittir.
- Türkiye'de 2008 yılında, evli kadınların %27.6'sı 16-19 yaş arasında evlenmiştir.
- Ergen dönemde olan kadınların yüzde 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. 2008 yılında 19 yaşındaki ergenlerin %9.4'ü anne olmuştur.
- 2009 yılında doğan her 100 çocuğun 8'i 19 yaş ve altındaki annelerden doğmuş olup 2009 yılı itibarıyla Türkiye'de 103 698 çocuk anne mevcuttur.
- 15-49 yaş evli çiftlerin %73'ü herhangi bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Etkili yöntem kulanlar %46, geleneksel yöntem kullananlar ise %27'dir.
- Doğum yapan gebelerin % 92'si en az bir Doğum öncesi Bakım (DÖB) alırken %8'i gebelikleri süresince hiç DÖB almamıştır. Bunun anlamı Türkiye'de bir yılda 103 400 kadın gebelik süresince DÖB hizmetine ulaşamamaktadır.
- Doğumların %91,3'ü sağlık personeli yardımı ile yapılmaktadır. %9'u ise tıbbi yardım almaksızın gerçekleşmektedir. Bu da Türkiye'de bir yılda 116 310 doğumda tıbbi yardım alınamadığı anlamına gelmektedir.
- Yüksek riskli Doğurganlık Davranışları yaygındır. Son beş yıl içindeki doğumların sadece %33,2'si hiçbir risk kategorisinde değilken, %35'i risk kategorisindedir. Yani her 3 doğumdan biri riskli doğumdur.
- Kadın ve erkek arasındaki güç dengesizliğinin bir sonucu olan "Kadına Yönelik Şiddet" sadece insan onuruna yapılan bir saldırı olmayıp "kadının en temel insan haklarının ihlalidir"ve çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddet (KYŞ), uluslar arası belgelerde eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşılmasını engelleyen çok ciddi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Ne yazık ki KYŞ'in her türü Türkiye'de çok yaygındır. Türkiye'de 2008 yılında yapılan ulusal araştırmada yaşamının herhangi bir döneminde kadına, uygulanmış olan fiziksel şiddet: % 39, cinsel şiddet:% 15, duygusal şiddet: % 40 ve ekonomik şiddet olarak; çalışmasına engel olma % 37, ev içi harcama yapmama % 8, gelirini elinden alma ise % 4 olarak bulunmuştur. Yine sözde namus adına işlenen cinayetler de ne yazık ki bir Türkiye gerçeği olup kadına karşı ayırımcılık ve kadını kontrol etmenin en uç uygulamasıdır ve kadının yaşam hakkı elinden alınmaktadır.
- 2002'de 66 kadın cinayete kurban giderken 2009 yılının ilk 7 ayında bu sayı 953'e yükselmiş olup kadın cinayetleri son 7 yılda % 1400 artmıştır. (Adalet Bakanı tarafından yapılan açıklama)

Halen Türkiye'de Bir Yılda:

- **1.649 000 gebelik meydana gelmekte, bu gebeliklerin;**
  - **1.293 000'u canlı doğum,**
  - **171 bini kendiliğinden düşük,**
  - **163 bini isteyerek düşük,**
  - **18 bini ölü doğumla sonuçlanmaktadır.**

Canlı doğan bebeklerin

- **16 805'i neonatal dönemde,**
- **5 171'i postneonatal dönemde kaybedilmekte**
- **toplam 21.878 bebek bir yaşını tamamlamadan ölmektedir.**
- **Türkiye için hesaplanan perinatal bebek ölüm hızı ise, 2003 yılı için bin toplam doğumda 24, 2008 yılı için ise bin toplam doğumda 19 dur.**

Türkiye'nin nüfus projeksiyonları, çocuk ve üreme dönemi kadın gurubunun toplam nüfus içindeki payının yıllar içinde azalacağını gösterse de bu grupların sayısal büyüklüğü azalmadan çok uzun yıllar devam edecektir. Bunun anlamı çocuk ve kadın grubuna verilen hizmetler 2050'li yıllara dek önemini koruyacaktır (6,9).

Yakın geçmişte, Türkiye'de kadın sağlığının iyileşmesinde çok etkili olan yasalar; 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun (1961); 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunun (1965) ve 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983). Her 3 yasa da Türkiye'de genel sağlık düzeyinin iyileşmesi kadar kadın sağlığı düzeyinin yükselmesinde de çok etkili olmuştur.

Türkiye'de özellikle 2000'li yıllardan sonra hız kazanan "sağlıkta dönüşüm" çalışmaları, 24 Kasım 2004 tarihinde , 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" un kabul edilmesi ile uygulanmaya başlamış ve 2011 yılı sonu itibariyle Aile Hekimliği sistemi bütün Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Uygulanan yeni sistemin Toplumun sağlığına ve kadın sağlığına olası etkileri gelecek yıllarda dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konu olup HASUDER tarafından periyodik olarak oluşturulması planlanan "Türkiye Sağlık Profili Raporu" bu amaca da hizmet edecektir.

Kaynaklar

1. Akın A, *Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı*, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s.: 15-19.
2. Akın A.: *Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar,* Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl: 8, Sayı: 3-4, Ankara, Temmuz-Aralık, 1998, s: 16-22.
3. Akın A.,Özvarış B., Ş., "Kadın Sağlığı , Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması" Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın),Bölüm 6, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2012 (Baskıda)
4. Akın, A., (Editör ve yazarlardan biri)"Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler", TC.Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını . Ankara, 2008.
5. "Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları",Ed. Akın. A., Hacettepe Üniversitesi, Kadın Sorunları, Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), WHO, UNFPA, Aralık 2006, Ankara.
6. www.tuik.gov.tr (erişim Ocak 2012)
7. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA), 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. SB AÇSAP Gn. Md., T.C. Başbakanlık DPT Müst., TÜBİTAK, Ankara, 2009.
8. www.ksgm.gov.tr(erişim Ocak 2012)
9. TÜSİAD ve UNFPA. 2010. "2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar". İstanbul: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505.

II. TÜRKİYE'DE, ERGEN / GENÇ ÜREME SAĞLIĞI / CİNSEL SAĞLIK SORUNLARI VE BU ALANDAKİ GELİŞMELER

Dr. Sare Mıhçıokur

Genç, Ergen ve Genç İnsanlar —Kimdir Bunlar?

Genellikle çocukluğun bağımlılığından erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemi olarak kabul edilen ergen dönemini, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10 – 19 yaş arasını "ergen / adolesan", 15 – 24 yaş arasını ise "genç" ve 10 – 24 yaş arasında olanları "genç insanlar" olarak tanımlamaktadır. Ergen dönemi, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin gerçekleştiği, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir (1, 2).

Genç insanlar fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin gerçekleştiği, insan yaşamının en dinamik evrelerinden birinden geçmektedirler. Bu aşamada gençlerin, karşılaştıkları güçlükler ve aldıkları kararlar, yaşamlarının kalitesini ve uzunluğunu etkileyebilmektedir. Birçok önemli yaşam olayları ve sağlığa zarar veren davranışları, gençlik yıllarında başlamaktadır. Sonuç olarak, gençlik, risk ve fırsat dönemidir. 21. yüzyıl gelişmekte olan ülkelerdeki gençlere ebeveynleri ve önceki nesillerin sahip olmadığı fırsatları getirmiştir; gelişmekte olan ülkelerde gençler, okulda daha fazla zaman harcamakta, küçük ailelerde yaşamakta (doğurganlığın azalması nedeniyle) kitle iletişim araçlarına daha fazla erişim olanağına ve daha fazla hareket özgürlüğüne sahiptirler (3).

Ergen / Genç Sağlığı ve Üreme / Cinsel Sağlığı

Genç insanlar hala çok sayıda eski ve yeni sosyal ve sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Ergenlik / Gençlik dönemi, muhtemelen yaşam içinde bir geçiş dönemi olarak algılandığından ve genellikle sağlıklı, hastalıklardan nispeten uzak bir grup olarak kabul edildiklerinden, ergen ve gençlerin sağlığı, geçmişte oldukça ihmal edilmiştir. Halbuki, çocuk, ergen ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi ve korunması ile ilgili yapılan araştırmalar ergen ve gençlerin özellikle bu dönemde fiziksel, ruhsal gelişimini olumsuz etkileyebilen sosyo-ekonomik-kültürel faktörlerin etkisinde kaldıklarını, özellikle de cinsel/üreme sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunların gelecekte yaşayabileceği bir çok sağlık sorunlarının, temelinin bu dönemde atıldığını ortaya koymuştur (2).

Ergen sağlığını ve geleceğini tehdit eden en önemli konulardan biri cinsel sağlık ve üreme sağlığıdır (CS/ÜS). Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ergen nüfusun hızla artmasıyla birlikte ergenlerin üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır. Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, ergenler, cinsellik, gebelikten korunma yöntemleri (GKY) ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla (CYBE) ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, yüksek oranda istenmeyen gebelik ve HIV dahil CYBE, sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlar nedeniyle çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (1, 4-6)

Ergen gebeliklerin oranı ve sıklığı ülkeden ülkeye fark göstermekle birlikte, daha çok gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan bir sorun olduğu bilinmektedir. Ergen gebeliklerinin ergenlerin hayatında çok önemli sorunlara yol açtığı bir gerçektir. 18 yaşından küçük yaşlarda yapılan doğumlar 18 – 25 yaşlardaki doğumlara kıyasla bebek ve anne ölümü riskini iki kat arttırmaktadır. Ayrıca, erken yaşta anne olmak ergen annenin eğitimine ve sosyal gelişimine engel olmaktadır (1, 5, 7).

(*) *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Görevlisi ve B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) ,Ankara 2012*

Ergenlere, gençlere yönelik cinsel/üreme sağlığı konularıyla ilgili hassasiyet nedeniyle bu alandaki çalışmalar uzun bir süre üreme sağlığı ve nüfus çalışmalarının bir parçası olamamıştır. Ancak, 1994 yılında Kahire'de gerçekleştirilen Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan itibaren uluslararası gündemde önemli bir yere sahip olmuştur. Konferansın Eylem Planı'nda; "üreme sağlığı programlarının kadınların ve ergenlerin gereksinimlerini kapsayacak biçimde düzenlenerek, üreme sağlığı bilgisi, danışmanlık ve üreme sağlığı hizmetlerini ergenler ve erişkin erkekler için de ulaşılabilir kılacak yenilikçi programlara ihtiyaç olduğu" (paragraf 7.41 – 7.48) belirtilmiş ve ergenlerin üreme sağlığı konusundaki çalışmaların önemi vurgulanmıştır. Bu anlamda, 1994 Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile 1995 Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı önemli dönüm noktaları olmuştur. Bu konferanslarda, temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu çerçevede, bu iki konferansın eylem planları, sağlığın iyileştirilebilmesi için tasarlanan programlara ergenlerin/gençlerin cinsel/üreme sağlığı özelliklerinin ve gereksinimlerinin dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (5, 8, 9).

Ergen / gençlerin üreme sağlığı / cinsel sağlığı ile ilgili çalışmalar Türkiye'de de gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gittikçe önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Ancak, hala gençlere yönelik üreme sağlığı / cinsel sağlığı çalışmaları sayı ve nitelik olarak sınırlı kalmaktadır. Bu yazıda, Türkiye'de günümüze kadar gerçekleştirilen araştırmalar, projelerin sonuçları doğrultusunda ergen / geçlerin üreme sağlığı / cinsel sağlık ile ilgili sorunlar ve bu alandaki gelişmeler ile ilgili profilin çıkarılması amaçlanmıştır.

TÜRKİYE'DE ERGENLERİN / GENÇLERİN PROFİLİ

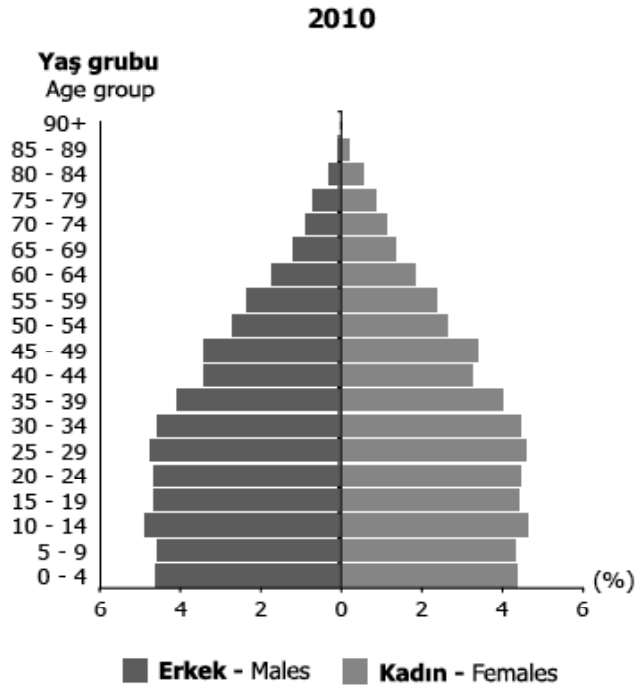
Nüfus

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kayıtlarına göre 2010 yılında Türkiye Nüfusu 73 722 988 olup %50,2'sini (37 043 182) erkekler, %49,8'ini de (36 679 806) kadınlar oluşturmaktadır. Toplam nüfusun %25,9'unu (19 113 835) ergen / gençler (10 – 24 yaş grubu) oluşturmakta olup, %13,3'ü genç erkeklerden, %12,6'si genç kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye'deki erkek nüfusun %26,4'ü erkek ergen / gençler, kadın nüfusunun da %25,4'ü kadın ergen / gençlerden oluşmaktadır (Tablo 1, Şekil 1) (10).

Tablo 1: Türkiye'de Ergenlerin / Gençlerin yaş gruplarına dağılımı, 2010

	Toplam		**Erkek**		**Kadın**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Toplam Nüfus	73 722 988	100,0	37 043 182	50, 2	36 679 806	49,8
Ergenlerin /Gençlerin Toplam Nüfus ve Cinsiyetler İçindeki (%) Payları (2010)						
Yaş Grupları						
10 – 14	6 568 741	8,9	3 369 995	9,1	3 198 746	8,7
15 – 19	6 277 307	8,5	3 219 221	8,7	3 058 086	8,3
20 - 24	6 267 787	8,5	3 200 959	8,6	3 066 828	8,4
Toplam	**19 113 835**	**25,9**	**9 790 175**	**26,4**	**9 323 660**	**25,4**

Kaynak: Türkiye İstatistik Yıllığı 2010, TÜİK, Ankara



Şekil 1: Nüfus piramidi

Okuryazarlık, Okullaşma durumu

- Türkiye'de ilköğretim 6 yaşında başlayıp 13 yaşına kadar toplam 8 yıl olduğundan dolayı ergenliğin başlangıcı 10 yaşını da kapsamaktadır. 6-13 yaş grubunda erkek nüfusun %0,045'i, kadın nüfusun ise %0,15'i okuma yazma bilmemektedir (10).
- 14-17 yaş lise çağındaki erkek nüfusun %0,29'u, kadın nüfusun ise %1,1'i, 18-24 yaş grubu erkeklerin %0,9'u, kadınların ise %3,3'ü okuma yazma bilmemektedir (10).
- 2008 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki erkeklerin %3,5'i, kadınların ise %8,7'si, 20-24 yaş grubundaki erkeklerin %8,7'si, kadınların ise %18,7'sinin eğitimi yok veya ilkokulu bitirmemiştir (11).
- 20-24 yaş grubundaki erkeklerin %59,2'si, kadınların ise %42,4'ü lise ve üzeri eğitim almışlardır (11).
- Ortanca eğitim süreleri de kadın ve erkekler arasında önemli farklılık göstermektedir. 20-24 yaş grubundaki erkekler için ortanca eğitim süresi 10,4 yıl iken kadınların eğitim süresi 7,6'dır (11).
- Genel olarak 15 yaşın altındaki kız ve erkek çocukların çoğunluğu okula devam etmektedir. Ancak erkek çocuklar arasında okula devam etme oranları genel olarak kız çocuklarına göre yüksektir. Cinsiyetler arasındaki eğitim farklılığı yaş ile birlikte bir miktar artmakta ve özellikle ilköğretimin birinci basamağı sonrasında (13 yaş ve üstü) farklılık daha da büyümektedir (11).

Çalışma Yaşamına Katılma Durumu

Toplam işgücünün % 16,7'sini 15-24 yaş grubundakiler oluşturmakta olup bu yaş grubundaki işsizlik oranı %17,0'dir. **(**12)

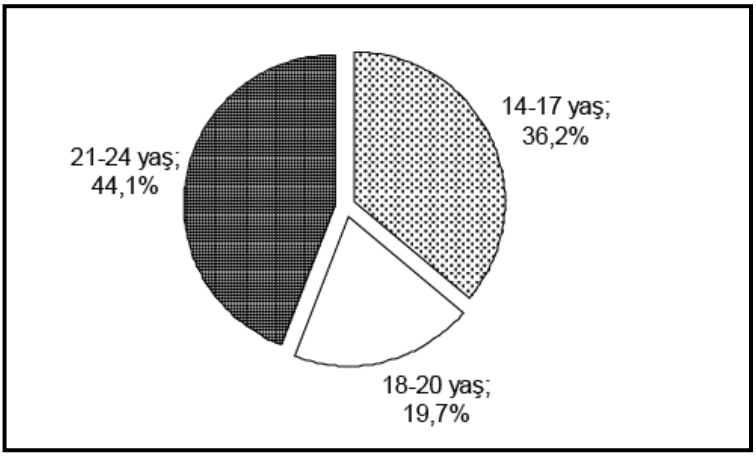
- 2008 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubu kadın nüfusun %9,8'i, 20-24 yaş grubunun ise %17'si halen çalışmaktadır. 15-19 yaş grubunda çalışan kadınların çoğunluğu tarım sektöründe çalışmaktadır (11).
- 15-19 yaş grubu kadınların %87'sinin herhangi bir sosyal güvencesi, %30,8'inin ise sağlık güvencesi bulunmamaktadır. 20-24 yaş grubundaki kadınların %72,1'inin sosyal güvencesi, %20,3'ünün de sağlık güvencesi bulunmamaktadır (11).

ERGENLERİN / GENÇLERİN ÜREME SAĞLIĞI DAVRANIŞLARI

İlk Evlilik Yaşı ve Medeni Durumu

Türkiye'de toplumsal cinsiyet temelinde 2002 yılında Medeni Kanun'da yapılan düzenlemeler ile hem erkekler hem de kadınlar için asgari evlenme yaşı 17 olarak değiştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelere karşın kadınların belirlenen yaşlardan önce imam nikahı ile evlendirildikleri de görülmektedir (13).

- TNSA 2003 verileri ile 2008 verileri karşılaştığında genel olarak evlilik yaşı ilerlemiştir. 15-19 yas arası evliliklerin %11.9'dan %9.6'ya düştüğü görülmektedir. 16 yaşındaki kadınların sırası ile %3,4 ve %3,8'inin evli olduğu görülmektedir. 2008 TNSA'a göre 25-49 yaşlarındaki kadınların %43'ünün 20 yaşından önce, dörtte birinin 18 yaşına kadar, %5.0'inin de 15 yaşından önce evlendikleri belirlenmiştir. Ortanca ilk evlenme yaşınının 20.8 olduğunu, bir balka ifadeyle kadınların yarısının bu yaştan önce evlendiğini göstermektedir. Türkiye'de son 20 yılda ilk evlilik yaşında düzenli bir artış olmuştur. (11, 14).
- 15-19 yaş grubundaki erkek nüfusun %0,5'i (15543), kadın nüfusun ise %7,1'i (216810), 20-24 yaş grubundaki erkek nüfusun %11,7'si (372181), kadın nüfusun ise %43,1'i (1315117) evlenmiştir (10).
- T.C. İçişleri Bakanlığı, TUİK 2010 Evlenme ve Boşanma İstatistikleri'ne göre Türkiye erkeklerde ilk evlenme yaşı ortalama 26,5 iken kadınlarda 23,2'dir. (15)
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından hazırlanan "Türkiye'de Gençlik" konulu Ulusal İnsani Gelişim Raporu 2007 çerçevesinde Yaşama Dair Vakıf tarafından 12 ilde yürütülen ve 16-24 yaş arası genç nüfusu temsil eden 3322 genci kapsayan "Türkiye'de Gençlik Halleri Araştırması" raporuna göre gençlerin ancak %5'inin evli, %3'ünün sözlü veya nişanlı olduğu saptanmıştır. Evli olan gençlerin evlenme yaşına göre dağılımı incelendiğinde %36.2'sinin 18 yaşından önce evlenmiş olduğu belirlenmiştir (Şekil 3). Araştırmanın katılımcılarını oluşturan 16-24 yaş arası gençler arasında evli kadınlar %7,6'lık bir dilimi oluşturmaktadır. Aynı oran genç erkekler için %3.2'dir (16).



Şekil 2: Evli olan gençlerin evlendiği yaşa göre dağılımı.

İlk Cinsel İlişki Yaşı

- CETAD2006 araştırmasına göre kadınlarda ilk cinsel ilişki yaşı 19,5 olarak belirlenmiştir (17).
- 2006 yılında TNS Piar Şirketi'nin Hürriyet Gazetesi için 17 kentte yaptığı Cinsellik Araştırması sonuçlarına göre kadınlar için cinsel birleşme olmadan dokunarak sevişme yaşı 18,4 tam bir cinsel birleşmenin olduğu sevişme yaşı ise 19,4 olarak belirtilmiştir (17).

Doğurganlık ve Aile Planlaması

2008 TNSA sonuçlarına göre geleneksel olarak yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24'den 25-29'a kayması, yani doğumların ertelenmesi, doğumların ileri yaşlara ertelenmesi konusundaki isteği göstermekte ve Türkiye'deki doğurganlık dönüşümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. Bu durum ilk evlilik yaşının Ancak, kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubundan itibaren hızlı bir şekilde artmakta, 20-24 yaş grubunda en üst noktasına ulaşmakta ve daha sonra ise yavaş bir şekilde düşmektedir (11).

- 2008 TUİK verilerine göre 15 yaşından küçük kız çocukları 270 ve 15-19 yaş arası kız çocukları 107663 doğum yapmışlardır (18).
- 2008 TNSA'a göre 15-19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık olarak %96,1'i hiç doğum yapmamış, %5,9'u ilk doğumunu gerçekleştirmiştir (11).

Tablo 2. 15 – 19 yaşlarındaki anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe olan adolesan kadınların bazı temel özelliklerine göre yüzdesi, Türkiye 2008*

Temel Özellikler	Yüzdeler		Çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi	Adolesan kadın sayısı
	Anne olmuş	İlk çocuğuna gebe		
Yaş				
15	0.4	0.0	0.4	404
16	1.7	0.5	2.2	392
17	1.3	3.1	4.4	304
18	6.6	3.1	9.7	410
19	9.4	3.5	12.9	360
Eğitim				
Yok/İlk.bitirmemiş	5.5	1.6	7.2	424
İlk. birinci kademe	3.4	4.2	7.6	297
İlk. İkinci kademe	0.7	0.3	1.0	4440
Lise ve üzeri	2.6	1.3	3.9	356
Toplam	**3.9**	**2.0**	**5.9**	**1871**

* Kaynak: 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA-2008

- Yaşlara göre doğurganlık aşağıdaki gibidir;
  - 15 yaşındaki evli ergenlerin%0,4'ü,
  - 16 yaşındaki evli ergenlerin%2,2'si,
  - 17 yaşındaki evli ergenlerin%4,4'ü,
  - 18 yaşındaki evli ergenlerin%9,7'si ve
  - 19 yaşındaki evli ergenlerin % 12,9'unun doğurganlık öyküsü vardır (Tablo 2).
- Ergen dönemde olan kadınların yüzde 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. 2003 TNSA'dan bu yana ergen doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma gözlenmiştir. 2003 TNSA'da ergen dönemde bulunan kadınların %8,0'i doğurganlığa başlamışken, 2008 TNSA'da bu oran %6,0 düzeyine gerilemiştir (11, 14).
- 2008 TNSA'da, 15-19 yaş grubundaki kadınların %9.6'sının evli olduğu ve %6.0'sının doğurganlık davranışına başladığı saptanmıştır. Bu kadınların %4.0'ünün çocuk sahibi olduğu ve %2.0'sinin de ilk çocuklarına gebe olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubundaki kadınlarda, doğurganlık, öğrenim düzeyinin artmasıyla birlikte azalma göstermektedir (Tablo 2) (11).
- 15-19 yaş grubundaki ergen /genç kadınların %32,4'ü, 20-24 yaş grubundakilerin ise %23,8'i hemen çocuk sahibi olmak isterken, %55,5 ve %45,2'si daha sonra çocuk sahibi olmak istemektedir (11).
- 15-19 yaş grubundaki kadınların %3.5'inin bir çocuğu, %0.4'ünün iki çocuğu mevcuttur (tüm kadınlar içinde). 20 yaşından küçük kadınların %13,0'ü aslında daha sonra çocuk

sahibi olmayı istemiş olduğunu belirtmiştir. 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar içinde %36.5'inin bir, %3.7'sinin iki, %0.6'sının üç çocuğu mevcuttur. (11).

- 15-24 yaş grubunda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumunda artış olduğu saptanmıştır. Geleneksel aile planlaması yöntemi kullanımı modern yöntem kullanımından daha fazla artmıştır. Aile planlaması yöntemi kullanma; 15-19 yaş grubunda kadınların %17,6'sı herhangi bir modern yöntem (%9,1 kondom, %3,8 RİA (Rahim İçi Araç), %4 hap, %0.8 diğer yöntemler), %22.6'ı herhangi bir geleneksel yöntem (%21.1 geri çekme, %1.4 diğer) kullanmakta; %59.8'i hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (11).
- 15-19 yaş grubundaki kadınların %37,6'sı, 20-24 yaş grubundaki kadınların ise %36,4'ü daha henüz çocuk sahibi olmadan önce gebelikten korunma yöntemi kullanmaya başlamıştır (11).
- 2003 ve 2008 TNSA sonuçları karşılaştırıldığında 15-19 yaş grubunda İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması %3,4 ve %3,2 iken, 20-24 yaş arasında %5,6 ve %4,1 olduğu saptanmıştır (11, 14).

Ergen / Gençlerin Üreme/Cinsel Sağlık Bilgisi

2001'den bu yana yapılan çeşitli araştırmalarla gençlerin üreme/cinsel sağlığı konularında bilgi düzeyleri, davranışları, sağlık hizmetlerini kullanımı ve gereksinimleri saptanmaya çalışılmıştır. Araştırmaların sonuçları doğrultusunda genç dostu sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanması doğrultusunda T.C. Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve özel sektör işbirliğinde çeşitli projeler uygulanmıştır.

- Sekiz üniversitenin 3101 birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %22,1'i adet kanının geldiği organın "uterus", %45,4'ü de meninin yapıldığı organın "testis" olduğunu belirtmiştir.gençlerin %41,2'si gebe kalma zamanını %65,7'i de bebeğin büyüdüğü organın "uterus" olduğunu bilmiştir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşma yolunu %65,1-74,8'i, %66,0'sı da korunmayı bilmektedir. %52,0'si acil kontrasepsiyonu bilmektedir (19).
- Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliğinde 2001 yılında Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampusunde ve Dicle Üniversitesinde okuyan 3666 birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada Hacettepe kız ve erkek öğrencilerin yaklaşık yarısı (%47,2 ve %55,4) cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan olan gonore'nin sadece erkeklerde görüldüğünü düşünmektedir. Araştırmada, Hacettepe'de öğrencilerin %58,4'ü, Dicle'de %30,8'i "kadınların gebe kalma olasılığının beklenen adetten iki hafta önce" olduğunu bilmiştir. Her iki üniversite'de de kız öğrencilerin en çok bildikleri gebelikten korunma yöntemi sıklık sırasına göre %83,6 hap, %82,4 kondom ve %73,6 RİA, iken erkek öğrencilerde %85,9 kondom, %74,1 hap ve %59,5 geri çekme olduğu belirlenmiştir (20).
- Üreme/cinsel sağlık konularında öğrencilerin bilgi kaynakları, heriki üniversitede de öncelikle; "kitap/dergi/ansiklopedi (HÜ%53,8, Dicle %41,1), "akran-arkadaş"tır (HÜ %48,4, Dicle %36,8).Bilgi kaynağı olarak "okul/öğretmen" daha sonra gelmektedir. Ancak, öğrencilerin yarısından fazlası doktor, uzman, psikolog gibi profesyonellerden bilgi almayı tercih etmektedirler (20).

Günümüzde yapılan araştırmalar ergen/gençlerin üreme/cinsel sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bildiklerinin de ya eksik ya da yanlış olduklarını göstermektedir.

Genç Dostu Sağlık Hizmetlerinin Entegrasyonu Çalışmaları

- 2001-2005 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından UNFPA işbirliğinde Bursa ve İzmir'de "Adolesanların Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet Gereksinimlerinin Karşılanması İçin Strateji Geliştirilmesi Projesi" ve UNICEF işbirliğinde Adana ve Ankara'da "Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi" gerçekleştirilmiştir. Bu projeler kapsamında Türkiye'de 2004 itibariyle 14 ilde 19 Genç Dostu Sağlık Hizmeti Merkezi (GDSHM) oluşturulmuştur. Avrupa birliği desteği ile yürütülen "Türkiye Üreme Sağlığı" kapsamında da 16 yeni GDSHM açılmıştır. (21)
- 2002-2005 yılları arasında Uluslar arası Çocuk Merkezi (ICC), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV) koordinasyonunda ve UNFPA desteğiyle uygulanan "Seçilmiş Üniversitelerde Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Modeli" Projesi kapsamında 8 üniversitenin Öğrenci Sağlık Merkezlerinde üreme/cinsel sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmüş olup Gençlik Danışma Birimleri kurulmuştur (22,23).
- Ayrıca, 2005-2006 yıllarında beş ilde bulunan üniversitelerin Öğrenci Sağlık Merkezlerinde üreme/cinsel sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanması ve öğrencilerin bilgilendirilmesi amacıyla "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı" Beş Üniversite Çalışması, HÜKSAM tarafından, Avrupa Birliği desteğiyle gerçekleştirilmiştir (24).

SONUÇ

Ergen / gençlerin, sağlık ve üreme / cinsel sağlığı konularında karşı karşıya kaldıkları risk faktörlerinden korunabilmeleri için bilgi düzeylerinin, davranışlarının ve gereksinimlerinin belirlenmesine ve eğitim, istihdam, genç dostu sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanması için yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaştırılması, izlenmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasına önem verilmelidir.

Kaynaklar

1. Adolescence and Adolescent Reproductive Health, International Children's Center (ICC), "Teaching Materials for the Training Courses", Ankara, 2003.
2. Mıhçıokur S., Hacettepe Üniversitesi Beytepe Kampusu Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Tezi, Ankara 2004.
3. Khan Shane, Mishra Vinod, "Youth Reproductive and Sexual Health" DHS Comparative Reports No 19 Macro International Inc., Calverton, MD USA, August, 2008.
4. "Adolescents and Young People", State of World Population 2004, UNFPA (http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9)
5. "Adolesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Nisan 2004.
6. State of World Population 2003, "Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights", UNFPA, 2003.
7. Speizer, S., I., Magnani, R., J., Colvin, C., C., The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countrie: A Review of the Evidence, Journal of Adolescent Health 2003, Vol., 33, pp., 324-348, November, 2003.

8. Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 – 13 September, UN, 1994. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Kahire, 5 – 13 Eylül 1994,T.C., Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ed., Akın, A., Ankara, 1994.

9. Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin, Çin, 4 – 15 Eylül 1995, T.C., Başbakanlık, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.

10. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010, TÜİK, Ankara

11. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA), 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. SB AÇSAP Gn. Md., T.C. Başbakanlık DPT Müst., TÜBİTAK, Ankara, 2009.

12. TUİK Hanehalkı İşgücü Araştırması 2011 Kasım Dönemi Sonuçları (Ekim, Kasım, Aralık 2011.

13. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. SB AÇSAP Gn. Md., T.C. Başbakanlık DPT, TÜBİTAK

14. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA), 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. SB AÇSAP Gn. Md., T.C. Başbakanlık DPT Müst., Avrupa Birliği, Ankara, 2004.

15. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2010 T.C. İçişleri Bakanlığı, TUİK

16. Türkiye'de "Gençlik Halleri" Araştırması, s., 12-13, Yaşama Dair Vakıf, 2008.

17. Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal Ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD), T.C.SB AÇSAP Gn. Md., Avrupa Birliği, 2006. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme_dosyasi_7.pdf

18. 2008 Doğum İstatistikleri, TÜİK.

19. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfus Bilim Derneği, UNFPA, Ankara, Aralık 2007, s.5.

20. Akın A., Özvarış B.,Ş., "Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2004.

21. Genç dostu CSÜS Hizmetleri Uluslar arası Katılımlı Sempozyum Kitabı, EU, SB AÇSAP Gn. Md. UNFPA, UNICEF, ICC, WHO, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temmuz 2006.

22. "Seçilmiş Üniversitelerde Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Modeli" Projesi, Uluslar arası Çocuk Merkezi (ICC), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV), UNFPA, 2002-2005,

23. "Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları",Ed. Akın. A., Hacettepe Üniversitesi, Kadın Sorunları, Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), WHO, UNFPA, Aralık 2006, Ankara.

24. "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı" Beş Üniversite Çalışması, HÜKSAM, Avrupa Birliği, 2006.

III. ANNE ÖLÜMLERİ

Dr. M.Ali Biliker (*)

Giriş

Her kadın gebelik sırasında risk altındadır. Her kadın yaşamı tehdit eden ve beklenmedik bir komplikasyona maruz kaldığında bunun acil tıbbi müdahaleye gereksinimi vardır. Birçok ülkede, üreme çağındaki 15-49 yaş grubu kadınlar arasında sakatlık ve ölüm nedenleri arasında gebelik ve doğum komplikasyonları önde gelmektedir.

Obstetrik komplikasyonlardan korunma ve zamanında tespit ve tedavisinin sağlanması iyi doğum öncesi bakım, doğum hizmeti ve doğum sonrası bakım gerektirir. Güvenli doğum hizmetleri ve iyi eğitimli sağlık personeli yardımı ile doğumların yapılmasının sağlanması anne ve bebekte sağlık risklerinin azaltılmasını sağlar.

Anne ölümlüğü ülke genel gelişmişlik ve sağlık düzeyi hakkında bilgi veren kompleks bir ölçüttür. Buna karşılık, anne ölümleri hakkında bilgi toplama ve güvenilir anne ölüm oranı hesaplamak birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sorundur. Türkiye'de Anne Ölüm oranı yıllar içinde düşmüştür ancak hala mevcut oran gelişmiş ülkelerin birkaç misli yüksektir. Riskli gebeliklerin yaygın olduğu Türkiye'de anne ölümlerinin üçte ikisi önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir.

Anne ölümü kadının gebeliği, doğum eylemi ve gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde gebelik süresine bakılmaksızın, gebelikle ilgili veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir neden ile meydana gelen ölüm olayıdır. Anne ölüm riskini değerlendirmek için üç indikatör tanımlanmıştır:

1. **Anne Ölüm Oranı (AÖO)** kadının gebelik ve doğuma bağlı ölüm riskini gösterir.
2. **Orantısal Anne Ölüm Oranı (OAÖO)** üreme çağı kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası (püerperal) dönemde ölüm oranlarını gösteren yararlı bir ölçüttür. Anne ölümlerinin 15-49 yaş grubu kadın ölümlerine bölünmesi ile elde edilir.
3. **Yaşam boyu Anne Ölüm riski** yüksek doğurganlık ile artar. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde yaşam boyu risk 2000-3500 gebelikte 1 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran 60 gebelikte 1e yükselmektedir. 1995 yılında DSÖ kaynaklarına göre Türkiye'de bu oran 570 gebelikte 1 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Anne Ölümlülüğü 1995 (Kaynak DSÖ)

	Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğum için)	Anne Ölüm Sayısı	Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski.
DÜNYA Toplam	400	515.000	75 gebelikte 1
Gelişmiş Ülkeler	21	2.800	2.500 gebelikte 1
Gelişmekte Olan Ülkelerde	440	512.000	60 gebelikte 1.
Afrika	280	273.000	16 gebelikte 1
Asya *	280	217.000	110 gebelikte 1
Avrupa	28	2.200	2.000 gebelikte 1
Türkiye	55	780	570 gebelikte 1

* Japonya dahil değildir.

(*) *Halk Sağlığı Uzmanı, 1993-2008 yılları arasında Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdür Yardımcısı, Halen Sağlık Bakanlığı proje Danışmanı, Ankara, 2012*

Anne ölümlerinin kaydı ve gözden geçirilmesi, üreme çağındaki tüm kadın ölümlerinin gözden geçirilmesi ve gebe kadınlar için süreğen (longitidunal) araştırmalar gibi farklı yöntemler vardır. Bütün bu yöntemler, bütün gebe kadın ölümlerin ve nedenlerinin doğru ve zamanında rapor edilmesine dayanır.

Türkiye'de Yıllara Göre Gebeliğe Bağlı Ölümler ve Tahmin Çalışmaları:

Türkiye'de anne ölüm oranı 1974-75 yıllardan ülke genelinde yapılan bir çalışma ile 100 Bin canlı doğumda 208 olarak hesap edilmiştir[1,2] . Aynı oran, yarı kırsal Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 1973-1983 yılları arasındaki sure içinde 100 Binde 119 olarak bulunmuştur[1],[2]. Topluma dayalı yapılan bu çalışmada obstetrik kanamalar %58 ile önde gelen ölüm nedeni olarak saptanmıştır.

Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde 1986 yılında DSÖ ile işbirliği içinde HÜ Halk Sağlığı AD ve SB işbirliğinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, AÖO Kahramanmaraş için 284/100.000 ve Adıyaman için 91/100.000 olarak hesaplanmıştır. Obstetrik kanamalar temel ölüm nedeni olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada anne ölümlerinin %90'i korunulabilir nedenler ile meydana geldiği belirlenmiştir[3].

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989 yılında kız kardeş yöntemiyle gerçekleştirilen araştırmada evli kadınlar arasında AÖO'nı 100 bin canlı doğumda 132 olarak bulunmuştur[3]. Yaşam boyu gebelikte ölme riski ise 159 da bir olarak hesaplanmıştır. Ölen kadınların çoğunluğunu fakir, eğitimsiz, doğum öncesi bakım almamış olduğu dikkati çekmektedir[2,4,5,6]. O tarihten beri anne ölümlerinin önemli ölçüde azaldığı kabul edilir. Bununla birlikte, DSÖ, UNICEF ve BMNF tarafından gerçekleştirilen tahmin çalışmasında 2000 yılında Türkiye AÖO 100 Bin canlı doğumda 70 olarak belirlenmiştir[7].

Hastane Kayıtlarından Anne Ölüm Nedenleri Belirleme Araştırması (2000)

En güncel araştırma 1997-1998 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı AÇS - AP Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Halk Sağlığı AD işbirliğinde UNFPA ve WHO desteği ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada, seçilmiş 53 ilde Sağlık Bakanlığı Hastaneleri SSK hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Özel kliniklerde ölmüş olan 12-55 yaş grubunda 615 kadın incelenmiştir.

Veri toplama 1 Haziran 1997 ve 31 Mayıs 1998 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

53 ilde hastane kayıtlarından yapılan çalışmada anne ölümlerinin ilk beş kadın ölüm nedeni arasında olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada bütün anne ölümlerinin %81,1'inin korunulabilir olduğu tespit edilmiştir. Bu, gerekli koruyucu önlemler alınmış olsaydı incelenen 323 ölüm vakasından 258 sinin önlenmiş olacağı anlamına gelmektedir. Bu rakamların ülke geneline Projekte edildiğinde sorunun boyutları daha iyi anlaşılabilir.

Van İli ve çevresinde meydana gelen anne ölüm nedenlerinin incelendiği bir araştırmada[7] Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kliniğinde Ocak 1997- Aralık 2000 tarihleri arasında 3107 canlı doğuma karşılık 30 anne ölümü meydana geldiği tespit edilmiş.

Ölen annelerin; Yaş ortalamasının 34 yaş olduğu, ortalama 6 gebelik ve 5 doğum hikayesi verdikleri, belirtilirken kadınları hastaneye geldiklerinde ağır anemik düzeyde oldukları tespit edilmiş. Buna karşılık hemen tamamının (%93.3) doğum öncesi bakım almadığı belirlenmiştir.

Ölen annelerin üçte ikisi kırsal kesimden gelmekte ve büyük çoğunluğunun (%93,3) ünün sosyo-ekonomik düzeyinin çok düşük olduğu okur-yazar olanlar ise %3.33 olduğu belirtilmektedir.

Ölüm nedenleri incelediğinde; gebelik toksemisi (%46.66), Gebelik ve doğum kanamaları (%40) ilk iki sırada olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmada, anne ölüm nedenleri önlene bilirlik açısından incelenmiş ve tüm anne ölümlerinin %96,6'sının önlenebilir olduğu hesap edilmiştir. Bunlardan gebelik ve doğum kanamalarından olan ölümlerin 11 (%36.66) uygun bakım ve müdahalelerle, kanama dışında kalan nedenlerle (hipertansif durumlar, enfeksiyonlar, vb.) meydana gelen ölümler 18 (%60.0) koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ve erken sağlık hizmetine başvuru ile önlenebilir olarak değerlendirilmiştir.

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005[9].

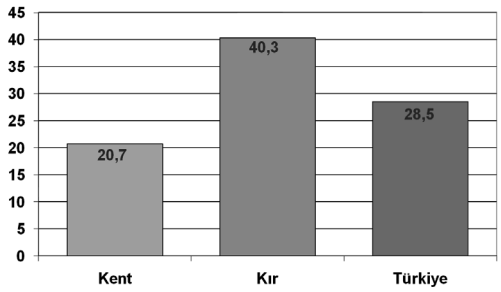
Bu çalışmanın Amaçları;

1. Anne Ölüm Oranına (obstetrik risk) ve Anne Ölüm Hızına (kadın nüfusunda ölümün yükü) dair geçerli ve temsil edici veriyi Türkiye geneli ile kır/kent ayrımı ve Yaşam Boyu Anne Ölüm Riskini hesaplamak.
2. Anne ölümlerinin tıbbi nedenlerini ve anne ölümlerine neden olabilecek mediko-sosyal faktörleri ve bunların önlene bilirliğini belirlemek.
3. Anne ölümü açısından yüksek risk altında olan kadın gruplarını belirlemek.
4. Özellikle ölüm kağıdında belirtilen ölüm nedenlerine odaklanarak, mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesi
5. Politika belirleyiciler ile hizmetlerin planlayıcılarına anne ölümleri konusunda doğru bilgiler sunarak üreme sağlığına yönelik doğru politikalar geliştirilmesi konusunda yol gösterici olmak

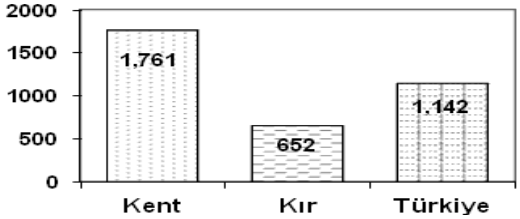
Çalışmanın Kapsamı:

- 29 ildeki tüm mezarlıklar
- 16,139 yerleşim yeri (15,854 kırsal; 285 kentsel)
- 39 milyon nüfus
- Türkiye nüfusunun yüzde 54'ü olarak tanımlanmaktadır.

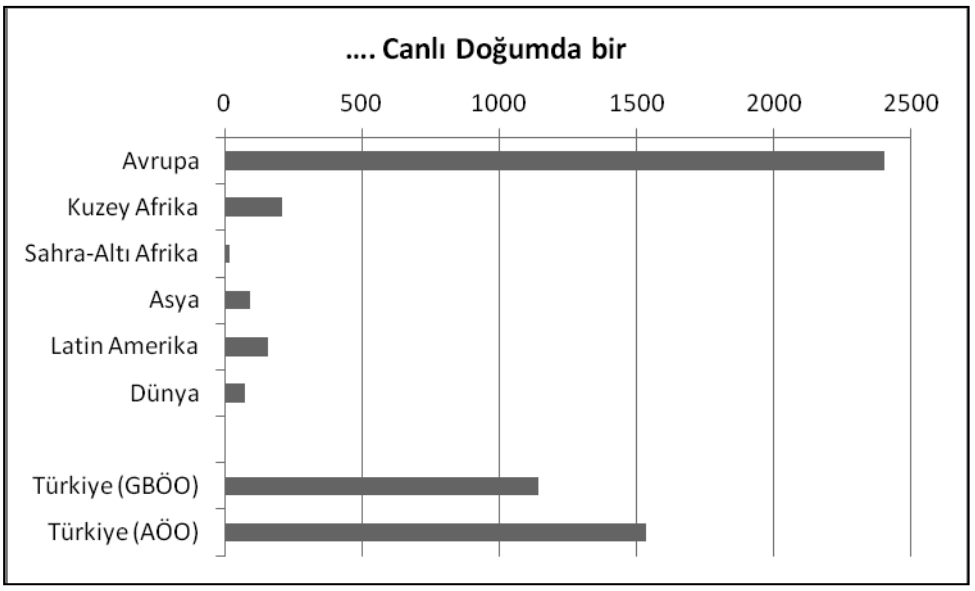
Şekil 1. Anne Ölüm Oranları. (UAÖÇ, 2005)



Şekil 2. Gebeliğe bağlı ölümlerde yaşam boyu risk. (UAÖÇ, 2005)



Şekil 3. Dünyada ve Türkiye'de Yaşam Boyu Anne Ölüm Riski. (UAÖÇ, 2005)



Sağlık Bakanlığı ve Anne Ölümleri Veri Sistemi

Ülke genelinde yapılan araştırmalarda elde edilen ülkede anne ölümlerinin kadın üreme sağlığı üzerindeki yükü ve korunulabilir nedenlerle meydana gelen kadın ve anne ölümlerinin sıklığı Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınmıştır. Bakanlık, anne ölümlerinin seviyesi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılması gerektiğini gerekçe göstererek, bu konuda bir genelge ile ülke genelinde meydan gelen her anne ölüm vakasının incelenmesi zorunlu tutarak yeni bir "Anne Ölümleri Veri Sistemini" yürürlüğe koymuştur (2007) [10].

Bu çerçevede, bütün anne ölümleri ile ilgili tespit ve raporlama zorunlu tutulmakta, İlçe ve il düzeyinde sorumluların görevlendirildiği sistemde her 12-50 yaş kadın ölüm olgusu kayıt altına alınmakta ve aylık olarak bildirilmesi sağlanmaktadır. Merkeze bildirilen her ölüm vakası UAÖÇ sırasında uygulanan örneklere benzer bir "Anne ölümleri Ön İnceleme" ve "Merkez İnceleme Komisyonu" tarafından değerlendirilmesi sağlanmaktadır.

Kaynaklar

1. Akın Dervişoğlu A. Türkiye'de Anne Ölümleri. Toplum ve Hekim, No.42, Türk Tabipleri Birliği Yayını. (Maternal Mortality in Turkey); 1987.
2. Akın Dervişoğlu A. Türkiye'de kadın sağlığı ve sorunları. Jinekoloji ve obstetrikte yeni görüş ve gelişmeler. Ankara Jinekoloji Derneği Yayını, 1990; 1(1):13-19. (Woman's Health and Problems in Turkey).
3. Yiğitbaş S. Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması. HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara:1998. (Maternal Mortality Rate and Causes of Maternal Deaths from The Hospital Records in Turkey, unpublished master theses).
4. Akın A, Güçiz Doğan B, Mıhçıokur S. Survey on Causes of Maternal Mortality from the Hospital Records in Turkey. Report prepared by Hacettepe University Medical Faculty Department of Public Health. Ankara: 2000.
5. Sağlık Bakanlığı. Adıyaman ve Kahramanmaraş İlleri'nde Perinatal Bebek ve Ana Ölümleri, SB.-AÇS/AP Genel Müdürlüğü, (rapor) , (Perinatal and Maternal mortalities in Kahramanmaraş and Adıyaman Provinces) Publication of the MoH , Ankara, 1990,
6. SIS. 1989 Turkish Demographic Survey. Publication # 1483, ISBN 975–19–0455–2, Ankara: SIS Printing Division, 1991.
7. WHO. Maternal Mortality in 2000" Estimates developed by WHO;UNICEF and UNFPA. Department of RHR of the WHO. Geneva:Publication of the WHO, p:21, 2004.
8. Van ve Yöresinde Maternal Mortalite Oranı ve Etiyolojide Rol Alan Faktörlerin Tespiti: H. Güler Şahin, Mansur Kamacı, Hüseyin Avni Şahin, Muzaffer Şengül, Neşe Çölçimen. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, VAN, TR. Perinatoloji Dergisi 2001; 9(4):0.
9. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Dector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.
10. Sağlık Bakanlığı, Anne Ölümleri Genelgesi, 2007. Ankara

IV. İSTENMEYEN GEBELİKLER VE DÜŞÜKLER

Prof.Dr. Ayşe Akın(*)

Dr. M.Ali Biliker(**)

İstenmeyen Gebelikler ve Düşükler:

İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığının önemli konularından birini oluşturur. İstenmeyen gebelikler, kadında fiziksel, ruhsal sorunlar yaratabildiği gibi, eğitim iş olanaklarını da tehlikeye atabilmektedir. Adolesanlar, özellikle istenmeyen gebeliklerle sık karşılaşan gruptur

Kendi doğurganlığını kontrol etme, planlama ve bu konuda hizmetlerden yararlanma becerisi ve şansı düşük olan kadınların istenmeyen gebeliklerle karşılaşma riski de yüksektir. Diğer taraftan hiçbir kontraseptif yöntem % 100 güvenilir değildir. Kontraseptif başarısızlığa bağlı olarak, dünyada her yıl milyonlarca planlanmamış gebelik meydana gelmektedir.

Güvenli olmayan düşükler, çok sayıda kadının hayatını tehdit etmektedir, bu konuda en büyük riski en yoksullar ve gençler taşıdığı için ölümcül bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşüğe bağlı ölümlerin, sağlık sorunlarının ve sakatlıkların çoğu önlenebilir niteliktedir.

Türkiye'de düşük sorunun boyutlarını ve bunun altında yatan faktörleri ortaya çıkartmak için çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. İlk kez, 1959'da Fişek ve arkadaşları Batı ve Orta Anadolu köylerinde yaptıkları çalışmada inceledikleri 7029 kadının % 29 unda en az bir düşük hikayesi olduğunu ve 100 canlı doğuma karşılık 14,5 düşük yapıldığı saptamışlardır. Bu ve bunun gibi 1979 yılından önce Türkiye'de yapılan çalışmalar, Tezcan, Yaman, Fişek(1980) tarafından "Türkiye'de Çocuk Düşürme, 1980." [4] adlı yapıtta değerlendirilmiştir. Bu çalışma, 1963 ve 1968 yıllarında yapılan nüfus araştırmalarında doğurgan yaş grubu kadınlar arasında geçmişte en az bir kez düşük yapan kadınların %7,6 dan %10.1 e yükseldiği ifade edilmektedir. Bu artışta, kadının eğitim düzeyi ile pozitif ilişkinin yanı sıra, kentlerde oturan kadınların düşük yapma sıklığının arttığı ve sağlık hizmetlerinden çok yararlanabilmesinin rol oynadığı da vurgulanmaktadır. Ayrıca, fazla çocuk sahibi olma, gebelikler arası sürenin çok kısa olması ve ekonomik sıkıntılar en sık çocuk düşürme nedeni olarak belirtilmektedir. Bu sonuçlara dayanarak, sosyal ve ekonomik nedenlerle çocuk düşürmenin yasal olarak önlenemeyeceği vurgulanmaktadır.

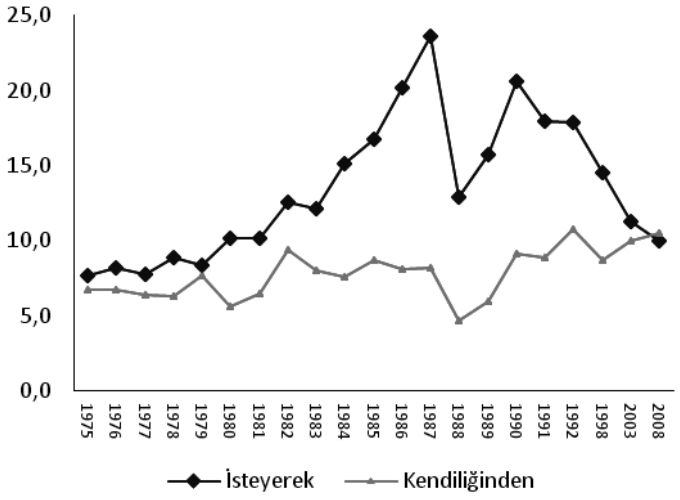
Sadece aile planlaması yöntemlerinin tanıtımı ve kullanımının serbest olduğu, tıbbi nedenler dışında, isteyerek gebeliğin sonlandırılmasının yasak olduğu dönemde yapılan bu çalışmalar, mevcut yasanın isteyerek düşüklerin önlenmesini sağlayamayacağı, kadın sağlığını geliştirmek için istenmeyen gebeliklerin sağlıklı, güvenilir koşullarda yapılabilen, yasal düşüklerle sonlandırılmasının sağlanması gerektiği sonucunu vermektedir.

İstenmeyen gebeliklerin güvenli, sağlıklı koşullarda ve ihtiyacı olan herkesin ulaşabileceği ortamlarda yapılmasının, ana ölümlerinin azaltılmasında önemli bir yeri vardır. Türkiye'de, 1983'te yayınlanan "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun (Kanun No 2827)" ile isteğe bağlı olarak, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmektedir.

(*) *Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve Halk Sağlığı uzmanı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.Başkanı ve B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) Müdürü,Ankara 2012*

(**) *Halk Sağlığı Uzmanı, 1993-2008 yılları arasında Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdür Yardımcısı, Halen Sağlık Bakanlığı proje Danışmanı, Ankara, 2012*

Şekil 1. İsteyerek ve Kendiliğinden düşükler 1975-2008. (TNSA 1983, 1993, 2008). TNSA, 1993



Kaynak: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 1983, TNSA, 1993, TNSA 2008

1987 de Ağrı ve Adıyaman'da gerçekleştirilen doğurganlığı ve aile planlamayı etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada evli kadınların %26,8'inin bir veya daha fazla düşük öyküsü olduğunu ve %8,1'inin bir veya daha fazla isteyerek düşük yaptığını belirlemişlerdir[5].

İsteğe gebeliğin sonlandırılmasının serbest bırakılmasından önce başlayan isteyerek düşük oranındaki artış kanun sonrasında da devam etmiş 1988 TNSA da en az bir isteyerek düşük yapan evli kadın oranının %42,2'ye ulaştığı, isteyerek düşük oranı ise %24 olarak belirlenmiştir. 1990 yılından sonra ise düşüş eğilimine giren isteyerek düşük oranı 2008 TNSA sonuçlarına göre %10a gerilemiştir (Şekil 1)[6]. 1978'de %16.8 olarak bulunan isteyerek düşük yapan kadın oranı, 1983'te %19.0'a, 1988'de ise %23.6'ya ulaşmıştır. Buna karşılık, 1990 yılından itibaren toplam düşük hızlarında bir düşüş gözlenmektedir. 1993 TNSA da 100 gebelikte %18'e, TNSA 2008 sonuçlarına göre ise 10,0 düşüğe kadar indiği hesaplanmaktadır (Tablo 1-2).

Kadının eğitim durumu ile isteyerek düşükler arasında pozitif bir ilişki gözlenmektedir. Araştırmalarda düşük yapan kadınlar arasında eğitim düzeyi yüksek olanların daha büyük grubu oluşturdukları izlenmektedir. Buna karşılık, 2008 TNSA sonuçlarına göre her eğitim düzeyinde azalma, 8 yıl ve üzerinde eğitim gören kadınlar arasında daha yüksektir. (Tablo 1.).

Tablo 3. Kadınların Eğitim Düzeyi ve Yıllara Göre Düşük Yapma Oranları (%).

	TÜRKİYE NÜFUS SAĞLIK ARAŞTIRMALARI			
	1993	1998	2003	2008
EĞİTİM				
Yok/İlkokulu bitirmemiş	13,90	11,80	8,30	5,50
İlkokul birinci kademe	19,40	15,10	11,50	11,10
İlkokul ikinci kademe	22,60	17,30	12,80	7,10
Lise ve üzeri	NA	NA	14,80	13,10
TOPLAM	**18,00**	**14,50**	**11,30**	**10,00**
Kaynak: TNSA 2003-2008				

Tablo 4. Temel Özellikler ve Araştırma Yıllarına Göre Düşükler (%).

	TÜRKİYE NÜFUS SAĞLIK ARAŞTIRMALARI			
	1993	1998	2003	2008
YAŞ				
15-19	3,80	5,80	3,40	3,20
20-24	8,30	7,70	5,60	4,10
25-29	20,40	12,60	9,50	9,70
30-34	27,90	23,30	19,10	12,80
35-39	36,20	33,40	25,50	25,50
40-44	47,10	42,50	33,70	29,90
45-49	47,60	66,20	27,60	-
YERLEŞİM YERİ				
Kent	21,30	16,10	13,20	10,80
Kır	12,40	11,60	7,20	7,80
BÖLGe				
Batı	24,90	18,00	14,70	14,10
Güney	16,30	13,70	10,20	9,90
Orta	19,80	16,70	14,90	8,80
Kuzey	17,00	15,60	8,80	11,50
Doğu	8,70	7,60	5,20	4,60
TOPLAM	**18,00**	**14,50**	**11,30**	**10,00**

Kaynak: *TNSA 2003-2008*

Kentsel yerleşim yerlerinde daha sık olan isteyerek düşükler, coğrafik bölgelere göre de büyük farklılıklar göstermekte olup, Batı Anadolu'da Doğuya göre 3 katı daha yüksektir. Kentsel kesimde isteyerek düşük yapma oranı yarı yarıya azalırken, en sık isteyerek düşük yapılan Batı bölgeleri başta olmak üzere tüm bölgelerde isteyerek düşük yapma oranı azalma göstermektedir.

Yaşla birlikte artış gösteren isteyerek düşük hızı, 30 yaş üzerinde belirgin artış göstermektedir. Yıllara göre bütün yaş gruplarında azalma söz konusudur.

İsteyerek düşüklerde kontraseptif kullanım davranışı:

Düşük bir kontraseptif yöntem değildir. Bu yöndeki yaklaşımları değerlendirmek üzere Ankara ve Van illerinde "Türkiye'de İki İlde Kontraseptif ve Düşük Yapmayı Etkileyen Kültürel ve Psiko-sosyal Faktörler Araştırması, 1997." gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre Ankara'da evli kadınların %3'ünün, kocalarının %21,1'inin, Van ilinde ise kadınların %18'inin erkeklerin ise %26'sının düşüğü bir kontraseptif yöntem olarak görme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (Akın ve diğerleri, 1997) [7].

İsteyerek düşük yapma nedenleri incelendiğinde, bütün araştırmalarda çocuk istememek en sık belirtilen gerekçedir. 1993 TNSA ileri analizinde, isteyerek düşüklerin % 59,8'inin yöntem başarısızlığına, %18,3'ünün yöntem bırakmaya ve %14,4'ünün yöntem kullanmama nedeniyle oluşan gebelikler sonucu yapılmış olduğu gözlenmiştir.

Çocuk isteyen kadınlar, daha az etkili yöntem kullandıkları gibi daha az isteyerek düşüğe başvurmaktadırlar. Bununla birlikte, gecekondu bölgesinde yaşayan, başka çocuk istemeyen etkili yöntem kullanan kadınların, diğer bölgelerde yaşayan kadınlardan daha fazla isteyerek düşük yaptıkları tespit edilmiştir (Akın ve diğerleri, 1997).

Doğurganlığın durdurulması veya doğum aralığının açılması için düşüğe baş vurulması sıktır. Bu nedenle, 1993 ve 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında, isteyerek düşük öncesi ve sonrasında kontraseptif kullanımı araştırılmıştır. 1993 TNSA verileri ile yapılan analizde, son yapılan düşükten önce kadınların %45,1'inin geri çekme ile korunurken, %33,8'inin yöntem kullanmadığını belirlemiştir. Buna karşılık, düşükte bir ay sonra kontraseptif kullanımı değerlendirildiğinde kadınların %38,8'inin hâlâ yöntem kullanmadıkları, %27'sinin geri çekme, %11,1'nin ise RİA kullandığı saptanmıştır. 1998 TNSA, (Ergöçmen ve Ünalan (1999)), düşük öncesi yöntem kullanmayan, geri çekme ile korunan kadın oranlarının TNSA 1993 ile benzer olduğunu belirlemişlerdir. Buna karşılık, düşük sonrasında geri çekme ile korunan kadın oranının azaldığını, diğer etkili kontraseptif yöntemlere geçtiklerini, yöntem kullanmayan kadın oranının büyük bir değişiklik göstermediğini tespit etmişlerdir.

TNSA 2008, isteyerek düşük öncesi ve sonrası kontraseptif yöntem kullanımını değerlendirmiştir. Araştırma öncesi beş yıllık dönemde yapılan düşüklerde kadınların üçte birisinin gebelik öncesi bir aylık dönemde hiçbir yöntem kullanmadıkları belirlenmiştir. Yöntem kullanmış olanların da %39'u geri çekme yöntemi, % 5'i ise takvim yöntemi kullandıkları sırada gebe kalmışlardır. Etkili ve modern yöntem kullanan oranının ise %22 olması dikkati çekmektedir.

Düşük sonrasında etkili, güvenilir yöntem kullanan kadın oranının arttığı gözlenmektedir. Ancak, yöntem kullanmadan gebe kaldıkları için gebeliklerini isteyerek sonlandıran kadınların düşük sonrası yöntem kullanmamaları önemli bir soruna işaret etmektedir (Tablo 3).

Tablo 5. İsteyerek Düşük Öncesi ve Sonrası Kontraseptif Yöntem Kullanım Oranları (%).

	Düşük Öncesinde yöntem kullanma (%)	Düşük sonrası yöntem kullanma (%)
HAP	4,8	14,0
RIA	5,0	11,6
Enjeksiyon	0,4	1,6
Diafram	0,6	-
Kondom	10,8	14,9
Takvim	5,3	3,4
TL	-	0,5
Geri Çekme	39,0	21,7
Diğer	0,4	-
Yöntem kullanmayan	33,7	32,3

Kaynak: 2008 TNSA

İsteyerek düşüklerde zamanlama: İsteyerek düşüğün gerçekleştirildiği gebelik haftası incelendiğinde, %12'sinden fazlasının yasal süre olan 10 haftadan sonra gerçekleştirilmiş olduğu tespit edilmiştir (Dervişoğlu ve Ergör, 1994)[8]. Özellikle, Doğu Anadolu'da sık olan bu uygulama sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlüklere bağlı gecikmelerin olabileceğini akla getirmektedir. İleri analiz çalışmalarında 10 haftadan sonra isteyerek düşük yapan kadınların özellikleri araştırılmış, çok genç yaşta ya da doğurganlığının sonuna yaklaşmış kadınlar oldukları gözlenmiştir. Bölgelere göre farklılık mevcut olup, Doğu Anadolu'da 3'üncü ay e sonrasındaki düşükler %20'e kadar yükselirken, Kuzey Anadolu'da düşüklerin % 40.8 i ikinci ayında yapılmaktadır. Bunlara karşılık, kadının eşinin eğitim düzeyi ne kadar yükselirse, isteyerek düşük hizmeti alma süresi o kadar kısalmaktadır (Ergör ve Akın, 1996)[9].

TNSA 1993 sonuçlarına göre, 15-19 ve 20-24 yaş gruplarında isteyerek düşük hızlarında önemli artışlar vardır. İsteyerek gebeliğini sonlandıran kadınların %35'inin bir ay sonra modern yöntemle, %31'inin geleneksel yöntemle korunmaya başladığı, %33'ünün yöntem kullanmadığı ve bunların da %1'inin tekrar gebe kaldığı belirlenmiştir (Akın ve Enünlü, 2002)[10].

TNSA, 2008. İsteyerek düşüklerin % 67'sinin gebeliğin ilk ayı içinde, %22'si ikinci ay içinde gerçekleştirilmiş olduğunu belirlerken %11 isteyerek düşüğün yasal sınırın dışında gerçekleştirildiğini göstermektedir. 30 yaş üzerindeki kadınlar, kentsel kesimde yaşayanlar ve eğitim ve refah düzeyi yüksek kadınların isteyerek düşüğü gebeliğin ilk ayında sonlandırılma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tekrarlayan düşükler ve etkileyen faktörler: Birden fazla düşüğü olan kadınlar bu durumlarını etkileyen faktörleri açıklamak üzere çok değişkenli analiz uygulanmıştır. Yaş, eğitim, bölge ve yaşanılan yerleşim yeri, eşin yaşı eğitimi ve kadının aile planlamasına karşı tutumu incelemeye alınmıştır. Geliştirilen üç ayrı modelde yapılan analizlerde, kadının yaşı ve eşinin eğitim düzeyi en önemli değişkenler olarak tespit edilmiştir. Kadının düşüğü olması veya olmaması durumuna çok sayıda faktör etki etmektedir. Bu sonuç, doğurganlığın kontrolüne yönelik programlarda erkeğin katılımının önemini göstermektedir (Ergör ve Akın, 1996).

İsteyerek Düşüğün Gerçekleştirildiği Yer:

Araştırma bulgularına göre, isteyerek gebeliğin sonlandırılması uygulamalarının tümü kamu sağlık kuruluşlarında yapılmamaktadır. Görüşülen kadınların yarısına yakını, son kez düşük

yaptıkları sırada kendileri için önemli sayılacak bir ödemede bulunduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, Türkiye genelinde yaşanmakta olup, isteyerek düşüklerin çoğunluğu (%72.4) belirli bir ücret karşılığı özel hekimler tarafından uygulanmaktadır (TNSA 1998.). Bu oran 2008 TNSA sonuçlarına göre %70,2'dir.

Gebeliğin isteğe bağlı olarak, sağlık ve güvenli koşullarda sonlandırılması, kuşkusuz çok sayıda kadının sakat kalmasını ve anne ölümünün önlenmesi için gereklidir. Ancak, bütün düşüklerin bir bedeli olduğunun da akıldan çıkarılmaması gereklidir. 1991 yılında Hacettepe Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, istemli düşük yapan kadınlarda düşük öncesi ve düşükten bir ay sonra uygulanan "semptom inceleme listesi" sonuçları üzerinde yapılan analizlerde, ruhsal belirti düzeyleri açısından istatistik önemliliği olan farklılıklar tespit edilmiştir (Özdemir, 1992)[11]. Erken ve sık tekrarlayan düşüklerin diğer komplikasyonlarının da olması kaçınılmazdır. Her durumda kadınların, düşükten kaynaklanan komplikasyonlarla başa çıkılabilmesi için kaliteli hizmetlere ulaşabilmeleri gerekmektedir. Tekrarlayan düşüklerden kaçınmaya yardımcı olmak için, düşük sonrasında hemen danışmanlık, eğitim ve aile planlaması hizmetleri sunulmalıdır.

SONUÇ

Günümüzde güvenliksiz gebelik sonlandırma, 1983'teki yasadan beri Türkiye'de bir sorun olmaktan çıkmıştır. Ayrıca, güvenli düşük hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılabilmesi için eğitim alan genel pratisyenlerinin de gebeliği sonlandırma yapabilmelerine izin verilmektedir.

Düşük hiçbir koşulda aile planlaması yöntemi değildir. Düşükler, özellikle güvenli olmayan düşük uygulamaları önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Düşüklerin kadın sağlığı üzerindeki etkilerini kontrol edebilmek, yaygın aile planlaması hizmetleriyle düşüğe başvurmayı azaltmaya teşvik etmekle mümkündür. Ayrıca, istemeden gebe kalmış kadınların güvenilir bilgiye ve şefkatli danışmanlığa hemen ulaşabilmeleri sağlanması gereklidir.

Kaynaklar

1. Tezcan, S., Yaman, C.E., Fişek, H.N. 1980. "Türkiye'de Çocuk Düşürme." Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No. 13. Ankara, 1980.
2. Dervişoğlu A.A., Özcan, C., Saka, O., Üstünoğlu N. (1987). "Adıyaman ve Ağrı İllerinde Doğurganlığı ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Etkileyen Faktörler." Yayınlanmamış. SB. AÇS-AP GM. Ankara.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. HÜNEE, Ankara..
4. Akın, A., Kırcalıoğlu, N., Biliker, M.A. (1997). "Abortion in Turkey : Socio-cultural and Psychological Factors Influencing Couples Decision to Obtain Abortion and Family Planning Services." A WHO Collaborative Study 1991 – 1992. Project No: 89057. Turkey.
5. Dervişoğlu , A.A. ve G. Ergör. (1994). "Düşükler ve Ölü Doğumlar." TNSA 1993, Sağlık Bakanlığı, HÜNEE, Macor Int. Inc. içinde Ankara.
6. Ergör, G.ve A. Akın. (1996). "Türkiye'de İsteyerek Düşükler: Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. TNSA 1993 İleri Analiz Sonuçları." içinde ed. Akın. A, Bertan B., Calverton, Maryland. SB ve Macro Int. Inc.
7. Akın, A. ve Enünlü, T. (2002) "Türkiye'de İsteyerek Düşükler." Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler.: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları içinde: Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAP Vakfı ve UNFPA.
8. Özdemir, U. (1992). "İstemli Düşük Yapan Kadınların, Düşük Yapmadan Önce ve Düşük Yaptıktan 1 Ay Sonraki Ruhsal Belirti Düzeyleri". III. Halk Sağlığı Kongresi 1992. Kongre Özet Kitabı, içinde. HÜTF. Halk Sağlığı AD. Ankara.

V. AİLE PLANLAMASI

Dr. Nihal Bilgili (PhD) (*)

TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARI

Türkiye'nin nüfusu Cumhuriyet döneminin 1927'de yapılan ilk nüfus sayımında 13 milyon olarak belirlenmiştir. 1911'den başlayıp 1922'ye kadar birbirini takip eden Balkan Savaşları, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasındaki kayıpların yanı sıra, savaş koşullarının da ağırlaştırdığı sağlık sorunlarına bağlı yüksek mortalite ve morbidite hızları, ekonomik düzeyin düşüklüğü ile ilişkili olarak bebek ölüm hızının yüksekliği, tarımsal etkinlikler ve hedeflenen sanayi atılımı için gerekli olan insan gücünün sağlanmasını zorlaştırmıştır. Bu nedenle Türkiye'de nüfus artışına gerek olduğu düşünülmüştür[1].

Pronatalist Nüfus Politikası

1923'de kurulan genç cumhuriyetin her alandaki atılımlar için gerek duyduğu insan gücü nedeniyle Türkiye'nin nüfus politikası 1920'lerin başlarında nüfusun hızla artırılmasını hedeflemiştir. Bu süre içinde nüfus artışı üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkisi olan bir dizi yasa kabul edilmiştir.1930'da kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu pronatalist politikayı belirleyen en belirgin yasadır. Bu yasa Sağlık Bakanlığı'nı (SB) doğumları teşvik etmekle, altı ve daha fazla çocuğu olan kadınlara maddi ödüller veya madalya vermekle görevlendirmiş ve kontraseptiflerin ithalatını ve satışını yasaklamıştır. Düşükleri önlemeye, hatta yasaklamaya çalışan bir dizi yasa çıkarılmıştır. Aynı zamanda çocuklar için vergi istisnaları getiren veya çocuk sayısına bağlı olarak arazi dağıtımında öncelik, çok çocuklu olduğu için vergi iadesi gibi çeşitli kaynaklar tahsis edilmesi (1938), çocuk sayısına göre gelir vergisi indirimi (1949), memurlar için çocuk desteği (1944) sağlayan çeşitli yasalar kabul edilmiştir[1,2]. Pronatalist nüfus politikasının izlendiği bu dönemde nüfus artış hızında ve doğurganlık hızında belirgin bir artış görülmüştür. Ek olarak yasadışı düşüklerde ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiştir. Aşırı doğurganlığın kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri dikkat çekici bir boyuta ulaşmasıyla 1950'lerin sonlarına doğru, nüfus artış hızının azaltılması hedeflenmeye başlamıştır. 1965'de kabul edilen ilk Nüfus Planlaması Yasası antinatalist nüfus politikasının başlangıcını oluşturmuştur[1,3].

Antinatalist Nüfus Politikası

Nüfus politikasını değiştirmenin önemli nedenlerinden biri her yıl çok sayıda düşüğün meydana gelmesi olmuştur. Kesin rakamın belirlenememesine rağmen, yasadışı olarak gerçekleşen isteyerek düşüklerin yarım milyona yaklaştığı ve kendi kendine düşük komplikasyonlarının sonucu olarak en az 10 000 ölümün gerçekleştiği tahmin edilmiştir[4,5].

1963'ün başlarında Türkiye hükümeti, BM Nüfus Konseyi'nden bir saha araştırması yapılmasını istemiştir. Nüfus Konseyi 1963 yılında tüm ülkeyi kapsayan Aile Planlamasında Bilgi Tutum Davranış (BTD)Araştırması düzenlemiştir. Bu araştırma ve diğer çalışmalar aşırı doğurganlığın boyutunu ve olumsuz sonuçlarını ortaya koymuştur[6].

(*) *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Görevlisi ve B.Ü. Kadın Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM)müdür yardımcısı ,Ankara 2012*

1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Yasası, nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğunu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemlerin serbest bırakılacağını belirtmiştir. Aynı zamanda düşük ve sterilizasyona izin verilen sınırlı durumları (sadece tıbbi nedenler) ve yasanın ihlal edildiği durumlarda uygulanacak cezaları da belirtmektedir.

40 yıldır uygulanan güçlü pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur.

İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının kabul edilmesinden sonra ülkede aşağıdaki hususların gerçekleştiği gözlendi[7];

- AP yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, genel olarak AP yöntemlerinin prevalansı, modern AP yöntemlerinin prevalansı artmış, bununla beraber geleneksel AP yöntemleri hala yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir.
- Yasadışı isteyerek düşük hızı artmıştır. Kısıtlayıcı yasa isteyerek düşükleri ve buna bağlı olumsuz durumları önleyememiştir. Güvenli olmayan düşükler Türkiye'de kadınlar için bir sağlık sorunu olmaya devam etmiştir.

Yukarıda özetlendiği gibi ilk NP yasası kendi kendine düşüklere bağlı maternal mortaliteyi önlemekte yeterli olmamış, geleneksel AP yöntemleri modern yöntemlere göre daha fazla kullanılmaya devam etmiş, AP'da karşılanamayan gereksinim yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk NP yasasının değiştirilmesi ciddi olarak düşünülmüş, 24 Mayıs 1983'de 2827 no'lu yeni yasa kabul edilmiştir[8]. Bu yasa ile;

- On haftaya kadar isteyerek düşükler yasallaşmış,
- Eğitimli ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiş,
- Eğitimli pratisyen hekimler gebelik sonlandırma için yetkilendirilmiş,
- Kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon (tüp ligasyonu ve vazektomi) yasallaşmıştır.

2827 Sayılı Yasa Sonrasında Yürütülen Aile Planlaması Çalışmalarının Sonuçları:

2827 sayılı yasa ile isteyerek düşüklerin yasallaşması ve pratisyen hekimlerin gebelik sonlandırma için yetkilendirilmesi düşük hizmetlerinin kamu sağlık kuruluşlarında yaygın olarak yürütülmesinin yolunu açmıştır. Bu durum ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesinde çok etkili olmuştur. Güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri neredeyse yok olmuştur. İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgali ortadan kalkmış, isteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü ve bireylere olan maliyeti azalmıştır[9-11]. Başlangıçta isteyerek düşük prevalansı artmış olsa da aile planlaması hizmetlerinin etkili sunulmasıyla birlikte 1990'lardan sonra düşmeye başlamıştır (Tablo 1)[12].

Yine 2827 sayılı yasa ile ebe ve hemşirelerin RİA uygulaması için yetkilendirilmesi aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde batıdan doğuya, kentten kıra yaygın bir biçimde sunulmasını sağlamıştır. Böylece kadınların modern yöntemler hakkındaki bilgisi ve modern yöntem kullanımı giderek artmış, ilk kez 1993 yılında modern yöntem kullanımının geleneksel yöntem kullanımını geçtiği saptanmıştır (Tablo 1, Tablo 2 ve Şekil 1)[12]. Yeni yasadan sonra RİA prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır (Tablo 1).

Modern yöntem kullanımı kırsal ve kentsel bölgelerde ve tüm coğrafi bölgelerde artış göstermekle birlikte aile planlaması hizmetlerindeki eşitsizlikler devam etmektedir[12]. Modern yöntem kullanımında kır – kent ve bölgeler arasındaki fark kapanmamaktadır (Tablo 3, Şekil 2 ve 3).

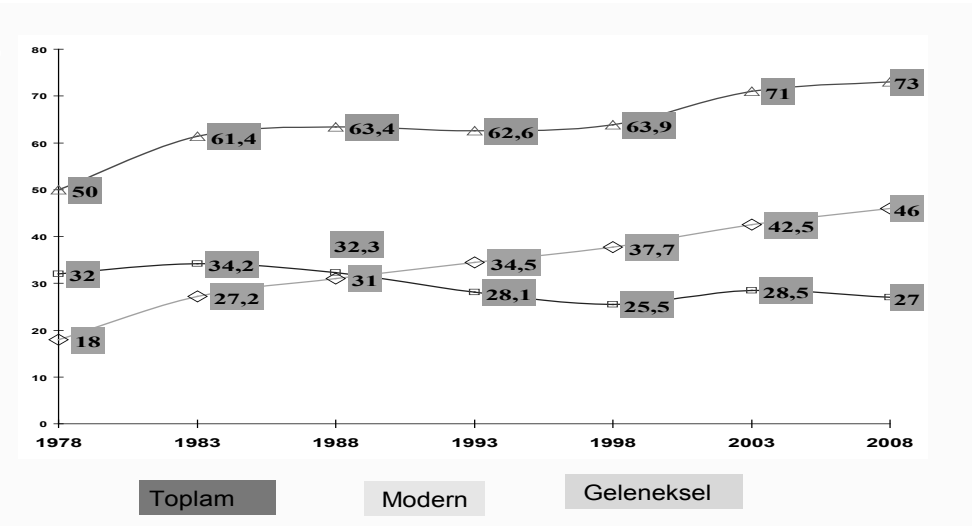
Modern yöntem kullanımı giderek daha fazla benimsenmektedir. İlk kez kontraseptif yöntem kullanmaya başlandığında sahip olunan çocuk sayısı incelendiğinde, kadınların kontraseptif yöntem kullanımına başlamak için istedikleri çocuk sayısını tamamlamayı beklemedikleri, giderek daha fazla sayıda kadının ilk gebeliğini de ertelemek için kontraseptif kullandığı görülmektedir (Tablo 4)[12].

Tablo1. Türkiye'de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1963-2008)

Yöntem	1963	1978	1983	1993	1998	2003	2008
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0
RİA	0,0	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9
KOK	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3
Tüp ligasyonu	0,0	0,0	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3
Geri çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1
Modern Yöntemler	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0
Geleneksel Yöntemler	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0
İsteyerek düşük (100 gebelikte)	7,6	16,8	19,0	18,0	14,5	11,3	10,0

Kaynak: Ulusal Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Şekil 1. Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2008)



Tablo 2. Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntem Bilgisi

Yöntem	1993	1998	2003	2008
Herhangi bir yöntem	99,1	98,9	**99,8**	**99,8**
Hap	95,7	95,8	**97,8**	**98,0**
RİA	97,1	97,0	**98,3**	**98,0**
Enjeksiyon	38,8	76,2	**82,5**	**84,9**
Diyafram/ Köpük/ Jel	57,5	50,5	**45,7**	**34,8**
Kondom				
Tüp ligasyonu	80,8	85,1	**90,0**	**92,3**
Vazektomi	75,6	83,4	**89,8**	**91,6**
İmplant	35,1	45,0	**40,2**	**42,8**
Kadın kondomu	6,7	24,8	**43,3**	**41,0**
Acil korunma hapı	*	*	**13,4**	**17,0**
	*	*	**16,1**	**29,2**
Modern yöntemler	98,6	98,7	**99,5**	**99,6**
Geleneksel yöntemler	89,1	90,6	**97,7**	**93,6**
Ortalama bilinen yöntem sayısı	6,2	7,0	**8,5**	**7,7**

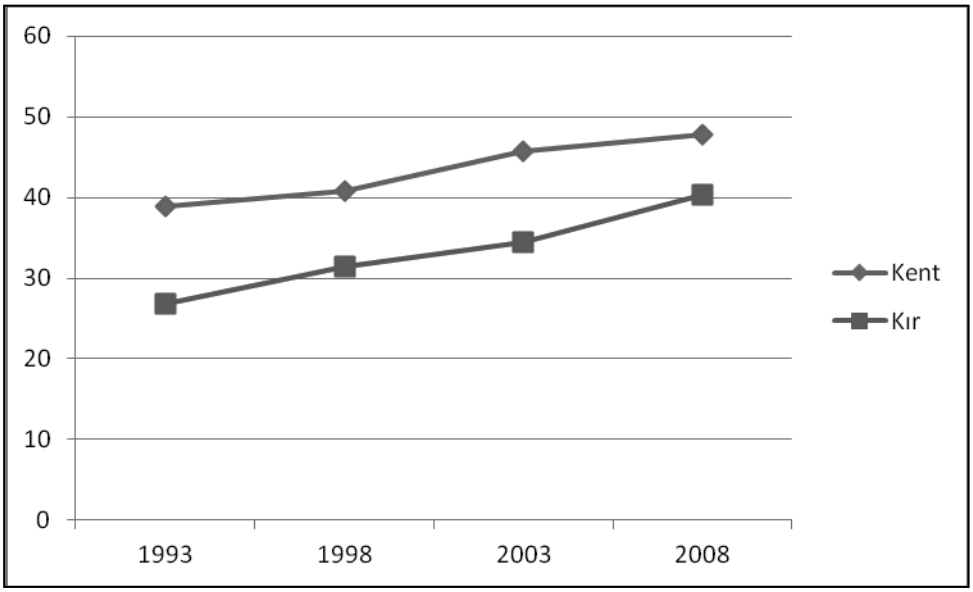
Kaynak: TNSA 1993-2008

Tablo 3. Türkiye'de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2008)

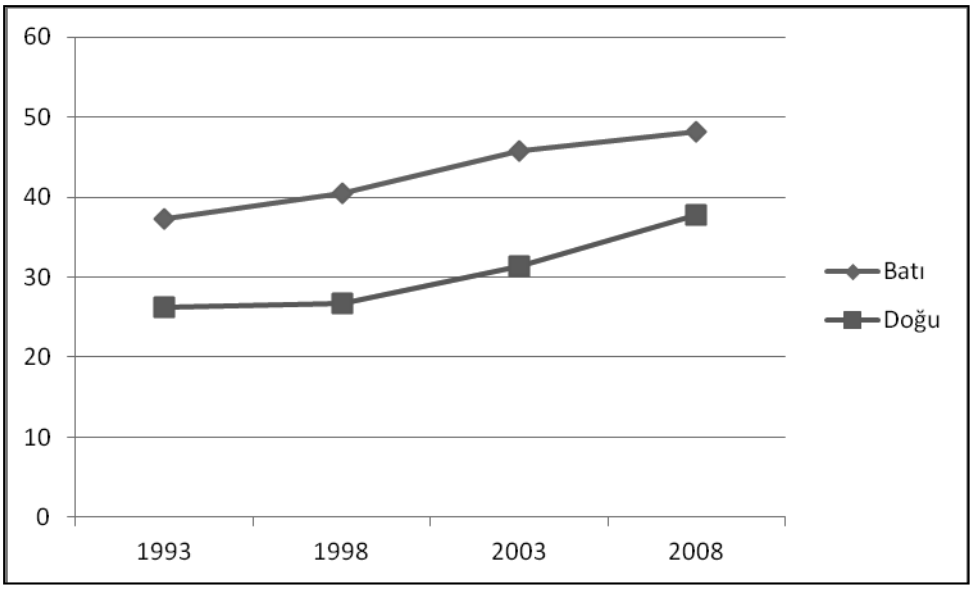
	1993	1998	2003	2008
Yerleşim Yeri				
Kent	38,9	40,8	45,8	47,8
Kır	26,8	31,4	34,4	40,4
Bölge				
Batı	37,3	40,5	45,7	48,2
Güney	36,7	35,1	44,8	45,8
Orta	36,6	42,8	46,6	48,8
Kuzey	29,8	35,2	32,5	41,4
Doğu	26,3	26,7	31,4	37,8
Toplam	34,5	37,7	42,5	46,0

Kaynak: TNSA 1993-2008

Şekil 2. Türkiye'de Halen Evli Kadınların Yerleşim Yerine Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2008)



Şekil 3. Türkiye'de Halen Evli Kadınların Bölgelere Göre Modern Yöntem Kullanımı (1993 – 2008)



Tablo 4. 15-49 Yaşlarındaki Evlenmiş Kadınların Gebeliği Önleyici İlk Yöntem Kullanımı Sırasında Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Yüzde Dağılımı (1993, 2008)

	1993	2008
Hiç kontrasepsiyon kullanmamış	**20,4**	**9,5**
0	**11,3**	**25,5**
1	**33,2**	**38,9**
2	**16,3**	**13,9**
3	**8,1**	**6,1**
4+	**10,7**	**5,9**

Kaynak: TNSA 1993-2008

Kaynaklar

1. Akın A., Bilgili Aykut N., "Araştırmadan Uygulamaya: Nüfus Politikasının Oluşturulmasında Türkiye Deneyimi", Sağlık ve Toplum, Temmuz- Eylül 2011, yıl: 21, sayı: 3, baskıda.
2. Tokgöz T., Akın A.; "Türkiye'de Aile Planlaması Çalışmaları": Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde, Ed: Akın A. Tanıt Matbaası, Ankara 1983, pp.22-29.
3. Akın A., "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning Revolution içinde Ed. Robinson W.C. ve Ross J.A., The World Bank, Washington D.C.,2007
4. Fişek H.N., "Türkiye'de Nüfus Sorunlarının Ele Alınış Tarzı ve Planlar", Sağlık Dergisi, cilt: 38, sayı:3-4, 1964
5. Fişek H.N.; "Türkiye'de Aile Planlaması Program Stratejisi", Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması" Derleyen Dirican R.. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara 1998, pp. 182-187.
6. "Country Profiles - Turkey" The Population Council and International Institute for the Study of Human Reproduction, Columbia University, January 1970, pp.1-8.
7. Akın A.,Üner S., Arslan Ş.A. ve ark., Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler, Ed. Akın A., T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
8. "Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun Tüzük ve Yönetmelikler", T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayını- 1983, Ankara.
9. Mıhçıokur, S., Akın, A., "Dünyada ve Türkiye'de Anne Ölümleri", Sağlık ve Toplum, Temmuz-Aralık 1998, yıl: 8, sayı: 3-4, s: 37-44.
10. Senlet P., Cagatay L., Ergin J et al; "Bridging the gap: Integrating family planning with abortion services in Turkey" International Family Planning Perspectives 2001; 27 (2): 90-95.
11. Akın, A. ve Enünlü, T. (2002) "Türkiye'de İsteyerek Düşükler." Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları içinde: Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, TAP Vakfı ve UNFPA.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1978, 1983, 1988, 1993, 1998, 2003 ve 2008 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü yayınları, Ankara.

VI. TÜRKİYE'DE KADIN GENİTAL KANSERLERİ

Doç.Dr.Polat Dursun(*) , Op.Dr. Murat Gültekin(**) , Prof.Dr.Ali Ayhan(***)

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KANSER

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Aslında son yılların verilerine bakınca kanseri bir toplum sağlığı problemi olarak görmek hiç de yanlış olmayacaktır. Özellikle ortaya çıkışının önlenebildiği, taramalarla ölümün yok edilebildiği ve erken tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiği kanserleri göz önüne alırsak birincil ve ikincil korunmanın öneminin boyutu anlaşılacaktır.

2000'li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona yaklaşacaktır. 2005 yılı içinde 12 milyon kişi kansere yakalanmış, 7 milyon insan kanser nedeni ile yaşamını yitirmiş, 25 milyon kişi kanserle yaşamaktadır.[1]

2030 yılında ise 24 milyon insan kansere yakalanacaktır. 17 milyon insan aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır.[1]

Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın bir artış öngörülmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir.

Ülkemizdeki kanser kontrol programında sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenmenin eğitim yoluyla yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.[2] Birincil korunma olarak kanserin önlenmesi konusunun yanında erken tanı ile kanser mortalitesinin azaltılması da önemli hedeflerimizdendir. Özelikle meme ve serviks kanserinin taranması, ulusal bir program çerçevesi içinde başlatılmış ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri ile (KETEM'ler) 81 ile yaygınlaştırılmaktadır. Bu tarama programları yanında ülkemiz için ayrı bir önemi olan mide kanseri ve kolon kanserleri için tarama programları da daha sınırlı bölgelerde başlatılmıştır. Bugün halen Avrupa ve dünyanın birçok ülkesinde meme ve serviks kanseri tarama programları içinde ele alınmaktadır. Önümüzdeki yıllarda kolorektal kanserlerin taranması da Avrupa Birliği ülkelerinde ele alınacaktır. Bazı ülkelerde özel kanserler de örneğin Japonya'da mide kanseri gibi kanserler de tarama programları içinde değerlendirilmektedir.

TÜRKİYE'DE KANSER KAYITÇILIĞI VE VERİLERİN GÜVENİLİRLİĞİ

Kanser kontrolünde en önemli konu bir ülkede kanser kaydının doğru tutulmasıdır. Kanserin doğru istatistiksel verilerine ulaşmadan hangi kanserin nasıl bir öneme sahip olduğunun bilinmesi ve gerçekçi insan kaynakları başta olmak üzere stratejik planlar yapılması mümkün olamayacaktır.

