

HALK SAĞLIĞINDA GÜNDEM

CİLT 5, SAYI 2, TEMMUZ-2024



HALK SAĞLIĞINDA GÜNDEM

EDİTÖR

Ferruh N. Ayoğlu

TARİHE NOTLAR

Prof.Dr. Necati Dedeoğlu

KONUK YAZARLAR

Prof.Dr. Nazmi Bilir
Neden Halk Sağlığı Uzmanı Oldum?

Prof.Dr. Zafer Öztekin
Neden Halk Sağlığı Uzmanı Oldum?

Prof.Dr. Erhan Eser
Yaşam Kalitesi Nedir, Nasıl Ölçülür?

Uzm.Dr. Onur Acar
Bir Bahar Seli

KAZA KIRIMI

Prof.Dr. Alp Ergör

SAYILAR NE SÖYLÜYOR?

Doç.Dr. Uğurcan Sayılı
Uzm.Dr. Hazel Cansu Çulpan

KISA YORUM

Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak

KÖŞE YAZARLARI

Daldan Dala / Selma Karabey
Düşünce Odası / Coşkun Bakar
Mavi Yazılar / Ferruh N. Ayoğlu

BİR FOTOĞRAF BİR ÖYKÜ

Prof.Dr. A. Öner Kurt
Prof.Dr. Nuray Özgülnar
Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu



İÇİNDEKİLER

MERHABA	2	
EDİTÖRDEN	3	
BU SAYIMIZDA	4	
YAKLAŞAN ETKİNLİK	5	
UHSK-2024		
KONUK YAZAR	8	
Prof.Dr. Nazmi Bilir		
Neden Halk Sağlığı Uzmanı Oldum?		
KONUK YAZAR	10	
Prof.Dr. Zafer Öztekin		
Neden Halk Sağlığı Uzmanı Oldum?		
TARİHE NOTLAR	13	
BİR FOTOĞRAF BİR ÖYKÜ	14	
Prof.Dr. A. Öner Kurt		
KONUK YAZAR	15	
Uzm.Dr. Onur Acar		
Bir Bahar Seli		
SAYILAR NE SÖYLÜYOR?	17	
Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu		
Acının Sayıları ya da Sayıların Acısı		
BİR SORU BİR KONUK	19	
Prof.Dr. Erhan Eser		
Yaşam Kalitesi Nedir, Nasıl Ölçülür?		
BİR FOTOĞRAF BİR ÖYKÜ	23	
Prof.Dr. Nuray Özgülnar		
Selfie'yi Çoğaltmak		
SAYILAR NE SÖYLÜYOR?	24	
Doç.Dr. Uğurcan Sayılı		
Uzm.Dr. Hazal Cansu Çulpan		
İstatistiklerde Deprem ve Çocuk Ölümleri		
DALDAN DALA	26	
Prof.Dr. Selma Karabey		
Son Balık Ölmeden		
KAZA KIRIMI	28	
Prof.Dr. O. Alp Ergör		
Tarihsel Süreçte İş Kazalarının İncelenmesi		
BİR FOTOĞRAF BİR ÖYKÜ	31	
Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu		
KISA YORUM	32	
Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak		
Kızamık Vakalarında Artış		
DÜŞÜNCE ODASI	36	
Prof.Dr. Coşkun Bakar		
Tıp Eğitimi Programlarında		
Felsefeye gerek Yok		
TARİHE NOTLAR	38	
MAVİ YAZILAR	39	
Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu		
Damlalar		
DERGİLERİMİZDEN	41	
GERÇEKLEŞEN ETKİNLİKLER	45	
SAHADAN HABERLER	85	
AKADEMİDEN HABERLER	86	

Merhaba...

*“İnsanlara ne anlatırsan anlat
ama kendini anlatma”
Charles Bukowski*



Değerli okurlarımız, HASGÜN editörümüz Ferruh Ayoğlu'nun olağanüstü çabalarıyla yılın ikinci sayısında tekrar sizlerle birlikteyiz. Ancak bu yazıda sizlere Bukowski'nin sözüne uyarak HASGÜN'ü veya HASUDER'i anlatmayacağım. Değirmek istediğim üç önemli konu var: **Görmek, Dinlemek ve Bilmek.**

Michael Gelb, dünyanın gördüğü en büyük dahi Leonardo da Vinci hakkında yazdığı kitapta (*Leonardo da Vinci Gibi Düşünmek*), bu olağanüstü dehanın kullandığı yöntemleri çok güzel açıklamaktadır. Da Vinci'nin öğrencilerine birinci öğüdü şudur: “Görmeyi öğrenin, her şeyin birbiriyle bağlantılı olduğunu fark edeceksiniz”. Bu ilke halk sağlığı alanında çalışan bizler için çok önemli. Çünkü gözlem gücünü hem sağlığı etkileyen sosyal belirleyicileri tartışırken hem de bölge sağlık yönetimini uygularken ne kadar iyi kullanırsak o kadar başarılı oluruz.

Ancak doğal olarak her şeyi de gözleme dayandıramayız. Da Vinci meşhur not defterlerinde merak etmek, odaklanmak, düşünmeye zaman ayırmak ve uygulama yapmanın da çok önemli olduğunu örnekleriyle anlatıyor. *Ian McEwan*, modern bir Shakespeare uyarlaması olan “*Fındık Kabuğu*” isimli romanında hiçbir şeyi görmeden de dinlemenin ne kadar önemli olduğunu kanıtlar. Annesinin karnındaki bir bebek hiçbir şey görmeden sadece dinleyerek dış dünyayı anlayabilir mi? Bu muhteşem “*Hamlet*” uyarlamasında, anne karnındaki henüz doğmamış bir bebeğin anlatımıyla, bebeğin dış dünyayı sadece dinleyerek tanımladığını görürüz.

“Görmek ve Dinlemek” bizi bilgiye götüren ilk adımlardır. *Liu Cixun*, Netflix tarafından da dizi filmi çekilen “*Üç Cisim Problemi*” isimli bilim kurgu üçlemesinin ilk kitabında bilimin önemini şöyle vurgular: Dünyayı ele geçirmek için iki ışık yılı uzaktaki San-Ti gezegeninden yola çıkan uzaylılar bu iki yıllık süre içinde dünyayı ele geçirmelerini kolaylaştırmak için şöyle bir plan da yaparlar. Dünyaya ulaşana kadar geçecek olan bu iki yıllık sürede dünyadaki bilim insanlarını itibarsızlaştıracak, bilimsel çalışmaları baltalayacak ve gerekirse en önemli bilim insanlarını suikastlerle öldüreceklerdir. Dünyayı kolaylıkla ele geçirmek ancak bilimsel çalışmaları durdurmakla mümkündür. Bilimin önemini vurgulayan bu üçleme özellikle kuantum fiziğine ve uzaya ilgi duyan herkesin okuması gereken kitaplar.

Sonuç olarak halk sağlığı alanında çalışan bilim insanları ve uzmanları olarak bize düşen bu üç ilkeyi uygulamak olmalıdır: Görmek, Dinlemek ve Bilmek. Ne yazık ki bilgisizlerin, özellikle de bir konuyu yarım yamalak bilenlerin duyduğu o büyük kendine özgüven ve bunun getirdiği gevezelikler, bir cahil cesareti olarak her gün karşılaştığımız bir durum. *Charles Darwin* bunu çok güzel dile getirmiş: “*Bilgisizliğin verdiği güveni maalesef bilgi verememiştir*”.

Bu vesileyle derginin hazırlanmasında büyük emek harcayan başta sevgili Ferruh Ayoğlu olmak üzere bültene katkıda bulunan ve değerli yazılarını bizimle paylaşan tüm üyelerimize ve bizleri yakından takip eden okurlarımıza şimdiden yönetim kurulumuz adına teşekkürlerimi sunuyorum. En yakın zamanda 2024'ün üçüncü sayısı ile buluşmak üzere.