(*) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Öğretim Üyesi, Ankara, 2012

(**) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı,Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara,2012

(***) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Öğretim Üyesi, Ankara, 2012

Ülkemizde artık bir Devlet politikası haline gelen kanser kontrol programında ana hedeflerden biri kanserin doğru ve düzenli kaydedilmesidir. Kanser kaydında daha önce etkili olmadığı bilinen her kanseri her yerden kaydetme yöntemi terkedilmiş, yeni bölgesel temsil özelliklerine göre kayıt merkezleri oluşturulmuş ve kanser insidanslarında son birkaç yılda ciddi düzelme elde edilmiştir. Bu düzelmeyi karşılaştırmalı bir tabloda Şekil 4-1'de görebilmekteyiz.

Sağlık Bakanlığının 14.9.1982 tarih ve 5621 sayılı genelgesiyle kanser, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 57. maddesinde yer alan "bildirimi zorunlu hastalıklar" kapsamına alınmıştır. Bu madde uyarınca kanser tanısı koyan resmi ve özel bütün hekimler bunu en yakın sağlık kuruluşuna bildirmekle yükümlüdürler.

Böylelikle Sağlık Bakanlığı 1983 yılından itibaren bütün ülke genelinde, tanıyı koyan hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının bildirimlerine dayalı pasif yöntemle kanser verilerini toplamaya başlamıştır. Türkiye'deki toplam kanser insidans hızının en az yüz binde 150 olduğu, buna bağlı olarak da yılda 90 bin - 100 bin yeni kanser olgusu görüleceği tahmin edilirken, pasif yöntemle ülke genelinden toplanan olgu sayısı yılda yirmi binlerin üzerine çıkamadı. Bu sistem daha önce gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarısız olmuştur. Bizim için de varılan nokta: "Toplanmış binlerce form, hem nicelik, hem nitelik yönünden yeterli olmayan veri yığınları" oldu ve Türkiye'de kanser epidemiyolojisi konusunda sağlıklı bilgi elde edilemedi.

Kanser kayıtçılığı disiplinindeki bilimsel çevreler, bir toplumdaki kanser kayıtçılığı faaliyetlerinin, kapsanan oranın bu toplumun sosyo–demografik özelliklerini temsil etmesi koşuluyla, nüfusun %20'sini kapsamasını yeterli bulmaktadır. Gözlemci ve danışman olarak Türkiye'ye gelen konunun uzmanları tarafından da ülke genelinden pasif veri toplanması (bildirim) yerine, belirlenmiş illerde aktif yöntemle veri toplayan nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin kurulması önerilmiştir.

Böylelikle, ülke çapında ama tamlığı ve geçerliliği, yani güvenilirliği olmayan veri toplamak yerine pek çok ülkedeki gibi, ülke nüfusunu temsil eden düzeyde, coğrafi sınırları ve nüfusu belirli alanlarda aktif olarak toplanacak verilerle bir kanser kayıt sistemi oluşturulması uygun bulundu ve Kanserle Savaş Dairesi 1992 yılında "Kanser Kayıt ve İnsidans" projesini başlattı. Bu proje sonucunda İzmir kanser kayıt merkezi ülke açısından model oluşturacak uluslar arası bir merkez haline geldi.

Türkiye'nin kanser verileri toplanmasında pasif kayıtçılıktan aktif kayıtçılığa geçilmiş oldu. 2000 yılında İzmir kanser kayıt merkezi örnek alınarak Antalya, Eskişehir, Trabzon, Edirne, Samsun, Ankara ve Erzurum illeri olmak üzere toplam 8 ilde aktif kanser kayıtçılığı başlatılmıştır (Şekil 4-2). İyi bir kanser verisi için hedef toplumun nüfusunun %20'sini kanser gelişimi açısından takip edilmelidir. Şu an 8 il, tüm nüfusun %19'unu temsil etmekte ise de, Gaziantep ve Malatya illeri de sisteme 2010 yılında dahil edilecek ve böylelikle bu oran daha da büyüyecektir. Amerika'daki SEER sistemi de dahil olmak üzere tüm ülkelerde toplam nüfusun %20'sini kapsayan kayıt merkezleri mevcuttur. Şu an tüm dünya nüfusunun da ancak %4'ü kanser kayıt merkezlerince takip edilebilmektedir. Uluslararası standartlara göre bu merkezler metropolitan şehirlerde olmamalıdır, bu nedenle İstanbul'un kayıt merkezi olmaması da aslında olumsuz değil tam tersi veri güvenliğini artıran bir durumdur. Tüm merkezlere her yıl araç-gereç ve ulusal ve uluslar arası eğitim kapsamında ciddi bütçeler ayrılmaktadır. Ve düzenli olarak bu merkezlerin veri kaliteleri hem ulusal hem de uluslar arası gözlemciler ile denetlenmektedir. Bu sekiz merkezden 2'si (İzmir ve Antalya) 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve IARC tarafınca afiliye edilmiş olup, Eskişehir, Trabzon, Edirne, Samsun ve Erzurum'da 2011 yılında afiliye olacaktır. Elbette ki kayıtlarımız halen istenilen optimal düzeyde değildir ancak yeni yatırımlar ile daha da iyiye götürülecektir. Mevcut durumda da kayıtlarımızın güvenirliliği sürekli kontrol edilmektedir ve artık yeterli güven aralığında kanser verilerimiz vardır.

TÜRKİYE'DE KANSER İNSİDANSLARI

Şekil 4-3'de 2000 ile 2006 arasında ülkemizdeki kanser insidansının yıllar içerisindeki değişimi görülmektedir. Bu grafikte de görüleceği üzere, ülkemizde en son verilere göre (2006) ortalama kanser insidansı 100,000'de 196'dır. Bu değer kadınlar için 158, 1/100,000; erkeklerde ise 256, 4/100.000'dür.[3]

2000-2006 arasındaki kanser insidansının genel trendi (Şekil 4-3) incelendiğinde, ilk bakışta ülkemizde ciddi bir kanser salgını var gibi görülebilir. Ancak bu hızlı artış esasen kanser kayıtlarımızın kalite ve güvenirlilik artışına paralellik göstermiştir. Özellikle 2000-2004 yılları arasında görülen artışın esasen kanser kayıtçılığının iyileştirilmesine bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Bununla beraber, ülkemizde kanser insidanslarında gerçek bir artışın olduğunu da belirtmemiz gerekir. Özellikle 2004-2006 arasında görülen artışın kayıtçılıktaki iyileşme ile beraber daha çok kanser insidansında gerçek bir artışı gösterdiğini düşünmekteyiz.

Mevcut artış hızları ile projeksiyon yaptığımızda ülkemizde 2030'lu yıllarda kanser insidansımızın iki misline çıkarak yüzbinde 450'lere kadar ulaşacağını tahmin etmekteyiz. Ancak 2006 verileri için projeksiyonumuz 170'lerde iken, yukarda da ifade ettiğimiz gibi ne yazık ki gerçek insidansımız 196'lar da çıkmıştır. 2030'lı yıllarda da karşılaşacağımız kanser insidansı beklentilerimizin çok daha üzerinde olabilir. Bu nedenle, ülkemizde de öngörülen kanser insidansındaki artışın önüne geçebilmek için, mutlaka önleyici tedbirler ile harekete geçmeliyiz.

Şekil 4-4'de ise kadın ve erkeklerde en sık görülen ilk 10 kanser görülmektedir. Erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanserleri iken, kadınlarda ise meme kanserleridir. Türkiye diğer Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında genel kanser insidansımız açısından şanslı sayılabiliriz çünkü halen pek çok ülkeye göre kanser insidansımız daha düşüktür. Ancak tabiki burada insidansımızın yıllar içerisinde artış trendinin devam ettiğini vurgulamamız gerekir. Türkiye için esas fark akciğer kanseri insidansındadır. AB ülkeleri arasında en fazla sigara kullanımının olduğu ülkemizde bu gerçeğe paralel olarak AB ülkelerine nazaran daha sık oranda akciğer kanserleri görülmektedir.[4]

TÜRKİYE'DE KADIN KANSERLERİ

Türkiye'de en sık görülen kadın kanseri meme kanserleridir. Ancak, kadınlarımızda görülen meme kanseri insidansları Batılı ülkelere göre halen daha düşük düzeylerdedir.[4] Bunun dışında endometrium, over ve serviks kanserleri de yıllardır hep en sık görülen ilk on kanser arasındadır. Genel ve alt grup pek çok kanser insidansı yıllar içerisinde hızla bir artış göstermişse de, bu genital veya jinekolojik onkoloji kanserleri için geçerli değildir (Tablo 4-1). Örneğin meme kanserleri yıllar içerisinde insidansı artarken aynı artış diğer jinekolojik kanserlerde görülmemektedir (Şekil 4-5A,B). Bu kanserler yıllardır benzer insidanslarda seyretmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı verilerindeki düzelme ile beraber diğer başka kanserlerin insidanslarında artış olsa da, genital kanserlerin insidanslarının aynı seviyelerde seyretmesi bu konuda verilerimizin de yıllardır doğru bilgiyi verdiğini göstermektedir.

Servikal kanser insidansı (4,8/100,000) verilerimizi bazı araştırmalar ile de kıyaslayabiliriz. Ülkemizin en önemli jinekolojik onkoloji merkezlerinin katılımı ile yapılan Türkiye Servikal Kanser ve Sitoloji Araştırma Grubunun analizinde 140,000 smear incelenmiş ve %0,06 oranında kansere rastlanmıştır.[5] Bu tabiî ki bizim verilerimize göre daha yüksek bir değer olsa da (60/100,000), incelenen populasyonun çoğunlukla jinekolojik onkoloji merkezlerinden ve üniversitelerden toplanması nedeni ile farklı ve yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Nite-

kim, araştırmanın yürütüldüğü Başkent Üniverstesi'nde yapılan bir HPV prevelans çalışmasında da, ülkemizin pek çok merkezinde %4-6 oranında bulunan HPV prevelansı, bu merkezin çalışmasında %20 olarak bulunmuştur.[6] Tabiki bu bulgular bu merkezin referans hastanesi olarak çalışmasına ve daha çok refere hastaların çalışma grubuna dahil edilmiş olmasına ve genel populasyondan çok üniversite kliniğine başvuran sosyo-ekonomik düzeyleri genel toplumdan daha farklı olan bir hasta grubunun çalışmaya dahil edilmiş olmasına bağlıdır.

Öte yandan, Hacettepe Üniversitesin'de yapılan ve polikliniğe başvuran 65 yaş altı seçilmemiş hasta populasyonunda HPV prevelansı %4.0 oranında bulunurken, incelenen 1032 smear'de hiçbir kansere rastlanmamıştır.[7] Haldun Umudum ve ark. tarafınca toplanan 180.000 smearde de %4-5 oranında preinvasive lezyon saptanırken hiçbir kanser olgusuna rastlanmamıştır.[8] Etlik Doğumevi'nin AB projesi kapsamında Sağlık Bakanlığı ile beraber yürüttüğü Şanlıurfa çalışmasında da 9079 smear değerlendirilmiş ve sadece bir hastada kansere rastlanmıştır.[9] KETEM'lerde (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri) 2009 yılında 30-69 yaş arasında 137171 smear alınmış ve sadece 35 tane servikal kanser tespit edilmiştir (35/137171=25,5/100,000). Tüm bu veriler Türkiye'de normal populasyonda servikal kanserin ne kadar nadir görüldüğünü göstermektedir. Bu veriler tabiî ki smear verileri olup, nihai bir sonuca ulaştıramasa da en azından genel kapsamda servikal kanserin de ne kadar nadir görüldüğünü vurgulamakta ve Sağlık Bakanlığı verilerini desteklemektedir.

İlk onda görülen kanserlerimizi incelediğimizde ülkemizin Batılı ülkeler gibi olduğunu söyleyebiliriz. Yani en sık görülen jinekolojik kanserler endometrium ve over kanserleridir ve serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerin tersine çok daha geridedir. Tabiî ki bizdeki bu düşük insidans Batılı gelişmiş ülkelerdeki gibi toplum tabanlı ve en az %70 kapsama oranına sahip bir tarama programına bağlı değildir. Ancak henüz net olarak bilemediğimiz bazı faktörlere bağlı olarak serviks kanserinin düşük insidanslar da görüldüğünü düşünmekteyiz. Tek eşlilik, sosyo-kültürel yapımız ve sünnetin HPV bulaşımını potansiyel olarak önlemesi ülkemizdeki bu düşük insidanstan sorumlu olabilir.

Genital kanserlerin insidansı açısından özellikle servikal kanser kapsamında ülkemiz düşük riskli bir bölgedir. Batılı pek çok ülkeye göre insidans değerlerimiz daha düşüktür. Ancak yine de bunun gelecekte de böyle olacağını söylememiz mümkün değildir. Özellikle genç nesilde değişen cinsel davranışlara paralel olarak, HPV prevelansı ile beraber genital kanser yükünün de değişeceği ve artış göstereceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, insidans düşük de olsa ne yazık ki erken evrelerde yakalama oranımız düşüktür. Servikal kanser yıllık 1700 adet yeni teşhis olarak hesaplansa da, ne yazık ki bu olguların %90'ından fazlası Evre IB ve üzerindedir. Bu nedenle, az da görülüyor olsa, Sağlık Bakanlığı olarak servikal kanserlerin taranmasını önermekteyiz.

Coğrafi dağılım olarak genital kanserler ülke genelinde oldukça homojen bir dağılım göstermektedir. Sadece endüstrileşmiş bölgelerimizde, özellikle Marmara kıyılarında endometrium ve over kanserlerinin insidanslarını daha yüksek görmekteyiz. Tüm kanserlerde olduğu gibi, jinekolojik kanserlerde de ortalama görülme yaşı, diğer ülkelere göre daha düşüktür. Genital kanserlerin yaşa bağlı insidanslarını Şekil 4-6'da bulabilirsiniz.

Kaynaklar

1. Peter Boyle, Bernard Levin. World Cancer Report 2008. WHO-IARC Publications, 2008.
2. www.ukdk.org
3. www.ketem.org
4. A. Murat Tuncer. Asian Pasific Cancer Report 2010. MN Medical & Nobel Publishing Company, 2010.
5. Prevelance of Cervical Cytologic Abnormalities in Turkey. Turkish Cervical Cancer and Cervical Cytology Research Group. Int J Gynaecol Obstet 2009 Sep;106 (3):206-9.
6. Dursun P, Senger SS, Arslan H, Kuşcu E, Ayhan A. Human Papillomavirus (HPV) prevelance and types among Turkish women at a gynecology outpatient unit. BMC Infect Dis.2009 Nov 30;9:191
7. Tuncer ZS, Basaran M, Sezgin Y, Firat P, Mocan Kuzey G. Clinical results of a split sample liquid-based cytology (Thin-Prep) study of 4,322 patients in a Turkish institution. Eur J Gynaecol Oncol 2005; 26 (6):646-
8. Haldun Umudum ve ark, I. Sitopatoloji Kongresi, Poster Sunumu
9. A. Murat Tuncer. Türkiye'de Kanser Kontrolü, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, II. Baskı, 2010.

VII. TÜRKİYE'DE İLERİ YAŞ DÖNEMİ KADINLARLA İLGİLİ *"MENOPOZ, OSTEOPOROZ VE KARDİYOVASKÜLER"* SORUNLAR VE GELİŞMELER

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış(*)

Tüm dünyada üreme sağlığı hizmetleri kapsamında postmenopozal ve yaşlılık dönemindeki kadınlar en ihmal edilen grupların başında gelmektedir. Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık politikalarında ve programlarında kadınlar ve erkekler arasındaki farklara gereken önem verilmemiştir. İleri yaş dönemindeki kadınların sorunları "yaşlılık sorunları" kapsamında ve daha çok cinsiyetler arasındaki biyolojik farklara odaklanılarak ele alınmıştır. Oysa, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, ileri yaş dönemindeki kadınların sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlere erişimlerini ve yararlanmalarını etkilemekte, kadınlar aleyhine eşitsiz bir duruma neden olmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre doğumda beklenen yaşam süresinin uzun olması ileri yaş dönemi sorunlarıyla karşılaşanların daha çok kadınlar olmasına neden olmaktadır.

Sosyoekonomik, politik ve kültürel etmenler, yaşlılığa geçiş sürecinde ve yaşlılık süresince yaşananları daha da zorlaştırmaktadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu etkiler daha belirgin olmaktadır. Yoksulluk, sağlık güvencesinin olmayışı, temel sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşamama, nitelikli hizmetlerden yararlanamama, yaşlanan kadınların aktif çalışma hayatından uzak tutulmaları ve dolayısıyla var olan sosyal statülerini koruyamamaları, giderek yalnızlaşmaya itilmeleri gibi nedenlerle yaşlanan kadınlar sosyal yaşamdan uzak kalmakta (izolasyon) ve yaşam kalitelerinde kötüleşme meydana gelmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu rakamlarına göre cinsiyete göre doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 71,5 yaş, kadınlarda ise 76,1 yaştır (TÜİK, 2009). 73 722 988 olan ülkemiz nüfusunun %7'sini 65 yaş ve üzeri grubun oluşturduğu, 2050 yılında bunun %17.6'ya ulaşacağı öngörülmektedir. Bu yüzdede kadınların payının daha yüksek olduğu da (2008 TNSA verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun %55'i kadın, %45'i erkek) göz önüne alındığında ülkemiz açısından konunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Menopoz ve menopoza bağlı sorunlar

Ülkemizde menopoz yaşının ortalama 50 yaş olduğu kabul edilmektedir. 2008 TNSA sonuçlarına göre, kadınların 48-49 yaş grubundaki kadınların %42'si menopozdadır (HÜNEE,

2009). Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını postmenopozal dönemde geçirmektedirler. Postmenopozal ve yaşlılık döneminde sağlık sorunları; "menopoza bağlı sorunlar" ve "yaşlanma sürecine bağlı sorunlar" olarak iki grupta ele alınabilir.

Menopoza bağlı sorunlar; ateş ve ter basması menopoza giren kadınların % 75-85'inde görülmektedir. Bu semptomlar kadınların %35'inde günlük yaşamı olumsuz etkileyebilecek kadar sık görülmektedir. Östrojen hormonunun menopozla birlikte ortadan kalkması ile semptomatik üregenital atrofi postmenopozal kadınların % 48'inde görülür. Buna bağlı vajende kuruluk, vajen duvarında incelme, cinsel ilişkide ağrı, tekrarlayan vajinitler sıkça görülür. 70 yaş üzeri kadınlarda pelvik organ prolapsusu/üriner inkontinans insidansı yılda

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD öğretim üyesi ve HÜ. Kaın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) Müdürü, Ankara, 2012

1000 kadında 8.2'dir. Kadınların %25-45'inde üriner inkontinans görülebilir. Yaşam kalitesini bozacak ölçüde idrar kaçırma, tuvalete zor yetişme, sık idrara çıkma, geceleri idrara çıkma gibi sorunlara neden olur. Prolapsus veya inkontinans nedeniyle yaşam boyu cerrahi geçirme gereksinimi 80 yaşındaki kadınlarda %11'dir. Bir kez cerrahi uygulandığında rekürens ve tekrar cerrahi hızı %12-29 arasında değişmektedir. Yaşlı kadınlarda yapılan elektif pelvik taban cerrahiside perioperatif komplikasyon hızı %7-20 arasındadır. 65 yaş üzeri kadınlarda fekal inkontinans prevalansı %12'dir. Risk faktörleri arasında yaş, kronik diyare, parite, idrar inkontinansı, yaşlı bakımevinde kalıyor olmak, obezite ve geçirilmiş anorektal cerrahi gelmektedir. Menopozla birlikte ortaya çıkan bazı psikolojik faktörlerin libido üzerinde olumsuz etkisi olabilmektedir.

Literatüre dayalı bu bilgilerimize rağmen Türkiye'deki ileri yaş kadınlara ait bu konularda araştırmaların sayısı sınırlıdır. Yerel bazı çalışmalar aşağıda verilmiştir:

Şahin'in tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 321 kadına "Menopozal Yakınma Tarama Listesi (MYTL)" uygulayarak İstanbul'da yaptığı çalışmasında Türk kadınlarında menopozal yakınmalar ve görülme oranları şu şekilde saptanmıştır (Şahin, 1998):

- Kas-eklem ağrıları %75.7
- Sinirlilik-gerginlik %74.5
- Sıcak basması-gece terlemesi %72.9
- Uykusuzluk-yorgunluk %71.3
- Başağrısı-başdönmesi %68.8
- Çarpıntı %53.6
- İçe kapanma-ağlama %49.8

Saka ve arkadaşları tarafından Diyarbakır'da il merkezinde lise ve üzeri öğrenim görmüş, rasgele seçilen 40 yaş üzeri 390 kadınla yüz yüze görüşülerek yapılan araştırmada; kadınların %28.7'sinin menopoza girmiş olduğu, postmenopozoal kadınların %18,8'inde histerektomi veya ilaç kullanma öyküsünün olduğu, doğal olarak menopoza girenlerin son adet yaşı ortalamasının 45,63 ± 4,60 olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların boy ve ağırlıkları ölçülerek beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ'ne göre kadınların %37.4'ü hafif şişman, %8,2'si şişman olduğu, şişmanlığın menopoza girmiş kadınlarda daha yaygın olduğu, kadınların %24,6'sının menopoz nedeniyle doktora başvurduğu, %14,6'sının düzenli olarak kalsiyum preparatı almakta olduğu, %6,4'ünün düzenli olarak östrojen preparatı kullanmakta olduklarını belirlenmiştir. Menopoz sonrası dönemde kalsiyum gereksiniminin arttığını bilen kadınların oranı %82,3 gibi yüksek düzeyde iken, kalsiyum kaynağı yiyecek tüketimi yeterli olanlar %35,1 gibi düşük düzeyde bulunmuştur. Aynı araştırmada, araştırma kapsamına alınan tüm kadınların %36.7'sinin, menopoza girmiş kadınların ise %94.6'sının menopoz ile ilgili yakınmaları olduğu saptanmıştır. Menopoza dönemindeki kadınlarda en sık ifade edilen yakınmalar, sıcak basması (%65.2), sinirlilik (%63.4), çarpıntı (%55.4), uykusuzluk ve yorgunluk (%50.0) olarak ifade edilmiştir (Saka ve ark., 2005).

Bilgili ve arkadaşlarının 65 yaş üstü 543 kadın üzerinde yaptığı araştırmada kadınların % 43.6'sının üriner inkontinansının olduğu ve %41.4'ünün bu şikayet nedeniyle doktora gittiği belirlenmiştir. Bu araştırmada kadınların % 27.6'sının doğum eyleminin 24 saatten uzun sürdüğü, %28.9'unda uterus prolapsusu olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi uzun sürenler ve genital prolapsusu olanlarda üriner inkontinansın daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bilgili ve ark., 2008).

İlçe ve Ayhan'ın Bolu Valiliği Yaşlı Bakım Merkezine kayıtlı araştırmaya katılmaya istekli 44'ü kadın, 11'i erkek olmak üzere 55 yaşlı ile gerçekleştirdikleri araştırmada üriner inkontinans prevalansı %98, fekal inkontinans prevalansı %29.1 oldukça yüksek bulunmuş ve üriner inkontinanslı yaşlıların yaklaşık 2/3'sinin orta ve çok derecede yaşam kalitesinin etkilendiğini görülmüştür (İlçe ve Ayhan, 2011).

Ateşkan ve arkadaşlarının GATA polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşlıda (1276 kadın, 724 erkek) üriner inkontinans prevalansı %44.2 olarak bulunmuş, kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiş, kadınların %12.6'sı, erkeklerin ise %10.3'ü bu problem dolayısıyla doktora başvurduklarını ifade etmiştir. Araştırmada üriner inkontinans, sık görülmesine rağmen, oranın %50'yi geçtiği kadınlarda bile doktora başvuru yüzdeleri oldukça düşük olduğu bulunmuştur (Ateşkan ve ark, 2000).

Osteoporoz

Menopozdan sonraki ilk 10 yılın sonunda kadınların yarısında osteopeni ve osteoporoz gelişir. Kadınlarda menopozdan sonra kemik mineral yoğunluğu hızla azalmaya başlar. Menopozu izleyen 7-10 yıl içinde, östrojen eksikliği ile birlikte yılda %3-7 oranında kemik mineral dansitesi kaybı olur, 80 yaş sonrası ise %30-50'sini kaybeder. Postmenopozal kadınlarda görülen hızlı kemik kaybı ve yaşılıkta ortaya çıkan osteoporoz için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır: Erken veya cerrahi menopoza giren kadınlarda, kalsiyumdan zengin süt ve süt ürünlerinden yetersiz beslenen kadınlarda, güneş ışığından yeterince yararlanamayan, özellikle yatalak ve bakımevlerindeki kadınlarda, alkol-sigara kullananlarda, ailesinde osteoporoz ve buna bağlı kırık öyküsü olan kadınlarda, bazı ilaçlar, hareketsiz yaşam, ince vücut yapısı ve açık renk tene sahip olanlarda osteoporoz görülme olasılığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki 50 yaş üzeri postmenopozal kadınların %30'unun osteporoz tanımı içine girdiği ve oluşabilecek kırıklar için çok belirgin risk taşıdıkları bildirilmiştir. Kemik kitlesindeki azalma kemik kırılganlığında artışa ve kırığa yol açar. Kırıklarda (özellikle kalça kırıkları), ilerleyen yaş, düşük BKİ (BMI) etkili olmaktadır. Osteoporoza bağlı kalça kırıklarının % 12-20'sinde bir yıl içinde ölüm gerçekleşmektedir.

Menopoza giren kadınlarda önemli problemlerden biri olan osteoporozun ülkemizde gerçek yaygınlığı hakkında yeterli ve güvenilir veri bulunmamakla birlikte, yerel bazı araştırma bulguları aşağıda belirtilmiştir:

Alkan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında altı ayda başvuran toplam 11 624 hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve bunlardan femur boynu ve/veya lomber omurga dual enerji X ışını absobsiyometri ölçümleriyle osteoporoz tanısı konulan 644 hastanın çalışmaya dahil edildiği araştırmada; kadınlarda osteoporoz oranı %7,6 bulunmuş ve kadınlarda erkeklerden 5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca osteoporozlu hastalarda kronik hastalıkların ve düşme öyküsünün yüksek oranlarda birlikteliği tespit edilmiştir (Alkan ve ark., 2010).

Taşkale ve Sermez tarafından Denizli'nin merkezindeki ve kırsal kesimindeki postmenopozal kadınlarda osteoporoz oranını saptamak ve osteoporozla çeşitli risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, sağlık ocaklarında kayıtlı postmenopozal kadınlar arasından rastgele seçilen yaşları 45-80 arasında olan 16 113 kadından 1100 postmenopozal kadın değerlendirilmiştir. Bu araştırmada, kadınların kemik mineral yoğunlukları tibianın kantitatif ultrasonu ile ölçülmüştür. Araştırmada, çeşitli bölgelerde osteoporoz oranının %19.8 ile %53.9 arasında değiştiği (ortalama %36.8) saptanmıştır. Osteoporozu olan grupta menarş yaşının daha büyük olduğu, hormon replasman tedavisi (HRT) alanlarda osteoporoz oranının daha düşük olduğu, osteoporozu olanların egzersiz

skorunun daha düşük olduğu ve örtünmeye bağlı olarak güneşe maruziyetlerinin az olduğu bulunmuş ve yaş, menopoz süresi, menarş yaşı ve multipartitenin osteoporoz gelişiminde önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Taşkale ve Sermez, 2010).

Pınar ve arkadaşlarının Başkent Üniversitesi Menopoz Polikliniği'ne başvuran ve takibi bu klinik tarafından yapılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 yaş ve üstü 272 postmenapozal kadın üzerinde yaptıkları araştırmada; kadınların %68.8'i menopozda olduğu, %53,7'sinin osteoporoz tanısı aldığı, ailesinde osteoporoz öyküsü (%60,8), ailesinde minör travmaya bağlı kırık öyküsü (%69,8), kendinde düşme ve çarpmaya bağlı kırık öyküsü olanlarda (%71,0), osteoporoz dışında kronik hastalığı olan (%59,9), düzenli ilaç kullanan (%61,0), uzun süre yatağa bağımlı olan (%67,3), 3 cm ve üzerinde boyda kısalma (%77,3) sırt-bel ağrısı (%61,1) ve sırtta kamburlaşması olanlarda (%70,9) osteoporozun anlamlı bir şekilde daha sık görüldüğü, osteoporoz risk faktörü sayısı >5 olanlarda osteoporoz görülme sıklığının da anlamlı bir şekilde artmış olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark, 2009).

Türkiye'nin de içinde olduğu altı güney Avrupa ülkesinde yapılan MEDOS çalışmasında diğer ülkelere nazaran kalça kemiği kırığı sıklığı daha düşük bulunmuş olsa da kadınlar arasındaki sıklık erkeklere göre daha yüksek bulunmuş, menopozla birlikte sıklığın arttığı ve 80'li yaşlardan sonra plato yaptığı saptanmıştır (Elffors ve ark., 1994).

Türkiye'de Tüzün ve arkadaşlarının Türkiye'de hastane ve toplum tabanlı çalışma verileri kullanılarak yaptıkları araştırmaya göre, 50 yaşta erkekler arasında yaşam boyu kalça kemiği kırığı olasılığı %3.5 iken, kadınlar arasında %14.6 olduğu saptanmıştır. Türkiye'de 2009'da, %73'ü kadınlarda olan, yaklaşık 24 000 kalça kemiği kırığı vakasının olduğu tahmin edilmiştir (Tüzün ve ark. 2011).

Koroner damar hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kadınlarda ve erkeklerde başlıca mortalite nedenini oluşturmaktadır. Kadınlar KVH'a erkeklerden yaklaşık 10 yaş daha geç yakalanmaktadır. Ancak, kadınlarda hastalığın seyri erkeklere göre daha kötü olmakta, hastalığa bağlı ölüm ise daha fazla görülmektedir. Kadınlarda hastaneye ulaşamadan ani kardiyak ölüm gelişme oranı daha yüksektir. Kadınlarda ölümün daha fazla olmasının nedeni, kalp hastalığının kadınlarda daha ileri yaşlarda görülmesi, eşlik eden hastalıkların fazlalığı, semptomların atipik olması (kadınlarda hiçbir şikayet olmadan kalp krizi gelişebilmekte), kadınların hastaneye ve hekime daha geç başvurması, geç ve yetersiz tedavi gibi kadınlara özgü faktörler bağlı olabileceği belirtilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2010)

Menopoz öncesi düşük olan KVH riski yaşlanmayla birlikte, özellikle postmenopozal dönemde endojen östrojenin koruyucu etkisinin ortadan kalkmasıyla hızla artmaktadır (Yıldırır, 2010). KVH'lar kadınlarda birinci sırada gelen ölüm nedeni olmasına rağmen hem kadınların hem de hekimlerin kadınlardaki KVH sıklığı ve prognozu ile ilgili farkındalığı yetersizdir. Dünyada farklı toplumlarda değişiklik göstermekle birlikte, her 2.6 kadından biri KVH'tan dolayı hayatını kaybederken, kadınların en korktukları hastalık olan meme Ca için bu oran 1/30'dur. KVH'ın oluşum mekanizması her iki cinsiyette benzer olmakla birlikte, kadınların hastalıktan şüphelenme oranları düşük olması, klinik bulguların farklılaşması, tanı ve tedavi yaklaşımları da değişebilmektedir. Kadınlarda tıkayıcı koroner arter hastalığından ziyade daha çok diffüz mikrovasküler disfonksiyon sözkonusu olduğundan "İskemik kalp hastalığı" (İKH) terimini kullanmak daha doğrudur (Kayıkçıoğlu, 2010).

İskemik kalp hastalığı açısından risk faktörleri arasında kadınlarda sigara, obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gelmektedir. Bunların bilinmesi önlemeye ilişkin politika geliştirmede önemlidir.

Türkiye'de ulusal hastalık yükü çalışmasına göre, ölüme neden olan ilk 20 hastalık incelendiğinde, kentsel alanda İKH 60 yaş üzeri nüfusta hem kadınlarda, hem de erkeklerde birinci sırada gelmektedir. Ancak, kadınlarda (% 30.9) İKH sıklığı, erkeklere (%24.7) göre daha yüksektir. Kırsal alanda da durum benzerdir; kadınlarda İKH %27.4, erkeklerde %24.9 ile ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (Ulusal Hastalık Yükü-ME, 2000)

Ülkemizde 1990 yılından bu yana 18 yıllık izlemini tamamlayan TEKHARF çalışmasına göre KVH sıklığında yıllar içerisinde önemli artış görülmektedir. 2009 raporuna göre, 45-74 yaş kohortunda izlem süresi içerisinde gelişen ölümler incelendiğinde koroner kalp hastalığına bağlı ölüm hızı kadınlarda yılda binde 3.8, erkelerde ise, binde 7.6 bulunmuştur (Onat, 2009).

2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına göre Türk kadınlarında ortalama sistolik kan basıncı 129.8±24.2 mmHg ortalama diyastolik kan basıncı ise 82.0±14.3 mmHg olarak hesaplanmıştır. Ortalama sistolik kan basıncı 18-29 yaş grubu hariç, kadınlarda tüm yaş gruplarında erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Diyastolik kan basıncı değerleri de 40 yaş sonrasında kadınlarda daha yüksektir. Hipertansiyon prevalansı kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha yüksek olarak bulunmuştur. Geriatrik populasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı ise % 75.1 (erkeklerde % 67.2, kadınlarda % 81.7) değerinde bulunmuştur. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir (% 47.9'a karşın % 27.9). Antihipertansif ilaç alma düzeyi kadınlarda %47 olarak belirlenmiştir (Altun ve ark., 2003).

Hipertansiyon risk faktörlerinden BKİ'nin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (27.7 kg /m^2 ye karşın 25.5 kg /m^2). HDL kolesterol düşüklüğü erkeklerde % 35.1, kadınlarda % 44.8 oranlarındadır. Kadınlar arasında kilo kaybı ve düzenli egzersiz yapma önerilerine uyum (% 43.2 ve % 35.1) erkeklere nazaran (%56.5 ve % 54.7) daha az olarak saptanmıştır (Altun ve ark., 2003).

Kaynaklar

1. Alkan BM., Fidan F., Tosun A., Ardıçoğlu A. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz İnsidansı, Türk Osteoporoz Dergisi, 17:4, 2011
2. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Cağlar S; for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases.
3. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. 2005 Oct;23(10):1817-23.
4. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi, Türk Geriatri Dergisi, 2000, Cilt 3, Sayı 2, Sayfa: 45-50
5. Bilgili N., Akın B., Ege E., Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28:487-493
6. Elffors I., Allander E., Kanis J. A., Gullberg B., Johnell O., Dequeker J., Dilsen G., Gennari C., Lopes Vaz A. A. and Lyritis G., et al. The variable incidence of hip fracture in Southern Europe: The MEDOS study Osteoporosis International, 1994, Volume 4, Number 5, 253-263, DOI: 10.1007/BF01623349

7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlı Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, Ankara

8. İlçe A., Ayhan F. Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim, Anatol J Clin Investig 2011;5(1):15-23

9. Kayıkçıoğlu M. Kadınlarda İsekmeik Kalp Hastalıkları, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Supplementum, Mart 2010, s: 41-49

10. Onat A. TEKHARF Çalışması 2009, http://tekharf.org/2009.html (Erişim tarihi: 10. 08.2011)

11. Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algıer L, Abbasoğlu A, Kuşcu E, Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri, Dicle Tıp Dergisi, 2009, Cilt/Vol 36, No 4, 258-266

12. Saka G, Ceylan A, Ertem M, Palanci Y, Toksöz P tarafından, Diyarbakır İl Merkezinde Lise ve Üzeri Öğrenim Görmüş 40 Yaş Üzeri Kadınların Menopoz Dönemine Ait Bazı Özellikleri ve Kalsiyum Kaynağı Yiyecekleri Tüketim Sıklıkları, Dicle Tıp Dergisi, 32 (2): 77-83, 2005

13. Şahin (Hotun) N. Bir Kilometre Taşı: Menopoz; İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği Yayınları No:2; 1998

14. Taşkale MG, Sermez Y. Denizli İlindeki Postmenopozal Kadınlarda Osteoporoz Oranı ve Çeşitli Risk Faktörleriyle İlişkisi, Türkiye Klinikleri, 2010, Cilt: 30, Sayı: 6

15. TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3714&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge (Erişim tarihi: 08.08.2011)

16. Türk Kardiyoloji Derneği, Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi. Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuç Raporu, Avrupa Kalp Sağlığı Projesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, Supplementum, Mart 2010, s: 9-16

17. Tüzün S., Eskiyurt N., Akarırmak U., Sarıdoğan M., Şenocak M., Johansson H., Kanis J. A. Turkish Osteoporosis Society. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study Osteoporos Int 19 May 2011 p. DOI 10.1007/s00198-011-1655-5

18. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor, Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004

TÜTÜN KULLANIMI/SİGARA DUMANINDAN PASİF ETKİLENİM VE KADIN SAĞLIĞI: TÜRKİYE'YE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Dilek Aslan[1]

Günümüzde tütün kullanımı önlenebilir risk faktörleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Dünyada ve Türkiye'de en sık kullanılan tütün ürünü sigaradır. Ancak son dönemlerde özellikle tütün endüstrisinin etkisiyle dünyanın farklı bölgelerinde farklı tütün ürünlerinin kullanımının arttığı bilinmektedir. Endüstri benzer politikalarını farklı yaş grubu ve cinsiyet temelli de yürütebilmektedir. Tütün endüstrisinin bu çabaları kapsamlı tütün kontrolünün olduğu ülkelerde çok fazla yanıt bulamazken bu girişimler özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında sigara, nargile, bidi, snus, snuf gibi diğer tütün ürünlerinin kullanımının yaygınlaşmasına yol açabilmektedir. Endüstri, kadınlara yönelik çalışmalarını daha çok onların "özgür", "güzel", "fit", "zayıf" olmalarını özendirme ve "stresle mücadele etme" kapasitelerini artırma gibi günümüzün "moda" ya da "popüler" kavramları üzerinden yürütmektedir. Ne yazık ki özellikle genç kadınlar bu tuzağa "takılmakta" ve her dört deneyenin birisinin bağımlı olduğu sigara içme alışkanlığını edinmektedirler (1).

Sayısız zararları bulunan tütün kullanımının kadınlara özel olumsuz sağlık etkileri arasında infertilite, plasenta previa, abruptio plasenta, erken doğum, intra-uterin büyüme geriliği, spontan düşük gibi gebelik komplikasyonları, osteoporoz, serviks kanseri, musinöz over kanseri, meme kanseri gibi hastalıklar olduğunu vurgulamak gerekir (2).

Kadınlar arasında sigara içimine dair süreci daha iyi kavrayabilmek adına aşağıda yer alan kimi bilgilerin önemi bulunmaktadır (2):

1. Nikotin sigara içiminden birkaç saniye sonra beyne ulaşmaktadır. Dolayısıyla fiziksel ve psikolojik bağımlılık mekanizmaları aktive olmaktadır.
2. Kadınlarda nikotin bağımlılığı sigara içmek için önemli bir nedendir, ancak bu davranışı besleyen nedenler psikolojik nedenler onların daha zor bırakmasına neden olabilmektedir.
3. Kadınlar erkeklere göre strese daha az dayanıklı olabilmektedirler. Bu durum özellikle pre-menstruel dönemde belirgindir.
4. Sigara bırakıldığında kilo almaktan kadınlar erkeklere göre daha fazla korkmaktadırlar. Kadınlar bu süreçte erkeklere göre daha az bedensel etkinlik yapmakta, beslenmelerine daha özensiz davranmaktadırlar.
5. Yoksunluk belirtileri daha şiddetli görülebilmektedir. Nikotin yerine koyma tedavileri bu belirtileri geriletmekte erkeklere göre daha az başarılı olabilmektedir. Bu nedenle kadınlara yönelik davranış tedavilerine verilen önem daha fazla olabilir.

[1]Prof. Dr. Dilek Aslan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 31 Temmuz 1994 yılında mezun olmuştur. Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 1996-2000 yılları arasında tamamlamıştır. 2000 yılında Halk Sağlığı Uzmanı olan Dr. Dilek Aslan 2004 yılında Beslenme ve Gıda Bilimleri Bilim Uzmanı olmuştur. 2005 yılında Doçent ve 2010 yılında Profesör unvanlarını alan Dr. Aslan, halen toplum beslenmesi, uluslararası sağlık, yaşlı sağlığı gibi halk sağlığının temel alt disiplinlerinde çalışmalarını sürdürmektedir. Bununla birlikte hekimlik yaşamının önemli bir sorumluluğu olarak kabul ettiği tütün kontrolü çalışmalarını 10 yılı aşkın süredir çeşitli düzeylerde sürdürmektedir. Dr. Aslan'ın ulusal ve uluslararası yayınları, ilgili dernek ve meslek örgütlerine üyelikleri bulunmaktadır.

Türkiye, 3 Ocak 2008 tarihinde KAPSAMLI TÜTÜN KONTROLÜ yasasını kabul eden ülkeler arasına girmiş; bu uygulama ile Dünyada altıncı ve Avrupa'da dördüncü ülke olmuştur. Tütün mücadelesinde bu öykünün gelişerek ilerlemesi için şüphesiz çok geniş bir bakış açısı, var olan sorunların doğru tespiti, doğru ve uygulanabilir çözümler üretilmesi gerekmektedir. Bu bakış açısıyla Dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında sigara içimine dair verilerin değerlendirilmesi yerinde olur (3).

Dünyada yaklaşık 250 milyon kadın "hergün düzenli olarak" sigara içmektedir. Bu yüzde gelişmiş ülkeler için 22 ve gelişmekte olan ülkelerde 9'dur. Asyada kadınlar arasında tütün çiğneme yaygındır. Tütün kullanımına bağlı 5 milyondan fazla erken ölümün yaklaşık 1,5 milyonu kadınlar arasındadır (1,4,5). Önlem alınmadığı takdirde 2030 yılında her iki cinsiyet için ölümlerin 8 milyona ulaşacağı, 2,5 milyon ölümün kadınlar arasında olacağı tahmin edilmektedir (6).

Dünyada gençler arasında tütün kullanım eğilimlerinin araştırıldığı 151 ülkenin yarısından fazlasında kızların tütün kullanımı erkeklere yakın değerlerdedir. Bulgaristan, Şili, Kolombia, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Yeni Zelanda, Uruguay'da kızlar arasında tütün kullanımı erkeklere göre daha yüksektir (5).

Türkiye'de ise kadınların sigara içme durumlarına ilişkin ulaşılabilen ilk ulusal veri 1988 yılına aittir. PİAR tarafından yapılmış olan çalışma sonuçlarına göre erkeklerin %62,0'ının ve kadınların da %24,0'ının sigara içtiği tespit edilmiştir (7).

Genç kadınlar da sigara içimi açısından risk altındadırlar. Küresel Gençlik Tütün Kullanımı araştırmalarının 2003 yılı ve 2009 yılı verilerine göre 15 yaş altı kızların sigara içme sıklığı sırasıyla %3,5 ve %9,8 olmuştur (8,9). Bu iki değerlendirmeye göre kızlar arasında sigara içme sıklığında artış olduğu söylenebilir.

Türkiye'de ulusal düzeyde en son veri 2008 yılında yapılmış olan Küresel Tütün Kullanma Durumu Araştırması sonuçlarıdır. Bu çalışma sonuçlarına göre kadınlar arasında sigara içme sıklığı %15,2 olarak bulunmuştur. Hiç eğitimi olmayanlara göre herhangi bir okulda okumuş kadınlar arasında sigara içme sıklığı artmıştır. Aynı araştırma sonuçlarına göre diğer tütün ürünlerinin kullanımı incelendiğinde kadınlar arasında nargile içiminin %0,7 olduğu saptanmıştır (9).

Ülkemizde özel bir grup olan gebe kadınlar arasında da sigara içimine dair önemli bir bulgu vardır. Türkiye'de 2008 yılında 15-49 yaş grubu evlenmiş kadınlar arasında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre araştırmanın yapıldığı sırada gebelerin %11,4'ü ve emzirenlerin de %16,5'i halen sigara içtiklerini belirtmişlerdir (10).

Kadınlar arasında sigara içiminin yanı sıra önemli bir sorunun da sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) olduğu bilinmektedir. Bu konuda dünyada bazı rakamların bilinmesinde yarar bulunmaktadır:

1. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) sınıflamasına göre SDPE grup 1 karsinojen olarak kabul edilmektedir. (11).

2. SDPE ile ilgili kesin kanıtlar koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, kadınlarda üreme sistemi ile ilgili sorunlar, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski olduğunu ortaya koymaktadır. Anlamlı kanıtlara göre ise SDPE'nin inme, nazal sinüs kanseri, meme kanseri, ateroskleroz, KOAH, astım, erken doğuma neden olduğu belirtilmektedir (12).

3. Tütün kullananların yarısının yaşadığı Çin'de sigara içicilerinin %97'sinin erkek olmasına rağmen üreme çağındaki kadınların yaklaşık yarısı SDPE riski ile karşılaşmaktadır (6).

4. Japonya'da gebeler arasında SDPE riski %52,7 olup riskin en önemli kaynağı kadınların eşleridir (%80,8) (13).
5. Dünyada çocukların yaklaşık yarısı SDPE riski ile karşı karşıyadır (14).
6. Çocukların %40'ından fazlasının anne ya da babasından en az birisi sigara içmektedir (14).
7. Her yıl 600000'den fazla ölüm SPDE nedeniyle meydana gelmektedir (14). Bu ölümlerin %47'si kadınlar arasındadır (15).
8. Sigara içilmeyen ev ortamlarında yaşayanlarla karşılaştırıldığında sigara içilen evlerde yeni doğanların ve lohusaların tükürük kotinin seviyelerinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (13).
9. SDPE osteoporoz için bir risk faktörüdür (16). Fare deneylerinin sonuçları sigara içiminin kadınlarda kemik oluşumunu azalttığına ve kemik rezorpsiyonunu artırdığına dair öngörüleri desteklemektedir (17).
10. Gebelik döneminde kadının sigara içmesinin yeni doğanın çocukluk döneminde fazla kilolu/şişman olma riskini artırdığına dair bilgiler bulunmaktadır (18,19). SDPE riski 7-8 yaşına kadar şişmanlık açısından erkekler açısından kızlara göre daha fazladır. Cinsiyet farkının 7-8 yaşlarında kaybolduğu ifade edilmektedir (19).

Türkiye, SDPE açısından Dünya Sağlık Örgütü'nün riskin en yüksek olduğu Avrupa bölgesinde yer almaktadır. Ülkemizde pasif etkilenimin yaygınlığına dair veriler bulunmaktadır. Bununla birlikte ülkemizde SDPE ile ilgili ayrıntılı/özel gruplarda çalışmalar sürdürülmektedir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin Hacettepe ve Ankara Üniversiteleri işbirliğinde gebeler arasında yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre araştırma grubundaki 176 gebenin %10,7'si halen sigara içmektedirler (20). Bu değer TNSA 2008 verileri ile uyumludur (10). Aynı çalışmada gebelerin %55'i yakın çevrelerinde sigara içildiğini belirtmişlerdir. Pasif etkilenimin bir göstergesi olarak kabul edilen idrarda kotinin düzeyi sigara içen ve içmeyen gebeler arasında yüksek bulunmuştur (20).

Ülkemizde kadınlar arasında sigara başta olmak üzere tütün ürünlerinin tamamının engellenmesine ilişkin çalışmaların hız kazanmasının gerekli olduğu açıktır. Tütün karşıtı kamu ve sivil insiyatif örgütlenmesinin eşgüdüm içinde yol alması ve son yıllarda çalışmaları ivme kazanan kadın örgütlerinin de bu çalışmaların içinde olması gerekmektedir. Sigara ve hastalık ilişkisinin çok iyi öğrenilmesi, toplumda bu alışkanlıkla mücadelenin bütün basamaklarına ilişkin farkındalık ve eylemlilik sürecinin işletilmesi önerilmektedir. Aktif içiciliğin yanı sıra SDPE ile de mücadele son derece önemlidir. Aktif ve pasif içiciliğin önlenmesi amacıyla kadınlara özel politikaların üretilmesi tütün endüstrisinin kadın ve çocuklar üzerindeki oyunları bozmak adına değerlidir. Bu politikaların temel felsefesi tütünün her türlü etkisinden korunmanın "insan hakkı" olduğu üzerinden olmalıdır. Sağlık çalışanları ve halk sağlığı profesyonelleri başta olmak üzere toplumdaki bütün bireylerin bu mücadelede önemli sorumluluk ve görevleri bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Gender, Health and Tobacco. http://www.who.int/gender/documents/Gender_Tobacco_2.pdf. Erişim: 12 Temmuz 2011.
2. Empower Women-Combating Tobacco Indıstry Marketing in the WHO European Region. WHO Publications, 2010, p 2, 3.
3. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, Sain-Güven G, Uzaslan E. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı-Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (nb. 796), 2010, Ankara.
4. Female Smoking. http://www.who.int/tobacco/en/atlas6.pdf. Erişim: 28 Temmuz 2011.
5. WHO calls for protection of women and girls from tobacco http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/women_tobacco_20100528/en/. Erişim: 1.2.2012.
6. Protect women from tobacco marketing and smoke. http://www.wpro.who.int/china/sites/tfi/wntd2010_flyer.htm. Erişim: 1.2.2012
7. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behavior and Attitudes-Ankara, Turkey. Hacettepe Public Health Foundation and International Development Research Center. Ankara, 1997.
8. Ergüder T, Çakır B, Aslan D, Warren CW, Jones NR, Asma S. Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. BMC Public Health 2008; Suppl 1: S4.
9. Global Adult Tobacco Survey, 2008; The Ministry of Health of Turkey-General Directorate of Primary Health Care, Publication nb. 803, Anıl Matbaacılık Ltd., Ankara, 2010, p 20, 38-41, 48.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
11. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. 2004.
12. http://tobaccoatlas.org/secondhandsmoke.html. Erişim: 1.2.2012.
13. Sachiyo K, Kumiko A, Keiko N, Kaori K, Somomi O. Effect of passive smoking using maternal and neonatal salivary cotinine measurements. Nurs Res 2012. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282157.
14. Tobacco. Fact sheet. No. 339. July 2011. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html. Erişim: 1.2.2012.
15. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/shsarticle2010/en/. Erişim: 1.2.2012.
16. Giampietro PF, McCarty C, Mukesh B, McKiernan F, Wilson D, Shuldiner A, Liu J, LeVasseur J, Ivacic L, Kitchner T, Ghebranious N: The role of cigarette smoking and statins in the development of postmenopausal osteoporosis: a pilot study utilizing the Marshfield Clinic Personalized Medicine Cohort. Osteoporos Int 2010, 21(3):467-77.
17. Gao S, Li K, Xu M, Jiang W, Shen H, Luo W, Xu W, Tian J, Lei G. Bone turnover in passive smoking female rat: relationships to change in bone mineral density. BMC Musculoskelet Disord 2011; 12: 131.
18. Dubois L, Girard M. Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. Int J Obes (Lond) 2006;30:610–7.
19. Suzuki K, Kondo N, Sato M, Tanaka T, Ando A, Yamagata Z. Maternal smoking during pregnancy and childhood growth trajectory: a random effects regression analysis. Journal of Epidemiology 2012. http://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/advpub/0/1201170281/_pdf. Erişim: 1.2.2012.
20. Gebelikte sigara dumanı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Bilgi Broşurü. http://www.hasuder.org.tr/anasayfa/dosyalar/brosur4.pdf. Erişim: 1.2.2012.

IX. TÜRKİYE'DE TOPLUMSAL CİNSİYET AYRIMCILIĞI, SORUNLAR, GELİŞMELER

Psk. Ezgi Türkçelik[2]

Kadın sağlığı ve üreme sağlığı alanında, kadınların deneyimlediği sorunların, kadınların diğer alanlarda yaşadığı ayrımcılıklardan ayrı tutularak anlaşılması ve bu alanda çözümler üretilmeye çalışılması mümkün değildir. Bu durum, kadın sağlığı alanında bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini, kadınların toplumsal konumları ve birçok alanda karşılaştıkları toplumsal cinsiyet ayrımcılığı dikkate alınarak analizler yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle, bu bölüm Türkiye'de kadınların eğitime, işgücüne ve siyasete katılım gibi üç kritik alanda durumlarını kısaca açıklamayı amaçlamaktadır.

Toplumsal cinsiyet, kadınlar ve erkekler arasındaki kendi başına bir eşitsizlik ilişkisi yaratmayan biyolojik farklılıkların toplumsal ve kültürel bağlamlarda yeniden üretilerek eşitsiz ve hiyerarşik bir farklılığa dönüştürüldüğünü ifade etmek üzere kullanılan bir kavramdır (Berktay, 2004, s.2). Toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlikler hemen hemen tüm toplumlarda vardır ve bu eşitsizlikler toplumsal ilişkilerin yapısından, ataerkil sistem ve ideolojiden kaynaklanmaktadır.

Türkiye, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en fazla ve toplumsal cinsiyet uçurumunun en derin olduğu ülkelerden biridir. Dünya Ekonomik Forumu 2011 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'na göre (Global Gender Gap Report) Türkiye, 135 ülke arasında 122. sırada yer almaktadır. Toplumsal Cinsiyet Uçurumu göstergesinde Türkiye'den sonra gelen ülkeler ise Mısır, Suriye, İran, Nepal, Umman, Benin, Fas, Fildişi Sahili, Suudi Arabistan, Mali, Pakistan, Çad ve Yemen'dir (WEF, 2011).

Türkiye bugüne kadar kadın erkek eşitliğini sağlamaya yönelik olarak Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW, 1985) başta olmak üzere, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı(1995), Çocuk Hakları Sözleşmesi(1995), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Sözleşmeleri, Binyıl Kalkınma Hedefleri(2000), Avrupa Sosyal Şartı gibi birçok uluslararası anlaşma ve taahhütlere bağlılığını bildirmiş olmasına rağmen, kadın-erkek eşitliğini sağlamaktan çok uzaktır. Özellikle 1980'lerden sonra kadın hareketinin büyük çabaları ve uluslararası gelişmelerin de etkisiyle, yasalarda kadın-erkek eşitliğini sağlamaya yönelik birçok düzenleme ve değişiklik yapılmıştır[3]. Bütün bunlara rağmen kadın-erkek eşitliği uygulamalara yansımamakta ve eşitliğin toplumsal hayata geçirilmesinin önünde birçok engel bulunmaktadır. Kadınların okuryazarlık oranının düşüklüğü, eğitimde kadın erkek eşitsizliğinin sürmesi, kadınların siyasete ve işgücüne katılımının çok düşük oranlarda olması Türkiye'de önemli ayrımcılık alanları olmayı sürdürmektedir.

EĞİTİM

Yapılan çalışmalar Türkiye'de kadınların eğitimiyle evlilik yaşı, ergen doğurganlık düzeyi, doğurganlık, ortalama doğum aralıkları, çocukların hayatta kalma olasılığı, sağlığı ve eğitim

[2]Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden 2006 yılında mezun olmuştur. Yüksek lisansını Lund Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları Programı'nda tamamlamıştır. Halen Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde uzman olarak çalışmaktadır.

[3]2001, 2004, 2010 yıllarında Anayasa'da, 2002'de Medeni Kanun'da, 2005 yılında Ceza Kanununda yapılan değişiklikler bunlardan bazılarıdır.

şansı, işgücüne katılım ve kazancın kullanımı vb. arasında yaşamlarını olumlu etkileyecek ilişkiler olduğunu göstermektedir. Eğitim ile kadınların çalışma yaşamına katılımları, ev içinde kazancın nasıl kullanılacağı konusunda söz hakkına sahip olması konusunda da ciddi ilişkiler söz konusudur(HÜNEE, 2008; TÜSİAD 2000; Tan, 2008). Sağlayabileceği olumlu değişiklikler göz önüne alındığında eğitimin, kadınların güçlenmesinin önemli bir dayanağı olabileceği açıktır.

Ne var ki, Türkiye'de eğitim kaynaklarının eşit kullanılamaması önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Türkiye'de okuma yazma bilmeyen yetişkinler, nüfusun yaklaşık olarak %7 sini oluşturmaktadır ve bu oran içinde kadınların sayısı oldukça yüksektir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemi (ADNKS) 2010 yılı sonuçlarına göre, 3.812.092 kişi okuma yazma bilmemekte olup bunun 3.114.787'sini kadınlar oluşturmaktadır(Tablo 1).

Tablo 1: Cinsiyete göre okuma-yazma durumu ve eğitim düzeyi (15+ yaş) 2010 Türkiye

Bitirilen eğitim düzeyi	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
Okuma yazma bilmeyen	3.812.092	697.305	3.114.787
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	3.208.131	1.171.687	2.036.444
İlkokul mezunu	15.709.975	6.973.926	8.736.049
İlköğretim mezunu	9.662.663	5.497.236	4.165.427
Ortaokul veya dengi okul mezunu	3.127.204	1.946.744	1.180.460
Lise veya dengi okul mezunu	11.374.336	6.556.319	4.818.017
Yüksekokul veya fakülte mezunu	4.566.049	2.692.405	1.873.644
Yüksek lisans mezunu	365.791	217.892	147.899
Doktora mezunu	113.862	70.788	43.074
Bilinmeyen	2.731.288	1.447.424	1.283.864
Toplam	**54.671.391**	**27.271.726**	**27.399.665**

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) veri tabanı 2010 sonuçları
*Yabancılar kapsama alınmamıştır.

Eğitime erişim konusunda ayrımcılıkla karşılaşan kadınlar, hemen hemen her eğitim düzeyinde erkeklerin gerisinde kalmaktadırlar(Tablo1). Türkiye'de yıllar içinde kadın erkek okuryazarlığı artmakla birlikte, kadın ve erkek arasındaki fark hala kapatılamamış ve henüz hedeflenen noktaya ulaşılamamıştır.

Tablo 2. Yıllara göre kadın erkek okuryazarlığı

Yıllara göre yetişkin okuryazarlığı (15+) (%)								
1985-1994			2005-2008			Projeksiyon 2015		
Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
79	90	69	89	96	81	92	97	86

Kaynak: UNESCO, 2011

Türkiye Pekin 4. Dünya Kadın Konferansı'nda 2000 yılına kadar kadın okuryazarlığını %100'e çıkarmayı hedeflemiştir. Türkiye 2000 yılı için belirlenen hedefe 2011 yılı itibariyle ulaşamamıştır. 2000 yılında 189 ulusun temsilcilerinin katılımıyla Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi gerçekleştirilmiş ve bu zirvede 2015 yılına kadar eğitimden, sağlığa birçok alanda kadın erkek eşitliğinin sağlanması hedeflenmiştir. UNESCO'nun Herkes için Eğitim Küresel İzleme raporunda yapılan kestirimlerde 2015'te Türkiye'deki yetişkin okuryazarlık oranlarının erkekler için %97'ye ulaşacağını ancak kadınlar için bu oranın %86 da kalacağını göstermektedir(UNESCO, 2011, s.274). Bu göstergelere göre, 2015 yılına varıldığında okuryazar olmayan nüfusun çoğunu yine kadınlar oluşturacak ve kadınlar eğitime erişimde erkeklerin gerisinde kalmayı sürdüreceklerdir.

Tablo 3. Yıllara göre okuma yazma bilmeyen yetişkin sayısı

		Okuma yazma bilmeyen yetişkin sayısı (15+)			
1985-1994		2005-2008		Projeksiyon 2015	
Toplam (000)	% Kadın	Toplam (000)	% Kadın	Toplam (000)	% Kadın
7 442	75	5 951	83	5 113	84

Kaynak: UNESCO, 2011

Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Endeksi'nin genel sıralamasında 122. sırada yer alan Türkiye, eğitime erişimde de diğer ülkelerin çok gerisinde kalarak 106. sırada yer almıştır(WEF, 2011).

Türkiye'nin 1985 yılında imzalamış olduğu Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nin (CEDAW) eğitim hakkını düzenleyen 10. maddesi taraf devletlere, eğitimde erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını sağlamak için kadınlara karşı ayrımcılığı önleyen bütün önlemleri alma yükümlülüğü getirmektedir. Ayrıca, Türkiye'nin Pekin Eylem Planı, Binyıl Kalkınma Hedefleri vb. uluslararası taahhütleri de kadınların ve kız çocuklarının eğitimde erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını sağlayacak tüm düzenlemeleri yapması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ancak eğitimin tek başına tüm sorunları çözmediği ve ayrımcılığı bitirmeyeceği de açıktır. Sürekli olarak tüm toplumsal kesimler tarafından her sorunun çözümü olarak öne sürülen eğitim, mevcut haliyle toplumsal cinsiyet rollerini pekiştiren ve yeniden üreten bir yapıya sahiptir. Yapılan araştırmalar mevcut eğitim sistemi içerisinde, cinsiyet rollerini olumlayan ve ayrımcılığı destekleyen eğitim programları, öğretmenlerin cinsiyetçi davranışları, cinsiyetçi bir görev dağılımının okul ortamında da sürdürülmesi gibi pek çok şekilde toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yeniden üretildiğini göstermektedir (Tan, 2005; Tan, 2008). Bu nedenle eğitim sisteminin kadınların güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının giderilmesi konusunda bir araç olabilmesi ancak eğitim sisteminin, eğitim programlarının ve eğitimcilerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığıyla mücadeleyi temel alan, bu konuda farkındalık yaratmayı hedefleyen bir yaklaşım ve uygulamayı benimsemeleriyle mümkün olabilir.

İŞGÜCÜNE KATILIM

Türkiye'de kadınların işgücüne katılımdaki payı dünyadaki en düşük oranlardan biridir. Kaygı uyandırıcı nokta ise Türkiye'de kadınların işgücüne katılımlarının 1950'lerin ortalarından itibaren sürekli olarak düşüş göstermesidir.

1950'lerin ikinci yarısında %70'ler civarında olan kadınların işgücüne katılımları, 2005 yılında Cumhuriyet tarihinin en düşük düzeyine %23,3'e gerilemiş(Ecevit, 2008) ve biraz ilerleme göstererek 2010 yılında %27,6'ya, 2011 yılı itibariyle ise 28,8'e ulaşmıştır(TÜİK 2011).

Tablo 4: 15 ve Üzeri yaştaki Nüfusun Yıllar ve Cinsiyete göre İşgücü Durumu

	Erkek			Kadın		
Yıllar	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus (000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)	Kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus(000)	İşgücü (000)	İşgücüne katılma oranı (%)
1990	17 556	13 990	79,7	18 045	6 160	34,1
1995	20 388	15 858	77,8	20 787	6 427	30,9
2000	22 916	16 890	73,7	23 295	6 188	26,6
2005	23 673	16 704	70,6	24 686	5 750	23,3
2010	25 801	18 257	70,8	26 740	7 383	27,6

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları, 2011

Türkiye kadınların işgücüne katılımdaki düşük oranlarıyla, Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Endeksinin *işgücüne katılım ve fırsatlar* alanında en geride kalan ülkeleri arasında olup, 135 ülke arasında 132. sıradadır(WEF,2011).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçları kullanılarak yapılan bir araştırmaya göre, evli ancak çalışmayan kadınların çalışmama nedenleri arasında %38 ile *çocuklara bakmak ve evle ilgilenmek* birinci sırada yer almaktadır (Hoşgör & Smits, 2006, s.39). Bakım hizmetlerinin çoğunlukla sadece kadınlara yüklenmesi ve Türkiye'de kurumsallaşmış bakım hizmetlerinin yetersizliği kadınların çalışma yaşamına katılımını engelleyen en önemli etkenlerden biridir. (Ecevit, 2008).

Kadınların işgücü piyasasıyla ilgili olarak tek karşılaştığı sorun istihdam dışı kalmak değildir. İşgücü piyasası içerisinde yer alan kadınların meslekte yükselememe, düşük statülü sektör ve işlerde yoğunlaşma, aynı nitelikteki işlerde dahi erkeklerden daha düşük ücret alma, kayıt dışı çalışma, yönetici kadrolarda yer alamama gibi sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Örneğin; *Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler* grubu içerisinde kadınlar son derece düşük bir orandadır. Bu grubun %90'ı erkekler tarafından işgal edilmişken, ancak %10'unu kadınlar oluşturmaktadır.(TÜİK, 2011)

Kadınların işgücüne katılımlarının düşüklüğü onların istihdam olanaklarından yararlanamadıklarının önemli bir göstergesidir. Oysa yapılan çalışmalar ve raporlar istihdamın özellikle ücretli olduğunda, kadınların güçlenmesini, yaşamlarında daha fazla söz sahibi olmalarını sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla istihdam kadınlar ve erkekler arasında var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin giderilmesinde önemli bir araçtır. (Ecevit, 2008; Hoşgör & Smits, 2008).

SİYASAL KATILIM

Kadınların siyasal temsili, yerel ve ulusal düzeydeki karar alma mekanizmalarına katılımı bir ülkedeki demokratik yaşamın önemli unsurlarından biridir. Siyasal katılımı sadece kadın sayısının artışı olarak değil, kadınların taleplerinin ve ihtiyaçlarının ulusal ve yerel düzeyde yansıtılmasının bir yolu olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Türkiye'de kadınlar siyasal karar alma süreçlerinde yetersiz düzeyde temsil edilmektedir. 1935 yılında % 4,6 oranında olan milletvekili oranı, 1950'lerde % 0,6 ya kadar gerilemiştir. Uzun süre çok düşük düzeyde kalan kadın milletvekili oranı, 2007 Genel seçimlerinde % 9,1'e, 2011 seçimlerinde ise ancak % 14.18'e ulaşabilmiştir (Tablo 5).

Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu endeksine göre, 135 ülkede kadınların parlamentolarda temsil oranları dikkate alındığında Türkiye 89. sırada yer almaktadır(WEF, 2011).

Tablo 5: Türkiye'de yıllara göre kadın milletvekili oranları

Seçim yılı	Parlamentodaki milletvekili sayısı	Kadın milletvekili Sayısı	Toplam içindeki pay (%)
1935	395	18	4.6
1939	400	15	3.8
1943	435	16	3.7
1946	455	9	2.0
1950	487	3	0.6
1954	535	4	0.7
1957	610	7	1.1
1961	450	3	0.7
1965	450	8	1.8
1969	450	5	1.1
1973	450	6	1.3
1983	400(1Boş)	12	3.0
1987	450	6	1.3
1991	450	8	1.8
1995	550	13	2.4
1999	550	22	4.0
2002	550	24	4.4
2007	550	50	9.1
2011	550	78	14.2

Türkiye, dünyada kadınların yerel yönetimlerde temsilinin en düşük olduğu ülkelerden biridir. Dünyanın birçok ülkesinde kadınlar ulusal düzeydeki siyasette ciddi bir temsil düzeyine ulaşamasalar bile, yerel siyasal katılımda daha başarılı olabilmektedirler (Üşür Sancar, 2008). Ancak Türkiye'de bu eğilimin aksi gözlenmekte ve kadınlar yerel yönetimlerde neredeyse hiç varlık gösterememektedirler (Tablo 6).

Tablo 6: 29 Mart 2009 Tarihli Mahalli İdareler Seçim Sonuçları

	Erkek	Kadın	Toplam
Belediye Başkanı Sayısı	2 921	27	2 948
Belediye Meclis Üye sayısı	30 450	1 340	31 790
İl Genel Meclis Üye sayısı	3 269	110	3 379
Köy Muhtar Sayısı	34 210	65	34 275
Köy İhtiyar Meclis Üyesi Sayısı	137 848	329	138 177
Mahalle Muhtar sayısı	18 178	429	18 607
Mahalle İhtiyar Heyeti Üye Sayısı	71 174	1 409	72 583
Toplam	298 050	3 709	301 759

Kaynak: KSGM, 2011

29 Mart 2009 yerel seçimlerinde 44 kadın il belediye başkanlıklarına 321 kadın da ilçe ve il belediye başkanlıklarına aday gösterilmiştir. Söz konusu seçimlerde Türkiye genelinde 2948 belediye başkanı seçilirken bunların sadece 27'si yani %0,9'u kadındır. Bu kadınların sadece 2'si il belediye başkanı olabilmiştir. Tablo 6'da da görüldüğü gibi kadınların yerel yönetimlerde temsil düzeyi oldukça düşüktür. Türkiye'de devletin ulusal düzeyde yürüttüğü kadın erkek eşitliği politikalarının kadınların yerel siyasete katılımını artırma gerekliliğini hedefine almaması bu durumun başlıca nedeni olarak görülmektedir (Sancar, 2008).

Kadınların siyasal karar alma mekanizmalarında yeterince temsil edilmemesinin en önemli sonuçlarından biri kadınların talepleri ve ihtiyaçlarının dikkate alınmaması ve toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayacak politikaların geri plana itilmesidir.

Sonuç olarak; toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması ancak yukarıda değinilen eğitim, işgücü piyasaları, siyaset başta olmak üzere kadınların ayrımcılığa uğradığı tüm alanların yeniden yapılanması ve ataerkil yapıların dönüştürülmesiyle mümkündür. Sağlık alanında (özelde kadınların sağlığı ve üreme sağlığı alanlarında) ise; yapılan çalışma ve uygulamalarda, sorun alanlarının belirlenmesinde ve bu sorunların ortadan kaldırılmasında toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri dikkate alınarak çözümler üretilmeye çalışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Berktay, F. (2004). Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye. *Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları, 7*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi. 10 Ağustos 2011, http://stk.bilgi.edu.tr/docs/berktay_std_7.pdf
2. Ecevit, Y. (2008). İşgücüne Katılım ve İstihdam. TÜSİAD&KAGİDER, *Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri* içinde (ss. 113-214). İstanbul.
3. Hoşgör, A. G. & Smits, J. (2008). Variation in labor market participation of married women in Turkey. *Women's International Forum*, 31, 104-117.
4. HÜNEE. (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
5. KSGM. (2011). *Türkiye'de Kadının Durumu*. 10 Ağustos 2011, http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/tr_de_kadinin_durumu/trde_kadinin_durumu_2011_temmuz.pdf.

6. Tan, M. (2005). Yeni İlköğretim Programları ve Toplumsal Cinsiyet. *Eğitim, Bilim ve Toplum*, 9 (11), 68-77.

7. Tan, M. (2008). Eğitim. TÜSİAD&KAGİDER, *Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri içinde* (ss. 23-112). İstanbul.

8. TÜİK. *Hanehalkı İşgücü Anketi Dönemsel Sonuçları*. 2 Şubat 2012, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=25&ust_id=8

9. TÜSİAD. (2000). *Kadın-Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş: Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset*. İstanbul: TÜSİAD yayını. 25 Ağustos 2011, http://www.tusiad.org/__rsc/shared/file/kadin2000.pdf.

10. TÜSİAD&KAGİDER. (2008). *Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri*. İstanbul.

11. UNESCO. (2011). *Education for All: Global Monitoring Report*. 27 Ağustos 2011, http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190743e.pdf

12. Üşür Sancar, S. (2008). Siyasal Katılım. TÜSİAD&KAGİDER, *Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri* içinde (ss. 215-300). İstanbul.

13. WEF. (2011). *The Global Gender Gap Report.* http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2011.pdf

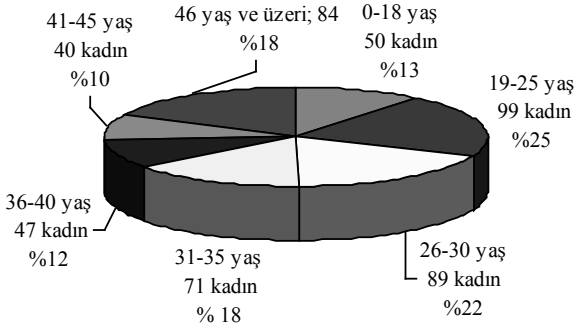
I. TÜRKİYE'DE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Yard. Doç. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar(*)

Kadına yönelik şiddet (violence against woman), cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içinde ya da özel yaşamında kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (UN, 1993).

Kadına yönelik şiddet, temel bir insan hakkı ihlali olup, kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığının sürdürülmesinde kullanılan bir araçtır. Kadınlara şiddet uygulayanlar genelde eşleri, babaları erkek kardeşleri gibi tanıdıkları erkeklerdir. Kadınlara uygulanan şiddet fiziksel, psikolojik (duygusal, sözel şiddet), cinsel, ekonomik şiddet biçiminde ya da kontrol etme davranışı şeklinde olabilir (WHO, 2002:sf.89).

Kadına yönelik şiddet, kadının ölümü, sakatlanması ya da diğer sağlık sorunları ile sonuçlanabilir. Şiddete bağlı kadın ölümleri arasında namus adına işlenen cinayetlerin özel bir yeri vardır. Ancak, Türkiye'de namus adına işlenen cinayetlerle ilgili resmi istatistiklere hala konuya özel veri toplanmaması nedeniyle ulaşılamamaktadır. Bu nedenle ne kadar kadının namus kisvesi altında işlenen cinayetler nedeniyle öldüğü bilinememektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 2005-2006 döneminde Töre ve Namus Cinayetleri ile Çocuklara yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu için yapılan sınırlı bir çalışmaya göre T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtlarında 2000-2005 yılları arasında töre ve namus adına işlendiği ifade edilen 1091 cinayet vardır. Bu cinayetlerde 480 kadın öldürülmüştür (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.118). Bu nedenlerle öldürüldüğü iddia edilen kadınların yaş dağılımları aşağıdaki şekilde verilmiştir. T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma Genel Komutanlığı kayıtlarına göre aynı dönemde sorumluluk bölgelerinde namus meselesi nedeniyle meydana gelen kasten öldürme ve öldürmeye teşebbüs olaylarından 138 kadın ve çocuk etkilenmiştir (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.126).



2000-2005 yılları arasında ülke genelinde meydana gelen töre ve namus adına işlenen cinayetlerde ölen kadınların yaş grupları (TBMM Araştırma Komisyonu raporu, 2006:sf.126).

(*) Halk Sağlığı Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD öğretim üyesi,Ankara,2012

Kadınlar yaşamlarının her döneminde ve aile dahil olmak üzere her ortamda şiddetle karşılaşabilmektedir. Türkiye'de kadının aile içinde yaşadığı şiddet konusunda 1996-2008 yılları arasındaki 12 yıllık dönemde yapılmış beş büyük ölçekli saha araştırması vardır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre aile içinde kadına yönelik şiddet sıktır ve evli ya da başından evlilik geçmiş kadınların %21,7 ile %39.0'u yaşamı boyunca en az bir kez eşinden fiziksel şiddet görmüştür. Araştırma metodolojilerinin farklılığı nedeniyle karşılaştırma yapmak mümkün olmamakla birlikte kadınların şiddeti deneyimleme durumlarının yıllar içinde hiç azalmadığı söylenebilir. Bu araştırmalara dair bazı bilgiler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo: Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet sıklığını belirlemeye yönelik saha araştırmaları (1994-2008)

Araştırmanın adı	Örnek büyüklüğü	Kapsamı	Fiziksel şiddet sıklığı %
Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları araştırması" 1995[1]	4287 hane	5 coğrafi bölgeyi temsilen 12 il	29,6 (kadın yanıtı) 34,0 (erkek yanıtı)
"Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu" araştırması, 1995[2]	1070 hane	Ankara, İstanbul, İzmir,	21,2(kadın yanıtı)
"Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet" araştırması,1998[3]	2578 hane	6 coğrafi bölgeyi temsilen 18 il	25,2(kadın yanıtı)
"Türkiye'de kadına yönelik şiddet" araştırması, 2007[4]	1800 kadın	12 bölgeyi temsilen 56 il	35,0(kadın yanıtı)
"Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet" araştırması, 2008[5]	17168 hane 14854 kadın	12 bölgeyi temsilen 51 il	39,0 (kadın yanıtı)

[1] T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995:sf. 136,137.

[2] T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 1995:sf. 29.

[3] T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu ,1998:sf. 87.

[4] Altınay, Arat, 2007:sf.79.

[5] T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008:sf.46.

Bu araştırmalardan Aile Araştırma Kurumu tarafından yaptırılan "Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları" araştırmasında, araştırma kapsamındaki hanelerde yaşayan erkeklerin ifadelerine göre en az %34,0'ında, kadınların ifadelerine göre ise %29,6'sında erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulaması söz konusudur ve kadınların %52,5'i eşlerinin kendilerine ağır sözler söylediğini ifade etmiştir (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995:sf. 136,137).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün "Ailede kadına karşı şiddet ve kadın suçluluğu" araştırması üç büyük ilde yapılmıştır ve bu araştırmaya göre kadınların fiziksel şiddet görme düzeyleri %21,2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada cinsel şiddet sıklığı ise %21,7 olarak belirlenmiştir (T.C. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1995:sf.29).

Aile Araştırma Kurumu'nun 1998 yılında yayınlanan "Aile içinde ve toplumsal alanda şiddet" konulu araştırmasına göre evli ve/veya başından evlilik geçmiş kadınların eşleri tarafından dövülme düzeyi %25,2, hakarete uğrama düzeyi ise %30,7 olarak saptanmıştır. (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1998:sf.87).

Ayşegül Altınay ve Yeşim Arat'ın TÜBİTAK desteğiyle yürüttükleri "Türkiye'de kadına yönelik şiddet" araştırmasına göre Türkiye'de kadınların %35,0'ı hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet görmüş, %14'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır (Altınay A, Arat Y. 2007:sf.79).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ve HÜNEE tarafından yürütülen "Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet" Araştırmasına göre kadınların %39'u yaşamının herhangi bir döneminde eşi veya birlikte olduğu kişi(ler)den fiziksel şiddet görmüştür ve son 12 ayda kadınların eşlerinden şiddet görme sıklığı %10'dur (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009:sf.46). Kadınların %15'i cinsel şiddet, %42'si fiziksel ya da cinsel şiddet, %44'ü duygusal şiddet görmüştür (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009: sf. 46, 52).

Aile içinde kadına yönelik şiddet yaygındır. Ancak kadınlar aile dışında sokakta, okulda, işyerinde de şiddetle karşılaşmaktadır. Bu nedenle şiddet yaşayan kadınların sayısının yukarıda sunulanlardan daha yüksek olduğu bilinmelidir. Temel bir insan hakkı ihlali olması nedeniyle kadınlara yönelen şiddetin durdurulmasında devletin tartışılmaz bir sorumluluğu vardır. Bu sorunun çözümü kadın erkek eşitliğini sağlayıcı, toplumda erkek egemenliğine son verecek girişimlerde bulunulmasına bağlıdır.

Kaynaklar

1. The UN General Assembly Declaration on the Elimination of Violence against Women of 1993. http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm. Erişim tarihi: 14.07.2011.
2. World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2002:sf. 89.
3. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Töre ve Namus Cinayetleri ile, Kadınlara ve Çocuklara Yönelik Şiddetin Sebeplerinin Araştırılarak, Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan TBMM Araştırma Komisyonu Raporu. Can Ofset Matbaa, Ankara, 2006:sf.118, 126.
4. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. Genel Yayın No.86. Ankara, 1995:sf.136, 137.
5. T.C. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu. Bizim Büro, Ankara, 1995:sf.29.
6. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Genel Yayın No. 113, 1998:sf.87.
7. Altınay A, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto, İstanbul 2007:sf.79.
8. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, 2009:sf.46, 52.

SON SÖZ:

HASUDER'in öncülüğünde ancak çok geniş bir yazarlar grubunun katkıları ile gerçekleştiriliyor olan "Türkiye'nin Sağlık Profili" çalışmasının, sağlıkta güncel ve güvenilir verileri bir araya getirerek , periyodik olarak güncellenmesini de sağlayarak Türkiye'nin Halk Sağlığı alanına ciddi katkı sağlayacağı inancındayım.

"Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı Bölümünün çok değerli yazarlarına kendi adıma, diğer Bölümlerin çok değerli yazar ve editörlerine Bölüm Yazarı arkadaşlarımla birlikte teşekkür ediyoruz.

En büyük teşekkürüm, Yönetim Kurulu Başkanı Sn.İnandı başta olmak üzere HASUDER'in bütün Yönetim Kurulu üyelerine ve bu yapıta emek veren herkese….

HASUDER'in benzer çalışmalarının devam etmesini diliyorum. Saygılarımla……

Prof.Dr. Ayşe AKIN (Bölüm Editörü)

BÖLÜM 07
TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU

Bölüm Editörü:

Prof.Dr.Hilal Özcebe, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Prof.Dr.Ufuk Beyazova, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hast Sosyal Pediatri BD Başkanı

Doç.Dr. Çiğdem Çağlayan, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Doç.Dr. Pınar Erbay Dündar, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Doç.Dr. Türkan Günay, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Gülsen Güneş, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad

SHU Figen Paslı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Prof.Dr.Hilal Özcebe, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Doç.Dr. Ebru Turhan, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Yönetici Özeti

Türkiye'de Çocuk Haklarına dair Sözleşmeye göre 18 yaşın altındaki herkes çocuk olarak kabul edilmektedir. Bu durumda Türkiye'de halen nüfusun üçte biri (%34,1) "0-19" yaş grubundadır. Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ve 2025 yılına kadar bu yapısında önemli bir değişiklik olması beklenmemektedir.

Genel olarak çocuk sağlığı düzeyi aşağıda özetlenmiştir:

- Türkiye'de her yıl doğan 1000 çocuğun 13'ü bir ayını, 17'si bir yaşını ve 24'ü beş yaşını doldurmadan ölmektedir. Bebek ölümleri Doğu ve Güney Anadolu'da, eğitimsiz anne bebeklerinde, kırsal yerleşim yerlerinde, anne yaşının 20 den küçük, 40 tan büyük olması durumunda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, doğum aralığı iki yıldan kısa olduğunda ve dörtten sonraki çocuklarda artmaktadır.
- Dört yaş altındaki çocuklarda halen beslenme sorunları bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir.
- Okul çağı çocuklarda şişmanlık, sigara, alkol ve madde kullanımı, şiddet içeren davranışı olma ve şiddete maruz kalma önemli sağlık sorunları arasında olmasına karşılık sistematik olarak bir okul sağlığı hizmeti sunulmamaktadır.
- Korunmaya muhtaç tanımı kapsamındaki çocuk sayısı beş yüz binin üzerindedir. Temmuz 2011 kayıtlarına göre ise 12.761 kişi yatılı olarak bakım almaktadır. Yuvalardaki çocukların

koruma altına alınmasının ilk nedeni %71,6 ile "ekonomik ve sosyal yoksunluk" iken yetiştirme yurtlarında bu yüzde %68,1'dir. Kurumlarda olan çocukların sağlık sorunlarına yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olup, hijyen ve ruh sağlığı sorunları ön plana çıkmaktadır.

- Türkiye'de 6-17 yaş nüfusu 16.204.000 olup, çocukların %5,9'u ekonomik işlerde çalışırken, %43,1'i ev işlerinde çalışmaktadır. Çocuk işçiliğinde enformel çalışma yaygın olarak uygulanmaktadır, tarım dışı sektörde çalıştırma yaygınlaşmaktadır. Türkiye genelinde ekonomik işlerde çalışan 6-17 yaş grubundaki çocukların çalışma nedenlerinde %38,4 ile ilk sırayı "hanehalkı gelirine katkıda bulunmak", ikinci sırayı %19,8 ile "hanehalkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak", üçüncü sırayı %15,9 ile "ailesi istediği için çalışmak" almaktadır. Araştırmalar göstermektedir ki özellikle erken yaşlarda çalışmaya başlayan çocukların fiziksel ve zihinsel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir.
- Emniyet Genel Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü 2009 yılı verilerine göre ise Çocuk Şube Müdürlüğü'ne 479 çocuğun sokakta yaşadığı belirtilmektedir. Ancak, araştırmalarda ulaşılan çocukların dahi bildirilen sayının üzerinde olması nedeniyle sorunun tahminlerden büyük olduğu düşünülmektedir.
- Sosyal çevresinde var olan sorunlar nedeniyle çocuklar suça sürüklenmektedirler. Suça sürüklenen çocuklar tutuklanma, yargılanma ve korunma altına alınma ile ilgili süreçte idari sorunlar yaşamaktadırlar.
- Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonuçlarına göre özür nedenleri arasında doğuştan özürlülük yaklaşık %34'dür. Ülkemizde her 5 evlilikten biri akraba evliliğidir ve bu evliliklerin %70'i birinci derece akrabalarla yapılmaktadır. Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği de oldukça düşüktür.
- Ülkemizde yapılan pek çok çalışmanın gözden geçirildiği bir yayın taramasında, çocukların %15–75'inin fiziksel istismara, yaklaşık olarak %20'sinin de cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir.
- Türkiye'de de son yıllarda çocuklara yönelik ticari cinsel sömürünün görünürlüğünde bir artış olduğu, fuhuşa itilen çocuk ve ergenlerle daha fazla karşılaşıldığı, çocuk pornografisi içeren materyallerin edinilmesi ve izlenmesi konusun da hızlı bir artış eğilimi olduğu düşünülmektedir.

Genel olarak sorunlar bir kaç başlık altında toplanmaktadır:

- Türkiye'de sosyoekonomik eşitsizlikler nedeni ile çocuklar büyüme ve gelişme dönemlerini olumsuz olarak geçirmekte ve yaşamlarını kaybedebilmektedirler. Büyüme ve gelişme sürecinde olan sorunlar yaşam kalitelerini de etkilemektedir.

Çocuklar yine sosyoekonomik sorunlardan dolayı dezavantajlı çocuklar arasında yer alabilmektedirler. Çocukların korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık ve sosyal hizmetler bütüncül bir şekilde sunulamamakta, dezavantajlı konumda olan çocuklar erken dönemde belirlenip korunma altına alınamamaktadır. Sorun yaşayan çocuklara da yeterince ulaşılamamaktadır. Dezavantajlı durumda olan çocukların sağlık durumlarına ilişkin yeterli bilgiye ulaşılamamaktadır.

- Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler genellikle 0 yaş grubundaki çocukların vücut ağırlıklarının ve boy uzunluklarının ölçülmesi ile beslenme durumunun izlenmesi ve bağışıklama hizmetleri şeklinde sınırlıdır. Bu hizmetler de genellikle aşı takvimi tamamlanınca sonlanmaktadır. Okul ve ergenlik döneminde ise izleme ile ilgili herhangi düzenli bir hizmet sunulmamaktadır.

- Sağlık hizmet sunum modeli ile ilgili sorunlar vardır: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan köklü değişiklikler, bölge temelli yaklaşımın yerine aile ve bireyi öncelemekte ve bütünlüğün kaybedilmesine yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen hizmetler genel olarak değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına daha fazla ağırlık verilmesi gerektiği görüşündeyiz.

Özet olarak ülkemizin önemli bir nüfus yüzdesine sahip olan çocuklara yönelik sağlık ve sosyal olarak bütüncül bakış açısını içeren bir politika bulunmamaktadır. Çocuklara yönelik olarak sunulan hizmetler kurumların altında kurumun hizmet kapsamı ile sınırlı kalmaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu olarak önerilerimiz aşağıdadır:

- Sağlığın ön koşullarının devlet tarafından sağlanması gerekmektedir. Bunlar arasında ulusal gelirin insanlar arasında hakça paylaştırılması, yoksulluğun azaltılması, eğitim olanaklarının ve düzeyinin arttırılması sayılabilir.
- Çocukların sağlık ve güvenliğinin üst düzeyde olmasını amaçlayan ulusal bir çocuk politikasının benimsenmesi gerekmektedir. Bu politikanın belirlenmesinde özellikle sağlık, eğitim ve sosyal alanda çalışan kurumların yakın işbirliği içinde olması ve çocuğa yönelik hizmetleri bir ortak bakış açısı ile yürütmeleri gerekmektedir. Ayrıca, riskli ortamlardan uzaklaştırma ve koruma kapsamında güvenlik ve adalet çalışanlarının da çocuğun yüksek yararını gözeten hizmet sunum bakış açısını, bu yaklaşımın politika boyutunda olduğu kadar kurumsal ve hizmet sunucular açısından benimsenmesi gerekir. Diğer taraftan medyanın da bu politika ve hizmetlere destek olması gerekir.
- Çocukların büyümesi sırasında onların sağlığını, büyüme ve gelişmelerini sağlayacak bir aile yapısı içinde olmaları sağlanmalıdır. Ana ve babalar tarafından çocuğun bedensel sağlığına ilişkin bilgilerin yanında zihinsel ve ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin bilgilerin verilmesi görev olarak kabul edilmelidir. Çocuklara disiplin verme konusunda dayağı hoşgören geleneksel yapının değiştirilmesi, kadının ve çocuğun toplumsal değerinin yükseltilmesi, çocuğa ve kadına karşı işlenen suçlarda yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Çocuğun korunması konusunda ailesel risklerin azaltılması amacıyla; erken yaşta evliliklerin önlenmesi, çocuğun engelli doğmasına yol açan nedenlerin azaltılması, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ana babalık eğitimlerinin artırılması, ailelerin bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarının desteklenmesi gereklidir.
- Çocuğun sağlığının geliştirilmesi ve korunması konusunda sağlık hizmeti sunulmalıdır. Bu hizmeti verenlerin görevleri; sağlıklı çocuk izlemlerinin 0-18 yaş grubuna yönelik düzenli ve nitelikli olarak yapılması ile risk altındaki çocukların erken fark edilmesi, herhangi bir sorun saptandığında çözüme ilişkin önerilerin geliştirilmesi olmalıdır. Herkese eşit, ulaşılabilir, etkili bir birinci basamak sağlık hizmetinin sunulması gerekmektedir. Evde, okulda, işyerlerinde herkese ulaşan bir örgütlenme anlayışına sahip olunmalıdır. Özellikle gezici sağlık hizmetleri ile riskli ve dezavantajlı gruplara yönelik sağlık hizmetleri yani ev ziyaretlerinin yapılması önerilmektedir.
- Çocuğun sağlığı, korunması ve güvenliği ile ilgili olarak sürveyans sisteminin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Çocuğun sağlık ve diğer haklarının yaşama geçirilmesi için, çalışmalar özellikle sivil toplum örgütleri tarafından sürdürülmektedir. Ancak bu çalışmalar toplumun belirli bir kesimine ulaşmaktadır Toplum doğru bilgilendirilerek sağlık haklarını talep eder hale getirilmelidir.