Prof.Dr. Bülent Kılıç
HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı

Editörden...

Ferruh N. Ayoğlu

Eski dostumuzdu HASGÜN. Hep duruyordu orada bir yerde. Belki yorulmuştu, belki yalnız kalmak istemişti biraz. Biraz ayrılık serpilmişti yola sadece; o kadar.

HASGÜN doğrulup, yeniden düştüğünde yollara Nisan ayıydı; baharı müjdeliyordu fidanlar, yapraklar. Yeniden anımsatmak istiyordu birbirimiz HASGÜN; yeniden haberdar olmamızı birbirimizden, çokluğumuzu duyumsamamızı istiyordu. Bilim dünyasının belki de en zorlu gruplarından birinin, Halk Sağlığı topluluğunun arkadaşıydı HASGÜN, biliyordu. "Yaşamak şakaya gelmez" diyordu ya Nazım, "büyük bir ciddiyetle yaşayacaksın", hayatı ve işini ciddiye alırdı bu insanlar, biliyordu. İnce eleyip, sık dokurlardı. Ciddiyetle izler, ciddiyetle dinlerlerdi. Bırak o anlı şanlı metinleri, reklam metni olsa ciddiyetle okurlardı satırları. Akademideyken sahada gibi, sahadayken akademisyen gibi davranan insanlardı Halk Sağlıkçılar. Belki bu yüzden ayrı, aykırıydılar diğerlerinden. Kim bilir, belki de en çok bu yüzden onların arkadaşı olmuş, en çok onları sevmiştii HASGÜN.

Aslında değişmemiştii aradan geçen zamana karşın. O, bilim dili dışında konuşması pek hoş karşılanmayan, belki de bu yüzden biraz soğuk, mesafeli duran, bildik, tanıdık, takım elbiseli/döpiyesli akademik dergilerden biri değildi HASGÜN; öyle olmayı da istememişti. Kotunu giymiş, sırtına çantasını almış bir gezgindi sonuçta. Hedefe varmak değil, yolda olmaktı amacı; insanları ve hayatı tanımak, dostlar edinmek istiyordu. Her adım bir merhabaydı biliyordu; ve bir elveda geride kalana. Yeniden düşmüştü yola, açılacaktı adımları adımladıkça biliyordu. Tek merak ettiği, bir süredir göremediği eski dostlarının onu nasıl karşılayacağıydı.

Birlikte gerçekleştirilmiş ve gerçekleştirilecek etkinliklere dair notlar vardı çantasında... Bilgilerimizi tazeleyecek kısa notlar düşmüştü defterine... Sayılara, olup bitene dair notlar, yürürken karşılaştıklarına sorduğu sorulara aldığı yanıtlar... Belki bir kahve molasına sığar, sığar da alıp götürür yorgun yürekleri diye biriktirdiği yazılar...

Kocaman, içten, heyecanlı bir merhaba ile karşıladı eski dostları onu. "Özlemiştik" diyenler oldu. "Bir önerim var" diyenler, "senin için ne yapabilirim?" diye soranlar oldu.

Yolun kıyısındaki zeytin ağacının yanına oturdu HASGÜN. Ufuk çizgisindeki maviliğe baktı uzun uzun. Sırt çantasından kalemını ve defterini çıkarttı, yeni bir sayfa açtı defterin ortalarından bir yerden. Döküldü sözcükler...

"Güzel bir yolculuğa çıkar gibi... Beklenen ve özlenen bir yolculuk... Deniz kıyısına ya da dağlara mesela... Yalnızlığa ya da sevdiklerine mesela... Dalıp gitmesi gözlerin uzakta bir noktaya..."