Acil olarak önlem alınması gereken konular ise aşağıda sıralanmıştır:

- Erken yaşta evlilik ve akraba evliliklerin önlenmesi,
- Riskli gebeliklerin önlenmesi, doğum öncesi bakım, doğum ve sonrasında sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğinin yükseltilmesi,
- Enfeksiyon hastalıkları tanı ve tedavi ölçütlerinin standardize edilerek yaygın olarak kullanımın sağlanması,
- Çocukluk dönemi şişmanlık, sigara, alkol ve madde kullanımı, şiddetin ve yaralanmaların önlenmesi konusunda ile ilgili eylem planının ivedikle uygulamaya başlaması,
- Çocuklara yönelik şiddet uygulamalarının sağlık kuruluşlarında akla gelip soruşturulması ve bildiriminin yapılması,
- Korunma altına alınan çocukların sağlık sistemi içinde koruyucu ve geliştirici hizmetlerden yararlanımlarının artırılması,
- Öncelikle riskli işlerde çalışan çocukların çalışma yaşamından çekilmesi için eylem planının ivedilikle uygulanmaya başlanması,
- Sokakta yaşayan/çalışan çocuklara sunulan hizmet modeli yoluyla tüm çocuklara ulaşılması,
- Suça sürüklenen çocukların rehabilitasyonlarına yönelik çalışmaların hızlandırılması ve çocukların sağlık sistemi içinde koruyucu ve geliştirici hizmetlerden yararlanımlarının artırılması,
- Engelli çocukların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artırılması gerekir.

1. Türkiye'de Çocuk Nüfusu ve Dağılımı

Türkiye halen genç bir nüfusa sahip ülkedir. Türkiye İstatistik Kurumunun 31.12.2010 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre 73.722.988 olan toplam nüfusun %25,6'sı (18.878.582) 0-14 yaş grubunda ve %34,1'i (25.155.889) 0-19 yaş grubundadır.[1] Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, gelecek yıllarda nüfusun yaş yapısında değişikliler olmasına karşılık 0-19 yaş grubu nüfusunun ve payının bir miktar azalmasına rağmen, nüfusumuzun genç yaş yapısına sahip olma özelliğini sürdüreceği beklenmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye Nüfus Projeksiyonu ve Çocuk Yaş Grubunun Payının Değişimi [2]

	2010	2015	2020	2025
Toplam Nüfus	73.003	77.601	81.778	85.407
0-4 Yaş Grubu	6.281	6.298	6.253	6.167
5-9 Yaş Grubu	6.283	6.290	6.289	6.250
10-14 Yaş Grubu	6.393	6.302	6.289	6.291
15-19 Yaş Grubu	6.272	6.425	6.311	6.294
0-14 Yaş Grubu Nüfus	18.957	18.890	18.831	18.708
0-14 Yaş Grubu Yüzdesi	26	24	23	22
0-19 Yaş Grubu Nüfus	25.229	25.315	25.142	25.002
0-19 Yaş Grubu Yüzdesi	35	33	31	29

Kaynaklar

1 TÜİK, Nüfus İstatistikleri, http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11, Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2011.

2 TÜİK, Yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus projeksiyonları, http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11, Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2011.

2. Çocukluk Dönemlerine Göre Sağlık Durumu

Çocukluk dönem sağlığı iki yaş grubu halinde ölümlülük ve hastalık açısından irdelenecektir.

a. 0-4 Yaş Grubu Nüfusun Sağlık Durumu

Ölümlülük: Bebek ve çocuk ölüm hızları ve nedenleri bir toplumda gelişmişliğin en önemli göstergelerinden biridir. Ölüm nedenlerinin bu yaş dilimi içinde yaşa göre farklılık göstermesi nedeniyle 0-4 yaş grubu ölümler, bazı alt gruplara ayrılmıştır.

Perinatal ölümler: Ülkemizde perinatal ölüm hızı 2003-2008 yılları arasında %019,0 olarak hesaplanmıştır. Perinatal ölüm hızları kentlerde kırsal bölgelerden, Batı ve Doğu Anadolu Bölgelerinde diğer bölgelerimizden yüksektir[1]. Perinatal ölüm hızı annenin öğrenim durumunun düşük olması, gebeliğin istenmemesi, önceki gebelik ile aradaki sürenin 24 ay ve daha kısa olması, annenin gebelik sayısının dörtten fazla olması, doğum öncesi bakım almama, bebeğin doğum ağırlığının 2500 gramdan düşük olması, anne yaşının 40-44 arasında olması, babanın işsiz olması, doğumun kendi kendine yapılması gibi risklerin varlığında yükselmektedir.[2]

Yeni doğan ölümleri: Ülkemizde yenidoğan ölüm hızı 2003-2008 yılları için %013'dür. Sağlık Bakanlığının 2010 yılı için bildirimi ise %08,5'dir [3]. Bu dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin %76'sını oluşturmaktadır. Kırsal bölgelerde, eğitimsiz annelerin bebeklerinde, Doğu Anadolu Bölgesinde, anne yaşının 40'tan büyük olması durumunda, iki gebelik arasındaki süre iki yıldan kısa olduğunda, bebeğin doğum ağırlığı 2500 gramdan düşük olduğunda daha yüksektir [1]. Bu dönemin başlıca ölüm nedenleri doğum travmaları, doğuştan anomaliler ve prematüreliktir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA-2008) İleri Analizi çalışmasına göre erken yeni doğan ölüm hızı %0 8,97 ve geç yenidoğan ölüm hızı %0 1,07'dir [1].

Yeni doğan sonrası bebek ölümleri: Bu hız 2003-2008 arası için %04 bulunmuştur[3]. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 2009 yılı için yenidoğan ölüm hızı %03,1 ve 2010 yılı için %01,6 olarak bildirilmektedir.[3,4] Bu dönemin ölüm nedenleri yine doğuştan anomaliler, prematürelik gibi yeni doğan dönemi ölüm nedenlerine benzemekle birlikte alt solunum yolu enfeksiyonları, menenjit gibi enfeksiyon hastalıkları da sıralamaya girmektedir.

Bebek ölümleri: Bir yıl içinde canlı doğan her 1000 bebekten kaçının ilk yaş içinde öldüğünü gösteren sayı bebek ölüm hızını verir. Bu hız TNSA 2008 de %017 olarak hesaplanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı bebek ölüm hızını 2009 yılı için %013 ve 2010 yılı için %010,1 olarak bildirilmiştir.[3,4] Bebek ölümleri Doğu ve Güney Anadolu'da, eğitimsiz anne bebeklerinde, kırsal yerleşim yerlerinde, anne yaşının 20 den küçük, 40 tan büyük olması durumunda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, doğum aralığı iki yıldan kısa olduğunda ve dörtten sonraki çocuklarda artmaktadır.[1] Bebek ölümlerinin en sık nedenleri, perinatal hastalıklar, pnömoniler ve diğer enfeksiyonlardır.

Beş yaş altı ölümler: Bir yılda 0-4 yaş grubunda olan tüm ölümlerin o yıl canlı doğan çocuk sayısına bölünmesi beş yaştan küçük ölüm hızını verir. Bu hız TNSA (2008) %024 [3] olup Sağlık Bakanlığının 2010 yılı için bildirimi %013'dür.[4]

Sağlık Durumu ve Hastalıklar

Sağlığın geliştirilmesinin en önemli göstergelerinden biri de çocukların büyüme durumlarının değerlendirmesidir. Türkiye'de 0-4 yaş grubundaki çocukların %10,3'ü yaşına göre kısa boylu ve %3,2'si ise bodur tanımında yer almaktadır. Bu da yaklaşık her 9 çocuktan birinde kronik beslenme bozukluğu olduğunu göstermektedir. Ancak çocukların zayıf olduğunu gösteren

yaşına göre zayıf olma %3,1 ve boyuna göre zayıf olma %0,9'dur. Bu da çocukların ağırlık artışlarının olduğu ancak iyi beslenmediklerini göstermektedir. Beslenme durumun temel göstergeleri arasında olan "ilk altı ay sadece anne sütü alma" durumu ise şu şekildedir; ilk iki ay %68,9, 2-3. aylarda %42,0 ve 4-5. Aylarda %23,6'dır. Bu da beslenme ile ilgili sorunların ilk aylarda ortaya çıktığını göstermektedir.[1]

Ülkemizde çocukluk yaş gruplarında aşı takviminde 11 aşı bulunmakta ve doğumdan başlayarak ilk 18 ay içinde uygulanmaktadır. Aşılama yüzdeleri DaBT3 %97, BCG %97, IPV3 %96, KKK %97 ve KPA3 %95'dir[1]. Aşı ile korunabilen bu hastalıkların çocukluk çağındaki epidemiyolojisine bakıldığında:

- *Tüberküloz*: Türkiye'de 2008 yılında 0-4 yaş arasında tüberküloz olgu hızı yüz binde 3,9'dur. Bu yaş grubunda olgu hızında cinsiyete göre farklılık yoktur. Olguların %55,3'ü akciğer tüberkülozudur. Tüberküloz menenjit olgularının %47,4'ü 0-4 yaş grubundadır. Çocuklarda tüberküloz tedavi başarısı %91,4 olup fatalite hızı %3,8'dir.[5]
- *Hepatit B*: Türkiyede 5 yaş altı çocuklarda hepatit B insidansı 2010 yılında yüzbinde 0,5'dir. Hepatit B insidansı Doğu ve Kuzey Anadolu Bölgelerinde en yüksektir.[6]
- *Boğmaca*: Çocuklarda boğmaca insidansı 2009 yılında yüzbinde 0,2'dir. Bildirim güçlükleri olsa da hastalık hızında özellikle aşılamanın etkisiyle bu ilk yaşlarda yıllar içinde bir azalma gözlenmektedir.[3]
- *Difteri*: Ülkemizde 2004 yılından sonra çocukluk döneminde difteri gözlenmemiştir.[3,4] Ancak 2011 yılında Ankara Etlik Hastanesinde 35 yaşında bir olgu tanı almıştır. Bu tanıdan sonra yapılan çalışmalar sırasında 5 asemptomatik taşıyıcı saptanmıştır. Bu olgulardan birinin kızı diğeri ise kızının okulundan bir çocuk olduğu belirlenmiştir.[7]
- *Tetanoz*: Yeni doğan tetanozunun morbidite hızı 2004 yılında yüzbinde 1 olup, 35 olgu belirlenmiştir. Gebelerde aşı yüzdesi %50'ye ancak ulaşabildiği halde, bu hizmete ek olarak doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerindeki iyileşmeler yeni doğan tetanozu olgularını azaltmıştır. 2005 yılında bildirilen olguların üçte ikisi Güney Doğu Anadolu Bölgesindedir. Ülkemizde 2009 yılında neonatal tetanoz eliminasyonu belgelenmiş ve 2010 yılında yalnızca bir olgu bildirilmiştir.[3,4]
- *Poliomiyelit*: Ülkemizde son olgu 1998 yılında tanı almış ve Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında Türkiye'yi "poliomiyelitten arındırılmış ülke" olarak belgelendirmiştir.[3,4]
- *Kızamık*: Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 2007 yılında 3 olgu, 2008 yılında 4 olgu (Irak'lı üniversite öğrencisi, yurt arkadaşı ve iki sağlık çalışanı) ve 2011 yılında İstanbul'da çıkan bir salgın vardır. Bu salgında ilk olgu turistlere hizmet veren bir kuyumcu çalışanı olup yaklaşık 90 vaka (olgu) saptanmıştır. Olguların çoğunun 1975-90 doğumlu, ortanca yaşları 25'dir. Tüm ülkede olgu sayısı ise 111'dir.[7]
- *Kızamıkcık*: Morbidite hızı 2005 yılı için yüzbinde 3 olarak bildirilen bu hastalığın aşısı ülkemizde 2006 yılında aşı takvimine girmiştir. 2010 yılı için Sağlık Bakanlığı kızamıkcık morbiditesini yüz binde 0,2 olarak bildirmektedir. 2005 yılında bir ve 2009 yılında bir olmak üzere 2 konjenital kızamıkcık olgusu bildirilmiştir.[3,4]
- *Kabakulak*: Ülkemizde 2005-2006 yıllarında yılda 20.000 dolaylarında kabakulak bildirimi olmuşken 2008 yılında olgu sayısı 5.000, 2010 yılında 1.000 dolaylarına düşmüştür. Kabakulak aşısı da 2006 yılından bu yana çocukluk aşı takviminde yer almaktadır. [3,4]
- *Hib Enfeksiyonları*: Aşı, Türkiye Ulusal Bağışıklama Program'ına 2006 yılında eklenmiştir. Sağlık Bakanlığına 2005 yılında 30 dolaylarında Hib menenjiti bildirilmişken bu sayı 2008 de beşin altına düşmüştür.[3,4]

- *Pnömokok enfeksiyonları:* Ülkemizde 2005 ve 2007 yıllarında 5.000/yıl olan menenjit olgu sayısı 2007 yılında Hib aşısının uygulamaya girmesinden sonra 4.500'e, 2008 yılında pnömokok aşısının takvime alınmasından sonra da 2009 yılında 3.500 dolaylarına gerilemiştir.[3,4]

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar çocuklarda sık görülen hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlamaktadır. Çocukların (0-6 yaş grubu) son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıkların görülme sıklıklarına bakıldığında; %38,7 ile üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsilit, orta kulak iltihabı, farenjit), %26 ile ishal, %11,3 ile kansızlık, %9,1 ile bulaşıcı hastalıklar ve %9 ile ağız ve diş sağlığı sorunları ilk beş sırayı almaktadır. Bu sıralamada kent-kır farklılığı bulunmamaktadır.[8] TNSA 2008'de tüm çocukların yüzde 23'ünün araştırmadan önceki iki hafta içinde ishale yakalandığı, %1'inin ise kanlı ishalinin olduğu belirtilmiştir. [3]

b. 5-9 ve 10-18 Yaş Grubu Nüfusun Sağlık Durumu

Okul dönemi ve ergenlik dönemlerinin iç içe girdiği 5-19 yaş grubunun ölüm ve hastalık nedenlerinde kesişmeler olduğu ve istatistiklere ayrı olarak ulaşma şansı düşük olduğu için birlikte irdelenmiştir.

Ölümler: Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde 2008 yılı için toplam 215.562 ölüm olup 18 yaş altında ölüm yüzdesi %7,2'dir. Türkiye'de 2008 yılında 0-17 yaş grubunda 15.528 çocuk ölmüştür. Ölen kişilerin %71'i "0" yaş grubunda, %13'ü "1-4" yaş grubunda, %11,1'i "5-14" yaş grubunda ve %4,9'u "15-17" yaş grubundadır.[9]

Ölüm nedenleri irdelendiğinde ise kalp hastalıkları "5-9" ve "10-14" yaş gruplarında ilk neden iken "14-19" yaş grubunda ikinci neden olarak yer almaktadır. Her üç yaş grubunda da nedenin saptanamadığı ölümler ilk beş neden arasındadır. Ayrıca hem 5-9 hem de 10-14 yaş grubunda pnömoni ölümleri yer almaktadır. Meningokok enfeksiyonları 5-9 yaş grubunda ilk beş neden arasındayken lösemi 10-14 ve 15-19 yaş gruplarında ilk beş neden arasındadır.[10] (Tablo 2)

Tablo 2. Türkiye'de 5-9, 10-14 ve 15-19 yaş gruplarında ölüm nedenleri yüzde dağılımı (2008)

5-9 Yaş grubu (n=920)		10-14 Yaş Grubu (n=798)		15-19 Yaş Grubu (n=1.399)	
Kalp hastalıkları	26,8	Kalp hastalıkları	24,1	Kazalar	26,7
Bilinmeyen	17,1	Bilinmeyen	17,8	Kalp hastalıkları	21,2
Kazalar	6,9	Kazalar	13,5	Bilinmeyen	20,5
Pnömoni	6,3	Pnömoni	6,6	İntihar	11,7
Meningokok Enfeksiyonları	5,5	Lösemi	4,6	Lösemi	3,3

** Yaş grubundaki ölümler içinde yüzde*

***Not:** Ölümler il ve ilçe merkezini kapsamaktadır.*

İntiharlar daha önceki yaş gruplarında ilk beşe giremezken 15-19 yaş grubunda intihar ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır. 2010 yılında ölüm nedenleri arasında intiharlar 15 yaş altında %3,28, 15-24 yaşta %20,81 olarak saptanmıştır[11].

Sağlık Durumu ve Hastalıklar:

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili göstergeler okul ve ergenlik dönemlerinde değerlendirmek çok önemlidir. Ancak, ülkemizde henüz bu yaş grubunun sağlığının geliştirilmesine ilişkin göstergeler izlenmemekte olup sadece tedavi hizmetlerinden yararlanmaktadırlar.

Türkiye'de 7-14 yaş grubunda son altı ay içinde görülen hastalıkların değerlendirilmesinde, yaklaşık her iki çocuktan birinin enfeksiyon hastalığı (%46,2) olduğu görülmektedir ki; (enfeksiyon hastalıklarının en sık görülen hastalık olması) bu beklenen bir bulgudur. Daha sonra sıklıkla ağız-diş sağlığı sorunları (%26,8); göz ile ilgili sorunlar (%16,1), beslenme ile ilgili sorunlar (%8,5); deri hastalıkları (%8,4); süregen hastalıklar (%8,3); işitme ile ilgili sorunlar (%5,2); kazalar (%4,0) ve ruh sağlığı sorunları (%3,7) görülmektedir.[12]

Çocukların yaşadıkları yerlere göre hastalıkları değişebilmektedir. Kırsal kesimde bazı hastalıkların tanı almaması ya da çocukların bu konunun farkında olmamaları gibi sorunlar olabilir (Örneğin göz ile ilgili sorunlar). Diğer taraftan kent yaşamının getirdiği bazı sorunları ise kentte yaşayan çocuklarda daha sık görebilmekteyiz (Örneğin kazalar, ruh sağlığı sorunları). Yine yaşam koşullarının getirmiş olabileceği bazı sorunlar da kırsal kesimde daha sık görülmektedir (Örneğin kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve beslenme ile ilişkili hastalıklar).[12]

Çocukluk yaş grubundaki hastalıkların görülme sıklıklarına ilişkin bazı araştırma bulguları aşağıda sunulmuştur:

- Ankara'da 6-8. sınıflarda okuyan 378 öğrencinin %6'1'i devamlı ilaç kullanımı gerektirecek veya doktor izleminde olduğu bir hastalığının bulunduğunu belirtmiştir. Belirtilen hastalıklar; alerji/astım %16,0, üriner sistem hastalıkları %16,0, romatizma %12,0, bronşit %8,0, otit/sinüzit %8,0, kalp hastalığı %8,0, FMF/Akdeniz Ateşi %8,0, anemi /pıhtılaşma bozukluğu %8,0, tükürük bezinde kist %4,0, migren %4,0, vitamin eksikliği %4,0, hepatit B %4,0 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %14,6'sı gözlük kullanmaktadır. En fazla görülen göz kusuru ise %8,2 ile miyoptur.[13]
- İstanbul'da 6-18 yaş öğrencilerde yapılan bir çalışmada diabet sıklığı %0 0,67 olarak belirlenmiştir.[13]
- Ülkemizde anaokulu ve ilköğretim çağındaki çocuklarda bağırsak paraziti yaygınlığına yönelik birçok okul taraması çalışmaları yapılmıştır. Çalışmalarda Batı Bölgelerimizden Doğuya doğru gidildikçe bağırsak paraziti yaygınlığının daha fazla olduğu ve büyük şehirlerdeki alt yapısı bozuk bölgelerde de görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmektedir. [14-17]
- Erginöz ve arkadaşlarının 9-11. sınıf öğrencisiyle (n=4.153) yaptığı çalışmada, öğrencilerin %78'inin kendilerini sağlıklı hissettiği, %44,6'sında baş ağrısı, %17,3'ünde mide ağrısı, %23,6'sında sırt ağrısı olduğu saptanmıştır.[19]
- Gökçimen ve arkadaşlarının Ankara'da bir lisenin öğrencilerinin yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmasında; her dört öğrenciden biri sağlık düzeyinin iyi olmadığını ve erkeklerin %12,8'i ve kızların %13,4'ü sağlık düzeylerinin bir önceki yıla göre daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Erkek öğrenciler fiziksel işlevsellik, bedensel ağrı, duygusal rol ve genel sağlık alanlarında yaşam kalitelerini kızlara göre daha iyi olarak algılamaktadırlar.[20]

Riskli Davranışlar [21]

Ergenlik döneminde sağlık sorunu olarak yorumlanmayan ancak kısa, orta ya da uzun erimde sağlık sorunlarına yol açabilen riskli davranışların irdelenmesi de önemlidir.

Cinsellik ve riskli davranışlar:

- Ülkemizde kadınlarda erken yaşta evlilik oldukça yüksektir (15-19 yaş grubunda %11,9 ve 20-24 yaş grubunda %49,2)[22]. Türkiye'de 2009 yılında 15-19 yaş grubunda yaşa özel doğurganlık hızı binde 34'tür.[11]
- Gençler arasında da evlilik öncesi cinsel yaşamın başladığına ilişkin bulgular bulunmaktadır. Sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada erkekler arasında cinsel deneyim %31,9 ve kadınlar arasında %5,7 bulunmuştur[23]. Ancak, yaşanılan yer ve çevre ile bu yüzdeler de farklılaşma olabilmektedir. Ögel ve arkadaşları, İstanbul'da liselerde yapılan bir çalışmasında erkeklerde cinselllik deneyimini %34,5 ve kadınlarda %4,4 bulmuştur[24]. Gölbaşı ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %33,8'inin cinsel deneyim yaşadığı, %17'sinin cinsel yaşamlarının olduğu, %51,9'unun korunmasız cinsel ilişkide bulunduğu, %59,3'ünün birden fazla cinsel partnerinin olduğu saptanmıştır[25]. Aras ve arkadaşlarının 861 lise öğrencisini kapsayan çalışmasında cinsel ilişkiye girme %32,4 ilk cinsel ilişkide kondom kullanma %54,9 olarak saptanmıştır.[26]

Sigara kullanımı:

- Türkiye'de 2003 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırmasında gençler (7, 8 ve 9. Sınıflar) arasında halen sigara kullanımı %10,9 olup erkeklerde %9,3 ve kızlarda %5,3'dür.[27] Küresel Gençlik Tütün Araştırması (2008) sonuçları ise halen sigara kullanma genelde %6,9; erkeklerde %9,4 ve kızlarda %3,5'dir.[28]
- Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite birinci sınıf öğrencilerinde sigara kullanımı %25,1 bulunmuştur.[29]
- Aras ve arkadaşlarının lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında sigara kullanma erkeklerde %30,4, kızlarda %17,4 olarak saptanmıştır.[26]
- Dezavantajlı gençlik gruplarında sigara kullanma prevalansı daha da artmaktadır. Öner ve arkadaşları sokakta çalışan ve yaşayan çocuklarda (yaş ortalaması 11,8) sigarayı kullanmayı deneme %67,4 bulmuştur.[30] Telatar ise sitelerde çalışan gençlerde (18-24 yaş) halen sigara kullanmayı %58,3 olarak bulmuştur.[31]

Alkol kullanımı:

- Ögel ve arkadaşları dokuz ilde yaptıkları çalışmada alkollü içki içmeyi denemeyi %45,0 bulurken[32]; altı ilde yapılan bir çalışmada ise lise gençlerinin yaklaşık yarısının en az bir defa alkol kullanmayı denediği bulunmuştur.[33]
- Şaşmaz ve arkadaşlarının ilköğretim 2.aşama ve liselerde yaptıkları çalışmada yaşam boyu alkollü içki içme sıklığını %24,5 buldukları; yaşın büyümesi, sigara ve madde kullanımının, anne ve babanın alkollü içki içmesinin ve evde ceza verilmesinin alkol kullanmayı artırdığını bulmuşlardır.[34]
- Yiğit ve arkadaşlarının İzmir'de üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %76'sının alkollü içki kullandığını, %8,8'inin alkol bağımlısı olduğunu ve %14'ünün alkol kötüye kullanımı davranışlarının olduğunu saptanmışlardır. Alkol bağımlılığı oranının 17-

19 yaş grubundaki öğrencilerde daha yüksek olduğu ve alkol kullanımının yurtta kalan öğrencilerde en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.[35]

- Üner ve arkadaşlarının lisede yaptıkları çalışmada öğrencilerin %9,2'sinin düzenli sigara kullanmakta, %4,4'ünün alkol kullanmakta, %14'ünün okula küçük silahlar getirmekte, %21,4'ünün arkadaşlarına şiddet uygulamakta, %16'sının şiddete maruz kalmakta, %44,7'snin ailesi tarafından şiddete uğramakta olduğunu saptanmışlardır.[36]
- Arıkan ve arkadaşlarının Ankara İlinde okuyan 6-11. sınıf ve üniversite öğrencilerini (n=13.438) içeren çalışmalardında ilköğretimde düzenli sigara kullanma %5,3, deneme %5,6, lisede düzenli sigara kullanma %21,2, deneme %14,5; İlköğretimde alkol düzenli kullanma %5,1, deneme %4,2, lise alkol düzenli kullanma %18,2, deneme %11,3 olarak saptanmıştır.[37]

Madde Kullanımı:

Son yıllarda dünyada çeşitli ülkelerde özellikle gençler arasında sorun haline gelen madde kötüye kullanımının ve bağımlılığının, Türkiye'de de giderek yaygınlaştığı düşünülmektedir. Çeşitli çalışmalarda; ilköğretim 2. aşama ve ortaöğretim okullarına devam eden öğrenciler arasında esrar kullanımı %4,0, uçucu madde kullanımı %2,0-5,1, eroin ve ekstazi kullanım yaygınlığı %2,0-2,5 arasında bulunmuştur.[32,33]

Yaralanmalar:

Yaralanmalar kapsamında hem şiddet sonucunda olan yaralanmalar hem de kaza sonucu olan yaralanmalara ilişkin bazı çalışmaların sonuçları verilmiştir.

- Ülkemizde lisede okuyan gençlerin %22'si son üç ay içinde fiziksel şiddet, %53'ü sözel şiddet, %36,3'ü duygusal şiddet ve %15,8'i cinsel şiddet ile karşılaştığını belirtmiştir. Gençler şiddet ile okulda, evde ve sokakta karşılaşmaktadırlar. Erkekler sokakta şiddetle kızlara göre daha fazla, kızlar ise evde şiddetle erkeklere göre daha fazla karşılaşmaktadırlar. Gençlerde şiddet davranışlarının görülmesini etkileyen etmenler şunlardır: Psikolojik ve davranışsal özellikler, daha önce şiddete maruz kalma, ruh sağlığını kötü olarak değerlendirme, aile içi şiddetin olması, annenin ve babanın öğrenim düzeyinin düşük olması, arkadaşların şiddete katılması, ekonomik durumun kötüleşmesi, sigara, alkol ve madde kullanımı, baba ve annenin gelir getiren işinin olmaması (yoksulluk), çeteleşme, kumar oynama ve TV seyretme yaşanılan çevrenin güvensiz olarak algılanması, yaşadığı çevre konusunda duyarsız olma, şiddeti destekleyen değerlerin zayıflaması ve zayıf güvenlik/adalet sistemi düşüncesi.[38]
- Eraslan'ın çalışmasında öğrencilerin %41,3'ünün okulda kaza geçirdiği belirtilmektedir. Bu çalışmada en az bir kez kaza geçirme sıklığı %41,2 olarak saptanmıştır. Geçirilen kazaların %78,5'i yaralanma ile sonuçlanmıştır.[39]
- Özcan ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %11,7'sinin son 1 ay içinde bıçak ya da kesici alet taşıdığı, %6,4'ünün silah taşıdığı, %30,2'sinin kavgaya katıldığı, %2,9'unun yaralandığı ve %3,1'inin bu nedenle okula devam etmediği ve %4,1'inin cinsel şiddet ile karşılaştığı saptanmıştır.[40]

Sağlıklı Beslenme ve şişmanlık:

- Akman ve arkadaşlarının İstanbul'da 11-15 yaş ergenlerle yaptıkları çalışmada %8,3'ü şişman, %10,2'si fazla kilolu bulunmuştur. Bu çalışmada ergenlerin %61'inin öğün atladığı, %49'unun sabah kahvaltısı yapmadığı, %31'inin hergün en az bir kez ayaküstü yiyecek tükettiği, günde ortalama 9,8±4,7 saati hareketsiz geçirdikleri belirtilmiştir.[41]
- Çizmecioğlu ve arkadaşlarının Kocaeli İlinde 10-19 yaş grubu 2.491 okul çocuğu ile yaptıkları çalışmada şişmanlık %6,8, fazla kilolu olma %11,5 ve metabolik sendrom %2,3 olarak saptanmıştır.[42]
- Dişçigil ver arkadaşlarının Aydın İlinde 6-16 yaş arası 1.348 çocuğu içeren çalışmasında fazla kilolu olma %12,2, şişmanlık %3,7 bulunmuştur.[43]
- Manisa İlinde 15-18 yaş (n=1.346) öğrencilerde fazla kilolu olma %10,7, şişmanlık %3,2, ve hipertansiyon %3,5 olarak saptanmıştır.[44]

Kaynaklar

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Türkiye, 2009.
2. Temel F. Doğum Öncesi Bakım ve Doğumda 2008 TNSA'nın İleri Analizi Perinatal Döneme Yaklaşım, Sorunlar, Çözüm Önerileri Kongresi 10-13 Şubat 2011, Antalya.
3. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. Bölüm 2 Mortalite Yıllara Göre Postneonatal Ölüm Hızı, Sayfa 7-16.
4. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Bölüm 2 Mortalite Yıllara Göre Postneonatal Ölüm Hızı, Sayfa 7-16.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı 2010 Raporu Ed: Hamza Bozkurt Başak Matbaacılık, Ankara.
6. TC.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Bağışıklama Şubesi. Basılmamış veri.
7. Durusoy R. Güncel bulaşıcı hastalıklar; Poliomiyelit, Kızamık, Difteri, KKKA, Tularemi, EHEC. XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
8. TUİK Sağlık Araştırması TUİK Haber Bülteni. Sayı 142, Ağustos 2010.
9. TBMM. Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Temmuz 2010.
10. TÜİK. Ölüm İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=37&ust_id=11. Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2011. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2012.
11. TÜİK, İstatistiklerle Türkiye, 2011. www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2012.
12. T.C. Başbakanlık TÜİK Bülteni, Sayı:142, 10 Ağustos 2010. www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2012.
13. Eraslan R. Bir ilköğretim okulu ikinci kademe öğrencilerinde okul kazası görülme sıklığının incelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
14. Akesen E, Turan S, Güran T, Atay Z, Save D, Bereket A.Prevalence of type 1 diabetes mellitus in 6-18-yr-old school children living in Istanbul, Turkey. Pediatr Diabetes. 2011 Mar 21. doi: 10.1111/j.1399-5448.2010.00744.x. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2011.

15. Çiftçi İH, Zafer Çetinkaya Z, Demirdal T, Kıyıldı N, Demirtürk N, Altındiş M. Bayat Mimar Sinan ve Atatürk İlköğretim Okullarında bağırsak parazitozlarının dağılımı. Türkiye Parazitol Derg 2004; 28: 215-7.

16. Giray H, Keskinoğlu P. İlkokul öğrencilerinde Enterobius vermicularis varlığı ve etkileyen etmenler, Türkiye Parazitol Derg 2006; 30:99-102.

17. Malatyalı E, Özçelik S, Çeliksöz A, Değerli S, Yıldırım D. Şehir, ilçe ve köy ilköğretim okulu öğrencilerinde barsak parazitleri görülme sıklığı T Parazitol Derg 2008; 32: 54-8.

18. Hamamcı B, Çetinkaya Ü, Delice S, Erçal BD, Gücüyetmez S, Yazar S. Kayseri-Hacılar'da İlköğretim Okulu öğrencilerinde bağırsak parazitlerinin araştırılması. Turkiye Parazitol Derg 2011; 35: 96-9.

19. Erginoz E, Alikasifoglu M, Ercan O, Uysal Ö, Ercan G, Kaymak GA, Ilter Ö. Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factorsEur J Pediatr (2004) 163: 485-494.

20. Gökçimen M, Üner S, Özcebe H, Bayram J, Dikilitaş MC, Eken G, Kor İ, Öz FN, Özyapı A. Ankara' da bir lisede öğrencilerin yaşam kalitesinin SF-36 ile değerlendirilmesi Sağlık ve Toplum, 2007;17(1):43-43.

21. Özcebe H. Genç olmak ve riskler. (Editör: Betül Ulukol). Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler 2008;4(6):107-110.

22. Ergöçmen BA ve Eryurt MA. Doğurganlığı Belirleyen Diğer Ana Değişkenler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2003, p. 91-98.

23. Bertan M, Özcebe H, Doğan BG, Haznedaroğlu D, Kırcalıoğlu N ve Bülbül SH. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinin adolesan dönem konusundaki bilgi ve yaşam tarzlarının belirlenmesi araştırması. ICC, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Adnan Menderes Üniversitesi, Harran Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Meteksan Matbaacılık, 2007.

24. Ögel K, Eke C, Erdoğan N, Taner S, Erol B. İstanbul'da Gençler Arasında Cinsellik Araştırması Raporu. Yeniden Yayın no:16, İstanbul 2005.

25. Golbasi Z, Kelleci M. Sexual experience and risky sexual behaviours of Turkish university students. Arch Gynecol Obstet 2011;283:531–537.

26. Aras S, Semın S, Gunay T, Orcın E, Ozan S, Sexual attitudes and risk-taking behaviors of high school students in Turkey. Journal of School Health 2007;77(7):359-366.

27. Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, Çakır B, Warren CW. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. Soz Praventiv Med.2006;51.

28. Milli Eğitim Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Ofisi, 1. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Yayınlanmamış Araştırma Raporu. 2009.

29. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Stock C, Küçük N. Prevalence and determinants of adolescent smoking in Ankara, Turkey. Turkish Journal of Cancer 2006;36(2):49-56.

30. Öner S, Şaşmaz T, Buğdaycı R, Kurt AÖ, Uğurhan F ve Tezcan H. Sokakta çalışan ve yaşayan çocuklarda sigara, alkol ve madde kullanma prevalansı ve etkileyen faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006;16(1):15-21.

31. Telatar G. Sanayide Çalışan 20–24 Yaş Grubu Erkeklerin Yaşam Kalitesi ve Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Uzmanlığı Tezi (yayınlanmamış), 2007.

32. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamara, M, Tot Ş, Doğan O, Uğuz Ş, Yenilmez Ç, Bilici M, Liman O. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(2):112-118.

33. T.C. Dışişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ve UNODC. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Eğitim ve Toplumsal Girişimle Madde Kullanımının Önlenmesi Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması 2003 (Altı Büyük Şehirden Elde Edilen Sonuçlar), Ankara, 2003.

34. Şaşmaz T, Buğdaycı R, Toros F, Kur AÖ, Tezcan H, Öner S, Çamdeviren H. Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: Okul tabanlı kesitsel bir çalışma. TAP Preventive Medicine Bulletin, 2006:5(2):94-104.

35. Yiğit Ş, Khorshid L. Ege Üniversitesi Fen Fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi, 2006;7(1):24-30.

36. Üner S, Özcebe H. Bir lisede öğrencilerin Beck Depresyon Envanteri İle depresyon ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2008;30(4):250-258.

37. Arıkan Z ve arkadaşları. Ankara İlinde okuyan gençlerde alkol ve madde kullanım profili değerlendirmesi ve bunun koruma ve önlemede önemi. Ankara. 2005. http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/RAPORLAR/2008_turkiye_rapor_tr.pdf, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2011

38. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu.22/5,(10/337,343,356,357), http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/arastirma_onergesi_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=491. Erişim Tarihi: 29 Temmuz 2007.

39. Eraslan R. Bir ilköğretim okulu ikinci kademe öğrencilerinde okul kazası görülme sıklığının incelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.

40. Ozcan S, Ergin A, Saatci E, Bozdemir N, Kurdak H, Akpinar E. The Prevalence of Risky Behaviors Related to Violence in High School Students in a Southern City, Turkey Coll. Antropol. 2008;32 (4): 1053–1058.

41. Akman M, Akan H, İzbirak G, Tanrıöver Ö, Tilev SM ve ark. Eating patterns of Turkish adolescents: a cross-sectional survey Nutrition Journal 2010, 9:67 http://www.nutritionj.com/content/9/1/67. Erişim tarihi: 18.08.2011

42. Cizmecioglu FM, Etiler N, Hamzaoglu O, Hatun S: Prevalence of metabolic syndrome in school children and adolescents in Turkey: a populationbased study. J Pediatr Endocrinol Metab 2009, 22(8):703-14.

43. Discigil G, Tekin N, Soylemez A: Obesity in Turkish children and adolescents: prevalence and non-nutritional correlates in an urban sample. Child Care Health Dev 2009, 35(2):153-8.

44. Dinc G, Saatli G, Baydur H, Ozcan C. Hypertension and overweight among Turkish adolescents in a city in Aegean region of Turkey: a strong relationship in a population with a relatively low prevalence of overweight Anadolu Kardiyol Derg 2009; 9: 450-6.

3. Türkiye'de Dezavantajlı Çocuk ve Gençler

a. Koruma Altında Olan Çocuklar

Türkiye'de korunmaya gereksinimi olan çocukların bakımı, korunması ve sağaltımı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce (eski adıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu) yürütülmektedir.[1]

Yasa (No: 2828) ile "korunmaya muhtaç çocuk" tanımlamıştır. Buna göre korunmaya muhtaç çocuk; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup; ana ve/veya babasız, ana ve/veya babası belli olmayan, ana ve/veya babası terk edilen, ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız ve başıboşluğa bırakılan çocuk olarak tanımlanmıştır.[1]

Bu kanunun dışında 5395 sayılı Çocuk Koruma Yasası'nın 6. maddesinde de adli ve idari makamlar, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, korunma gereksinimi olan çocuğu bildirmekle yükümlüdürler. Çocuk ve çocuğun bakımından sorumlu kimseler de korunma altına alınması amacı ile devlete başvurabilirler. Çocuk Koruma Kanununda acil korunma kararı alınmasına ilişkin düzenleme yer almaktadır. Kurum tarafından çocuk hakkında sosyal inceleme yapılır, inceleme raporu "tedbir kararı" konusunda karar verebilmesi için ilgili hâkime bildirilir. Çocuğun aileye teslim edilip edilmeyeceğine veya başka bir tedbirin uygunluğuna hâkim karar verir. Kurum, tedbir kararı alınmasına karar verirse, hâkimden koruyucu ve destekleyici tedbir kararı verilmesini ister.[2]

Ülkemizde korunmaya muhtaç tanımı kapsamındaki çocuk sayısı beş yüz binin üzerindedir. Temmuz 2011 kayıtlarına göre 646 kurumun kapasitesi 17.214 olup 12.761 kişi yatılı olarak bakım almaktadır. Devlet kuruluşlarında bakım ve korunma altında bulunan çocukların korunma nedenlerine bakıldığında; %5,5'i buluntu çocuk olması, %7,2'si anne ve babasının ölmüş olması nedeniyle korunma altına alınmışlardır. Mutlak anne baba yoksunluğu ise %12,7'dir. Çocukların %18,3'ü ise, anne babası tarafından istismar edildiği ya da istismar edilme riski altında bulunduğu için korunma altına alınmıştır.[3]

Yuvalardaki çocukların %71,6 sı "ekonomik ve sosyal yoksunluk" nedeni ile %25,6'sı terk nedeniyle koruma altına koruma altına alınmıştır. Yurtlardaki çocukların %68,1 i "ekonomik ve sosyal yoksunluk" %19,2si ise terk nedeniyle koruma altına alınmıştır.[3]

Yuvalarda bakım altında bulunan çocukların babalarının %5,7'sinin, annelerinin ise %4,9'unun çocuklarını ziyaret etmesine; babaların %29,9'unun ve annelerin %23,4'ünün çocuklarını izinli almasına izin verilmemektedir. Anne ya da babanın çocuğu ziyarete etmesine izin verilmeme nedenlerinin başında fiziksel ya da duygusal istismar geçmişi gelmektedir. Babalara izin verilmeme nedenleri arasında alkolizm ve madde bağımlılığı, çocuğun can güvenliğine yönelik tehdit ve çocuğun korkması ya da istememesi de yer almaktadır. Annelerin nedenleri arasında ise çocuğun korkması ya da istememesinin yanı sıra ziyaretler sonrasında çocukta gözlenen davranış sorunları ile cinsel sömürü ve fuhşa sürükleme geçmişi yer almaktadır.[3]

Yurtlarda bakım altında bulunan çocukların babalarının %11,9'unun annelerinin ise %14'ünün çocuklarını ziyaret etmesine; babaların %11,9'unun ve annelerin %21,1'inin çocuklarını izinli almasına izin verilmemektedir. Anne ya da babanın çocuğu ziyaret etmesine izin verilmemesinin nedenlerinin başında fiziksel ya da duygusal istismar geçmişi gelmektedir. Babalar için bunu izleyen nedenler, alkolizm ve madde bağımlılığı ile çocuğun korkması ya da istememesidir. Annelerin nedenleri arasında çocuğun korkması ya da istememesinin yanı sıra cinsel sömürü ve fuhşa sürükleme geçmişi yer almaktadır.[3]

Sokakta çalışma geçmişi olan çocukların %85,5'inin nedeni ailenin ekonomik yoksunluğudur. Nedenler arasında ailenin eğitimsizliği (%32,8), sokakta çalışmanın kültürel nedenlerle normal karşılaması (%26,2) ve çocuğun ihmal ve istismarı (%25,7) yer almıştır. Sokakta çalışanlardan farklı olarak sokakta yaşayan çocukların sokağa itilmesinde ekonomik yoksunluğun payı %60,4'e inerken, ailenin ihmal ve istismarının payı %55,2'ye yükselmektedir. [3]

Sağlık Sorunları

Kurumlarda görev yapan çalışanların çocukların büyüme gelismesi, sosyalleşmesi, olumlu kimlik kazanması, gelecekte kendi kendine yeterli bir birey konumuna gelmesine yönelik görev ve sorumlukları yönetmeliklerce belirtilmektedir.[4]

Kuruma kabul edilen çocukların düzenli olarak sağlık kontrollarının yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması, aşılanması, hasta olduklarında muayene ve bakımlarının yapılması, salgın hastalıklarla mücadele edilmesi, sağlıklı beslenmelerinin sağlanması hekimin temel görevleri arasındadır. Hemşirenin görevleri arasında ise çocukların sağlık, temizlik, yemek yeme ve alt temizliği ile yakından ilgilenmek, bölümlerin hijyen koşullarına uygun olması yönünde çalışmaları yapmak, dönemsel sağlık kontrollerini sağlamak, çocuk gelişimcileri ile beraber çalışmak yer almaktadır.

Ancak kurumdaki çocukların sağlık durumlarının değerlendirilmesine ilişkin bilgiye basılı ya da elektronik olarak ulaşılamamaktadır. Ulaşılabilen bazı çalışma sonuçları aşağıda sunulmuştur:

- Ülkemizde çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında kişisel hijyen göstergesi olarak parazit görülme sıklığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.[5,6]
- Kurum bakımında büyüyen 6-18 yaşlar arasındaki çocuklar arasında davranış sorunları görülme sıklığı %18,3-47 arasındadır. Kurum bakımına alınma yaşı, nedeni, kurum değiştirme, tekrarlayan fiziksel hastağın varlığı, bakım verenin niteliği, okul-yuva işbirliği, aile/akrabalarla iletişim, sorun çözme becerisi, kadercilik, sigara-alkol kullanma, yeterlik düzeyi ve damgalama duygusal ve davranışsal sorunları açıklayıcı etmenler olarak saptanmıştır.[7]
- Ergenlerin kuruma ilişkin olumlu görüşleri; kurumun iş ve eğitim olanağı sağlaması (%41,9) ve ailenin olanaklarından daha iyi olanaklar sağlamasını (%35,4) içermektedir. Yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin kuruma ilişkin olumsuz görüşleri ise; aileden uzak, sevgisiz, güvensiz bir ortam (%41,3), bağımsızlığın kısıtlı olması (%15,2), hayata yeterince hazırlanamama (%8,7), yurtlu kimliği ile her yerde dışlanma (%8,7) ve kurumda psikolojilerinin bozulmasını (%6,5) içermektedir. Ayrıca yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin %8,7'si sorunlu antisosyal kişilerle aynı yerde kaldıklarını ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmadığını belirtmişlerdir.[8]
- Erzurum Yetiştirme Yurdu'ndaki öğrencilerde yapılan psikolojik belirti düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada genel belirti düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Uykusuzluk, iştahsızlık, suçluluk duyguları ön plana çıkmıştır.[9]
- Yetiştirme yurdunda yapılan bir başka çalışmada erkek ergenlerde ruhsal sorunlar ailelerinin yanında kalanlara göre daha fazladır.[10]
- Ankara'da bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan 13-16 yaş grubu ergenlerle yürütülen kesitsel bir çalışmada ruhsal bozuklukların ikinci sırada yer aldığı ve psikiyatrik ilaçların sürekli kullanılan ilaçlar arasında ilk sırayı aldığı bulunmuştur. Kısa Semptom Envanteri ile yapılan değerlendirmede; kızlar, okula ya da işe gitmeyenler, aileleri ile

görüşenler, bilinen uzun süreli bir hastalığı olanlar, herhangi bir sebeple (nedenle) ilaç kullanmakta olanlar, uyku sorunu yaşayanlar, düzenli sigara kullananlar ve toplam yaşam kalitesi puanı ortalamanın altında olan ergenler ruhsal sorun açısından daha yüksek riskli bulunmuştur. Çalışmada sporla uğraşan ergenlerin beden kitle indeksleri, sigara, alkol, madde ve ilaç kullanma sıklıkları spor yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sporla uğraşan ergenlerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek, Kısa Semptom Envanterine ait ruhsal belirti puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.[11]

Kaynaklar

1. 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu . Kanun Numarası:2828, 27/5/1983 Sayı:18059. Tertip:5 Cilt: 22 Sayfa: 355.
2. Çocuk Koruma Kanunu, 2005. Kanun Numarası: 5395, Kabul Tarihi : 3/7/2005. R.Gazete : Tarih: 15/7/2005 Sayı : 25876, Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 44.
3. SRAP (Sosyal Riskin Azaltılması Projesi) Kapsamında SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirmesi, 2005.
4. SHÇEK Çocuk Yuvaları Yönetmeliği (Değişiklik). Tarih: 07.01.1999. Sayı: 23576 R.G.http://www.shcek.gov.tr/shcek-cocuk-yuvalari-yonetmeligi-(-degisiklik.aspx
5. Daldal N, Karaman Ü, Aycan ÖM, Çolak C, Miman Ö, Çelik T, AtambayM. Çocuk yuvası ve yetiştirme kurumundaki çocuklarda bağırsak parazitleri yaygınlığının incelenmesi Journal of Inonu University Medical Faculty, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;14(4): 231-235.
6. Turhan E, İnandı T, Çetin M, Taşı S, Hatay İli Çocuk Esirgeme ve Yetiştirme Kurumlarında Kalan Çocuklarda Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı Türkiye Parazitoloji Dergisi, 2009;33(1):59-62.
7. Şimşek Z, Erol N, Öztop D, Özcan Ö. Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi; Ulusal örneklemde karşılaştırmalı bir Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(3):235-246.
8. Çetin H, Çavuşoğlu H. Yetiştirme yurdunda ve aileleri ile yaşayan adölesanların benlik saygıları ve psikolojik belirtilerinin karşılaştırılması. DEUHYO ED 2009, 2 (4), 137-144
9. Kök M. Yetiştirme yurdundaki öğrencilerin psikolojik belirti düzeylerinin değerlendirilmesi. Eğitim Bilimleri Bölümü. Eğitim Fakültesi Atatürk Üniversitesi. http://pauegitimdergi.pau.edu.tr/Makaleler/1284600529_13-YET%C4%B0%C5%9ET%C4%B0RME%20YURDUNDAK%C4%B0%20%C3%96%C4%9ERENC%C4%B0LER%C4%B0N%20PS%C4%B0KOLOJ%C4%B0K%20BEL%C4%B0RT%C4%B0%20D%E2%80%A6.pdf Erişim Tarihi: 10 Ekim 2011.
10. Karapınar İ. Erzurum Yetiştirme Yurdunda kalan gençlerde ruhsal belirtiler dağılımı. http://onlinemakale.dusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/81020101715-1_3-6.pdf. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2011.
11. Karadağ Çaman Ö, Özcebe H. Ankara'da yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenler: ruhsal belirtileri, fiziksel etkinlik düzeyi ve ilişkili etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2011; 22(2):93-103.

b. Çalışan Çocuklar

Çalışan çocuk tanımı "ekonomik olarak aktif olan, bir mal ve hizmetin üretiminde yer almak koşuluyla, ücretli ya da ücretsiz işler, yarı veya tam zamanlı, formal ya da enformal sektörde, yasal ya da yasadışı işlerde çocukların çalışmasıdır". Çocuğun kendi evindeki ev işlerinde çalışıyor olması, eğitim amaçlı okulda yapılan çalışmalar ile işsiz ve iş arayan çocuklar bu tanımlamanın dışında yer almaktadır.[1]

Ülkemizde de 4857 sayılı İş Yasasına göre 15 yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılmaları yasaklanırken, 14 yaşını doldurmuş ve ilköğretimini tamamlamış olan çocukların, bedensel, zihinsel ve ahlaksal gelişmelerine engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılmalarına izin verilmiştir. Çocukların çalıştırılabilecekleri hafif işler ve çalışma koşullarına ilişkin çıkartılan Çocuk ve Genç işçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikle (2004), çocukların çalıştırılabilecekleri işler ve çalışma koşullarına düzenleme getirilmiştir. Çocuk ve genç işçilerin çalıştırılamayacağı işler arasında ise gece yapılan işler, maden ocakları ile kablo döşemesi, kanalizasyon ve tünel inşaatı gibi yer altında veya sualtında çalışılacak işler, Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliğinde 18 yaşını doldurmamış kişilerin çalışmasının yasaklandığı işler bulunmaktadır.[2]

Türkiye'de 6-17 yaş nüfusu 16.204.000 olup, çocukların %5,9'u ekonomik işlerde çalışırken, %43,1'i ev işlerinde çalışmakta, %51'i ise hiçbir işte çalışmamaktadır. Ev işlerinde ailesine yardımcı olduğunu ifade eden 7.004.000 çocuğun, %61,2'sini kız çocukları oluşturmaktadır.[3]

TÜİK araştırması (2006), tarım dışı sektörde çalışan çocukların tüm çalışan çocuklar içinde payının (%59) diğer sektörlerde çalışanlardan fazla olduğunu göstermiştir[3]. Çocuk işçiliğinde enformel çalışma yaygın olarak uygulanmaktadır. Çocuk İşgücü Araştırmasına göre çalışan çocukların %43,8'i ücretsiz aile işçisi olarak çalışırken %53'ü ücretli veya yevmiyeli çalışmaktadır. Öte yandan 2006 yılı SSK istatistiklerine göre ise sigortalı çırak sayısı sadece 248.340'tır. Yine aynı yılda 14-17 yaş grubunda sigortalı sayısı 178.979'dur [4]. Dolayısıyla kentlerde çocuk işgücünün artması enformel sektörün yaygınlığını, ucuz ve yasa dışı işgücü istemini göstermektedir.

Çalışan Çocukların Çalışma Koşulları

Çalışan çocukların çalıştıkları sektöre göre çalışma saatleri farklılaşmaktadır. Ekonomik işlerde çalışan çocukların yaklaşık %36'sının haftada 55 saat ve daha fazla daha fazla çalıştıkları görülmektedir; bu sektörlerin başında ise sanayi gelmektedir.[5]

Kentsel alanda çalışan çocukların çalışmalarına ilişkin olarak Kocaeli Mesleki Eğitim Merkezine devam eden çalışan çocuklarda yapılan araştırmaya göre günlük çalışma süresinin ortalama 11,2±1,4 saat olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocukların %38'i gece çalışması yaptıklarını, %52'si de iş bitene kadar çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Çocukların %63'ü yıllık izin kullanırken, izin alanların %54'ü ise izinleri sırasında herhangi bir ücret almadıklarını belirtmişlerdir[6]. Malatya İlinde yapılan bir çalışmada ise sanayi sitesinde çalışan çocukların %42,6'sının aylık 101-200 milyon (101-200 TL) arasında ücret aldığı, %61,7'sinin günde 11-12 saat çalıştığı, %78,2'sinin yıllık izin kullanmadığı bulunmuştur. Bu bulgular çalışma koşullarının çok ağır olduğunu göstermektedir.[7]

Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre,18 yaş altı tüm çocuklar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmışlardır. Türkiye'de sigortalı olarak çalışan çocuk sayısı 2007 ve 2008 yılları arasında artış (%131,7) göstermiştir. Ancak, bu artışın nedeni çocukların daha fazla çalışma yaşamına katılmasından ziyade 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun uygulamaya girmesinden önceki bir artış olma olasılığı yüksektir. Bu

dönemde sigortalı olan çocukların iş yaşamında kalma sürelerinin eski yasaya göre olması, ailelerin çocuklarını sigortalı yapmasına neden olabilir tartışması yürütülmektedir. [5]

Türkiye'de küçük ve orta ölçekli işyerlerinde çalışan her üç işçiden biri 18 yaşın altındadır. Bu nedenle çocukların çalıştığı pek çok işyerinde de fiziksel ortam koşulları çok kötüdür. İş yerlerinde havalandırma, su ve besin temizliği gibi temel temizlik koşulları bakımından olan yetersizliklerin yanı sıra, çalışılan ortamın darlığı, katı disiplin kuralları gibi çalışma koşullarını daha olumsuz hale getiren uygulamalar vardır. Öte yandan işyerinde kullanılan alet ve makineler eski olup, yeterli koruyucu malzeme de bulunmamaktadır.[2,8]

Çalışan Çocukların Çalışma Nedenleri

Türkiye genelinde ekonomik işlerde çalışan 6-17 yaş grubundaki çocukların çalışma nedenlerinde %38,4 ile ilk sırayı "hanehalkı gelirine katkıda bulunmak", ikinci sırayı %19,8 ile "hanehalkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak", üçüncü sırayı %15,9 ile "ailesi istediği için çalışmak" almaktadır. Bunu %10,4 ile "iş öğrenmek, meslek sahibi olmak" izlemektedir. Ekonomik işlerde çalışıp gelir getiren çocukların ortalama kazancı, hanehalkının aylık ortalama gelirinde yaklaşık %20'lik bir artış sağladığı da göz önüne alındığında, çocukların bir diğer çalışma nedeninin de yoksulluk olduğu görülmektedir. [3]

Çocukların büyük çoğunluğu ekonomik nedenlerle çalışmaktadır ve aldıkları ücret oldukça düşüktür. Çalışan çocukların (6-14 yaş grubu) ortalama kazançları aylık 162 TL'dir ki; bu rakam asgari ücretin çok altındadır (2006 yılının aynı döneminde 16 yaşını doldurmayanlar için net asgari ücret 322,43 TL'dir). Çok düşük ücretlerle, vasıf gerektirmeyen işlerde çalışarak aile bütçesine katkı sağlamaya çalışan çocuklar, gelecek yaşantılarında çocuğunun getireceği aylık ortalama 162- TL'ye muhtaç bireylere dönüşmektedir.[5]

Diğer taraftan çocukların, işverenler tarafından ucuz işgücü olarak görülmeleri, kolay yönetilebilir olmaları ve bazı işlerde çalışmaya elverişli olmaları da çalıştırılma nedenleri arasında yer almaktadır.[9] Araştırmalar Türkiye'de de çocuk işçiliğinin büyük oranda küçük işletmelerde ve enformel sektörde yaygınlığını ortaya koymaktadır. Özellikle son dönemlerde kentte çocuk işçiliğinin yaygınlaşması, köyden kente göç, sanayileşme, kent yoksulluğu, enformel sektörün gelişimi, örgün eğitimin başarısızlığı gibi pek çok etmenin etkileşiminin bir ürünüdür.[10]

Çalışmanın Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri

Çalışmalar göstermektedir ki özellikle erken yaşlarda çalışmaya başlayan çocukların fiziksel ve zihinsel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Çocuklar büyüme ve gelişme devresinde oldukları için anatomik, fizyolojik ve psikolojik olarak yetişkinlerden farklı özellikler gösterir. Bu farklılıklar nedeni ile çalışma ortamından kaynaklanan tehlikelere karşı erişkinlere göre daha duyarlıdırlar. Fiziksel gelişimlerinin yanı sıra, eğitim olanaklarının dışında kalmak, çocukluğa özgü oynamak ve eğlenmek gibi etkinlikleri yapamamak, işyerinde şiddete maruz kalmak, çalışan çocukların ruhsal sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Ayrıca çocuklarda risk kavramı ve algılamasının tam olarak gelişmemesi, deneyimsiz ve meraklı olmaları nedeniyle iş kazası geçirme riskleri de artmaktadır.[2]

Türkiye'de çalışan çocukların fiziksel gelişimleri ve beslenme durumları ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır.[10,11] Bu çalışmalarda çalışan çocukların fiziksel gelişimlerinin etkilendiği ve çalışmayan çocuklara göre daha kısa ve zayıf oldukları, vücut yapılarında deformitelerin oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca çalışan çocukların vücut yapısı çarpık bir gelişim göstermekte olup, işçi çocuklar, kısa boylu, kısa bacak ve kollu, ancak geniş kemikli, iri kaslı ve daha az yağ dokusuna sahip olmaktadırlar.[10]

İş kazası ve meslek hastalıkları iş sağlığının en önemli göstergeleri arasındadır. Sosyal Güvenlik Kurumu kayıtlarında çalışan çocukların iş kazalarına ilişkin veri de bulunmaktadır. Türkiye'de 2007 yılında 3.906 ve 2008 yılında 4.045 çocuk çalışan iş kazası geçirmiştir; iş kazası geçiren çocukların %11,1'i ve 2008 yılında %12,1'i kadın çalışandır. İş kazası geçiren çocukların 2007 yılında %11,8'i ve 2008 yılında %27,1'i 14 yaşından küçüktür. İş kazası geçiren 15-17 yaş grubundaki çocuklardan dördü yaşamını yitirmiştir (2008).[5]

Yerel düzeyde yapılan çalışmalarda çocuklarda iş kazası geçirme sıklığı daha yüksek olarak saptanmaktadır. Kocaeli İlinde mesleki eğitim merkezi öğrencileri ile yapılan çalışmada, çocukların %71,4'ünün altı aylık bir sürede en az bir iş kazası geçirmiş olduğu saptanmıştır. Geçirdikleri iş kazaları sonucunda çocukların %11,6'sı üç günden az, %3,9'u sekiz gün ve üzeri iş göremez duruma gelmişlerdir. Ortalama altı ay ile sınırlandırılan iş kazaları sonucunda "kalıcı sakatlık" oluşma yüzdesi %1,7'dir.[11] Çankırı İlinde sanayi sitesinde yapılan çalışmada ise çalışan çocukların %34'ünün iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Çocukların büyük bir bölümü, nesnel olmayan risk etmenlerini ya bilmemekte ya da bilmez görünmektedir. Bu çalışmada işyeri koşulları ve yapılan işle ilgili yeterli önlem alınmadığı bulunmuştur.[12]

Çalışan çocukların psikososyal sorunları ile ilgili çalışmalarda da psikolojik bakımdan etkilendikleri ve yaşıtlarına göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Kocaeli İlinde yapılan çalışmada çocuk işçilerin %44'ünde bir psikolojik rahatsızlık saptanırken, Zonguldak İlinde yapılmış çalışmada ise mesleki eğitim merkezine giden çalışan çocuklarda, diğer okullarda okuyan çocuklara göre anksiyete, depresyon, somatik sorunlar gibi birçok psikosoyal sorunun anlamlı ölçüde daha fazla görüldüğü saptanmıştır.[13]

Çalışan çocukların yaşam tarzları da etkilenmektedir. Çalışan çocuklar arasında sigara, alkol ve madde kullanımının genel nüfus ortalamasından daha yüksek olduğu bilinmektedir. Mersin çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören çıraklar arasında en az bir defa sigara, alkol ve illegal madde deneme prevelansının sırasıyla %45,7, %39,1 ve %4,2 olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada çırakların sigara, alkol ve illegal madde denemesi ile, aile ve iş yerindeki ortam arasında sıkı bir ilişki olduğu belirtilmektedir.[14]

Telatar'ın Ankara Siteler ve OSTİM Bölgelerinde çalışan 20-24 yaş grubu erkekler arasında yaptığı çalışmada, gençlerin %58,3'ü halen sigara kullandıklarını belirtmişlerdir. Gençlerin sigaraya başlama yaş ortalaması 15 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada gençlerin yarısı yaşamları boyunca en az bir kez alkollü içki içtiklerini ve her on gençten birisi düzenli olarak alkollü içki içtiğini belirtmiştir. Alkol kullanan gençlerin %40,0'ı alkollü iken kavgaya karıştığını, %15,4'ü alkollü iken kaza geçirdiğini ve %39,6'sı alkollü iken yabancı birisiyle korunmasız cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir. Yine gençlerin %3,0'ının halen madde kullandığı (tamamı esrar) ve %0,5'inin de daha önce madde kullandığı ancak artık kullanmadığı belirlenmiştir.[15]

Kaynaklar

1. Hagemann F, Diallo Y, Etienne A.; Mehran F. *Global Child Labour Trends 2000 to 2004.* ILO, Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour (SIMPOC), IPEC, Geneva. 2006.
2. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2004.
3. TÜİK. Çocuk İşgücü Araştırması 2006. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=482, 2007, Erişim Tarihi: 10 Ekim 2011.
4. SSK. İstatistik Yıllığı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı SSK Genel Müdürlüğü. Ankara, 2006. Erişim Tarihi: 10 Ağutos 2011.
5. TBMM. Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Temmuz 2010.
6. Caglayan C, Hamzaoglu O, Yavuz CI ve Yuksel S. The working conditions and health status of child workers: A cross sectional study on the students of an apprenticeship school in Kocaeli. Pediatrics International, 2009,doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02881.x
7. Yılmaz U ve Bayat M. Oto tamirhanelerinde çalışan çocuk işçilerin sağlıklarını koruyucu davranışları ile iş ortamı ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2005;14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı): 37-44.
8. Ceylan SS ve Metin Ö. Çıraklık eğitimine devam eden ve sanayi bölgesinde çalısan çocukların çalısma koşulları. Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(10):88-101.
9. IPEC; UCW. Children's non-market activities and child labour measurement: A discussion based on household survey data. ILO, Geneva, 2007.
10. Duyar I, Özener B.Çocuk İşçiler. Çarpık gelişen bedenler. Ütopya Yayınları:79. 2003.
11. Geçer H, Çağlayan Ç. Kocaeli Mesleki Eğitim Merkezi öğrencilerinde iş kazası sıklığı. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi *1004*;20:27-33
12. Akyan MA, Atak N. Çankırı Sanayi Sitesinde çalışan çocuklar ve çalışma koşulları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(3):139-151.
13. Kiran S, Unal A, Ayoglu F, Konuk N, Ocakci A ve Erdogan E. Effect of working hours on behavioral problems in adolescents: A Turkish sample, Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2007;14: 103-110.
14. Öner S, Şaşmaz T, Buğdaycı R, Kurt AÖ. Mersin Çıraklık Eğitim Merkezi'ne devam eden çıraklarda sigara, alkol, madde kullanma prevelansı ve etkileyen risk faktörleri Yeni Symposium 2005;43(1):33-7
15. Telatar G. Sanayide Çalışan 20–24 Yaş Grubu Erkeklerin Yaşam Kalitesi ve Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Uzmanlığı Tezi (yayınlanmamış), 2007.

c. Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocuklar

Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sokakta yaşayan/çalışan çocuklar önemli risk altındaki çocuk gruplarından birini oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde olan eşitsizlikler bazı alt nüfus gruplardaki çocukların ev dışında, sokakta gelir getiren işlerde çalıştırılmasına ya da çocukların farklı nedenlerle evden ayrılmalarına ve sokakta yaşamalarına neden olmaktadır.

Emniyet Genel Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü 2009 yılı verilerine göre ise Çocuk Şube Müdürlüğü'ne toplam 147.904 çocuk getirilmiş olup, çocukların 479'u sokakta yaşamaktadır 11. Ancak, araştırmalarda ulaşılan sayının dahi bu sayının üzerinde olması gerçek sayının çok daha fazla olduğunu düşündürmektedir.[1-3]

Sokakta çalışan çocukların, tartıcılık, cam silme, su, mendil, sakız ya da kalem gibi küçük eşyalar satma gibi işleri yaptıkları görülmektedir [4]. Mersin İlinde çocukların sokakta yaptığı işlerin başında ayakkabı boyacılığının (%47,8) geldiği, bunu sırasıyla çöp toplayıcılığı (%30,3), simitçilik (%5,1) ve tartıcılık (%2,4) gibi işlerin izlediği saptanmıştır[5]. Halen kentlerde sokaklarda farklı çalışma alanları ortaya çıkmaktadır. Örneğin, çöp toplayıcılığı çalışma alanında pek çok çocuğun çalıştığı bilinmektedir[6]. Her yaş grubundan çöp toplayıcıya rastlanmakla beraber yığılma, 24-44 yaş aralığındadır. Bununla birlikte 15-24 yaş aralığındaki gençlerin de sektörde sürekli çalıştıkları görülmüştür. 13-15 yaş aralığındaki çocuklar ise genellikle yazın geçici olarak toplayıcılık işine girmektedir. Bu sektörde olan çalışmanın ise aile olarak olması da çocukları çalışmaya itmektedir.[4]

Sokak çocukları ile ilgili çözüm üretme çalışmaları çerçevesinde 1997 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından sokak çocuklarının rehabilitasyonu ve topluma yeniden kazandırılmasına ilişkin yatılı ve gündüzlü sosyal hizmetin sunulduğu "Çocuk ve Gençlik Merkezleri" açılmıştır. Şubat 2010 itibarıyla 38 Çocuk ve Gençlik merkezi ve bu merkezlere bağlı 6 gözlemevinde 8.756 kayıtlı sokakta yaşayan ve çalışan çocuğa hizmet verilmektedir.[4]

SHÇEK Genel Müdürlüğü tarafından "Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocuklara Yönelik Hizmet Modeli" olarak adlandırılan model ile hizmet sunulmaya başlanmıştır. Yeni hizmet modeli öncelikle sorunun yoğun olarak görüldüğü, İstanbul, İzmir, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Adana, Mersin ve Bursa İllerinde uygulanmaya başlanmıştır. Merkezler aracılığıyla 2009 yılı sonu itibarıyla sokakta yaşayan/çalıştırılan 1.266 kız, 7.490 erkek olmak üzere toplam 8.756 çocuğa hizmet verilmiştir. Hizmet verilen çocuklardan 3.060'ı eğitim ve öğretim sistemi içerisinde desteklenmiş olup 762'si sokaktan ve iş yaşamından çekilerek okula başlatılmış, sokakta çalıştırılma riski altında olan 797 çocuk eğitim-öğretim sistemine kazandırılmıştır. Bu dönemde 79 çocuğun madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilerek tedavisi sağlanmıştır; 83 çocuk meslek edindirilerek korumalı işe yerleştirilmiştir. Çocuklardan 939'unun ailesine sosyal yardım bağlanmıştır. 37 çocuk korunma altına alınarak yaşına ve cinsiyetine uygun kuruluşlara yerleştirilmiştir. Aile bağları zayıf olan 1.888 çocuk ailesine döndürülmüştür. 4.570 çocuğun sosyo-kültürel etkinliklere katılımı sağlamıştır. Ayrıca çocuğunu sokakta çalıştırmakta ısrar eden 740 aile hakkında suç duyurusunda bulunulmuş ve 151 aile ceza almıştır.[4]

Sokakta yaşayan/çalışan çocuklara ilişkin bazı araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur:

- Ülkemizde sokakta çalışan çocukların çoğunluğu 14 yaş altında ve çoğu erkektir. Çocukların öğrenim durumları düşüktür.[4]
- Mersin İlinde 2002 yılında yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan çocukların %88,2'sinin okuma yazma bilmediği, hiç okula gitmemiş çocukların %11,8 olduğu, çocukların %78,1'inin hâlen okula devam eden çocuklar olduğu saptanmıştır.[7]

- Mersin İlinde yapılan bir çalışmada çocukların tamamının sokakta çalıştığı, bunların %97,8'inin ailesinin bu durumdan haberdar olduğu ve %83,2'sinin kazandığı paranın tamamını ailesine verdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada sokakta yaşayan/çalışan çocukların %64,5'i aile içinde şiddete maruz kaldığını belirtmişler, aile içinde istismarı en çok uygulayan kişi ise baba olarak belirtilmiştir.[5]

- Mersin İlinde yapılan bir başka çalışma da ise sokakta çalışan/yaşayan çocukların %6,6'sı çocuğun yaşamı boyunca en az bir kez yasa dışı bir madde kullanımını denediği belirlenmiştir.[7]

- Pazarda çalışan çocuklarla yapılan çalışmada çocukların %74,1'i 11-16 yaş grubunda olup, %37,1'i okula gitmemekte ve %29,2'si 9 yaşından beri çalışmaktadır. Çocukların %64'ü haftada 5-6 gün, %12,4'ü hergün çalışmaktadır; çocukların %70,8'i sabaha karşı çalışmaya başlamaktadırlar. Çocukların %74,2'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Çocukların %28,1'inin bel ağrısı, %9'unun sırt ağrısı, %21,3'ünün ayak ağrısı, %21,3'ünün burun kanaması, %42,7'sinin yorgunluk/halsizlik yakınması vardır. Çocukların %31,5'i son bir yıl içinde pazarda kaza geçirmiş, %36'sı kesici bir aletle yaralanmıştır. Çocukların büyük bölümü ekmek arası yiyecekler ve poğaça gibi besinler tüketmektedir. Çocukların %12,4'ü sigara içmektedir.[8]

- İstanbul İlinde sokakta yaşayan ergenlerle yapılan bir çalışmada, çocukların %20,6'sında kendine zarar verme davranışı olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışına başlama yaşı ortalaması 16,3±2,4 olarak saptanmıştır. Kendine zarar verme davranışı olan çocuklarda madde kullanımı %76,4'tür. Erkeklerin %38,7'si kendine zarar verme davranışı gösterirken, bu yüzde kızlarda %15,4'tür. Sokakta 4 yıldan daha fazla yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışının daha fazla olduğu bulunmuştur. Suç işleyenlerde kendine zarar verme riski işlemeyenlere göre 3 kat, madde kullanımı olanlarda kendine zarar verme riski kullanmayanlara göre 6 kat fazladır.[2]

- Sokakta yaşayan/çalışan çocukların %18,7'si bally, %5,7'si tiner, %4,9'u hap ve %15,4'ü alkol kullandığını belirtmiştir. Çocukların %22,3'ü suç işleyen arkadaşı olduğunu, %13,9'unun herhangi bir suç eyleminde yer aldığını, suç eylemine karışan grubun %58'i kavga-yaralama, %14,5'i hırsızlık, %11,6'sı kavga-yaralama ve hırsızlık, %15,5'i diğer suçlara karıştığını belirtmiştir. Arkadaş grubu madde kullanımının ilk gerçekleştiği ortamdır. Grupta kabul görmek ve itibar kazanmak için grubun kuralları sorgulanmadan benimsenmek zorundadır. Sonuçlar, arkadaş grubunun dışarıdan gelen bütün tehditlere karşı birbirlerini koruduklarını ve dayanışma içinde olduklarını vurgulamaktadır.[9]

- Sokakta çalışan çocuklar sokakta şiddete de maruz kalmaktadırlar. Sokakta çalışan çocukların çoğunun (%79,2) sokakta çalıştıkları süre zarfında çeşitli kişi ve gruplarca fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Sokakta çalışan çocukların beşte biri (%19,8) sokakta çalışmaya başladıktan sonra kendilerine veya arkadaşlarına yönelik cinsel taciz olaylarının gerçekleştiğini dile getirmişledir. Çocuklar aile içerisinde de şiddete maruz kalmaktadırlar (%72,4). Aileler suç ve şiddet benzeri davranışlardan çekinmeleri, kötü arkadaş edinmemeleri, uyuşturucu benzeri madde kullanmaktan kaçınmaları ve aileye para kazandırmaları konusunda baskı ve şiddet uygulamaktadırlar. Ailelerin çocuklarına şiddet uygulamalarının diğer önemli bir nedeni de çocukların sokakta çalışmaya zorlanması ve günlük kazançlarının kotalandırılmasıdır. Araştırma alanından elde edilen verilere göre, Diyarbakır İlinde sokakta çalışan çocukların %65'inin ailesi sokakta çalışan çocuklarının, eve döndükleri zaman belirlenen miktarda parayı getirmelerini zorunlu kıldığı saptanmıştır. Ücret veya kazançları kotalanan çocuklar, belirlenen limitteki parayı getirmediklerinde; korkarak eve gitme (%24,8), dayak yeme (%21,3), kızma (%5,3) ve korkudan eve gidememe (%3,8) gibi tutumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Araştırma

bulgularına göre; çocukların yaklaşık %40'ı polis tarafından herhangi bir nedenle alıkonulmuştur. Aynı şekilde bu alıkonulan çocukların %8,8'nin bir veya daha fazla kez hırsızlık, yankesicilik, uyuşturucu madde satma veya kullanma, kavga ve adam yaralama gibi suçları işlemelerinden dolayı sicil kaydı bulunmaktadır. Sicil kaydı olan çocukların da cinsiyet durumuna bakıldığında, tamamının erkek çocuklardan oluştuğu görülmektedir. Çocukların sokakta çalışmaya başladıktan sonra %42,5'inin bağımlılık yapıcı maddelerden birini kullanmaya başladığı ve bağımlılık yapıcı madde kullanan çocukların %13,5'nin de sigara dışında herhangi bir bağımlılık yapıcı maddeyi kullandıkları belirlenmiştir. Okula giden ve okulla beraber sokakta çalışmaya devam eden çocukların % 40'nın en az bir defa dahi olsa okuldan kaçtıkları ve %20'sinin evden kaçma eyleminde bulundukları saptanmıştır. Genellikle evden ve okuldan kaçma eylemlerinin erkek çocuklar tarafından gerçekleştirildiği görülmüştür.[10]

Özet olarak sokakta yaşayan/çalışan çocukların yaşam tarzlarından dolayı sahip oldukları sağlık tehditleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Şiddet (arkadaşları veya başkaları tarafından uygulanan şiddet),
- Madde bağımlılığı (tiner, bali, esrar, hap, alkol, sigara ve diğer uyuşturucular),
- Suça karıştırılma (hırsızlık, adam yaralama ve suç örgütlerine katılmaya zorlanma)
- Cinsel istismar ve ticari cinsel sömürü aracı olarak kullanılma (tâciz, tecavüz, fuhuşa sürüklenme)
- Sağlık sorunları (madde kullanımı ve olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanan fiziksel ve ruhsal sorunlar) olarak belirtilmektedir.[11]

Kaynaklar

1. Ögel K, Aksoy A. Bağımlılık tutuklu ve hükümlü ergenlerde madde kullanımı (Substance use in deliquent adolescents). Bağımlılık Dergisi. 2007; 8: 11-17
2. Aksoy A, Ögel K.Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:163-169.
3. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi (Epidemiology of Substance Use Disorders). Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(47):61-64
4. TBMM. Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Temmuz 2010.
5. Öner S, Şaşmaz T, Buğdaycı R, Kurt AÖ, Uğurhan F ve Tezcan H. Sokakta çalışan ve yaşayan çocuklarda sigara, alkol ve madde kullanma prevalansı ve etkileyen faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006;16(1):15-21.
6. Özgen N. Kentte yeni yoksulluk ve çöp insanları. Toplum ve Bilim, Birikim Yayınları, Yaz 89, 2001.
7. Uğurhan F, Buğdaycı R, Sasmaz T, Oner S, Kurt AÖ, Tezcan H. Socio-demographic characteristics and lives of children working or living in the streets of Mersin, Turkey. Turkish Journal of Public Health. 2004;2(2):68-74.
8. Kolaç N, Ergün A, Erol S. Pazarda çalışan çocukların çalışma koşulları ve sağlık. Türk Tabibleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2006; Nisan-Mayıs-Haziran. 30-36.
9. Güngör M. Evrensel bir sorun olarak çocuk suçluluğu ve sokakta çalışan ve yaşayan çocuklarç Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;1 (1): 25-43.
10. Bilgin R. Diyarbakır'da sokakta çalışan çocuklar üzerine sosyolojik bir araştırma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi www.esosder.org Electronic Journal of Social Sciences info@esosder.org 2009;.8(27):232-244. ISSN:1304-0278
11. TBMM 22. Dönem Çocukları Sokağa Düşüren Nedenlerle Sokak Çocuklarının Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan (10/111,160,108) Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonunun 829 Sıra Sayılı Raporu, 2005.

d. Suça Sürüklenen Çocuklar

Çocukların suça sürüklenmesinin temel nedeni aile ve çevrede olan etkenlerdir. Bu durum bir sosyal olgu olarak kabul edilmelidir; çocukların suça sürüklenmesinin önlenmesinde ve çocuğun korunma altına alınmasında devletin sorumluluğu bulunmaktadır. Çocukların çevrelerinde aile ve sosyal ortamda bulunan risk etmenleri şu şekilde sıralanmaktadır[1]:

- Alt ve orta sosyo ekonomik düzey
- Suç işleyen kişilerin yaşadığı bir bölgede yaşama
- Göç bölgelerinde oturma
- Yoksulluk
- Çok çocukluluk
- Aile içi aşırı disiplin
- Eğitim düzeyinin düşük olması
- İlgi ve sevgi yetersizliği
- Tutarsız ebeveyn davranışı
- Ebeveynlerin sorumluluklarını yerine getirmemesi
- Parçalanmış aileler (boşanmış ya da ayrı yaşama)
- Ailede suç işlemiş bireyler olması
- Çocukların aileleri ile beraber yaşamıyor olmaları
- Anne ve babada kişilik bozukluğu olması
- Anne ve babanın sık sık kavga etmesi ve aralarındaki iletişim eksikliği
- Ailede alkol ve madde kullanımı olması
- Çocuğa küçük yaşta taşıyabileceğinden daha fazla sorumluluk verilmesi
- Birden fazla koruyucu aile değiştirme
- Çocuğun istismar edilmesi
- Kitle iletişim araçlarındaki şiddet içerikli programlar
- Arkadaşlar arasında madde kullanımı
- Arkadaşlar arasında suç işleme ve akran etkisi
- Arkadaşların kumar oynaması
- Suç işlemesini kolaylaştıracak işlerde çalışan çocuklar

İçli tarafından yapılan Çocuk, Suç ve Sokak başlıklı araştırmada Ankara ve İstanbul İllerinde çocuk şube müdürlüklerine ve çocuk şubelerine başvuran çocuklara, SHÇEK kurumlarına ceza ve tevkif kurumlarına ve belediyenin kurumlarında görüşülen çocuklara ilişkin bazı bulgular aşağıda sunulmuştur.[2,3]

- Görüşülen çocukların %87,5'i erkek ve %12,3'ü kızdır Yaşlara göre dağılımı %66,3'ü "16-19" yaşlarında, %27,9'u "12-15" yaşlarında %4,7'si "11 yaş ve altında" ve %1,1'i "19 yaşın üzerinde"dir.
- Çocukların %23,2'si okur yazar değil ya da sadece okur yazar, %12,7'si ilkokul öğrencisi,

%18,0'ı ilkokul mezunu, %22,5'i ortaokul mezunu, %18,2'si lise öğrencisi ve %3,5'i lise mezunudur.

- Annelerinin %30,1'i okur yazar değil ve %9,2'si okur yazardır. Babalarının ise %7,5'i okur yazar değil ve %13,1'i okur yazardır. Babaların %60,5'i düzenli gelir getiren bir işte çalışmakta; annelerin %78,5'i ev hanımıdır.
- Çocukların %38'i bir başka yerden Ankara ve İstanbul'a göç geldiklerini belirtmişlerdir. Göç gelenlerin %46,8'i Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dandır.
- Çocukların %17,4'i bu araştırmaya kadar herhangi bir yerde gelir getiren bir işte çalışmışlardır.
- Çocukların%71,1'i sigara ve % 24,9'u uyuşturucu madde kullanmaktadır.
- Çocukların %35,4'ü daha önce cinsel ilişkiye girmiştir. İlk cinsel deneyimlerini %57,1'i arkadaşları ile; %33,8'i tanımadığı biriyle yaşamıştır. Çocukların %11,1'inin hâlen cinsel ilişkisi olan biri vardır. Çocukların %9,8'i zorla cinsel ilişkide bulunmuş ya da tâcize uğramıştır. Bu istismarı yapanların %55,4'ü tanımadığı biri, %21,6'sı arkadaşı ve %5,4'ü aileden biridir.
- Çocukların %21,7'si daha önce ceza almıştır. Ceza alanların %60,9'u hapis cezası, %10,3'ü para cezası ve %2,1'i hem para hem hapis cezası almıştır.
- İlk suç nedeni %37,2 ile gasp, dolandırıcılık, yankesicilik, kapkaç iken %15,4'ünün ise adam öldürme, yaralama ve darptır. İlk suçun %70,9'u sokakta ve %5'i evdedir. İlk suç nedeni %27,4 ile paradır.
- Son işlenen suç için %49,4'ü teşvik ya da yardım aldığını; çevresindekilerin %13,8'i suç işlemesine kayıtsız kaldığını ve %13,8'inin ailesinin kendisine hak verdiği öğrenilmiştir. Komşuların ve yakınların %20,5'i suç işlemesine kayıtsız kalırken %16,3'ü hak vermiştir. Çocukların %87'si ailelerinin onu suçtan uzak tutmaya çalışırken %11,8'i bu konuda destek almadıklarını belirtmişlerdir.
- Çocukların %31,6'sı hastaneye gidecek kadar şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Çocukların %8,1'inin ailesinde sokakta yaşayan olup; %47,7'sinin arkadaşları arasında tutuklanan ve hapse giren vardır. Çocukların %77,3'ü evden kaçmıştır.

TBMM bünyesinde "Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu (10/337,343,356,357)" çalışmaları kapsamında, ceza ve infaz kurumlarında da yürütülen çalışmada bazı sonuçlar elde edilmiştir.[4] Türkiye'de bulunan (1) kapalı çocuk ve gençlik ceza infaz kurumları ile (2) kapalı ceza infaz kurumlarının çocuklara ayrılan bölümlerinde ve (3) çocuk eğitim evlerinde çalışmanın başlandığı tarihte toplam 2.115 çocuğun bulunduğu saptanmıştır. Bu çalışma 21 kurumda yapılmış olup; kurumlarda bulunan, 13-18 yaş arası, tutuklu ve hükümlü 1.545 çocuk çalışmaya alınmıştır [4]:

- Çalışma grubunda, suça itilmiş çocukların sosyal çevrelerinde hırsızlık benzeri suçların çok olduğu (%38,4), sarhoş oluncaya kadar içki içmenin özendirildiği (%15,7), esrar kullanımının olağan karşılandığı (%29,4) saptanmıştır.
- Görüşülen çocuklarda, cezaevine girmeden önceki son 3 ayda hem fiziksel şiddet ile karşılaşma (erkeklerde %68,9 ve kızlarda %71,4) hem de fiziksel şiddet uygulama (erkeklerde %69,7 ve kızlarda %54,9) düzeyi yüksek bulunmuştur. Erkeklerin %36,4 ve kızların %28'i cezaevine girmeden önce hiçbir kavgaya karışmadığını belirtmiştir.

Bazı çalışmalar suça sürüklenen çocukların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek olan riskli davranışlara sahip olduklarını göstermektedir.

- Ceza ve tutukevinde kalan ergenlerde yaşam boyu en az bir kez madde kullanım yaygınlığı esrar için %39, flunitrazepam için %28, yapıştırıcı için %25,4, ecstasy için %20,5 ve eroin için %2,7 bulunmustur.[5]
- Çalışmaya alınan ergenlerin yaş ortalaması 17,43±0,97'dir. Ergenlerden %29,7'si daha önce suç işlerken madde etkisi altında olduğunu belirtmiştir. Tutuklanmasına ve hüküm giymesine yol açan suçu işlerken madde etkisi altında olan ergenler %32,8'dir. Ergenlerde suç işleme yaş ortalaması 14,2±2,4 olup herhangi bir maddeyi yaşam boyu en az bir kez deneyenlerde ilk suç işleme yaşı ortalaması 13,8±2,6 bulunmuştur. Tütün, alkol ve esrar kullanımının büyük çoğunlukla suç işlemeden önce kullanıldığı belirtilmiştir.[6]

Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü tarafından açıklanan Ceza Mahkemelerinde açılan davalarda yargılanan çocukların 100.000 çocuk nüfusundaki çocuk sanık sayısı 2008 yılı için 2.927'dir. Türkiye'de 2008 yılında tüm yaş gruplarındaki toplam sanıkların içinde %13,1'i "12-18" yaşlarındadır.[2]

Ceza mahkemelerince 2008 yılında açılan davalardaki çocuk sanık sayısı 110.237 olup %89,9'u erkektir. Açılan davaların %38,7'si çocuk mahkemelerinde %5,4'ü ise çocuk ağır ceza mahkemelerinde görüşülmüştür.[2]

Yargıya çocuklarla ilgili olarak 2008 yılında 51.571 dosya gelmiş olup yıl içinde 32.906 dosya eklenmiş, 755 dosya bozularak gelmiş ve toplam sayı 85.232'ye ulaşmıştır. Yıl içinde tamamlanan dosya sayısı 44.796 yani %52,6'dır. Bir yıl sonraya ise dosyaların yaklaşık yarısı kalmakta olup 2009 yılına 40.436 dosya devredilmiştir. Ortalama yargı süresi ise 422 gündür.[2]

2008 yılında çocuk ve çocuk ağır ceza mahkemelerinde açılan davaların %46,3'ü malvarlığına ilişkin suçlar iken %21,0'ı vücut dokunulmazlığına karşı suçlardır. Diğer suçların payı daha az olup[2];

- ➢ kamu sağlığına karşı suçlar %7,9
- ➢ hürriyete karşı suçlar %6,4
- ➢ ateşli silah ve bıçaklara karşı suçlar %3,0
- ➢ cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar %2,4
- ➢ fikir ve sanat eserleri kanununa karşı suçlar %2,2
- ➢ şerefe karşı suçlar %2,1'dir.

Yıllar içinde açılan davalarda mahkûmiyet oranlarında azalma meydana gelmiştir. Mahkûmiyetin azalması diğer kararların artmasına neden olmuştur. Bu da Çocuk Koruma Kanunu gereğince korunma kararlarının alınması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Asliye, hukuk ve aile mahkemelerince 2008 yılında çocuk koruma ile ilgili karara bağlanan davaların en yüksek sayıya çıktığı, alınan kararların da önemli bir kısmının onandığı görülmektedir. (%82; %78 ve %79).[2]

Bu yaklaşım ile 2009 yılında toplam 4.494 çocuğa tedbir kararı uygulanmıştır. Bu tedbir kararlarının %43,6'sı bakım, %24,3'ü ise danışmanlık tedbiridir. Diğer tedbir kararlaru arasında eğitim (%22), barınma (%4,3) ve sağlık (%5,6) yer almaktadır. Bu tedbir kararlarının %68,3'ü eski SHÇEK kurumu tarafından uygulanmıştır. [2]

Kaynaklar

1. Özcebe H. Güç Koşullar Altındaki Çocuklar. Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Ed. Ç.Güler ve L.Akın). Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2006. Sayfa No 375-417.
2. TBMM. Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Temmuz 2010.
3. İçli T. Çocuk suç ve sokak. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Genel yayın no: 142, Dumat Ofset, Ankara 2009.
4. TBMM'nin 22. Döneminde Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan (10/337,343,356,357) Meclis Araştırması Komisyonunun 1413 Sıra Sayılı Raporu, 2007.
5. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(47):61-64
6. Ögel K, Aksoy A. Tutuklu ve hükümlü ergenlerde madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2007; 8: 11-17

e. Engelli Çocuklar

Engellilik karmaşık, dinamik ve çok boyutlu bir kavramdır. Uluslar arası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) engelliliği işlev kısıtlılığı, algı zayıflığı veya bozukluğu kavramlarını içeren geniş bir çerçevede değerlendirmektedir. Engellilik bir yetersizlik veya özürlülük nedeniyle kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi olarak tanımlanmaktadır.[1]

Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (2002) tarafından Türkiye İstatistik Kurumu'nca yürütülen çalışmada ülkemizde özürlülük prevalansı %12,3 olarak bulunmuştur. Yaklaşık her 10 özürlüden biri "0-19" yaş grubundadır (%10,3). Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlüler %2,6 iken (yaklaşık 1,8 milyon) süreğen hastalığı olanlar ise %9,7'dir (Yaklaşık 6,6 milyon). Çocukluk (0-9) yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülük sıklığı %1,5, süreğen hastalığa sahip olma ise %2,6'dır.[2]

Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonuçlarına göre özür nedenleri arasında doğuştan özürlülük yaklaşık %34'dür[88]. Ülkemizde her 5 evlilikten biri akraba evliliğidir ve bu evliliklerin %70'i birinci derece akrabalarla yapılmaktadır. Bölgeler arası değerlendirmede en düşük oran %12,8 ile Batı Anadolu'da, en yüksek oran ise %35 ile Güneydoğu Anadolu'dadır.[3]

Ülkemizde her bin bebekten 1-3'u ileri derece işitme kaybı ile doğmakta, yenidoğan döneminde işitme kaybına neden olan etmenlerin dağılımında birinci sırada (%7,7) akraba evliliği gelmektedir; bu nedenle Talassemi önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir.[4]

Engelli çocukların doğum öncesi bakım alma öyküleri incelendiğinde sadece %31,1'inin düzenli doğum öncesi bakım aldığı görülmektedir. Aile tarafından çocukların normalden farklı olduğu anlaşıldığında %72,8'i hekime, %30,0'ı ise hocaya götürülmektedirler.[2]

Özürün ortaya çıkış zamanı incelendiğinde ülkemizde ortopedik (%73,3), görme (%76,3) ve işitme özürlülerde (%67,1) sonradan özürlü olma yüzdesi daha yüksektir. Ancak, dil ve konuşma özürlü ile zihinsel özürlülerde doğuştan veya sonradan özürlü olma yüzdeleri arasında önemli bir farklılık gözlenmemektedir. Bu iki özür türünde doğuştan özürlü olma yüzdesi sırasıyla %46,6 ve %47,9'dur. Tüm özür türlerinde doğuştan özürlü olma yüzdesinin kırsal alanda daha yüksek olduğu, sonradan özürlü olanların yüzdesinin ise kentte daha yüksek olduğu görülmektedir.[2]

Ortopedik, görme ve işitme özürlülerin %50'sinden fazlası sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin tedavi olma yüzdeleri sırasıyla %32,9 ve %42,9'tir. Tedavi olma yüzdesi en yüksek görme özürlülerde gözlenirken en düşük yüzde dil ve konuşma özürlülerde gözlenmektedir. Tedavi olma yüzdesi, tüm özür türlerinde kentte daha yüksektir. Tüm özür türlerinde tedavi olan erkeklerin yüzdesi ise kadınlardan daha yüksektir.[2]

Kaynaklar

1. WHO. Disability and health. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/. Erişim Tarihi: 10 Eylül 2011.
2. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
3. Özvarış ŞB, Koçoğlu GO, Akın A. Türkiye'de Akraba Evlilikleri, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
4. Tabak A. Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğinde Takipli Hastalarda Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2008

f. İstismara Uğrayan Çocuklar

Çocuk istismarı ve ihmali, anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür.[1]

Türkiye Büyük Millet Meclisi bünyesinde kurulan Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayları Araştırma Komisyonu tarafından 2007 yılında Türkiye'de orta öğrenime devam eden 13–18 yaş grubu 26.009 öğrencinin karşılaştığı şiddetin incelendiği araştırmada, öğrencilerin son üç ay içinde fiziksel, sözel, duygusal ve cinsel şiddetle karşılaşma durumları değerlendirilmiştir. Bu araştırmada öğrencilerin %22'si fiziksel, %53'ü sözel, %36'sı duygusal ve %15,8'i cinsel şiddetle karşılaştığını ifade etmiştir. [2]

Yılmaz ve arkadaşlarının İzmir İlinde alt-orta sosyoekonomik çevredeki okullarda okumakta olan 12–17 yaşlar arasındaki 1.607 öğrenciyi kapsayan araştırmasında fiziksel istismar sıklığı %48, cinsel istismar sıklığı %8, duygusal istismar sıklığı %60 ve ihmal sıklığı %17 olarak belirlenmiştir.[3]

Ülkemizde yapılan pek çok çalışmanın gözden geçirildiği bir yayın taramasında, çocukların %15–75'inin fiziksel istismara, yaklaşık olarak %20'sinin de cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir [3]. Ülkemizdeki çocuk istismarı ve ihmali için her yaş grubunda ülke genelini temsil eden kesin bir sıklık bildirmek mümkün değildir. Ancak, ülkemizde çocuklara yönelik istismar önemli bir sorundur.