Çalışırken, koştururken zaman nehrinin ortasında... Yorulmuşken... Bıkılmışken... Hatta, usanmışken bazen... Bir kahve molasında düşlemelerle kaçıp gitmek bir yerlere; adımlamadan yolları; gitmeden gitmek hani... Birkaç satır okumak bir kitaptan, bir dostu aramak gibi..."

Kocaman bir yolculuğun içindeyiz aslında; her şeye yetecek kadar uzun ve hiçbir şeye yetmeyecek kadar kısa olan zaman nehrinin içinde; gitsek de gitmesek de. Belki de güzel kılan hayatı, yolda olmanın tadı sadece. Dahası, izler bırakıyoruz hayatın kendisine; kimisi görülecek bizden sonra gelenlerce, kimisi suya düşen damlalar gibi. Suyu düşen damlalar gibi olsa da izlerimiz, korkutmasın, ürkütmesin, hüzünlendirmesin bizleri.

Denize katılacak düşen damlalar, deniz olacak..."

Bir kez daha... Merhaba, hoş geldiniz...



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

Bu sayımızda...

Bu sayımıza bir “Yaklaşan Etkinlik” duyurusu ile başlıyoruz; bu yıl gerçekleştireceğimiz kongremizin afişi ve Prof.Dr. Bülent Kılıç’ın davet mektubu.

Uzmanlık alanı seçimi bir hekimin kariyer planlamasının en önemli dönüm noktalarından biridir. Şüphesiz ki, çok sayıda etmen bu kararda rol oynar. Önceki sayımızda Halk Sağlığı topluluğumuzun kıdemli akademisyenleri Prof.Dr. Necati Dedeoğlu ve Prof.Dr. Ayşe Akın neden Halk Sağlığı uzmanı olduklarının kısa öyküsünü bizlerle paylaşmışlardı. Bu sayımızda da Prof.Dr. Nazmi Bilir ve Prof.Dr. Zafer Öztekin öyküleriyle buluşuyoruz. Deyim yerindeyse, bir kuşağı Halk Sağlığı’na seçmeye yönelten dinamiklerin izini sürüyoruz.

Bu sayımızın bir diğer konuk yazarı da “Bir Bahar Seli” ile Uz.Dr. Onur Acar.

“Bir Soru Bir Konuk” köşemizin bu sayıdaki konuğu Prof.Dr. Erhan Eser. Yaşam kalitesi, giderek artan biçimde karşılaştığımız ve kullandığımız bir kavram. Biz sorduk Prof.Dr. Eser yanıtladı: Yaşam kalitesini nedir, nasıl ölçülür?

“Bir Fotoğraf Bir Öykü” köşemizde Prof.Dr. Nuray Özgülnar ve Prof.Dr. A. Öner Kurt fotoğraflarını ve öykülerini paylaşmaya devam ediyorlar. Bu sayımızda Prof.Dr. Çağatay Güler’in derneğimizin iletişim öbeği üzerinden yaptığı bir paylaşımdan yola çıkarak bir de ek yaptık.

“Kısa Yorum” köşemizin bu sayıdaki konuğu Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak; DSÖ ve UNICEF’in kızamık vakalarındaki artışa yönelik açıklaması için düşüncelerini bizlerle paylaşıyor.

“Kaza Kırımı” köşemizde Prof.Dr. O. Alp Ergör yeniden bizlerle; gelecek sayılarda devam edecek bir diziyeye giriş yapıyor.

“Sayılar Ne Söylüyor?” köşemizin bu sayıdaki konuğu Doç.Dr. Uğurcan Sayılı ve Uzm.Dr. Hazal Cansu Çulpan; istatistiklerdeki çocuk ölümlerine yönelik düşüncelerini paylaştılar. Bir de acının sayıları var, yada sayıların acıları.

Uzmanlık eğitimlerini tamamlayarak 8 Mayıs 2024’te gerçekleştirilen 116. Devlet Hizmet Yükümlülüğü Kurası ile atamaları yapılan arkadaşlarımız “Sahadan Haberler”, geçtiğimiz üç ay içerisinde anabilim dallarında unvan alan arkadaşlarımız “Akademiden Haberler” sayfalarımızda.