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalar istismar ve ihmalin boyutlarını belirlemenin yanı sıra istismara ve/veya ihmale uğrayan çocukların sahip oldukları riskleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Çağlarırmak 2006 yılında İzmir İlinde ebeveynleri asker ve sivil olan çocuklar arasında istismarın yaygınlığı ve istismarın ortaya çıkmasına neden olan etmenler incelemiştir. Sivil aile çocukları, asker ailesi çocuklarından daha çok istismara maruz kaldıklarını ifade etmektedirler. Bu çalışmada ortalama puanlar dikkate alındığında, erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre daha çok çocuk istismarı ve ihmaline maruz kaldıklarını ifade ettikleri de görülmektedir.[4]

Sarıbeyoğlu'nun yaptığı 14–20 yaş grubu lise öğrencisinin (n=305) "Aile İçi Çocuk İstismarı Ölçeği" ile değerlendirilmesinin sonunda; erkek öğrencilerin, gelir düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarının, beş ve üstü kardeşe sahip olanların daha fazla fiziksel ve çok yönlü istismar yaşadıkları belirlenmiştir.[5]

Eskin ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada (n=1.262) anne baba ayrılığı, baba eğitim düzeyinin yüksek, anne eğitim düzeyinin düşük olması ile cinsel istismara uğrama sıklığı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Araştırma sonunda elde edilen sonuçlar ebeveyn gözetimininin, özellikle de yetkin anne gözetiminin çocuğu cinsel istismara karşı koruduğu şeklinde yorumlanmıştır.[6]

Yılmaz'ın 2009 yılında Ankara İlinde 6–12 yaşlar arasındaki cinsel istismara uğrayan çocuklarla (n=20) yaptığı çalışmada cinsel istismara uğramış çocukların davranış sorunlarının daha fazla olduğu, ailelerinin ise iletişim alanında sağlıksızlık eğilimi gösterdiği saptamıştır.[7]

Malatya kent merkezini temsil eden bir çalışmada on kadından dokuzunun çocuğuna fiziksel ve/veya psikolojik şiddet uyguladığı bulunmuştur. Annelerin çocuklarına uyguladığı fiziksel şiddet davranışları içinde en fazla elle popoya vurma, yüze şamar atma, sarsma, tekme atma, çimdik atma, kulak çekme gibi uygulamalar yer almaktadır. Psikolojik şiddet uygulamaları içinde ise azarlama, bağırma, konuşmama, küsme, "aptal/salak" biçiminde aşağılama en fazla kullanılmaktadır.[8]

Türkiye'de yapılan bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde çocuk istismarı için belirlenen risk faktörleri; anne ve/veya babanın eğitim düzeyinin düşük olması (çocuk bakımı ve gelişimi konusunda yeterli beceriye sahip olamaması), aile içi şiddet, ebeveynin psikolojik veya fiziksel sağlık sorunları, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, kardeş sayısının fazla olması, evlilik sorunları, boşanmış ebeveyn, tek ebeveyn, üvey ebeveyn, ebeveynin alkol ve/veya madde bağımlılığı, ebeveynin istismar öyküsünün varlığı, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, ailede iletişim sorunlarının varlığı, çocuğun fiziksel ve bilişsel engelinin varlığı, aile büyüklüğünün artması şeklinde sıralanabilir.

Kaynaklar

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB ve Lozana R (Ed). World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2003.
2. TBMM. Kayıp Çocuklar Başta Olmak Üzere Çocukların Mağdur Olduğu Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Temmuz 2010.
3. Yılmaz Irmak T. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2008, İzmir.toc.
4. Çağlarırmak A. Yerleşik Olan ve Olmayan Ailelerde Çocuk İstismarı Yaygınlığının İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2006, İzmir.
5. Yılmaz G. Cinsel İstismara Uğramış ve Uğramamış 6-12 Yaş Grubundaki Çocukların Aile Resmi Çizimleri, Davranış Sorunları ve Ailelerin İşlevsel Özelliklerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2009, Ankara.H
6. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Archives of Sexual Behavior, 2005;34(2):185–195. DOI: 10.1007/s10508-005-1796-8
7. Yılmaz G. Cinsel İstismara Uğramış ve Uğramamış 6-12 Yaş Grubundaki Çocukların Aile Resmi Çizimleri, Davranış Sorunları ve Ailelerin İşlevsel Özelliklerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2009, Ankara.
8. Omaç M. Malatya Kent Merkezinde Yaşayan ve 2-5 Yaş Arası Çocuk Sahibi Olan Annelerin Çocuklarına Uyguladıkları Şiddet Ve Etkileyen Faktörler. Yayımlanmamış doktora tezi Malatya (2010)

g. Çocuklara Yönelik Ticari Cinsel Sömürü

Çocukların cinsel sömürü amaçlı ticareti, yapısı itibariyle tüm ülkeleri ilgilendiren bir sorundur. Az gelişmiş ülkeler kaynak ülke olarak sorunun arz tarafını oluştururken; gelişmiş ülkeler de hedef konumunda talep tarafını oluşturmaktadırlar.

Çocuklara yönelik ticari cinsel sömürü, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye içinde son yıllarda sıklıkla gündeme gelen bir olgudur. Türkiye'de de ticari sömürü içinde olan çocuk sayısını tam olarak saptayabilmek oldukça güçtür. Bu sebeplerinin başında geçerli bir yöntemin geliştirilememiş olması ve konuyla ilgili tanımların ülkeden ülkeye değişiyor olması gelmektedir. Çocuğun cinsel sömürüsü suç olduğu için gizli kalması için her türlü tedbir alınmaktadır. Ancak, yapılan küçük ölçekli çalışmalar, olguların medyada haber olması ve toplumun söylemleri sorunun ülkemizde çocuklara yönelik ticari cinsel sömürünün olduğunu göstermektedir. Buzdağının görünen ucu olarak niteleyebileceğimiz bu çalışmalarda, Türkiye'de de son yıllarda çocuklara yönelik ticari cinsel sömürünün görünürlüğünde bir artış olduğu, fuhuşa itilen çocuk ve ergenlerle daha fazla karşılaşıldığı, çocuk pornografisi içeren materyallerin edinilmesi ve izlenmesi konusunda hızlı bir artış eğilimi olduğunu düşündürmektedir. Ancak, konunun daha rahat konuşulur hale gelmesinin görünürlüğü artırdığı da unutulmamalıdır.[1]

Çocuklara yönelik ticari cinsel sömürü çocuk fuhuşu, çocuk pornografisi ve cinsel amaçlı çocuk ticaretini kapsamakta; bunun içine ayrıca çocuklarla cinsellik amaçlı turizm, çocuk evlilikleri/zorla evlilikler de alınmaktadır. Çocukların cinsel açıdan sömürülmesi, aşağılayıcı ve onur kırıcı olmasının yanı sıra yaşamını tehdit eden sonuçlar da doğurmaktadır. [1]

Çocuk Ticareti ve Fuhuş: Türkiye, ticari sömürü açısından değerlendirildiğinde son durak ve de küçük ölçekli de olsa bir başlangıç ülkesi olarak tanımlanmaktadır. İstanbul ana liman olarak bilinmekte, Antalya, Antalya, Trabzon ve Diyarbakır İlleri küçük ölçekli giriş noktalarıdır. Türkiye'de çocuk yaş grubunda fuhuş olduğu gibi turistlik bölgelerde de olduğuna ilişkin duyumlar vardır.[2]

Türkiye'de 2003-2008 yılları arasında saptanan 994 insan ticareti mağdurundan %6'sı çocuktur. İnsan ticaretinde Moldova, Rus, Ukraynalı, Kırgız, Azeri ve Özbek mağdurlar yer almaktadır. Ayrıca, Fas, Sri Lanka ve Tunus'dan da insan ticareti yapılmaktadır. Yurt dışından ülkeye gelenler olduğu gibi Türkiye'den de yurt dışına götürülen çocuklar bulunmaktadır.[3]

Türk Hükümeti, 2008 yılı için 273 şüpheli tacir ve 58 mahkum olmak üzere 69 kişinin dosyasını yargıya taşımıştır. Türkiye Dışişleri Bakanlığı 2006 yılında 422 ve 2007 yılında 308 tacirin tutuklandığını rapor etmiştir.[2]

Türkiye'de 2005 yılında Türk Ceza Kanunu 435 ve 436. Maddeleri çocukların fuhuşa teşvik edilmesi ve fuhuşa aracılık yapma halinde verilecek cezayı tanımlamaktadır. Bu maddelerden 2005 yılında 1.901 dava açılmıştır. Bu davalarda toplam 3.143 kişi yargılanmıştır (2.241 erkek ve 902 kadın). Dava sırasındaki sanıkların 41'i "12-14" yaş grubunda (33'ü erkek ve 8'i kız), 201'i "15-17" yaş grubunda (135 erkek ve 66 kız) ve 2.101'i "18 yaşın üzerinde"dir (2.073 erkek ve 828 kadın). Aynı yıl içinde Madde 435 ve 436 dan 1.418 dava sonuçlanmış ve 2.281 (1.731 erkek ve 550 kadın) ceza almıştır. Cezalandırılan kişilerin 6'sı "12-14" yaş grubunda (5 erkek ve 1 kız), 40'ı "15-17" yaş grubunda (30 erkek ve 10 kadın) ve 2.235'i "18 yaş ve üzerinde"dir (1.696 erkek ve 539 kadın).[4]

Türk Ceza Kanunun değişmesi sonucunda fuhuş ile ilgili Madde 227 olarak belirlenmiştir. Ancak, kanun maddesinin içeriğinde değişiklik yapılmıştır; daha önceki gibi çocukluk yaş grubuna ilişkin özel bir tanımlama yer almayıp tüm yaş gruplarında görüşülen fuhuş aynı madde içinde yer almakta olup, kanunun birinci fıkrası çocukların fuhuşa sürüklenmesi ile ilgilidir. Türkiye Adalet İstatistiklerine göre ise 2008 yılında fuhuştan 2.239 dava sonuçlanmış

ve 4.498 kişi yargılanmıştır (3.349 erkek ve 1.149 kadın). Yargılanan sanıkların 17'si "12-14" yaş grubunda, 68'i "15-17" yaş grubunda ve diğerleri 18 yaşın üzerindedir. Bu olguların içinde ne kadarının çocuk olduğu bilinememektedir.[3]

Çocuk Evlilikler

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (1998-2008) erken evliliklerin azaldığını göstermektedir; en son yapılan araştırmada "15-19" yaş grubunda evlilik yüzdesi %9,6 olarak saptanmıştır. Araştırma kırsal kesimde ve Doğu Anadolu'da erken evliliklerin daha fazla görüldüğünü göstermektedir.[3] Bazı bölgelerde erken evlilikler ülke ortalamasının çok daha üstündedir. (Örneğin Mardin'de %56,1, Diyarbakır'da %42,4).[5,6]

Bir başka önemli bulgu ise erken evliliklerde yasal sorunlar ile karşılaşılması nedeniyle dini nikahın tercih edilmesidir. Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması UNFPA tarafından desteklenen ve Nüfus Bilim Derneği tarafından yapılan bir çalışmada göre 15–19 yaş grubundaki kadınlar arasında evlilik yüzdesi %7,5 ve erkeklerde ise %0,9'dur. 15–24 yaş evli gençler arasında resmi nikâhı olmayanların yüzdesi ise %12,0'dır.[7]

Cinsellik Amaçlı Turizm

Türkiye'de fuhuşun yasal olması, fuhuşta çocukların kullanılmasına neden olmaktadır. Çocukların turizm bölgelerinde seks turizmine katılmalarında önemli bir artış olduğuna dair belirgin bir bulgu olmasa da güvenlik birimlerine ihbarlar geldiği bilinmektedir. Diyarbakır İlinde turistlik bölgelerde sadece yerli turistlerin değil yabancıların da çocuklara cinsel istismarda bulunduğu rapor edilmiştir.[1]

Çocuk Pornografisi

Çocuk pornografisi, ülkemiz çocuklarını da çok ciddi olarak tehdit etmektedir. Özellikle ülkemizde internetin yaygınlaşmaya başlaması, bu teknolojiyi daha çok çocuk ve genç yaş gruplarının kullanması, içerik denetiminin ve kontrolünün yeterli olmaması sorunun büyümesine neden olmaktadır. Türkiye'de, çocuk pornografisi ticareti genellikle web siteleri üzerinden gerçekleştirilmekte olup, bu tip web sitelerinin çoğunun sunucuları yurt dışında olmaktadır. Ülkemizde web sunucu hizmeti verenlerin kayıtlarının yetersiz olması da suçluların yakalanmasını güçleştirmektedir.[8]

Pornografik filmler sokaklarda satılmakta olup satıcı ifadelerine göre bazı çocuk filmlerine de ulaşılabilmektedir. Bazı kaynaklara göre ise bu filmlerden bir kısmı Türkiye'de çekilmektedir; bazı kaynaklar ise filmlerin yurt dışından getirildiğini belirtmektedir. ECPAT'ın kendi çalışması sırasında yerli fotoğraf ve filmlere ulaşılabilmiştir. Ayrıca, ihbarlar sonucunda yapılan işlemlerde amatörce çekilen fotoğrafların ve gizli kamera filmlerinin kişisel arşivlerde bulunduğu saptanmaktadır.[9]

Emniyet Genel Müdürlüğünün 2010 Faaliyet Raporunda 353 olayda 534 kişi ve 2010 yılında 972 olayda 1.346 kişi hakkında işlem yapılmıştır.[10]

İnternet İzleme Vakfı'nın verilerine göre çocuk pornosu görüntülerinin %51'i ABD, %14,9'u Rusya, %11,7'si Japonya, %8,8'i İspanya, %3,6'sı Tayland ve %2,1'i Güney Kore kaynaklıdır. Diğer ülkelerin çocuk pornografisindeki payı ise %7,7'dir. Yani Türkiye %7,7'lik dilim içinde yer almaktadır.[1]

Kaynaklar

1. Özcebe H. Dünyada ve Türkiye'de Çocuklara Yönelik Ticari Cinsel Sömürünün Boyutları ve Önleme. XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
2. CTCS İle Mücadale Ağı, ECPAT Nihai Rapor, http://ctcs-mucadele.net, Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2011.
3. CTCS İle Mücadale Ağı, Türkiye İlerleme Karnesi 2009, http://ctcs-mucadele.net, Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2011.
4. Türkiye İstatistik Kurumu, Veri Tabanında Dinamik Sorgulama, İstatistiksel Tablolar, Adalet İstatistikleri, www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2011.
5. Ertem M, Saka G, Ceylan A, Değer V, Çiftçi S. Factors associated with adolescent marriages and outcomes of adolescent pregnancies in Mardin Turkey. Journal of Comparative Family Studies, Spring 2008. http://findarticles.com/p/articles/mi_hb3248/is_200804/ai_n32277591/?tag=content;col1.
6. Ertem M, Kocturk T. Opinions on early-age marriage and marriage customs among Kurdish-speaking women in southeast Turkey. J Fam Plann Reprod Health Care. 2008 Jul;34(3):147-52.
7. Özcebe H, Ünalan T, Türkyılmaz S ve Coşkun Y. 2007 Türkiye Gençlik Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UNFPA, 2007.
8. Erbaşı AA. Çocuk Pornografisi. İstanbul Barosu Dergisi. 2007; 81(4): 1609-1645.
9. Türk Forum, Çocuk pornosu zanlıları: Öğretmen, avukat ve otelci http://www.turkforum.gen.tr/vforum/cocuk-pornosu-zanlilari-ogretmen-avukat-ve-otelci-t38879.html, Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2011.
10. Emniyet Genel Müdürlüğü 2010 Faaliyet Raporu, http://www.egm.gov.tr/Duyurular2011/Faaliyet_Raporu_2010.pdf, Erişim Tarihi: 17 Ağustos 2011.
11. Özcan M. Avrupa'da ve Türkiye'de Suç İstatistikleri ve Suçlardaki Artış, Avrupa Birliği Araştırmaları Uzmanı görüşü. http://secimanketi2011.tk/avrupa%E2%80%99da-ve-t%C3%BCrkiye%E2%80%99de-su%C3%A7-istatistikleri-ve-su%C3%A7lardaki-art%C4%B1%C5%9F.html. Erişim Tarihi: 25 Ağustos 2011.

4. Türkiye'de Çocuk Sağlığı Hizmetlerindeki Uygulamalar

Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun [1] (5258), 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiş ve 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu kanun, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için aile hekimliği hizmet modelini tanımlamakta ve uygulamaya koymaktadır. Aile hekiminin tanımı şu şekildedir:

"Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir"

Aile hekimi ile birlikte çalışacak olan aile sağlığı elemanının tanımı ise şu şekildedir: *"aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır"*

Yasada Sağlık Bakanlığının aile hekimlerinin istihdamının kendi personeli içinden görevlendirme ile ya da sözleşme ile yapacağını belirtmektedir. Aile sağlığı elemanının aile hekimleri ile beraber görevlendirilmesi ya da sözleşmesi sırasındaki yapılması gerekenler tanımlanmaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sosyal güvenlik kuruluşları ile ilişkileri aynı şekilde devam eder. Ücretlendirme yaklaşımında şu noktalara dikkat çekilmektedir: "Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır."

Madde 5 ise aile hekimliği sisteminin işleyişini tanımlamaktadır:

"Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, diğer kanunların aile hekimliği hizmetleri kapsamındaki hizmetlerin sunumu ile sevk ve müracaata ilişkin hükümleri uygulanmaz. Yabancılar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Aile hekimlerinin şahsî kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulur. Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğindedir. Bu kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredilir. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir."

Aile hekimlerinin denetim, sorumluluk ve mal bildirimleri devlet memurları gibi kabul edilir. Ayrıca ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin pilot uygulama yapılacağı belirtilmektedir.

Ülkemizde çocuk sağlığı hizmetleri de aile hekimliği sistemi içinde sunulmaya başladı. Yasa sonrası çıkan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde (25 Mayıs 2010, *Resmî Gazete* 27591) çocuk sağlığına ilişkin sorumluluklar ve görevler şu şekilde belirtilmektedir:

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür.
- Periyodik sağlık muayenesi yapar,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
- Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller.

Ayrıca, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarındaki çocukların sağlık hizmet sunumunun da aile hekimlerince verileceği belirtilmektedir.

Çocukların izlenmesine ilişkin yapılması gerekenler ise aile hekimlerine yönelik eğitim modullerinde yer almaktadır. Çocuk izlemi sırasında 0-6 yaş grubunun vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresinin ölçümü, beslenme önerileri ve özel notlar yer almaktadır. Ayrıca aşıları da aynı izleme dosyasında işlenmektedir. Hekimin hasta tanı ve tedavileri ile izleme ilişkin bilgilere aynı dosyadan ulaşılabilmektedir. Bu durumda çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verilme sorumluluğu aile hekimlerine aittir. Türkiye'de 0-6 yaş grubu bebek başına izlem 2010 yılı için ortalama 7,1 olup, çocuk başına izlem 1,6'dır.[2]

Aile hekimliği uygulamasıyla beraber Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" 03.08.2011 tarih ve 25143 sayılı Onay'ı ile yürürlüğe girmiştir [3]. Toplum sağlığı merkezlerinin hizmetleri şu şekilde tanımlanmaktadır: *"Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur."*

Sağlık Bakanlığının kurulma ve işleyiş bakış açısı şu şekildedir:

İlçe sağlık idaresinin yönetiminde, merkez ilçeler dahil her ilçede en az bir adet olmak üzere toplum sağlığı merkezi oluşturulacaktır. Bu merkezler aile hekimliği uygulamasında gerekli tetkik ve tahlilleri yapmanın yanısıra, aile hekiminin görevi dışında kalan diğer temel sağlık hizmetlerini yürütecektir. Bu sayede, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanacak, daha etkili ve verimli hizmet sunulabilecektir.

Toplum Sağlığı Merkezleri, aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunacaktır. Bu merkezlerde halk sağlığı uzmanlarının istihdamına önem verilecektir. Mevcut sağlık ocaklarından uygun ve yeterli olanlar toplum sağlığı merkezi olarak hizmet görürken, diğerleri kamuda kadrolu aile hekimlerinin görev alanı olan aile sağlığı birimi/merkezi hizmetlerinde kullanılacaktır. Mevcut olan ve fiilen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık merkezleri, AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri (VSD), kurum hekimlikleri bir araya getirilecektir. Bölgede mevcut bulunan en uygun bir veye daha fazla mekan toplum sağlığı merkezi, diğerleri ise aile hekimleri ve aile sağlığı merkezleri olarak kullanılacaktır. Toplum sağlığı merkezleri aynı zamanda eğitim ve planlama merkezleri olarak hizmet verecektir. Uygun olan mekanlarda ilçe sağlık idaresi, toplum sağlığı merkezi ve 112 ilk ve acil yardım istasyonları aynı bina bünyesinde hizmet verebilecektir. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumludur. Bunun için aşağıda sayılan hizmetleri sunar veya sunulmasını sağlar .[4]

İdari ve mali işler, Kayıt ve istatistik, Plan ve program yapma, Üniversitelerle işbirliği, İzleme ve değerlendirme, Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, Üreme sağlığı hizmetleri, Ulusal programlar, Adli tıp hizmetleri, Acil sağlık hizmetleri, Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, Çevre sağlığı hizmetleri, İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, Afet hizmetleri, Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, Sağlık eğitimi hizmetleri, Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, Sosyal hizmet çalışmaları, Diğer görevler

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır. Örneğin, okul sağlığı hizmetleri (çevre sağlığı, bulaşıcı hastalık kontrolü gibi) toplum sağlığı merkezi tarafından yürütülürken çocukların büyüme ve izlemi aile hekimi tarafından yapılmaktadır.

Dezavantajlı çocukların korunma altında olduğu diğer kurumlarda Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları gibi kurumlar da organize oldukları için aile hekimleri tarafından hizmet sunulmaktadır. Ancak, sokakta çalışan ya da yaşayan çocuklar, ticari olarak cinsel istismara uğrayan çocuklar ya da suça itilen çocukların toplumda erken tanısı ya da tedavi ve rehabilitasyonu sırasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ya da İçişleri Bakanlığı müdahale içinde yer almaktadır. Bu tür durumlarda diğer sektörlerin sorumlulukları ön plana geçmektedir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin durumlarda genel olarak ulaşılan çocuk sayısı yer almakta, çocukların sağlık durumlarına ilişkin bulgulara kayıt sistemi içinde ulaşmak genellikle mümkün olamamaktadır.

Diğer Sağlık Programları

Sağlık Bakanlığının çocuk ve ergen sağlığı konusunda ülkedeki durumu ve sorunları gözönüne alarak bu konularla ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlemek, değerlendirmek, ülke çapında verilecek her türlü çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinde koordinatörlük yapmak, çocukların beden ve ruh sağlığını korumak için doğum öncesi, bebeklik ve süt çocukluğu, oyun çağı, okul çağı ve adölesan dönemlerinde bakım ve kontrollerinin yapılması için gerekli tedbirleri tesbit etmek, uygulamaya koymak, denetlemek ve değerlendirmek görevidir. Bu nedenle çocuk ve ergen sağlığındaki öncelikli sağlık sorunlarına yönelik bazı özel programları bölgesel olarak yürütmektedir.

Çocuk Sağlığı Programları dışında Kadın Sağlığı bölümlerince yürütülen Üreme Sağlığı Programları çerçevesindeki pek çok etkinliğin çocuk sağlığı düzeyinin iyileştirilmesine katkıda bulunacağı de açıktır. (Sağlıklı kadın, sağlıklı gebe,sağlıklı anne,sağlıklı baba,sağlıklı çocuk)

Çocuk sağlığı düzeyini iyileştirmeye yönelik sunulan rutin sağlık hizmetleri yanısıra 1985 yılından beri yürütülen özel programlar vardır [5]:

- Genişletilmiş bağışıklama programı,
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı,
- Fenilketonüri Tarama Programı,
- Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı,
- İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı,
- Neonatal Resüsitasyon Programı ,
- Perinatal ve Neonatal Ölümlerin Önlenmesi Projesi
- İyot Yetersizliği Hastalıkları Ve Tuzun İyotlanması Programı,
- Ağız Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı,
- Çocukluk Hastalıklarına Entegre Yaklaşım(IMCI),
- Hemoglobinopati Kontrol Programı,
- Aneminin önlenmesi programı,
- Adölesan Sağlığı ve gelişimi,
- Anne ve Çocuk Beslenmesi,
- Çocuk gelişiminin İzlenmesi ve Desteklenmesi
- Tıbbi Amaçlı Mama İthalatı/ Mama (kodu) Yönetmeliği ile ilgili çalışmalar
- Genetik Tanı Merkezleri Yönetmeliği/Genetik Hastalıklardan Korunma Programı,dır.

Çalışmalar 2010'lu yıllarda :

- Yenidoğana Temel Yaklaşımın Sağlanması Programı
- Bebek ve Çocuk İzlemleri Programı
- Yenidoğan Yoğun Bakım Programı
- Yenidoğan Taramaları Programı

- Ana Ve Çocuk Beslenmesi Programı
- Çocuk Enfeksiyonlarını Önleme Programı
- Çocuk Acil ve Yoğun bakım Eğitimi Programı
- Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması ile genişletilmiştir.

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında 2012 yılında önemli değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığında yer alan Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü kaldırılarak bu kurumun görevleri Halk Sağlığı Kurumu altına yerleştirilmiştir. Yukarıda bahsedilen programlar ağırlıklı olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünce yürütülmekteydi. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında olan yeniden yapılanma modeli henüz tam olarak yerleşmediği için henüz programların nasıl devam edeceği konusunda yeterli bilgiye ulaşılamamıştır.

Kaynaklar

1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (5258). Resmi Gazete: 9.12.2004 -25665
2. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Bölüm 2 Mortalite Yıllara Göre Postneonatal Ölüm Hızı Sayfa 7-16
3. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" 03.08.2011 tarih ve 25143 sayılı RG.
4. T.C. Sağlık Sakanlığı Aile Hekimliği. http://www.ailehekimligi.gov.tr/, Erişim Tarihi: 15 Şubat 2012.
5. SB AÇSAP Çocuk Sağlığı Daire Başkanlığı Yıllık Çalışma Raporları (kişisel paylaşım)

6. Saptanan Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri

Türkiye İstatistik Kurumunun 31.12.2010 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre toplam nüfusun %25,6'sı "0-14" yaş grubunda ve %34,12'si "0-19" yaş grubundadır. Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ve 2025 yılına kadar bu yapısında önemli bir değişiklik olması beklenmemektedir.

Çocuk sağlığına ilişkin bazı saptamalar aşağıda verilmiştir:

- Perinatal ölüm hızı 2003-2008 yılları arasında %019,0 olarak hesaplanmıştır.
- Yenidoğan ölüm hızı 2003-2008 yılları için %013'dür. Bu dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin %76'sını oluşturmaktadır. Bu dönemin başlıca ölüm nedenleri doğum travmaları, doğuştan anomaliler ve prematüreliktir.
- Yenidoğan sonrası ölüm hızı 2003-2008 arası için %04 bulunmuştur. Bu dönemin ölüm nedenleri yine doğuştan anomaliler, prematürelik gibi yeni doğan dönemi ölüm nedenlerine benzemekle birlikte alt solunum yolu enfeksiyonları, menenjit gibi enfeksiyon hastalıkları da sıralamaya girmektedir.
- Bebek ölüm hızı TNSA 2008 de %017 olarak hesaplanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı bebek ölüm hızını 2009 yılı için %013 olarak bildirmiştir. Bebek ölümlerinin en sık nedenleri, perinatal hastalıklar, pnömoniler ve diğer enfeksiyonlardır. Beş yaş altı ölüm hızı %024'dür.
- Aşı ile korunabilen hastalıkların görülme sıklığında ise azalma vardır.

Bebek ölümleri Doğu ve Güney Anadolu'da, eğitimsiz anne bebeklerinde, kırsal yerleşim yerlerinde, anne yaşının 20 den küçük, 40 tan büyük olması durumunda, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, doğum aralığı iki yıldan kısa olduğunda ve dörtten sonraki çocuklarda artmaktadır. Kırsal bölgelerde, eğitimsiz annelerin bebeklerinde, Doğu Anadolu Bölgesinde, anne yaşının 40'tan büyük olması durumunda, iki gebelik arasındaki süre iki yıldan kısa olduğunda, bebeğin doğum ağırlığı 2500 gramdan düşük olduğunda daha yüksektir.

Okul çağı çocuklarda;

- Okul çağı çocuklarda özellikle büyüme ve gelişme sürecindeki sağlık sorunlarının yanı sıra enfeksiyon ve enfestasyon hastalıkları sık olarak görülmektedir.
- Şişmanlık önemli sağlık sorunları arasında yer almaya başlamıştır.
- Sigara kullanımı önemli bir sağlık sorunu olarak varlığını sürdürürken, alkol ve madde kullanımının giderek yaygınlaştığı saptanmıştır.
- Ergenlik döneminde bu sorunlara ek olarak riskli davranışlar ve şiddet sağlık sorunları arasında önem taşımaya başlamaktadır.
- Okul ve ergenlik döneminde ölüm nedenleri ile ilgili bilgiler yeterli olmamakla birlikte bu yaş gruplarında kazalar ve intiharların payının dikkat çekici boyutlarda olduğu söylemek olasıdır.

Gençlerde riskli davranışlar:

- Ülkemizde kadınlarda erken yaşta evlilik oldukça yüksektir (15-19 yaş grubunda %11,9 ve 20-24 yaş grubunda %49,2). Türkiye'de 2009 yılında 15-19 yaş grubunda yaşa özel doğurganlık hızı binde 34'tür. Gençler arasında da evlilik öncesi cinsel yaşamın başladığına ilişkin bulgular bulunmaktadır.
- Küresel Gençlik Tütün Araştırması (2008) sonuçlarına göre ise halen sigara kullanma %6,9; erkeklerde %9,4 ve kızlarda %3,5'dir.
- Alkollü içki içme ve madde kullanımına ilişkin ulusal bir çalışma olmamakla beraber bölgelere göre değiştiği, yaş ile arttığına ilişkin yerel araştırma sonuçları bulunmaktadır.
- Çocuğun istismarı, çocuğa yönelik şiddet ve yaralanmalar da önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır.
- Çocuklarda şişmanlık yine yeni ortaya çıkan halk sağlığı sorunları arasında sıralanabilir. (yaklaşık %15-18 arasında)

Türkiye'de Dezavantajlı Çocuk ve Gençler

- *Koruma Altında Olan Çocuklar:* Ülkemizde korunmaya muhtaç tanımı kapsamındaki çocuk sayısı beş yüz binin üzerindedir. Temmuz 2011 kayıtlarına göre 646 kurumun kapasitesi 17.214 olup 12.761 kişi yatılı olarak bakım almaktadır. Yuvalardaki çocukların koruma altına alınmasının ilk nedeni %71,6 ile "ekonomik ve sosyal yoksunluk" iken yurtlarda bu yüzde %68,1'dir. Terk nedeniyle koruma altına alınmış çocuklar yuvalarda %25,6 ve yurtlarda %19,2'dir. Kurumlarda olan çocukların sağlık sorunlarına yönelik çalışmalar sınırlı olup, hijyen ve ruh sağlığı sorunları ön plana çıkmaktadır.

- *Çalışan Çocuklar:* Türkiye'de 6-17 yaş nüfusu 16.204.000 olup, çocukların %5,9'u ekonomik işlerde çalışırken, %43,1'i ev işlerinde çalışmakta, %51'i ise hiçbir işte çalışmamaktadır. Ev işlerinde ailesine yardımcı olduğunu ifade eden 7.004.000 çocuğun, %61,2'sini kız çocukları oluşturmaktadır. Çocuk işçiliğinde enformel çalışma yaygın olarak uygulanmaktadur, tarım dışı sektörde çalıştırma yaygınlaşmaktadır. Türkiye genelinde ekonomik işlerde çalışan 6-17 yaş grubundaki çocukların çalışma nedenlerinde %38,4 ile ilk sırayı "hanehalkı gelirine katkıda bulunmak", ikinci sırayı %19,8 ile "hane halkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak", üçüncü sırayı %15,9 ile "ailesi istediği için çalışmak" almaktadır.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki özellikle erken yaşlarda çalışmaya başlayan çocukların fiziksel ve zihinsel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir.

  - *Çalışan çocukların çalıştıkları iş alanlarına göre sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır.*
  - *Çalışan çocukların sağlıklarını tehdit eden ortamda yaşamaları yanı sıra bazı olumsuz davranışları da daha fazladır.*
  - *Çocukların haklarının korunması kapsamında çalışma yaşamından tamamen çekilmelerine ilişkin girişimlere ivedilikle gereksinim vardır.*

- *Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocuklar:* Emniyet Genel Müdürlüğü Çocuk Şube Müdürlüğü 2009 yılı verilerine göre ise Çocuk Şube Müdürlüğü'ne 479 çocuğun sokakta yaşadığı belirtilmektedir. Ancak, araştırmalarda ulaşılan sayının dahi bu sayının üzerinde olması gerçek sayının çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. Sokakta çalışan çocukların, tartıcılık, cam silme, su, mendil, sakız ya da kalem gibi küçük eşyalar satma gibi işlerin yanı sıra çöp toplayıcılığı gibi işlerde de çalıştıkları görülmektedir.
  - *Sokakta yaşayan/çalışan çocukların yaşam tarzlarından dolayı fiziksel ve psikososyal büyüme ve gelişme sorunları, enfeksiyon hastalıkları, şiddet, madde bağımlılığı, suça karıştırılma, cinsel istismar ve ticari cinsel sömürü aracı olarak kullanılma sorunlarıyla karşılaştıkları bilinmektedir.*
  - *Sokakta yaşayan/çalışan çocuklara sunulan hizmet modeli ile tüm çocuklara ulaşılamamaktadır.*
  - *Sosyoekonomik eşitsizliklerin artması, sorunun daha büyük boyutlara ulaşabileceğini düşündürmektedir.*

- *Suça Sürüklenen Çocuklar:* Sosyal çevresinde var olan sorunlar nedeniyle çocuklar suça sürüklenmektedirler. Suça sürüklenen çocuklar tutuklanma, yargılanma ve korunma altına alınma ile ilgili süreçte idari sorunlar yaşamaktadırlar.
  - *Fiziksel ve psikososyal sağlık sorunlarının yanı sıra riskli davranışlara sahip olma eğilimleri de yüksektir.*
  - *Çocukların koruma altına alınarak rehabilitasyonları sağlanmaya çalışılmakla izleme değerlendirmeleri henüz yapılmaya başlanmamıştır.*
  - *Çocukların tutuklu ve hükümlü iken sağlık sorunlarına ilişkin de araştırma bulgusuna erişilememiştir.*

- *Engelli Çocuklar:* Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonuçlarına göre özür nedenleri arasında doğuştan özürlülük yaklaşık %34'dür. Ülkemizde her 5 evlilikten biri akraba evliliğidir ve bu evliliklerin %70'i birinci derece akrabalarla yapılmaktadır. Bölgeler arası değerlendirmede en düşük oran %12,8 ile Batı Anadolu'da, en yüksek oran ise %35 ile Güneydoğu Anadolu'dadır. Doğuştan engelli olmada akraba evliliği önemli sorunların başında gelmektedir. Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği de oldukça düşüktür.

- *İstismara Uğrayan Çocuklar:* Ülkemizde yapılan pek çok çalışmanın gözden geçirildiği bir yayın taramasında, çocukların %15–75'inin fiziksel istismara, yaklaşık olarak %20 'sinin de cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir. Ülkemizdeki çocuk istismarı ve ihmali için her yaş grubunda ülke genelini temsil eden kesin bir sıklık bildirmek olası değildir. Ancak, ülkemizde çocuklara yönelik istismar önemli bir sorundur. Türkiye'de yapılan bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde çocuk istismarı için belirlenen risk etmenleri; anne ve/veya babanın eğitim düzeyinin düşük olması (çocuk bakımı ve gelişimi konusunda yeterli beceriye sahip olamaması), aile içi şiddet, ebeveynin psikolojik veya fiziksel sağlık sorunları, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, kardeş sayısının fazla olması, evlilik sorunları, boşanmış ebeveyn, tek ebeveyn, üvey ebeveyn, ebeveynin alkol ve/veya madde bağımlılığı, ebeveynin istismar öyküsünün varlığı, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, ailede iletişim sorunlarının varlığı, çocuğun fiziksel ve bilişsel engelinin varlığı, aile büyüklüğünün artması şeklinde sıralanabilir.
- *Çocuklara Yönelik Ticari Cinsel Sömürü:* Çocuklara yönelik ticari cinsel sömürü çocuk fuhuşu, çocuk pornografisi ve cinsel amaçlı çocuk ticaretini kapsamakta; bunun içine ayrıca çocuklarla cinsellik amaçlı turizm, çocuk evlilikleri/zorla evlilikler de alınmaktadır.

Çocuklara yönelik ticari cinsel sömürü, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye içinde son yıllarda sıklıkla gündeme gelen bir olgudur. Türkiye'de de ticari sömürü içinde olan çocuk sayısını tam olarak saptayabilmek oldukça güçtür. Çocuğun cinsel sömürüsü suç olduğu için gizli kalması için her türlü tedbir alınmaktadır. Ancak, yapılan küçük ölçekli çalışmalar, olguların medyada haber olması ve toplumun söylemleri sorunun ülkemizde çocuklara yönelik ticari cinsel sömürünün olduğunu göstermektedir. Buzdağının görünen ucu olarak niteleyebileceğimiz bu çalışmalarda, Türkiye'de de son yıllarda çocuklara yönelik ticari cinsel sömürünün görünürlüğünde bir artış olduğu, fuhuşa itilen çocuk ve ergenlerle daha fazla karşılaşıldığı, çocuk pornografisi içeren materyallerin edinilmesi ve izlenmesi konusun da hızlı bir artış eğilimi olduğu düşündürmektedir. Ancak, konunun daha rahat konuşulur hale gelmesinin görünürlüğü artırdığı da unutulmamalıdır.

Türkiye'de Çocuk Sağlığı Hizmetlerindeki Uygulamalar

Türkiye'de uygulamada Aile Hekimliği Sağlık Hizmet modeli içinde aile hekimleri kendilerine kayıtlı olan kişilere koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermektedirler. Çocuklarda (0-6 yaş) rutin büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi, bağışıklama hizmetlerini, hastalık tanı ve tedavi hizmetlerini bağlı oldukları aile hekiminden almaktadırlar. Okul çağı ve ergenlik dönemindeki çocuklar ise bağışıklama ve hastalık tanı ve tedavi hizmetlerini bağlı oldukları aile hekiminden almaktadırlar.

Ayrıca, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarındaki çocukların sağlık hizmet sunumu da aile hekimlerince verilmektedir.

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığının çocuk ve ergen sağlığı konusunda ülkedeki durumu ve sorunları gözönüne alarak çocuk ve ergen sağlığındaki öncelikli sağlık sorunlarına yönelik bazı özel programları da yürütmektedir.

Genel olarak sorunlar bir kaç başlık altında toplanmaktadır:

- Türkiye'de sosyoekonomik eşitsizliklere sahip olan çocuklar büyüme ve gelişme dönemlerini olumsuz olarak geçirmekte ve yaşamlarını kaybedebilmektedirler. Büyüme ve gelişme sürecinde yaşanan sorunlar yaşam kalitelerini de etkilemektedir.

  Çocuklar yine sosyoekonomik sorunlardan dolayı dezavantajlı çocuklar arasında yer alabilmektedirler. Çocukların korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık ve sosyal hizmetler bütüncül bir şekilde sunulamamakta, dezavantajlı konumda olan çocuklar erken dönemde belirlenip korunma altına alınamamaktadırlar. Sorun yaşayan çocuklara da yeterince ulaşılamamaktadırlar. Dezavantajlı durumda olan çocukların sağlık durumlarına ilişkin yeterli bilgi yoktur.
- Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler genellikle 0 yaş grubundaki çocukların vücut ağırlıkları ve boy uzunluklarının ölçümü, beslenme durumunun izlenmesi ve bağışıklama hizmetleri ile sınırlıdır. Bu hizmette genellikle aşı takvimi sonrasında sonlanmaktadır. Okul ve ergenlik dönemlerinde ise izleme ile ilgili sunulan herhangi bir rutin hizmet yer almamaktadır.
- Sağlık hizmet sunum modeli ile ilgili sorunlar vardır:
  - Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan köklü değişiklikler, bölge temelli yaklaşımın yerine aile ve bireyi öncelemekte ve bütünlüğün kaybedilmesine yol açmaktadır. Öyle ki TSM'ler de bile sağlıklı veriler toplanmamakta hesaplanan sağlık göstergeleri ancak il düzeyinde bir anlam taşımaktadır. Riskli bölgeler ve gruplar özel olarak değerlendirilememektedir.
  - Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen hizmetler genel olarak değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına ağırlık vermeyen bir bakış açısıyla yürütülmektedir. Sorun alanlarına yönelik özel programlar ise proje ve programlar olarak ülkenin tümünü kapsamayan ve sürdürülebilirliği olmayan özellikler taşımaktadır.
  - Hizmet sunumunda ekip anlayışı yerine aile sağlığı elemanı olarak adlandırılan sağlık personeli tarafından tek bir kişinin sorumluluğuna indirgenen bireye yönelik koruyucu hizmetlerin sunumu olumsuz etkilenmektedir.

Sonuç olarak ülkemizin önemli bir nüfus yüzdesine sahip olan çocuklara yönelik sağlık ve sosyal olarak bütüncül bakış açısını içeren bir politika bulunmamaktadır. Çocuklara yönelik olarak sunulan hizmetler kurumların altında kurumun hizmet kapsamı ile sınırlı kalmaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu olarak önerilerimiz aşağıdadır:

- Sağlığın ön koşullarının devlet tarafından sağlanması gerekmektedir. Bunlar arasında ulusal gelirin insanlar arasında hakça paylaştırılması, yoksulluğun azaltılması, eğitim olanaklarının ve düzeyinin arttırılması,
- Çocukların sağlık ve güvenliğini üst düzeyde olmasını amaçlayan ulusal bir çocuk politikasının benimsenmesi gerekmektedir. Bu politikanın belirlenmesinde özellikle sağlık, eğitim ve sosyal alanda çalışan kurumların yakın işbirliği içinde olması ve çocuğa yönelik hizmetleri bir ortak bakış açısı ile yürütmeleri gerekmektedir. Ayrıca, riskli ortamlardan uzaklaştırma ve koruma kapsamında güvenlik ve adalet çalışanlarının da çocuğun yüksek yararının gözeten hizmet sunum bakış açısı benimsenmelidir. Bu yaklaşımın politika boyutunda olduğu kadar kurumsal ve hizmet sunucular açısından da benimsenmesi gerekir. Diğer taraftan medyanın da bu politika ve hizmetlere destek olması gerekir.

- Çocukların büyümesi sırasında onların sağlığını ve gelişmesi sağlayacak bir aile yapısı içinde olmaları sağlanmalıdır. Ana babalara çocuğun bedensel sağlığına ilişkin bilgilerin yanında zihinsel ve ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin bilgilerin de verilmesinin görev olarak kabul edilmesidir. Çocuklara disiplin verme konusunda dayağı hoşgören geleneksel yapının değiştirilmesi, kadının ve çocuğun toplumsal değerinin yükseltilmesi, çocuğa ve kadına karşı işlenen suçlarda yasal düzenlemelerin yapılması sayılabilir.
- Çocuğun korunması konusunda ailesel risklerin azaltılması amacıyla; erken yaşta evliliklerin önlenmesi, çocuğun engelli doğmasına yol açan nedenlerin azaltılması. doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ana babalık eğitimlerinin artırılması, ailelerin bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarının desteklenmesi gereklidir.
- Çocuğun sağlığının geliştirilmesi ve korunması konusunda sağlık hizmeti sunulmalıdır. Bu hizmeti verenlerin görevleri; sağlıklı çocuk izlemlerinin 0-18 yaş grubuna yönelik düzenli ve nitelikli olarak yapılması ile risk altındaki çocukların erken fark edilmesi, herhangi bir sorun saptandığında çözüme ilişkin önerilerin geliştirilmesidir. Herkese eşit, ulaşılabilir, etkili bir birinci basamak sağlık hizmetinin sunulması gerekmektedir. Evde, okulda, işyerlerinde herkese ulaşan bir örgütlenme anlayışına sahip olunmalıdır. Özellikle gezici sağlık hizmetleri ile riskli ve dezavantajlı gruplara yönelik sağlık hizmetleri yani ev ziyaretlerinin yapılması önerilmektedir.
- Çocuğun sağlığı, korunması ve güvenliği ile ilgili olarak sürveyans sisteminin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Çocuğun sağlık ve diğer haklarının yaşama geçirilmesi için, çalışmalar özellikle sivil toplum örgütleri tarafından sürdürülmektedir. Ancak bu çalışmalar toplumun belirli bir kesimine ulaşmaktadır.Toplum doğru bilgilendirilerek sağlık haklarını talep eder hale getirilmelidir.

Acil olarak önlem alınması gereken konular ise aşağıda sıralanmıştır:

- Erken yaşta evlilik ve akraba evliliklerin önlenmesi
- Riskli gebeliklerin önlenmesi, doğum öncesi bakım, doğum ve sonrasında sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğinin yükseltilmesi
- Enfeksiyon hastalıkları tanı ve tedavi kriterlerinin standardize edilerek yaygın olarak kullanımın sağlanması
- Çocukluk dönemi şişmanlık, şigara, alkol ve madde kullanımı, şiddetin ve yaralanmaların önlenmesi konusunda ile ilgili eylem planının ivedikle uygulamaya başlaması
- Çocuklara yönelik şiddet uygulamalarının sağlık kuruluşlarında akla gelip soruşturulması ve kayıt altına alınması
- Korunma altına alınan çocukların sağlık sistemi içinde koruyucu ve geliştirici hizmetlerden yararlanımlarının artırılması
- Öncelikle riskli işlerde çalışan çocukların çalışma yaşamından çekilmesi için eylem planının ivedilikle uygulanmaya başlanması
- Sokakta yaşayan/çalışan çocuklara sunulan hizmet modeli ile tüm çocuklara ulaşılaması
- Suça sürüklene çocukların çocuğun rehabilitasyonlarna yönelik çalışmaların hızlandırılması ve çocukların sağlık sistemi içinde koruyucu ve geliştirici hizmetlerden yararlanımlarının artırılması
- Engelli çocukların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin artırılması gerekir.

1Özcan M. Avrupa'da ve Türkiye'de Suç İstatistikleri ve Suçlardaki Artış, *Avrupa Birliği Araştırmaları Uzmanı görüşü.* http://secimanketi2011.tk/avrupa%E2%80%99da-ve-t%C3%BCrkiye%E2%80%99de-su%C3%A7-istatistikleri-ve-su%C3%A7lardaki-art%C4%B1%C5%9F.html. *Erişim Tarihi: 25 Ağustos 2011.*

BÖLÜM 08
İŞ SAĞLIĞI

Bölüm Editörleri

Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç. Dr. Ferdi TANIR, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Bölüm Yazarları (Soyadına göre):

Doç. Dr. Ferruh N. Ayoğlu, *Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Uz. Dr. Serol Deveci, *Manisa Toplum Sağlığı Merkezi*

Uzm.Dr. Umur Gürsoy, *Halk Sağlığı Uzmanı, Osmaniye*

Prof.Dr. Aliye Mandıracıoğlu, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Yrd. Doç. Dr. Metin Pıçakçıefe, *Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç. Dr. Meral Saygun, *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç. Dr. Ferdi Tanır, Çuku*rova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubunda, Türkiye'de iş sağlığının durumunu irdeleyen ve çalışma grubunun görüşlerinin yer alacağı bir raporun hazırlanması görüşü, 20 Ekim 2010 tarihinde benimsenmiştir. Raporun hazırlanmasında gönüllü olarak yer almak isteyen üyeler önerilerde bulunmuş ve günümüze kadar gönderilen yazılarla raporun tamamlanan kısımları sunulmuştur.

Rapor iki bölümden oluşmaktadır. Birinci olarak yöneticilerin hazırladığı özet bölümünde Türkiye için önemli ve tek kaynak olarak elimizde bulunan iş sağlığı göstergeleri tablolar halinde sunulmuş, ikinci bölümde katkı sağlayan üyelerin raporlarına yer verilmiştir. Doğal olarak henüz tamamlanmamış bir çalışma olduğundan raporlar belli bir bütünlük göstermemektedir. Bu haliyle çalışma grubunun ortak bir görüşü olmaktan çok, yazarların konuya bakış açılarını yansıtmaktadır.

A) YÖNETİCİ ÖZETİ

Çalışma yaşamı ile ilgili bazı önemli göstergeler, resmi olarak sadece Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü-ÇSGB-İSGG kaynaklarında bulunduğu için bu veriler kullanılarak mevcut durum yansıtılmaya çalışılmıştır.

1. ÇALIŞMA YAŞAMI ve İŞ SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ

Tablo 1. Türkiye'de istihdamın durumu ve işgücüne katılım (ÇSGB-İSGGM)

Yıllar	Kurumsal olmayan sivil toplum* (x1000)	İş gücü (x1000)	İstihdam edilenler (x1000)	İşsizlik (%)	İşgücüne katılım (%)
1990	35,601	20,150	18,539	8.0	56.6
2000	44,765	22,031	20,579	6.6	49.2
2002	46,767	24,064	21,691	9.9	51.5
2010	52,150	24,753	21,162	14.5	47.5

* ≥**15 yaş**

ÇSGB-İSGGM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Tablo 2. Çalışanların sektörel dağılımı (ÇSGB-İSGGM)

Yıllar	Tarım	Endüstri	Hizmetler
1924	89.8	4.6	5.5
1950	84.8	8.4	6.8
1980	54.2	20.0	25.8
1990	47.1	21.2	31.7
2002	36.0	23.3	40.7
2010	23.8	20.2	50.5

ÇSGB-İSGGM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Türkiye'deki günümüz mevzuatında; işyerlerindeki "İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi" kurma ve işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu sürekli olarak ≥50 işçi çalıştıran işyerleri için, iş güvenliği uzmanı ise aynı koşulları taşıyan ve sanayiden sayılan işyerleri için zorunlu olup <50 işçi bulunduran işyerlerinin böyle bir sorumluluğu yoktur. Kaynaklar da ise <50 işçi çalıştıran işyerlerindeki kazaların ve meslek hastalıklarının fazla olduğu görülmektedir. Buda bize asıl sorunun bu işyerlerinde olduğunu göstermesi açısından önemlidir (Tablo 3, 4).

Tablo 3. İş kazası ve meslek hastalıkları sıklığında değişim (ÇSGB-İSGGM 2000-2009)

Sayı/Hızlar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
İş Kazası Sayısı	74847	72367	72344	76668	83830	73923	79027	80602	72963	64316
İş Kazası Sıklık Hızı (Yüzbin işçide)	1424	1480	1385	1365	1356	1068	1011	948	829	714
Meslek Hastalığı Sayısı	803	883	601	440	384	519	574	1208	539	429
Meslek Hastalığı İnsidansı (1000'de)	0,14	0,18	0,11	0,07	0,06	0,07	0,07	0,14	0,06	0,04

ÇSGB-İSGGM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Tablo 4. Meslek Hastalıklarının işyeri büyüklüğüne göre dağılımı (ÇSGB-İSGGM 2007)

Çalışan sayısı	Meslek Hastalığı Sıklığı (yüz binde)
1-3	7
4-9	1
10-20	5
21-49	1
50-99	30
100-199	41
200-249	54
250-499	48
500-1000	2
1001+	2
TOPLAM	14

ÇSGB-İSGGM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

2. Kurumsal yapılar ve politikalar

Türkiye'de günümüze kadar geçen süreçte "İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri" ile ilgili yasal düzenleyici kurum ÇSGB ve bakanlığın "İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü" birimidir. Bu bakanlıktaki örgütlenme şeması ve ilgili çalışma birimleri aşağıda sunulmuştur.

❖ **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri**

A) İş Teftiş Kurulu Başkanlığı

B) Iş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

C) İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM) Müdürlüğü

D) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi-ÇASGEM

İş sağlığı ve güvenliği mevzuatının, Avrupa Birliği-AB ve Uluslararası Çalışma Örgütü-International Labour Organization-ILO normları dikkate alınarak yenilenmesi ve sosyal tarafların da yer alacağı "İş Sağlığı ve Güvenlik Kurulu"nun oluşturulması öngörülmüştür. ÇSGB tarafından

25/02/2005 tarih ve 755 sayılı onay ile "Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi" kurulmuştur. İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili olarak; ihtiyaç, öncelik, politika ve stratejiler için öneriler geliştirmek, tavsiyelerde bulunmak, tarafların görüş ve düşüncelerini açıklamalarını sağlayacak bir platform oluşturmak üzere, sosyal taraflar (işçi ve işveren sendikaları), ilgili kamu kurumları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, ilgili diğer kurum ve kuruluş temsilcilerinden oluşan "Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi" çalışmalarına devam etmektedir.

ULUSAL İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ KONSEYİ

Başkan

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarı

İş Sağlığı ve Güvenliği Gn. Md.	TİSK Temsilcisi
Çalışma Genel Md.	TÜRK-İŞ Temsilcisi
İş Teftiş Kurulu Başkanlığı	HAK-İŞ Temsilcisi
Sos. Güv. Kurumu Başkanı	DİSK Temsilcisi
MEB Temsilcisi	TOBB Temsilcisi
Sağlık Bakanlığı Temsilcisi	TESK Temsilcisi
Tarım ve Köy İşleri Bak. Temsilcisi	T. KAMU-SEN Temsilcisi
Sanayi ve Ticaret Bak. Temsilcisi	MEMUR-SEN Temsilcisi
Enerji ve Tabii Kay. Bak. Temsilcisi	KESK Temsilcisi
Çevre ve Orman Bak. Temsilcisi	TTB Temsilcisi
DPT Temsilcisi	TMMOB Temsilcisi
DPB Temsilcisi	STK Temsilcisi
YÖK Temsilcisi	

ULUSAL İSG KONSEYİ

2. İŞ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU RAPORLARI

❖ 2009 – 2013 ULUSAL İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ (ÇSGB)

1. İSG Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ve ilgili mevzuat çalışmalarının tamamlanması,
2. Yeni mevzuatın uygulanmasını sağlamak amacıyla ilgili tarafların ve kamuoyunun bilgilendirilmesi ve tanıtım faaliyetlerinin Konsey üyesi kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmesi,
3. Yüz bin işçide iş kazası oranının %20 azaltılması,
4. Beklenen ancak tespit edilememiş meslek hastalığı vaka sayısı tespitinin %500 artırılması,
5. Sunulan İSG laboratuar hizmetlerinin ulaştığı çalışan sayısının %20 artırılması,
6. Ulusal Konsey üyesi kurum ve kuruluşların yürüttükleri İSG proje, eğitim ve tanıtım faaliyetlerinin %20 artırılması,
7. Çalışmaların yıllık olarak Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi'nde değerlendirilmesidir.

Ulusal Konsey ve hedefler Türkiye için gerekli olan çalışmaları içermekle birlikte, uygulamaların ortak kararlarla yapılması ve sürdürülmesi henüz tamamlanamamıştır.

B) İŞ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU RAPORLARI

İŞ KAZALARI

Doç. Dr. Ferruh N. Ayoğlu,

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Zonguldak

Doç. Dr. Ferdi Tanır,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

Uz. Dr. Serol Deveci

Manisa Toplum Sağlığı Merkezi, Manisa.

Yrd. Doç. Dr. Metin Pıçakçıefe

Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Muğla

Çalışma ortamı, çalışanın sağlığını olumlu ya da olumsuz biçimde etkileyebilecek çok sayıda etmeni barındırır. Çalışma yaşamından kaynaklanan başlıca sağlık sorunları meslek hastalıkları, iş ile ilgili hastalıklar ve iş kazaları olarak üç ana grupta incelenebilir. Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre, her yıl dünya genelinde 210.000'i ölümlü 120 milyon iş kazası gerçekleşmekte ve hergün 500'den fazla insan bu kazalarda yaşamını yitirerek evine dönememektedir. Bu durumda, kabaca, her saniyede 3 iş kazası, her3 dakikada bir de ölümlü iş kazası yaşanmaktadır. İş kazaları gerek neden olduğu sağlık sorunları, gerekse de ekonomik kayıplar nedeniyle, tüm dünya genelinde, çalışandan başlayarak tüm toplumu olumsuz etkileyen bir özelliğe sahiptir ve bu anlamda iş kazalarının önlenmesi, çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin sağlanmasını amaçlayan iş sağlığı çalışmalarının önemli ve öncelikli ilgi alanlarından birini oluşturur. Bu çalışmada, Sosyal Güvenlik Kurumu internet sitesinde yayınlanmakta olan 2008, 2009, 2010 ve 2011 yıllarına ait istatistik yıllıklarında yer alan iş kazalarına yönelik verilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Ancak, söz konusu istatistiksel veriler sadece SSK kapsamındaki çalışanları kapsamaktadır ve ülkemizdeki iş kazası verilerinin tüm çalışanları kapsayacak şekilde genişletilmemiş olması önemli bir sorun ve kısıtlılık olarak dikkat çekmektedir.

Türkiye'de 2007-2010 yılları arasında gerçekleşen iş kazası sayısı, bu kazalar sonucu ortaya çıkan ölüm, sürekli iş göremezlik, geçici iş göremezlik sayıları ile sigortalı işçi sayısı, prim tahakkuk eden gün sayısı, ağırlıklı ortalama yaş, iş kazası sıklık hızı ve iş kazası ağırlık hızı değerleri Tablo-1'de sunulmuştur. 2007 yılında 8.505.390 olan sigortalı işçi sayısı %17.9 artışla 2010 yılında 10.030.810 olmuştur; 2007 yılında sigortalı işçi başına düşen prim tahakkuk eden gün sayısı 328.4 iken, 2008 yılında 334.6, 2009 yılında 322.9, 2010 yılında 318 gündür. Söz konusu süreçte 1 milyon iş saatine karşılık gelen ve 100 çalışana karşılık gelen iş kazası sıklık hızlarında azalma izlenmektedir. İş kazalarının önemli bir kısmı 18-39 yaş grubundaki işçilerde gözlenmektedir (Tablo-2) ve ağırlıklı ortalama yaş 2007 yılında 29, 2008 yılında 28, 2009 ve 2010 yıllarında ise 33'dür.

Tablo-1: Türkiye'de 2007-2010 yıllarında gerçekleşen iş kazası ve ilgili veriler(2,3,4,5)

	2007	**2008**	**2009**	**2010**
Sigortalı işçi sayısı	8505390	8802989	9030202	10030810
Prim tahakkuk eden gün sayısı	2793420779	2945664020	2915404372	3190289762
Iş kazası sayısı	80602	72963	64316	62903
Ölüm sayısı	1043	865	1171	1444
Sürekli işgöremezlik sayısı	1550	1452	1668	1976
Geçici işgöremezlik gün sayısı (ayaktan)	1876524	1795046	1520563	1455555
Geçici işgöremezlik gün sayısı (yatarak)	58456	60934	51543	47316
İş kazası sıklık hızı[a] (1 milyon iş saatinde)	3.61	3.10	2.76	2.46
İş kazası sıklık hızı[b] (100 kişide)	0.81	0.70	0.62	0.55
İş kazası ağırlık hızı[c] (gün)	634	519	641	706
İş kazası ağırlık hızı[d] (saat)	0.51	0.42	0.51	0.56
Ağırlıklı ortalama yaş	29	28	33	33

a:Bir takvim yılında çalışılan 1 milyon iş saatine karşılık gerçekleşen kaza sayısı. b: Tam gün çalışan 100 kişiye karşılık gerçekleşen kaza sayısı. c: Bir takvim yılında çalışılan 1 milyon iş saatine karşılık iş kazası sonucu kaybedilen iş günü sayısı. d: Çalışılan her 100 saate karşılık iş kazası sonucu kaybedilen saat.

Tablo-2: İş kazalarının yaş gruplarına göre dağılımı(2,3,4,5)

	2007		**2008**		**2009**		**2010**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
<15	461	0.6	1109	1.5	5		5	
15-17	3445	4.3	2936	4.0	337	0.5	229	0.3
18-24	22886	28.5	23062	31.7	9724	15.1	9353	14.9
25-29	18201	22.6	15831	21.7	16221	25.3	15341	24.4
30-34	14930	18.5	12872	17.6	13418	20.9	13820	22.0
35-39	11012	13.7	9308	12.8	10701	16.7	10425	16.6
40-44	6774	8.4	5473	7.5	8062	12.5	7692	12.2
45-49	2078	2.6	1762	2.4	4125	6.4	4217	6.7
50-54	649	0.8	489	0.7	1250	1.9	1314	2.1
55-59	128	0.2	87	0.1	359	0.6	348	0.6
60-64	32		29		82	0.1	88	0.1
65+	6		5		32		71	0.1
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

2007-2010 yıllarında iş kazalarının en sık gözlendiği üç meslek grubu sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar ile tesis ve makine operatörleri ve montajcılardır; iş kazalarının %90'ından fazlası bu üç meslek grubunda yaşanmıştır (Tablo-3). Kaza nedenleri incelendiğinde en sık gözlenen iki neden bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmasi, batması, kesmesi ile düşen cisimlerin çarpıp devirmesidir ve bu iki nedeni 2007, 2008 ve 2009 yıllarında makinelerin sebep olduğu kazalar, 2010 yılında kişilerin düşmesi izlemiştir (Tablo-4).

Tablo-3: İş kazalarının meslek gruplarına göre dağılımı(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	3615	4.5	3302	4.5	1708	2.7	760	1.2
Profesyonel meslek mensupları	147	0.2	195	0.3	209	0.3	142	0.2
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	322	0.4	348	0.5	432	0.7	423	0.7
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	664	0.8	767	1.1	557	0.9	434	0.7
Hizmet ve satış elemanları	1740	2.2	1396	1.9	1496	2.3	1744	2.8
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık,ormancılık ve su ürünleri çalışanları	572	0.7	519	0.7	585	0.9	549	0.9
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	33680	41.8	28945	39.6	26491	41.2	25084	39.8
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	16372	20.3	13182	18.1	10882	16.9	13166	20.9
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	23490	29.1	24309	33.3	21954	34.1	20601	32.8
Silahlı kuvvetler (özellikle belirtilmeyen)								
Bilinmeyen					2			
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

Tablo-4: İş kazalarının nedenlerine göre dağılımı(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Taşıt kazaları	2930	3.6	2515	3.4	2661	4.1	2533	4.0
Kaza sonucu zehirlenme	25		37	0.1	15		27	
Kişilerin düşmesi	9469	11.8	8518	11.8	8364	13.1	8992	14.3
Makinelerin sebep olduğu kaza	11686	14.5	10377	14.2	9685	15.1	7601	12.2
Patlama	601	0.7	481	0.7	515	0.8	637	1.0
Isı maruziyeti[a]	1597	2.0	1398	1.9	1155	1.8	1472	2.3
Düşen cisimler[b]	13105	16.3	13263	18.2	11392	17.7	11956	19.0
Cisim sıkıştırması[c]	28066	34.8	24329	33.3	19301	30.0	23346	37.1
Elektrik akımı	402	0.5	445	0.6	458	0.7	431	0.7
İncinmeler[d]	2227	2.8	1480	2.0	1187	1.8	1136	1.8
Yabancı cisim kaçması[e]	917	1.1	653	0.9	538	0.8	792	1.3
Hayvan ısırması, vb.[f]	35		23		42	0.1	40	0.1
Ted bağlı kazalar ve aşı komp.[g]			3		3		4	
Kazaların sonraki akibetleri[h]	10		6		7		6	
Kaynak kazaları	346	0.4	283	0.4	197	0.3	149	0.2
Öldürme ve yaralama	173	0.2	154	0.2	145	0.2	196	0.3
Savaş, terör, vb. travmalar[ı]	4		2				2	
Zararlı mad. veya rad. teması[i]	140	0.2	66	0.1	94	0.1	138	0.2
Diğer nedenler	8136	10.2	8930	12.2	8556	13.4	3445	5.5
Bilinmeyen	733	0.9			1			
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

a: Normal sınırlar dışındaki ısılara maruz kalmak ya da temas etmek. b: Düşen cisimlerin çarpıp devirmesi. c: Bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmasi, batması, kesmesi. d: Herhangi bir şekilde vücudun zorlanmasından ileri gelen incinmeler. e: Vücudun doğal boşluklarına yabancı bir cisim kaçması. f: Hayvanların ısırması, hayvan darbeleri, zehirli hayvanların sokması. g: Tedaviye bağlı kazalar ve aşı komplikasyonları. h: Kazaların sonradan meydana çıkan akibetleri. ı: Savaş, terör ve toplumsal olaylardan ileri gelen travmalar. i: Zararlı maddelerle veya radyasyonla temas etmek veya maruz kalmak.

İş kazalarında en sık etkilenen vücut bölgeleri üst ve alt ekstremitedir; bu iki bölge kazların yaklaşık ¾'ünde etkilenmektedir (Tablo-5). Kazalarda en sık gözlenen üç yaralanma tipi yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar, ezikler ve çürükler ile kırıklardır (Tablo-6). Her üç grup birlikte iş kazalarında gözlenen yaralanma türlerinin ¾'ünün oluşturmaktadır.

Tablo-5: İş kazalarında yaralanan vücut bölgeleri(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kafa	4239	5.3	4527	6.2	4113	6.4	5028	8.0
Boyun[a]	340	0.4	304	0.4	394	0.6	402	0.6
Sırt	2572	3.2	2586	3.5	1964	3.1	2308	3.7
Gövde ve iç organlar	1907	2.4	2041	2.8	2152	3.3	2461	3.9
Üst ekstremite	43290	53.7	38992	53.4	32636	50.7	34151	54.3
Alt ekstremite	20207	25.1	16650	22.8	16604	25.8	14855	23.6
Tüm vüc. ve çok yönlü[b]	1258	1.5	1238	1.7	1249	1.9	887	1.4
Diğer bölümler	3508	4.3	5397	7.4	3431	5.3	1485	2.4
Sınıflanmamış	1697	2.1	1228	1.8	1770	2.9	1326	2.1
Bilinmeyen	1584	2.0			3			
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	72963	100.0	62903	100.0

a: Boyun ve omur eklemlerini de kapsar.
b: Bütün vücut ve çok yönlü yaralanmalar.

Tablo-6: İş kazalarına bağlı yaralanma çeşitleri(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kırıklar	10188	12.6	9871	13.5	9184	14.3	8531	13.6
Çık., bur. ve inc.[a]	7455	9.2	5162	7.1	4389	6.8	5553	8.8
Yüz. ve açık yaralar[b]	35863	44.5	33281	45.6	26743	41.6	24833	39.5
Ezik ve çürükler	17257	21.4	15591	21.4	14697	22.9	16462	26.2
Yabancı cisim kaçması[c]	1094	1.4	877	1.2	715	1.1	1049	1.7
Sarsıntı ve iç yara.[d]	152	0.2	108	0.1	114	0.2	61	0.1
Yanmalar ve donma[e]	2513	3.2	2065	2.9	1524	2.3	1762	2.7
Zehirlenme ve enf.[f]	270	0.3	94	0.1	74	0.1	245	0.4
Diğer tipler[g]	3947	4.9	4239	5.8	4452	6.9	2404	3.8
Belirtilmemiş, sınıf.[h]	1850	2.3	1675	2.3	2423	3.8	2003	3.2
Bilinmeyen	13				1			
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

a: Çıkılar, burkulma ve incinmeler. b: Yüzeysel yaralanmalar ve açık yaralar. c: Göze veya doğal vücut boşluklarına yabancı cisim kaçması. d: Sarsıntı ve iç yaralanmalar. e: Yanmalar, kimyasal yanma, kaynar su ile haşlanma ve donma. f: Akut zehirlenmeler ve enfeksiyonlar. g: Yaraların belirlenmemiş diğer tipleri. h: Tipi belirtilmemiş ya da sınıflanmamış yaralanmalar.

Ülkemizde 2007-2010 yıllarında yaşanan iş kazalarının 2007'de %61.4'ü, 2008'de %60.6'sı, 2009'da %63.2'si ve 2010'da %56.4'ü 50'den az işçinin çalıştığı işyerlerinde gerçekleşmiştir(Tablo-7). Bu durum özel bir öneme sahiptir. Söz konusu kazalar işyeri sağlık ve güvenlik birimleri oluşturulması zorunluluğu dışında kalan işyerleridir ve sigortalı işçilerin 2007'de %61.1'i, 2008'de %62'si, 2009'da %61.9'u, 2010'da %61.7'si bu işyerlerinde çalışmaktadır. Gerek çalışan işçi sayıları, gerekse yaşanan iş kazası sayısı nedeniyle, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin bu işyerlerini de kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması gereği açıktır. İş kazası geçiren işçilerin kazanın yaşandığı işyerindeki mesleki deneyimlerine bakıldığında önemli bir kısmı 3 ay-2 yıl deneyime sahiptir; 2007'de %61.6, 2008'de %63, 2009'da %60.8 ve 2010'da %57.7 (Tablo-8).

Tablo-7: İş kazalarının oluştuğu işyerlerinin çalışan sigortalı sayısına göre dağılımı(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	N	%	n	%	N	%
1-3	18791	23.3	17823	24.4	15840	24.6	12868	20.5
4-9	7357	9.1	6850	9.4	7425	11.5	6222	9.8
10-20	12037	14.9	9745	13.4	8653	13.5	7838	12.5
21-49	11364	14.2	9757	13.4	8753	13.6	8502	13.5
50-99	6402	7.9	5784	7.9	5697	8.9	5892	9.4
100-199	8068	10.1	6828	9.4	5466	8.5	6601	10.5
200-249	2678	3.3	2133	2.9	1553	2.4	1866	3.0
250-499	6400	7.9	5849	8.0	4437	6.9	4778	7.5
500-1000	3867	4.8	3736	5.1	2823	4.4	3017	4.8
1001+	3638	4.5	4458	6.1	3666	5.7	5318	8.5
Bilinmeyen					3		1	
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

Tablo-8: İş kazası geçirenlerin işyerindeki mesleki deneyim sürelerine göre dağılımı(2,3,4,5)

	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 gün	1680	2.1	1276	1.7	2104	3.43	1101	1.8
2-7 gün	1161	1.4	1071	1.5	932	1.4	992	1.6
8-30 gün	4178	5.2	3637	5.0	3057	4.8	3297	5.2
1 aydan fazla - 3 ay	8973	11.1	7816	10.7	6427	10.0	6568	10.4
3aydan fazla - 1yıl	21505	26.7	20596	28.2	16234	25.2	14143	22.5
1yildan fazla- 2yıl	12057	15.0	11579	15.9	9532	14.9	8307	13.2
2yildan fazla- 5yıl	16051	19.9	13755	18.8	13390	20.8	13866	22.0
5 yıldan fazla-10 yıl	9084	11.3	7775	10.7	7485	11.6	8213	13.1
10+ yıl	5913	7.3	5458	7.5	5155	8.0	6417	10.2
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

Ülkemizde 2007-2010 yılları arasında gerçekleşen iş kazalarının iş kazasının gerçekleştiği çalışma saatlerine dağılımı incelendiğinde, iş kazalarının çalışma başladıktan sonra sık oluştuğu, 5. ve 6. saatte azalma yaşandığı ve çalışma süresinin sonuna doğru yeniden artış eğilimi gösterdiği izlenmektedir (Tablo-9). İş kazalarına bağlı işgünü kayıpları incelendiğinde en sık 7-13 işgünü kaybı yaşandığı izlenmektedir; iş kazalarının 2007 yılında %32.7'sinde, 2008 yılında %31'inde, 2009 yılında %29.7'sinde, 2010 yılında %29.5'inde 7-13 işgünü kaybı oluşmuştur (Tablo-10).

Tablo-9: İş kazalarının çalışma saatlerine göre dağılımı(2,3,4,5)

Saat	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.saat	12696	15.8	12087	16.6	9143	14.2	7744	12.3
2.saat	11771	14.6	10596	14.5	8973	14.0	8918	14.2
3.saat	12694	15.7	10784	14.7	8450	13.1	8688	13.8
4.saat	9831	12.2	9024	12.4	8301	12.9	8137	12.9
5.saat	6467	8.1	5760	7.9	7112	11.1	7650	12.2
6.saat	7040	8.7	6580	9.0	5531	8.6	5864	9.3
7.saat	8783	10.9	8137	11.2	7430	11.6	7311	11.6
8.saat	11317	14.0	9991	13.7	9368	14.5	8588	13.7
9.saat+	0		4		0		0	
Bilinmeyen	3		0		8		3	
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

Tablo-10: İş kazası sonucu oluşan geçici işgünü kayıplarının kayıp sürelerine göre dağılımı (2,3,4,5)

Gün	2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	634	0.8	936	1.3	960	1.5	1971	3.1
1 - 3	6321	7.8	5959	8.2	5601	8.7	6873	10.9
4 - 6	13626	16.9	11677	16.0	9455	14.7	9918	15.8
7 - 13	26334	32.7	22623	31.0	19114	29.7	18533	29.5
14 - 20	13430	16.7	12038	16.5	10397	16.2	9703	15.4
21 - 30	4779	5.9	4454	6.1	3977	6.2	3758	6.0
31 - 90	11931	14.8	11712	16.1	11139	17.3	9489	15.1
91 - 183	2510	3.1	2462	3.4	2515	3.9	1906	3.0
184 - 364	780	1.0	828	1.0	848	1.3	581	0.9
365+	257	0.3	274	0.4	310	0.5	171	0.3
Toplam	80602	100.0	72963	100.0	64316	100.0	62903	100.0

Kaza incelenmesinde; ne, nerede, ne zaman, kim(ler)le, neden olduğu ve tekrarının nasıl önleneceği araştırılmalıdır. Kazadan hemen sonra, olay yerinin güvenliğinin sağlanması, yarılı(lar)a müdahale yapılması, olay yerinin görünümünün yazı ve fotoğraf ile tespiti ve tanıkların belirlenmesi işlemleri uygulanmalıdır. Tüm kazalar kayıt altına alınarak incelenmeli, üç günden fazla rapor gerektiren iş kazaları SGK bölge müdürlüğüne yasal zorunluluk gereği bildirilmelidir.

Avrupa'da iş kazalarının % 90 kadarının İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemlerinin eksikliğinden kaynaklandığı, son yılarda yapılan çalışmalarda bu eksikliklerin giderilmesi sonrasında, iş kazalarında en az % 30 azalma kaydedildiği saptanmıştır. Türkiye'de olduğu gibi Avrupa Birliği ülkelerinde de iş kazalarının en çok, küçük ve orta boy işletmeler (KOBİ)'de görüldüğü ve bu işletmelerde alınacak önlemlerin çok önemli olduğu belirlenmiştir. Bu önlemlerde risklerin ve yaralanma olasılıklarının belirlenmesi, kontrol listelerinin oluşturulması, çalışma grupları arasında iletişim, eğitimin temel uygulamalar olması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Saari J. Introduction (Accident Prevention). In. Encyclopaedia of Occupational Health And Safety, Fourth Edition, V II. Ed. Stellman JM. International Labour Office, Geneva, 1998:56.2
2. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2008 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
3. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2009 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
4. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2010 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
5. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2011 İstatistik Yıllığı. www.sgk.gov.tr
6. http://osha.europa.eu/en/topics/accident_prevention/index_html (erişim 15.04.2011)

SAĞLIK PERSONELİNİN SAĞLIĞI (*)

Doç. Dr. Meral SAYGUN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale

(*)Türkiye İş Sağlığı Raporu için hazırlanan bu makalenin daha geniş derleme hali TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni'nde "Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı Güvenliği Sorunları" başlığı altında 15.Ocak.2012 tarihinde yayına kabul edilmiştir.

GİRİŞ

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkilemektedir. Sağlık alanı, bir hizmet üretim dalı, bir iş koludur ve her iş kolu gibi kendine özel riskler içermektedir. Risk altında çalışan personelin vereceği hizmet, o hizmeti alan kişileri de ilgilendirmekte, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği, sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu çalışma ve yaşam koşulları ile yakından ilişkili bulunmaktadır (1).

Dünya sağlık örgütü ve Uluslar arası çalışma örgütünün 2010 yılında yaptığı ortak toplantısında sağlık çalışanlarının korunması konusuna öncelik verilmiş; ortak bir politika kılavuzu hazırlanmış, HIV ve tüberküloz için koruma, tedavi ve bakım hizmetleri klavuzu oluşturulmuştur (2)

Ülkemizde, bu konudaki yasal düzenlemelerden biri; Sağlık Bakanlığının 2009 yılında yayınladığı "Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"dir (3) . Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" kapsamındaki sağlık kurumlarına bu yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almak yükümlülüğünü getirmiştir. Yönetmeliğe göre; sağlık kurumları; çalışan güvenliği programının hazırlanması, çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması, çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili programın ve sürveyans çalışmalarının yapılması, radyasyon güvenliği ile ilgili koruyucu önlemlerin alınması, renkli kod uygulamalarının yapılması, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği komitesi, çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli düzenlemeleri yapmakla yükümlüdür (4).

Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır, bunun için öncelikle çalışma ortamlarında sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi, korunma önlemlerinin alınması ve bu etmenlere yönelik bilgilendirmenin yapılması gereklidir.

NIOSH'ın 2600 hastanenin mesleksağlığı servislerinin raporlarına göre yaptığı değerlendirmede, sağlık çalışanlarında en sık kas, iskelet sisteminde burkulma ve zorlanmaların görüldüğü saptanmıştır. Bunu delici yaralanmalar, çizilme, ezilme, laserasyon, sırt-bel hasarları, yanık ve kırıklar izlemektedir. En sık görülen hastalıklar solunum problemleri, infeksiyon, dermatit, ilaç ve tedavi reaksiyonlarıdır (5).

Ülkemizde hastane ortamının tehlike ve risklerini belirlemeye yönelik araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Mesleksel etken ile hastalık ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; deney hayvanları ve formaldehitle karşılaşan grupta allerjik konjonktivitin, formaldehit, gluteraldehit ve klorheksidinle karşılaşan grupta allerjik rinitin, elektrikle karşılaşanlarda gebelik patolojilerinin, molasız-yoğunlukta çalışanlarda depresyonun, rekabetle karşılaşanlarda anksiyete bozukluğunun, bu etkenlerle karşılaşmayan kişilere göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Aynı çalışmada, %11.6 sıklığında lateks alerjisi saptanmıştır (6).

Hastane ortamı gürültü düzeyini ölçmek amacı ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kliniklerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre, saptanan gürültü düzeyi Dünya Sağlık Örgütü tarafından tavsiye edilen en yüksek değerden yüksek bulunmuştur. En fazla rahatsız olunan gürültü kaynağı olarak telefon sesi ve konuşması, koridorda yürüme sesi gibi insan kaynaklı sesler saptanmış, servis zeminlerinin yumuşak materyalden yapılması ve servis telefonlarının sesli sistem yerine ışıklı sistem olması durumunda, hastane gürültüsünün DSÖ normlarına düşürülebileceği düşünülmüştür (7).

Radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışanlar için radyasyon, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlar için civa ve gluteraldehid maruziyetinin, ameliyathane çalışanları için ise toksik gazların risk oluşturduğu bildirilmektedir (8).

Radyasyon ile çalışan sağlıkçılar, mesleki ışınlanma yoluyla radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Tüm dünyada radyasyona maruz kalan yaklaşık 2,3 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. En büyük risk altında bulunan sağlık personeli radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp ana bilim dallarında çalışanlardır. Ayrıca diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve ameliyathanelerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Radyasyonun sağlık etkileri dozun büyüklüğüne ve vücudun ışınlanan bölgelerinin özelliklerine göre değişik zamanlarda ve farklı tiplerde ortaya çıkabilir (9). Toplumda kanser oranının fazla olması nedeniyle radyasyona bağlı kanser oluşma olasılığını belirlemek çok zordur. Radyojenik kanser riski olan organlar; meme, akciğer, tiroid ve sindirim sistemidir (10).

Radyoloji çalışanları, düşük doz iyonizan radyasyonun uzun dönem etkilerine maruz kalmakta, bu da immün yanıtta bazı bozukluklara neden olmaktadır. Radyoloji çalışanlarının immünite düzeyleri konusunda yapılan çalışmalar sınırlı olup tüm immün sistem komponentlerini tam olarak yansıtmamaktadır. İyonize radyasyona uzun dönem maruz kalan radyoloji çalışanlarında, uzun süreli, düşük doz iyonizan radyasyonun periferik kan lenfosit alt grupları, kompleman ve immünglobulin düzeyleri ile kan biyokimyası üzerine olan etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada; CD4+ T lenfositleri, total immünglobulinler (IgA, IgG, IgM), C3 ve C4'ün azaldığı, biyokimyasal olarak serum trigliserit düzeyleri ve serum paraoksonaz aktivitesinin yükselmiş olduğu ve sigara içen radyoloji çalışanlarında IgA ve IgM düzeylerinin sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda, çalışanlarda, etkilendikleri absorbe doza paralel olan yan etkiler oluşacağı, bu kişilerin radyasyondan korunmaya olabildiğince dikkat etmeleri ve immün fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve kan biyokimyası yönünden periyodik olarak izlenmelerinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır (11).

Radyodiagnostik çalışanlarında mesleki radyasyonun tiroid nodül prevelansı üzerine etkisini araştıran çalışmada; tiroid nodül sıklığı açısından mesleki radyasyon istatiksel anlamlı risk faktörü olarak saptanmamıştır. Fakat çalışma esnasında radyodiagnostik çalışanlarının büyük çoğunluğunun daha önce tiroid ultrasonografisi yaptırmamış olması ve nodül varlığından haberdar olmamaları, her yıl yapılan kontrollerde iyi bir fizik muayene ve tiroid ultrasonografisine ihtiyaç olduğunu düşündürmüş ve özellikle yoğun radyasyon etkisinde kalan Girişimsel Kardiyoloji ve Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi dallarını kapsayan geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir (10).

Antineoplastik ilaçlar karsinojenik, teratojenik ve mutajenik oldukları için mesleki maruziyet önemlidir. Antineoplastiklerle çalışan hemşirelerde, maruziyetin değerlendirildiği çalışmada, antineoplastik hazırlama ve uygulaması yapılan tüm servislerdeki hemşirelere uygulanan, Antineoplastik Temas İndeksi (Bir hemşirenin antineoplastiklerin oluşturduğu tehlikeye maruz kalma sıklığı) (ATİ) sonuçlarına göre, hemşirelerin %44.1'inin orta, %41'inin yoğun düzeyde maruz kaldığı belirlenmiştir. İdrar analizleri sonucunda herhangi bir kontaminasyon belirlenmemiştir. Baş ağrısı, saç dökülmesi ve halsizlik en fazla bildirilen yakınmalardır, kan tetkiklerinde yüksek monosit (%51.7) ve düşük hemoglobin (%23.3) değerleri ortaya konmuştur. Hemşirelerin ancak %50' si antineoplastikleri hazırlarken, laminar dikey akımlı kabin kullandığını, sadece %38.2'si eldiven , önlük ve gözlük/cerrahi maske kullandığını ve yalnızca %50'si antineoplastiklerle ilgili eğitim aldığını bildirmiştir. Araştırmanın sonucunda sitotoksik ilaçlara mesleki olarak maruz kalan hemşirelerin kişisel korunmalarının geliştirilmesi ve biyolojik izlemin desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır (12).

Ameliyathane çalışanları için başlıca risk faktörleri; atık anestetik gazlar, kanla bulaşan patojenler, lateks alerjisi, sıkıştırılmış gazlar, durağan postür, lazer dumanı, tehlikeli kimyasallar ve kayma ve düşmeler olarak belirlenmiştir (13). Ameliyathane çalışanlarında lenfosit sayısında azalma, antioksidan savunma mekanizmasında gerileme görülebilmektedir (14).

Ameliyathane ortamının ameliyathane personelinin sağlığı üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmada; anestezist doktor ve hemşireleri ile cerrahi doktorlarının sağlık sorunları, aynı fakültede, anestezik gazlara maruz kalmamış temel bilimlerde görev yapan doktorlarla karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, anestezistler, anestezi mesleğine başlamadan önce var olmayan birçok hastalığın geliştiğinden daha sık viral hastalıklara yakalandıklarından yakınmışlardır. Anestezist ve cerrahlarda varis, kilo alımı, peptik ülser hastalıkları daha sık saptanmıştır. Anestezistlerde, cerrahlar ve kontrol grubunda görülmeyen anomalili çocukların varlığı saptanmıştır. Anestezistlerde 70 gebeliğin 8'inin düşükle, 12'sinin düşük tehdidi altında sonlandığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, anestezistler ve cerrahların kendi bildirimlerine göre, sağlık sorunlarının bu denli artmasına, atık anestezikler dışında ameliyathane ortamının da katkıda bulunduğu bildirilmiştir (15).

Sağlık çalışanlarının meslek riskleri içinde infeksiyonlar önemli yer tutar. Solunum, damlacık veya temas yolları ile hastalardan bulaşan etkenler, sağlık çalışanları, çalışanların aile bireyleri ve diğer hastalar içinde risk oluşturmaktadır. Üzerinden çok araştırma yapılmış olan tüberkuloz, suçiçeği, kabakulak, difteri, kızamık, kızamıkcık, boğmaca, meningokok, parvovirüs B19, influenza diğer solunum yolu infeksiyonu etkeni virüsler hatta brucella bakterileri bu yolla bulaşabilmektedir (16,17).

Ankara da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda görev yapan hekim, hemşire, laboratuar ve radyoloji teknisyeni ile güvenlik görevlisi gibi farklı görevlerde çalışan 491 kişide tüberküloz infeksiyonunu riski araştırılmış ve PPD pozitifliği %83 olarak saptanmıştır (18). İzmir 'de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riskinin araştırıldığı bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı normal popülasyona göre daha sık bulunmuş, göğüs hastalıkları kliniğinde çalışanların, diğer kliniklerde çalışanlara göre tüberküloz hastalığı riski 6.37 kez daha fazla saptanmıştır. Meslek grupları içinde hemşirelerin doktorlara göre 2.63 kez daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (19).

Sağlık çalışanlarının, sağlık kurumlarındaki rutin çalışma ortamlarında, kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıklarına karşı, sürekli bulaş riski oldukça fazladır. Sağlık personeli için önemli bulaş riski oluşturan patojenler, insan immun yetmezlik virusu (HIV), hepatit B virusu (HBV) ve hepatit C virusu (HCV) dur. Bu etkenlerin neden olduğu klinik tabloların, asemptomatik enfeksiyondan yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlara varan büyük çeşitlilik göstermesi,

sağlık çalışanları için önemli bir meslek riski oluşturmaktadır. Mersin üniversitesinde yapılan çalışmada, anti-HAV seroprevalansı toplumla benzer olarak, %88.7 oranında bulunmuştur. Bunun nedeninin, toplumumuzda erken yaşta bu infeksiyona maruz kalınması olduğu, yine de seronegatif sağlık çalışanlarının risk altında oldukları için profilaksi yapılmasının, ileri yaşta daha ağır bir klinik tabloya neden olan hepatit A'dan korunmada önemli olduğu belirtilmiştir (20).

Dünyada HBV taşıyıcılığının ortalama % 6.5 olduğu bildirilmiştir. Yurdumuzun HBV taşıyıcılığı açısından orta endemisite bölgeleri arasında yer almakta olduğu (21,22) ve taşıyıcılığın, yayınlara göre değişmekle beraber % 4-14 arasında belirlendiği bildirilmektedir (23). Ülkemizde, hastane çalışanlarında HBV taşıyıcılığının araştırıldığı pek çok çalışma yapıldığı ve bildirilen HBsAg seropozitifliği oranlarının % 1-% 3.6 arasında değiştiği bildirilmektedir (23,24).

Dünyada HCV seroprevalansı % 0.5-2 arasında değişmektedir (22). Ülkemizde sağlık çalışanlarındaki anti-HCV pozitiflik oranlarının ise; yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarına göre; % 0.15 ile % 0.34 arasında değiştiği bildirilmiştir (23,24).

Bu patojenlerin sağlık çalışanlarına bulaşı, çoğunlukla enfekte hasta kan yada vücut sıvılarının perkütan veya mukozal yol ile teması sonucu oluşmaktadır. Bulaş yolları arasında, kesici ve delici alet yaralanmaları, kan ve diğer bulaştırıcı vücut sıvılarının deri üzerindeki sıyrıklar, çatlaklar ve lezyonlar yolu ile ya da ağız, burun, göz gibi mukozal yüzeylere sıçrama şeklinde doğrudan bulaşı sayılabilir. Özellikle kesici ve delici cisimlerle (enjektör iğneleri, bistüri vb) oluşan yaralanmalar parenteral yolla enfeksiyon bulaşma riski arttırmaları nedeni ile sağlık çalışanları için önemli bir bulaş yoludur (25). Bunun yanı sıra diş hekimliği veya cerrahi operasyon sonucu damlacık yolu ve viremi ile de çapraz bulaşma olabileceği ileri sürülmektedir (22).

Hepatit C ve HIV'dan korunmada bir aşı olmadığı gibi, etkin bir tedavinin olmaması ve prognozlarının ciddi seyretmesi konunun önemini arttırmaktadır (26).

Sağlık çalışanlarında kan ve beden sıvıları ile olan mesleksel yaralanmaların araştırıldığı çalışmada, kan ve beden sıvıları ile en az bir kez yaralanma öyküsü bildiren kişiler tüm olguların %58 ini oluşturmaktadır, yaralanmaların büyük çoğunluğu (%97) kesici, delici aletlerle meydana gelen perkütan yaralanmalar olup, % 62.5'i son bir yıl içinde gerçekleşmiştir. En yüksek yaralanma sıklığı hemşireler arasında (%74.6) saptanmış ve bunu araştırma görevlileri, öğretim elemanları, temizlik personeli ve tıp fakültesi öğrencileri izlemiştir. Hemşirelerde ve tıp fakültesi öğrencilerinde en sık yaralanmaya neden olan eylemin, enjektör iğnesine kapak takmak olarak saptanması, evrensel kurallara uyum konusunda ciddi şüpheler doğurmaktadır. Öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde gözlenen en sık nedenin sütür atmak olması da bu gruplarda dikkatsizlik faktörünün öne çıktığını düşündürmüştür. Temizlik personelinde gözlenen en sık yaralanma nedeni çöp toplamak ve çöp kovası taşımak olarak saptanmıştır. Hekimler ve hemşireler tarafından, kurallara aykırı olarak kesici ve delici aletlerin delinmeye dayanıklı atık kutuları yerine, normal çöp kovalarına ve evsel atık torbalarına atılmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmüştür (25). Ülkemizde sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki temasların araştırıldığı diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (26,27,28,29).

Üniversite hastanesinde üç aylık periyotta elektif cerrahi işlemlerde oluşan yaralanma ve kan organ sıvısı sıçrama sıklığının araştırıldığı çalışmada, üç aylık süre içinde yapılan ameliyatların %5.6'sında sivri cisim yaralanması ve %7.3'ünde kan ve organ sıvısı sıçraması bildirilmiştir. Sivri cisim yaralanması insidansı sıklık sırası ile en fazla hemşirelerde, asistanlarda, öğretim üyelerinde ve diğer personeldedir. Kan ve organ sıvısı sıçraması insidansı ise sıklık sırası ile en fazla öğretim üyelerinde, asistan ve hemşirelerde saptanmıştır. Ameliyatın süresi, ameliyat

başlama saati ve ameliyatta çalışan personel sayısının sivri cisim yaralanması oluşmasında etkili faktörler olduğu ve kan ve organ sıvısı sıçramasında da yine ameliyat süresi ve çalışan personel sayısının etkili olduğu saptanmıştır (30).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının aşılanma durumlarının araştırıldığı çalışmalara göre; Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği çalışanlarında aşılanma oranı %27 (31), Malatya'da yapılan çalışmada diş hekimlerinde aşılanma oranı % 48.7, yardımcı sağlık personelinde %14.9, olarak bulunmuş (32) Şanlıurfa'daki çalışmada ise tüm diş sağlığı çalışanlarının yarıdan fazlasının en az bir defa aşılandığı tespit edilmiştir (33). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde Sağlık çalışanlarının %50.4' ünün hepatit B, %30.8'ini de tetanoz aşılarını düzenli olarak yaptırdıkları, aşılanmayanların ise %21.5 oranında aşıya gerek duymadıkları için bağışıklanmadıkları belirlenmiştir (34). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerin %68.1 'inin üç doz hepatit B aşısı yaptırdığı, %11.6'sının aşı programını tamamlamadığı ve %20.3 'ünün ise hiç aşı yaptırmadığı saptanmış, en yüksek aşılama yüzdesine (%36.2) 25-29 yaş grubu ve çalışma hayatının ilk 10 yılında olan araştırma görevlilerinin sahip olduğu görülmüştür. Elli yaş ve üzerinde olanlar ile çalışma süresi 25 yıl ve üzerinde olanlarda aşılanma oranı önemli ölçüde düşük düzeydedir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu farkın HBV infeksiyonunun daha iyi tanınmasına ve korunmaya verilen önemin yıllar içinde artmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür (35). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yerleşkesinde yapılan çalışmada Hepatit B aşısı yaptırma oranı grup genelinde %71.9, öğrenciler arasında %52.5, öğrenciler dışındaki sağlık personelinde %83 olarak saptanmış ve sağlık çalışanlarının en sık olarak fırsat bulamadıkları için aşı yaptırmadıkları belirlenmiştir (36). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimler %69.8'i yaşamı boyunca hiç influenza aşısı olmadığını belirtmiştir, gelecek sene aşı olmayı düşündüğünü belirtenler ise katılımcıların sadece %37.1' ini oluşturmuştur. Araştırma sonunda; Hekimlerin influenza aşısı olma oranları ve bu konudaki tutumlarının istenen düzeyde olmadığı düşünülmüş ve aşı organizasyonu ve eğitim programları yardımıyla sağlık çalışanlarının aşılanma oranlarının artırılabileceği belirtilmiştir (37).

Çalışma hayatı ve verimlilik bakımından ergonomik faktörlerin önemli yeri vardır. Sağlık çalışanlarında ergonomik faktör olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi sorunlarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir. Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizler gibi ortama ait faktörler, kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara yol açmaktadır (38). Gelişmiş ülkelerde iş gücü kaybına yol açan hastalıkların arasında ikinci sırada yer alan bel ağrıları, üretim azalmasını etkileyen en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. İşyerinde ağırlık kaldırma, öne eğilerek çalışma, bel ve vücudun yanlış pozisyonlarda kullanılması gibi riskli etkenlere maruz kalma ve uygun olmayan çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen mesleki bel ağrısı, sık rastlanan sakatlanma nedenidir (39). Ülkemizde hekim, hemşire ve sağlık teknisyenlerinden oluşan bir grupta yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların % 73.8'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısından yakındıkları bildirilmiştir (40). Uzun süre aynı pozisyonda çalışmak zorunda kalan diş hekimlerinde mesleki çalışma şartlarına bağlı olarak en fazla vertebral disk rahatsızlığı oluştuğu bildirilmiştir (41).

Hastanede görev yapan hekimlerde çalışma koşullarına ve mesleğe bağlı olarak ortaya çıkan kas-iskelet sistemi problemlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hekimlerin % 33.33' inde kas- iskelet sistemi problemi olduğu, en fazla genel cerrahlar (%17.07), beyin cerrahları (% 14.63), çocuk hastalıkları uzmanlarında (%9.76) problem yaşandığı saptanmıştır (42).

Bir üniversite hastanesinde hemşire, sağlık memuru ve hastabakıcılarda bel ağrısı sıklığını ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılan çalışmada, bel ağrısı sıklığı hemşire ve hastabakıcılarda % 65.3 olmak üzere oldukça yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada işi gereği uzun süre ayakta durma ve hastayı indirme kaldırma veya pozisyon değişikliği yapma, günde

8 saat ve üzeri çalışma, vardiyalı çalışma ve gece vardiyasında sekiz saatten fazla çalışma risk faktörü olarak görülmüştür. Çalışmanın sonunda eğitim yoluyla sağlık personelinde konu ile ilgili farkındalığın artırılması, çalışma şekli ve sürelerinin düzenlenmesi ve yardımcı araç-gereç kullanımının özendirilmesinin sorunun çözümüne yardımcı olacağı ve ağrının yol açtığı iş gücü kaybının da en aza indirilebileceği belirtilmiştir (43).

Son yıllarda hastanelerde, özellikle acil servislerde hizmet veren hekimlerde ve sağlık çalışanlarında artan şiddete maruz kalma sıklığı, çalışanların kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmakta ve sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha riskli olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda yürütülmüş çalışmaların bulguları da sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu gerçeğini doğrulamış ve bu olayların sadece yaralanma gibi ciddi olanlarının şiddet olarak algılandığı, çok azının kayda alındığını göstermiştir (44). Ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalardan biri, üç ilde birinci basamak, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinin çalışanlarının katıldığı çalışmadır, bu çalışmada**,** bin yetmiş bir sağlık çalışanının % 50.8'inin son bir yıl içinde şiddet türlerinden birine ya da daha fazlasına maruz kaldığı, şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir. Çalışmada ayrıca, sağlık çalışanlarının işyerlerinde karşılaştıkları şiddeti çalışma sürecinin kaçınılmaz bir yanı olarak görmeleri nedeniyle pek çok olayın resmi olarak bildirilmediği saptanmıştır (45). Uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlarını kapsayan bir çalışmada, şiddet davranışına maruz kalma oranı % 87.1 olarak saptanmış, sözel şiddetin % 46.9, saldırgan davranışın % 33.5, fiziksel saldırının % 19.4 olduğu, şiddet gösterenlerin daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu, şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir (46).

Çalışma ortamında uğradıkları şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri, bakım kalitesinde düşme, moral bozukluğu, iş doyumunda azalma, işten ayrılma ya da ayrılmaya niyetlenme, stres düzeyinde artış, işteki hatalarda artış, işe devamsızlıkta artış, korku, öfke, güçsüzlük, suçluluk hissetme, uyku bozuklukları ve fiziksel yaralanma şeklinde özetlenmiştir (47).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır.

Çeşitli tanımları olmakla birlikte genel anlamda "İş doyumu", çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma koşullarını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir. İş doyumu, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biridir. İş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin etkilediği belirtilmektedir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını ve iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bunun sonucunda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalar görülmekte ve iş motivasyonları azalmakta, iş verimi düşmekte, işle ilgili kendine güvende azalma, tükenme sendromu, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçlar ortaya çıkmaktadır (48,49,50,51).

İlk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılan tükenmişlik kavramı, Maslach Marafından yapılan tanımlama ile "profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı

ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenmiyor olması" anlamına gelmektedir. Bireylerde tükenme; "duygusal tükenme", kişisel başarı noksanlığı" ve duyarsızlaşma" olarak ortaya çıkmaktadır (52,53).

Yapılan çalışmalarda tükenmişliğin, iş performansında azalma, kötü sağlık durumu, baş ağrıları, bulantı, uyku bozuklukları, yorgunluk, enerji kaybı, hastalıklara daha hassas olma, alkolizm ve ilaç bağımlılığı, işten ayrılma, iş memnuniyetsizliği, ailesel ve evlilik hayatında uyum bozukluğu, kişinin kendine güveninde azalma, depresif duygulanım, stres, ümitsizlik, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, libido kaybı, sosyal izolasyon ile birlikteliği görüldüğü ve insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde (doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları vs.) diğer mesleklere göre tükenme ile karşılaşma riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (54,55). Sağlık alanında çalışanların, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül vakalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenlerle, işle ilgili stres ve gerginlik yaşadıkları ve bu nedenle, tükenmişlik düzeyleri yönünden en fazla incelenen meslekler arasında yer aldıkları bildirilmektedir (56,57). Ülkemizde Tükenmişlik Sendromunun sıklığı ve nedenleri üzerine yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, Duygusal tükenme en çok intern hekimler, hemşire ve üçüncü basamakta çalışanlarda, duyarsızlaşma ise en çok intern hekimler, araştırma görevlileri ve üçüncü basamakta çalışanlarda görülmektedir. Bunun nedeni; intern hekim ve hemşirelerin sağlık kurumlarındaki örgütlenmede en alt düzeyde yer alması, iş yüklerinin daha yoğun olması ve üçüncü basamakta çalışanların son başvuru yerlerinde çalışmaları nedeni ile daha ağır ve ölümcül hastalarla karşılaşmaları ile açıklanmıştır. Kişisel başarı puanı ise birinci basamakta çalışanlar ve intern hekimlerde düşüktür. Bu durum, birinci basamağın işlevsizleştirilmesinin bir sonucu olarak, çalışanlarda yaşanan moral bozukluğu, özgüven eksikliğine bağlanmakta, intern hekimlerin ise, ülkenin sağlık ve eğitim sisteminden kaynaklanan ağır sorunları olduğu, son sınıfta artan yoğun çalışma koşulları, TUS ve zorunlu hizmet baskısı ve belirsizlik duyguları ile açıklanmaktadır (52,53,58,54).

Tükenmişlik sendromuyla ilgili önlemlerin bir kısmının tüm sağlık sistemine yönelik genel önlemler olabileceği, ayrıca farklı kategorilerdeki sağlık çalışanlarının farklı koşullardan kaynaklanan sorunları için daha özgül önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır (52). Tükenmişlikle başa çıkmak için kurumsal desteğin artırılması gerektiği, sağlık personelinin ücret doyumuna ulaştırılarak ekonomik sıkıntıdan kurtarılması, profesyonel gelişme için fırsatlar, stres ve tükenmişlikle başa çıkma stratejilerinin öğrenilmesinin yararlı olacağı belirtilmiştir (59).

İş yerinde psikolojik şiddet (Mobbing), bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri, etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Literatürde, öğretim görevlilerinin ve sağlık çalışanlarının iş yerinde psikolojik şiddet davranışlarına maruz kalmada ciddi olarak risk taşıyan meslek grubu olduğu ifade edilmektedir. Üniversitelerde çalışan akademik personelin iş yerinde karşılaştığı psikolojik şiddet davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, katılımcıların %90'ının son on iki ay içinde bir veya birden fazla kez psikolojik şiddet davranışlarıyla karşılaştığı, akademisyenlerin %17'sinin kasten bu davranışlara maruz bırakıldığı ve bu davranışların büyük kısmının kendi yöneticileri tarafından uygulandığı belirlenmiştir. İş yerinde psikolojik şiddet davranışları ile karşılaşan akademisyenlerin psikolojileri, sağlık durumları ve çalışma performanslarının olumsuz etkilendiği belirlenmiş, ayrıca katılımcıların iş yerinde psikolojik şiddetten kurtulmak için "uğradığı haksızlığı ilgili kişiyle yüz yüze konuşarak çözmeye çalışma" ve "maruz kaldığı davranışı bir üst makama bildirme" gibi davranışlar sergiledikleri saptanmıştır. Bununla birlikte %7 oranında katılımcının "zaman zaman intihar etmeyi düşündükleri" belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının, cinsiyeti, unvanı veya eğitim durumu ne olursa olsun akademik

alanda iş yerinde psikolojik şiddet davranışlarıyla karşılaşılabileceğini gösterdiği belirtilmiştir (60). Kars'da çalışan sağlık personelinin bullyıng (mobbing) davranışına maruz kalma sıklığını ve bu davranışa maruz kalan çalışanların depresyon düzeylerini incelenmek amacıyla yapılan çalışmada; araştırmaya katılan 167 sağlık personelinin %35,3'ünün bullyinge uğradığı ve psikolojik şiddeti daha çok başhekim ve doktorların uyguladığı ortaya çıkmıştır. Bullying mağduru 59 kişinin %66,1'inin depresyon belirtileri gösterdiği ve psikolojik şiddete maruz kalma ile depresyon belirtileri taşıma arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. En önemli depresyon belirtilerinin suçluluk duygusu, çalışabilirliğin engellenmesi ve başarısızlık duygusu olduğu belirlenmiştir (61).

Kesintisiz uzun süreli çalışma başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sık maruz kaldıkları ve doğal karşılanan bir çalışma biçimidir. Sağlık hizmeti kesintisiz 24 saat hizmet üretiminin gereksinim duyulduğu bir alan olduğu için acil servis çalışanları, 112 lerde çalışanlar, aile hekimliği modelindeki aile doktorları, asistan hekimlerin günlük çalışma süreleri 24 saatlik çalışma düzeni ile sürmektedir. Haftalık çalışma süreleri 45 saat olarak belirlenmiş olsa da kesintisiz 24 saat çalışma, çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Tehlike kaynaklarından etkilenme süresinin artması ile, işteki gerilim ve diğer sağlık sakıncaları ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının durumu benimsemiş olmaları da emek mücadelesinin önemli bir eksikliği olarak değerlendirilmektedir (62). Özellikle hastanelerde bireysel sözleşmeler ve geçici kadrolarda çalışanların, sağlık sorunlarını bildirdiği takdirde işsiz kalmaktan korkmalarının durumu daha kötüleştirdiği bildirilmektedir (63). Ülkemizde sağlık çalışanlarının çalışma ortamında karşılaştıkları riskler ve sağlık sonuçları ile ilgili sistematik bir bilgi toplama süreci bulunmamaktadır. Sağlık çalışanları karşılaştıkları iş sağlığı ve güvenliği sorunlarını, tıp alanındaki bilgi ve deneyimlerini kullanarak bireysel olarak çözmeye çalışmaktadır. Ortaya çıkan iş kazalarının ve meslek hastalıklarının izlenmesi ve nedenlerinin ortaya konması çalışanın özlük hakları açısından önem taşımaktadır (64).

ILO 1985 yılında her ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili önemli bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (6).

Ülkemizde, hastane sağlık çalışanlarına yönelik olarak 1999-2001 yılları arasında Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği gibi toplam 15 sağlık meslek örgütü ve sendikanın desteği ile Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongreleri düzenlenmiş, Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitelerinin kurulması ve işlevleri ile ilgili tartışmalar yürütülmüştür. Komite hazırlığı için kamu hastanelerinde pilot çalışmalara başlanmış olmasına rağmen çeşitli nedenlerle uygulama devam edememiştir (63).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayınlanan "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ve 2011 yılında yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" den sonra ülkemizde bazı sağlık kurumlarında "Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi " yapılanmaları oluşturma çalışmaları başlamıştır. Birçok merkezde İnfeksiyon Kontrol Komiteleri'nin sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda da etkinlik gösterdiği bilinmektedir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği İş Sağlığı Çalışma Gurubu (İSÇG) tarafından 18 Eylül 2010 tarihinde Ankara'da, 27 katılımcı ile "Hastanelerde Sağlık Çalışanların Sağlığı Örgütlenmesi Çalıştayı" düzenlenmiştir. Bu toplantıda çalışan sağlığı ve güvenliği birimi kurulmuş olan hastanelerde, kurulma süresinde yaşanan sorunlar paylaşılmış, örgütleme, görev tanımı, finansman konusunda görüş birliğine varılması gerektiği belirtilmiştir (65).

ÖNERİLER

- Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği; konunun uzmanlarınca kurulan iş sağlığı ve güvenliği birimlerinde/ kurullarında izlenmelidir. Bu kurulların görevleri arasında; işe giriş muayeneleri, aralıklı kontrol muayeneleri, çalışanların işe uyumu, bağışıklama, sağlık eğitimleri, iş güvenliği çalışmalarının organizasyonu, özellikli çalışanların takibi/ muayenesi, iş ortamı risklerinin belirlenmesi yer almalı ayrıca kurullar veri toplanması, araştırma yapılması, danışmanlık yapılması gibi işlevleri yerine getirebilmelidir.
- Tüm İş kazalarının kurum bazında büyüklüğüne ve şiddetine bakılmaksızın kaydı ve izlenmesi, bu konudaki önlemlerin alınması konusundaki girişimleri artıracağından bu alanda tüm hastanelerde girişimlerde bulunulmalıdır. Kurum bazında uygulanacak bu kayıt ve izlem etkililiği gösterilmiş sürveyans rehberleriyle yapılmalıdır.
- Kurum içinde yürütülmesi tasarlanan bir kayıt sisteminin kurulma aşamalarına ilgili tüm taraflar dahil edilmelidir.
- Sağlık Çalışanlarının sağlığı alanında dağınık bulunan akademik bilgi birikimin paylaşılması, bu çalışmaların koordinasyonu ve bir araya getirilmesi gereklidir. Ayrıca çalışmaların sadece akademik faaliyet olarak değil, neden sonuç ilişkileri açısından değerlendirilmesi gereklidir (9, 64, 66).

Kaynaklar

1. Soyer A. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri ve Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri: Neden, Nasıl? Toplum ve Hekim. 1999;14(6): 458–60.
2. World Health Organization**.** Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB, 28 April 2010.
3. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. R.Gazete : 27214. 29 Nisan 2009.
4. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete Sayı: 27897, 6 Nisan 2011.
5. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. www.cdc.gov/ niosh/ hcwold0.html.
6. Kıran S. Sağlık Çalışanlarında Mesleksel Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri ve Hastalık/ Yakınma İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2003.
7. Vehid S, Erginöz E, Yurtseven E, Çetin E, Köksal S, Kaypmaz A. Noise Level of Hospital Environment. TAF Prev Med Bull. 2011; 10(4): 409-414.
8. Dokuzoğuz B. Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri ve Kontrolü. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı. syf: 155-156. 15-19 Ekim 2008, Antalya.
9. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2008, Ankara.
10. Tek Baş G. Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Radyoloji Teknisyenlerinde Mesleki Radyasyonun Tiroid Nodül Prevalansına Etkisinin Normal Populasyonla Karşılaştırılması. (Uzmanlık Tezi), İstanbul, 2006.
11. Serhatlıoğlu S, Ozan TA, Gürsu F, Gödekmerdan A, Ayar A, Oğur E. İyonizan Radyasyonun Radyoloji Çalışanlarının Bağışıklık Düzeyleri ve Kan Biyokimyası Üzerine Etkileri. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 2004; 10: 97-102.

12. Türk M, Çiçeklioğlu M, Davas A, Saçaklıoğlu F. Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.Ekim-Kasım-Aralık 2006; 28: 41-48.
13. Aslanhan B, Müezzinoğlu A. Sağlık Kuruluşlarında Uyulması Gerekli İşyeri Kuralları, Denetleme, Yaptırım. Toplum ve Hekim. 2006**;** 21(3):179-188.
14. İlhan B. Sağlık Çalışanlarında Görülen Mesleki Hastalıklar ve Ölümler**.** Toplum ve Hekim. 2006; 21(3): 194-196.
15. Öğün CÖ, Çuhruk H. Ameliyathane Ortamının Ameliyathane Personelinin Sağlığı Üzerine Etkileri. T Klin Tıp Bilimleri. 2001; 21: 83-93.
16. Ergönül Ö. Sağlık Personelinde İnfeksiyon Riski ve Korunma. Hastane İnfeksiyonları Dergisi. 2004; 8: 140-143.
17. Ergönül Ö, Çelikbaş A, Tezeren D, Güvener E, Dokuzoğuz B. Analysis of risk factors for laboratory-acquired brucella infections. J Hosp Infect. 2004; 56: 223-7.
18. Keskiner R, Ergönül O, Demiroğlu Z, Eren S, Baykam N, Dokuzoğuz B. Risk of tuberculous infection among healthcare workers in a tertiary-care hospital in Ankara, Turkey. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004; 25: 1067-1071.
19. Kılınç O, Uçan ES, Çakan A, Ellidokuz H, Özol D, Sayıner A, Özsöz A. İzmir'de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir mi? Toraks Dergisi. 2000; Cilt 1 sayı 1: 19-24.
20. Ersöz G, Şahin E, Kandemir Ö, Kurt Ö, Delialioğlu N, Kaya A, Emektaş G. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Personelinde HAV, HBV, HCV Seroprevalansı ve Hepatit B Aşılaması. Viral Hepatit Dergisi. 2006; 11(2): 84-88.
21. Güven R, Özcebe H, Çakir B. Hepatitis B prevalence among workers in Turkey at low risk for hepatitis B exposure. Eastern Mediterranean Health Journal. 2006; 12 (6): 749–757.
22. Akca G. Diş Hekimliğinde Kan Yoluyla Bulaşan Viral İnfeksiyonlar ve Önemi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi. 2008; 12: 5-10.
23. Özer B, İnci M, Duran N, Sapan E, Alagöz GE, Motor VK. Üniversite Hastanesi Sağlık Çalışanlarında HBV, HCV ve HIV Seropozitifliğinin Hastaneye Başvuranlarla Karşılaştırılması. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 2010; 27: 46-49.
24. İnci M, Aksebzeci AT, Yağmur G, Kartal B, Emiroğlu M, Erdem Y. Hastane Çalışanlarında HBV, HCV ve HIV Seropozitifliğinin Araştırılması.Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 2009; 66: 59-66.
25. Kuruüzüm Z, Elmali Z, Gunay S, Gunduz S, Yapan Z. Occupational exposures to blood and body fluids among health care workers: a questionary survey. Mikrobiyoloji Bulteni. 2008; 42: 61-9.
26. Kisioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiyolojisi ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri. 2002; 22: 390–396.
27. Erol S, Özkurt Z, Ertek M, Kadanalı A, Taşyaran MA. Sağlık Çalışanlarında Kan ve Vücut Sıvılarıyla Olan Mesleki Temaslar. Hastane İnfek Dergisi. 2005; 9: 101-6.
28. İlhan MN, Durukan E, Aras E, Türkçüoğlu S¸ Aygün R. Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses: the need for new policy implication. Journal of Advanced Nursing. 2006; 56(5): 563–568.
29. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY, Tekeli E. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids among Health Care Workers in Ankara, Turkey,. American Journal of Infection Control and Epidemiology. 2005; (33): 48-52.

30. Ertem M, Dalar Y, Çevik U, Şahin H. Injury or body fluid splash incidence rate during three months period in elective surgery procedures, at Dicle University Hospital, Diyarbakır, Turkey. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery. 2008; 14(1): 40-45.

31. Ayyıldız A, Yiğit N, Uslu H. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği çalışanlarının hepatit B ve hepatit C yönünden incelenmesi. Viral Hepat Derg. 2000: 113-5.

32. Bilişik-Doğan G, Bayındır Y, Kayabaş U, Tekerekoğlu MS, Yoloğlu S, Ersoy Y. Diş hekimleri ve yardımcı sağlık personeli arasında hepatit B ve C seroprevalansı. Klimik Derg. 2005; 18(3): 121-4.

33. Koruk ST, Koruk İ,Şahin M, Duygu F. Şanlıurfa'da Ağız ve Diş Sağlığı Calışanlarında HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV Pozitifl iği ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Klimik Dergisi 2009; 22(2): 55-61

34. Türkistanlı E, Şenuzun FE, KaracaBS, San AT, Aydemir G. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu. Ege Tıp Dergisi. 2000; 39 (1): 29-32.

35. Turhan Ö, Polat HH, Erengin H, Dönmez L, Yalçın AN. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışlan Hekimlerde Hepatit B İnfeksiyonuna Karşı Aşılanma Durumu. Viral Hepatit Dergisi 2006; 11(2): 80-83.

36. Çelik Y, Akduman D, Kıran S. Sağlık Calışanları ve Oğrencilerin Kan ve Vucut Sıvılarıyla Bulaşan Enfeksiyonlar, Enfeksiyon Kontrol Onlemleri Hakkındaki Bilgi Duzeyleri, Temas Sıklıkları, Serolojik Durumları ve Hepatit B Aşılanma Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(4): 1246-1255.

37. Dönmez L, Polat HH,Yalçın AN, Öncel S, Turhan Ö. Bir Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerin İnfluenza Aşısı Olma Oranları ve Aşı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları.Turkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(1): 48-53.

38. Dokuzoğuz B. Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri. Hastane Enfeksiyonları Kontrolü El Kitabı. Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2. Bilimsel Tıp Yayınevi. 2004:403-17.

39. Altınel L. Köse KÇ. Altınel EC. Profesyonel Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısı Prevelansı ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007; 5(3): 115-120.

40. Baran E, Gönül Elmas D, Aslan D. Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarında Bel Ağrısı Sıklığının Saptanması, 9. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı, Ankara, 2005.

41. Cavlak U, Yağcı N, Böbeci M. Denizli ilinde çalışan diş hekimlerinde görülen Kas İskelet Sistemi Problemlerinin İncelenmesi.Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi.2002;15:113-16.

42. Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. Hekimlerde Kas–İskelet Sistemi Problemlerinin Analizi. D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. Mayıs 2006; 10. Sayı: 163-170.

43. Aksakal N, İlhan MN, Yüksel H, Kurtcebe Ö, Bumin MA. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşire, Sağlık Memuru ve Hastabakıcılarda Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. TTB. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. Mayıs, Haziran, Temmuz 2009; 32: 38-46.

44. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; 2(2): 161-173.

45. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3: 147-154.

46. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? J Forensic Leg Med. 2007; 14: 423-428.

47. Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(6): 547-554.

48. Saygun M, Çakmak A, Köse K.S.. Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doyumu. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2004; 24(3): 219-229.
49. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 2: 13-23.
50. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi. 2006; 16(1): 9-14.
51. Birgili F, Salış F, Özdemir S. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010, 13; 27-37.
52. İlhan MN. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu. İçinde: Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Yayına hazırlayan Doç. Doç. Dilek Aslan. Ankara Tabip Odası, Ankara 2009. syf 217-22.
53. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara, 2005.
54. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6:357-363.
55. Haran S, Devrimci ÖH., Ölmez Ş, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kriz Dergisi 1998;6(1):75-84.
56. Sucuoğlu B, Kuloğlu N. Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi 1996;10:44-60.
57. Çimen M, Şahin B, Akpolat B, Işık O. Özel Bakım Merkezinde Çalışan Personelin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Çalışma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Ocak 2012; 3(1): 21-31.
58. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da Bir Tıp Fakültesi'nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005; 14 (8): 169-173.
59. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji Ve Algoloji Çalışanlarında Tükenmişlik Durumu. Ağrı. 2010 ;22(2):79-85.
60. Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri. J Med Sci. 2010;30(2):559-70.
61. Yıldız S, Yıldız SE. Bullyıng ve Depresyon Arasındaki İlişki. Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma. Istanbul Tic. Ünv. Sosyal Bilimler Dergisi. 2009; 15:133-50.
62. Abbasoğlu S, Emiroğlu C, İlhan NM, Koşar L, Kesedar S, Müezzinoğlu A. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kime Emanet? Toplum ve Hekim . 2006; 21(3): 173-179).
63. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10 (3): 43-51.
64. AksanDA, Tanık FA. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesin Uygulanması ve İzlenmesi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül 2009; 33: 32-41.
65. Bakırcı N, Ergör A. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği İş Sağlığı Çalışma Grubu. Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Örgütlenmesi Çalıştay Notları. 2010, Ankara.
66. Ergönül Ö. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1999'dan Bugüne ve Geleceğe. Toplum ve Hekim. 2006; 21(3): 170-172.

GÖÇMEN ve MEVSİMLİK İŞÇİ SAĞLIĞI

Uz. Dr. Umur GÜRSOY
Halk Sağlığı Uzmanı, OSMANİYE

Doç. Dr. Ferdi TANIR
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

Giriş

Hangi nedenle olursa olsun tüm göçler gibi işgücünün de göçü: Göçün başladığı, geçtiği ve bittiği ülkelerde ve bölgelerinde önemli sorunlara neden olur. İşçiler göç ettikleri yerlerde yasa dışı ve kaçak olarak çalışabilir ve önemli sağlık ve sosyal sorunlar yaşayabilir, yaşatabilirler (1,2). Göçmen işçiler genellikle, yüksek sağlık riskleri içeren '3-D' olarak kısaltılan ve yerli işçilerin yapmaktan kaçındığı pis, tehlikeli ve nitelik gerektirmeyen (Dirty-Dangerous-Demeaning), işyerinden kaynaklanan stresin yoğun olduğu ve "mavi yakalı" olarak adlandırılan işlerde (blue collor jobs) çalıştırılmaktadırlar. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) göre göçmen işçilerin sağlık riskleri: Kendi ülkelerinde yaşadıkları sağlık sorunları, göç edilen ülkeye özgü olan ancak göçmen işçilerin henüz bağışıklığının olmadığı hastalıklar ve yeni bir ortama alışma sürecine özgü fiziksel ve psikolojik koşullardan kaynaklanan hastalıklar ve sendromlar olarak üç grupta irdelenmektedir (3).

Türkiye'nin göçmen işçileri: 1- Türkiye'den dış ülkelere giden *'dışa göçmen'* (içten dışa), 2- Dış ülkelerden Türkiye'ye gelen *'yabancı göçmen'* (dıştan içe göçmen) ve 3- Ülke sınırları içinde ailesinin bulunduğu yerleşim yerinden sadece çalışmak amacıyla ülke içindeki başka bir yerleşim yerine göçen *'iç göçmen'* (içten içe) işçiler şeklinde üçe ayırabiliriz. Yabancı göçmen işçilerin sağlığı, henüz elimizde güvenilir bilimsel araştırmalar ve resmi verilerin bulunmayışı nedeniyle raporumuz kapsamı dışında bırakılmıştır. 2006 yılı verileriyle ülkemize yasal yollarla gelmiş ve çalışmakta olan ve % 32.9'u kadın olan 195.719 yabancı dışında bir milyon kadar da kaçak yabancı ülke göçmeninin ülkemizde bulunduğu tahmin edilmektedir. Ülkemize 2006 sayılarıyla en fazla Bulgaristan (51.683), Azerbaycan (12.278), Almanya (9.795),Birleşik Krallık (7.849) ve Rusya Federasyonu'ndan (7.784) göçmen işçi gelmiştir (4, 5).

Yurtdışında çalışan (dışa göçmen) Türk işçileri

Genel göç nedenleri dışında yaşadığımız topraklarda ilk göçmen işçilerimiz, Osmanlı Devleti'nin Birinci Dünya Savaşı öncesinde meslek eğitimi için Almanya'da eğitim gören ve özellikle savunma sanayisinde çalışan ve sayıları 10.000 kadar olan Osmanlı vatandaşlarıdır (1, 10). Daha sonra, 2. Dünya Savaşı'nın ardından yeniden imar edilen Federal (Batı) Almanya, 50'li yıllarda başlayan iş gücü açığını kapatmak için 30 Ekim1960 tarihinde imzalanan karşılıklı işçi mübadelesi anlaşması ile o zamanki ilk göçmen işçi kafilesi 26 Ekim 1961 tarihinde İstanbul'dan hareket etmiştir. Bunu, Avusturya, Belçika ve Hollanda ile 1964 yılında, Fransa ile 1966'da, İsviçre ile 1967'de ve İngiltere ile de 1970'te imzalanan anlaşmalar izlemiştir (1, 5). Federal Almanya 1973 yılında işçi göçünü resmen durdurmuşsa da 1975'den itibaren turist gibi veya kaçak yollardan Avrupa ülkelerine giden Türklerin sayısında da büyük bir artış yaşanmıştır (4,5,6). Resmi sayılara göre, 1961-2009 yılları arasında Almanya'ya toplam 694.437 yurttaşımız göçmen işçi olarak gitmesine karşın Türkiye Yüksek Seçim Kurulu verilerine ve resmi olmayan verilere göre Almanya'da halen yaklaşık 3 milyon Türk vatandaşının yaşadığı ve 5 milyon vatandaşın da çeşitli şekillerde Almanya ile ilişki halinde olduğu tahmin edilmektedir (6, 7).

2009 yılında yurtdışında çalışan vatandaşlarımızın sayısı, işgücümüzün %5,7'sidir. Yurtdışındaki işgücümüzün % 15,2'si işsizdir[1]. Ocak-Şubat 2011 verilerine göre yurtdışındaki işsizlerimizin sayısı 194.225'e, çalışanlarımızın sayısı da 1.105.220'ye gerilemiştir. Uluslararası İşçi Örgütü (ILO) kaynaklı 2006 verilerine göre sadece 70'i kadın olan yurtdışında (başka ülkelerde) çalışan toplam işçi sayımız 81.379 kişi; 2006 yılı işgücü sayımızın % 0,36'sıdır. Yurtdışından ülkemize gelen işçi sayısı ise 195.719 (aynı yılın işgücü sayımızın % 0,76'sı) kişidir. 2010 yılında yurtdışı (bağımlı çalışan) işçi sayımızın işgücü sayımıza oranı % 4,65'e düşmüştür (5,8,9,10,11).

31 Aralık 2009 itibariyle yurtdışında toplam 3.765.175 yurttaşımız yurtdışında yaşamaktadır (2,12) (bkz. Tablo: 1).

Tablo 1. Yurtdışındaki Türklerle İlgili Sayısal Bilgiler (2009-2010)(3)

ÜLKELER*	**Vatandaş Sayısı**		**Bağımlı Çalışan Sayısı**		**Bağımsız Çalışan Sa ısı**		**Toplam Çalışan Sayısı****		**İşsiz Vatandaş Sayısı**	
	009	**2010**	**2009**	**2010**	**2009**	**2010**	**2009**	**2010**	**2009**	**2010**
A) AV UPA KIT TOPLAMI	**3.052. 133**	**3.052. 133**	**925. 4 5**	**925.2 45**	**102.18 2**	**102.18 2**	**1.039. 281**	**1.039. 281**	**207.4 98**	**207.4 98**
1. Avrupa Birliği Ülkeleri Toplam	**2.911. 284**	**2.911. 284**	**886.9 24**	**886.9 24**	**101.19 8**	**101.19 8**	**993.72 2**	**993.72 2**	**203.6 60**	**203.6 60**
F. Almanya[1]	1.658. 083	1.629. 80	474. 8 2	474.3 82	70.000	0.000	544.38 2	44.382	141.4 84	141.4 84
Fransa[2]	459.6 11	459.6 11	190.7 94	190.7 94	5.000	5.000	195.79 4	195.79 4	1.275	21.27 5
Hollanda***[3]	372.7 28	372.7 28	115.1 00	115.1 00	12.900	12.900	128.00 0	128.00 0	17.00 0	17.00 0
Avusturya[4]	110.6 78	110.6 78	36.90 0	36.90 0	3.000	3.000	45.500	45.500	8.541	8.541
İngiltere[5]	52.89 3	52.89 3	17.95 3	17.95 3	4.505	4.505	22.458	22.458	.279	4.279
Danimarka***[6]	57.12 9	57.12 9	29.06 6	29.06 6	4.000	4.000	33.066	33.066	4.406	4.406
Yunanistan	48.88 0	48.88 0	3.563	3.563			3.563	3.563		
Belçika[7]	39.41 9	39.41 9	7.923	7.923	1.793	1.793	9.716	9.716	6.675	6.675
İtalya	20.88 2	20.88 2	6.414	6 414			6.414	6.414		
Polonya	3.253	3.253	1.586	1.586			1.586	1.586		
İspanya	3.395	3.395	1.097	1.097			1.097	1.097		
İrlanda	1.472	1.472	800	800			800	800		
2. Diğer Avrupa Ülkeleri Toplamı	***140.8 49***	***140.8 49***	***38.32 1***	***38.32 1***	***984***	***984***	***45.559***	***4 .559***	***3.838***	***3.838***
B) ASYA KITA TOPLAMI	***323.6 31***	***323.6 31***	***79.63 7***	***79.63 7***	***240***	***240***	***166.73 1***	***166.73 1***	***2.158***	***2.158***
1.Türk Cumhuriyetleri Toplamı	***70.73 4***	***70.73 4***	***4.567***	***4.567***			***42.761***	***42.761***	***2.158***	***2.158***
Azerbaycan	17.57 7	17.57 7					4.121	4.121		
Kazakistan	7 000	7.000	1.500	1.500			1.500	1.500		
Türkmenistan	9.500	9.500					6.000	6.000		
Kırgızistan	3.380	3.380	1.967	1.967			1.967	1.967		
Özbekistan	700	700	600	600			600	600		
Tacikistan	600	600	500	500			500	500		

[1] Yüzdeler 2 ve 11 nolu kaynaktaki bilgilerden hesaplanmıştır

KKTC	31.977	31.97					28.073	28.073	2.158	2.158
2.Ortadoğu Ülkeleri Toplamı	***162.631***	***162.631***	***41.488***	***41.488***	***240***	***240***	***90.484***	***90.484***		
Suudi Arabistan	115.000	115.000					70.000	70.000		
İsrail	10.901	10.901	6000	6000			6000	6000		
Bir. Arap Emirlikleri	5.4 4	5.484	2.650	2.650			2.650	2.650		
Kuveyt	4.000	4.000	2.660	2.660	120	120	2780	2780		
Dubai	3.000	3.000	23.774	23.774	120	120	2.650	2.650		
Suriye	2.350	2.350	946	946			946	946		
Ürdün	8.262	8.262	1.400	1.400			1.400	1.400		
Katar	1.985	1.985	1.500	1.500			1.500	1.500		
Irak	1.200	1.200	1.200	1.200			1.200	1.200		
Bahreyn	724	724	617	617			617	617		
3. Diğer Ülkeler Toplamı	***90.266***	***90.266***	***33.582***	***33.582***			***33.486***	***33.486***		
Rusya Federasyonu	59.177	59.177	22.808	22.808			22.808	22.808		
Japonya	3.653	3.653	1.300	1.300			1.300	1.300		
Afganistan	4500	4500	4500	4500			4500	4500		
Ukrayna	5.394	5.394	1.900	1.900			1.900	1.900		
Gürcistan	2.145	2.145	1.000	1.000			1.000	1.000		
Güney Kore	1.026	1.026	560	560			560	560		
Çin	578	578	492	492			492	492		
C) AFRİKA KITA TOPLAMI	***25.899***	***25.899***	***16.487***	***16.487***	***500***	***500***	***16.987***	***16.987***		
Sudan	1.800	1.800	1.100	1.100			1.100	1.100		
Cezayir	1.480	1.480	1.379	1.379			1.379	1.379		
Libya	15.000	15.000	12.500	12.500	500	500	13.000	13.000		
Fas	2.996	2.996	587	587			587	587		
D) AMERİKA KITA TOPLAMI	***292.512***	***292.512***	***143.325***	***143.325***			***143.325***	***143.325***		
A.B.D.	250.000	250.000	114.000	114.000			114.000	114.000		
Kanada	41.000	41.000	29.000	29.000			29.000	29.000		
E) AVUSTRALYA KITA TOPLAMI	***71.000***	***71.000***	***28.090***	***28.090***	***6.000***	***6.000***	***34.090***	***34.090***	***3.500***	***3.500***
Avustralya[10]	70.000	70.000	27.500	27.500	6.000	6.000	33.500	33.500	3.500	3.500
Yeni Zelanda	1.000	1.000	590	590			590	590		
GENEL TOPLAM	***3.765.175***	***3.765.175***	***1.192.784***	***1.192.784***	***108.922***	***108.922***	***1.400.414***	***1.400.414***	***213.156***	***213.156***

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yurt Dışı Teşkilatı ile Dışişleri Bakanlığı (Bakanlığımız yurt dışı teşkilatı bulunmayan ülkeler)

*Almanya vatandaş sayısı (1.629.480) haricinde 2010 yılı verilerinde 2009'a göre hiçbir değişiklik olmamış gözükmektedir

** Çin hariç, Toplam Çalışan Sayısı 501'den az olan ülkeler tabloya alınmamıştır. Ancak ülkelerin verileri genel ve kıta toplamlarına yansıtılmıştır

*** Çifte uyruklu vatandaş sayısı dahildir

Yerli (iç) göçmen işçiler

Ülkemizde tarımda hasat ve inşaat mevsimine denk gelen özellikle ilkbahar, yaz ve sonbahar (Şubat-Ekim) aylarında artan; kimi zaman okullardaki öğrencilerin eğitim dönemlerinin birkaç ayına da denk gelen; kadın ve çocuk işçilerin ve yoksul ailelerin yoğun biçimde katıldığı özellikle Karadeniz'e çay ve fındık, İç Anadolu'ya şeker pancarı ve havuç; Çukurova ve Ege'ye pamuk ve üzüm, Ege'ye üzüm toplamaya; çoklukla Ankara, Yozgat, Kayseri, Aksaray, Kırıkkale, Trabzon, Ordu, Rize, Malatya, Kütahya, Düzce, Antalya, Sivas, İzmir, Afyon, Kahramanmaraş, Mersin, Kırşehir, Şanlıurfa'nın ilçesi Harran, Konya, Adana, Şanlıurfa Merkez, Eskişehir, Hatay ve Bursa illerine gidenlerin yarattığı mevsimlik bir iç göç söz konusudur. Hukuk açısından *iç* göç sonucu başka bir bölgeye göç edip işçi olarak çalışmaya başlayan kişiler, göç ettikleri bölgedeki diğer kişiler ile aynı ülke vatandaşlığına ve aynı ulusal hukuk sistemine tabi olup aynı hukuksal korumadan yararlanacakları için kimi yazarlara göre "…iç göç sonucu başka bir bölgeye göç edip işçi olarak çalışan kişiler, 'göçmen işçi' olarak kabul edilmemektedir." (4, 13).

Türkiye'de sanayileşme ve makineleşme ile birlikte tarımda da yapısal değişimler olmaktadır. Türkiye tarımında yer alan ailelerin % 30.2'si topraksızdır. Bunlar ya tarım işçiliği ya da kiracılık/ ortakçılık yaparak geçim sağlamaktadır. Bu gelişmeler sonucunda, kendi tarım işletmelerinden yeterli geliri elde edemeyen az topraklı veya topraksız aileler, geçimlerini sağlayabilmek ve çalışabilmek amacıyla daha fazla tarımsal iş olanağı bulunan yörelere mevsimlik (gezici) giderek iş aramaktadır. Özellikle pamuk, fındık, tütün, çay, şekerpancarı ve üzüm tarımının yoğun olarak yapıldığı Çukurova, Karadeniz, Ege ve İç Anadolu Bölgelerine; bu bitkilerin çapa, sulama ve hasat zamanlarında başta Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden olmak üzere yüz binlerce gezici (mevsimlik) tarım işçisi aileleri ile birlikte çalışmaya giderler. Bu işçiler "mevsimlik" (gezici) işçi olarak isimlendirilmektedir (13,14). Mevsimlik tarım işçileri-MTİ, çeşitli bölgelerde farklı isimler alan "tarım aracıları" ile iş bulmaktadır. Yılın belirli aylarında iş bulup çalışabilen mevsimlik tarım işçileri, yılın diğer aylarında ise ya işsiz kalmakta, ya da kentsel alanlarda düşük ücretli, niteliksiz işler aramaktadır. MTİ'inin barınma, yaşam ve çalışma koşulları insani gelişme ölçütlerinden çok uzaktır. (14,15,16).

Türkiye'de sayıları tam olarak bilinmemekle birlikte 1.5 milyon kadar mevsimlik tarım işçisinin olduğu tahmin edilmektedir. MTİ'nin gerek toplumsal boyutu ve gerekse sağlık sorunlarının yoğunlu nedenleriyle özellikle gezici tarım işçiliğinin yapıldığı çevrelerde halk sağlığının çalışma alanlarından birisini oluşturmaktadır. Raporumuz, başka bölgelerden evlerini taşıyarak göç edip göç ettikleri yere yerleşenleri değil; halen oturmakta oldukları bölge ve evlerinden veya ailelerinden ayrılıp çalışma saatleri bitiminde evlerine dönemeyen, kısa (gezici veya mevsimlik) işler için bir başka yurt coğrafyasında çalışmaya giden *iç göçmen* işçileri kapsamaktadır (14,15,16,17).

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı "Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Stratejisi ve 2010 Eylem Planı" dokümanında: "Kırsal alanda topraksız çiftçilerin yanı sıra tarım işletmelerinin başta miras hukuku olmak üzere çeşitli nedenlerle giderek küçülmesi ve parçalanması birçok işletmeyi kendine yeterli olmaktan uzaklaştırmıştır. Sonuçta tarımsal faaliyet ile uğraşan birçok aile, geçimini sağlayabilmek için daha fazla tarımsal iş olanağı olan yörelere gezici (yerleşik olmayan) ve mevsimlik (geçici) işçi olarak gitmek durumunda kalmaktadır. İşgücünün yaklaşık % 25'nin istihdam edildiği tarım sektöründe, özellikle gezici işçi olarak çalışan grup, tarımın kendine özgü niteliklerinden dolayı oldukça ağır koşullarda çalışmaktadır. Bu işçilerin sayısı konusunda güvenilir bir istatistikî veri, ulusal düzeyde bulunmamaktadır"(16,17). Son yıllarda etnik özellikler de gösteren ve raporda 'iç göçmen' işçi olarak adlandırılan bu gezici (yerleşik olmayan) ve mevsimlik (geçici) mevsimlik işçi göçünün nedenlerinin başında yıllardır süren topraksız köylülük ve ağalık düzeni yanında hayvancılıkla geçinen Doğu ve Güney Doğu Anadolu'daki pek çok köyün güvenlik nedeniyle geçtiğimiz yıllarda boşaltılması ve Avrupa Birliği, Dünya Bankası ve de Dünya Ticaret Örgütü ile yapılan anlaşmalar ve bağlı olarak yapılan anayasal ve yasal düzenlemeler nedeniyle çiftçiye yapılan tarımsal desteklemelerin kaldırılması ve sendikasızlaştırma politikaları gelmektedir (16,17).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 24 Mart 2010 tarihli 2010/6 sayılı 'Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi' ile önemli bir eksikliği giderecek çalışmaları başlatmış ve "Mevsimlik gezici tarım işçisi olarak çalışmak amacıyla, bulundukları illerden diğer illere aileleri ile birlikte giden vatandaşlarımızın bu süreçte ulaşım, barınma, eğitim, sağlık, güvenlik, sosyal çevreyle ilişkiler, çalışma ve sosyal güvenlik bakımından mevcut sorunlarının tespiti ile bu sorunların giderilmesine yönelik olarak, Ankara'da konuyla ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması, yürütülmesi gereken faaliyetlerin izlenmesi, uygulama sırasında doğabilecek sorunlara çözüm üretilmesi ve bir veri tabanı oluşturulması için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşar Yardımcısının Başkanlığında; İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Türkiye İş Kurumu, tarım işkolunda örgütlü en çok üyeye sahip işçi sendikası ile Türkiye Ziraat Odaları Birliği temsilcilerinin katılımıyla "Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri İzleme Kurulu", Mevsimlik gezici tarım işçisi (İşçi) gönderen ve alan her il ve ilçede, mülki idare amirinin başkanlığında; o ildeki ve ilçedeki ilgili kurum ve kuruluş, işçi, aracı ve işveren (toprak sahibi/işleyen) temsilcilerinin katılımı ile "İl/İlçe Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri İzleme Kurulu" oluşturmuştur (21). Genelge ile: MTİ'nin yolculuk, ara konaklama, konaklama, sağlık, güvenlik, öğrencilerin eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ve kolaylaştırılması için yapılacaklar ve kurumlar arası sorumluluk ve görev dağılımları ile Türkiye İş Kurumu'nca iç göçmen işçilerin ve ailelerinin kayıt altına alınarak veri tabanı oluşturulması ve İşveren/iş aracısı ve işçi arasındaki hukuki sorunların iyileştirilmesi ile ilgili geniş bir düzenleme metni oluşturulmuştur. Genelge'de, "İl/İlçe Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri İzleme Kurullarınca, mevsimlik çalışma döneminin başında ve sonunda, o il ve ilçede yürütülen faaliyetler, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri Mevsimlik Gezici Tarım İşçileri İzleme Kurulunda görüşülmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına gönderilmesi" emredilmektedir. Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma Hayatının İyileştirilmesi Projesi için 2010 yılında 40 milyon TL bütçe ayırmıştır (22). Bu projeden 2011 yılında illere genel bütçe kaynaklarından karşılanarak 19 ile yollanan bütçe 27.500.000 TL'dir. 2013 yılında sonlanacak projenin 2011 ağustos itibarıyla kalan bütçesi 3.691.994,89 TL'dır (22).

Gezici Tarım İşçilerinin Sorunları

- Çalışma şartlarının (uzun çalışma saatleri, açık havada çalışma, hayvan sokması, sıcak ve soğuk stresi, zararlı radyasyon ve hava kirliliği vb.) ağırdır
- Sosyal güvenceleri yoktur
- Ücretlerinin tam olarak belli olmaması nedeniyle ucuz işçi olarak çalışırlar
- Barınmaları sorunludur, çadırda (bez, naylon ve/veya sazdan yapılmış) yaşarlar
- Taşıma su ile ihtiyaçlarını giderirler
- Elektrik tesisatları yoktur
- Mutfak, tuvalet ve banyolarının olmamasından dolayı temiz ve sağlıklı yaşam, beslenme ve barınma koşulları bulunmaz
- Kamyon-traktörle taşınmaları veya çalıştıkları yere ulaşımlarında trafik kazaları riskleri yüksektir
- İş ve konut koşulları nedenleriyle sık sık sağlık problemleri olur
- Sağlık sorunlarını gidermek için başvuracakları yer konusunda bilgileri yoktur
- Genel olarak gecikmiş sağlık sorunlarıyla hekime başvururlar
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinden düzenli ve sürekli yararlanamazlar

- Bulaşıcı hastalıklar, paraziter hastalıklar, cilt ve enfeksiyon hastalıkları gibi korunabilir hastalıklar sıktır
- Aile planlaması uygulamalarından yeterli yararlanamazlar
- Çevrelerindeki toplumla sosyo-kültürel olarak ilişkileri azdır
- Tarım işçisi çocukların beslenmeleri yetersiz ve dengesizdir
- Bağışıklama hizmetleri sürekli ve düzenli değildir
- Çalışan çocuklar Mayıs-Haziran-Eylül-Ekim aylarında okullarına ara vermek zorunda kalmaktadır ve bu kadar uzun ara verdikleri için öğrenim eksiklikleri bulunmakta, okula adapte olamadıkları ve dersleri öğrenemedikleri için okul hoşnutsuzluğu gelişmekte ve okulu terk etmektedirler
- Çocukların büyüme ve gelişmeleri kalite ve kantite olarak yetersizdir
- Çocuklar ailelerinden sürekli olarak sözlü- fiili şiddete maruz kalmaktadır
- Çocukların sosyal yaşantıları hemen hiç yoktur, oyunlarını tarlada çalışma saatlerinden aratan çok az zamanda çevredeki uygun olmayan araçlarla(tarım ilacı kutuları vb.) yapmaktadırlar(16,17,18,19).

Öneriler

- En sık görülen hastalıkların (ishal, cilt enfeksiyonu, üst solunum yolu enfeksiyonu, güneş çarpması ve gıda zehirlenmesi), korunabilir ve enfeksiyon hastalıklarından oluştuğu belirlendiği için genel hijyen, su ve gıda kirliliği, vektörler ve atıklar gibi çevre sağlığı yetersizliği konularında gerekli alt yapı ve eğitimler yapılandırılmalıdır.
- Süregelen gezici tarım işçilerinin yaşam koşullarını düzeltmek adına, konaklama yerlerinin önceden alt yapısı organize edilen (içme-kullanma suyu, elektrik, tuvalet, katı ve sıvı atıkların izale edildiği) bölgelerde düzenlenmesi, buralarda yerleşen mevsimlik tarım işçisi ailelerin her bireyinin kayıtlarının yapılarak düzenli temel sağlık hizmetlerinin sunulacağı birinci basamak sağlık hizmet kurumunun belirlenerek sorumlu tutulması, ilgili sağlık birimine bu çalışmalarında kullanmak üzere gerekli araç, personel ve donanımın sağlanması, üç aylık periyotlarla bu çalışmaların denetlenmesi ve her yılsonu değerlendirilerek sonraki dönem için gerekli ek önlemlerin alınmasının sağlanması gereklidir.
- Bu konuda yapılacak çalışmaların belirlenmesi için; en yoğun yerleşim biriminden örnekleme ile temel sağlık sorunlarının ileri analizlerle tıbbi değerlendirmesinin yapılabileceği “Mevsimlik Tarım İşçilerinde Sağlık Profili Saha Araştırması”nın planlanarak uygulanması, buradan çıkan sonuçların ışığında alınacak sağlık önlemleri ve görevlendirilecek yerlerin en geniş katılımla saptanması gereklidir.
- Çalışma koşullarını düzeltmek adına; çalışma sürelerinin azaltılması, özellikle uyku ve dinlenme sürelerinin arttırılması, gerekirse ek gıda ile yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, periyodik sağlık muayenelerinin, aşılarının, kişisel ve çevresel hijyen ile aile planlaması hizmetlerinin sürekli sunulması için ilgili kurumlarla ortak çalışmalar düzenle nmelidir(16,17,18,19,22,23,24).

Sonuç

Bu rapor, gelecek yıllardaki raporlar için giriş ve kalıp taslağı niteliğindedir. Yurtdışındaki işçilerimiz ile ilgili özellikle Avrupa'da ve (varsa) Arap ve İslam ülkelerindekilerle ve yurtiçi yerli göçmen işçilerle ilgili bir kaçını kaynakçamızda örneğini verdiğimiz pek çok yerli ve yabancı bilimsel yayının derlenmesine ihtiyaç vardır (16,17,22,23,24).

Göçmen işçilerimizin kaçak işçi olmaları halinde artan oranda iş sağlığı ve iş güvenliği sorunları olduğu belirgin olmakla birlikte kanıtlanması için tüm dünyada ve ülkemizde iş ve işçi sağlığı sorunlarının işçiler, çalışanlar ve ezilen yığınlar lehine iyileşmesi ve yükseltilmesi gerekmektedir. Halk sağlığı alanında kötüye veya iyiye gidişi izlemek ve yönetmenin koşullarından birisi üniversite, araştırma ve ilgili kamu kurumlarında bilimsel ve yönetimsel kanıtlarını oluşturacak sayıda yeterli akademik ve uzman kadroların yetiştirilmesi ve istihdam edilmesidir. Sagan'ın sözleri en çok da iş sağlığı ve onun en sorunlu alanlarından birisi olan göçmen işçilerin sorunları için geçerlidir: *"Kanıtın yokluğu yokluğun kanıtı değildir".*

Kaynaklar

1. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yurtdışındaki Vatandaşlarımızla İlgili Sayısal Bilgiler[online].Erişim: http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/diyih.portal?page=yv&id=1. 17.01.2012.
2. Civan OE, Gökalp A. Göçmen İşçi Kavramı ve Göçmen İşçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği. Çalışma ve Toplum. 2011;1:233-64. [online]. Erişim adresi: http://calismatoplum.org/sayi28/civan.pdf. Erişim tarihi: 17.01.2012.
3. ILO. International Labour Migration Statistics.Table M6: Inflows of migrants by sex and by country of origin. [online]. Erişim: http://laborsta.ilo.org/STP/ guest#467M6. 16 Ocak 2012.
4. Almanya'dakiTürkler.Erişim:http://tr.wikipedia.org/wiki/AlmanyaTCBCkleri.16.01.2012.
5. Almalı R. Almanya'ya Göçün 47. Yılı Dolarken. [online]. Erişim: http://www.hurriyet.de/haberler/soz-sizin/267064/almanyaya-gocunyili-dolarken. 16 Ocak 2012.
6. Türkiye İş Kurumu. İş Kurumu 2009 İstatistik Yıllığı. [online]. Erişim: http://www.iskur.gov.tr/LoadExternalPage.aspx?uicode=statikistatistikindex. 16 Ocak 2012.
7. YSK.Gümrük Kapıları Seçim Sonucu.[online].Erişim: http://www.ysk.gov.tr/ ysk/docs/2011MilletvekiliSecimi/gumrukkapilari/gumrukkapilari.pdf.17Ocak2012
8. Biçerli MK. Göçün 50. Yılında Yurtdışındaki Türkler. İçinde: Geniş Açı: 50. Yılında Yurtdışına İşçi Göçü. İstihdamda 3İ.2011;3:5. [online]. Erişim: http://statik.iskur.gov.tr/tr/IOBE/iobe/3i.pdf. 16 Ocak 2012.
9. TOBB. Ekonomik İstatistikler-İşgücü: Kurumsal Olmayan Nüfusun Yıllara ve Cinsiyete Göre İşgücü Durumu. [online]. Erişim: http://www.tobb.org.tr/ Documents/Dosyalar/09isgucu.xls#'1'!A1. 16 Ocak 2012.
10. ILO. International Labour Migration Statistics. Table MC: Outflows of employed nationals by sex and by country of destination. [online]. Erişim: http://laborsta.ilo.org/STP/guest. 16 Ocak 2012.
11. Bozdağ B. Yurtdışındaki Yurttaşlarımız Türkiye'nin Daimi Temsilcileridir. İçinde: 50. Yılında Yurtdışına İşçi Göçü. İstihdamda 3İ.2011;3:7. [online]. Erişim adresi: http://statik.iskur.gov.tr/tr/IOBE/iobe/3i.pdf. Erişim tarihi: 16 Ocak 2012.
12. Bursa Tabipler Odası. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Sorunları ve Barınma Koşulları. Mart 2011. [online]. Erişim: http://www.bto.org.tr/sunular/ Tabipler_Odasi_kitapcik_Baski.pdf. 18 Ocak 2012.
13. Altınbıçak,T. ve Gülçubuk,B. "Ankara ili-Polatlı ilçesine Gelen Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları". Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Tarım Bilimleri Dergisi, Ankara. 2003.

14. Tanır F. Tarım kesiminde en kötü biçimde çalışan çocuk işçiliği araştırması (Adana ili Karataş ilçesinde pamuk hasadında çalışan çocuklar örneği), Yönetici Raporu.2003

15. Can S. Adana-Karataş'ta Mevsimlik Tarım İşlerinde En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Eğitim Yoluyla Sona Erdirilmesi Projesi" Raporu. 2008.

16. Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği. Yıldırak N, Gülbuçuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye'de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları:2002. [online]. Erişim: http://www.ilo.org/ public/turkish/region/eurpro/ankara/publ/kadintarim.pdf. 18 Ocak 2012.

17. Şimşek Z, Koruk İ, Yaşar Ö. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Çocukların Sağlık Hakkının Korunması ve Geliştirilmesi Projesi: Süreç, Sonuç ve Öneriler. [online].Erişim:http://www.metider.org.tr/site/hakkimizda_proje.pdf.18Ocak 2012.

18. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Stratejisi ve Eylem Planı-2010. Erişim: http://www.csgb.gov.tr/ csgbPortal/ ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/slogan/dosyalar/dokuman4.18 Ocak 2012.

19. Genelge 2010/6. Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi. Resmi Gazete. 24.03.2010; 27531. [online]. Erişim: http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/slogan/dosyalar/dokuman3. 18 Ocak 2012.

20. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2010 yılı Kurumsal mali durum ve beklentiler raporu. [online]. Erişim: http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/2010_mali. 18 Ocak 2012.

21. Tınaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). Çalışma ve Toplum. 2006;4. Erişim:http://www.calismatoplum.org/sayi11/tinaz.pdf. 18 Ocak 2012.

22. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Almanya'da Yaşayan Türklerin Aile Yapısı ve Sorunları Araştırması.Kalaycı AR. 2007.ASAGEM: yayın no:129. Ankara.

23. Özpekmezci Ş, Sahil S. Çukurova Yöresindeki Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yerleşim Dokuları ve Yaşam Üniteleri. Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi. 2004;19(4):375-391. Erişim:http://www.mf.gazi.edu.tr/journal/2004_4/375-92.pdf. 19 Ocak 2011.

24. Aysu A. Mevsimlik tarım işçileri raporu ve çözüm önerilerimiz. Erişim: http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=12985. Erişim tarihi: 18.01.2012.

ÇOCUK İŞÇİLER

Doç. Dr. Ferdi TANIR
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

İnsan yaşamı için temel gereksinimleri oluşturan yiyecek, giyecek, konut ve belirli konfor şartları, çalışmakla sağlanır. Çalışma, insanın hayatını devam ettirmesinin temel vasıtasıdır. Fakat çalışma, toplumun yetişkin insanlardan beklediği bir sorumluluktur. Bu nedenle çocuk ve çalışma yan yana gelmesi arzu edilmeyen iki kavram olarak kabul edilmektedir. Çocukların çalışmaması konusunda böyle bir düşüncenin varlığına rağmen, tarihte olduğu gibi günümüzde de çocuklar çalışmaktadır. Çocukların çalışmak suretiyle eğitimden yoksun kalması, kişisel ve toplumsal faydaya zarar vermektedir. Çünkü toplumsal ve kişisel iyilik, eğitime ve entelektüel yarışa bağlıdır.

Çalışan çocuk ya da çocuk işçiliği kavramı 15 yaşından küçük olup, fiziksel ve ruhsal olarak gelişimini tamamlamamış, eğitim görmesi ve oyun oynaması gerekirken ailesine ekonomik olarak katkıda bulunmak için çalıştırılan ya da çalışıp para kazanması zorunlu olan çocukları işaret ederken, sokakta çalışanlardan, dilenenlere, zorla fuhuş yaptırılanlara kadar pek çok grubu kapsamaktadır. Bu kapsam çocuk çalışanları bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de program yasama ve yürütme organlarının, yerel örgütlerin ve çeşitli sendika ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği ile uygulamaya konuluyor. Program uzun vadeli olarak çocuk işçiliğinin yok edilmesini amaçlarken kısa vadeli olarak çocuk işçilerin yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesini hedefliyor. Bu çerçevede kırsal alanlarda çocuklarını çalıştıran aileler, "Kendi İşini Kur Programı"na dahil edilip gerekli maddi olanaklardan yararlandırılıyor. Böylece çalışan çocuklar çalışma alanlarından geri çekilerek okula gönderiliyorlar. Diğer taraftan çocukları korumayı amaçlayan kanunlar çerçevesinde rehabilitasyon merkezleri, sağlık kurumları ve meslek kazandırma kursları açılıyor.

Çocukların hane içinde yaptıkları ücretsiz işi ücret alarak başka yerlerde yapmaları yadırganmıyor; bilakis bu durum toplumsal olarak destek görüyor. Üstelik kırdan kente göç edenlerin ve kent yoksullarının çocuk emeğini tampon bir mekanizma olarak kullanmaları (çocuklarını çırak olarak belli mesleklere vermeleri ya da sokakta çalıştırmaları) çocuk işçiliğinin artmasına neden oluyor. Çocuk işçiliğinin artmasına neden olan en önemli sorunlardan biri de eğitim sisteminin niteliğidir. Bilindiği gibi mevcut eğitim sistemi alt sınıfları, kırsal sınıfları dışlıyor. Üniversiteye kadar okuyabilmek zeka ve yeteneğin dışında maddi imkanların iyi olmasıyla da ilgili bir şey. Dolayısıyla maddi imkanları yeterli olmayan alt ve kırsal sınıflar için çocuk okutmak uzun ve riskli bir süreç. Bu süreci göze alamayan ya da en başında bu süreç için yeterli kaynağa sahip olamayan aileler çocuklarını belli bir eğitim sürecinden (ilköğretimden) sonra farklı mesleklere kaydırıyorlar. Böylece eve nakit para girmesi sağlanıyor ve yoksulluk da sürdürülebilir kılınıyor.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin ilk maddesinde yer alan tanıma göre 18 yaşından küçük olan herkes çocuk olarak kabul ediliyor. Sözleşme, çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlayabilmeleri için eğitim de dahil olmak üzere çeşitli haklara sahip olduklarını ve çocukların çalıştırılmaması gerektiğini vurguluyor.

Çocuk işçiliği dünya gündeminde en üst sırada yer alması gereken ve ivedi çözüm bekleyen bir sorundur. Milyonlarca çocuk, fiziksel, zihinsel, eğitsel, sosyal, duygusal, ve kültürel gelişimlerine zarar veren ve ulusal yasalarla uluslararası standartlara uygun olmayan koşullarda çalışmaktadır. Günümüzde çalışan çocukların sayısını kesin olarak söylemek

mümkün olmasa da, ILO araştırmalarına göre dünyada 5-14 yaş grubunda üçte ikisi Asya'da olmak üzere yaklaşık 250 milyon çalışan çocuk bulunduğu, 5-14 yaşları arasında bulunan 250 milyon çocuk işçinin 120 milyonu tam gün çalışmaktadır. 12-17 yaş grubu 283 milyon çocuğun çalıştığı için okula devam edemediği tahmin edilmektedir. ILO-IPEC'in verilerine göre de çalışan çocukların üçte ikisini erkekler oluşturmaktadır.

Türkiye'de 2006 yılında yapılan araştırma sonuçlarında 6-17 yaş grubunda bulunan 16 milyon 264 bin çocuktan % 5.9'u (yaklaşık 950.000) ekonomik bir işte çalışmakta, bir başka ifadeyle istihdam edilmektedir. Türkiye genelinde 6-17 yaş grubunda istihdam edilen çocukların % 47.7'si kentsel, yüzde 52.3'ü kırsal yerlerde yaşamaktadır. İstihdam edilen çocukların % 66.0'sını erkek, % 34.0'ünü kız çocukları oluşturmaktadır. Çalışan çocukların % 31.5'i bir okula devam ederken, % 68.5'i öğrenimine devam etmemektedir. Okula devam eden 6-17 yaş grubundaki çocukların % 2.2'si ekonomik bir işte çalışırken, okula devam etmeyen çocukların % 26.3'ü çalışmaktadır. Ekonomik işlerde çalışan çocukların 392 bininin tarım sektöründe, 566 bininin tarım dışı sektörde faaliyet gösterdiği, % 53.0'ünün ücretli veya yevmiyeli, % 2.7'sinin kendi veya işveren hesabına, % 43.8'inin de ücretsiz aile işçisi olarak çalıştığı belirlenmiştir. 6-17 yaş grubundaki çocukların % 5.9'unun ekonomik işlerde çalıştığı, %43.1'inin ev işlerinde, % 51.0'inin ise hiçbir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Hukuksal düzenlemeler açısından Türkiye'de yeterli düzenlemeler bulunmaktadır. Yasaların varlığından çok, işlerliğine önem verilmelidir. Türkiye çocuk işçiliği ile ilgili olarak birçok uluslararası sözleşmeye (ILO-155, 161 ve 185 sayılı sözleşmeler) imza koymuştur. Sorun, genelde bunların uygulamaya geçirilmesidir.

- Çocuk işçiliğinin azaltılması ve zamanla ortadan kaldırılması için güçlü bir kamuoyu oluşturmak önemlidir. Toplumda sivil toplum kuruluşlarından, medyadan ve baskı gruplarından olan sendikaların, derneklerin konuya ilgi duymaları ve kamuoyunun dikkatini çocuk işçiliğine çekmeleri önemli bir aşama olacaktır.
- Yoksulluk, çocuk işçiliğin hem nedeni, hem de sonucudur. Bunun için öncelikle yoksulluğun azaltılması için stratejiler geliştirilmelidir.
- Çocuk işçiliği probleminin çözümüne ilişkin tek bir model yoktur ve hiçbir kesim tek başına çocuk işçiliği problemini çözemez. Her ülke, her kurum kendi problemlerinin büyüklüğüne, yapısına, kurumlarının ve kaynakların kapasitesine göre değişen farklı modeller uygular.
- Çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinin ortadan kaldırılmasına ilişkin etkin bir faaliyet, eğitim temelinde sorunun bütününe yönelik tedbirleri; hükümet ve toplumun tüm kesimlerini içine alan geniş bir işbirliği ortamının yaratılmasını gerektirmektedir. Kurum ve kuruluşlar güçlerini birleştirerek, işbirliği içinde sorunu çözmeye yönelmelidirler.

Kaynaklar

1. Anık,F., 2001. "Çalışan Çocuklarla İlgili Yasal Düzenlemeler" Türkiye'de çalışan çocuklar Semineri-Bildiriler.Mayıs-2001,TC Başbakanlık DİE Yayınları,Ankara.s.181-205.
2. http://www.isvebilgi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=41 (erişim 03.07.2010)
3. Tanır F, Can S, Gökkoyun S, Özbek A, Kozan R, Kertmen K, Akbaba M. "Adana-Karataş'ta Mevsimlik Tarımdaki Çocuk İşçiliğinin Eğitime Yönlendirmeyle Sona Erdirilmesi: İlk Sonuçlar" X.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, 131-132, Van, 2006.
4. Tanır F. "Adana'da En Kötü Durumdaki Çocuk İşçiliği Çalışmaları" 6. Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu, Bildiri Kitabı, 221-226, Diyarbakır, 2007.
5. Kocabay N. Türkiye ILO Ofisi Raporu. 2007.
6. TİSK/TÜRK-İŞ Çalışan Çocuklar İçin Toplumsal Destek Merkezi. Ankara, 2008.

SAĞLIK İŞKOLUNDA İŞYERİ ŞİDDETİ

Yrd. Doç. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,Muğla.

Giriş

Her yıl sağlık çalışanlarına karşı yapılan travmaların sayısı ve şiddeti artmaktadır. Çalışma yaşamında sağlık bir bütün ve travma bu bütünlüğü bozan etmenlerden biridir. Travmalar arasında yer alan şiddet yol açtığı biyolojik ve psikolojik yıkımla çalışan sağlığında önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü "Çalışan İnsanların Sağlığı" stratejilerini saptarken, işin psikososyal yönünü ve işle ilgili psikososyal etmenlerin önemini özellikle vurgulamıştır. İşyerinde şiddet ise çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı psikososyal etmenlerden birisidir. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health) işyeri şiddetini; "çalışanlara yönelik, fiziksel saldırılar ve saldırı tehditleri içeren şiddet davranışları" olarak tanımlar. İşyerinde şiddetin önlenmesi ise halk sağlığının öncelikli konuları arasındadır. Toplum sağlığının bir parçası olan ve topluma sağlık hizmeti sunmakla yükümlü sağlık çalışanlarının iyilik durumları da toplumsal sağlık açısından çok önemlidir.

İşyerinde şiddet türleri?

İşyerinde şiddet fiziksel, sözel, cinsel ve psikolojik (Mobbing…) gibi çeşitli biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Mobbing ise son günlerde artan sıklıkta çalışma yaşamında çalışanların karşılaştığı önemli bir psikolojik şiddet türüdür.

Neden sağlık işkolu?

Çünkü sağlık işkolunda şiddet iş yerindeki tüm şiddetin % 25'ini oluşturmaktadır. Sağlık işkolunda şiddet tüm ülkelerde ve tüm sağlık meslekleri arasında yaygındır. Sağlık işkolunda çalışanların yarısından fazlası sözel şiddet gibi şiddetin bazı türlerinden etkilenmektedir. ILO, ICN, WHO'nun 2002 Synthesis raporuna göre, AB ülkelerinde sağlık iş kolunda sözlü şiddet ve mobbing fiziksel şiddete göre daha fazla görülmektedir. Mobbing ise sırasıyla, Bulgaristan, Lübnan, Güney Afrika gibi ülkelerin sağlık işkolunda daha sık görülmektedir.

Kimde?

Iowa Üniversitesi'sine göre, sağlık çalışanları, diğer bütün iş kollarına göre kesinlikle en yüksek saldırı oranına sahiptir. Hastanede çalışan herhangi biri şiddet kurbanı olmasına rağmen, hastalarla en çok direkt bağlantı içinde olan hemşireler ve yardımcılar daha yüksek risktedir. Ayrıca doktorlar, eczacılar, stajyerler, asistanlar, hemşire yardımcıları, terapistler, teknisyenler, evde bakım veren sağlıkçılar, sosyal/yardım çalışanları, acil tıp personelinin hepsi de, hastalar / hasta yakınları / akrabaları tarafından şiddet görme konusunda risk altındadırlar. ABD'nin Minnesota eyaletinde, fiziksel şiddetteki yıllık oran 100 hemşire başına %13.2 iken, mobbing de bu oran %38.8 olarak saptanmıştır. İtalya'da Milan Bocconi Universitesi'nde yapılan ve 3000 kişinin katıldığı bir çalışmada, her iki cinste (%51 kadın, %49 erkek) eşit sıklıkta işyerinde şiddet görülürken, İtalya dışındaki Avrupa Ülkelerinde ise kadına yönelik işyeri şiddetinin daha fazla görüldüğü sonucu bulunmuştur.

Nerede?

Şiddet hizmetin verildiği işyerinin herhangi bir yerinde olabilir, ancak; psikiyatri bölümlerinde, acil odalarında, bekleme odalarında, geriatri ünitelerinde, tedavi bölümlerinde daha sık işyeri şiddeti görülür.

Ne zaman?

İşyerinde şiddetle "her zaman" karşılaşılabilir. Birçok çalışma, genelde yemek saatleri, ziyaret saatleri ve hastayı bir yerden bir yere taşıma gibi hastalarla iletişim içinde olunan zamanlarda şiddetin olduğunu göstermiştir. Saldırılar daha çok; hizmet eksik olduğunda, hasta gönülsüz olarak kabul edildiğinde ya da sağlık çalışanı yeme, içme veya sigara, alkol kullanımına kısıtlama getirmeye kalkıştığında yapılmaktadır.

İşyerinde şiddetin sıklığı nedir?

İngiltere'de yapılmış bir çalışmada, çalışanların % 54' ünün, Almanya'da ise % 11' inin mobbing mağduru olduğu, AB'nin 15 üye ülkesinde gerçekleştirilen, 15.800 kişinin katıldığı çalışmanın sonuçlarına göre ise, çalışanların %4'ü (6 milyon çalışan) fiziksel şiddete, %2'si (3 milyon çalışan) cinsel tacize, %8'i (12 milyon çalışan) mobbing'e maruz kaldığı bulunmuştur. İtalya'da, 2004 yılında 1,5 milyon işçi(%4-6) mobbing'le karşılaşmıştır. Ugandalı işçilerin %10 ile %30'unda çalışma ortamındaki stresten dolayı olasılıkla akıl hastalığı bulunabileceğini bildirilmiş ve İngiltere'de, hastanelerde çalışan personel karşı saldırılarının artış göstermesinden dolayı, hastane içinde polis karakolları kurulmuştur. ABD'de, adam öldürmenin, mesleki ölümlerin ikinci nedeni ve kadınlar içinde ilk nedeni olduğu, haftada ortalama 20 işçi öldürüldüğü ve 18.000 işçiye saldırıldığı, Güney Afrika'da, 5 işçiden 4'ünün çalışma yaşamları boyunca işyerinde şiddetle karşılaştığı, İngiltere'de, 11 bin çalışanın fiziksel şiddetin kurbanı olduğu ve yaklaşık 350 bin çalışanın da tehditlere ve sözlü hakarete maruz kaldığı, Fransa'da, şiddet olaylarının ulaşım çalışanlarına karşı artmakta olduğu ve yaklaşık 2 bin saldırının ulaşım çalışanlarına karşı yapıldığı, Filipinler'de, özellikle ev ve eğlence işlerinde çalışan çoğu kadın, sık olarak şiddet gördüğü, Almanya'da Mesleki Sağlık ve Güvenlik Kurumuna göre, kadınların %93'ünün mesleki yaşamları boyunca iş yerinde cinsel şiddet gördüğü bildirilmiştir. ABD'de ki veriler hastane çalışanlarının çalışma yerlerinde, şiddeti yaşama riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. İş İstatistikleri Bürosu'nun tahminlerine göre, hastane çalışanlarına 2637 öldürücü olmayan saldırı yapılmıştır, 10 bin çalışanda ise bu oran %8.3' dür. Danimarka'da, 3429 çalışanın katıldığı bir araştırmanın sonuçları, katılımcıların % 8.3'nün son bir yılda mobbing'e maruz kaldığını göstermiştir(18). Bosna'da yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, doktorların % 76'sı mobing'le karşılaşmıştır(19). İspanya'da, çalışanların %28'i mobbing'e maruz kalmıştır. Almanya'da İş Sağlığı ve İş Güvenliği Ulusal Enstitüsü'nün araştırmasına göre, tüm çalışma yaşamları boyunca çalışanların %11.3'ü mobbing mağduru olup, kadınlar erkeklerden %75 daha fazla risk altındadır. Tayland'da, 1248 kişinin katıldığı bir çalışmada hemşirelerin %19.7'sinin mobbing'e maruz kaldığı bildirilmiştir. Ülkemizde ise işyerinde şiddetle ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Kütahya'da, kamuda hizmet veren iki hastanede yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, mobbing sıklığı %28.8 bulunmuştur. Muğla Devlet Hastanesinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %66.4'ü mobbing, %22.4'ü cinsel taciz, %77.2'si sözlü şiddet, %24.7'si fiziksel şiddetle karşılaşmıştır. Muğla'da yapılan diğer bir çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanlarının %31.1'inin mobbing'e maruz kaldığı bildirilmiştir. Mobbing uygulayanların %70.3'ü üst düzeydeki sağlık çalışanı ve %56.8'i erkektir. Sırasıyla hemşire (%39.4), sağlık memuru (%33.3), doktor (%29.4), memur (%28.6), ebe (%27.5) ve laborant (%25.0) sıklıkla mobbing'e maruz kalmıştır. Bursa'da, sağlık ve eğitim

sektörleri ile emniyet teşkilatında beyaz yakalı çalışanlar üzerinde bir araştırma yapılmış ve çalışanların %55'inin mobbing'e maruz kaldığı, sağlık sektörü çalışanlarının en çok risk altında olduğu saptanmıştır.

2009'da yapılan 31 AB Ülkesinden 30 000 işçinin katıldığı Avrupa Çalışma Koşulları Araştırmasının sonuçlarına göre, işçilerin %2'si işyerinde fiziksel şiddetle, %2'si cinsel tacizle ve %5'i sindirme ve zorbalıkla karşılaşmıştır.

Samsun'da 112 ve hastane acil servis çalışanlarının %19.6'sı ve İzmir'de 112 çalışanlarının %16.8'i fiziksel saldırıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Bursa'da hemşirelerin %30.7'sinin ve Narlıdere'de doktorların %20.5'inin, diğer çalışanların %15.3'ünün fiziksel şiddet ile karşılaştığı sonucu bulunmuştur. ABD'de acil sağlık hizmeti veren bir hastanenin kayıtlarından 297 acil başvurusu incelenmiş, başvuruların %5.0'ında şiddet ile ilgili bir olayla karşılaşıldığını, %14.0'ında ise saldırı sonrası gelişen bir sağlık sorununa tıbbi müdahale yapıldığı belirtilmiştir. İsrail'de ise, doktorların %9.0.'ı fiziksel şiddetle karşılaştıklarını bildirmişlerdir. İzmir'de 112 çalışanlarının %67.6'sı sözlü taciz ve %48.6'sı sözlü tehdit ile karşılaştığını belirtmiştir. Ankara ve Sivas'ta sağlık çalışanlarının %23.3'ünün tehdit ile karşılaştığı sonucu bulunmuştur. İsrail'de doktorların %56.0.'ı sözlü şiddetle karşılaştığını bildirmiştir.

İngiltere'de bir hastane çalışanlarının %21.0'ının fiziksel saldırıya uğradığı sonucu bulunmuş ve genç olmak, az deneyime sahip olmak, şiddet konulu eğitime katılmış olmak gibi çalışanlara ait özelliklerle fiziksel saldırıya uğrama arasında ilişki olduğu sonucu bulunmuştur. İrlanda'da acil servis hemşirelerinin yarısının sözlü ve fiziksel şiddetle karşılaştığı sonucu bulunmuştur. ABD'de itfaiye çalışanlarının %90.0'ı çalıştıkları süre içerisinde saldırı veya taciz ile karşılaştıklarını belirtmiştir. İşle ilgili stres yaratan etmenler içerisinde en çok stres etmeni olarak saldırı ve taciz olduğu sonucu bulunmuştur. ABD'de acil yardım hizmeti veren 19 bölgenin %47.0'ında çalışırken karşılaşılan şiddetle ilgili yazılı bir protokol bulunduğu belirtilmiştir.

İşyerinde şiddetle ilgili yasal düzenlemeler nelerdir?

Çalışanların güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı ve koşullarına sahip olma hakları, Avrupa Sosyal Şartı'nın II. bölümünün 3. Maddesi, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 23. Maddesinde düzenlenmiş olup devletin bu ödevini yerine getirerek çalışanları koruma yükümlülüğü ise Anayasa'nın 48. Maddesinde düzenlenmiştir. Çalışanlara yönelik olan şiddet türleri ve yaptırımları Türk Ceza Kanunu'nun ilgili bazı maddelerinde düzenlenmiştir. Bu Maddelerin bazıları şunlardır: Öldürmeyle ilgili; Madde 81, 82, 83, 84, 85, Yaralamayla ilgili; Madde 86, 87, 88, 89, Cinsel tacizle ilgili; Madde 105, Şantajla ilgili; Madde 107, Hakaretle ilgili; Madde 125, Tehditle ilgili; Madde 106, Cebirle ilgili; Madde 108 gibi düzenlemeler mevcuttur. 01.07.2012 tarihinde yürürlüğe girecek olan 11.01.2011 tarihli Türk Borçlar Kanunu'nun 417. Maddesinde "İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür" hükmü yer almaktadır. Bu hüküm, mobbing'le ilgili önemli bir düzenlemedir. Ayrıca işyerlerinde mobbing'in önlenmesi konusunda 19.03.2011 tarihli Başbakanlık Genelgesi yayınlanmıştır. 4857 sayılı İş Kanunu'nda işyerinde şiddeti açıkça düzenleyen bir hüküm bulunmamaktadır. Psikolojik şiddetle ilgili ise 4857 sayılı İş Kanunu'nda 24, 77, 83 ve 88 Maddelerinde dolaylı olarak bazı düzenlemeler yer almaktadır. Ayrıca 854 sayılı Deniz İş Kanunu ve 5953 sayılı Basın İş Kanunu'nda da işyerinde şiddeti düzenleyen bir hüküm bulunmamaktadır.

İşyerinde şiddete yaklaşım nasıl olmalıdır?

İşyerinde şiddete yaklaşım aşağıdaki kavramları içermelidir:

1. Önleyici yaklaşım: İşyerinde şiddetin nedenlerinin ortadan kaldırılması ve her olgu için uzun vadeli bir değerlendirme yapılmasıdır. Tüm şiddetin önlenmesi hedeflenmelidir. Birincil önleme; şiddetin ortaya çıkmadan önlenmesidir, daha çok örgütsel konulara yöneliktir. İkincil önleme; acil durumlara yöneliktir, acil hizmetler ve tedavi örnek olarak verilebilir. Üçüncül önleme ise; rehabilitasyon gibi uzun erimli bakıma yöneliktir, sakatlığı azaltmak ve uzun süreli sakatlık durumunda kullanılabilir.
2. Katılımcı yaklaşım: İlgili tüm tarafların işyerinde şiddeti azaltmak için birlikte çalışmaları gereklidir. Bu tarafların, şiddete karşı alınacak önlemleri düşünme ve yerine getirmekte aktif rolü vardır. İşyerinde tüm çalışanlar arasında açık iletişim sağlanmalı ve güven oluşturulmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği kurulları işler hale getirilmelidir. Çalışanların katılımı teşvik edilmelidir.
3. Cinsiyet duyarlı yaklaşım: Sağlık işkolunda işyeri şiddeti hem erkekleri hem de kadınları etkilemektedir. Kadınların özellikle -cinsel suçlar- gibi karşılaştıkları belirli şiddet türleri vardır. Sağlık işkolunda kadınlar aşırı oranda işyeri şiddetinin kurbanlarıdır. Geleneksel cinsiyet ayırımcılığını düzeltmek için sağlık çalışanlarına yönelik; özel eğitim, kendini savunma gibi belirli eğitimler verilebilir.
4. Kültür duyarlı yaklaşım: İşyeri şiddetinin arka planında farklı kültürel özellikler vardır. İşyeri şiddeti ile ilgili ortak, herkesin alışık olduğu uygun bir terminolojinin kullanımı sağlanmalıdır.
5. Ayrımcı olmayan yaklaşım: Bir çalışma ortamı, dışlama, tercih, ırk, renk, cinsiyet ya da cinsel yönelim, din, siyasi görüş, milli bakış ya da sosyal köken temelinde herhangi bir ayrımdan arınmış olmalıdır. İşyerinin uyumlu ve başarılı gelişimi için çalışma ortamındaki çeşitlilik önemli bir unsurdur.
6. Sistematik yaklaşım: İşyerinde şiddeti tanıma, risk analizi yapma, müdahale etme, izleme ve değerlendirme aşamalarından oluşur.

Şiddeti önlemek için işyerinde nasıl bir müdahale yapılmalıdır?

Şiddeti önlemek için işyerinde örgütsel, çevresel ve bireysel yönde müdahaleler yapılmalıdır:

1. Örgütsel müdahale: Çalışan (sayı, nitelik, yoğun dönemler, rotasyon, özel gereksinimler…), yönetim biçimi (açıklık, diyalog, saygı…), bilgi ve iletişim (çalışanlar arasında, tolum ile, hasta ile…), iş uygulamaları (hizmet verilenlerin akışı, bekleme süreleri…), iş tasarımı (iş içeriği, iş özerkliği, çalışma hızı, iş yükü…), çalışma süresi (fazla mesai, gece çalışma, vardiyalı çalışma, dinlenme süreleri…).
2. Çevresel müdahale: Fiziksel çevreye (gürültü, renkler, kokular, aydınlatma, sıcaklık, havalandırma…), işyeri tasarımına (ulaşım, yer, bekleme alanları, çalışan odaları, park alanları, tesis, demirbaş ve ekleri, güvenlik ve alarm sistemleri…).
3. Bireysel müdahale:

   Bir şiddet öncesi: Atama ve adayların testi (nitelikleri, psikolojik tutumları…), eğitim (mesleki eğitim, şiddet konusunda özel eğitim…), destek (işyerinde şiddet risklerini tanımaya yönelik…), danışmanlık, esenlendirme (fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri, eğlence faaliyetleri…).