Köşe yazarlarımızdan Prof.Dr. Selma Karabey Dalda’nın “Son Balık Ölmeden”, Prof.Dr. Coşkun Bakar Düşünce Odası’nda “Tıp Eğitimi Programları İçinde Felsefeye Gerek Yok”, Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu Mavi Yazılar’da “Damlalar” başlığı ile yazdılar.

Ve tabii ki, derneğimizden haberler, gerçekleşen etkinlikler... Keyifli okumalar...

Yaklaşan etkinlik

8. ULUSLARARASI 26. ULUSAL
HALK SAĞLIĞI KONGRESİ
5-7 ARALIK 2024'TE ANKARA'DA
GERÇEKLEŞTİRİLECEK

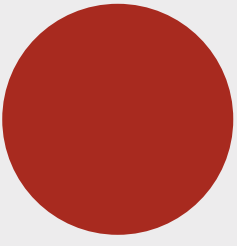


8. ULUSLARARASI • 26. ULUSAL
HALK SAĞLIĞI KONGRESİ
5-7 ANKARA 2024 / ANKARA



“Yerel Yönetimler ve Halk Sağlığı”

www.uhsk.org/2024



8. ULUSLARARASI 26. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ 5-7 ARALIK 2024'TE ANKARA'DA GERÇEKLEŞTİRİLECEK

Değerli Halk Sağlığı Uzmanları, Akademisyenleri, Asistanları ve Çalışanları

Bu yılki kongremizin ana temasını “Yerel Yönetimler ve Halk Sağlığı” olarak belirledik. İçinde bulunduğumuz 2024 yılı, Mart ayında gerçekleşen yerel yönetim seçimleri nedeniyle il ve ilçe belediyelerinden, köy muhtarlıklarına kadar tüm yerel bileşenlerin ön plana çıktığı bir yıl oldu. Ülkemizde başta belediyeler olmak üzere, tüm yerel otoriteler giderek büyük bir önem kazanıyor. Bunun bir nedeni de yerel yönetimlerin halk sağlığı hizmetleri açısından büyük sorumlulukları ve görevleri olması. Yerel yönetimlerin halk sağlığıyla ilgili içme suyundan oyun parklarına, pazar yerlerinden mezarlıklara kadar pek çok görevi var. Öte yandan son dönemde bazı belediyelerin ücretsiz HPV aşısı sağlaması gibi uygulamalar da dikkat çekiyor. Bu nedenle bu yılki kongremizde Türkiye’de yerel yönetimlerin halk sağlığı açısından giderek artan önemini ele almaya ve tartışmaya çalışacağız.

Ancak dünyada ve ülkemizde kuşkusuz çok sayıda halk sağlığı sorunu da önemini koruyor. Gazze’de yaşanan trajedi, yaşamını kaybeden elli bine yakın insan, yüz bine yakın yaralı ve tamamen yıkılan bir yerleşim alanı ile yaşadığımız coğrafyanın çok yakınında tüm yakıcılığıyla devam etmekte. İnsanlığın, özgürlüğün ve demokrasinin beşiği olduğunu iddia eden ülkelerin bu felaket karşısındaki suskunluğundan daha da önemlisi, binlerce insanın bombalanmasını finanse eden ülkelerin de aynı ülkeler olması. Jean Paul Sartre bu ikiyüzlülüğü “soylu ruhlarımız aslında ırkçıdır” diyerek ifade etmişti.

Ülkemizde ise iki büyük sorun devam etmekte: Öncelikle Kahramanmaraş merkezli 6 Şubat 2023 tarihinde yaşadığımız depremlerden sonra afet durumlarına hazırlık aşamalarında ve afet sonrasında ne kadar yetersiz olduğumuz bir kez daha ortaya çıkmıştır. Aradan geçen 1.5 yıllık süreden sonra halk sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerin de devam ettiğini görüyoruz. Diğer büyük sorun ise ülkemizdeki göçmen politikalarının iflas etmesidir. Ülkemiz yaşadığı ekonomik krizin üzerine artık ciddi sosyal krizlerle de yüz yüze gelmek üzeredir.