   Bir şiddet sonrası: Raporlama ve kayıt, bildirim, tıbbi tedavi, danışmanlık, yönetim desteği, temsil (vekillik) ve hukuki yardım, şikayet prosedürleri, rehabilitasyon.

Kaynakça

1. Encylopedia of Occupational Health and Safety. 4nd ed. Geneva: ILO; 1998.
2. Occupational health in the 1990s. A framework for change. European Occupational Health Series No 1. WHO Regional Office for Europe; 1990.
3. Word Health Organization. Word report on violence and health. Geneva: WH0; 2002.
4. Occupational Hazards İn Hospitals. Violence. National İnstitute for Occupational Safety and Healt (NIOSH Publication No.02-101); 2002.
5. Oxford Advanced Learners Dictionary.
6. Mobbing. Ovverolo Stres da Persecuzione Psicologica.http:unicam.it/ssdici/Mobbing(Erişim tarihi: 29.10.2010).
7. Kenneth Westhues.The Mobbing at Medaille Collage in 2002.Canada.October, 2002: 2.
8. Heinz Leymann.Researc and The Term Mobbing. The Mobbing. Encyclopedia.http://www.leymann.se/English/12100E.HTM(Erişim tarihi: 10.10.2010).
9. Heinz Leymann.The Definition of Mobbing at Workplaces.The Mobbing Encyclopedia.http://www.leymann.se/English/12100E.HTM(Erişim tarihi: 10.10.2010)
10. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in The Health Sector. The Training Manual. ICN, ILO, WHO. 1nd ed. Geneva , Switzerland; 2005.
11. Last, J.M. A Dictionary of Epidemiology.2nd ed. Oxford: Oxford Üniversity Pres; 1998.
12. American Bar Association Commission on Domestic Violence; A Guide for Employees:Domestic Violence in The Workplace. Washington DC; 1999.
13. Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, Mcgovern P. Minnesota nurses study: Perceptions of violence and the work environment. Industrial Health 2007; 45: 672-678.
14. http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm(Erişim Tarihi: 06.10.2010).
15. Chappell D, Martino V. This paper appeared as an article in the Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety , April 1999; 6(1).
16. http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/02/feature/it0402104f.htm(Erişim tarihi: 06.10.2010).
17. New Model Prepared By Chappell and Di Martino, Based on Poyner and Warne: Preveting Violence to Staff. London: Healt and Safety Execute; 1998. http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/intro.htm (Erişim tarihi: 25.12.07).
18. Ortega A, Hogh A, Pejtersen JH. Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. Int. Arch. Occup Environ Health 2009; 82: 417-426.
19. Pranjic N, Males-Billic L, Beganlic A, Mustajbegovic J. Mobbing, stress and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. Crot Med J 2006; 47: 750-758.
20. Pedro MM, Sanchez MISS, Navarro MCS, Izquierdo MC. Workplace mobbing and effects on worker's health. The Spanish Journal of Psychology 2008; 11(1): 219-227.
21. Pasquale VD. Study Examines "Mobbing" at The Workplace.Baden Eaden Germany. http://eurofound.europea.eu/eiro/2002/08/feature/de0208203 f.htm (Erişim tarihi: 27.04.2009).
22. Callaghan P, Palmstierena T, Hijman H, Oud N. Violence in Clinical Psychiatry. Proceeding of The 5th Europen Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Kavanan, Amsterdam; 2007.
23. Yener A. Sağlık Personellerinde Mobbing'in İncelenmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
24. Pıçakçıefe M, Akça S, Elibol A. The analysis of violence against the nurses in Mugla State Hospital. International Conference on Workplace Violence in Health Sector. Amsterdam-The Nedherlands: 22-24 October 2008; 151.

25. Pıçakçıefe M, Acar G, Çolak Z, Kılıç İ. The relationship between levels of socio-demographi characteristics, work conditions and level "mobbing" of health workers in primary health care. ICOH congress 2012: 30. th. International Congress on Occupational Health. 18-23 March 2012, Cancun, Meksika.

26. Kırel Ç. Örgütlerde mobbing yönetiminde destekleyici ve risk azaltıcı öneriler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 7(2): 317-334.

27. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108536.pdf (Erişim tarihi: 02.06.2011)

28. Canbaz S, Dündar C, Dabak Ş ve ark. Samsun il merkezinde 112 acil ve hastane acil servis çalışanlarında şiddet maruziyetinin ve durumluk sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi IX. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri Özet Kitabı; 2004; Ankara.

29. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A. İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 4(6):420-425.

30. Pala K, Engindeniz K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelere yönelik şiddet değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi IX. Halk Sağlığı Kongresi. Bildiri özet kitabı; 2004; Ankara.

31. Ergör A, Kılıç B, Demiral Y ve ark. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim-Kasım-Aralık 2003; 44-51.

32. Iluz TC, Peleg R, Freud T et al. Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Services Researc 2005;5(54): 1-6.

33. Çam O, Pektaş İ. Şiddetin hemşireliğe yansıması. Adli Psikiyatri Dergisi Temmuz 2005; 3-5.

34. Whittington R, Shuttleworth S, Hill LB. Violence to staff in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing 1996; 24(2):326-33.

35. Rose M. Asurvey of violence toward nursing staff in one irish accident and emergency department. Journal of Emergency Nursing 1997; 23(3):214-19.

36. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. Journal of Emergency Nursing August 1998; 24:320-23.

37. Tintinalli JE. Violent patient and prehospital provider. Annals of Emergency Medicine August 1993; 22(8):1276-79.

38. http://www.todaie.gov.tr/ihadm/avrupa/sosyal.pdf(Erişim tarihi: 08.06.2011).

39. http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html(Erişim tarihi: 08.06.2011).

40. http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf(Erişim tarihi: 08.06.2011).

41. 12 Ekim 2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmi Gazete.

42. 4 Şub 2011 tarihli ve 27836 Sayılı Resmî Gazete.

43. 19 Mart 2011 Tarihli ve 27879 Sayılı Resmi Gazete.

44. http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html(Erişim tarihi: 08.06.2011).

45. Pıçakçıefe M, Ergör A, Kılıç B, Yemez B, The State of Municipal Police Facing With Violence in Working Life in Izmir, 28TH International Congress on Occupational Health, Renewing a Century of Commitment to a Healthy, Safe and Productive Working Life, Books of Abstracts, June 11-16 2006, Milan, Italy, p.226

46. Pıçakçıefe M. Sağlık işkolunda işyeri şiddeti, mobbing ve epidemiyoloji. Turkish Journal of Forensic Sciences 2010; 9(4): 43-49.

TÜRKİYE'DE İŞYERİ ÇEVRE SAĞLIĞI

Uz. Dr. Umur GÜRSOY
Halk Sağlığı Uzmanı, OSMANİYE

Giriş

İşçiler, büro çalışanlarından ve genel toplumdan daha farklı mevzuat, standart ve doz eşiklerine uyarlar. Ülkelerin uluslararası anlaşmalardan doğan ilişkileri nedeniyle üretmek zorunda olduğu iş ve işçi sağlığı istatistikleri de çoğu zaman işçinin çalıştığı ülkenin çalışma hayatı ve iş çevre sağlığı, ülkenin siyasi iktidarının önceliklerinin; sektörlerarası ve de çıkar sahipleri arası ilgi alanlarının göstergesidir. Bütün bunlar giderek genel toplum sağlığı standartları ile eşleştirilmeye çalışılsa da ülkemizde ve emeğin sömürüldüğü diğer az gelişmiş ülkelerde koruyucu önlemlerin maliyetleri arttırdığı gizli bahanesi ile çevre sağlığı önlem ve uygulamalarına temel olan iş ve iş yeri çevre standartlarının genel topluma göre daha olumsuz düzeylerine izin verilmesini olanaklı kılan kimi çifte standartlar oluşmuştur. Örneğin, 1986-2008 yılları arasında Türkiye'nin hava kirliliği mevzuatını oluşturan 02.11.1986 tarihli "Hava Kalitesinin Kontrolü Yönetmeliği (86-HKK)"nde kükürt dioksit ve partikül madde kirliliğinin uzun vadeli (yıllık ortalama) sınır değerleri genel toplum için izin verilenden daha fazla idi(1).

Çağdaş iş sağlığı yaklaşımında iş ve işyeri çevre sağlığı genel toplum çevre sağlığı standartları ile yönetilmeye başlanmıştır. Yani işçinin işi ile ilgili özel sağlık tehlikeleri dışından gelen çevresel etkiler genel toplum sağlığı kapsamında değerlendirilmeli ve izlemelidir.

Çevre sağlığının temel konuları açısından iş sağlığı uygulamaları (2):

Türkiye'nin AB uyum çalışmaları kapsamında son yıllarda iş çevre sağlığı açısından da iyileşmeler içeren pek çok yeni iş ve çevre sağlığı mevzuatı ve standardı iyileşmesi yapılmışsa da uygulamaya konması ve izlenmesi için konan vadelerin ve geçiş sürelerinin bitmesine ihtiyaç vardır. Konu başlıklarının çokluğu nedeniyle kimi çevre sağlığı başlıkları gelecek yıllardaki raporlarda derinlemesine incelenmek üzere kısa başlıklar halinde verilmiştir.

1. Atık Yönetimi ve Toprak Kirliliği (3)

İş yerlerine yakın ve rüzgârın üzerindeki vahşi depolanan kent ve sanayi bölgesi çöpleri iş sağlığını da tehdit eder. İşyeri kendi içme ve kullanma suyunu şehir su şebekesi dışındaki kendi kuyularından kullanıyorsa şebeke suyunda yapılan bütün izin ve içilebilirlik raporlarının alınması gerekir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), sanayide güvenilir içme suyu istatistikleri toplamamaktadır. TÜİK istatistikleri atık ve sektör çeşidine göre atık miktarı istatistikleridir. Ülkemizdeki iş sağlığını tehdit edici sıvı ve katı atık üreten işyerlerinin güvenilir sayısı ve kimi verileri bulunmamaktadır.

Günümüzde, ülkemizde büyük fabrikalar sıvı atıklarını ya kendi bağımsız ya da organize sanayi bölgelerinin ortak aerobik (çok azı an aerobik) arıtma tesislerinde biyolojik arıtmaya tabii tutmaktadırlar. Bu arıtma tesislerinde sedimantasyon (çöktürme), koagulasyon (Pıhtılaştırma), flokulasyon (biriktirme), aerasyon (havalandırma), dezenfeksiyon (mikroptan arındırma), filtrasyon (süzme) ve sludge arıtımı (Metan mayalanması) gibi çok farklı atık su arıtma düzenekleri aşamalarında iş sağlığı açısından farklı etkilenme ve tehlikeler söz konusudur. Bu tehlikeler daha çok arıtma tesis çalışanlarını ilgilendirir.

Bununla birlikte arıtma tesislerinde arıtmanın koagulasyon, flokulasyon, dezenfeksiyon ve sludge arıtımı evrelerinde kimyasal maddeler kullanılır. Arıtma tesisi çalışanlarından başka daha geniş işçi grupların etkileyebilecek madde dezenfeksiyonda kullanılan ve klor gazıdır. Klor gazı 70 ila 1 000 kg boyutlu tanklarda saklanır. Gaz klorun çok az ppm miktarları bile akciğerde alveol düzeyinde tahriş etkisi yapar. Fazla miktarda klor solunması akciğerlerde % 50 oranında ölümcül seyreden respiratuvar distres sendromu denen hastalığı yapar. Bir tondan daha fazla klor bulunduran tesisler aynı zamanda tesise yakın toplumun sağlığı yönünden de tehlike arzeder. Bu nedenle diğer dezenfeksiyon yöntemleri (ozon arıtımı, hipoklorit solusyonu ve ultraviyole radyasyon) daha uygundur.

Katı atıkların kimyasal arıtma ve tehlikeli atık arıtması ve imhası ülkemizde birkaç merkezde ve kimi zaman çimento fabrikalarında yakılarak yapılmaktadır. Ülkemizde sıvı atıkların kimyasal arıtması yapılıp yapılmadığı ile ilgili veri bulunamamıştır (4).

2. Besin Niteliği ve Güvenliği

Konu işçi sağlığında daha çok kişisel iş sağlığı hijyeni içinde değerlendirilen bir konudur. Ancak konuya bütüncü yaklaşmak gerekir. 2004 yılında çıkarılan "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanunu Hükmünde Kararnamenin Kabulü Hakkındaki Kanun" ile o yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan besin sağlığı ile ilgili besin üretim, toptan ve perakende satış yerleri denetimleri vb ağırlıklı olarak Tarım Bakanlığına ve belediyelere devredilmiştir. Son yıllarda yapılan istihdam ve liberalleşme politikaları doğrultusunda toplu yemek yenen kamu ve özel işyerlerinde işyerince yapılan yemek üretimi yerini artan oranda yemek fabrikalarından ihale usulü alınan toplu yemek hizmetine devretmiştir. Bu hizmet devrinin çalışanların besin sağlığına katkısının olumlu olması beklenir. Ancak, bir başka (yemekçilik) sektörün diğer bütün (yemek satın alan) sektörlerdeki işçileri doğrudan etkilemesi açısından örn. Toplu besin zehirlenmelerinde artış ya da eksilme vb. hakkında yayınlanmış araştırma ve raporlara tarafımdan ulaşılamamıştır. Bu yokluk ayrıca bu konulardaki toplumsal ve akademik talebin de olmadığını gösterir. 2006-2010 yılları çalıştığım (Osmaniye Sağlık Müdürlüğü-Valiliği) işyerlerinde ihaleyi kazanmış yemek fabrikasının topluca yediğimiz öğle yemeklerine yaptığım organoleptik muayenelerim ve Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü vekili ve il epidemiyoloji sorumlusu olarak görevim gereği olarak incelediğim ve raporladığım (ikisi yemek fabrikalarından yemek hizmeti alan çoğu ilköğretim okullarında görülen irili ufaklı (6 ila 900 kişilik vaka gruplarından oluşan) 10'a yakın toplu besin zehirlenmesi olgusundaki gözlemlerim şunlardı (5, 6):

- Besin sağlığının bütün aşamalarından sorumlu İl Tarım Müdürlüğü ekiplerinin besin zehirlenmesine müdahalelerinin ve besin örneği alma uygulamalarının ve yemekhane (yemek şirketleri) denetimlerinin yüzeysel, sağlık hizmeti bilincinden yoksun ve besin sağlığını ve sonuçlarını hafife alma eğilimindedirler. Konu hakkında yeterli eğitimleri yoktur. İlçe örgütlerinde bu yetersizlikler daha belirginleşmektedir(5, 6).
- Toplu yemek fabrikası işletmecisi ihale mevzuatının hükümleri nedeniyle ucuz teklif verenin ihaleyi alması ile sonuçlanan niteliksiz yemek üretimiyle kamu denetimleri arasına sıkışmıştır. Bulunduğum ilde bulunan yaklaşık 10 adet yemek fabrikasından kamu kurum ihalelerine girmelerini engelleyen 'toplu besin zehirlenmesine yol açmış' olmayanı çok azdı. Çünkü çoğu besin zehirlenmesi olgusu ve denetim eksikleri nedeniyle takip edilmekte idiler. İhale usulü toplu yemek hizmeti alımı yemek yapımında kullanılan temel besinlerin en ucuz ve belki de en niteliksizlerinin kullanılmasına, yemek hazırlama tekniklerinden en ucuz ve kolay olanlarının (Yağda kızarma, konserve veya donmuş gıda, bol tuz ve baharat kullanımı, kapalı su ve meşrubat ürünleri vb) seçilmesine neden olmaktadır. Örneğin söz konusu biri zirai ilaç zehirlenmesi olan toplu besin zehirlenmesi

salgınlarının hiçbirinde tarım müdürlüğü ekiplerine yemek menüsünde bulunan ve yenilen ve içilen su, çay, tuz, şeker ve ayrandan (kapalı ambalaj vb olmaları veya akıl etmemeleri nedeniyle) gıda örneği alınmıyordu(5, 6).

1978 yılında yapılan örneklem araştırmalarına göre ülkemizde Türk Silahlı Kuvvetleri dışında nüfusun yaklaşık % 10'u (2011 nüfusuna göre yaklaşık 7.372.299 kişi) toplu beslenme yapılan kurumlarda günlük yemek yemekteydi(7).Yakın yıllarda yapılan bir araştırma evrenine göre 2003 yılında Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB)'Ne kayıtlı ve 30 tanesinde 150 veya daha fazla, 53 tanesinde 50-149 ve 442 tanesinde ise 49 veya daha az sayıda personel çalışan 525 merkezi mutfak şirketi bulunmaktaydı(8). Günümüzde bu oranın çok arttığı tahmin edilebilir. Türkiye genelinde 400 şirketi kapsayan Yemek Sanayicileri Dernekleri Federasyonu (YESİDEF), 2008 verileriyle ülkemizde günde 7 milyona yakın kişinin toplu yemek yediği, 350 bin çalışanı, 1,5 milyon dolaylı çalışanı olan toplu yemek sektörüne öncülük ettiği ifade edilmektedir(9). Bu sayıların içinde kendi işyerlerinde kendi işletmeleri tarafından üretilen işyerlerinde yenilen yemeklerin de olup olmadığını bilmiyoruz.

Umumi Hıfzıssıhha (Genel Sağlığı Koruma) Kanunu ve Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun'a göre, gıda üretim yerleri ve sıhhi müessese çalışanlarının (dolayısıyla toplu besin üreten ve satan yemek fabrikaları ve süper marketlerin çalışanlarının da) tüketiciye yansıyacak herhangi bir taşıyıcı bulaşıcı hastalığı olup olmadıklarının anlaşılması için sağlık ocağı veya belediye hekimince en az üç ayda bir muayene edilmesi ve besin üretim, depolama ve perakende satış yerlerinin tarım bakanlığı, belediye veya özel durumlarda sağlık bakanlığı ekiplerince denetlenmesi zorunludur. Yürürlükteki mevzuata göre besin işkolunda ve sıhhi müesseselerde çalışanların, en az yılda bir kere dışkı kültürü (tifo ve dizanteri taşıyıcılığı için), burun, boğaz kültürleri (stafilokok aereus taşıyıcılığı için) ve akciğer muayeneleri (tüberküloz varlığı için) ve en az altı ayda bir de dışkı mikroskobisi (basilli dizanteri, giardia ve barsak kurtları taşıyıcılığı) tetkiklerini özel ve kamu hastane ve tıbbi tahlil laboratuvarlarında yaptırmak zorundadırlar(10).

Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle bu görevlerden portörlük amaçlı yapılan hekim muayenesi aşaması Toplum Sağlığı Merkezlerine bırakılmıştır. Ne var ki bu muayene ve tıbbi analizlerin neler olduğu ve standartları konusunda başta hekimler ve laboratuvar uzmanları olmak üzere yeterli bilgi ve deneyim ve isteklilik yoktur. Halk sağlığı laboratuvarı bulunmayan veya Halk sağlığı laboratuvarında ilgili dal (mikrobiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, klinik bakteriyoloji veya halk sağlığı) uzmanı bulunmayan küçük il ve ilçelerde portör laboratuvarı hizmeti klinik mikrobiyoloji standartlarına göre kurulu devlet hastanesi ve veya özel laboratuvarlardan alınmaktadır. Yayınlanmamış Sağlık Bakanlığı çalışma raporları sonuçlarında ve katıldığımız bakanlık toplantılarında yapılan konuşmalarda özel laboratuvarlarda yapılan işçi sağlığı amaçlı muayene, tetkik ve dışkıda ve tüberküloz yönünden portörlük analizlerinin tamamına yakınına sağlam sonuç verildiği belirtilmektedir. Bunun bir nedeni de özel sağlık kurumları laboratuvarlarında çoğu zaman etkene yönelik analiz yöntemlerinde uygun ve seçici besi yerleri kullanılmaması ve doğrulama deneyleri yapılması nedeniyle analizlerin gerçeği yansıtmaması veya muayenelerin öneminin kavranmamasıdır(11). Ülkemizde dışkıda portör muayenesine esas tetkiklerle ilgili resmi bir standart ve akış şeması yoktur. Oysa, su mikrobiyolojisi analizlerinde olduğu gibi klinik (hastalardaki) analizler ile sağlamlarda taşıyıcılık analizleri birbirinden farklı ve seçici ve çoğaltıcı ve doğrulayıcı bakteriyolojik ve biyo-kimyasal deneyler gerektirir(12, 13). Benzer sorunlar besin zehirlenmelerinde bakteriyolojik analizlerin yapıldığı ve henüz 40 ilde bulunan gıda kontrol laboratuvarları için de geçerlidir(14). Tifo ve şigella ve diğer besin zehirlenmesi yapan bakterilerin aranması için gündelik besin kültürü analizlerinde seçici besi yeri ve biyokimyasal doğrulama deneyleri kullanılmamaktadır(15).

3. Çevre Sağlığı Politikaları

Çevre sağlığı politikaları AB uyum çalışmaları kapsamında Çevre ve Sağlık Bakanlıklarının eşgüdümünde ve ivme kazanmış olmakla birlikte uygulama anlamında iş çevre sağlığını da içine alan biçimde çoğu zaman Sağlık Bakanlığınca içme suyu denetimleri dışında verilen sağlık hizmetlerinin dışındadır. 2001 yılında yayınlanmış bulunan uzun vadesi 50 yıl olan Çevre Bakanlığı Ulusal Çevre Sağlığı Eylem Planı ile Çevre ve Orman Bakanlığınca 1998'de sonuçlandırılan ve uzun vadeli hedefleri 20 yıllık olan Ulusal Çevre Stratejisi ve Eylem Planının bir biri ile ne kadar ilişkilendirildiklerini ve uyumlaştırıldığını bilememekteyiz(16,17).

4. Çalışanların Sağlığı

Daha önce de belirtildiği gibi çağdaş iş sağlığı yaklaşımında iş yeri çevre sağlığı koşulları da genel toplum için izin verilen kirlilik standartlarına uyumlaştırılmaktadır. AB uyum çalışmaları kapsamında son yıllarda iş çevre sağlığı açısından da iyileşmeler içeren pek çok yeni iş ve çevre sağlığı mevzuatı ve standart iyileşmesi yapılmışsa da uygulamaya konması ve izlenmesi için; konan vadelerin ve geçiş sürelerinin bitmesine ihtiyaç vardır.

5. Çevre Sağlığı Yönetimi

Çevre sağlığı yönetiminin işyeri çevre sağlığına uygulanması için bir çerçeve yasa ile 'işyerinin çevre sağlığı sorunları yönetimi' bir takım kurallara bağlanmalı; 'suç ve cezalar ile iş yerinin çevre sağlığını yöneten personel arasında sorumluluk zinciri' oluşturularak mevzuatlaştırılmalıdır. Ne yazık ki Dünya Ticaret Örgütü'nün neoliberal talepleri doğrultusunda son yıllarda küresel ticaretin önündeki ulusal engellerin kaldırılması sonucunda, Türkiye'nin daha önce ticarete konu olmayan su, orman gibi kaynaklar ve ilgili ulusal çevre mevzuatı; peşpeşe çıkarılan anayasa uyum paketleri, Uluslararası Tahkim ve Çokuluslu Yatırım Anlaşmaları (MAİ) Kanunları, Maden Kanununda değişiklik yapan kanunlar, eski Gayri Sıhhi Müesseseler Yönetmeliğini değiştiren İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Kanun ve Yönetmelik ile Çevresel Etki Değerlendirme Yönetmeliği ve bunlardaki değişiklikler gibi gelişmelerle ve son olarak yasalaşan Tabiatı ve Biyolojik Çeşitliliği Koruma Kanunu nedeniyle genel toplumun çevre sağlığıyla beraber iş sağlığını da olumsuz etkileyen pek çok çevre sağlığı yönetimi uygulamasına sahne olmaktadır.

6. Enerji

Enerjinin kendi sektörel işyeri çevre sağlığı sorunları raporumuzun bu bölümünün kapsamı dışındadır. Bunun dışındaki, sektörün diğer sektörlerin iş sağlığına yarattığı iş çevre sağlığı sorunları genel toplum ve iş sağlığı mevzuatı içinde değerlendirilir. Enerji konusunun halk, işçi ve çevre sağlığı açısından en önemli alt başlıkları fosil yakıtlı ve nükleer yakıtlı termik santrallardan enerji üretimi sırasında ortaya çıkan genel toplumsal maliyetlerdir. Bunlardan hava kirliliği bölümünde daha ayrıntılı söz edilecektir.

7. Gürültü Denetimi

HASUDER İş Sağlığı Raporunun bu başlıklı ayrı bir bölümü bulunmaktadır. Genel toplum sağlığı ve komşu işyerlerine zarar vermesini önlemek için işletme sırasında alınacak önlemlerin ÇED raporlaması aşamasındaki gürültü modellemelerine uyması sağlanmalıdır. Gürültünün iş performansına etkisi, *"Dış Çevresel Etkenlerden Etkilenme Düzeyini Etkileyen Değişkenler"e* bağımlı olarak işçinin kişisel ve çevresel durumuna ve işinin özelliğine bağlıdır. Örneğin, kişi

yorgunsa, işi istemeden yapıyorsa ve yaptığı iş her gün yaptığı türdense gürültü bir uyarı olur ve hataları azalır. İş tam doğru yapılması gereken hassas bir iş ise gürültü kişiyi sinirli yapar ve hata oranı artar. Fiziksel duyma bozukluğu sınırı 90 desibeldir. Ancak psikolojik zarar ve performans ve konsantrasyonu bozan sınır konamaz. Kişi doğada olan ses ve gürültülere karşı örneğin gök gürültüsü ve fırtınalı havaya kişi daha dayanıklıdır. Ancak komşu işyerlerinden gelen, karayolu, demiryolu ve hava alanı yakınlarındaki işyerleri çalışanları çevresel gürültü ve etkilerine sunuk (maruz) kalırlar. Ülkemizde çevresel gürültüye sunuk kalan işyerleri sayısı ve buralarda çalışan işçi sayısı bilinmemektedir (18, 19, 20).

8. Hava Niteliği

Raporun giriş bölümünde değinilen hava kirliliği denetimi ve değerlendirilmesi açısından iş sağlığının aleyhine olan çifte standardımız, sırası ile 13 Ocak 2005 tarihli "Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği"(IKHKK) ile 22 Temmuz 2006 Tarihli "Endüstri Tesislerinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği"(ETKHKK) ve 6 Haziran 2008 tarihli "Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği" (HKDY) ve en son olarak 05.05.2009 tarihli "Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" (HKDY2009D) ile düzeltilerek hava kirliliğinin denetimi hiç değilse mevzuatımız açısından iş ve genel toplum sağlığı için daha iyileştirilmiş ve birbiri ile ilişkilendirilmiş tek bir standarda bağlanmış; böylece, 2014 ila 2019 Ocak ayına (kimi kirleticilerin standartlarında 2022 ve 2024) kadar sürecek bir geçiş döneminden sonra Dünya ve Avrupa Birliği standartları ile aynı hale getirilmesi sağlanmıştır. (Bkz. Tablo: 1)

Tablo 1- 2009 Yılında Yayınlanan Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'e Göre Bazı Kirleticilerin İnsan Sağlığı İçin Sınır ve Geçiş Dönemi Değerleri (µg/m^3)

Ortalama süre	Sınır Değer						2010 geçiş değeri			2011 geçiş değeri			2012 geçiş değeri			2013 geçiş değeri			2014 geçiş değeri		
	yönetmelik hedefi			yönetmelik başlangıç değeri			SO_2	PM_{10}	NO_2	SO_2	PM_{10}	NO_2	SO_2	PM_{10}	NO_2	SO_2	PM_{10}	NO_2	SO_2	PM_{10}	NO_2
	SO_2	PM_{10}	NO_2	SO_2	PM_{10}	NO_2															
Saatlik	350	yok	200	900	300	300	900	260	300	900	220	300	900	180	300	900	140	300	900	100	300
Kısa Vadeli Sınır (KVS) (24 saatlik)	125	50	200	400	300	300	370	260	300	340	220	300	310	180	300	280	140	300	250	100	300
Kış Sezonu Ortalaması	125	40	20	250	200	300	225	178	yok	200	156	yok	175	134	yok	150	112	yok	125	90	yok
Uzun Vadeli Sınır (Yıllık)	125	40	40	150	150	100	150	132	92	150	114	84	150	96	76	150	78	68	150	60	60

Tablo 2- Organize Sanayi Bölgelerinde ve Bazı Tesis Etki Sahalarında Ölçülen Kirleticiler[1](21)

İstasyon adı	Ölçülen Hava Kalitesi Etkeni																
	SO_2	**PM_{10}**	**NO**	**NO_2**	**NO_x**	**O_3**	**CO**	**$PM_{2,5}$**	**CH_4**	**NMHC**	**Benzen**	**Et. Benzen**	**Toluen**	**o-Ksilen**	**p-Ksilen**	**DEBİ**	**THC**
Kocaeli-Dilovası	SO_2	PM_{10}			NO_x	O_3	CO										
Kocaeli-Dilovası DYO*	SO_2	PM_{10}	NO	NO_2	NO_x	O_3	CO				Benzen	Etil Benzen	Toluen	0-Ksilen	p-Ksilen		
Kocaeli-Dilovası Marshall*	SO_2	PM_{10}	NO	NO_2	NO_x	O_3	CO				Benzen	Etil Benzen	Toluen	0-Ksilen	p-Ksilen		
Kocaeli-Dilovası OSB*	SO_2	PM_{10}	NO	NO_2	NO_x				CH4	NMHC							
Çanakkale-Biga-ICTAŞ	SO_2	PM_{10}	NO	NO_2	NO_x	O_3	CO									DEBİ	
K. Maraş-Elbistan	SO_2	PM_{10}															
Muğla-Yatağan	SO_2	PM_{10}															
Hatay-İskenderun	SO_2	PM_{10}	NO	NO_2	NO_x	O_3	CO										

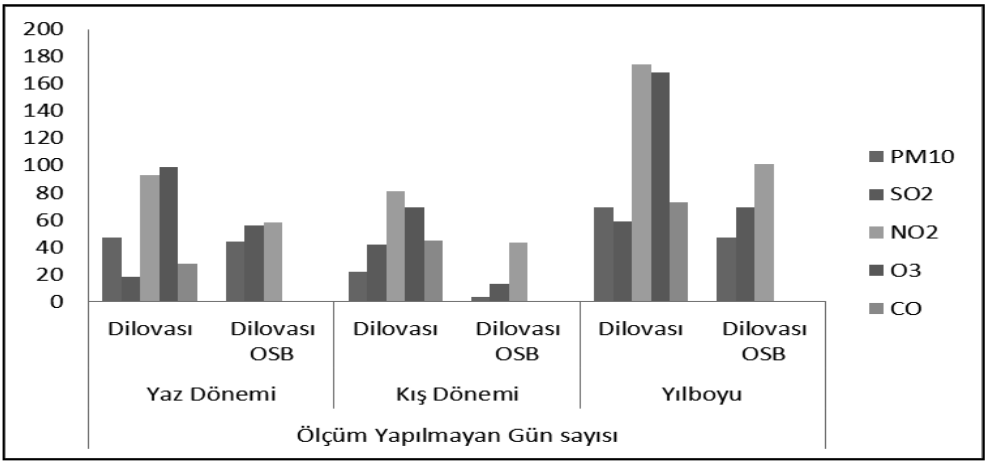
[1](*) (21) Nolu online kaynağa 8 Nisan 2011 tarihli ziyaretimizde kaynağın web sayfasında Kocaeli-Dilovası, Kocaeli-Dilovası DYO, Kocaeli-Dilovası Marshall ve Kocaeli-Dilovası OSB istasyonları Hava Kalitesi İzleme Ağı kapsamında ölçüldüğü belirtilen uçucu organik bileşiklerin (Benzen, Etil Benzen, Toluen, 0-Ksilen ve p-Ksilen) ölçüldüğü DYO ve Marshall ölçüm istasyonlarının aynı kaynağa yapılan 23.01.2012 tarihli ziyaretimizde ulusal hava kalitesi izleme ağından çıkarıldığı ve Dilovası OSB istasyonunun ölçtüğü Metan (CH_4) ve NMHC (Non Metan Hidro Karbon) parametrelerinin de bu istasyondan izlenmediği görülmüştür. Söz konusu istasyonların verilerinin karartılması ile Dilovası Sanayi Bölgesindeki sağlık sorunlarını ortaya koyan bir araştırmanın verilerini basın yoluyla toplumla paylaştığı gerekçesiyle, bağlı bulunduğu üniversite tarafından hakkında soruşturma başlatılan, ayrıca Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Başkanı ve Dilovası Belediye Başkanı tarafından hakkında Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulan, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu'nun yaşadıklarıyla ve Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "Dilovası Raporu"nun yayınlanması ile aynı tarihlere gelmesi anlamlı bulunmalıdır.

TOBB Sanayi Veri Tabanı'nda kapasite raporu yaptırmış 70 000 adet üretici firma vardır(22). 2011 Nisan sonu itibarıyla Türkiye'de var olan 251 Organize Sanayi Bölgesinden (OSB) sadece Kocaeli Dilovası OSB'de Ocak 2011'den itibaren hava kalitesi izlenmeye başlamıştır(23). Söz konusu sanayi bölgesindeki ve bazı termik santrallerin tesis etki sahasındaki hava kalitesi izleme istasyonlarının izlediği kirleticiler Tablo: 2'dedir(21, 23,24).

Çevre ve Orman (Orman ve Su İşleri) Bakanlığı 2003 yılında yayınladığı Türkiye Çevre Atlası'nda yayınladığı Türkiye'nin termik santrallarının ve arıtma ünitelerinin durumunu gösteren 2001 yılına ait veriden sonra santralların son durumları hakkında güncellenmiş veri yayınlanmamıştır. Çevre ve Orman (Orman ve Su İşleri) Bakanlığı, TÜİK, Türkiye Elektrik Üretim AŞ (EÜAŞ) verilerinden Türkiye'deki özel ve kamu sektörü tarafından işletilen termik elektrik santrallarının çeşidi ve arıtma tesisi ve yatırım durumları vb hakkında nitelikli ve toplu veri bulmak mümkün olmamıştır(24).

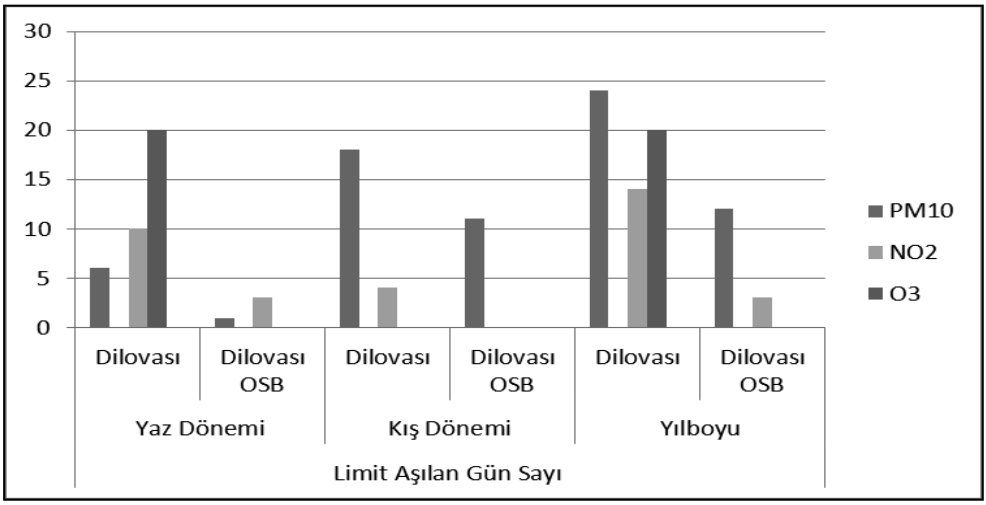
2011 yıl sonu verileri ile ülkemizdeki merkez ilçeleri de dahil olmak üzere belde ve köyler hariç nüfusun % 75'ine yakınının yaşadığı 81 il merkezinde ve sayıları 1923 ilçede ulusal hava kalitesi izleme ağına dahil ve tamamına yakını kent merkezleri ve metropol ilçelerde yerleştirilmiş sadece 123 adet hava kalitesi izleme istasyonu vardır. Bunların çoğu kentin havasını örneklemekten uzak sayıda ve yerlerdedir. Bütün bunlar sadece kış aylarında değil tüm yıl boyunca var olan 'ulusal kirli hava sahamızı', sanayi tesisleri ile içi içe geçmiş yerleşim yerlerinde yaşayan, çalışan ve dinlenen tüm halkımıza 'temiz' göstermek içindir. Yapılmayan ya da yapılsa da **'**yerleşim yerini ve sanayi bölgesini temsil etmeyen, kirlilik etkenlerinin büyük çoğunluğunu ve yılın bütün günlerini içermeyen', 'dostlar alışverişte görsün' şeklindeki '-miş gibi' ölçümlerle hava kirliliği delillerinin karartılması ve hava kirliliği gerçeğinin tüm çalışanlar ve genel toplumdan saklanması içindir(bkz.Grafik: 1 ve 2)(21, 25,26).

Grafik: 1- Dilovası ve Dilovası OSB Hava Kalitesi İzleme İstasyonlarında Ölçüm Yapılmayan Gün Sayısının Kirleticilere Dağılımı (2011)(21)



Bizzat yaptığımız organoleptik muayenelerimize ek Türk Tabipleri Birliği ve bağlı Tabip Odalarının basın açıklamalarına ve gazete haberlerine göre Kocaeli_Dilovası başta olmak üzere, Ankara, İskenderun-Payas, Hatay Dörtyol, Adana-Ceyhan, K. Maraş-Çoğulhan, Muğla-Yatağan İlçe ve beldeleri ile Bursa- Merkez, Bursa-Yıldırım, Bursa-Osmangazi, Bursa-İnegöl ilçeleri, demir-çelik ve çimento fabrikaları, termik santrallar ve organize sanayi bölgelerinin etki sahasında olup işçi ve genel toplum sağlığı açısından hava kalitesi, kışın artan oranda dört mevsim, gece-gündüz sürekli kötüdür (11).

Grafik: 2- Dilovası ve Dilovası OSB Hava Kalitesi İzleme İstasyonlarında Limit Değer Aşılan Gün Sayısının Kirleticilere Dağılımı



9. İnsan Ekolojisi ve İnsan Yerleşimleri

Sanayileşme ve çevre sağlığının tarihsel gelişiminde sanayi bölgeleri ile insan yerleşimleri arasında belirgin ilişki ülkemizde günümüzde de sürmektedir. Nerede yeni bir büyük sanayi yatırımı veya çok işçi çalıştıran sanayi tesisi ya da organize sanayi bölgesi yapılırsa çevresinde işçi köyleri-mahalleleri ve giderek beldeleri oluşmaktadır. Kırsal alanda (köylerde) yapı inşaat izni alma şartı olmaması, ÇED mevzuatına atıfta yaparak güdükleşen GSM mevzuatında sağlığı koruma bandı için somut ölçekler yerine değerlendirme inceleme kurulu kararına bağlı uzaklık sınırlamaları gibi kimi eksikler de kırsal alandaki fabrikaların çevresindeki konut amaçlı yapılaşmayı kolaylaştırmaktadır. İskenderun (Payas), Dörtyol, Ceyhan, Osmaniye, Bursa kentlerindeki I. Sınıf GSM'ler ve OSB'leri ve başvuru halindeki veya mahkemeye intikal etmiş ÇED dosyaları ile sınırlı gözlemlerimde eski ve yeni OSB'lerinin ve OSB dışındaki çimento fabrikası ve Termik santral gibi ağır ölçekli sanayi yatırımları izinleri ve sağlığı koruma bantları uygulamalarında 15-50 metrelik uzaklıklara kadar düşülmüştür[2](27). Çünkü valiler ve belediye başkanları ile il özel idarelerine bağlı olarak çalışan illerdeki ÇED ve GSM Değerlendirme kurullarını oluşturan bürokrat ve teknokratların disiplin amiridirler. Bu durum konuyu idari ve siyasi baskılara açık hale getirmektedir(11). Sağlığı koruma bandı ihlalleri ve sanayi tesislerinin çevresindeki kentleşme ve gettolaşma) bir envanter veya halk sağlığı araştırmasına gereksinim duymaktadır. "Toprak Koruma ve Arazi Kullanımı Kanunu"na uygun olarak tarım alanları ile sanayi alanları ayrılmalı; "Kamu Yararı" kavramı kanıta dayalı olarak doğru tanımlanmalı ve yöresel halkın ve çıkar gruplarının haklarını çiğnemeyen kurallara dayandırılmalıdır.

[2]Birkaç yıl önce ÇED Raporu genişletme çalışması yapılan ve pek yakın tarihlerde eski iki köy yerleşimi bulunan (Küçük ve Büyük Tüysüz) Osmaniye OSB'nin 150 metre olan sağlığı koruma bandı, 50 metreye düşürülmüştür. Dosyaları ile ilgilendiğim Osmaniye Kadirli Çimento Fabrikası'nın ÇED uygun raporu ve Erzin Burnaz Mevkiine yapılması planlanan 900 MW kurulu güçteki ithal Kömürlü Selena Santralı kesinleşmemiş ÇED başvuru dosyasında şu cümleler vardı: *"…Kömür Santralı Projesi için Sağlık Koruma Bandı mesafesi tesisi kuzey doğu, kuzey batı, güney doğu yönünde 50 m güney batı yönünde ise yapılaşma olmayacak mesafe dikkate alınarak 15 m'lik mesafe bırakılacaktır. "* Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü ve diğer il müdürlükleri ve Çevre Bakanlığı' tarafından onaylanan Kadirli Çimento Fabrikası Nihai ÇED Raporu, Yerel çevre örgütlerince Adana Bölge İdare Mahkemesinde açılan dava kazanılarak iptal edilmiştir. Termik santral davası devam etmektedir (11).

10. Zararlı (İyonlaştırıcı ve İyonlaştırıcı Olmayan) Işınım

İşyerine özel zararlı ışın sunukluğuna (maruziyetine) bağlı etkilenimlerin dışında işçinin kendi işyerinin dışından kaynaklanan zararlı ışınım kaynaklarının başında işçinin evinin ve işyerinin yakınındaki yüksek gerilim hatları ve cep telefonu baz istasyonları gelir. Yüksek gerilimli enerji nakil hatlarına 100 metreden daha yakın iş yerleri ve buralarda çalışan işçi sayısı ile konut sayısı bilinmemektedir. Aynı şekilde bir GSM şirketine veya PTT binasına ait baz istasyonuna istasyon vericisinin yerden yüksekliğine bağlı olarak 50-450 metre uzaklıkta bulunan iş yeri ve bunlarda çalışan işçi sayıları araştırmaya muhtaç konulardır. Çok sayıda fotokopi çekim işçisi de EMR ve toksik gazların etkisindedir. Bunun dışında Muğla yöresindeki santrallarda kullanılan kömürlerdeki uranyum miktarının uranyum cevheri kabul edilecek düzeyde olduğunu gösteren araştırmalara dayanarak, kömürlü santrallar kurulduktan sonra küllerindeki uranyumdan elde edilecek yakıtla çalışacak bir de nükleer santral kurulması bile önerilmiştir. Nitekim 17 Şubat 1993 günü Muğla'da ışınım düzeyinin yükselmesi üzerine erken uyarı cihazının alarm vermiştir. Yapılan araştırmalarda Yatağan'ın 50 köyünden 34'ünde ışınım miktarının insan sağlığı için kabul edilebilecek sınırların çok üzerinde çıkmıştır. Küllerin atıldığı bölgedeki yer altı sularındaki ışınım miktarı da normalin 19 katı fazla çıkmıştır. Muğla bölgesindeki insanlarımız, bölgedeki yerli yakıtla çalışan termik santral işçileri ve bölgedeki kömür madenleri işçileri düşük dozda ışınımın sağlık etkileri ile karşı karşıya kalmanın risklerini de taşımaktadırlar(28). Bir başka örnek de Zonguldak yöresinde işçilerin maruz kaldığı ortalama doz 4,9 mSv/yıl olarak verilen Kozlu, Karadan, Üzülmez kömür ocakları işçileri verilebilir(29). 2001 yılı itibarıyla Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun (TAEK), 03.12.2007'den beri Avrupa Radyolojik Veri Değişim Platformu (EURDEP) ile paylaşmaya başladığı Türkiye Radyasyon Erken Uyarı Sistemi Ağı'ndaki (RESA) 101 ölçüm ve izleme istasyonunun 12 tanesi kömür ile çalışan termik santral sahalarında yer almaktadır(30). Ülkemizin çekirdeksel (nükleer) santralı olmamakla birlikte sınırlarımıza çok yakın eski doğu bloku santrallarından 1992 verilerine göre 71 tanesi Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA) tarafından yüksek nükleer kaza riski nedeniyle denetim ve kısıtlı çalışma altında tutulmaktaydı. Bu santrallar ülkemizin 11 bölgesini nükleer tehdit altında tutmaktadırlar(31,32).

11. Kaza ve Yaralanma Denetimi

Nedeni 'işe gidiş-geliş' olan trafik kazalarının ve epidemiyolojik nedenlerinin bilinmesi aynı zamanda iş çevre sağlığının bir konusudur. Başta geçici tarım işçileri olmak üzere işçilerini toplu taşıyan işyerleri, toplu işçi taşıma araçlarının ulaşıma uygunlukları ve bu araçların şoförlerinin toplu taşımacılık açısından işe (ihaleye) girişte ve dönemsel gerekli muayenelerden geçen kişiler olup olmadığı ülkemizde ne yazık ki yeterince bilinemeyenler konulardır. Pek çok işçi, iş yerine ait toplu taşıma araçlarıyla olduğu kadar kendi kullandığı otomobil ve motosiklet ya da bisikletlerle gidip gelirken de trafik kazası yapmakta fakat kaza nedenleri 'işe gidiş-geliş' ya da 'işin gerektirdiği yolculuk' açısından epidemiyolojik bir sınıflandırmaya sokulmamaktadır. Bütün bunlar kazalardan korunmanın işe veya işyerine ait özel nedenlerinin olup olmadığının ortaya çıkmasını engellemektedir. Bu konu başlığı HASUDER raporunun içinde ayrı bir bölüm raporu halinde başka bir yazar tarafından irdelenmiştir.

12. Su Niteliği

Bu konu genel toplum için standartları ve mevzuatı altında besin niteliği ve sağlığı ile birlikte incelenmektedir.

13. Tarım

1990 yılında % 53,7 (genel nüfusun % 22,2'si, Kırsal nüfusun % 50'si) olan ülkemizin tarımda iktisaden faal nüfusu (12 yaş ve üstünkilerde tarım, ormancılık, balıkçılık iş kollarında çalışanlar), 1995'de azalmasına rağmen ekonomik faal nüfusun % 48'dir(33,34). Elimizdeki en son veri olan 2007 verilerine göre tarımla uğraşan nüfusun iktisaden faal toplam nüfus içindeki payı ise yaklaşık % 23,2 olmuştur(36). İçine 12 yaş çocuk nüfusunu da alan bu nüfus, nüfusun diğer gruplarından daha fazla açık havada kalır ve zararlı ışınlar ve radyasyon başta olmak üzere diğer açık havadaki diğer fizik, biyolojik ve kimyasal çevre etmenleri ile daha çok temas eder. Konunun önemini vurgulamak için, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun (TAEK) Çernobil Nükleer Santralı Kazası Felaketi'nden tam 20 yıl sonra yayımladığı "20. Yılında Çernobil Serisi" raporlarında Türkiye insanı için de geçerli sayılarak ortalama radyasyon dozu hesabında kullanılan: "Avrupa'da nüfusun yaklaşık % 80-90'ı günlük zamanlarının büyük çoğunluğunu bina içlerinde geçirirler" şeklindeki toplum bireylerinin 'gün boyu açık havada kalma faktörü'; o tarihlerde (1986'da) Karadeniz Bölgesinde çay toplayan çoğu kadın (% 55–60) olan iktisaden faal nüfusun yaklaşık % 53,7'si ve genel nüfusun yaklaşık % 20'si için geçerli değildi(37). Türkiye'de kırsal alanlarda tarım, toplam istihdamın % 63'ünü oluşturmaktadır. 2006 yılında çalışan kadın nüfusunun % 48,5'i tarım sektöründe çalışmaktaydı. 1985 yılında ise çalışan kadınların % 82,5'i tarım sektöründeydi(36). Ne hüzünlüdür ki; sadece Ankara ve İstanbul'da yapılabildiği için havadan (deri ve solunum yoluyla) alınan TAEK'in Çernobil Kazasından sonra yaptığı 'dış doz' ölçümleri, ülke tamamını temsil edemezken Sağlık Bakanlığı'nın kazadan 20 yıl sonra yaptığı, 2 yıl süren ve sonucu TAEK raporlarından 4 ay sonra "Çernobil'e bağlı kanser artışı gözlenmemiştir." şeklinde açıklanan "Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması" da TAEK ölçüm ve doz hesaplarına dayandırılarak yapılmıştır(38,39,40).

14. Taşımacılık Yönetimi ve Korunması

Bu konu insan yerleşimleri ve insan ekolojisi başlığı altında değerlendirilmiştir. Genel toplumu ilgilendiren taşımacılık yönetimi uygulamaları ve toprak kullanımı tasarlamaları iş sağlığını da etkilerler.

15. Toprak Kullanımı Tasarlaması

Bu konu raporumuzun insan yerleşimleri ve insan ekolojisi başlığı altında değerlendirilmiştir.

16. Turizm ve dinlenme-eğlenme-spor etkinlikleri

"Dış Çevresel Etkenlerden Etkilenme Düzeyini Etkileyen Değişkenler" başlığında değinildiği gibi işçinin sağlığı ve iş verimi kişiye bağlı değişkenlerinin karmasıyla ortaya çıkar. Özellikle beyinsel, kassal ve ruhsal dinlenmişlik ve doğallık durumu işçinin ve ailesinin turizm (gezi) ve rekreasyonel[3] (gönüllü dinlenme-eğlenme-spor) etkinlikleri ve bunların yapıldığı çevresel değişken ve ortamlarla yakın ilgilidir.

[3]İnsanların boş zamanlarında, eğlence ve spor amacı ile gönüllü olarak katıldıkları etkinlikler-e ait. (bkz. http://tdkterim.gov.tr/bts/)

17. Vektör Denetimi

Bu konu da genel toplum sağlığı standartları ve denetimleri dışında Atık Yönetimi ve Toprak Kirliliği başlığında ele alınmıştır.

Sonuç

Ülkemizde işyeri açma ve çalıştırma izinleri, yatırımların neredeyse istedikleri yerde işletmeye başlatmasına ve işçinin ve halkın değil yatırımcının memnun edilmesi esasına dayanır. Bu nedenle gerek genel toplum sağlığı gerekse iş ve işçi sağlığı açısından işletmenin kuruluşundan ekonomik ömrü bitene kadar ki aralıklı denetimleri açısından önemli bir "Sağlık Etki Değerlendirmesi" (SED) çalışması olması gereken Gayrı Sıhhi Müessese (GSM) Ruhsatlandırması; en önemli aşaması olan "Yer Seçim İzni" yerine geçen "Çevresel Etki Değerlendirme (ÇED) Uygun" Raporu ve mevzuatı yüzünden kağıt üzerinde (kadük) kalmış ve "ÇED'e uygun işletme" anlayışı yerine "işletmeye uygun ÇED" anlayışı egemen kılınmıştır.

Sağlık Bakanlığı temsilcisi dışında (ve konusunun uzmanı) sağlıkçı içermeyen ve üstelik Ankara'da toplanan Çevresel Etki Değerlendirme Kapsam Belirleme ve İnceleme Değerlendirme Komisyonlarınca nihai kararı verilen "ÇED Uygundur" Raporlarıyla, 'sağlık koruma bandı'nın genişliğinin ne kadar olacağına ve Gayri Sıhhi Müessesenin yer seçimine sağlıkçılar dışındaki mesleklerce hatta emir komuta ile karar verilmiş olmaktadır. Sağlıkçıların ÇED raporlamasında tek müdahale edeceği aşama GSM Ruhsatlaması mevzuatına göre il sağlık müdürlükleri, büyükşehir ve veya şehir belediyelerinden veya il özel idarelerinden yatırımcı tarafından özel bir firmaya hazırlatılan ve giderek kalıplaşmaya başlayan taslak ÇED raporuna istenen"görüş" aşamasıdır. Sayıca, nitelikçe ve meslek alanları bakımından yetersiz uzman personelleri nedeniyle İl Çevre Müdürlüklerince kendilerinden görüş istenen kurumlar işletmenin ÇED dosyası hakkındaki bu görüşlerini ileride doğacak herhangi bir sorumluluğun getireceklerinden de kurtulmak amacıyla genellikle "… yasa ve yönetmeliklere uygun olmak kaydıyla sakınca yoktur." şeklinde biten kısa ve suya sabuna dokunmayan görüşlere vererek cevaplamaktadırlar (11).

Genel toplum sağlığı kadar iş sağlığını da yakından ilgilendiren hava kalitesi izlemesinde, cep telefonu baz istasyonu yer seçimlerinde ve Maden Yasası gibi yasalarla getirilen düzenlemelerle ve yönetmelik değişiklikleri ile genişletilerek ÇED kapsamından çıkarılan kimi petrol yatırımlarında ve Nükleer santrallar, 3. Boğaz köprüsü, Gebze-İzmir otobanı, Ilısu Barajı gibi dev projelere getirilen Çevresel Etki Değerlendirmesi muafiyeti dışında da, ne yatırımın yer seçiminde ne de işletme izleme ve denetim aşamalarında çevre ve iş sağlığı uzman veya sorumluları yer almaktadırlar. Anayasamızda ve sağlık mevzuatımızda son yirmi yılda yapılan değişikliklerle bünyesinde hekim ve çevre sağlığı teknisyenleri gibi bütüncü (holistik) meslek eğitimi almış sağlık meslekleri barındıran ve ilçe (Sağlık Grup Başkanlıkları –yeni adıyla Toplum Sağlığı Merkezleri) ve köy düzeyinde taşra örgütü bulunan (sağlık ocakları) Sağlık Bakanlığı; egemen olduğu çevre sağlığı hizmetleri izin ve denetleme işleyişinden çıkarılmış ve Çevre sağlığı hizmetleri başta Çevre ve Tarım Bakanlıkları bünyesinde istihdam edilen ve gelişmiş batı ülkelerindeki meslektaşlarının aksine, meslek eğitimleri sırasında bütüncü çevre sağlığı ve halk sağlığı dersleri almamış; alsa da insan sağlığı önem ve öncelikli entegre çevre sağlığı yaklaşımını içermeyen dersler ve bakış açıları ile yetişmiş ziraat mühendisliği, kimya mühendisliği, çevre mühendisliği ve biyologlar gibi meslek gruplarına teslim edilmiştir (11).

Oysa, Yaşam kesintisiz sürdüğü gibi çalışma hayatı da gerek vardiya gerekse hafta sonları ve tatil günlerini de kapsayan çalışma düzenine sahiptir. Sağlık mevzuatı ve sağlık hizmetinin çalışma saatleri günün 24 saatini kapsar. Türkiye'de sıvı-gaz hatta katı atık deşarjları başta mesai saatinden sonraki gün ışığının olmadığı saatlerde ve resmi tatil günleri işletmecinin maliyetini

arttıran arıtma tesisleri devreden çıkarılarak veya vahşi yöntemlerle yapılabilmektedir. Örn. Toplu besin zehirlenmelerinin meydana geldiği saatler ve araştırılması, besin örneği alınması ve laboratuarı hizmetleri mesai saatleri dışına taşabilir. Sağlık örgütü bu anlayışa sahip gezici ve nöbetçi hizmet ve ekip hizmeti düzenine izin ve olanak veren çalışma saatlerine, mevzuatına ve günün her saatinde denetim ve araştırma (sürveyans) hizmeti örgütlenmesine ve personel yeterliliğine sahiptir.

Çevre sağlığından sorumlu diğer bakanlık ve kuruluşlar böyle bir eğitimli işgücüne, tam zamanlı çalışma saatlerine ve örgütlenmeye sahip değildirler. Çevre Bakanlığı'nın ilçe ve Türkiye Atom Enerjisi Kurumu ve Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu gibi kurumların il ve ilçe örgütlenmesi ve yetki devri yoktur. O kadar ki bir baz istasyonu izin ve yatırımından ildeki vali ve belediyenin haberi olmamaktadır. Başta tarım bakanlığı olmak üzere sağlık bakanlığı dışındaki bütün çevre sağlığı hizmeti veren örgütler çalışma saatleri kavramı ile ve sadece hafta içindeki 08-17 saatleri arasındaki sekiz saatte çalışırlar ve mevzuatları gereği mesai bitiminde çalışma ve acil hizmet algıları ve personel ve örgüt yapıları yoktur. Çalışma saatleri dışında denetim ekipleri oluşturmaya alışık olmadıkları gibi mevzuatları (yasasal durumları) da buna uygun değildir(11).

Bu nedenle multidisipliner ve birden fazla kurum ve bakanlık tarafından verilen çevre sağlığı hizmetlerindeki meslek eğitimi, mevzuat ve örgütlenme eksiklerinin halk sağlığı ilkeleri ve bilimi ışığında bütüncü (holistik) bir biçimde hızla düzeltilmesi, birbiri ile uyumlaştırılması ve kurumlar arası eşgüdümün ve de bütün çevre mesleklerinden elemanların çevre sağlığı disiplini ve yaklaşımı ile çalışacağı; taşra örgütüne ve gezici acil müdahale ve denetim ekiplerine sahip kurumlar arası bir çevre koruma örgütünün acilen kurulması ya da başta Çevre ve Orman (Orman ve Su İşleri, Çevre ve Şehircilik), Tarım ve Köy İşleri bakanlıkları olmak üzere halen hizmet veren çevre sağlığı kurumlarında hekim, epidemiyolog, halk sağlığı uzmanı ve çevre sağlığı teknisyeni gibi sağlık meslekleri kadroların istihdam edilmesi önemle gereklidir. Aksi takdirde bu ülkenin iş yeri sağlığının da içinde olduğu genel toplumunu çevresel etmenlerden gelecek tehlikelere karşı korunması yetersiz ve niteliksiz olacaktır.

Kaynakça

1. Sağlık Bakanlığı. Hava kalitesinin kontrolü yönetmeliği. İçinde:Çevre Sağlığı Mevzuatı. Editörler. Güler Ç, Çobanoğlu Z, 1996.
2. Fitzpatrick M, Bonnefoy X.Guidance on the Development of Educationaland Training Curricula. EnvironmentalHealth Services in Europe. Denmark: WHO Regional Publications. European Series. No. 84,1999.
3. Encyclopedia of OccupationalandSafety. 4th Ed. ILO,1998.
4. T.C. Orman ve Su İşleri Bakanlığı. İstatistiki veriler [online]. Erişim adresi: http://www.ormansu.gov.tr/COB/istatistik.aspx?sflang=tr. Erişim tarihi: 26 Ocak 2012.
5. Gürsoy U. Osmaniye İlinde Buluş Yemekçilik Firmasından Öğle Yemeği Alan Sekiz İlköğretim Okulunda 16-17. 10. 2009 Tarihlerinde Görülen Toplu Besin Zehirlenmesi Salgını İnceleme Raporu. Yayınlanmamış Rapor. 08.11.2009.
6. Gürsoy U. Osmaniye İli Bahçe İlçesi Merkez İlköğretim Okulları 23.05.2008 Tarihli Toplu Besin Zehirlenmesi Salgın İnceleme Raporu. Yayınlanmamış Rapor**.** 14.07.2008.
7. Milli Prodüktivite Merkezi. Türkiye'de Gıda Kayıpları. Yayın No:214, 1978.
8. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Mesleki ve Teknik Araştırma ve Geliştirme Merkezi Başkanlığı (METARGEM). Toplu Beslenme Sektörü Araştırması (Merkezi Mutfaklar). Eraslan M,Koordinatör, 2003 [online]. Erişim adresi: http://earged.meb.gov.tr/tamamlanan/toplu_beslenme.pdf. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

9. Pişir, şokla soğut uzun süre sakla. Erişim adresi: http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ printnews.aspx?DocID=8569623. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

10. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Portör muayenelerine esas laboratuvar tetkikleri konulu genelgesi (2005/9) [online]. Erişim adresi: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2416/eski2yeni.html. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

11. Gürsoy U. Son 16 Yılı Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütünde Halk Sağlığı Laboratuvarı Şefliği, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi Halk Sağlığı Uzmanı Olarak Geçen 33 Yıllık Kişisel Mesleki Gözlemleri ve Bilgileri. 2012.

12. Salmonella araştırması (TS ISO 6340). İçinde**:** İnsani Tüketim Amaçlı Sular. İnsani Tüketim Amaçlı Sulardan Numune Alımı,Taşınması ve Analizine İlişkin El Kitabı. s: 44-51 [online]. Erişim adresi: http://www.rshm.gov.tr/kitapciklar/insani_tuketim_amacli_sular/insani_tuketim_amacli_sulartr-3.pdf. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

13. Türk Standartları Enstitüsü. TS ISO 6340. Su Kalitesi-Salmonella Aranması. 13.04.1999.

14. T.C. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü. Bağlı ve ilgili kurumlar [online]. Erişim adresi: http://www.gkgm.gov.tr/genel/bagli_kurum.html. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

15. Salmonelladetectionandidentificationmethods [online]. Erişim adresi: http://www.rapidmicrobiology.com/test-methods/Salmonella.php. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çevre Sağlığı Ulusal Eylem Planı. Sağlık Bakanlığı Yayını. 2001.

17. T.C. Çevre Bakanlığı**.** Ulusal Çevre Eylem Planı [online]. Erişim adresi: http://www2.cevreorman.gov.tr/Ucep.html. Erişim tarihi: 19 Ocak 2012.

18. İçinde: Editörler. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını,1995.

19. Dirican R. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri. Hatipoğlu Yayınevi, 1990.

20. İçinde: Hobson W, editör. The Theory and Public Health. Oxford University Press, 1979.

21. Çevre ve Orman (Orman ve Su İşleri) Bakanlığı. Hava kalitesi izleme ağı ölçüm sonuçları. Dinamik tablo: Tüm istasyonlar. Raporlar: İstasyon raporları. Bilgi: Hava kirliliği [online]. Erişim adresi: http://www.havaizleme.gov.tr/Default.htm**.** Erişim tarihi: 08.04.2011 ve 20 Ocak 2012.

22. TOBB. Kapasite raporu yaptırmış firmalar [online]. Erişim adresi: http://www.tobb.org.tr/BilgiHizmetleri/Sayfalar/SanayiVeritabani.aspx**.** Erişim tarihi: 20 Ocak 2012.

23. TOBB. Organize sanayi bölgeleri [online]. Erişim adresi: http://sanayi.tobb.org.tr/organize_sanayi_harita.php. Erişim tarihi: 20 Ocak 2012.

24. Türkiye'deki enerji santralleri [online]. Erişim adresi: http://tr.wikipedia.org/wiki/ Türkiye'deki_enerji_santralleri. Erişim tarihi: 23 Ocak 2012.

25. Gürsoy U. Bursa'da hava durumu [online]. Erişim adresi: http://cevrehukuku.net/ dosyalar/bursada_hava_durumu_raporu.pdf. Erişim tarihi: 20 Ocak 2012.

26. Gürsoy U. Biri bizi gözet(le)miyor: dış ortam hava kirliliğini anlama, algılama, izleme ve gözet(le)me rehberi [online]. Erişim adresi: http://cevrehukuku.net/dosyalar/ biri_bizi_gozet_le_miyor.pdf. Erişim tarihi: 20 Ocak 2012.

27. Gürsoy U. Osmaniye-Kadirli Üniversal Çimento Fabrikası özelinde gayrısıhhi müessese ruhsatlandırılmasında yer seçim raporu aşaması yerine geçen çevresel etki değerlendirme raporlamasının halk sağlığı ve sağlık mevzuatımız yönünden değerlendirilmesi [online]. Erişim adresi: http://cevrehukuku.net/dosyalar/ universal_cimento_gursoy.pdf. Erişim tarihi: 23 Ocak 2012.

28. Keskin M, Mert A. Türkiye'de enerji ve çevre konusunda yapılan en büyük hataların laboratuvarı: Yatağan-Yeniköy-Gökova Termik Santralları. II. Çevre ve enerji kongresi. Kongre kitabı.15-17 Kasım 2001. TMMOB Makine Mühendisleri Odası.

29. Ünalan Z. Çevresel radyasyon: Japonya'da korkulan radyoaktif çekirdekler. Bilim ve Teknik Dergisi. Nisan 2011:38-43.

30. TAEK. Radyasyon Erken Uyarı Sistemi Ağı (RESA) [online]. Erişim adresi: http://www.taek.gov.tr/bilgi-kosesi/kaza-ve-tehlike-durumu/115-kaza-ve-tehlike-durumu/296-radyasyon-erken-uyari-sistemi-agi-resa.html. Erişim tarihi: 23 Ocak 2012.

31. Her Yanımız Çernobil. Milliyet Gazetesi**.** 29 Aralık 1992.

32. Tuncer M. Türkiye'nin kanser durumu. Kanser tedavisinde hipertermi sempozyumu. Akdeniz Üniversitesi. 04.07.2003. Antalya.

33. Karagel ÜD. Türkiye kırsalında tarımda çalışan kadın nüfusu (1990-2000). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2010;3(13) [online]. Erişim adresi: http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt3/sayi13kadinsayisipdf/ucecamkaragel_dondu.pdf. Erişim tarihi: 18.04.2011.

34. DİE. Türkiye İstatistik Yıllığı-2000. T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını, 2001.

35. T.C. Çevre Bakanlığı**.** Ulusal Çevre Eylem Planı [online]. Erişim adresi: www.cevre.gov.tr . Erişim tarihi: 12.05.2003. (Çevre ve Orman ile Bayındırlık ve İskân Bakanlıklarının yeniden düzenlenmesi ile oluşan Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile Orman ve Su İşleri Bakanlıkları ve Milli Kütüphane web sayfalarında böyle bir dokümana artık ulaşılamamaktadır).

36. TÜİK. Tarım İstatistikleri. Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi:5. s: 2, Ankara. Haziran 2008.

37. TAEK . 20. Yılında Çernobil [online]. Erişim adresi: http://www.taek.gov.tr/cernobil/giris.html. Erişim tarihi: 01.01.2007.

38. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması. 2006.

39. Gürsoy U. Halk sağlığı bilimi açısından Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun Çernobil kazası sonrası radyasyon ölçümleri ve doz hesaplarının doğruluk ve güvenilirliği-I: Genel değerlendirme. TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası Mersin Şubesi ve Mersin Üniversitesi. Nükleer enerji sempozyumu NÜKSEM 2007. Sempozyum kitabı. 19-20 Ekim 2007.

40. Gürsoy U.Halk sağlığı bilimi açısından Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun Çernobil kazası sonrası radyasyon ölçümleri ve doz hesaplarının doğruluk ve güvenilirliği-II: Ölçümlerin bilimsel Kullanılabilirliği, doğruluğu ve Türkiye'yi temsil edebilirliği. TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası Mersin Şubesi ve Mersin Üniversitesi. Nükleer enerji sempozyumu NÜKSEM 2007. Sempozyum kitabı. 19-20 Ekim 2007.

LİSANS ve LİSANSÜSTÜ EĞİTİM PROGRAMLARINDA İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ (İSG) EĞİTİMİ

Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Doç. Dr. Ferdi TANIR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

Çalışmalar, işyerinde verilen eğitimlerden önce çalışanların mezuniyet öncesi dönemde çalışma yaşamında sağlık ve güvenlik konularında bilgilenmesinin önemini vurgulanmaktadır. Bu konuda sorumlu kurumlar; Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Üniversitelerin İSG ile ilgili bölümleri, Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Milli Prodüktivite Merkezi, Türk Tabipleri Birliği, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği olarak sayılabilir.

Ülkede toplumsal bir güvenlik kültürünün oluşumunda en önemli aşama, güvenli çalışma bilincinin aşılanması için ilkokuldan başlayarak tüm eğitim kademeleriyle, özellikle de mesleki-teknik eğitimle mutlaka bütünleştirilmesi gerekmektedir.

1.Mesleki teknik okullar düzeyinde İSG eğitimi

3008 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu kapsamında Çıraklık Eğitim Merkezleri (ÇEM)'nde örgün eğitim dışında kalan ve 12-19 yaş grubu gençlerin devam ettiği bir sistem bulunmaktadır. Burada çıraklara olsa iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri verilmektedir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği modülü 40 saat olarak, 10. sınıflardan itibaren okutulmaktadır. Bu modül, İSG ile ilgili temel kavramları, işyeri ve iş güvenliğini tehdit edici unsurları, meslek hastalıklarını, kaza ve yaralanmaları, yangınları, iş kazalarında yapılacak hukuki işlemleri ve iş güvenliği mevzuatını anlatmaktadır.

2.Yüksek öğrenim düzeyinde İSG eğitimi

İş sağlığı ve güvenliği ekibi; sağlık bilimlerinden, mühendislik ve teknik bilimlerden ve sosyal bilimcilerden oluşmaktadır. Bu nedenle pek çok mezuniyet öncesi mesleki eğitimde bu konunun yer alması gereklidir.

Halen Türkiye'de eğitim-öğretime açılmış 104'ü kamu, 53'ü vakıf olmak üzere toplam 157 üniversite bulunmaktadır. Bunların içinde 2 Yüksek Teknoloji Enstitüsü, 8 Teknik Üniversite, 1 Güzel Sanatlar Üniversitesi, 4 Askeri Okul, 1 Polis Akademisi eğitim vermektedir. Bu üniversitelerden 61'i kamu, 13'ü vakıf olmak üzere toplam 74 tıp fakültesinin programları incelenmiştir. Mart 2011 itibarı ile günümüzde eğitim veren 61, uzmanlık eğitimi veren 53 tıp fakültesinde, 32 adet Devlet Üniversitesinin Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki 55 farklı bölümü, 3 adet Vakıf Üniversitesinin 3 bölümündeki İSG konularını içeren dersler ile 12 devlet ve vakıf üniversitesinden 2 farklı Üniversitedeki Meslek Yüksek Okulları bünyesinde açılan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği programlarının müfredatlarında yer aldığı saptanmıştır.

a. Meslek Yüksek Okulu Programlarında İSG Eğitimi

Günümüzde 12 Devlet ve Vakıf Üniversitesinin 13 Meslek Yüksek Okulundaki 19 "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" programına toplam 810 öğrenci alınmaktadır. Bu programların ders müfredatları yeterli olup, programa kabul edilen öğrencilerin büyük bir bölümü Acil Tıp Teknisyenli Bölümü mezunudur. Bu bölüm mezunlarının büyük bir bölümü iş hayatına Acil Tıp Teknisyeni olarak devam etmekte ve İSG alanındaki ara eleman açığı devam etmektedir. Meslek Yüksek Okulları bünyesindeki Teknik Sağlık ve Sosyal bilim dallarını kapsayan 43 farklı mesleki program açılmakla birlikte sadece %12'sinin müfredatında İSG konularını kapsayan dersler bulunmaktadır.

b. Mühendislik Mimarlık Programlarındaki İSG Eğitimi

Lisans Eğitimi: Halen Türkiye'deki 32 adet Devlet Üniversitesinin Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki 55 farklı bölümünde ve 3 adet Vakıf Üniversitesinin 3 bölümünde İSG konularını içeren dersler açılmaktadır. Ders süreleri 2 ile 3 saat arasında olup, Mühendislik-Mimarlık ve Fen Fakültelerindeki öğrencilerin bir dönemdeki ders yükü ortalaması 26 saat olmaktadır. İSG, iş güvenliği, işyeri güvenliği, endüstriyel hijyen, mühendislikte karar ve risk analizi, meslek bilgisi ve laboratuar güvenliği, risk yönetimi, meslek kazaları ve ilk yardım ile teknik emniyet ve işçi sağlığı adları ile açılan derslerin içerikleri de önemli farklılıklar göstermektedir.

Lisansüstü Eğitimi: Çok az sayıda devlet ve vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Enstitüleri ile ve Fen Bilimleri Enstitülerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği veya İş Güvenliği anabilim dalları bulunmaktadır. Bazı devlet üniversitelerinin lisansüstü programları içerisinde de İSG konularını içeren dersler açılmakla birlikte bu sayılar oldukça yetersizdir.

2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye genelinde İSG konusunda sadece 36 adet doktora tamamlandığı göz önüne alınırsa, lisans ve lisansüstü eğitimlerindeki sıkıntıların İSG konularında yetiştirilmiş akademisyen sayısının yetersiz olmasından kaynaklandığı kolayca görülebilmektedir.

Mühendisler, önleyici İSG faaliyetlerin işyerlerindeki yürütücüsü, aynı zamanda İSG kültürünün aktarıcısı konumunda olduğundan, İSG konusundaki bilgilerinin geliştirilmesi son derece önemlidir. Son yıllarda Fen, Mühendislik ve Mimarlık programlarında İSG konularını kapsayan ders sayısı giderek artmaktadır.

c. Sağlık personelinin eğitimi:

İşyerinde İSG için çalışan tüm sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde İSG yer almalıdır. İş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde, yeterli bilgi ve deneyim ile donatılmış ve yeterli eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Günümüzde hemşirelik eğitimi yüksek öğrenim düzeyinde verilmektedir. 80 hemşirelik okulunda mezuniyet öncesi eğitim programında iş sağlığı ve güvenliği yer aldığı belirtilmektedir.

Eğitim verildiği belirlenen ve programları incelenen 61 tıp fakültesi bulgularına göre, Türkiye'deki tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi lisans eğitimlerindeki İSG eğitimleri, temel olarak Halk Sağlığı Anabilim dallarında verilmektedir. Türkiye'deki tıp fakültelerinden 40'ı kamu, 3'ü vakıf üniversitesi tıp fakültesi olmak üzere toplam olarak 43'ünde Halk Sağlığı Anabilim Dalı kurulmuş ve eğitim vermektedir. Bu Anabilim Dallarının mezuniyet öncesi müfredatlarında, Dönem III, IV, V ve VI'da 9-15 saat arasında teorik ve İş Sağlığı ve Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Korunma vb. adlarla İSG eğitimleri sürdürülmektedir. Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi dönemde Halk Sağlığı anabilim dalları dışında, çok azında (12'sinde) Göğüs Hastalıkları, Fizik Tedavi, K.B.B, Enfeksiyon, Acil gibi stajlarda çok kısa süreli (ortalama 4.8 saat) iş sağlığı ile ilgili derslerin anlatıldığı belirlenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

*Sağlıklı ve güvenlikli işyerleri ve ortamlar sağlamak, ülkemizdeki iş kazası ve meslek hastalıklarını önlemek en azından Avrupa Birliği Ülkelerindeki seviyelere çekebilmek için ülke genelinde İSG kültürünün yaygınlaştırılması birinci amacımız olmalıdır.

*İSG kültürünün yaygınlaştırılabilmesi için, eğitim müfredatlarının içerisine İSG eğitiminin uygun bir şekilde yerleştirilmesi gerekmektedir. Üniversiteler arasındaki İSG müfredat içeriği farklılıklarını ortadan kaldırmak ve üniversite eğitim müfredatına İSG konularını etkin bir şekilde yerleştirebilmek için üniversiteler ve bu konularda eğitime katkı sunabilecek tüm tarafların katkı sunabileceği bir çalıştay düzenlenmeli ve ortak bir eğitim müfredatı üzerinde anlaşma sağlanmalıdır.

*Türkiye'deki tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi-lisans programlarından sadece 43 Halk Sağlığı Anabilim dallında İSG eğitimi müfredat içeriği olarak verilmemeli diğer anabilim dallarında (özellikle Dahiliye, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Cildiye, Fizik Tedavi, Göz, K.B.B., Psikiyatri, Kadın Hastalıkları, Enfeksiyon, Mikrobiyoloji, Biyokimya, Acil) İSG eğitimi müfredata uygun süre ve içerikle alınmalıdır.

*Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'nin Mezuniyet Öncesi Eğitimde İş Sağlığı ve Güvenliği adıyla bir standardizasyon çalışması yaptığı belirlenmiştir. Bu eğitim içeriğinde 10 saat teorik ve 5 saat uygulamalı İSG eğitimi planlanmaktadır. Bu eğitim içeriği örnek alınarak tıp fakültelerindeki Halk Sağlığı eğitim programında standardize eğitim planlamak mümkündür.

*Tıp fakültelerinin Mezuniyet sonrası-yüksek lisans, uzmanlık eğitim müfredatlarından sadece Halk Sağlığı anabilim dallarında İSG dersi verilmemeli, diğer anabilim dallarında da verilmesi sağlanmalıdır. Gerek Halk Sağlığı ve gerekse diğer bölümlerdeki eğitimler uluslar arası içeriklere ulaştırılmalıdır. Böylece İSG konusunda eğitim vermek üzere günümüzde yetersiz olan eğitici öğretim elemanlarının yetiştirilmesi sağlanmalıdır.

*Üniversitelerin tıp fakültelerindeki başta Halk Sağlığı Anabilim Dalları olmak üzere, sağlık yüksek okulları, meslek yüksek okulları, enstitüleri vb. tüm birimlerine, ilgileri oranında İSG dersleri uluslar arası normlara ve ülke koşullarına uygun şekilde konulmalıdır. Bu dersler her eğitim kurumu için bölgesel özellikleri de dikkate alınarak standardize edilmeli ve Türkiye genelindeki kamu veya vakıf tüm üniversitelerde verilmelidir.

*İşyeri hekimliği eğitimleri, lisansüstü eğitim olması ve bu tip eğitimlerin yasal sunum yeri olması nedenleri ile üniversitelerde verilmelidir. Bu eğitimleri; kimlerin, nasıl, hangi içerikle, müfredatın neresinde, ne kadar sürede vereceği belirlenmelidir. Bu özellikler göz önünde tutularak hazırlanacak ulusal İSG eğitim programı; tıp, mühendislik, mimarlık ve fen fakültelerinin, tüm meslek yüksek okullarının müfredatı içerisine konulmalıdır. Programın uygulanması için gerekli yapılanma anabilim veya bilim dalı şeklinde kurgulanmalı ve en kısa sürede bu bölümlere yeterli öğretim üyesi yetiştirilmeye başlanılmalıdır.

*İş Güvenliği Mühendisliği ve/veya İş Güvenliği Uzmanlığı eğitimlerinin de yeri lisans ve lisansüstü eğitim kurumları olan üniversitelerdir. Gerek işyeri hekimliği ve gerekse iş güvenliği mühendisliği veya uzmanlığı eğitimlerinde T.T.B. ve T.M.M.O.B. gibi meslek örgütlerinin, işçi ve işveren sendikaları gibi sivil toplum kuruluşları ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı eğitim birimlerinin deneyimlerinden yararlanılmalıdır.

*Lisansüstü programlarda İSG ve risk yönetimine ilişkin araştırmaların sayısı arttırılmalıdır.

*İSG eğitimlerinin, küresel strateji olarak "Herkes İçin İş Sağlığı" prensibi gözetilerek oluşturulmasına dikkat edilmelidir.

*İSG eğitimlerinin örgün eğitim müfredatlarına ilköğretimden itibaren konulması, yüksek öğretimde ilgili tüm okullarda müfredata girmesi, yazılı ve görsel basında sunulacak bilgiler ve tartışmalar, işyerlerinde işe giriş ve hizmet içi eğitimlerle pekiştirilmesi çalışmaları sonunda toplumda İSG Kültürü oluşturulması sağlanabilecektir. Bu konuda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü de aynı görüşü paylaşmakta olması bizleri, yakın gelecekte bu çalışmalara en azından kamusal yönden en kısa sürede başlanabileceğini düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. ILO, Stellman J.M(Ed). Encyclopaedia of occupational health and safety, 4th Ed., Geneva, 1998
2. Bilir N, Yıldız A.N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Ünv. Yayınları, 2004
3. http://www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/index.html (erişim 22.02.2011)
4. Cimrin A., Albayrak S., Tabak L. Türkiye'de tıp eğitiminde iş sağlığı konusunun ağırlığı, Tuberk Toraks, 58(2), 142-146, 2010
5. http://www.yok.gov.tr/content/view/527/222/ (erişim 05.03.2011)
6. YÖK, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. YÖK Yayın No: 1, 2010
7. http://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye'deki Üniversiteler listesi (erişim 05.03.2011)
8. http://hasuder.org/en/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=37&Itemid=58 (erişim 05.03.2011)
9. Hamzaoğlu O., Yavuz C, Çağlayan C, Erdoğan S, Etiler N. Undergraduate Training in Occupational Health at Kocaeli University Medical School: A Turkish Experience. Industrial Health, 43, 677-684, 2005
10. http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index6.html (erişim 15.03.2011)
11. http://www.tumgazeteler.com/?a=6114363 (erişim 28.02.2011)
12. http://212.175.131.61/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/Ulusal_isg_politikalari.pdf
13. Yılmaz F. Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği Uluslararası insan bilimleri dergisi. Cilt: 6 Sayı:1 Yıl:2009
14. Yılmaz F. İş sağlığı ve güvenliği'nde okul eğitiminin önemi: modern örnekler ışığında is sağlığı ve güvenliği lisans eğitiminin ülkemizde uygulanabilirliği. Kamu-İs; C:11, S:1/2009: 107
15. Sarıkaya M, Güllü A, Seyman MN. Meslek yüksek okullarında iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verilmesinin önemi (Kırıkkale Meslek Yüksek Okulu Örneği) TÜBAV BİLİM DERGİSİ Yıl: 2009, Cilt:2, Sayı:3, Sayfa:327-332.
16. Güvercin Ö, Aybek A. Teknik personelin iş güvenliği konusundaki eğitim düzeyleri üzerine bir araştırma. Teknoloji, 2003; 6(1-2): 69-77.

17. Nahcivan N, Erdoğan S, Esin MN. Türkiye'de iş sağlığı hemşireliği Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekoukul Dergisi, Cilt2, Sayı:l, 1999

18. İşçi F, Esin MN.Bir İşyerindeki İş Sağlığı Hemşireliği Girişimlerinin Omaha Hemşirelik Girişim Şeması ile Değerlendirilmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009, 2(2), 39-55

19. Esin M.N, Emiroglu O.N, Aksayan S, Beser A. (2008) Undergraduate occupational health nursing education in Turkey: a national survey. International Nursing Review 55, 156–163

20. Mandıracıoğlu A, Batı AH. Ege Universitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin meslek hastalıkları eğitimi konusunda görüşlerinin değerlendirilmesi.Tıp Eğitimi Dünyası 2006; 21:22-6.

21. Ergör A, Demiral Y, Kıran S. Türkiye'de Tıp Fakültelerinde iş sağlığı eğitimi: Bir durum saptama çalışması. Toplum ve Hekim 1999; 14(2): 93-95.

22. Yıldız AN, Topuzoğlu İ. İş Sağlığı Etkinliği. Halk Sağlığı Anabilim Dallarında İş Sağlığı Etkinliği Mayıs 2009 Sunum Metni

23. Yavuz CI, Hamzaoğlu O, Çağlayan Ç, Etiler N. An evaluation of the undergraduate occupational health internship program at Kocaeli University's Faculty of Medicine. Turk J Med Sci.2011; 41 (1):

24. Hamzaoglu O, Yavuz CI, Çaglayan Ç, Erdogan MS, Etiler N. Undergraduate Training in Occupational Health at Kocaeli University Medical School: A Turkish Experience. Industrial Health 2005, 43, 677–684

25. Çımrın AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, Itil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. Medical education 1999 Jun;33(6):466-7.

26. Malat G, Aslan VY, Özden YI, Kıyan A. İş sağlığı, meslek hastalıkları eğitimi ve mesleki anamnez konusunda hekimlerin tutum ve görüşleri: bir alan araştırmasının betimleyici sonuçları. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994.

İŞ SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ EĞİTİMİ ve YASAL SÜREÇ

Doç. Dr. Meral SAYGUN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale

1. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ EĞİTİMİ

Profesyonelin eğitimi (işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı eğitimi)

"İş sağlığı profesyonelleri" tanımı, profesyonel yeterliğe sahip olarak iş sağlığı ve güvenliği görevlerini yürüten, iş sağlığı hizmeti veren ya da bir iş sağlığı uygulamasında yer alanların tümünü kapsamak üzere kullanılır. İş sağlığı, teknik, tıbbi, sosyal ve yasal alanları içerdiği ve teknoloji ile sağlık arasında bir köprü oluşturduğu için, çok farklı disiplinler ile ilişkilidir. İş sağlığı profesyonelleri; iş sağlığı hekimlerini ve hemşirelerini, iş müfettişleri ile iş hijyenistleri ve psikologları, iş sağlığı ve güvenliği araştırması alanındaki uzmanları olduğu kadar, ergonomi, rehabilitasyon, kaza önleme, çalışma ortamının geliştirilmesi alanlarındaki uzmanları da kapsar (1).

Uluslar Arası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH, International Commission on Occupational Health) 2002 yılında, iş sağlığı profesyonel meslek sahibi olan kişiler için görevler ve yükümlülüklerine ilişkin bir rapor yayımlamıştır. Raporda, iş sağlığı profesyonelleri için Uluslararası Etik Kuralların temel aldığı ilke ve değerler aşağıdaki üç paragrafta özetlenmiştir (1).

İş sağlığının amacı, işçilerin bireysel ve toplu olarak sağlığına ve sosyal refahına yönelik hizmetlerin sunulmasıdır. İş sağlığı uygulaması en yüksek profesyonel standartlara ve etik ilkelere göre gerçekleştirilmelidir. İş sağlığı profesyonelleri, çevre ve toplum sağlığına katkıda bulunmalıdır.

İş sağlığı profesyonellerinin görevleri arasında, işçinin yaşamını ve sağlığını koruma, insan onuruna saygı ve iş sağlığı politikaları ile programlarında en yüksek etik ilkeleri geliştirme yer alır. Profesyonel davranış, dürüstlük, tarafsızlık, sağlık verilerinin gizliliğini ve işçilerin özel bilgilerini korumayı da içermektedir.

İş sağlığı profesyonelleri, görevlerini yerine getirirken tam profesyonel bağımsızlığa sahip olması gereken uzmanlardır. Görevleri için gerekli olan yeterliği edinip sürdürmeli ve işlerini doğru uygulamayla ve profesyonel etik kurallara uygun biçimde yürütmelerini sağlayacak koşulları talep etmelidirler.

2. DÜNYADA İŞYERİ HEKİMLERİNİN EĞİTİMİ

İşyeri hekimi eğitimindeki temel alanlar, 1997 Glasgow Konferansında tanımlanmıştır. Bu konferansa göre, belirlenen alanlar; sağlığı tehdit eden mesleki tehlikeler, iş sağlığı yasaları ve etik kuralları çerçevesinde sağlık ve güvenlik politikası oluşturulması, işe uygunluk ve engellilik halinin saptanması, işe uygunluk ve işçinin işe adaptasyonunu düzenleyen özel yasal düzenlemeler hakkında bilgi, çalışma yetisinin geliştirilmesi, bilgilenme, öğretim, eğitim ve iletişim becerileri kazandırılması, işyeri sağlık sorunlarına yönelik araştırma ve incelemeler yaparak bilimsel bilgiye katkıda bulunmak, yasaların uygulanması, çevre hekimliği, işyeri sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve sağlık eğitimi, iş sağlığı hizmetinin yönetimi, multidisipliner yapı olarak sıralanmıştır (2).

İşyeri hekimliğinin temeli tıp eğitimi ise endüstriyel tıp, ergonomi, endüstriyel psikoloji, ilkyardım, biyolojik izleme, patoloji, fizik, kimya, endüstriyel mühendislik, hijyen, sosyal güvenlik, hatta idari ve sosyal konuları da içine alan genişlikte multidisipliner bir hizmettir. Bu nedenledir ki, bugün birçok ülke mevzuatında görevlerinin çeşitlilik göstermesi ve karmaşık olması nedeniyle işyeri hekiminin yalnızca doyurucu bir tıp eğitimi alması yeterli bulunmamakta ayrıca endüstriyel tıp alanında uzmanlaşmış olması aranmaktadır. Bu uzmanlık lisansüstü eğitimle ve/veya tecrübe ile kazanılmaktadır. Birçok ülkede iki ya da üç yıllık işyeri hekimliği eğitimleri düzenlenmektedir. Teorik kurslarda, endüstriyel fizyoloji, uygulamalı endüstriyel psikoloji, ergonomi, teknoloji, endüstriyel sağlık, kazalardan korunma, meslek hastalıkları, ilkyardım, iş mevzuatı, sosyal güvenlik, mesleki ruhsal sağlık dersleri verilmektedir. Uygulamalı derslere örnek olarak, iş sağlığı kurumlarında işçilerin muayenelerine katılma, laboratuarda iş sağlığı ile ilgili çalışmalar yapma gösterilebilir. Genelde ülke mevzuatları incelendiğinde işyeri hekimliğinin, işyeri hekiminin uzmanlık alanı dışındaki hekimlere de tanındığını görülmektedir. İşyeri hekimliği için söylenen bu kıstaslar ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, Almanya'da ikili sistem öngörülmüştür, buna göre, altı yıl süren tıp eğitiminden sonra 4 yıllık eğitim sonucu uzmanlık diplomasına sahip olmak ya da tıp doktorluğu eğitiminden sonra iki yıllık eğitim almak gerekmektedir.

1976'da toplanan Alman Hekimler Konseyi, İş Hekimliği alanında yeni bir uzmanlık dalı oluşturmaya karar vermiş, böylece sertifikalı işyeri hekimleri ve 500 saatlik işyeri deneyimi olan ve halen aynı işyerinde çalışan hekimlerden İş Sağlığı kursunu tamamlamış olanlar yanında, İş Hekimliği uzmanları da İş yerlerinde görev almaya başlamışlardır. Dört yıllık "İş Hekimliği uzmanlık eğitiminin iki yılı, ya tam mesaili bir işyeri hekiminin yanında, ya da üniversiteye bağlı bir enstitüde veya bir eyalet bölge endüstri hekiminin yanında pratik eğitim olarak geçirilmekte, kalan iki yılın ise bir dahiliye kliniğinde tamamlanması öngörülmektedir. İki yıllık pratik eğitim sürecinde hekimler, Alman Tabipler Birliği'nin yetkili kıldığı akademilerde, altı bölüme ayrılmış kuramsal İş Sağlığı kurslarını tamamlamakla yükümlüdürler. Sertifikalı İşyeri Hekimliği ise; bir yılı dahiliye, bir yılı yetkili bir merkezde 3 aylık İş Sağlığı Kursu ile desteklenmiş iş sağlığı pratik eğitimi olmak üzere 2 yıllık eğitimi gerektirmektedir. Alman hukukunda işverenler hekimlik eğitimi almış ve üstlenmiş olduğu görevleri yerine getirmesi için gerekli olan iş hekimliği uzmanlığına sahip olan hekimlerle sözleşme yapabilmektedirler (3).

Belçika'da üçlü sistem öngörülmüştür, buna göre, işyeri hekimliği yapma yetkisi tanıyan bir diploma, işyeri hekimliği uzmanlık diploması ya da işyeri uzman hekim sıfatını kazanabilmek için üç yıllık teorik eğitim yapmak gerekmektedir. Fransa'da ise, tıp doktorunun işyeri hekimi olarak çalışabilmesi için; ya işyeri hekimliği uzmanlık sertifikası ya da işyeri hekimliği uzmanlık diplomasına sahip olması gerekmektedir.

İspanya'da işyeri hekimliği uzmanlık diploması, tıp eğitiminin ardından tam süreli dört yıllık eğitim sürecinden sonra elde edilebilmektedir. Bununla beraber bir yıllık eğitim sonucunda elde edilen ve işyeri hekimliği yapma imkanı veren bir başka belge daha bulunmaktadır. Bu eğitim Çalışma Bakanlığına bağlı bir birim tarafından yürütülmektedir (4).

Arjantin ve Brezilya'da işyeri hekimlerinin bir iş sağlığı hizmet birimine kayıtlı olması yeterli sayılmakta, Japonya, Sri Lanka, Macaristan'da ise işyeri hekimi olarak çalışabileceklerinin onaylanmış olması aranmaktadır. Avustralya, Bulgaristan, Ekvator'da bu hizmetler genel pratisyen hekimler tarafından yürütülmektedir (5).

3. TÜRKİYE'DE İŞYERİ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ ALANINDAKİ GELİŞMELER

Ülkemizde işyeri hekimi ihtiyacı, tıp eğitimi almış hekimlerin, sonradan işyeri hekimliği eğitim programlarına katılarak sertifikalandırılmaları yoluyla karşılanmıştır. İş sağlığı ve güvenliği alanında yaşanan yeniden yapılandırma çalışmalarında en sıkıntılı alanlardan biri işyeri hekimlerinin eğitimi konusu olmuştur.

Türk Tabipleri Birliği-TTB 1988 yılından itibaren işyeri hekimliği sertifika kursları düzenlenmeye başlanılmıştır. TTB Kanunu'nun 59. maddesine istinaden çıkarılan TTB İşyeri Hekimliği Sertifika Programı Yönetmeliği'nde de, anılan eğitimlerin TTB Merkez Konseyi tarafından düzenleneceği ve TTB Merkez Konsey dışında hiçbir birimin bu eğitimleri (sertifika programlarını) yürütemeyeceği bildirilmiştir. TTB işyeri hekimliği sertifikası vermek konusunda yetkili makam olduğu kararını alırken, 6023 sayılı Kanun'un 1, 4 ve 28. maddelerindeki, halk sağlığı ile ilgili ve üyelerinin mesleki gelişimleri için eğitim verme yetkilerini düzenleyen genel nitelikteki hükümlerine dayanmıştır. Otuz üç saatlik ilk sertifika programı, Dr. Nusret Fişek, Dr. İsmail Topuzoğlu, Dr. Nazmi Bilir, Dr. Gürhan Fişek, Dr. Turhan Akbulut, Dr. Haldun Sirer, Dr. Engin Tonguç gibi bu konuda yetkin hekimlerin önderliğinde, 1988'de, 38 hekimin katılımıyla İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

Sonraki yıllarda TTB İşçi Sağlığı Akademik Kurulu tarafından geliştirilerek "A Tipi" formatına dönüştürülen işyeri hekimliği sertifika kursları 9 günde 64 saat olarak verilmeye başlanmış, bu dönemde "İşyeri Hekimliği Ders Notları" kitabı hazırlanmış ve TTB Yayını olarak 8 kez baskı yapmıştır (7).

İş sağlığı ve güvenliği alanındaki yeniden yapılanma çalışmaları kapsamında 16 Aralık 2003 yılında çıkarılan İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'(8) ile işyeri hekimi olarak görevlendirilecek kişinin Bakanlıkça verilecek sertifikaya sahip olması zorunludur (Madde.18) hükmü getirilmiş ve işyeri hekimliği eğitimlerinin ÇASGEM tarafından verileceği düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 20. maddesine göre, işyeri hekimi sertifika eğitim programlarının süresi, teorik ve pratik olarak 180 saat olarak belirlenmiştir. Bu sürenin 60 saati teorik eğitimden oluşmuş kalan 120 saatin 40 saati İSGÜM'deki çalışmalara ayrılmış, diğer 40 saat meslek hastalıkları hastanesinde, son 40 saat de işyeri çalışması şeklinde uygulanmaktadır. Meslek hastalıkları hastanesindeki eğitimlerin de 10 saati teorik çalışmaya ayrılmıştır. Yönetmelikle ilgili Danıştay'a açılan dava sonucunda, Danıştay 10. Dairesi; Yönetmeliğin 4. maddesindeki işyeri hekimi tanımı ile 18, 19, 20, 25 ve 26. maddelerin iptaline karar vermiş (9) ve işyeri hekimliğinin, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü çerçevesinde düzenlenen bir yan dal uzmanlık alanı olması sebebi ile sertifikalandırmanın, uzmanlık eğitimi vermekle yetkili olan eğitim ve araştırma hastaneleri ya da üniversitelerin katılımı ile düzenlenecek bir programa bağlı olarak hekimlere verilecek belli bir eğitim süreci sonucunda yapılması gerektiği kararını açıklamıştır. Yargı kararlarının ardından ÇSGB, yasal değişiklik çalışmaları yapmış ve 5763 sayılı Kanunla 4857 sayılı İş Kanunu'nun 78. ve 81. maddelerinde değişiklik yapılmış ve 82. maddesi yürürlükten kaldırılmıştır (10).

Bu zaman süresince TTB, 2005 yılına kadar 17 yılda 168 kurs düzenlemiş 30.308 hekimin eğitimini ve sertifika programını tamamlamıştır. TTB Merkez Konseyi, İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu ve Bilim Eğitim Kurulu kursların reorganizasyonunu tamamlamış, sonuçta eski kurgusu ile A, B ve C tipi olmak üzere 3 basamakta gerçekleştirilen sertifika kursları yeni kurgu ile "Temel Eğitim" ve "İleri Eğitim" olarak basamaklandırılmıştır. TTB Merkez Konseyinin 17.4.2006 tarihli kararı sonrasında 55. Büyük Kongresi'nde (18-19 Kasım 2006) kabul edilen "İşyeri Hekimi Temel Eğitim Sertifika Kursu Yönergesi" ile "İşyeri Hekimi İleri Eğitimleri Sertifika Kursu Yönergesi" hukuka girerek "Temel Eğitim" ve "İleri Eğitimler" olarak uygulama alanı bulmuştur. TTB, İşyeri Hekimi Temel Eğitim Sertifika Kursları'nı üniversitelerle işbirliği çerçevesinde yapmak amacı ile eğitim programına katkı vermeyi kabul eden üniversiteler ile

protokol imzalamış ve 2010 yılına kadar düzenlenen 22 ortak kurs programında 2150 hekime işyeri hekimi Temel Eğitim Sertifikası verilmiştir (9).

ÇSGB tarafından hazırlanan İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik 15 Ağustos 2009 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (11).

9 Aralık 2009 tarihli ve 27427 sayılı Resmi Gazete'de İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ (13) yayınlanmış ve eğitim kurumları yetkilendirilmeye başlanmıştır. 30 Mart 2010 tarihine kadar 31 özel eğitim kurumu, 12 üniversite ve ÇASGEM olmak üzere toplam 44 merkezde eğitime başlanmıştır. Bu süreçte 2034 mühendis ve 217 hekim eğitim almıştır. Adı geçen yönetmeliğin de Danıştay tarafından bazı maddelerinin yürütmesinin durdurulması sonucu (13) eğitimlerini tamamlayan 2251 kişinin merkezi sertifika sınavına girmesi ertelenmiştir.

1 Ağustos 2010 tarihli ve 27659 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6009 sayılı Kanunla, (14) 4857 sayılı İş Kanunu ile 3146 sayılı "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun"da değişiklik yapılmıştır.

Yapılan bu değişiklikle; iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, ortak sağlık ve güvenlik birimleri ve eğitim kurumu tanımları getirilmiştir, ayrıca İşyeri sağlık ve güvenlik birimleri ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin nitelikleri, görevlendirilecek işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personelinin nitelikleri, sayısı, sorumlulukları, eğitimleri ve belgelendirilmeleri ile eğitim kurumlarının yetkilendirilmeleri, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı eğitim programlarının ve bu programlarda görev alacak eğiticilerin niteliklerinin belirlenmesi ve belgelendirilmeleri ile eğitimlerin sonunda yapılacak sınavlar ilgili tarafların görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği belirtilmiştir.

Yasal değişikliğin ardından hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği 27 Kasım 2010 tarihli ve 27768 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır (15). Bu yönetmelik ile İşyeri hekimliği belgesinin; İşyeri hekimliği eğitim programını tamamlayan ve eğitim sonunda Bakanlıkça yapılacak veya yaptırılacak sınavda başarılı olan hekimlere veya İş sağlığı ve güvenliği alanında en az beş yıl teftiş yapmış olan hekim iş müfettişleri, iş sağlığı bilim uzmanı hekimler, iş sağlığı bilim doktoru ile Bakanlık ve bağlı birimlerinde iş sağlığı ve güvenliği alanında en az beş yıl fiilen çalışmış hekimlerden Bakanlıkça yapılacak veya yaptırılacak sınavda başarılı olanlara veya iş ve meslek hastalıkları ya da işyeri hekimliği yan dal uzmanları ile uzmanlık eğitimi süresince iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili en az 150 saat teorik ve uygulamalı eğitim alan halk sağlığı uzmanlarına istekleri halinde Bakanlıkça verileceği belirtilmiştir.

Aynı yönetmelikte İşyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğiticilerin taşıması gereken özelliklerde belirlenmiştir. Buna göre İşyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğitici belgesi; Pedagojik formasyona veya eğiticilerin eğitimi belgesine ve iş sağlığı ve güvenliği alanında en az beş yıllık mesleki tecrübeye sahip; işyeri hekimleri ile iş sağlığı ve güvenliği, iş sağlığı veya iş güvenliği lisansüstü eğitimine sahip hekimlere veya Üniversitelerde, Bakanlıkça ilan edilen eğitim programlarına uygun alanlarda en az dört yarıyıl ders veren hekimlere veya iş ve meslek hastalıkları ya da işyeri hekimliği yan dal uzmanları ile uzmanlık eğitimi süresince iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili en az 150 saat teorik ve uygulamalı eğitim alan halk sağlığı uzmanlarına, başvurmaları halinde, uygun olarak düzenleneceği belirtilmiştir.

27 Kasım 2010 Tarih ve 27768 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'te İşyeri hekimlerinin belgelerini aldıkları tarihten itibaren 5 yıllık aralıklarla eğitim kurumları tarafından düzenlenecek bilgi yenileme eğitimine katılmak zorunda oldukları ve bu eğitimin süresi 30 saatten az olamayacağı belirtilmiştir.

27 Kasım 2010 tarihinde 27768 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan yönetmeliklerden sonra; 1 Şubat 2012 tarihine kadar 1 kamu (ÇASGEM) , 9 üniversite, 40 özel eğitim kurumu olmak üzere, toplam 50 merkezde eğitimler devam etmiştir. Bu süreçte 1.880 hekim eğitim almış ve 1.164 hekim sınavda başarılı olarak işyeri hekimliği belgesi almaya hak kazanmıştır.

ÇSGB bünyesinde işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının eğitimlerine yönelik özel bir proje yürütülmemektedir. Ancak, Hollanda Hükümeti ile yürütülen MATRA Projesi kapsamında yapılan çalışmalar ve AB'ye üye ülkelere yapılan çalışma ziyaretlerinde edinilen bilgi ve tecrübeler bu alandaki eğitim planlamalarına aktarılmaktadır. İSAG Projesi kapsamında ise, çok sayıda Bakanlık personeli İSG alanında eğitim almışlardır. Türkiye'de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesi (İSGİP) kapsamında; işyeri hekimleri, toplum sağlığı merkezi hekimleri, aile hekimleri, işyeri hemşireleri ve diğer sağlık personelleri ile iş güvenliği profesyonelleri, işveren ve işçilere yönelik eğitimler gerçekleştirilmektedir.

4. İŞ GÜVENLİĞİ UZMANLIĞI EĞİTİMİ ALANINDAKİ GELİŞMELER

İş sağlığı ve güvenliği alanında 2004 yılından önce, işyerlerinde iş güvenliği alanında görev yapan mühendisler ve TMMOB'ye bağlı odalar tarafından düzenlenen eğitimler sonucu belge alanlar işyerlerinde iş güvenliği mühendisi olarak görev almışlardır (7).

20 Ocak 2004 Tarihli Resmi Gazetede, 25352sayı ile yayınlanan İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Elemanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te İş Güvenliği Uzmanı olarak Bakanlık tarafından sertifikalandırılmış, iş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik elemanı tanımlanmış ve A,B,C Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı Sertifikasına almak için gereken koşullar belirlenmiştir. Aynı yönetmelikte sertifika eğitim programlarının Bakanlık tarafından düzenleneceği ve İş güvenliği uzmanlarının sertifikalarını aldıkları tarihten itibaren, 5 yıllık periyotlarla Bakanlıkça düzenlenen bilgi yenileme eğitimine katılmaları zorunlu olduğu bu eğitime katılmayan iş güvenliği uzmanlarının sertifikalarının geçersiz sayılacağı belirtilmiştir.

15.08.2009 tarihinde yayınlanan İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik (11) ve 9 Aralık 2009 tarihlinde yayınlanan İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ (12) ile sertifika eğitim programlarını düzenlemek üzere, CASGEM, özel eğitim kurumları ve üniversiteler de yetkilendirilmeye başlanmıştır. TMMOB Makine Mühendisleri Odası ve Maden Mühendisleri Odası tarafından açılan davalar nedeni ile, bu yönetmeliğin eğitim kurumu, eğiticinin eğitimi belgesi, eğitimlerin düzenlenmesi maddelerine Danıştay tarafından yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir (13).

1 Ağustos 2010 tarihli ve 27659 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6009 sayılı Kanunla, (14) 4857 sayılı İş Kanunu ile 3146 sayılı "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun"da değişiklik yapılmıştır.

Yasal değişikliğin ardından hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği 27 Kasım 2010 tarihli ve 27768 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır (15). İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmeliğe göre;

(A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesinin; (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az dört yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen ve (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olan mühendis, mimar veya teknik elemanlara veya İş sağlığı ve güvenliği alanında en az beş yıl teftiş yapmış mühendis, mimar veya teknik eleman olan iş müfettişleri, en az beş yıl

uzman olarak çalışmış Bakanlık iş sağlığı ve güvenliği uzmanları, iş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği doktorası yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlar ile Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde mühendis, mimar veya teknik eleman olarak en az on yıl görev yapmış olanlardan (A) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı için yapılacak sınavda başarılı olanlara Bakanlıkça verileceği belirtilmiştir.

(B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesinin; (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesiyle en az üç yıl fiilen görev yaptığını iş güvenliği uzmanlığı sözleşmesi ile belgeleyen ve (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olan mühendis, mimar veya teknik elemanlara veya İş sağlığı ve güvenliği veya iş güvenliği yüksek lisansı yapmış olan mühendis, mimar veya teknik elemanlardan (B) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olanlara Bakanlıkça verileceği belirtilmiştir.

(C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesinin; (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı eğitimine katılarak yapılacak (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı sınavında başarılı olan mühendis, mimar veya teknik elemanlara Bakanlıkça verileceği belirtilmiştir.

Aynı yönetmelikte; İşyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğitici belgelerinin;

Pedagojik formasyona veya eğiticilerin eğitimi belgesine ve iş sağlığı ve güvenliği alanında en az beş yıllık mesleki tecrübeye sahip; (A) sınıfı iş güvenliği uzmanları, iş sağlığı ve güvenliği, iş sağlığı veya iş güvenliği lisansüstü eğitimine sahip mühendis, mimar veya teknik elemanlar ile Bakanlıkta görevli iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarına veya Pedagojik formasyona veya eğiticilerin eğitimi belgesine sahip ve en az beş yıl teftiş yapmış iş müfettişlerine, veya Pedagojik formasyona veya eğiticilerin eğitimi belgesine ve en az on yıllık uzmanlık tecrübesine sahip, mühendis, mimar veya teknik eleman niteliğini haiz Bakanlıkta görevli çalışma ve sosyal güvenlik eğitim uzmanlarına veya Mühendis, mimar, fizikçi, kimyager ve teknik öğretmenler ile hukuk fakültelerinden mezun olanlardan üniversitelerde Bakanlıkça ilan edilen eğitim programlarına uygun en az dört yarıyıl ders verenlere, başvurmaları halinde, Bakanlıkça düzenleneceği belirtilmiştir.

27 Kasım 2010 tarihinde 27768 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan yönetmeliklerden sonra; 1 Şubat 2012 tarihine kadar 1 kamu (ÇASGEM) , 9 üniversite, 40 özel eğitim kurumu olmak üzere, toplam 50 merkezde eğitimler devam etmiştir. Bu süreçte 7.284 mühendis eğitim almış yapılan sınavlarda toplam 3.322 iş güvenliği uzmanı başarılı olmuştur.

5. İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ ALANINDAKİ GELİŞMELER

DSÖ 1988 yılında yayınladığı teknik raporda iş sağlığı alanında çalışacak hemşirelerin, mezuniyet öncesi genel hemşirelik eğitiminde iş sağlığı hemşireliğine ilişkin temel eğitim almasını ve mezuniyet sonrası Halk Sağlığı Hemşireliği eğitim programlarının iş sağlığı konularını içermesini önermiştir (16). Uluslar Arası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH) ve alt birimi olan İş Sağlığı Hemşireliği Bilimsel Komitesi (SCOHN) 37 ülkedeki iş sağlığı hemşirelerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri ile ilgili araştırma sonuçlarına göre; eğitimin ülkeler arasında farklılıklar gösterdiği ve pek çok ülkede yetersiz olduğu belirtilmiştir (17). Aynı konuda yayınlanan 2. Raporda Finlandiya, İsveç, İngiltere, Kanada, Avusturalya, ABD ve Japonya da iş sağlığı hemşireliği eğitiminin iyi düzeyde olduğu belirtilmiş ve her iki raporda ülkemize ait verilerin olmadığı görülmüştür (17).

Ülkemizde işyerlerinde çalışan işyeri hemşirelerinin sayısı kesin bilinmemekte ancak yaklaşık olarak 7.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahmin, 4857 sayılı iş kanununa göre hemşire çalıştırması gereken 50'den fazla işçi çalıştıran 15.000 işyerinin en yarısında hemşire çalıştığı varsayılarak yapılmıştır (17).

Ülkemizde işyeri hemşireliği mezuniyet sonrası eğitimleri değerlendirdiğimizde; bugüne kadar ikisi ÇSGB, ikisi İŞHEM-DER'in koordinatörlüğünde üniversiteler tarafından olmak üzere dört mezuniyet sonrası sertifika programının düzenlendiği belirlenmiştir.

2001 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunun, HÜTF Halk Sağlığı AD.'nın desteği ile düzenlediği II. Ulusal İş Sağlığı ve İş Yeri Hemşireliği Sempozyumunda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği bünyesinde "İşyeri Hemşireliği Komisyonu" oluşturulmasına karar verildi. Halk sağlığı ile ilgili hemşire, hekim, akademisyenler, iş yeri hemşireleri ve Türk Hemşireler Derneği Temsilcisinin yer aldığı komisyon çalışmalarını 2003 yılında İş Sağlığı Hemşireliği Derneği (İŞHEM-DER) kurulana kadar sürdürdü ve bu süre içinde Aralık 2002 de Ankara 'da ve Haziran 2003 'de Kocaeli'nde olmak üzere iki "işyeri hemşireliği temel eğitim programı düzenledi (16).

2004 yılında; "işyeri sağlık birimleri ve işyeri hekimlerinin görevleri ile çalışma usul ve esasları hakkında yönetmeliğin 4,7,27,28 ve 29'uncu maddeleri gereği ÇSGB tarafından düzenlenen sertifika programında, yaklaşık 30 lisans mezunu hemşire/sağlık memuruna sertifika verilmiştir. 2004 yılında yayınlanan yönetmeliğin, belirtilen maddelerinde işyeri hemşiresi olabilmek için, lisans mezunu olmak ve bakanlığın vereceği sertifikaya sahip olunması gerektiği belirtiliyordu. Bu nedenle ÇSGB tarafından yapılan ilk sertifika programına lisans mezunu hemşire/sağlık memurları kabul edilmişti ancak, 2005 yılında yine Bakanlık tarafından düzenlenen sertifika programına, yönetmeliğin 28'inci maddesi değiştirilerek eğitim düzeyi ne olursa olsun tüm hemşire ve sağlık memurları kabul edilmiş ve yaklaşık 50 hemşire/ sağlık memuruna sertifika verilmiştir. İlk sertifika programı düzenleme kurulunda, Yüksek Öğretim Kurulu ve Türk Hemşireler Derneği'ni temsilen hemşire akademisyenler olduğu ve İŞHEM-DER yönetim kurulu üyeleri hem bu komisyonda hem de programda eğitimci olarak yer almışlardır, ancak, ikinci sertifika programına, farklı eğitim düzeyine sahip katılımcılara aynı eğitimin verilemeyeceği gerekçesi ile İŞHEM-DER katılmamıştır. İŞHEM-DER'in başlattığı yargı süreci sonunda Danıştay 10'uncu Dairesi, 16.12. 2003 tarih ve 25318 sayılı kararı ile ilgili yönetmeliğin 4,27,28 ve 29'uncu maddeleri ile ilgili yürütmeyi durdurma kararı almıştır. Danıştay kararında, Bakanlığın kuruluş amaçlarında eğitim verme yetkisi olmadığını, eğitimin bu konuda yetkin olan üniversiteler tarafından verilebileceğini belirtmiştir. Bu yargı kararından sonra; İŞHEM-DER, Dokuz Eylül ve Ege Üniversiteleri ile protokol imzalamış ve Ocak 2007 tarihinde İzmir'de bir sertifika programı düzenlemiş, İstanbul ve Kocaeli Üniversiteleri ile imzalanan protokol gereği Ekim 2007 tarihinde İstanbul'da sertifika programı daha gerçekleştirilmiştir (17).

Ülkemizde iş sağlığı hemşireliğinde, yasal hak ve sorumluluklar, eğitim açısından düzenlemeler yapılabilmesi için; öncelikle işyeri hemşiresi/ sağlık memurlarının nitelik, görev ve yetkileri ile ilgili diğer meslek gruplarından ayrı bir yasal düzenlemenin yapılması gerekmektedir. Bu konuda ilgili meslek örgütlerinin çalışmalarına ihtiyaç vardır. Mezuniyet sonrası eğitim programlarının desteklenmesi gerekmektedir.

6. ÖNEMLİ SORUNLAR

- Bütün tarafların katılımı ve görüş birliği ile hazırlanacak olan, iş sağlığı ve güvenliğine önem ve öncelik veren, ülkemiz çalışma hayatının ihtiyacı olan, bağımsız bir "İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası"nın olmayışı.
- Son yıllarda, işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı eğitimleri konusunda yaşanan anlaşmazlıklar, sorunun yargıya taşınması, belirsizlikler ve uzayan süreç, standart ve yenileme eğitimlerinde aksamalara neden olmuştur.

- İş sağlığı hemşireliğinde, öncelikle işyeri hemşiresi/ sağlık memurlarının nitelik, görev ve yetkileri ve eğitimleri ile ilgili diğer meslek gruplarından ayrı bir yasal düzenlemenin, yönetmeliğin olmayışı.
- İş sağlığı ve güvenliğinde, özellikle risk değerlendirmesi konusunda uzman ve bilgi eksikliği devam etmektedir. İlgili tüm tarafların uygulamayı kolaylaştıracak yayınlara ve uygulamalı eğitimlere ağırlık vermesi gerekmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünce, 4857 sayılı İş Kanununun 78 inci maddesi ile 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun uyarınca "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği Taslağı" hazırlanmış ve ilgili tarafların görüşüne sunulmuştur.
- Özellikle yüksek risk taşıyan sektörlerde (maden, inşaat, metal) iyi uygulamaların paylaşımı sağlanarak, yaygınlaşması tam olarak gerçekleştirilememiştir.

  KOBİ'lerin iş sağlığı ve güvenliği konusunda (altyapı, eğitim, finans v.s.) ciddi eksikliklerinin olması ve ekonomik krizlerde iş sağlığı ve güvenliği için ayrılan bütçenin işletmeler tarafından tasarruf yapılacak ilk parametre olarak görülmesi, Sosyal Güvenlik Kurumunun önleyici hizmetlere yer vermemesi.
- Türkiye'nin iş sağlığı ve güvenliği sorunları, ülkenin genel sosyo-ekonomik gelişmişlik ve eğitim düzeyi, işsizlik ve kayıt dışı ekonomi sorunları ile doğrudan ilgilidir. Mevcut iş sağlığı ve güvenliği mevzuatındaki yetersizlikler, iş sağlığı ve güvenliği araştırmalarının yetersizliği, kültür değişiminin uzun erimli bir çalışma gerektirmesi, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon ve sosyal diyalog eksikliği sorunların çözümünü zorlaştırmaktadır.

Kaynaklar

1. International Code Of Ethics For Occupational Health Professionals, ICOH: International Commission on Occupational Health, March 2002.
2. Macdonald, E.B. ET AL, ED. Competencies of Occupational Physicians, Requirements of Occupational Medicine Training in Europe. Proceedings of the Conference held in Glasgow 24-25 April 1997. University of Glasgow, 1998.
3. Erdoğan M.S. "Gıesen Justus Leıbıng Üniversitesi İş Sağlığı ve Sosyal Tıp Enstitüsü ve Polikliniği-İpas deneyimi ile Almanya'da İş Sağlığı Uygulamaları", Toplum ve Hekim Dergisi, Mayıs Haziran 1998, Cilt 11, Sayı 73.
4. Güzel A. "Dünyada ve Ülkemizde İşyeri hekimliğine Yaklaşım, Sorunlar ve Çözüm Önerileri", Uluslararası ve Ulusal Hukuk Sisteminde İşyeri Hekimliği Sempozyumu-24 Mayıs 2003 Ankara, TTB Yayınları.
5. Şişli Z. İş Sağlığı Örgütlenmesi ve İşyeri Hekimliği. T.C.Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2007.
6. İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik, 4.7.1980 tarih ve 17037 sayılı Resmi Gazete.
7. Emiroğlu C, Koşar L. Toplumsal Ve Bireysellik Diyalektiğinde İşyeri Hekimi Ve İş Güvenliği Uzmanı Eğitimleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. Ocak-Şubat-Mart 2010: 2-13.
8. İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete.

9. Danıştay 10. Dairesinin 28.2.2006 tarihli Kararı: Esas No: 2004/1253, Karar No:2006/1658.

10. İş Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 26.05.2008 tarih ve 5763 sayılı Resmi Gazete.

11. İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri ile Ortak sağlık ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmelik, 15.8.2009 tarih ve 27320 sayılı Resmi Gazete.

12. İşyeri Sağlık Ve Güvenlik Birimleri İle Ortak Sağlık Ve Güvenlik Birimleri Hakkında Yönetmeliğin Uygulanmasına Dair Tebliğ, 9.12.2009 tarih ve 27427 sayılı Resmi Gazete.

13. Danıştay 10. Dairesinin 16.4.2010 tarih ve 2009/13770 E. ve 2009/13775 E. sayılı kararları.

14. 6009 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve KHKararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 01.8.2010 tarih, 27659 sayılı RG.

15. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik ve İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, 27.11.2010 tarih ve 27768 sayılı Resmî Gazete.

16. Aksayan,S. Türkiye'de İş Sağlığı Hemşireliği Eğitimi.II. İş Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, Karaelmas Üniversitesi,2003, Zonguldak, Sempozyum Kitabı : 25-28.

17. Esin MN. Türkiye'de İş Sağlığı Hemşireliği ve Gelişmeler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008; 1: 4-10.

BÖLÜM 09
YAŞLI SAĞLIĞI SORUNLARI VE ÇÖZÜMLERİ

Bölüm Editörü:

Prof.DFr. Dilek Aslan, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Melikşah Ertem, *Karşıyaka Halk Sağlığı laboratuarı, İzmir*

Bölüm Yazarları:

Prof.Dr. Ayşe Akın, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Uzm.Dr. Deniz Akgün, *Isparta Merkez Toplum Sağlığı Merkezi*

Doç.Dr. Didem Arslantaş, *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Prof.Dr. Dilek Aslan, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Yrd.Doç.Dr. Elçin Balcı, *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Uzm.Dr. Emine Baran, *Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*

Uzm.Dr. Derya Çamur, *Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı*

Prof.Dr. Erhan Eser, *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç.Dr. Sibel Eyigör, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD*

Doç.Dr. Pembe Keskinoğlu, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD*

Prof.Dr. Yeşim Gökçe Kutsal, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD*

Prof.Dr. Şevkat Bahar Özvarış, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Doç.Dr. Meral Saygun, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Arş.Gör.Dr. Pelin Seçkiner, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından basımı yapılmış olan Yaşlı Sağlığı: *Sorunlar ve Çözümler* kitabından yararlanılarak hazırlanan **Türkiye Sağlık Raporu-*Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler*** özet dokumanında (raporunda) temel olarak yaşlanma, yaşlılık kavramlarına ilişkin Türkiye değerlendirmesi, bu dönemde öne çıkan sağlık, hastalıkla ilgili riskler, koşullar ve durumlar, yaşamın niteliği, yaşlılık döneminde yapılan bilimsel çalışmalar, süreci geliştirmek için hekim örgütünün rolü ele alınmıştır.

Rapora HASUDER adına katkı sunan değerli akademisyenlere, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra teşkilatlarında çalışan meslektaşlarımıza içtenlikle teşekkür ederiz. Rapor kapsamında 19 değerli yazarın birikim ve deneyimleri 14 yazı aracılığı ile okuyucularla paylaşılmıştır. Raporun son bölümünde yazarların kendi anlatımlarından "kısa" özgeçmişlerine de yer verilmiştir.

Raporun yazarlarının sayıca çoğunluğu halk sağlığı profesyoneli olup halen HASUDER üyesidir. Bununla birlikte bir yazarımız yaşlı sağlığına sosyal bilimci kimliğiyle ve iki yazarımız da klinisyen kimlikleriyle bu rapora farklı bir bakış açısı kazandırmışlardır.

Türkiye Sağlık Raporu-*Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler* bölümünün ortaya çıkmasına sağladıkları destek için de yazarlar adına HASUDER Yönetim Kurulu üyelerine teşekkürlerimizi sunarız.

Yararlı olabilmesi dileğiyle,

Saygılarımızla

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Prof. Dr. Melikşah ERTEM

Bölüm Editörleri

TÜRKİYE'DE DEMOGRAFİK DEĞİŞİM; YAŞLILIK PERSPEKTİFİ

S Sabahat TEZCAN,[1] Pelin SEÇKİNER[2]

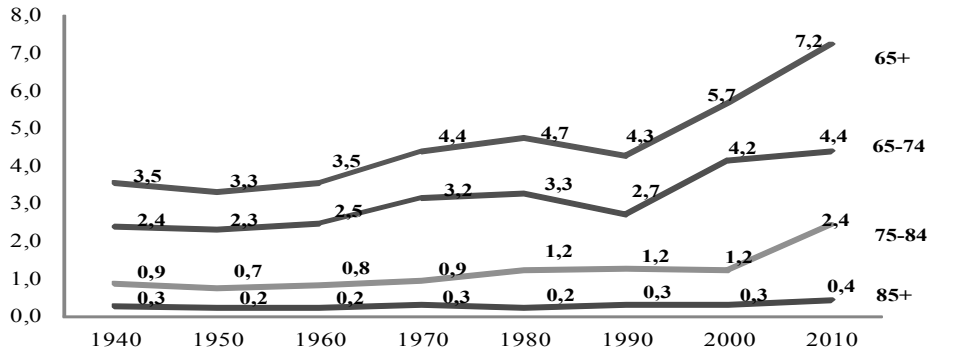
Türkiye dünyadaki birçok ülkedeki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk sayımda 13.6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27.7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise 6 çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik antinatalist nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Kırdan kente göç hareketlerinin 1950'li yıllarda başlaması ve son 30 yılda hız kazanması, ana-çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artması, kadının çalışma hayatına katılımı ile özellikle de 1980'lerden sonra doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve bunun sonucu olarak toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2.16 çocuğa gerilemiştir. Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940'lı yıllarda erkekler 30 yaşına, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71'e, kadınlar için ise 76'ya çıkmıştır.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ'nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu "genç yaşlı", 74-84 yaş grubu "yaşlı", 85 ve üzeri yaş grubu "en yaşlı yaşlı" olarak tanımlanmaktadır.

Doğurganlık ve ölümlülük düzeyindeki gelişmelere bağlı olarak Türkiye'de 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında yüzde 3.5 iken, 1970 yılında yüzde 4.4'e, 2010 yılında ise yüzde 7.2'ye çıkmıştır. Yaşlı nüfusun alt sınıflamalarına göre baktığımızda genç yaşlı olarak tanımlanan 65-74 yaş grubundaki nüfus 1940'ta yüzde 2.4 iken 2010 yılına gelindiğinde ise neredeyse iki katına çıkmıştır (yüzde 4.4). 65-74 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı ise son yarım yüzyılda yüzde 0.9'dan yüzde 2.4'e ulaşmıştır. En yaşlı yaşlı grup olan 85 yaş ve üstü nüfus oranı son 60 yılda çok fazla değişmemiş ve yüzde 0.3 ila yüzde 0.4 arasında kalmıştır. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir. Bu oran, 1940 yılında 6.5'ten 1970'te yüzde 8.2'ye yükselmiş ve günümüzde 10.8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır (Şekil 1). 2025 yılına gelindiğinde ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8.4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14.5'e yükselecektir.

[1]Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
[2]Ar.Gör., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

Şekil 1.Türkiye'deki yaşlı nüfusun belirli yaş gruplarına göre toplam nüfus içindeki dağılımı, 1940-2010



Kaynak: Genel Nüfus Sayımları, 1940-2000; Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010

Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir (Tablo 1). Bu oran, 1940 yılında 6.5'ten 1970'te yüzde 8.2'ye yükselmiş ve günümüzde 10.8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise toplam nüfusun 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8.4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14.5'e yükselecektir.

Tablo 1. Yıllar itibariyle Türkiye'deki bağımlılık oranları

Yıllar	Toplam nüfus (bin)	Çocuk (0-14) bağımlılık oranı	Yaşlı (65+) bağımlılık oranı	Toplam bağımlılık oranı
1940	17 821	77.6	6.5	84.1
1950	20 947	65.7	5.7	71.3
1960	27 755	74.7	6.4	81.1
1970	35 605	77.7	8.2	85.9
1980	44 737	69.7	8.4	78.1
1990	56 473	57.6	7.1	64.7
2000	67 804	46.3	8.8	55.1
2010	73 723	38.1	10.8	48.9
2025	85 407	32.1	14.5	46.6

Kaynak: *Genel Nüfus Sayımları, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Türkiye İstatistik Kurumu projeksiyonları*

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) bulguları doğrultusunda çeşitli değişkenlere göre yaşlı nüfusun (*de facto*) kendi içindeki yüzde dağılımı Tablo 2'de verilmektedir. Yaşlıların eğitim düzeyi çok yüksek değildir. Yaşlı nüfusun neredeyse yarısının eğitimi yoktur. Yüzde 39'u ilkokulu tamamlamıştır ve yaş ilerledikçe eğitim düzeyi de azalmaktadır. Bölgeler açısından ele alındığında ise Batı Anadolu bölgesi en yaşlı bölge olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlıların yüzde 42'si bu bölgede yaşamaktadır. Aslında bu durum Batı

bölgesinin toplam doğurganlık hızı (1.7) dikkate alındığında beklenen bir sonuçtur. Her ne kadar Türkiye demografik geçiş sürecinin üçüncü aşamasında yer alsa da, bölgeler bu geçişin farklı aşamalarında yer almaktadır. Demografik geçişini tamamlamış olan Batı bölgesinin, yakın gelecekte Türkiye'nin gündeminde ilk sıralarda yer alacak olan yaşlılık sorunu ile daha erken karşılaşacağı beklenen bir durumdur.

Batı bölgesinden sonra ikinci sırayı Orta Anadolu bölgesi (%24) almaktadır. Yaşlı nüfusun daha az bulunduğu bölgeler ise sırasıyla Kuzey (%10), Güney (%11) ve Doğu (%13) bölgeleridir.

Yaşlıların %62'sinin araştırma tarihinde evli olduğu görülmüştür. Yüzde 36'sının ise eşleri ölmüştür. Araştırma tarihinde evli olanların yüzdesi yaş ilerledikçe ve özellikle de 85 yaş ve üzerindeki nüfusta belirgin olarak düşmektedir. 85 yaş ve üzerindeki nüfusta her 10 yaşlıdan 7'sinin eşi ölmüştür. Yaşlıların medeni durumuna cinsiyete göre bakıldığında belirgin farklar söz konusu olmaktadır (Tablo 3). Eşi ölen yaşlı kadınların yüzdesi erkeklere göre neredeyse iki kat daha fazladır. Evli kadınların yüzdesi yaş ilerledikçe belirgin olarak düşmektedir ve çok ileri yaşlı kabul edilen kadınların sadece yüzde 10'u evlidir. Buna karşılık aynı yaş grubundaki erkeklerin neredeyse yarısı araştırma tarihinde evlidir. Bu durum ileri yaş ölümlülüğünde erkeklerin daha dezavantajlı olmasından kaynaklanabileceği gibi eşin ölmesi, boşanma gibi sebeplerle evlilikleri biten erkeklerin kadınlara kıyasla yeniden evlenmeye daha yatkın olmalarından da kaynaklanabilir.

Gelir durumu açısından bakıldığında ise yaşlıların %31'nin herhangi bir geliri yok iken %51'inin emekli maaşı (doğrudan kendisine ait veya dolaylı olarak), %13'ünün ise yaşlılık aylığı bulunmaktadır. Yaşlılık aylığı özellikle çok ileri yaşlı olarak tanımlanan 85 yaş ve üzeri nüfus için önemli bir gelir kaynağı olduğu görülmektedir (yüzde 29). TNSA-2008 sonuçlarına göre 65 yaş ve üzerinde olanların %12'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır ve yaş ilerledikçe sağlık güvencesi olmayanların yüzdesi de artmaktadır. Dolayısıyla bu grupta yer alanların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, hizmet bedelinin tamamını ödemeleri halinde mümkün olabilmektedir. Sağlık güvencesi olanların ise büyük bir kısmı SSK'lı ve Bağ-Kur'ludur. Emekli Sandığı'na bağlı olanlar yüzde 15 civarındadır. Yeşil kart ise özellikle de 85 ve üzerindeki yaşlı nüfus için önemli bir sağlık güvencesi olmaktadır. Her 4 yaşlıdan birinin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır.

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirecektir. Günümüzde yaşlıların bakımından esas olarak sorumlu olan kişiler kadınlar veya kız çocuklarıdır. Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim kurumlarında daha uzun süre kalmaları, çalışma hayatına dahil olmaya başlamalarıyla kurumsal bakım ihtiyacı da artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan grubun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Devletin, ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir. Ancak, Türkiye de dahil olmak üzere bu ülkeler, doğurganlığın hızla azalmasıyla yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır.

Tablo 2. Bazı özelliklere göre yaşlı nüfusun yüzde dağılımı[1], TNSA-2008

	Yaş grubu			
	65-74	75-84	85+	Toplam
Özellik	n=1640	n=894	n=172	n=2706
Yerleşim yeri				
Kent	60.0	60.2	54.7	59.7
Kır	40.0	39.8	45.3	40.3
Bölge				
Batı	40.4	45.3	37.8	41.8
Güney	12.4	9.3	7.6	11.1
Orta	24.7	21.4	26.7	23.7
Kuzey	9.8	11.6	9.3	10.4
Doğu	12.7	12.4	18.6	13.0
Medeni durum				
Hiç evlenmemiş	0.7	1.0	1.7	0.9
Evli	70.5	53.4	25.0	61.9
Eşi ölmüş	27.9	44.6	72.7	36.3
Boşanmış/ayrı yaşıyor	0.9	1.0	0.6	0.9
Öğrenim durumu				
Eğitimi yok	44.8	55.0	68.0	49.6
İlkokul	41.9	36.0	27.8	39.1
Ortaokul	9.3	6.0	4.1	7.9
Lise veya üzeri	4.0	2.9	0.0	3.4
Cinsiyet				
Kadın	45.9	45.9	37.2	45.3
Erkek	54.1	54.1	62.8	54.7
Gelir durumu				
Geliri yok	34.0	25.5	27.9	30.8

Geliri var	66.0	74.5	72.1	69.2	
Emekli maaşı (kendi)	*39.0*	*34.9*	*18.2*		*36.4*
Emekli maaşı (dolaylı)	*12.6*	*18.0*	*19.4*		*14.8*
Yaşlılık aylığı	*8.7*	*17.4*	*29.4*		*12.9*
Diğer	*5.6*	*4.2*	*4.7*		*5.0*
Sağlık güvencesi					
Yok	10.1	13.3	19.1	11.8	
SSK	39.3	35.7	28.3	37.4	
Emekli Sandığı	15.8	13.0	12.1	14.6	
Bağ-kur	21.3	21.6	13.9	20.9	
Yeşil kart	11.7	15.4	26.0	13.8	
Diğer	1.4	0.8	0.6	1.1	
Sağlık sorunu					
Var	21.3	28.2	46.8	25.2	
Yok	78.7	71.8	53.2	74.8	
Çocuklarının yaşadığı yer					
Çocuğu yok	3.6	3.7	2.3	3.6	
Aynı evde	44.3	42.0	57.3	44.4	
Aynı binada/sokakta	18.4	21.1	10.5	18.8	
Aynı şehirde	18.1	19.5	15.8	18.4	
Farklı şehir/ülke/diğer	15.6	13.8	14.0	14.9	
Bakımından esas sorumlu kişi					
Kendisi	66.7	57.1	27.5	61.0	
Eşi	12.4	5.7	4.1	9.7	
Kızı	3.4	6.5	15.8	5.2	
Oğlu	14.7	24.5	40.4	19.5	
Gelin/damat	1.5	4.4	4.7	2.7	
Diğer	1.4	1.8	7.6	1.9	
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tablo 3. Yaşlı nüfusun medeni durumunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı, TNSA-2008

	Kadın			Erkek		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	0.5	0.8	2.8	0.9	1.0	0.0
Evli	54.9	29.4	10.2	88.7	82.1	50.0
Eşi ölmüş	43.5	68.3	87.0	9.6	16.7	48.4
Boşanmış/ayrı yaşıyor	1.1	1.4	0.0	0.8	0.2	1.6
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynaklar

1. Birleşmiş Milletler (United Nations). World population ageing: 1950-2050. Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Birimi, New York, Birleşmiş Milletler Yayınları, 2002, pp 5-9.
2. WHO Information Fact Sheet. Population ageing-a public health challenge, Number 135, September 1998 (https://apps.who.int/inf-fs/en/fact135.html, Erişim: 19.7.2011.
3. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010.
4. Türk Geriatri Derneği Ulusal Yaşlı Haftası Basın Bildirisi. http://www.geriatri.org/bildiri_uyh.php. 19.7.2011.
5. Önal AE. Gerontoloji demografik özellikler epidemiyolojik ölçütler, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Saglıgı Anabilim Dalı, 2006, pp 4-6.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri. http://www.tuik.gov.tr /VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. 19.7.2011.
7. Koç İ, Özgören A, Şirin H. Türkiye'de yaşlıların yaşam kalitesi ve aile yapısının yaşlıların yaşam kalitesine etkisi. İçerisinde: Türkiye'de doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık, Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2008, İleri Analiz Çalışması, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2010, pp 231-283.
8. Yumurtacı A. Nüfusun yaşlanması ve Avrupa emek piyasalarına etkileri, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yöntem ve Çalışma Psikolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
9. Öztek Z, Akdur R, Aycan S ve arkadaşları. Herkese sağlık Türkiye'nin hedef ve stratejileri (Sağlık 21). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Barok Matbaacılık, 2001, pp 68-9.
10. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):105-10.

HALK SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE YAŞLANMA; NE KADAR YETERLİ?

Reyhan UÇKU[3], Hatice ŞİMŞEK[4]

Türkiye'de yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980'lerde başlamış, 2000'li yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Seksenler öncesinde sosyal hizmetler özelinde ele alınmış olan yaşlı sağlığı politikaları, kalkınma planlarında 1960'lı yıllardan beri yer almıştır(1). Bazı öncelikli gruplarla birlikte yaşlılar için de etkin ve yaygın bir toplumsal hizmet örgütlenmesine gidileceği vurgusu ilk kez dördüncü planda yer almıştır (2). Altıncı ve yedinci planlarda sosyal hizmetlerde birey değil aile ön plana çıkmıştır (3,4). Sosyal hizmetler dışında yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin kalkınma planlarında yer alması ise 1990'ların başına rastlamaktadır. Birinci basamakta hizmet sunan birimlerin iyileştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, yaşlı sağlığı ve evde bakım hizmetlerine yönelik programlar geliştirilmesi hedefleri ilk kez yedinci kalkınma planında belirtilmiştir (4). Sekizinci ve dokuzuncu planlarda yaşlı nüfustaki artışa dikkat çekilerek, bakım veren kurum sayısının ve niteliğinin artırılması ve yaşlı sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (5-6). Bu planlarda, yaşlı bakımı daha çok kurum bakımı olarak ele alınmış ise de yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği de ilk kez dokuzuncu planda yer almıştır.

Türkiye'de, başlangıçta gönüllü kuruluşlar, belediyeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yaşlılara yönelik barınma ağırlıklı yürütülen sosyal hizmetler, 1982 yılında Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kanunu ile SHÇEK tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılmıştır. SHÇEK tarafından yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, huzurevi ve bakımevi gibi kurum tabanlı hizmetler olarak uzun süre devam etmiştir ve halen kurum temelli sürdürülmektedir. İlk kez, 2008 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, yaşlılar için kurum bakımı dışında gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi başlamışsa da henüz yaygın, tüm yaşlıları kapsayan ve ulaşılabilir bir hizmet değildir.

Ülke genelinde, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içinde yürütülmektedir. Yaşlıların, birinci basamakta bir risk grubu olarak ele alınması ve izlenmesi gerekliliği Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de yer almış; bu yönergede yaşlıların yılda iki kez sağlık kontrolünden geçmesi ve gerekli görülenler için sosyal yardım kurumları ile iletişime geçilmesi birinci basamağın görevleri içinde belirtilmiştir (7). Ancak yaşlının sistematik izlemi ile ilgili standartlar ve formlar oluşturularak işlerlik kazanmamıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrasında da aile hekimlerinin sorumlulukları içinde yaşlı sağlığı hizmetleri yer almasına karşın yaşlılara özel bir hizmet planlaması ve uygulaması bulunmamaktadır (8). Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alan Toplum Sağlığı Merkezleri'ne ise yaşlı sağlığı konusunda bir sorumluluk verilmemiştir (9). Yaşlı sağlığını ilgilendiren ve gündemde olan bir kavram da evde bakımdır. Yaşlı bakımını da içeren evde bakım hizmetleri, ülkemizde 1990'lı yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. Bu alandaki ilk mevzuat 2005 yılında, ikincisi 2010 yılında çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım ile ilgili 2010 yılında çıkarılan yönergede, evde bakım kapsamlı bir sağlık hizmeti olarak tanımlansa da, uygulamada yalnızca yatağa bağımlı hastalara destek sağlanmaktadır (10).

3 Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
4 Öğretim Görevlisi, Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sonuç olarak, ülkemiz özelinde, uzun süre kurum bakımı ve sosyal yardım olarak sürdürülen yaşlıya yönelik hizmetler, 2000'li yılların başından itibaren hem sağlık hem de sosyal hizmetler boyutuyla farklı uygulamalarla ele alınmaya başlanmıştır. Ancak, sağlık ve sosyal hizmetler ayrı kurumlar tarafından sunulmakta; bu iki parçalı yapı nedeniyle yaşlı sağlığı açısından son derece önemli olan bütünleşik bir hizmet verilememektedir. Olması gereken hizmet, Giray ve arkadaşlarının önerdiği gibi, ülke önceliklerini göz önüne alan, sağlık ve sosyal hizmetleri birlikte sunan, erişim engeli olmaksızın tüm yaşlıları kapsayan, sistematik bir izlem temeline dayalı, multidisipliner bir ekip tarafından sunulan, ikinci/üçüncü basamakla entegre bir birinci basamak sağlık hizmetini önceleyen yaşlı sağlığı örgütlenmesidir (11). Öncelikle bu bileşenleri içeren bir yaşlı sağlığı politikası oluşturulmalıdır. Daha sonra bu politikanın uygulanmasının önündeki engeller kaldırılarak yaşama geçirilmelidir.

Kaynaklar

1. DPT. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf. 12.6.2012.
2. DPT dördüncü beş yıllık kalkınma planı1979-1983, http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf. 12.6.2012.
3. DPT altıncı beş yıllık kalkınma planı1990-1994, http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf. 11.5.2012.
4. DPT yedinci beş yıllık kalkınma planı1996-2000, http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf 11.5.2012.
5. DPT sekizinci beş yıllık kalkınma planı2001-2005, http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf. 11.5.2012.
6. DPT dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı2007-2013, http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf. 11.5.2012.
7. SB. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge -2001, http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyuryon.pdf. 12.6.2012.
8. SB. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği,25 Mayıs 2010,Resmî Gazete, Sayı : 27591
9. SB. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge- 2011. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf. 11.5.2012.
10. Uçku, R. Evde Bakım Özel Sektörün İlgisini Çeker mi? Toplum ve Hekim, 2011;26(3):193-198
11. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yücetin N, Aydın P. ve Uçku R. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(1):81-86.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE YAŞLILIK

Hatice ŞİMŞEK[5], Reyhan UÇKU[6]

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, sosyoekonomik etmenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık farklılıklarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Sosyoekonomik eşitsizlikler tüm yaş gruplarının sağlığını olumsuz etkilese de yaşlılarda sorunların daha da derinleşmesine neden olarak kötü sağlığın güçlü bir belirleyicisi olmaktadır. Buna karşın yaşlılar eşitsizlik çalışmalarının en az yapıldığı yaş grubunu oluşturmaktadır.

Yaşlılarda sağlıkta eşitsizliklere ilişkin en sık kullanılan değişkenler mortalite, sağkalım, sağlık durumu (hastalık varlığı, kronik hastalık sıklığı, komorbidite, psikolojik sağlık, öznel sağlık algısı, ağız sağlığı, polifarmasi, tedaviye uyum), yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, sağlık davranışları (sigara, beslenme, fiziksel aktivite), sağlık hizmetleri erişimi ve kullanımı, sosyal sorunlardır (sosyal ilişkiler, ihmal-istismar).

Eşitsizlik çalışmalarında kullanılan üç temel değişken; öğrenim, gelir ve meslektir. Bu değişkenlere göre değerlendirildiğinde Türkiye'de okuma yazma bilmeyen oranı 6 yaş ve üzeri grupta %5.8 iken, yaşlılarda okuma yazma bilmeyen oranı %32.5'tir, okul bitirmeyen oranı ise %14.6'dır (1). Türkiye'de işgücüne katılım oranı 15 yaş ve üzeri grupta %47.9 iken, yaşlılarda %11.9, istihdam oranı %11.7'dir. İstihdam edilen yaşlıların %21.4'ü ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (2). Yaşlıların %11.7'sinin sağlık güvencesi, %27.1'inin sosyal güvencesi, %30.8'inin hiç geliri bulunmamaktadır (3). Ayrıca çalışan yaşlılar için de emeklilikle birlikte gelirin azalması yoksullaşmaya neden olmaktadır.

Türkiye'de yaşlılarda sağlık eşitsizliklerine ilişkin yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Ancak eşitsizliği belirlemede kullanılan sosyoekonomik değişkenlerden öğrenim, gelir, sağlık/sosyal güvence değişkenleri pek çok çalışmada kullanılmaktayken, sınıf değişkeninin kullanımı kısıtlıdır. Yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir (4-45).

Özetle; Türkiye'de düşük SED'in sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır. Yapılan çalışmalara göre yaşlılarda düşük öğrenim sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişkendir. Türkiye'de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması, temelde tüm toplumda eşitsizliklerin önlenmesi, bireylerin yaşlılıkla birlikte artan eşitsizliklerden korunması önemlidir.

[5]Öğretim Görevlisi, Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
6 Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tablo 1. Sosyoekonomik durumun yaşlı sağlığına etkisi

RİSK		KORUYUCU	
Değişken	**Sonuç**	**Değişken**	**Sonuç**
Öğrenim		**Öğrenim**	
Düşük öğrenim	Ölüm kaygısı Demans Yaşam kalitesi İhmal-istismar Günlük yaşam aktivitesi Tedaviye uyum Sağlık algısı Yalnızlık Sağlıksız beslenme Fiziksel inaktivite	Yüksek öğrenim	Kognitif fonksiyon Özbakım Yaşam memnuniyeti İlaç bilgisi
Gelir ve gelire ilişkin değişkenler		**Gelir ve gelire ilişkin değişkenler**	
Düşük gelir	Demans Depresyon İhmal-istismar Yalnızlık	Yüksek gelir	Özbakım Yaşam memnuniyeti
Kötü gelir algısı	Koroner olay Umutsuzluk Sağlık algısı Sağlıksız beslenme Fiziksel inaktivite	İyi gelir algısı	Kognitif fonksiyon Depresyon Sosyal destek
Sağlık güvencesizliği	Yaşam memnuniyeti Özbakım	Sağlık güvencesi varlığı	Sağlık algısı Sağlık kurumuna başvuru Sosyal destek
		Tapulu mal varlığı	İhmal-istismar
İş /meslek/ sınıf		**İş /meslek/ sınıf**	
İşi olmama	Demans	Kendi hesabına çalışma	Kognitif fonksiyon
		Beyaz yakalı/ yüksek nitelikli çalışan olma	Kognitif fonksiyon Fiziksel inaktivite

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Nisan 2011, Ankara.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı İşgücü İstatistikleri 2009. Ağustos 2010, Ankara.
3. Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Ankara, 2010.
4. Keskinoglu P, Giray H, Picakciefe M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006 (43): 93-100.
5. Gerçek H, İrgil E. Küçükkumla Bölgesi'nde 55 yaş üstü nüfusta demans prevalansı ve demans oluşumunu etkileyen etmenlerin araştırılması. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
6. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(2):79-86.
7. Doğanay S, Uçku R. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 03-07 Ekim 2011, Trabzon
8. Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakcıefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):21-26.
9. Altıntaş H. Attila S, Sevencan F, Akçalar S, Sevim Y, Solak ÖS. Keçiören Belediyesi Yaşlılar Köşkü'nde yaşayanların yaşlılar için depresyon ölçeği ile taranması. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
10. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239.
11. Gümüş Babacan A, Özgür G, Yıldırım S. Huzurevinde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri ve etki eden faktörler. Ege Universitesi Hemsirelik Yuksek Okulu Dergisi 2007;23 (2) : 105-116.
12. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenler. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 148-151.
13. Balcı E, Şenol V, Elmalı F, Eşel E. Kayseri'de yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin malnutrisyon durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin saptanması. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
14. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı: Manisa örneği. Türk geriatri Dergisi 2006;9(4):197-201.
15. Önal EÖ, Tümerdem Y. Yaşlılıkta hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi 2001;4(4):141-145.
16. Keskinoglu P, Picakciefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. International Psychogeriatrics 2007;19(4):719-731.
17. İlhan F, Aycan S, İlhan MN; Aksakal FN. Ankara İli Yanimahalle İlçesi Anadolu Mahallesinde aile içi yaşlı istismarının saptanması. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
18. Karaoğlu L, Aydın S. Gaziantep merkezinde yaşayan yaşlı bireylerde şiddete maruziyet ve ilişkili faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.

19. Yıldırım Y, Özgür G, Gümüş Babacan A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların özbakım gücü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23 (2): 93-103.

20. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Bakar N, Demir N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında anksiyete-depresyon, yaşam kalitesi ve özbakım gücü. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.

21. Baran AG, Karınkara V, Aral N, Akın G, Gülen B, Özkan Y. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentsel kesit örneği. Türk Geriatri Dergisi 2007;10(1): 10-18.

22. Arun Ö. Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: Kaliteli yaşlanma imkanı üzerine senaryolar. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2008;7(2):313-330.

23. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg. 2009;23(3):159-164.

24. Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri İl merkezindeki yaşlıların medikososyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9 (4): 202-212.

25. Keskinoğlu P, Bilgiç M, Pıçakcıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri 2003;6(1):27-30.

26. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Yaşlı bireylerde yalnızlık, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen faktörler. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.

27. Aydın D, Ersoy İH, Baştürk A, Kutlucan A, Göksu SS, Güngör G, Tamer MN. Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009;2:9-18.

28. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkesi'nde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3):33-39.

29. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(3):145-153.

30. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(4):145-154.

31. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri 2000; 3 (4): 133-140.

32. İnal S, Subaşı F, Mungan-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Geriatri 2003; 6 (3): 95-99.

33. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam; 2005;18(4):187-195.

34. Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C, Işıklı B, Ünsal A. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.

35. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi?: Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003; 42 (2):85-90.

36. Khaniyev Ş, Çaman Karadağ Ö, Çeldirme N, Sönmez U, Ayanoğlu T, Bayramov R. Ankara'nın merkezi bir ilçesindeki yaşlı nüfusta gastrointestinal yakınmaların sıklığı ve sağlık hizmetlerinin kullanımı. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.

37. Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakcıefe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki yaşlılarda ev içi kazalar. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):89-94.

38. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Özer N. Yaşlılarda ev kazaları prevalansı ve etkileyen etmenler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(2): 22-31.

39. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde yaşayan yaşlılarda düşme risklerinin belirlenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (2): 75-80.

40. Doğan H, Canbaz S, Tander B, Peşken Y, Cantürk F, Oruç Ozal N, The prevalence of home injuries among elderly people in Samsun, Turkey, and the influencing factors. Turk J Med Sci 2010; 40 (4): 651-658.

41. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12:37-42.

42. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Yaşlılarda sosyoekonomik durumun sağlık davranışları ve öznel sağlık algısına etkisi: İzmir, BAK Projesi örneği. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.

43. Ellidokuz H, Uçku R, Aydın ÜY, Ellidokuz E, Beştepe G. 65 yaş üzeri kişilerde sağlık algısı: Çay İlçesi yaşlıları. 1. Ulusal Yaşlı Sağlğı Kongresi, 7-11 Nisan 2004, Antalya

44. Kulac E. Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Uzmanlık Tezi 2004, İzmir.

45. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıoğlu E, Yılmaz N. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Geriatri 2003; 6 (1) : 22-26.

TOPLUMSAL CİNSİYET VE YAŞLILIK

Ayşe AKIN[7]

Toplumsal cinsiyet ve yaşlılık kavramları incelenirken bazı temel tanımlamaların yapılmasında yarar görülmektedir.

Cinsiyet: Bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, sadece bir cinsiyet farkı yaratmaktadır. **Toplumsal Cinsiyet (Gender):** Farklı kültürde, tarihin farklı anlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. Kadın ya da erkek olarak doğmak, tıpkı ölümlü olmak gibi, biyolojik varlığımızın bir niteliğidir. Ancak daha doğum öncesinde başlatılan süreçle yapay ayrımlar üretilmekte ve bu ayrımcı uygulamalar eğitim hakkının kullanılamaması, kamusal alanda temsil edilememek gibi daha çok kadınların aleyhinde olmak üzere yaşamın bütün dönemlerinde her iki cinsiyet için devam etmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki farklar köken itibariyle biyolojik olmaktan çok, kültürel niteliktedir. **Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender Equality):** Fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetlere ulaşmada bireyin cinsiyeti nedeni ile ayrımcılığa maruz kalmaması/ayrımcılık yapılmamasıdır. **Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender Equity)** Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve gelirin dağılımında adalet ve hakkaniyet olmasıdır. Bu kavramda kadın ve erkeğin farklı gereksinimlerinin ve gücünün olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılığın belirlenerek, iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde, gerekenlerin yapılması benimsenmektedir.

Ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde giderek azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilen yaşlılıkta 65 yaş bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Tarihsel kayıtlara bakıldığında ortalama yaşam sürelerinin 1797 de 25, 1897 de 48 yıl,1947 de 65 yıl, 1997 de ise 76 yıl olarak bildirildiği görülmektedir. Yaşlılık ve sorunları yeni yüzyıldaki sosyal, medikal ve teknolojik gelişmelerin bir anlamda "olumlu" bir sonucu olup bu alanda gelişmiş ülkeler başı çekmektedirler.

Türkiye'de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre (Ocak 2009) Türkiye nüfusu 71.517.100'dür. Bunun %6,8'i 65+ yaş grubundadır (yaklaşık 4.863.163 kişi). Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır ki bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun %10.8'i 2040 yılında %13.6'sı ve 2050 yılında ise 17.3'ünü oluşturacaktır. 2010 yılı için Türkiye'de yaşam beklentisi (süresi) kadınlarda,76,5, erkeklerde 69,3 yıldır. Genel olarak kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşadıkları bilinmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzadıkça, toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir.

Kadın ya da erkek yaşlının, cinsiyeti nedeni ile karşı karşıya kaldığı biyolojik kökenli sağlık sorunları vardır, ancak, kadın cinsiyetinin daha doğum öncesi dönemden başlayarak karşılaştığı ayırımcılık sonucu hizmete ulaşamamak, hizmet sunumunda gereksinimlerine paralel programların olmaması gibi faktörlerle de sağlık sonuçları farklı olmaktadır. Bu yazı kapsamında Türkiye için ortaya konulmaya çalışılan kadın ve erkeğe biçilen toplumsal cinsiyet

[7]Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma Ve Uygulama Merkezi Müdürü

rolleri ve bağlantılı uygulamalar nedeni ile sağlıkları ile ilgili yaşadıkları farklı sorunlarda ve çözüm politikalarında toplumsal cinsiyet faktörünün de göz önünde bulundurulmasına dikkat çekmektir.

Tablo 1. Yaş gruplarına göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları(orta düzey) Kadın-Erkek

Yaş grubu	2000		2030		2050	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
0-4	3 189 166	3 397 930	3 138 156	3 247 174	2 875 231	3 000 388
5-9	3 271 932	3 487 019	3 145 612	3 243 179	2 961 344	3 081 326
10-14	3 309 072	3 571 961	3 213 438	3 307 534	3 056 278	3 170 629
15-19	3 519 398	3 692 566	3 315 769	3 400 535	3 114 981	3 219 643
20-24	3 264 490	3 427 965	3 388 161	3 456 717	3 132 371	3 222 514
25-29	2 919 771	2 977 517	3 358 980	3 407 221	3 139 731	3 216 375
30-34	2 458 082	2 553 302	3 166 285	3 307 150	3 205 858	3 273 212
35-39	2 401 586	2 454 475	3 246 943	3 389 490	3 304 205	3 357 179
40-44	1 985 869	2 084 292	3 272 544	3 443 876	3 369 502	3 402 354
45-49	1 658 550	1 711 382	3 458 808	3 513 045	3 326 236	3 330 744
50-54	1 361 399	1 356 886	3 174 984	3 191 110	3 110 076	3 184 835
55-59	1 042 506	1 016 625	2 790 079	2 665 220	3 143 709	3 168 987
60-64	965 302	864 615	2 278 350	2 132 995	3 090 214	3 055 163
65-69	850 912	795 171	2 105 271	1 829 687	3 118 306	2 855 062
70-74	654 985	518 059	1 568 401	1 292 345	2 617 544	2242 613
75-79	323 259	254 536	1 070 718	781 075	1 927 585	1 464 232
80	280 914	182 436	935 250	504 064	1 895 674	1 160 042
Toplam	33457 193	34346 737	46627 747	46112 418	50388 844	49 405 297

Kaynak: 2000 DİE Nüfus Sayımı , 2000-2050 Hoşgör (2010), Orta Düzey Nüfus Projeksiyonu.

Türkiye'de yaşlılık dönemi, cinsiyetin daha çok "nötr"leştiği, özellikle kadınların iktidar alanının genişlediği bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlıya saygı noktasından hareketle ve erkeğin önceki statülerini kaybedip emekli olmasıyla bağlantılı olarak bu alanın göreli olarak kadınlar lehine bir ayrıcalık yarattığını belirten yayınlar da vardır ancak bu yazılarda özellikle de Türkiye açısından ciddi bir konu olan "ataerkil kültürel anlayışın" dışına çıkıldığı anlamına da gelmediği vurgulanmaktadır. Diğer taraftan tam aksi bir durum da söz konusu olabilmekte ve **kadınların yaşlılık dönemine dek taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri ve yaşadıkları ayırımcı uygulamalara yaşlılık döneminde bir de yaşlılığa bağlı "ageism" ayırımcılığın eklenmesi ile çifte ayırımcılık yaşadıkları kabul edilmektedir** (5).

Yaşlı nüfusun ölüm nedenleri incelendiğinde de kadın ve erkekler arasında ülkemizde farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye'nin ulusal düzeyde, erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları incelendiğinde, kanserlere bağlı meydana gelmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise kanserlere bağlı beklenen

ölüm sayısı 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir (7,8). Türkiye'de ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205,457 ölümle kardiyo-vasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ü) almaktadır. Kardiyo-vasküler hastalıklara bağlı ölümler erkeklerde 102,386 (%43.89), kadınlarda 103,071'dir (%52.27).

Türkiye'de Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle meydana gelen ölüm sayısı toplam 102.386'dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700'e, 2020 yılında 175.663'e, 2030 yılında ise 235.567'ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır. 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak meydana gelen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1.8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (9).

Dünya Ekonomik Forumun 2010 yılı raporuna göre; Kadın-Erkek arasındaki genel fark endeksinde **Türkiye**, en iyinin 1. sırada olduğu 134 ülke sıralamasında **126. sırada** yer almaktadır. Türkiye'den sonra sırada, Fas, Benin, Suudi Arabistan, Fildişi Sahili, Mali, Pakistan, Chad ve Yemen bulunmaktadır. Diğer alanlardaki sıralama ise; Türkiye , toplam 134 ülke arasında eğitimde 109. , siyasal katılımda 99. , sağlıkta 61., ekonomik katılımda ise 131. sırada bulunmaktadır (13). Bu göstergeler Türkiye'deki kadın erkek arasındaki "uçurumun" ne kadar derin olduğuna işaret etmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'de gelecek 20-30 yıl içinde toplum ve sağlık sisteminin karşılaşacağı en önemli sorun, yaşlanan nüfus ve bunun getireceği sonuçlar olacaktır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılar ihmal edilen gruplardır ancak menopoz sonrası dönem ve yaşlılık dönemindeki **kadınlar en ihmal edilen grupların başında gelmektedir.** Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık politikalarında ve programlarında kadınlar ve erkekler arasındaki farklara gereken dikkat verilmemiştir. Yoksulluk, sağlık güvencesinin olmayışı, temel sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşamama, nitelikli hizmetlerden yararlanamama, yaşlanan kadınların aktif çalışma hayatından uzak tutulmaları ve dolayısıyla var olan sosyal statülerini koruyamamaları, giderek yalnızlaşmaya itilmeleri gibi nedenlerle yaşlanan kadınlar sosyal yaşamdan uzak kalmakta yaşam kaliteleri daha da olumsuzlaşmaktadır. Bütün bunlara yaş ayırımcılığı da eklenince kadınlar hem cinsiyetçiliğe hem de yaşlılığa bağlı iki kat daha fazla ayırımcılığa maruz kalmaktadırlar. Sonuçta kadınlar aleyhine daha da eşitsiz olan bu durum Türkiye'de yapılacak araştırma ve değerlendirmelerde, geliştirilecek olan sağlık ve sosyal destek programlarında mutlaka dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Akın A ve ark. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
2. Akalın E. 2010. Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları. http://saglikekonomisi.blogspot.com/2010/02/yaslanan-nufus-ve-saglk-sorunlar.html. 12.2.2012.
3. Hoşgör Ş, Tansel A. TÜSİAD ve UNFPA. 2010. "2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar". İstanbul: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2010, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505.

4. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları, Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları; Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi GEBAM yayını içinde www.gebam.hacettepe.edu.tr. 12.2.2012.

5. Kalaycıoğlu S ve ark. Yaşlılar ve yaşlı yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri" Türkiye Bilimler Akademisi Raporları Ankara, 2003.

6. Sağlık Bakanlığı-Kanser İstatistikleri. SB-Kanser Dairesi Başkanlığı Ankara, 2012.

7. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2007. "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007". Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 710.

8. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Editörler: Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S.,Yardım, N., RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü yayını, Aydoğdu Ofset Matbaacılık 2007, Ankara.

9. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası 2006. TC. Sağlık Bakanlığı. www.saglik.gov.tr, 1.12.2010.

10. Sağlık Bakanlığı-Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı 2008. www.saglik.gov.tr.1.12.2010.

11. Sağlık Bakanlığı-Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). www.saglik.gov.tr. 1.12.2010.

12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlı Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, Ankara.

13. World Eonomic Forum, 2010. The Global Gender Gap Report 2010 ;Ricardo Hausmann, Harvard University, Laura D. Tyson, University of California, Berkeley, Saadia Zahidi, World Economic Forum Geneva, Switzerland 2010.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Emine BARAN[8], Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ[9]

Son yıllarda aile planlaması, çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmeler, bulaşıcı hastalıklarıyla başarılı mücadele, gelişen tıp teknolojisi, sosyal koşulların düzelmesi gibi gelişmeler sonucunda insan ömrünün uzamasına bağlı olarak tüm dünyada yaşlı nüfusu artmaya başlamıştır (1). Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise iki kattan da fazla artması beklenmektedir (2). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus projeksiyonlarına göre 2000-2050 arasında, yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına nazaran belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir (3).

Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (4). Sağlığı geliştirme kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir (5).

Aktif Yaşlanma

Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır (6). Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1990'ların sonlarına doğru bu vizyonu gerçekleştirme sürecini açıklamak için "aktif yaşlanma" kavramını benimsemiştir. Bu kavram yaşlılıkta sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerin de ifadesidir (6-8). Yaşlılıkta sağlığı geliştirme yaklaşımı; kültürel ve yapısal değişimlerin yanı sıra sektörlerarası işbirliği yaklaşımında değişimleri, topluma, aileye ve bireye yönelik müdahaleleri kapsar (6). 2006 yılında DSÖ'nün "Yaşlı Dostu Kentler" girişimi olmuştur (9). Farklı kıtalardan 33 şehrin katılımıyla aktif ve sağlıklı yaşlanmayı destekleyecek temel kentsel bileşenler belirlenmiş ve sonuçta "Küresel Yaşlı Dostlu Kentler Rehberi" oluşturulmuştur (9, 10). İstanbul bu projeye katılan şehirlerden biridir (10). DSÖ tarafından Haziran 2010'da ise "Küresel Yaşlı Dostu Kentler Ağı" kurulmuştur (9). Yaşlıların kapasitelerini ve verebileceklerini gören, yaşa bağlı ihtiyaçlarına ve tercihlerine karşılık veren, kararlarına ve yaşam tarzlarına saygı gösteren, savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden; politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler "**Yaşlı Dostu Kent**" olarak tanımlanmaktadır (11). Aktif yaşlanma yaşam boyu süren bir süreç olduğundan yaşlı dostu kentler bu sürecin her aşamasına katkı sağlamaktadır. Yaşlı dostu kentlerin ilgilendikleri temel alanlar; dış mekânlar ve binalar, ulaşım, konut, sosyal katılım, toplumsal yaşamaya dâhil edilme ve saygı, vatandaş olarak katılım ve istihdam, bilgi edinme ve iletişim, toplum desteği ve sağlık hizmetleridir (10). Kalkınma Bakanlığı'nın genel koordinasyonunda Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı tarafından yürütülen 2011 Yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı çerçevesinde "Yaşlı Dostu Kenti Amasya" projesi yapılmış ve raporu da yayınlanmıştır (12).

[8] Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
[9] Prof. Dr.,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ülkemizde aktif yaşlanma konusunda yapılabilecekler değerlendirildiğinde, öncelikle hedef grubun bir değerlendirmesinin yapılması gerekliliği açıktır. Geniş saha araştırmaları yoluyla farklı coğrafi, ekonomik, sosyal çevrelerde yaşayan yaşlıların ihtiyaç, istek ve neler yapabildiklerinin tespit edilmesi ve bu tespitler doğrultusunda politikaların oluşturulması hareket noktası olmalıdır. Yaşlılık alanında geliştirilen politikalar yalnızca maddi yardım çerçevesinde sınırlandırılmayıp, toplum genelinde konunun bütün boyutlarıyla değerlendirilmesine olanak sağlayacak bir farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir (8). Bu kapsamda DPT Müsteşarlığı koordinatörlüğünde 2007'de "Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" oluşturulmuştur. Planda ülkemizdeki yaşlı nüfusun durumuna ve yaşlılara götürülen hizmetler değinildikten sonra, yaşlıların topluma ve kalkınma sürecine aktif katılımının sağlanması, kuşaklar arası dayanışmanın güçlendirilmesi, bilgiye erişimlerinin sağlanması, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve refahın artırılması, sosyoekonomik olarak dezavantajlı olanların güçlendirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimlerinin sağlanması, yaşlıların gereksinimleri konusunda sağlık çalışanlarının ve bakım hizmeti veren diğer bireylerin bilgilendirilmesi ve eğitim olanaklarının sağlanması, sağlık politikasının uygulama ve geliştirilmesinde yaşlıların aktif katılımının sağlanması, olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması gibi belli başlı konulardaki mevcut durum ve gerçekleştirilecek eylemlere değinilmiştir (3).

Sağlık Bakanlığı içerisinde 2008 yılında "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Bakanlığın 2009-2013 yıllarını içeren İkinci Beş Yıllık Eylem Planı'nda "halkın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek" stratejik amaç olarak belirlenmiştir (13). Kasım 2011'de ise 663 sayılı Kararname ile toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ile bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek amacıyla "Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü" kurulmuştur (14). Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik; stratejik plan ve eylem planını içeren "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2008", "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)", "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2009 - 2013)", "Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014)" Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)" oluşturulmuştur (13, 15-18). Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıca kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele çalışmalarını desteklemek üzere "Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010", halkın sağlık bilincinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimlerini yürütecek eğitimciler için eğitim modüllerini içeren "Yaşlı Sağlığı Modülleri", "Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programları" oluşturulmuş, yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik beslenme, tütünle mücadele, fiziksel aktivite, hastalıklarda beslenme ve obezite bilgi serileri başta olmak üzere rehber kitaplar yayınlanmıştır (19). Ayrıca ülkemizde sivil toplum kuruluşları tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik kitaplar yayınlanmakta, bu kuruluşlar yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmakta sempozyum, kongre ve toplantılar düzenlemektedirler (20,21).

Bu gelişmeler çok önemli olmakla birlikte, yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi konusunda Türkiye henüz yolun başındadır ve yapılması gereken çok iş vardır.

Sonuç olarak, yaşlı insanların sağlıklı ve aktif olarak kalmalarını sağlamak bir lüks değil bir gerekliliktir. Ülkemizde yaşlıların sağlığını geliştirmek için öncelikte durum tespiti yapılmalı, program ve politikalar bu tespite göre şekillendirilmelidir. Ayrıca çevresel koşulların yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik düzenlenmesi, sosyal desteğin geliştirilmesi, yürütülen programların aktif bir şekilde sürdürülmesi, sektörler arası işbirliği ile yeni programların oluşturulması gerekmektedir. Yaşlı sağlığını etkileyen gelir durumu, sağlık, sosyal güvence ve güvenlik gibi diğer etmenlerin de kurumlar arası işbirliği içerisinde iyileştirilmesine yönelik politikalar oluşturulması yaşlı sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir.

Kaynak

1. Üner S. Yaşlı Dostu Sağlık Hizmetleri. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar içinde. Aslan D (Ed). Ankara, 2009, pp 271-4.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs-Economic and Social Council. Ageing Social Policy and Development Division. Data on Older Persons http://social.un.org/index/Ageing/DataonOlderPersons.aspx. 12.01.2012.
3. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007 Yayın No: DPT: 2741 www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/**eylem**pla.pdf. 20.07.2011.
4. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva,1986 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/. 20.07.2011.
5. World Health Organisation. Health Promotion Glossary. Geneva,1998 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. 22.07.2011.
6. Bilir N, Paksoy N. Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi. Temel Geriatri içinde. Gökçe-Kutsal Y, Aslan D (Eds), Ankara, 2007, pp 87-94.
7. World Health Organisation. Active Aging A Policy Framework 2002 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf. 20.07.2011.
8. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. Ankara, 2011. http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf .20.01.2012.
9. World Health Organisation. WHO launches Global Network of Age-friendly Cities News release, 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age_friendly_cities_20100628/en/index.html. 20.07.2011.
10. World Health Organisation. Global age-friendly cities : a guide. Geneva, 2007. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf. 21.07.2011.
11. Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, Canada. Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrrc_en.pdf. 20.07.2011.
12. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı. Yaşlı Dostu Kent Amasya. 2011. http://www.oka.org.tr/ContentDownload/YaslikentDostuAmasya.pdf. 22.07.2011.
13. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara, 2008.
14. Resmî Gazete 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm. 24.12.2011.
15. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Ankara, 2010. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf. 24.07.2011.
16. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009 - 2013). Ankara, 2009. http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73897/h/turkiye-khh-astim-koah-onleme-ve-kontrol-programi-2009-.pdf. 24.07.2011.
17. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara, 2011. http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71375/h/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi.pdf. 20.12.2011.
18. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). Ankara, 2011. http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/home/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami_2010_2014.pdf. 20.12.2011.
19. Sağlık Bakanlığı idari ve Mali İşler Daire Başkanlığı e Kütüphanesi. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane. 20.07.2011.
20. Türk Geriatri Derneği. http://www.geriatri.org/. 10.07.2011.
21. Türk Geriatri Vakfı. http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/. 10.07.2011.

SAĞLIKLI YAŞLANMA İÇİN ÇEVRE

Derya ÇAMUR[10], Songül ACAR-VAİZOĞLU[11]

Yaşlılıkla birlikte, çevresel etkilenime karşı duyarlılık artmaktadır. Konakçı savunma mekanizmasının zayıflaması; fizyolojik işlevlerde azalma; vücut bileşimindeki değişiklikler bunda rol oynamaktadır. Bunların sonucunda akut ya da kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ruh sağlığı sorunları ve yaralanmalar görülebilmektedir. Akut ya da kronik bir hastalığın olması, çevresel kirleticilerin etkisine dayanma gücünü de olumsuz etkilemektedir. Örneğin yaşlılar iklim değişikliği ve küresel ısınmaya bağlı olarak görülen sıcak hava dalgalarından en fazla etkilenen ve ölümlerin en çok görüldüğü gruptur.

- ✓ Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve sürdürülebilmesi için, tüm yaşam alanlarının tasarımı yaşlıların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu anlamda kent tasarımı yapılırken, dış mekanlar ve yapılar uygun tasarlanmalıdır. Temiz bir çevre sağlanmalıdır. Gürültü önlenmelidir. Rahatsız edici koku olmamalıdır. Yeşil alanlar ve dinlenme alanları olmalıdır. Kaldırımlar yaşlıların rahatlıkla hareket etmesini sağlayacak biçimde yapılmalı; dar, engebeli, bozulmuş, kenarları yüksek olmamalı; düz, alçak, kaymayan özellikte, tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalıdır. Satıcılar, araçlar ve ağaçlar tarafından daraltılması önlenmeli, yayaların kullanımına ayrılmalıdır. Güvenli geçişi sağlayacak biçimde trafik düzenlemesi yapılmalıdır. Güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Sağlığın geliştirilmesinde son derece önemli olan yürüme ve bisiklet yolları yapılmalıdır.
- ✓ Bina tasarımında asansör, yürüyen merdiven, rampalar yer almalı, kapılar ve geçişler geniş yapılmalıdır. Merdivenler uygun yükseklik ve genişlikte olmalı ve trabzan bulunmalıdır. Yüzeyler kaygan olmamalıdır. Dinlenme alanları düzenlenmelidir. Bilgilendirici ve yol gösterici tabelalar uygun biçimde yerleştirilmelidir. Ulaşılabilir yerde ve yeterli sayıda tuvalet yapılmalıdır.
- ✓ Ulaşımla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Toplu taşıma araçları yaşlıların rahatlıkla kullanabilecekleri biçimde tasarlanmalıdır. Araçlardaki basamaklar uygun yükseklikte yapılmalı, tekerlekli sandalye ile araca binmeyi sağlayacak düzenek olmalıdır. Araç içinde oturmalarını sağlayacak yerler ayrılmalıdır. Gerekli yerlerde yaşlılara özel servis araçları konulmalıdır.
- ✓ Barınma yeri uygun olmalıdır. Elektrik, su, ısınma gibi temel gereksinimler sağlanmalıdır. Evler rahat hareket etmeyi sağlayacak, ev içi kaza riskini en aza indirecek biçimde tasarlanmalıdır. Zemin kaygan olmamalı, takılmaya, tökezlemeye neden olacak yapılar bulunmamalı, gerekli yerlerde tutunma barları olmalıdır. Yaşlı kazalarının yaklaşık yarısının nedeni çevresel etmenlerdir.
- ✓ Evler, doğal afet bölgelerinden uzakta; alışveriş olanakları, sağlık kuruluşları, parklar vb yerlere ise yakın olmalı ya da buralara kolay ulaşım sağlanmalıdır. Sosyal çevre açısından, yaşlıların bir araya gelebilecekleri, sosyal paylaşım ortamları yaratılmalıdır. Onlara saygı gösterilmeli ve "var oldukları" fark edilir biçimde davranılmalıdır. Vatandaş olarak süreçlere katılımları desteklenmeli, üretkenliği sağlayacak uğraşılar üretilmelidir.
- ✓ Yaşlılara yönelik tüm birincil, ikincil ve üçüncül koruma uygulamalarını sürdürmek üzere sağlık sistemi organize olmalıdır. Bu yapılırken iki temel ilke dikkate alınmalıdır: Yaşlıların

[10] Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı
[11] Prof. Dr.,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

bakımı yaşlılara karşı gösterilen bir saygı ve iyilik duygusunun göstergesi değil, toplumsal bir hak olarak ele alınmak zorundadır. Ayrıca, yaşlıların nasıl yaşayacaklarını seçme hakkı bulunmaktadır, bu nedenle onların gereksinim duyacakları bütün hizmetlerin var ve ulaşılabilir kılınması gerekmektedir.

✓ Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür. Ayrıca yaşlılarda başlıca ölüm nedenlerinin belirlenmesi, koruyucu uygulamaların geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu da kayıtların doğru ve güvenilir olması ile yakından ilgilidir. Örneğin ülkemizde sıcak hava dalgalarına bağlı olarak görülen ölümlerle ilgili olarak değerlendirme, kayıt yetersizliği nedeni ile yapılamamakta ve olayın boyutları yeterince bilinemediğinden gerekli önlemlerin alınması, adaptasyon stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması yetersiz kalmaktadır.

✓ Beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı, yaşama biçimi gibi çevresel etmenlerin sağlık üzerine etkilerinin açıklığa kavuşmasıyla, yaşlılık hekimliğinin, çevre hekimliği boyutu gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri gündeme gelmelidir.

Türkiye'ye dair;

✓ Ülkemizde bakıma muhtaç yaşlılara ilişkin bazı mevzuat düzenlemeleri bulunmakla birlikte, çalışmaları yalnızca bakıma muhtaç olanlarla sınırlamak son derece eksik bir yaklaşımdır. Bakıma muhtaç yaşlılar için özel düzenlemeler olmalıdır ancak, tüm yaşlılar için yaşam alanlarının düzenlenmesi bir zorunluluktur.

✓ İstanbul, İzmir, Amasya, Kastamonu, Bursa, Malatya, Ankara-Çankaya gibi yaşlı dostu kent yaklaşımını gündemine alan yerel yönetimler olmakla birlikte bunların sayısı son derece azdır.

✓ Ülkemizdeki kültürel yapı nedeniyle, yaşlıların yakınlarının yanında barınması yaygın olmakla birlikte, aile tipinin giderek çekirdek aile tipine kayması, gelecekte bu konuda sorunun boyutlarının artacağını düşündürmektedir. Yakınların yanında zorunluluk sonucu kalan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi de tartışılabilir.

✓ Barınma konusunda, barınacak yeri olmayanlar dışında diğer bir sorun da barınacak konutu olup bunun tamirat, elektrik, su, ısınma gibi giderlerini karşılayamayan yaşlılardır.

✓ Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı "Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak" ile yükümlüdür.

✓ Yaşlıların barınması için kamuya ya da özel sektöre ait huzurevleri bulunmaktadır, ancak bunların sayıları yetersizdir. Bu kurumların sayısının ve niteliğinin artırılması yanında, toplumda bu kurumların kabulünü artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlıların zorunluluk nedeniyle çok da istenmediği ortamlarda bakılması yerine, kendi akranlarıyla ve sosyal yaşam olanaklarının bulunduğu merkezlerde yaşaması daha uygun olabilir.

✓ Ülkemizde var olan huzurevi sayı ve kapasiteleri Tablo 1'de görülmektedir. Ülke nüfusu göz önüne alındığında sayı ve kapasitesinin yetersiz olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bu sayıyı yorumlarken, huzurevlerinin "bakıma muhtaç yaşlılar" gözetilerek yapıldığını da anımsamak gerekmektedir.

Tablo 1. Huzurevi sayı ve kapasiteleri (Aralık,2011)

Huzurevi	**Sayı**	**Kapasite**
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına ait	102	9783
Diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait	26	4455
Özel	161	13736
Toplam	**289**	**27974**

- ✓ Belediye Kanunu, Büyükşehir Belediyesi Kanunu ve İl Özel İdaresi Kanunu'nda belediye hizmetlerinin yaşlıların ulaşabileceği yerlerde sunulması ve yaşlılara yönelik hizmetler planlanması yönünde genel hükümler bulunmaktadır.
- ✓ Yaşlıların toplu taşıma araçlarından ücretsiz yararlanması bazı yerel yönetimler tarafından uygulanmaktadır. Yine bazı yerel yönetimler tarafından yaşlıların evleri için temizlik hizmeti verilmektedir. Ancak bu uygulamalar yetersiz düzeyde kalmaktadır. Toplu taşıma araçlarında yaşlılar için ayrılmış oturma yerleri ve bu konuda görsel uyarılar bulunmaktadır. Ama bunların bulunması yeterli değildir, toplumun konu hakkındaki farkındalığı ve duyarlılığı önemlidir.
- ✓ Ülkemizde 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından *"Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"* hazırlanmıştır. Eylem planında belirlenmiş olan hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı, üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Toplumsal yaşamda bu alandaki çalışmalarda artan bir ivme görülmeyişi eylem planının kağıt üzerinde kaldığını düşündürmektedir.
- ✓ Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür. Ayrıca yaşlılarda başlıca ölüm nedenlerinin belirlenmesi, koruyucu uygulamaların geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu da kayıtların doğru ve güvenilir olması ile yakından ilgilidir. Örneğin ülkemizde sıcak hava dalgalarına bağlı olarak görülen ölümlerle ilgili olarak değerlendirme, kayıt yetersizliği nedeni ile yapılamamakta ve olayın boyutları yeterince bilinemediğinden gerekli önlemlerin alınması, adaptasyon stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması yetersiz kalmaktadır.
- ✓ Ülkemizde sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak çevresel düzenlemelerin - gerek fiziksel, gerek sosyal çevre-yeterli olmadığı görülmektedir. Çevresel etmenler ile yaşlı sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça azdır. Benzer biçimde yaşlılık ve ergonomi konusunda yapılmış çalışma sayısı da çok yetersizdir.
- ✓ Evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılması değerli bir çalışma yöntemi olabilir. Bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir. Denetim listeleri kullanılarak evlerdeki riskler belirlenip gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir. Denetim listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir.
- ✓ Yaşlı sağlığı/sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil *"yaşlılar için çevre sağlığı"* yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak *"Yaşlılar İçin Çevre Sağlığı Eylem Planı"*, çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakmayı, uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır. Böylelikle sağlıklı yaşlanma için çevresel düzenlemelerdeki eksiklikler ortaya konulabilecek, eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılabilecektir.

Kaynaklar

1. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Yaşlı ve Çevre. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.
2. Tarcher, Alyce Bezman, Principles and Practice of Environmental Medicine, Penum Medical Book Company, New York and London, 1991.
3. Vienna International Plan Of Action On Aging, United Nations,1983.
4. Vienna International Plan of Action on Ageing, http://social.un.org/index/Ageing/Resources/ViennaInternationalPlanofAction.aspx . 12.8.2011.
5. International Day of Older Persons, http://www.un.org/en/events/olderpersonsday/. 12.8.2011.
6. Report of the Second World Assembly on Ageing, United Nations, Madrid, 2002.
7. WHO Age-friendly Environments Programme, http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html. 12.8.2011.
8. Global Age-friendly Cities: A Guide, World Health Organization, 2007.
9. What makes a city age-friendly?, London's contribution to the World Health Organization's Age-friendly Cities Project, 2007, http://www.kcl.ac.uk/sspp/kpi/geront/research/agefriendlycities.pdf. 12.8.2011.
10. Active Ageing A Policy Framework, World Health Organization Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course, 2002.
11. Topbaş M, Güler Ç, Yaşlı ve Ergonomi, Ed: Güler Ç. Sağlık Boyutuyla Ergonomi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004, pp 475-82.
12. Last JM. Housing and Health, Eds: Wallace RB: Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine. Fifteenth Edition. New York. Apleton and Large, p. 919-923.
13. Yaşlı Hizmetleri, http://www.ozida.gov.tr/?menu=yasli&sayfa=yasli. 12.8.2011.
14. Mevzuat, http://www.ozida.gov.tr/?menu=ulusal_mevzuat&sayfa=giris. 11.8.2011.
15. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, DPT, Yayın No: 2741, 2007.
16. Güner P, Güler Ç. Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi, Geriatri 5 (4): 150-154, 2002.
17. Güler Ç. Ergonomiye Giriş, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No.45, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1997.
18. Güler Ç, Vaizoğlu SA, Tekbaş ÖF, Surlu B. Ergonomiye Giriş (Ders Notları), Ankara Tabip Odası, Ankara, 2001.

SAĞLIKLI BESLENME VE YAŞLILIK

Dilek ASLAN[12]

Sağlıklı beslenme her yaş grubu için temel bir gereksinimdir. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerde farklılaşmalar görülmektedir. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ile ilişkili olarak kanser, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi gibi süregen hastalıklar ve risk faktörlerinde artış olmaktadır. Bu yaş grubunda dikkat çeken bir başka durum da malnütrisyondur. Yaşlı bireylerde malnütrisyon genellikle ileri yaşla birlikte artan kronik hastalıklara ve de özel olarak diş kayıplarına bağlı gelişmektedir. Malnütrisyon ve kronik hastalıklar arasındaki kısır döngü de bu yaş grubu için önemli mortalite ve morbidite nedenidir.

Yaşlılık ile birlikte kronik hastalık ve kanser sıklığında artma görülmektedir. Beslenme özelinde kanser gelişimi ve korunma arasında kanıtlanmış bazı ilişkiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Literatüre göre beslenme alışkanlıkları ve sık görülen kanserler arasındaki ilişki (1)

Kanser	**Risk**	**Riski azaltan öneriler**
Meme	Şişmanlık	Laktasyon Bedensel etkinlik
Kolorektal kanser	Şişmanlık, işlenmiş kırmızı et tüketimi	Bedensel etkinlik Süt/kalsiyum
Endometrium ve böbrek kanseri	Şişmanlık	Bedensel etkinlik
Karaciğer	Aflatoksin Alkol	
Akciğer	Beta karoten içeren yüksek dozda supplement (takviye) alımı	Meyve tüketimi Bedensel etkinlik
Ağız, gırtlak, yemek borusu kanseri	Alkol	Meyve ve sebze
Nazofarinks	Tuzlanmış balık	
Özofagus	Alkol Şişmanlık	Meyve ve sebze
Pankreas	Şişmanlık	Folattan zengin diyet
Prostat	Kalsiyum içeriği yüksek gıdalar	Likopen ve selenyum içeriği zengin diyet
Mide	Yüksek tuz içerikli beslenme	Meyve ve sebze

[12] Prof. Dr.,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlıklı beslenme için aşağıdaki evrensel yaklaşımların bilinmesi gerekmektedir (2):

1. Besin çeşitliliği önemlidir. Hayvansal gıdalar yerine bitkisel gıdalar tercih edilmelidir.
2. Her gün ekmek, tahıl, pirinç ya da patates tüketilebilir.
3. Her gün en az 400 gram taze meyve ve sebze tüketilmelidir.
4. Beden Kitle İndeksi değerinin 18.5-24.9 arasında tutulması önerilmektedir. Bunun için her gün düzenli bedensel aktivite yapılmalıdır.
5. Günlük alınan yağın kontrol edilmesi (toplam enerjinin %30'unu geçmemesi) gerekmektedir. Doymamış yağ tüketimi doymuş yağ içerikli gıdalar yerine tercih edilmelidir.
6. Yağ içeriği fazla olan kırmızı et yerine baklagiller, balık, beyaz et, vb. tüketilebilir.
7. Süt ve kefir, yoğurt, peynir gibi süt ürünlerinin yağsız ve tuzsuz olarak tüketilmesi önerilmektedir.
8. Şekerli içeceklerden, yiyeceklerden kaçınmak gerekmektedir.
9. Tuz içeriği düşük gıdaların tüketilmesi önerilmektedir. Günlük toplam tuz alımı 6 gramı geçmemelidir. Bu da bir çay kaşığı kadar tuz anlamı taşımaktadır. İyot eksikliği olan bölgelerde tuzun iyotlanması genel bir yaklaşım olmalıdır.
10. Gıdaların hijyenik ve güvenli olmalarına dikkat etmek gerekmektedir.
11. İlk 6 ay sadece anne sütü en temel beslenme önerileri arasındadır. Bu dönemde su dahil hiçbir gıda bebeğe verilmemelidir.

Ülkemizde dört yapraklı yonca modeli yaklaşımı yukarıdaki önerilerle paraleldir. Bu modele göre dört temel besin grubu olan süt ve süt ürünleri, et-yumurta-baklagiller, sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllardan yeterli ve dengeli bir biçimde tüketilmesi önerilmektedir (3,4).

Türkiye'de yaşlılık döneminde beslenme konulu yapılan kimi araştırmaların sonuçları aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Beslenme profilini ortaya koyan iki ulusal çalışmanın ilki 1974 yılına, ikincisi ise 1984 yılına aittir. Bu araştırmalarda yaşa özel vurgu çok belirgin olarak yapılmadığı düşünülmektedir (5). Ulusal düzeyde yapılan son çalışmanın resmi sonuçları henüz açıklanmamıştır (6).
- ✓ Aksoydan tarafından 10 Avrupa ülkesinin ve Türkiye'nin içinde bulunduğu "Aging Nutrition" projesine ilişkin yapılan bir değerlendirmede yaşlı kadınlar arasında beden kitle indeksi değerlerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Değerlendirilen çalışmalarda yaşlılar arasında enerji ve protein tüketimi önerilenin gerisinde olarak belirtilmiştir. Posa tüketiminde yetersizlikler, sodyum tüketiminde fazlalık olduğuna dair bulgular vardır. Ayrıca C vitamini ve karbonhidrat tüketimi karşılaştırma yapılan diğer Avrupa ülke verilerinden yüksek bulunmuştur (7).
- ✓ Farklı grup ve zamanlarda yapılan çalışmalarda kan basıncı yüksekliği yaşlılık döneminde görülen önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Kan yağ profillerinde olumsuzluklar da saptanan sık sorunlar arasında yer almaktadır (7,8).
- ✓ Yaşlı bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon görüldüğüne dair veriler bulunmaktadır (9).
- ✓ Yapılan bazı çalışmalar yaşlılık döneminde Vitamin D, kalsiyum, vitamin B_{12} yetersizliklerine rastlandığına dikkat çekmektedir (10-12).

Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenebilmek için aslında yaşam boyu önerilen konulara dikkat etmek gerekmektedir. Bireysel tutum ve davranışlar genel önerilerle uyumlu olmalıdır. Ancak yaşlılık döneminde ayrıca dikkat edilmesi gereken konular aşağıda yer almaktadır (10-12):

1. Kronik hastalık sıklığı yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu için hastalık durumuna özel beslenme seçeneklerine dikkat edilmelidir.
2. Su tüketimi her yaş grubu gibi bu dönemde öne çıkmaktadır. Günde en az iki litre (8-10 su bardağı) su tüketmesi önerilmektedir.
3. Posalı gıdaların tüketilmesi önerilir.
4. Kalsiyum içeriği yüksek gıdalar tüketilmelidir.
5. Tuz ve şeker tüketimi yaşlılık döneminde de azaltılmalıdır.
6. Diş kayıpları yaşlılık döneminde sık görülen bir durum olduğundan beslenme tercihlerine dikkat edilmelidir. Örneğin, taze sebze meyve tüketilemediği durumlarda taze sıkılmış meyve-sebze suyu tüketilebilir.
7. Bedensel etkinlik de yaşlılık dönemi için değerlidir. Haftada en az 150 dakika orta düzey bedensel etkinlik önerilmektedir. Düşmelerin önlenmesi için denge ve kas güçlendirici etkinliklerin de ayrıca önemi bulunmaktadır.

Yukarıdaki öneriler bireysel önerilerdir. Ancak toplumsal düzeyde öneriler devletlerin sorumluluk alması açısından daha bütüncül ve herkesi kapsayıcı özelliktedir. Bu bağlamda sağlıklı beslenmenin herkes için ulaşılabilir bir hak olduğu temel kabulü gerekmektedir. Her yaşlı birey güvenli gıdaya ulaşması için koşulların sağlanması önemlidir. Sağlıklı gıda alternatifleri herkes için de ulaşılabilir olmalıdır. Sağlıksız gıdaların üretimi ve tüketimi için de yaklaşımlar geliştirilebilir. Örneğin; Avrupa'da Macaristan'da 2011 yılında sağlıksız gıdalara vergi uygulaması başlatılmıştır (13). Bu ve benzeri uygulamalar aracılığı ile sağlıksız gıdaların üretimi, tüketimi engellenebilir.

Sonuç olarak, yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına doğru ve yerinde çözümler üretebilmek için bütün değerlendirmeleri sağlığın belirleyicileri üzerinden yapmak gerekir. Sağlığın belirleyicileri denildiğinde toplumsal cinsiyet rolleri, öğrenim durumu, medeni durum, coğrafi bölge, iklim, gelir durumu, herhangi bir hastalık varlığı, sağlık algısı, beslenme kültürü, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik gibi pek çok değişken birlikte düşünülmelidir. Bütüncül yaklaşımlar ancak bu bakış açısıyla sonuç açısından olumlu olabilir.

Kaynaklar

1. Oxford Textbook of Public Health. Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M (Eds). Fifth Ed., 2009, p 189.
2. A healthy lifestyle. http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle. 15.4.2011.
3. Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. Şubat 2008. http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a1.pdf. 17.2.2012.
4. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. Geriatri Derneği Eğitim Serisi 1, Öncü Matbaa, Ankara, 2008.
5. Temel Besin Grupları. http://www.beslenme.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=188. 15.2.2012.
6. 2010 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/tbsa.pdf. 15.2.2012.
7. Aksoydan E. Health and nutritional status of elderly in Turkey and other eastern european countries. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2010;30(2):674-83.
8. Akbulut G, Köksal E, Bilici S, Acar Tek N, Yildiran H, Karadag MG, Sanlier N. Metabolic syndrome (MS) in elderly: a cross sectional survey. Arch Gerontol Geriatr 2011 Nov-Dec;53(3):e263-6.
9. Sanlıer N, Yabancı N. Mini nutritional assessment in the elderly: living alone, with family and nursing home in Turkey. Nutrition & Food Science 2006;36(1):50-8.
10. Rakıcıoğlu N. Sağlıklı beslenme önerileri. In: Yaşlanmak Ayrıcalıktır. Hacettepe Üniversitesi-GEBAM Yayınları, Ankara, 2011, pp 65-77.
11. Aslan D. Sağlıklı beslenmede hekim rolü. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39(4):175-80.
12. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Beslenme: Hekim Perspektifi. Hekimleri İçin Temel Geriatri Kitabında. Ankara Tabip Odası ve Türk Geriatri Derneği yayınları, Nisan 2011, pp 133-9.
13. Hungary taxes unhealthy foods. http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2012/01/hungary-taxes-unhealthy-foods. 15.2.2012.

BEDENSEL ETKİNLİK VE YAŞLILIK

Elçin BALCI[13]

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre ülkemiz nüfusunun %6.8'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (1). Hem dünyada hem de Türkiye'de yaşlı nüfus oranı artmaya da devam edecektir.

Çocukluk çağından başlayarak kişilere düzenli aktivite alışkanlığı kazandırmak, her yaştaki birey için egzersizi günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmek ve günlük bedensel aktivite miktarını arttırmak, bireysel sağlığımızın korunması ve ileri yaşlarda karşılaşılacak sağlık tehditlerinin azaltılması konusunda oldukça büyük öneme sahiptir. Egzersize başlamanın yaşı yoktur. Bu etkinliklerin ileri yaşlar boyunca düzenle devamı, yaşlı bireylerin bütüncül olarak yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Sadece yaşlı grup için değil, tüm yaş grupları için fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel aktivite programlarını planlamak ve katılıma teşvik etmek için bu yaşlı bireylerin yaşa özel fiziksel aktivite alışkanlıklarının ayrıntılı bilinmesi gereklidir. Ancak Türkiye'deki yaşlı bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi sınırlıdır (2).

- ✓ Karan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna göre yaşlılarda fiziksel inaktivite sıklığı %33'tür. İnaktivite nedenleri, normal yaşlanma, kronik hastalıklar ve uygun olmayan kas-iskelet sistemi kullanımıdır (3).
- ✓ Ulusal Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %20.32' sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15.99' unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. Onsekiz yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı %63.9' dur (4).
- ✓ TEKHARF çalışması sonuçlarına göre toplumumuzda sedanter bireylerin (günde 1 kilometreden az yürüyen ve oturarak iş görenlerin) oranı yaşla artmakta ve kadınlarda fizik aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Sedanter yaşam sürme yüzdesi 1990 yılı verilerine göre 20–29 yaş grubundan 70 yaş ve üzeri gruba gidildiğinde erkeklerde %6'dan %30'a, kadınlarda %3'den %52'ye kadar çıkmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre toplumuzda yıllar içerisinde (1990–2000) ve özellikle kadınlarda sedanter olma oranları artış göstermiştir (5).

Yaşlılarda fiziksel aktivite artışı ve egzersiz programının başarılı olması isteniyorsa, mutlaka sistemik bir yaklaşım şarttır. Öncelikle hastaya niçin egzersiz yapması gerektiği uygun bir şekilde anlatılmalıdır. Egzersiz yapmaya teşvik edilen hastadan mutlaka tıbbi hikâye alınmalıdır. Şimdiki ve geçmiş hastalıkları, tedavileri ve kullandığı ilaçları, düşme öyküleri, önceden egzersiz yapıp yapmadığı, aktivite ve ilgi alanları belirlenmelidir. Geçmişteki egzersiz profili, hastanın egzersize nasıl başlaması gerektiği ve aktivitelerin ne kadar şiddetli olabileceği konusunda fikir verir (6).

[13] Yrd. Doç. Dr.,Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Egzersizin faydalı olabilmesi için şiddetinin belli bir eşik düzeyin üzerinde olması gerekir. Süre, şiddet ile ters orantılıdır. Fonksiyonel kapasite düşüklüğü nedeniyle, yaşlılarda egzersiz şiddeti ve süresi düşük tutulmalıdır. Egzersiz sıklığı istenen hedefe göre, gün içinde birkaç defadan, haftada 3-5 güne kadar değişebilir. Egzersizin devamlılığını sağlamak açısından, hasta belli aralıklarla takip edilmelidir. Kişinin durumu ve egzersizin hedefleri periyodik olarak tekrar değerlendirilmeli, gelişmelere göre gerekli ilaveler yapılmalıdır (6).

Kaynaklar

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Ankara, Ekim 2009.
2. Karan Ö, Koz M, Ersöz G. İstanbul ilindeki huzurevlerinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(3):143-7.
3. Karan A. Yaşlılıkta Egzersiz ve Spor. Turk J Phys Med Rehab 2006;52 (Özel Ek A) :53-6.
4. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Türkiye.
5. Aydın ZD. Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. SDÜ Tıp Fak Derg 2006;13(4):43-8.
6. Cindaş A. Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. Turkish Journal of Geriatrics 2001;4(2):77–84.

KLİNİSYEN GÖZÜYLE YAŞLILIK DÖNEMİNDE SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR

YEŞIM GÖKÇE-KUTSAL[14], SIBEL EYİGÖR[15]

Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunların bir bütün olarak ele alınması ve yaşlı kişiye yaklaşımda **"Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme"**nin gerekliliği kabul edilmektedir. Çok yönlü ve interdisipliner bir yaklaşım yaşlıyı sadece medikal değil, psikososyal ve fonksiyonel açıdan da değerlendirme şansı vermektedir.

Geriatrik hastanın değerlendirmesi; yaşlılardaki multipl problemleri kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalı, sağlıklı yaşlanma hedefine ulaşmak için, ileri yaş grubunda karşılaşılan sorunların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ele alınması ve bu sorunlara karşı duyarlılığın arttırılması önem taşımaktadır. Yaşlanan nüfusun, aktif yaşamın içinde olması ve yeti kayıplarının önlenmesi için, yaşlıda risk faktörleri bilinmeli ve eşlik eden hastalıklara bağlı fonksiyonel kayıplar azaltılmalıdır.

Çok yönlü geriatrik değerlendirmenin klasik medikal değerlendirmeden farkı (1):

✓ Özellikle fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine öncelik tanır.

✓ Sıklıkla interdisipliner ekip çalışmasını ve kantitatif değerlendirme skalalarını kullanır.

Günlük yaşam aktiviteleri yeti yitimi açısından en önemli belirleyicidir. Kendilerine sorulduğunda kadınların %33.2'si, erkeklerin %29.4'ünde yeti yitimi olduğu belirtilmiştir. Yaşam boyu oran ise %4.1 olarak karşımıza çıkmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerine göre kadınların %46.8'i erkeklerin ise %71.8'ibağımsız olarak belirlenmiştir. Yaşlılarda yeti yitimi genellikle hafif ve orta düzeyde olup, sonuçta klinik pratikte amaç bu kayıptan kişiyi korumak olmalıdır (2).

Kronik Hastalıkların Yaşam Kalitesine Etkileri

Yaşlı kişilerde tedavinin primer amacı, yaşam kalitesini iyileştirmek, mortaliteyi ve sağlık bakım hizmetlerinin kullanım yüzdesini azaltmak olduğu için, klinik pratiğimizde yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri göz önünde tutmak gerekmektedir (3).

Çoğu yaşlı kişi kronik hastalıklar nedeniyle sağlık problemleri ve özürlülük ile karşı karşıya kalmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durum rölatif olarak fizik aktivite eksikliğine bağlı olabilmektedir. Hareket kısıtlılığı, ağrı ve emosyonel problemlere bağlı bu aktivite azalması sonucu kısır bir döngü olmaktadır. Ancak yine de ko-morbidite ve yaşam kalitesi ilişkisi açık değildir. Kronik hastalıkların çoğu zaman tam tedavisi olmadığı için, amaç kişiyi rahatsız eden problemleri ortadan kaldırmak ve yaşam koşullarını iyileştirme yönünde olmaktadır. Diabet, astım, artrit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi rölatif olarak yaygın bu dört hastalık, fiziksel fonksiyonları etkileyerek sağlıklı yaşlanma üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Özellikle de diabet ve sağlıklı yaşlanma arasında görülen bu ilişkinin, kardiak, podiatrik ve görme problemlerinin, bu kişilerde daha sık olması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Kronik hastalıklarda fiziksel aktivite düzeyindeki artışın yaşam kalitesini düzelttiği belirtilmektedir. Ancak kronik durumların yaşam kalitesine ne derecede

[14] Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi-GEBAM
[15] Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi

olumsuz etki yaptığı açık değildir. Üstelik fiziksel aktivitenin olumlu etkisinin derecesi hakkında yorum yapmak mümkün değildir. Ancak kesin olan tek şey, yukarıda açıklanan belirleyici faktörlerin hepsinin birbiri ile yakın ilişkide olduğudur (3-5).

Yaşlı Hastaya Yaklaşımda Temel İlkeler

Geriatrik hastalar söz konusu olduğunda göz önüne alınması gereken temel ilkeler (1,5):

1. Yaşlılarda hastalıkların prezantasyonu değişkendir. Semptomlar hastalığın bulunduğu organ sisteminin semptomları olmayabilir
2. Hastalıkların prezantasyonu non spesifiktir. Yataktan çıkmama, yememe gibi sadece non spesifik yakınmalar olabilir.
3. Yaşlılarda kayıt dışı hastalıklar sıktır; hasta, işitme kaybını, inkontinansını, konstipasyonunu, gece olan bacak ağrılarını, konfüzyonunu veya diğer bazı yakınmalarını yaşlılığın doğal seyri kabul ederek öykü sırasında bildirmeyebilir.
4. Yaşlı hastalarda birçok patolojik durum aynı anda var olabilir ve bunlara yönelik bir çok ilaç da kullanılıyor veya değişik tedaviler uygulanıyor olabilir.
5. Yaşlılarda polifarmasi-çoklu ilaç kullanımı oranı yüksektir. Öykü alınırken yaşlı hasta tarafından kullanılan ilaçların tümünün hekimi tarafından görülmesi ve bilinmesi önemlidir. Reçetesiz ilaç kullanım oranı yüksektir ve ayrıca genellikle hastanın aldığı ilaç türü/ dozu ile ona reçete edilen ilaç türü/dozu arasında farklar vardır.

GERİATRİK SENDROMLAR başlığında ağrı, osteoporoz ve kalça kırığı, düşmeler, kırılganlık (frailty), inkontinans, uyku bozuklukları, deliryum, malnütrisyon, akılcı olmayan ilaç kullanımı, ihmal sendromu (Self-Neglect) ve suistimal konuları öne çıkmaktadır (6-35).

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SIK RASTLANAN HASTALIKLAR denildiğinde de aşağıdaki konular öne çıkmaktadır:

Ülkemizde bölgesel olarak yapılmış ve yaşlıda sık rastlanan hastalıkların prevalansı ile ilgili bazı çalışmalar bulunmaktadır. 236 yaşlının alındığı bir çalışmada, yaşlıda rastlanan en sık kronik hastalıklar olarak, hipertansiyon (%44.1), kalp hastalıkları (%25.4), romatizmal hastalıklar (%27.5), diyabet (%14) ve osteoporoz (%9.7) bulunmuştur (36). 619 yaşlının alındığı başka bölgeden yapılan bir çalışmada ise, kardiyovasküler hastalıklara (hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, aritmi, kalp yetmezliği) %74.3, endokrin hastalıklara (diabetes mellitus, tiroid hastalığı gibi) %34.5, gastrointestinal sistem hastalıklarına %33.7, solunum hastalıklarına %23.9, enfeksiyonlara %15.9 sıklığında rastlanmıştır (37). 20 FTR polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri toplam 820 hasta alındığı çalışmada ise, %86'sının bir veya daha fazla komorbid hastalığı mevcut olup, en sık hipertansiyon (HT) daha sonra mide ve kalp hastalıkları olduğu görülmüş. %16.5'nin düşme öyküsü mevcut imiş. Omurga deformitesi, omurga ağrısı, idrar kaçırma, görme sorunu, yutma güçlüğü, duymada azalma, denge ve diş sorunu 75 yaşın üzerindekilerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (38). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaları değerlendiren bir çalışmada ise, %27.8 hastada diabetes mellitus, %47.5 hastada HT gözlenmiştir (39).

Kanser

Günümüzde kanser tanılarının yaklaşık yarısı 70 yaş üstü kişilere konulmaktadır. Elli yaş üzeri kolorektal kanser prevalansı ve mortalitesi artmaktadır. Tarama ile erken tanı amaçlanmaktadır. Meme kanseri kadınlar arasındaki en sık ve kanserden ölüm nedenleri arasında 2. sırayı almaktadır. Ülkemizde yapılan bir meme kanseri tarama çalışmasında 77.934 kadın değerlendirilmiş, bunların 51.706 tanesi muayene edilmiştir. Kümülatif insidans 7.5/10.000 ve muayene edilenler içinde ise 10.1/10.000 olarak bulunmuştur (40). Kadınlarda ikinci sıklıkta görülen kanser tipi serviks kanseri olup, ölüm sebepleri arasında 3. sırada yer almaktadır. İnvaziv serviks kanserinin hem insidans hem de mortalitesi yaşla birlikte artmaktadır. Serviks kanserinden ölen kadınların %40-50'si 65 yaş üzerindedir. Düzenli takip ile risk %80 azalmaktadır. Prostat kanseri de ilerleyen yaşla birlikte insidans ve mortalitesi artan bir kanserdir. Kanser tanısı konan erkeklerin %81'i 65 yaş ve üzerindedir (41). Ürolojik maligniteler yaşlılarda gençlerden fazla görülmektedir. Türkiye'de erkeklerde, akciğer ve gastrik kanser sonrası en sık prostat kanseri karşımıza çıkmaktadır (42). Renal pelvis tümörleri kadınlarda, böbrek ve mesane tümörleri de biraz daha fazla olarak erkeklerde görülmektedir (42).

İleri yaş grubu kanserlerde sistemik fonksiyonlar ve geriatrik değerlendirme büyük önem taşımaktadır.

Kardiyovasküler Sorunlar

İnme ve kardiyovasküler olaylar açısından risk faktörü olan hipertansiyon saptanması ve etkin tedavisi önemlidir. Düzenli kan basıncı takibi, hiperlipideminin önlenmesi ve 65 yaş üstü riskli hastalarda (sigara içen, diabetik, hipertansif) tarama yapılması önerilmektedir.

TEKHARF Çalışması'nda, 2009 taramasında da koroner ve serebrovasküler ölümler genel mortalitede yarıdan yüksek paya sahip bulunmuştur. Koroner kökenli ölümler 45-74 yaş kesiminde 1000 kişi-yılında 5.2 gibi yüksekliğini sürdürmektedir (43).

Koroner kalp hastalığından ölüm 45-74 yaş kesiminde son 8.5 yılda erkekte 1000 kişi-yılında 7.1, kadında 3.5 olarak belirlenmiş ve Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek bulunmuştur (44).

Avrupa Kardiyoloji Derneği, EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) ismiyle, KVH olan hastalarda yaşam tarzı ve risk faktörü modifikasyonu ve ilaç tedavilerinin etkilerini araştırmak amacıyla üç çalışma gerçekleştirmiştir. Dokuz ülkenin (Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, Hollanda, Slovenya ve İspanya) dahil edildiği EUROASPIRE I (45)1995-96 yıllarında, EUROASPIRE II (46)(bu ülkelere ek olarak Belçika, Yunanistan, İrlanda, Polonya, İsveç ve İngiltere) 1999-2000 yıllarında ve EUROASPIRE III (47)Türkiye'nin de dahil edildiği 22 ülkede (İsveç hariç, Bulgaristan, Hırvatistan, Kıbrıs, Litvanya, Letonya, Romanya, Rusya ve Türkiye) 2006-07 yıllarında yapılmıştır. EUROASPIRE III, koroner kalp hastalığı (KKH) olan hastaların yeni Avrupa KVH Korunma Kılavuzu önerilerine göre izlenip izlenemediğinin ve bu hastaların EUROASPIRE I ve II ile karşılaştırıldığında, koruyucu kardiyoloji pratiğinde ilerleme olup olmadığının araştırılması amacıyla planlanmıştır. Türkiye için EUROASPIRE III çalışmasının sonuçları, Avrupa'daki diğer ülkelere benzer bir biçimde, koroner hastalarının birçoğunda kardiyovasküler korunma kılavuzlarında belirlenen yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi hedeflerine ulaşılamadığını göstermektedir. Genç ve büyük bir nüfusa sahip olan Türkiye'nin koroner olay sırasındaki yaşın 50'den küçük olduğu grupta en yüksek oranla birinci sırada bulunması oldukça önemli bir farklılık olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, hasta taburcu notlarına bakıldığında, risk faktör hikayeleri ve ölçümleri hakkındaki bilgi yetersizliği Türkiye'de çok daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır.

Sigara içiciliği Türkiye'de hem erkekler hem de kadınlarda önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Özellikle batılı ülkelerde sigara kullanımı sıklığı son onlu yıllarda azalma eğilimi gösterirken, ülkemizde yaklaşık %20 oranında artış göstermiştir (48). Yapılan çalışmalar erkek nüfusun en az yarısının sigara içtiğini göstermektedir. EUROASPIRE III ülkelerinin birçoğunda olduğu gibi, Türkiye'de de hastaları sigarayı bırakma kliniklerine yönlendirmenin oldukça az olduğu göze çarpmaktadır. Türk Kalp Çalışması, ülkemizde HDL-kolesterol düşüklüğünün gösterildiği ilk çalışmadır (49). Bu çalışmada ortalama HDL düzeyleri erkekler için 38.3 mgr/dl, kadınlar için ise 45.5 mgr/dl olarak bildirilmiştir. EUROASPIRE III sonuçları, ülkemizde koroner arter hastalarında HDL-kolesterol düşüklüğünün önemini vurgulamaktadır. Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıklardan biri de taburculuk sonrası ilaç kullanımı ile ilgilidir. Özellikle lipit düşürücü ilaç kullanımı izlemde belirgin olarak azalmaktadır.

EUROASPIRE III çalışması, Türkiye'de de Avrupa'ya benzer şekilde kardiyovasküler korunma hedeflerinin gerisinde kalındığını göstermiştir. Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıklar, miyokard enfarktüslü genç hastaların daha fazla olması, sigaraya devam etme ve hareketsizlik oranlarının daha yüksek olması, düşük HDL-kolesterol düzeylerinin daha önemli bir etmen olması, indeks olay sonrasında hekim tarafından izlenmeme ve eğitilmeme oranlarının daha fazla olarak saptanmıştır (50).

Pulmoner Sorunlar

KOAH ileri yaş kişilerde en sık rastlanan hastalıklardan birisidir. Bu duruma rağmen tanı konmayan ve tedavi almayan yaşlıların sık olması halen önemli bir problemdir. 18 yaş üstü 1270 kişinin tarandığı bölgesel bir çalışmada, 45 yaş üstü KOAH prevalansı %11.5 olarak bulunmuştur (51). Yaş, cinsiyet, kırsal alanda yaşamak ve düşük gelir risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bazı hastalar kırılgan olup, yetersiz homeostatik mekanizmalar, bozulmuş fizyolojik sistemler ve kısıtlı fonksiyonel rezerv ile karşımıza gelmektedir. İlaç seçimleri; ek hastalıklar, polifarmasi ve yaş ilişkili farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikleri, yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve tedaviye direnç göz önüne alınarak yapılmalıdır.

İnme

40 yaş üstü kişilerde en yaygın dizabilite ve 3. en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de erkeklerde ölümlerin %14.5'inden, kadınlarda %15.7'sinden sorumlu tutulmaktadır. İskemik inme yaşı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda inmeye bağlı ölüm ve yaşam boyu inme geçirme riski, yaşam süreleri erkeklerden daha uzun olduğu için daha fazla gözlenmektedir. Literatürle uyumlu olarak ülkemizde de, sigara, koroner arter hastalığı ve periferal arter hastalığı erkeklerde, hipertansiyon ve atrial fibrilasyon kadın inmeli hastalarda daha sık görülmektedir. Geniş arter aterosklerozu erkeklerde, kardiyoembolizm ise kadınlarda daha sık saptanmıştır. İyileşme açısından kadın olmak kötü prognoz kriterlerinden sayılmaktadır (52,53).

Demans-Parkinson

İleri yaş grubunda demans yaygın bir tanı olup, ilerleyen yıllarda artış göstermektedir. Klinik seriler ve otopsi çalışmalarında Alzheimer hastalığı yaşlılarda demansın en sık nedeni olarak sayılmaktadır. 765 yaş üstü her 5 yılda bir insidans 2 kat artmaktadır (54). 50 yaş üstü 1019 yaşlıda yapılan Türkiye çalışmasında demans prevalansı %20, muhtemel Alzheimer hastalığı prevalansı ise %11 bulunmuştur (55). Orta Anadolu bölgesinde yapılan ve 50 yaş üstünün

değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, genel prevalans %8.4, 55-59 yaş aralığında %2.2, 60-64 yaş arasında %5.3 ve 75 yaş ve üstünde %30.4 olarak saptanmıştır (56). Aynı çalışmada vasküler demans en yaygın tip olup (%51.1), Alzheimer demans %48.8, B12 eksikliği ve tümöre bağlı diğer nedenler ise %0.1 oranında görülmekte imiş. Risk faktörleri olarak, kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, yaş, aile öyküsü ve kırsal kesimde yaşamak belirlenmiştir.

Parkinson hastalığı sonrası demans başlama süresi ortalama 10 yıl olarak belirtilmesine rağmen hastalar arasında farklı varyasyonlar göstermektedir. İleri yaş, ciddi parkinsonizm, rijidite, postural instabilite, yürüme bozuklukları ve başlangıçta ılımlı kognitif bozulma temel risk faktörleri olarak sayılmaktadır (57).

Demans yaşlılarda disabilitenin önemli nedenlerinden sayıldığı için, erken dönemde semptom ve bulguların farkedilmesi modifiye edilebilen risk faktörlerini tanımlamak açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında, tanı sonrası beklenen yaşam süresi yaklaşık 7 yıldır. %3'den daha az hasta 14 yıldan uzun yaşamaktadır. Tüm gelişmelere rağmen, önleme ve kognitif, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavi yöntemlerinde istenen başarıya ulaşılamamıştır.

Kas-İskelet Sorunları

Kas iskelet sistemi yaşlanması ile ilişkili kronik tablolar ağır fonksiyonel ve ekonomik yüke neden olmaktadır. 65 yaş üzeri kişilerde kronik yeti yitimine en sık sebep olan problemler kas iskelet sistemi hastalıklarıdır. Bu durum; yaşlılarda kas iskelet sistemi hastalık prevalansının yüksek olması ve fiziksel fonksiyonun temelini kas iskelet sisteminin oluşturmasından kaynaklanabilmektedir. Osteoartrit (OA) ve osteoporoz (OP), yaşlı populasyonda yüksek oranda özürlülüğe neden olan kronik kas iskelet sistem hastalığı tablolarından ikisidir. Yaşlılarda özürlülüğe neden olan önemli diğer durumlardan biri ise, sarkopeni veya iskelet kas kaybıdır. Bunun dışında ileri yaş grubunda; postür sorunları, kas güçsüzlüğü, kontraktürler, postpolio sendromu, OA dışındaki romatizmal sorunlar, artroplasti (kalça-diz) uygulamaları, omurga sorunları ve travma gibi kas iskelet sistemi problemleri, kişinin günlük yaşam aktivitelerinde sorunlara neden olarak toplum içinde bağımsız yaşayabilirliğini etkilemektedir. Oysa ki, kas iskelet sistemi hastalıklarının bir kısmı önlenebilir özellik taşımaktadır.

Sonuç olarak, yaşlanmaya bağlı yeti kaybının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, yaşlanmanın altında yatan yapısal ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlığa kavuşması; yaşlı sağlığı ile ilgili bilimlere sadece gereksinimin değil, ilginin de artmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı toplumsal sorunların maliyetinin gerekli tedbirler alınmaması halinde hızla artacağı öngörülmekte ve gelişmiş ülkelerde geriatrik hasta yaklaşımının hem birinci basamakta koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında, hem de ilgili dallarda uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması, ileri yaştaki kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması konuları gündemde tutulmaktadır.

Hastalık ve yeti kaybı gibi risklerin yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine karşın, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır.

Yaşlılarda sık görülen hastalıklara yönelik tedavilerin seçiminde kronolojik yaştan ziyade fizyolojik yaşın göz önüne alınması gerektiği unutulmamalıdır. Morbidite, mortalite ve sağlık sistemi harcamaları da göz önüne alınarak, öncelikle koruyucu yaklaşımlar uygulamaya konmalı; erken tanı ve etkin tedavi yöntemlerinin ileri yaş grubunun yaşam kalitesini artıracağı göz önünde bulundurulmalıdır (9,10, 21,22).

Kaynaklar

1. Gokce-Kutsal Y. Aging in Turkey. In: Palmore E, Whittington F, Kunkel SR (Eds): International Handbook on Aging. The Current Research and Developments, USA, Greenwood Publishing Group, ABC CLIO Press. 2009; pp 579-592
2. Arslan S, Gökçe-Kutsal Y. A multicenter epidemiological study to evaluate the prevalance of disability in the elderly. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:103-14.
3. Eyigor S. Yaşam Kalitesi. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed): Geriatrik Rehabilitasyon, TFTRD Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını, İstanbul, 2010, pp 82-93.
4. Arslan S, Gokce-Kutsal Y. Quality of life assesment in geriatrics. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:173-8.
5. Troisi J, Gokce-Kutsal Y (Eds) Aging in Turkey, Hacettepe University Research and Application Center of Geriatrics Sciences-GEBAM and International Institute on Aging-INIA publication, Malta, Veritas Press, 2006; pp 23-105.
6. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. Clin Geriatr Med 2005;21:465-90.
7. Perret DM, Rim J, Cristian A. A geriatrician's guide to the use of the physical modalities in the treatment of pain and dysfunction. Clin Geriatr Med 2006;22:331-4.
8. Schneider H, Cristian A. Role of rehabilitation medicine in the management of pain in older adults. Clin Geriatr Med 2008;24:313-4.
9. Tuzun S, Eskiyurt N, Akarirmak U, Saridogan M, Senocak M, Johansson H, Kanis JA; Turkish Osteoporosis Society. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. Osteoporos Int. 2012 Mar;23(3):949-55.
10. Gokce-Kutsal Y, Ozdemir O, Karahan S, Akyol Y, Borman P, Dogan A, Eyigor S, Guzel R, Ortancil O, Savas S, Senel K, Turhanoglu AD. Musculoskeletal pain in osteoporotic elderly patients; A multicenter study. Turkish Journal of PMR. 2011; basımda.
11. Bugdayci D, Paker N, Dere D, Özdemir E, Ince N. Frequency, features, and factors for falls in a group of subacute stroke patients hospitalized for rehabilitation in Istanbul, Arch Gerontol Geriatr 2011;52:215-9.
12. Lawhorne LW, Ouslander JG, Parmelee PA, Resnick B, Calabrese B. Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. J Am Med Dir Assoc 2008;9:29-35.
13. Moylan KC, Binder EF. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. Am J Med 2007;120:493.
14. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006; 35 Suppl 2: ii37-41.
15. Swift CG. The role of medical assessment and intervention in the prevention of falls. Age Ageing. 2006;35 Suppl 2:ii65-ii68.
16. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. Cleve Clin J Med 2005;72:1105-12.
17. Bauer JM, Sieber CC. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. Exp Gerontol. 2008;43:674-8.
18. Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. Am J Cardiol 2009;103:1616-21.
19. Topinková E. Aging, disability and frailty. Ann Nutr Metab 2008; 52 Suppl 1:6-11.
20. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:731-7.

21. Eyigor S. Geriatric syndromes. Turk J Phys Med Rehab, 2009; 55 Suppl 2:57-61.

22. Eyigor S, Gokce Kutsal Y. Approach to the Frail Elderly, Turk J Phys Med Rehab, 2010;56: 135-40.

23. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc. 2007; 55:780-91

24. Gibbs CF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. Am J Med. 2007; 120: 211-20.

25. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? Aust J Physiother 2006; 52: 19-24.

26. Foxman, B.'Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs.' The American Journal of Medicine 2002;113, Suppl 1A: 5S-13S

27. Saçar, S. Evaluation of geriatric infections in 50 cases', The Pamukkale Medical Journal, 2008; 1:84-86

28. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. Neuropsychol Rev 2011;21:41-53.

29. Vaz Fragoso CA, Gill TM. Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. J Am Geriatr Soc 2007; 55:1853-66.

30. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes 2010;29:745-8.

31. Gökçe Kutsal Y, Barak A, Atalay A. Polypharmacy in the Elderly: A multicenter study, J Am Med Dir Assoc 2009;10:486-90

32. Atalay A, Gokce Kutsal Y, Ozcakar L. Musculoskeletal problems and drug use in elderly perspective of the general practitioners. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14:103-7.

33. Gokce Kutsal Y. Polypharmacy in elderly. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9, Special Issue: 37-44

34. Keskinoglu P, Pıcakcıefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. Int Psychogeriatr. 2007;19:719-31.

35. Kissal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey, Soc Work Health Care 2011;50:158-75

36. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3: 91-97.

37. Karaoğlu N, Karaoğlu MA. Özel bir hastanenin dahiliye polkliniğinde yaşlı hastalıkları ile ilgili bir çalışma. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12:130-7.

38. Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, Gökkaya KO, Kutsal YG, et al. Identifying the Characteristics of Geriatric Patients who Referred to Outpatient Clinics of Physical Medicine and Rehabilitation: A Multicenter Descriptive Study Turk J PMR 2011;57:143-9.

39. Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. J Clin Nurs 2010 May;19(9-10):1315-25.

40. Hayran M, Abali H, Kilickap S, Mentes T, Aksoy H, Kemik A, Gokce H, Gokdemir H, Toplar S, Kaya D, Isbir GG. Socio-demographic parameters in screening for breast cancer: Lessons from a population-'based women's Health Project held in a province in Turkey. J BUON 2010;15:726-31.

41. Takahashi PY, Okhravi HR, Lim LS, Kasten MJ. Preventive health care in elderly population: a guide for practicing physicians. Mayo Clin Proc 2004;79:416-27.

42. Aydın S. The incidence of urinary cancers in Turkey. The Journal of Turkish Urology 2007; 33: 392-97.

43. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. Atherosclerosis 2001;156:1-10.

44. Onat A, Uğur M, Çiçek G, Ayhan E, Doğan Y, Kaya H, Can G. TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. Arc Turk Sc Cardiol 2010;38:159-63.

45. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. Eur Heart J 1997;18: 1569-82.

46. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. Eur Heart J 2001;22:554-72.

47. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16:121-37.

48. Hodoğlugil U, Mahley RW. Smoking and obesity make a bad problem worse: genetics and lifestyle affect high density lipoprotein levels in Turks. Anadolu Kardiyol Derg 2006;6:60-7.

49. Mahley RW, Palaoğlu KE, Atak Z, Dawson-Pepin J Langlois AM, Cheung V, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. J Lipid Res 1995;36:839-59.

50. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPİNE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Arch Turk Soc Cardiol 2010;38:164-72.

51. Deveci F, Deveci SE, Türkoğlu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, Açik Y, Muz MH. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig, Eastern Turkey. Eur J Intern Med 2011;22:172-6.

52. Yesilot NF, Koyuncu BA, Coban O, Tuncay R, Bahar SZ. Gender differences in acute stroke: Istanbul medical school stroke registry. Neurol India 2011;59:174-9.

53. Akgun S, Rao C, Yardim N, Basara BB, Aydin O, Mollahaliloglu S, *et al*. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. Eur J Public Health 2007;17:593-9.

54. Işık AT. Late onset Alzheimer's disease in older people. Clin Inter Aging 2010; 5:307-11.

55. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, Gurol E, Kvaloy JT, Harmanci H. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2008;23:67-76.

56. Arslantaş D, Ozbabalik D, Metintaş S, Ozkan S, Kalyoncu C, Ozdemir G, Arslantas A. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. J Clin Neurosci 2009;16:1455-9.

57. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, Broe GA, Cummings J, Dickson DW, Gauthier S, Goldman J, Goetz C, Korczyn A, Lees A, Levy R, Litvan I, McKeith I, Olanow W, Poewe W, Quinn N, Sampaio C, Tolosa E, Dubois B. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. Mov Disord 2007 15;22:1689-707.

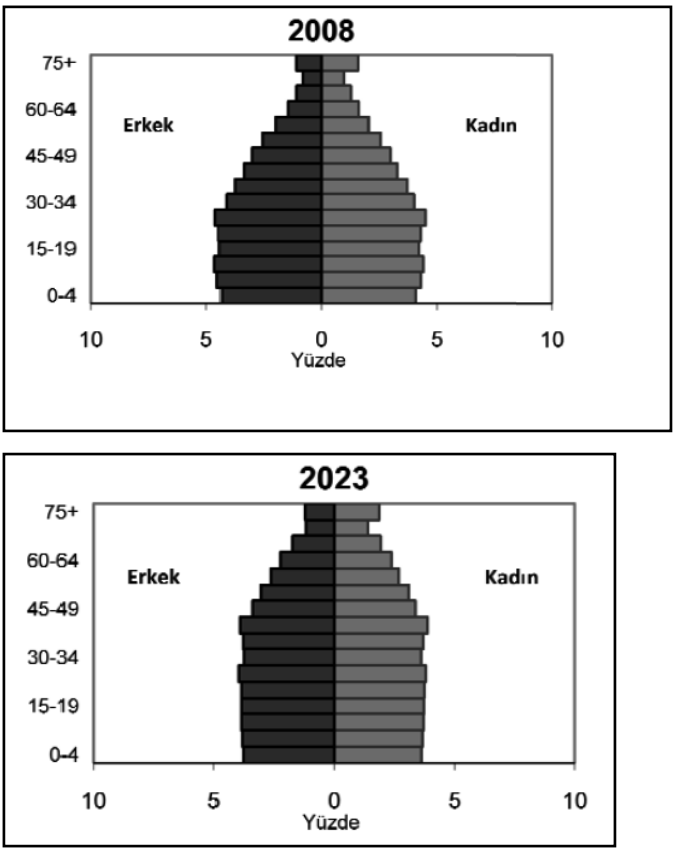
YAŞLANMA VE KRONİK HASTALIKLAR; TÜRKİYE PERSPEKTİFİ

Nazan YARDIM[16]

Dünya nüfusunun 2000 yılından 2050 yılına kadar üç katından fazla bir artışla 600 milyondan 2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Bu artışın büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde olacak olup bu ülkelerde 2000 yılında 400 milyon olan yaşlı kişi sayısı 2050de 1.7 milyara ulaşacaktır (1).

Ülkemizde de yaşlı nüfus artmakta nüfus piramidi genişlemektedir (Şekil 1). 2005 yılında %5.7 olan ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2010 yılında %7 (60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı ise %10) olmuştur (2). Doğuşta beklenen yaşam süresinde geçmiş yıllara göre artma eğilimi vardır (Şekil 2).

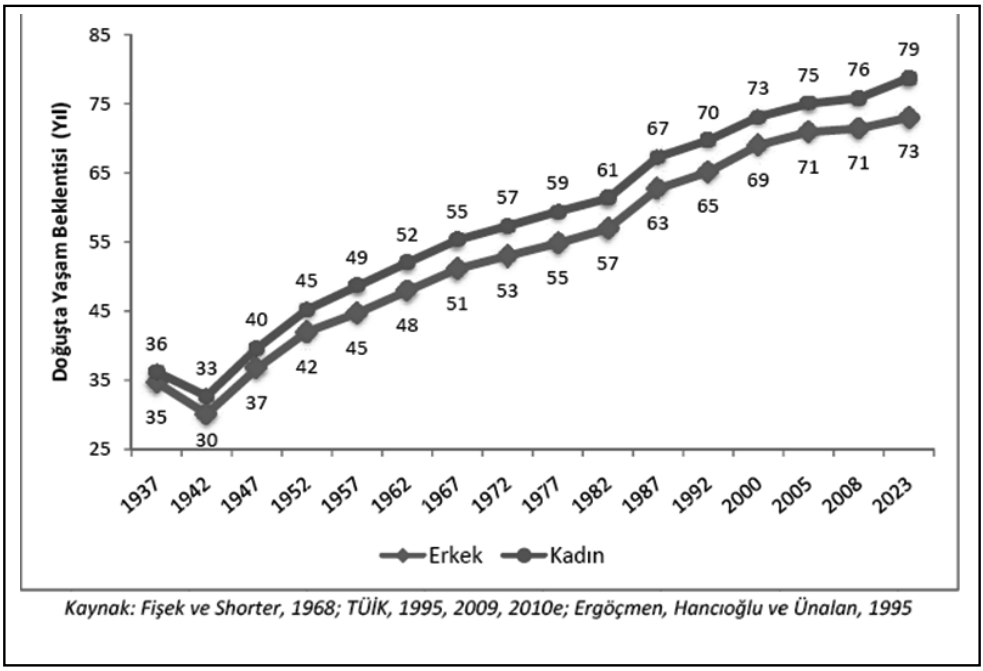
Şekil 1. Türkiye Nüfus Piramidi (2008, 2023)



Doğumda beklenen yaşam süresi de bulaşıcı hastalıklarla yapılan mücadelede alınan mesafe, ekonomik ve teknik gelişmelere paralel olarak artmaktadır. 2010 yılı için Erkeklerde 71,6 kadınlarda 76,3 ve toplamda 73,9 yıl olarak hesaplanmıştır (3). (Şekil 2)

[16]Dr., Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi

Şekil 2. Türkiye'de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (1937-2023)



Kaynak: Fişek ve Shorter, 1968; TÜİK, 1995, 2009, 2010e; Ergöçmen, Hancıoğlu ve Ünalan, 1995

Ülkemizde demografik yapı değişmektedir. Kırdan kente göç artmıştır, geleneksel aile yapısı değişmektedir, toplam doğurganlık hızı 2.16 olup azalmıştır (4). Yaşlı bağımlılık oranı artmakta ve genç bağımlık oranı azalmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaş Bağımlılık Oranı (ADNKS), Age Dependency Ratio (ABPRS)

Yıl	Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	Genç Bağımlılık Oranı (0-14)	Yaşlı Bağımlılık Oranı (65+ Yaş)
2007	50.36	39.71	10.65
2008	49.51	39.28	10.23
2009	49.25	38.79	10.46
2010	48.89	38.13	10.76

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)

Yaşlılıkla birlikte hastalık örüntüleri de değişmekte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (5). Ülkemizde de tüm ölümlerin yaklaşık %79'u kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri irdelendiğinde ise ölümlerin yaklaşık %48i kalp damar hastalıkları; %13.07'si kanserler; %8'i solunum sistemi hastalıkları nedeni ile olmaktadır. Altmış yaş üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ilk üç sırada sırası ile iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH gelmektedir (6) (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye'de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın 60 Yaş ve Üzeri Grupta Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı (UHY-ME Çalışması, Türkiye)

	Toplam	%	Erkek	%	Kadın	%
1	İskemik Kalp Hastalığı	27.0	İskemik Kalp Hastalığı	24.4	İskemik Kalp Hastalığı	29.6
2	Serebrovasküler Hastalıklar	20.7	Serebrovasküler Hastalıklar	20.3	Serebrovasküler Hastalıklar	21.1
3	KOAH	9.3	KOAH	13.4	KOAH	5.0
4	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	5.3	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.3
5	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	3.1	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Diabetes Mellitus	3.3
6	İnflamatuar Kalp Hastalığı	2.6	İnflamatuar Kalp Hastalığı	2.5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.9
7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.3	İnflamatuar Kalp Hastalığı	2.8
8	Diabetes Mellitus	2.6	Diabetes Mellitus	1.9	Meme Kanseri	1.9
9	Mide Kanseri	1.5	Mide Kanseri	1.7	Mide Kanseri	1.3
10	Düşmeler	1.1	Mesane Kanseri	1.6	Nefrit ve Nefrozlar	1.2
11	Kolon ve Rektum Kanseri	1.0	Prostat Kanseri	1.3	Düşmeler	1.1
12	Mesane Kanseri	1.0	Kolon ve Rektum Kanseri	1.1	Kolon ve Rektum Kanseri	0.9
13	Meme Kanseri	0.9	Düşmeler	1.0	Peptik Ülser	0.8
14	Nefrit ve Nefrozlar	0.9	Siroz	0.8	Over Kanseri	0.8
15	Peptik Ülser	0.8	Peptik Ülser	0.8	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	0.8
16	Siroz	0.7	Karaciğer Kanseri	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.8
17	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Alzeheimer ve Diğer Demanslar	0.6
18	Prostat Kanseri	0.7	Trafik Kaza	0.6	Siroz	0.6
19	Alzeheimer ve Diğer Demanslar	0.5	Ağız Ve Orofarinks Kanseri	0.6	Mesane Kanseri	0.4
20	Ağız ve Orofarinks Kanseri	0.5	Nefrit ve Nefrozlar	0.6	Lösemi	0.4

Dünya ile paralellik gösteren ülkemizdeki mevcut durumun ışığında, DSÖ başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar önleme ve kontrol çalışmaları kapsamında çok çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Ulusal eylem planı bu bağlamda önemli bir rehber niteliğindedir (7,8).

Ülkemizde yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kimi öneriler aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Demografik değişikliklerin toplumlarda halk sağlığı açısından bazı etkileri olmaktadır. Yaşlı bireylerin aile ve yaşamda aktif rol almaları ve bağımsız yaşayabilmeleri için sağlıklı olmaları temeldir. Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi çalışmaları ile kalp hastalıkları, inmeler ve kanserler gibi kronik hastalıkların başlaması önlenebilir veya geciktirilebilir.
- ✓ Yaşlılarda bu durumlar meydana geldiğinde temel sağlık hizmetleri erişilebilir, entegre ve düzenli bakım hizmetlerini sağlamalıdır. Bunu en etkili sağlayabilecek olan birinci basamak sağlık merkezleri güçlendirilmelidir.
- ✓ Yaşlılara yönelik ulusal eylem planlarında yer alan çalışmaların uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir.
- ✓ Sağlık Bakanlığı eylem planları içerisinde yer alan evde sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yanı sıra "bakım" hizmetleri de önemli bir boyutunu teşkil etmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü başta olmak üzere Belediyelerin bu konuda yapacakları çalışmalar önemlidir.
- ✓ Kronik hastalıklar, risk faktörleri ile mücadele ve "sağlıklı" yaşlanma tek başına sağlık sektörünün görev ve sorumlulukları içerisinde değil pek çok sektörü doğrudan ya da dolaylı ilgilendirmektedir. "Tüm Politikalarda Sağlık" anlayışı ile entegre, ekip çalışması ve sektörler arası işbirliği büyük önem taşımaktadır; geliştirilmelidir.
- ✓ Gönüllülük yolu ile tecrübelerinin ve bilginin aktarılmasında, sorumlulukların taşınmasında ailelerin yardımları ve işgücüne katılım ve ödemelerde artış sağlanmasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması kritik rol oynayabilmektedir.

Kaynaklar

1. http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html. 02.08.2011.
2. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=244. 02.08.2011.
3. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. 02.08.2011.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enistitüsü 2009. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enistitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.
5. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiyede Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları, Ed. Dr Yasin Erkoç, Dr. NazanYardım Ankara 2011.
6. T.C Sağlık Bakanlığı, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yükü Final Raporu, Ocak 2005 Ankara.
7. T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014.
8. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE ALGILANAN SAĞLIK VE YAŞAMIN NİTELİĞİ; NEREDEYİZ?

Meral SAYGUN[17], Erhan ESER[18]

Doğumda beklenen yaşam süresinin yıllar içinde artması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Artık bir sağlık girişiminin başarısı, sadece o hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ile değil, aynı zamanda bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu durum, yaşanan yılların niteliği konusunu ön plana taşımış ve niteliğin en üst düzeyde olmasını hedefleyen "yaşam kalitesi" kavramı, toplumların ulaşmayı hedeflediği evrensel bir tanım haline gelmiştir (1).

DSÖ'nün tanımına göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır (2). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanmanın, tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmetler sektörleri arasındaki işbirliğinin sağlanmasında önemli bir işlev gördüğü bildirilmektedir (3). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri yaşlılara hizmet sunanların performanslarının ve sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine de olanak vermektedir (4).

Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler:

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen etkenler içinde idrar kaçırma (üriner inkontinans), depresyon ve bir ölçü de düşme korkusu ve demans önemli yer tutar. Yaşlıların Öz bakımı ve hareket yeteneği de bireyin yaşam kalitesi ile yakın ilişki içindedir (5-11). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda, depresyon varlığının yaşam kalitesini etkilediği (12,13) bazen depresyonun demansın öncü belirtisi olduğu bu yüzden de yaşlılarda özel önem taşıması gerektiği bildirilmektedir (14).

Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kaliteleri

- ✓ Türkiye'de yaşlılarda algılanan sağlık ve yaşam kalitesi çalışmaları önemli ölçüde yaşlı bakım yurtlarında ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılar üzerinde yürütülmüş, toplumu temsil eden nitelikte alan çalışmaları sınırlı düzeyde kalmıştır.
- ✓ Türkiye'de Huzurevi çalışmalarında, huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayanlara göre depresif belirtilerin yüksek, sosyal destek algısının yetersiz olduğu saptanmıştır (15-17). Huzur evinde kalış süresi uzadıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (11,18,19).
- ✓ Depresyonun yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olduğu bilinmektedir, ülkemizde 1991 yılından itibaren huzurevinde kalan yaşlılar üzerine yapılan çalışmalarda depresyon sıklığının %10-%76 arasında değiştiği bildirilmiştir (20,21-24).
- ✓ Kurumda yaşayan bireyler arasında kadın cinsiyet, gelir düzeyinin düşüklüğü, sosyal güvencenin olmayışı, kurumda kalma nedeni ve başka bir ortamda yaşama isteklerinin depresyon düzeyini etkilediği bildirilmektedir (23,25).
- ✓ Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların depresif belirtilerini sorgulayan karşılaştırmalı çalışmalarda, huzurevinde yaşayanların depresif belirtilerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (23,24,15,17). Ülkemizde yapılan çalışmalar, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların kendilerini yalnız hissettiklerini (26,27) ve kurumda yaşayanların yalnızlık puanlarının evde yaşayanlardan yüksek olduğunu, ortaya çıkarmıştır (18). Konya'da

[17] Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[18] Prof. Dr.,Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

yapılan bir çalışmada sosyal ilişkiler ve çevresel iyilik düzeylerinin evde yaşayan yaşlılarda huzurevinde yaşayanlara göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir (28). Denizli'de devlete bağlı huzurevinde kalan, kimsesiz ve yardıma muhtaç yaşlıların hayata bakış açıları ve gelecekle ilgili beklentilerini sorgulayan çalışmada; yaşlılara imkanı olsa şu anda nerede yaşamak istediği sorulduğunda, %51' i kendi evimde olmak istediğini belirtmiş, %63'ü mecbur kaldığı için huzurevini tercih ettiğini söylemiştir. Yaşlıların %26'sı şu anda kendini en fazla mutlu eden şeyin sağlıklı olmak ve kimseye muhtaç olmamak olduğunu belirtmiş, hayatta ne olsaydı sizi en fazla mutlu ederdi sorusuna yaşlıların %49'u evimde çocuklarımla beraber yaşamak yanıtını vermişlerdir. Araştırmanın sonucunda, yaşlıların huzurevinin maddi koşullarından memnun oldukları, ancak huzurevinde bulunmaktan rahatsız oldukları ortaya çıkmıştır (29).

- ✓ Ülkemizde huzurevi çalışanlarının sorunlarını araştıran çalışmada ise, personelin yaşlılara hizmet vermekten kaynaklanan sorunları olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, huzurevinde çalışan personelin yarısından fazlasının hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır (30). Türkiye'de huzurevlerinde çalışan hemşirelerin bakım sorunları ve tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı çalışmada da hemşirelerin yarıdan fazlasının yaşlı bireyle çalışırken sorun yaşadığı ve iletişim sorunun, en çok yaşanan sorun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun yaşlıya yeterince psiko-sosyal destek vermediği ve yaşlı bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır. İletişim ve ekip içi sorun yaşayan hemşirelerin, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (31).
- ✓ Huzurevinde yürütülen bir araştırmada yaşlı bireylerin; %48.7'sinin düşme öyküsü olduğu, %53.9' unun ise birden daha fazla kez düştüğü belirlenmiştir (32).

Türkiye'deki yaşlıların algılanan sağlık ve yaşam kalitesi açısından diğer ülkelerde yaşayan yaşlılarla karşılaştırılması

Türk yaşlılarını diğer ülkelerdeki yaşlılarla algılanan sağlık ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmaya olanak veren az sayıdaki çalışma dikkate alındığında genel olarak Türkiye'de yaşayan yaşlı bireylerin gerek algılanan sağlık gerekse yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda oldukları anlaşılmaktadır.

Öte yandan, Türkiye de dahil 22 ülkeyi kapsayan DSÖ yaşlı yaşam kalitesi modülü (33) geliştirme projesi verilerine göre Türk yaşlılarının diğer kültürlerden yaşam kalitesi algısı açısından bazı farklılıklar gösterdikleri ortaya konmuştur. Odak grup görüşmelerinde diğer ülkelerde orta önemde sayılar bazı kavramlar Türk yaşlıları için "çok önemli" olarak vurgulanmıştır. Bunlar: hastaneye yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne-büyük baba rolü ve iştahın yerinde olmasıdır. Diğer merkezlerde önemli sayılan ancak Türk yaşlıları için önemsiz olarak kabul edilen kavramlar ise, topluma katılım, yaşlılık ve yaşlılarla ilgili negatif ayrımcılık ve toplum içinde gönüllü faaliyetlere katılımdır (34). Aynı DSÖ araştırmasında, algılanan genel yaşam kalitesi skorları açısından Türk yaşlıları söz konusu 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinde ikisi dışındaki merkezlerden daha düşük puan almışlardır (35). WHOQOL ölçeğinin toplam puanlaması açısından Türk yaşlılarının sadece Litvanya yaşlıları dışındaki diğer 20 merkezden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir (33).

Yaşam kalitesinin çeşitli boyutları açısından bakıldığında ise, "bedensel iyilik" boyutunda Türk yaşlılarının diğer tüm merkezlerden daha düşük puan aldıkları; "Psikolojik iyilik" boyutunda Türk yaşlılarının, İspanyol, Macar, Japon, Çin ve Litvanya merkezleri dışındaki merkezlerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; "Bağımsızlık" boyutunda Macar ve Çinli yaşlılar dışındaki 24 ülke yaşlısından daha düşük puan aldıkları; "Sosyal ilişkiler" boyutunda sadece Japon yaşlıları dışındaki ülke yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; "Çevre" boyunda ise

yine sadece İsrail, Çin ve Litvanya dışındaki tüm ülke yaşlılarından daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Türk yaşlıları sadece "maneviyat" boyutunda 23 ülke arasında 5. sırada yer almıştır (33).

Yaşam kalitesinin yaşlılara özel alt boyutları açısından Türk yaşlıları diğer bazı ülkelerdeki yaşlılarla karşılaştırıldıklarında ise, Türk yaşlılarının toplam skorda en son sırada yer aldıkları izlenmektedir. Duyusal yetiler boyut puanında 22 ülke arasında sonuncu; Otonomi (bağımsızlık) boyutu açısından sondan ikinci; Sosyal katılım boyutu açısından yine sondan ikinci; Geçmiş, Bugün ve Gelecek faaliyetleri açısından sondan üçüncü; Ölüm ve ölme kaygısı açısından sondan birinci olduğu, Türk yaşlılarının sadece "yakınlık görme" boyutunda orta sıralarda, kadınlarda ise 5. sırada yer aldığı belirlenmiştir (36) (bkz tablo 1). Buradaki karşılaştırmalarda Türk yaşlı örneği 22 merkez içinde 70.3 yaş ortalamasıyla en genç yaşlı örneği olması ve Türk yaşlı örneğinin Türkiye'nin batı bölgesinden (Manisa İl merkezi) seçilmiş olması ise Türkiye'nin daha yoksun olan diğer bölgeleri dikkate alındığında durumun daha da kötü olabileceğini düşündürmektedir. WHOQOL yaşlı modülünü kullanan Brezilya ve Norveç yaşlıları ile karşılaştırıldığında da Türk yaşlılarının, tüm alt boyutlarda (duyusal yetiler, otonomi, geçmiş ve gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölme ve yakınlık boyutlarında) daha düşük puan aldıkları izlenmektedir. Türk yaşlılarının yaşlılığa özel olan bu boyutların toplamından aldıkları puan 56.0'dır. WHOQOL-OLD ulusal veri havuzunda yer alan diğer araştırmalarda da toplam skor aralığının 43.5- 64.2 arasında yer aldığı görülmektedir. Bu değer, Brezilyalı yaşlılar için 67.4, Norveç'li yaşlılar için ise 88.9 puan olmuştur (37-39).

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) Çok Merkezli Projesi Boyut Skorlarının Katılımcı Merkezlere Göre Dağılımı (2005). *(Kaynak no:36)*

Merkez	Kişi sayısı	Duyusal yetiler	Otonomi	Dün, bugün ve gelecek faaliyetleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve ölme	Yakınlık
		Ort.	*Ort.*	*Ort.*	*Ort.*	*Ort.*	*Ort.*
İskoçya	108	71.4	66.7	65.03	62.3	71.43	51.36
İngiltere	142	81.0	72.4	69.10	73.1	68.36	67.63
Almanya (doğu)	343	70.8	68.1	66.55	70.58	56.34	70.45
İspanya	258	68.7	58.8	61.69	66.91	56.15	61.77
Danimarka	358	77.8	72.5	65.83	66.30	62.99	62.12
Fransa	139	61.2	54.6	56.61	52.54	67.91	58.91
Çek cum.	320	64.3	66.2	61.12	62.52	-	64.51
Macaristan	319	64.8	61.1	58.29	63.52	69.60	48.55
Norveç	299	77.6	66.4	66.37	68.73	64.62	73.25
Kanada	184	79.9	77.0	74.84	73.80	73.83	67.19
Avustralya	363	77.0	71.8	69.40	70.89	69.26	61.33
ABD	287	77.2	72.2	71.77	71.82	75.04	66.61
İsrail	240	74.5	70.2	62.86	66.23	51.58	62.87
Japonya	178	73.0	65.9	58.70	59.94	55.50	53.04
İsveç	445	72.7	66.1	66.68	66.57	70.76	59.23
Brezilya	326	76.7	67.8	69.89	67.66	64.39	68.83
Uruguay	235	81.5	65.8	66.87	66.86	65.02	71.23
Türkiye (Manisa)	**327**	**55.6**	**60.8**	**58.05**	**54.66**	**44.07**	**65.92**
İsviçre	134	81.6	76.6	71.90	73.55	60.83	63.50
Litvanya	326	71.0	53.3	48.23	61.44	65.05	39.18

Sonuç ve Öneriler

- ✓ Türkiye'de yaşlıların yaşamlarının niceliğine (beklenen yaşam süresine) ek olarak "niteliği " (yaşamlarının kalitesi) de diğer orta ve üst gelişmişlik düzeyindeki ülkelerden daha "kötüdür". Türkiye'de yaşayan yaşlılar diğer ülkedeki akranlarından genel olarak daha mutsuzdur.
- ✓ Türkiye'de yaşlı bakım evleri ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılar evde yaşayan akranlarına göre yaşamlarından daha az hoşnutlardır.
- ✓ Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ile birlikte, yaşlıların yaşam kalitelerinin korunması ve daha kaliteli yaşam sürmeleri günümüzde ve gelecekte öncelikli sağlık hedeflerinden biri olmalıdır. Yaşlıların mutluluğu, yaşlılığın dört temel sorunu olan düşme, despresyon, demans ve idrar /dışkı kaçırma (inkontinans) konusunda alınacak birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemlerinden geçer.
- ✓ Kurumların hizmet kalitesinin yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve memnuniyetini doğrudan etkilediği göz önüne alındığında; kurumlarda hizmet veren sağlık ve bakım personellerine, yaşlıların gereksinimlerine duyarlı olabilmeleri için, yaşlılık süreci, kayıplar, ölüm kaygısı, ruh sağlığı, depresyon, sosyal desteğin önemi gibi konularda eğitim verilmesi, iletişim becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir. Huzurevlerinde çalışan personelin psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi ve tükenmişliklerine yönelik koruyucu ve çözümleyici kurumsal önlemlerin alınması, personelin yaşlılara karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir (25,30,31).

Kaynaklar

1. Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: Kadın sağlığı bakışı http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/YaslilikDonemindeYasam KalitesiKavrami.doc. 10.6.2011.
2. Kaya M, Aslan D, Acar-Vaizoğlu S, et al. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2008;11(4) 12-7.
3. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;2(1):1-5.
4. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri 1999, 2(4):173-8.
5. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla İlişkili yaşam Kalitesinin Geriatride Kullanımı. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi 2006, 2(1): 21-6.
6. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalance of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turkish Journal of Medical Sciences 2003;33:335-40.
7. Altay B, Avcı Aİ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36 (4): 275-82.
8. Tel H, Hizmetli S, Tel H, Yıldırım M. Osteoartritli yaşlılarda öz bakımgücü ve yaşamkalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14 (1): 63-7.
9. Beğer T. Kırılgan Yaşlı. Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52 (Özel Ek A): A18-22.
10. Altay B, Avcı Aİ. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull 2009;8(2):139-46.
11. Gülseren S, Koçyiğit H, Erol A, et al. Huzurevinde yasamakta olan bir grup yaslıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yasam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2000;3(4):133-40.
12. Sönmez Y, Uçku R, Kınay Ş, et al. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(3):145-53.
13. Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B. Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9:130-5.
14. Kurban NK, Zencir M, Kartal A, Şahiner T. Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2010; (1):34-43.

15. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiatri Dergisi 2004;5:76-84.
16. Aydın S, Gemalmaz A, Bozkaya A. Yaşlılarda yaşam kalitesi: toplum ve huzurevi karşılaştırması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitapçığı. 2007; 95.
17. Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığının karşılaştırılması. Geriatri 2003; 6(1):10-3.
18. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(1):34-40.
19. Özer M. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(1):33-6.
20. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:227-39.
21. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7:11-8.
22. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:290-9.
23. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:251-9.
24. Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapuca M, Sayar K. The effect of sociodemographic factors and medicalstatus on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community drewelling elders in Trabzon-Turkey. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:57-60.
25. Top ÜF, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2010;13:14-22.
26. Ünal G, Bilge A. İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005;8: 89-93.
27. Khorshıd L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G, Çınar Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:45-50.
28. Bodur S, Dayanir Cingil D. Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. J Nutr Health Aging. 2009 Aug;13(7):652-6.
29. Karaca F. Huzurevinde Kalan yaşlıların hayata bakış açıları ve gelecekle ilgili beklentileri. Aile ve Toplum Dergisi Nisan, Mayıs, Haziran 2010;6(21):50-72.
30. Mandıracıoğlu A, Çam O. Huzurevi çalışanları sorunları ve çalışanlar hakkında görüşleri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(1): 29-32.
31. Akdemir N, Kapucu S, Özdemir L, Akkuş Y, Alparslan GB, Akyar İ. Huzurevi ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları bakım sorunları ve tükenmişlik düzeyleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2010; 3:50-62.
32. Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. Turkish Journal Of Geriatrics 2005; 8(2): 72-7.
33. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. Qual Life Res. 2005 Dec;14(10):2197-214.
34. Eser E, Eser S, Ozyurt BC, Fidaner C. Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalietsi algısı: WHOQOL-OLD Projesi Türkiye Odak grup sonuçları. Turkish Journal of Geriatrics2005; 8 (4):169-83.
35. Molzahn AE, Kalfoss M, Schick Makaroff K, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. Age Ageing. 2011 Mar;40(2):192-9.
36. WHO European Office (Kopenhag) WHOQOL-OLD Manual, Haziran 2005. .http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf. 10.6.2011.
37. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. The reliability and validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). Turk Psikiyatri Derg. 2010 Spring;21(1):37-48.
38. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saude Publica. 2006 Oct;40(5):785-91.
39. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. Scand J Caring Sci. 2008 Jun;22(2):292-305.

YAŞLILIK VE YETİ YİTİMİ

Pembe KESKİNOĞLU[19]

Türkiyede Aralık 2010 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre %7.2'dir ve 2050 yılında bu oranın %20 olması beklenmektedir. İnsan ömrünün uzaması ve beraberinde doğal yaşlanma ile birlikte yaşlılarda doku ve organların rezerv kapasitesi, strese yanıt ve çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneği azalır, homeostaz bozulur, yaş arttıkça kronik hastalıklarda ve duyusal kayıplarda artış, kaza, ihmal, istismar, yoksulluk, yalnızlık gibi riskler yeti yitimine (disability, özürlülük) neden olmaktadır. Yeti yitimi günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak bağımlı yaşama neden olur, sosyoekonomik açıdan maliyeti yüksek bakım gereksinimi ortaya çıkarır.

Yaşlılarda yeti yitimi

Yeti yitim değerlendirmesinde sıklıkla temel günlük yaşam aktivitelerinin (hareket, kendi kendine bakım) ve günlük yaşamda kullanılan araçların (yemek hazırlama, alış-veriş yapma, telefon etme, parasal işlemleri yapma, tıbbi ilaçları alma) kişinin kendisi tarafından bildirilmesiyle değerlendirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı "Dünya Sağlık Araştırması" raporuna göre 60 yaş üzeri yaşlılarda özürlülük oranı gelişmiş ülkelerde %29.5; gelişmekte olan ülkelerde %43.4, toplam %38.1 dir. Yaşlı kadınların %19.2 si, erkeklerin %12 si yeti yitimli olup, tüm yaşlıların %9.8 i ağır derecede yeti yitimine sahiptir. Kadınlar daha uzun yeti yitimli yaşam yıllarına sahiptir. Yeti yitimine neden olan fonksiyonel yetersizliklerin önemli bir kısmı görme, işitme, duyu kaybı ve kas gücünde azalmadan dolayı oluşmaktadır. Yaşlılarda önemli yeti yitimleri arasında hareket yetersizlikleri de bulunmaktadır. 75 yaş üzeri yaşlıların %8 i, 85 yaş üzeri yaşlıların %25 i yardımsız ev dışına çıkamamaktadır. Yaşlılarda yeti yitim oranlarının 2040 yılında 4-5 katına çıkması beklenmektedir.

Yaşlılarda yeti yitimine neden olan risk etmenleri

Risk etmenlerini belirlemede demografik, sosyal, yaşam stili, davranışsal, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir.

"Burden of Disease Network Project" sonuç raporunda yaşlılıkta fonksiyonellik ve yeti yitiminin belirleyicisi olarak tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş kronik hastalıklar, bilişsel veya duyusal yetersizlikler, depresyon, genetik-fiziksel nedenler sonucu gelişen fonksiyonel sınırlılıklar, davranışsal (diyet, sigara, fizik aktivite) belirleyiciler, kültürel, psikolojik ve çevresel nedenler belirtilmiştir.

Stuck ve arkadaşlarının ortaya attığı ve Nagi tarafından geliştirilen "yeti yitim modeli" ni uyarlayarak yaptığı yaşlıda yeti yitimini etkileyen davranışsal ve sağlıkla ilgili risk etmenler; depresyon, hastalık yükü, vücut kitle indeksi, alt ekstremitelerde fonksiyon kısıtlılığı, sosyal iletişim azlığı, düşük fiziksel aktivite, sağlığın kötü algılanması, sigara ve görme bozukluğudur. Kadınlar, ileri yaşlılar (85 yaş ve üzeri), düşük eğitim ve düşük gelir yaşlıda yeti yitiminde demografik ve sosyoekonomik risk etmenleridir.

[19]Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Ülkemizde Yaşlılarda Yeti Yitimi ile İlgili Bazı Çalışmalar

- ✓ Ülkemizde "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması"na göre özürlü nüfus toplam nüfusun %12.3'ünü oluşturmaktadır. Görülme sıklığı 60-69 yaşta %37; 70 yaş ve üzerinde %44, kadınlarda daha fazladır. Bu rapor ikincil analizinde özürlü nüfusun yaşlılarda dağılımı şöyledir: genel nüfusa göre özürlülük oranı 65-69 yaş grubunda %4.9, 70-74 yaş grubunda %3.9, 75-79 yaş grubunda %3.0, 80-84 yaş grubunda %1.7, 85 yaş ve üzerinde %1.2 dir. Ortopedik, görme ve işitme yeti yitimi yaşlı nüfusta diğer yaşlardan daha fazladır. Kronik hastalıklar, düşük eğitim, düşük sosyoekonomik düzey, yalnız yaşam, sosyal izolasyon, işsizlik, olumsuz iç ve dış çevre koşulları, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam ve ileri yaşlılık yeti yitiminin sıklığını artıran risk etmenleridir.
- ✓ Kayseri'de yapılan bir araştırmada özürlülük sıklığı tüm nüfusta %11.5 iken, 65 yaş ve üzerinde %48.5 saptanmıştır. Özürlülüğün %88.9'u edinsel olduğu, en önemli nedeninin kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır. Kişilerin %88.4'inin özre yönelik alet-cihaz kullanmadığı ve %90.5'inin rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı saptanmıştır. 1999'da 23 ilde huzurevlerinde yaşayan yaşlıları kapsayan bir çalışmada, özürlülük oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4 bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerinde kadınların %46.8'i, erkeklerin %71.8'inin bağımsız olduğu saptanmıştır. Özürlülüğün en sık nedeni kronik hastalıklardır. Konya'da 65 yaş üzeri kadın yaşlılarda yapılan bir çalışmada özürlülük %79.2 bulunmuştur.

Türkiyede yeti yitimliler yetersiz de olsa sağlık, eğitim, bakım ve rehabilitasyon, meslek ve beceri edindirme, aile rehberliği ve danışmanlık, sosyal ve kültürel hizmetlerden yararlanmaktadır. Ayrıca özürlülerin toplu taşıt araçlarından yararlanma, bina, cadde ve sokaklardan engellilere uygun düzenlemeler de yetersizdir.

Kaynaklar

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 yılı sonuçları. TÜİK Haber Bülteni Sayı 19 Ocak 2011.
2. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Türkiye ve Dünyada yaşlanma ve sorunları. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(2):105-110.
3. Akın B, Emiroğlu O. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6(2):59-67.
4. Stuck AE. Risk factors for functionel status decline in community-dwelling elderly people: a systematic literature review. Sol Science Med 1999;48:445-69.
5. Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Arslan S, Bilgili N. Reproductive history, socioeconomic status and disability in the women aged 65 years or older in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 50 (2010) 11–15.
6. Disability in Old Age Final Report; Conclusions and Recommendations. The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology University of Jyväskylä Finland, 2004.
7. Evci D, Ergin F, Beşer E. Home accidents in the elderly in Turkey. Tohuko J. Exp. Med 2006;209:291-301.
8. Kahya NC, Zorlu T, Ozgen S, Sari RM, Sen D, Sagsoz A.Psychological effects of physical deficiencies in the residences on elderly persons: A case study in Trabzon old person's home in Turkey. Applied Ergonomics 40 (2009) 840–51.
9. Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakcıefe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşlılarda ev içi kazalar. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(2):89-94.
10. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2005;40:213–223.
11. Alıç S. Kayseri il merkezinde seçilmiş kent tipi bir sağlık ocağı bölgesinde özürlülük sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans Tezi.
12. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 - Turkey Disability Survey 2002 http://www.ozida.gov.tr/?menu=arastirma&sayfa=tr_ozurluler_arastirmasi . 10.12.2011.
13. WHO. World Report on Disability. 2011 http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html. 1.01.2012.

HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA EVDE BAKIM HİZMETLERİ; DURUM TESPİTİ

Didem ARSLANTAŞ[20]

Ülkemizde, yaşlıya sunulan hizmetler evde bakım, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri başlıkları altında toplanmakta, evde bakım sıklıkla bireysel olarak verilmekteyken diğer hizmetler kurumsal olarak verilmektedir. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı (1) Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle çizilmiştir.

Türkiye'de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.'nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetleri sunulmaktadır (2)

Nazilli Devlet Hastanesi ve Denizli Devlet hastanesinde 2006 yılında oluşturulan evde bakım birimleri hizmet vermektedir. (3)

Ankara'nın Çankaya ilçesinde yapılan tüm bakım nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı %8.7 olarak belirtilmektedir ve bu sıklık 65 yaş ve üzeri olan grupta %42.3'e kadar ulaşmaktadır (4). Eskişehir ili Yetmiş beşinci yıl mahallesinde yapılan benzer bir başka çalışmada ise son bir yıl içinde bakım verenlerin prevalansı %3.7 olarak bildirilirken yaşlı populasyonda (65 yaş ve üzeri grupta) bu sıklığın %53.2 ye kadar çıktığı vurgulanmaktadır (5). Yaşlı dayanışma merkezleri Ankara-Mamak, Ankara-Emek, Çanakkale, İzmir Nebahat Dolman ve Eskişehir'de yer almaktadır. İzmir Nebahat Dolman yaşlı hizmet merkezi tarafından 400 yaşlıya ulaşılmış ve halen 15 yaşlıya evde bakım hizmeti götürülmektedir (6). Eskişehir Yaşlı Hizmet merkezide şubat 2010 tarihinden itibaren Evde bakım hizmeti sunulması yönünde çalışmalara başlamıştır. Ayrıca ocak 2011 tarihinden itibaren Eskişehir il Sağlık Müdürlüğü tarafından evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu kapsamda 1993 kişiye hizmet götürülmektedir bunların içinde 65 yaş üstü hizmet götürülen kişi sayısı 1482 (%74.3) dir (7).

İzmir Karaburun ilçesinde gerçekleştirilen Karaburun Sağlıklı Yaşlanma Projesi'nde düzenli ev ziyaretleri ile 75 yaş ve üzeri yaşlılara sosyal sorunlarına çözüm yolları üreterek sağlıklı yaşlanmalarının sağlanması, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması ile ilgili destek verilmesi amaçlanmaktadır (8).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı ve İzmir İl Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)nun birlikte yürüttüğü **Ege Yaşlı Hizmet Merkezi projesi** (9).

Samsun Vezirköprü kaymakamlığı ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından hazırlanan "Yaşlılara evde bakım hizmeti" projesi kapsamında ilçe merkezinde yaşayan kimsesiz maddi durumu yetersiz, yaşlı ve bakıma muhtaç olan ve Kaymakamlık Sosyal yardımlaşma Vakfı tarafından tespit edilen 21 vatandaşın yaşadıkları çevreden koparılmadan beslenmeleri, temizlikleri, ısınma giderleri, sağlık sorunları ile her türlü bakım ve ihtiyaçları kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından giderilecektir (10).

[20]Doç. Dr.,Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzun süreli bakım ihtiyacının Evde bakım hizmeti ile karşılanması ve bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılması gelecek için temel amaçlardan biri olmalıdır.

Kaynaklar

1. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. R.G. Tarihi: 10.03.2005 R.G. Sayısı :25751.
2. Danış MZ. Toplum Temelli Bakış anlayışı. Özveri Dergisi 2006 http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov3/ov3ttrbakim. 1.12.2011.
3. İşbilir A. Nazilli Devlet hastanesi evde bakım biriminin çalışmaları II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul 2008.
4. Subaşı N, Öztek Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):19-31.
5. Koç. F. Evde bakım hizmeti ve gelişimi. Uzmanlık tezi 2009, Eskişehir.
6. Çohaz A.Türkiye'de yaşlı ve yaşlılara sunulan bakım hizmetleri. Akademik Geriatri Dergisi 2010;122-6.
7. Sağlık Bakanlığı Eskişehir ili Sağlık Müdürlüğü Evde Bakım Hizmet Birimi Verileri 2011.
8. Okuyan Z, Şimşek H, Uçku R:Karaburun'da sağlıklı yaşlanma projesi.4. Ulusal yaşlı sağlığı kongresi. Türk Geriatri Dergisi 2010;13(1):24
9. Şahin S. Yeni bir model: Ege yaşlı hizmet merkezi. Akademik Geriatri Dergisi 2010;141-4.
10. http://www.vezirkopruajans.com/index.php?option=com_content&view=article&id=777:yallara-evde-bakm-hizmeti-projesi-hazrland&catid=1:guncel&Itemid=3. 1.12.2011

YAŞLILIK VE MESLEK ODALARI ÇALIŞMALARI

Deniz AKGÜN[21]

Yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşlılık döneminin önemli bir sorunudur. Aktif çalışma yaşamının sona ermesi anlamına gelen emeklilik süreci bireyin sosyal yaşamdan uzaklaşması sorununu da beraberinde getirebilmektedir. Günümüzde; emeklilik, eşlerden birinin ölümü, çocukların evden ayrılması, sağlık sorunları gibi nedenlerle çoğu yaşlı yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, medikal problemlerden daha fazladır ve medikal problemlerin daha ağır yaşanmasına yol açmaktadır (1). Yaşlıların sosyal izolasyon riskini ortadan kaldırarak yerel düzeyde yaşlılıkla ilgili sorunlara çözüm üretilmesi sürecine katılımlarının sağlanması önem taşımaktadır.

Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı'nda yaşlıların karar verme sürecinin bütün aşamalarında katılımının sağlanmasına yönelik eylem önerileri yer almaktadır. Eylem Planın'da bütün karar verme düzeylerinde, yaşlıların ihtiyaçları ve sorunlarının göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca yaşlıların gönüllü çalışmalar için uygun koşullar yaratılması ve gönüllü çalışmalardan az faydalanan ya da hiç faydalanamayan yaşlıların katılımının kolaylaştırılması önerilmektedir.

Çeşitli grupların yönetime katılabilmesine yönelik mekanizmalara olanak tanıyan katılımcı demokrasi, öncelikle duyarlı bireyin kendi alan, mekan ve sorunları çerçevesinde örgütlenmesini öngörmektedir. Dolayısıyla bireyin günlük yaşamda birebir karşılaştığı kaldığı sorunların aşılması yönünde oluşturduğu dernek, vakıf, kooperatif, sendika, meslek odası gibi örgütlenmelerin yerel ve merkezi yönetimlerde aktif unsur olarak rol oynamaları önem taşımaktadır (2).

Yaşlıların meslek odaları aracılığıyla karar mekanizmalarına katılımı

Çeşitli mesleki ve yaşam deneyimine sahip olan yaşlıların toplumdaki karar verme süreçlerine katılım mekanizmalarından bir tanesini meslek odaları içindeki faaliyetleri oluşturmaktadır. Meslek odalarının şehir planlaması, kent konseyleri faaliyetleri, sağlıklı şehirler projesi çalışmaları, çevresel etki değerlendirmesi, sosyal etki değerlendirmesi, sağlık etki değerlendirmesi ve toplum sağlığının korunması süreçlerinde roller üstlenebildikleri görülmektedir.

Şehir planlaması yaşlılar için sağlıklı bir çevre yaratılması konusunda anahtar bir role sahiptir. Yaşlılık dönemini yaşayan kentlinin talep ve gereksinimlerinin şehir planlama sürecine dahil edilmesi için konuyla ilgili meslek odalarının çalışmaları önem taşımaktadır. Mimar, mühendis ve şehir planlamacıları odalarının planlama çalışmalarına katılımı yoluyla yaşlılar için yaşanabilir ve sağlıklı kentlerin oluşturulması sürecine katkıda bulunması olanaklı olabilir.

Yaşlıların meslek odaları aracılığı ile karar süreçlerine katılımını destekleyecek bir diğer olanağı da yerel yönetimler düzeyindeki katılım mekanizmaları oluşturmaktadır. Herkes için sağlık ilkelerinin yerel düzeyde uygulanabilmesi amacını taşıyan Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Projesi'nin 4. fazında da şehirlerde yaşlı kişilerin karar alma süreçlerine anlamlı bir şekilde katılım gösterebilmelerine ve katkıda bulunabilmelerine olanak sağlayacak mekanizmaların oluşturması öngörülmüştür.

[21] Uzm. Dr. Isparta Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

Meslek odaları tarafında yaşlılıkla ilgili yürütülen örnek çalışmalar

Meslek odaları bilimsel çalışmalar yürüterek bu çalışmaların sonuçlarından yararlanarak ve gerekli önerilerde de bulunarak yaşlıların sorunlarına çözüm bulunmasına katkıda bulunabilmektedirler. Örneğin; 2007 yılında Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği işbirliğinde kendisine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri hekimlerin sağlık ve yaşam profillerinin saptanmasına yönelik bir bilimsel araştırma yapmış, bu araştırma sonucunda da ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda kendi çalışmalarına yön verebilmiştir (3).

Bir diğer örnek çalışmayı ise Ankara'da bazı meslek odaları, dernek ve vakıfların katılımı ile oluşan Ankaram Platformu aracılığı ile yaşlılara uygun kentsel mekanların oluşturulmasına yönelik girişimler oluşturmaktadır. 2004 yılında bu amaçla *"Yaşlılar nasıl bir Ankara istiyor?"* konulu bir basın duyurusu hazırlanmıştır. Meslek odalarının katkısı ile hazırlanan bu duyuruda sokak ve caddeleri yayalara kapatılıp, otobana çevrilen bir kent yerine, yaşlısına duyarlılık gösterilen bir kentte yaşama isteğine vurgu yapılmıştır. Basın duyurusunda ayrıca kent yönetiminde yaşlı hemşehrilerin görüşlerini alan, genciyle, çocuğuyla buluşturan, her türlü etkinlikte yönetim sorumluluğunu ilgili kuruluşlarla paylaşan bir kentin özleminin duyulduğu belirtilmiştir (4).

İlgili meslek odalarında bu gibi savunuculuk girişimlerinin sürdürülmesi yaşlı sağlığına katkı sunacaktır. Ayrıca Meslek Odalarının yaşlılıkla ilgili meslek mensuplarının çeşitli konularda eğitilmesine katkıda bulunması sağlanabilir. Yaşlılara hizmet vermesi beklenen meslek mensuplarının (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, vb) hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması aşamasında meslek odalarının katkısı sağlanabilir.

Yaşlıların meslek odaları çalışmaları aracılığıyla karar mekanizmalarına katılımının sağlanmasında önem kazanan bir başka mekanizma da yerel yönetimlerdir. Belediyeler yurttaşlarının doğumdan ölümüne kadar bütün hizmetlerinden sorumlu olup, halka en yakın hizmet birimi durumundadır. Belediyelerin yaşlılara sağlık, beslenme, evde bakım, sosyal bakım ve sosyal rehabilitasyon gibi hizmetleri istenilir düzeyde vermeleri beklenmektedir. Yaşlı kişilerin, şehir sektör politikalarını, girişimlerini ve hizmet koşullarını aktif olarak etkileyebileceği, bu konularda önerilerde bulunabileceği ve gelişmeleri izleyebileceği olanaklardan birini de kent konseyleri gibi karar mekanizmaları oluşturmaktadır. Kent konseyleri bünyesinde yaşlılar meclisi oluşturulması ve kent konseyleri yönetimlerinde o kentte bulunan meslek odalarının aktif katılımının sağlanması da bu açıdan önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Danış MZ. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf. 17.2.2012.
2. Erten İ. TMMOB Demokrasi Kurultayı. Yerel Demokrasi Kurultayı. 15.Mart.1997, Çanakkale.
3. Aslan D, Kanuncu S, Gökçe-Kutsal Y. Ankara Tabip Odasına Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Hekimlerin Profili Araştırması. Araştırma Raporu. ATO Yayınları, Mattek Matbaacılık, Eylül 2009.
4. Yaşlılar nasıl bir Ankara istiyor? Ankaram Platformu. htmimarlarodasiankara.org/index.php?Did=1011 17.2.2012.