Ancak tüm sorunlarımıza karşın her zaman olduğu gibi umutluyuz! Matt Haig “Gece Yarısı Kütüphanesi”nde yaşamı bir kütüphane metaforu üzerinden ele alır ve pişman olduğumuz ve yeniden yaşamak istediğimiz tüm hayatları önümüze yeni bir kitap olarak getirir. Matt Haig romanını “yaşa ve öğrenmeye devam et, hayat bir bütündür” mesajıyla bitirir. İşte bu nedenle sadece kötü olaylara değil, iyi yerel yönetim örneklerinde olduğu gibi başarılarla da odaklanıyor ve umudumuzu korumaya devam ediyoruz.

Bu bağlamda halk sağlığına gönül veren herkesi 5-7 Aralık 2024 tarihleri arasında Ankara’da düzenleyeceğimiz 8. Uluslararası ve 26. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi’ne davet ediyoruz. Kongremizin konferanslar, paneller, bildiri sunumları, grup çalışmaları ve çeşitli kurslardan oluşan zengin bilimsel ortamında birlikte olmak, sorunları ve çözüm önerilerini tartışmak, çalışmalarımızı ve deneyimlerimizi paylaşmak için yan yana olabilmek ve yüz yüze görüşebilmek dileğiyle saygılarımızı sunuyoruz.

Prof. Dr. Bülent Kılıç
Kongre Başkanı

KONUK YAZAR

Prof. Dr. Nazmi Bilir



NEDEN HALK SAĞLIĞI UZMANI OLDUM?

Hacettepe Tıp Fakültesine 1964 yılında ilk öğrenci olarak kaydoldum, 1970 yılında mezun oldum. Eğitim sürecinde ilk staj yaptığım pediatri bölümündeki çalışmam sırasında çocuk doktorluğunu sevmiştim. Ama daha sonra dahiliye stajına gittiğimde “benim yerim burası” diye düşündüm. Son sınıfta bölüm başkanının da daveti ile dahiliye bölümü sınavına girdim ve dahiliye (iç hastalıkları) asistanı oldum. Bu mesleği çok sevmiştim, zevkle çalışıyordum, hocalarımdan memnun olduklarını hissediyordum. Asistanlığımın üçüncü yılında hastalarımızla ilgili bir husus dikkatimi çekmeye başlamıştı; o yıllarda kanser hastaları çok değildi, buna karşılık genç ve orta yaşlardaki hastalarımızın önemli bir bölümü akut eklem romatizması (rheumatic fever) sonucu meydana gelen kalp kapağı hastalıkları ve kronik böbrek yetmezliği olan

hastalardı. Her iki hastalık da çocukluk döneminde geçirilen ve zamanında tedavi edilmemiş olan beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonucu gelişen tablolardı. O yıllarda Hacettepe hastanesinde kalp ameliyatları alanında tanınmış doktorlarının olması kalp hastalarının Hacettepe hastanesine yönelmesinde etkili olmuştur. Henüz gelişmiş laboratuvar olanaklarının ve hemodiyaliz teknolojisinin olmadığı koşullarda bu hastalara fazla yararlı olamıyorduk. İncelemeler sonucunda kalp kapağı ameliyatı şansı olan hastalara yapay kalp kapağı takılıyor, kronik böbrek hastalarına da periton diyalizi yapıyorduk. Bir süre sonra durumu düzelen hastaları gerekli tavsiyeleri yaparak gönderiyorduk. Aralıklarla kontrole gelmeleri gereken bu hastalar bir, iki kez kontrole gelseler bile düzenli olarak kontrole gelemedikleri için bir süre sonra ileri derecede kalp

veya böbrek yetmezliği tablosu ile tekrar geliyor veya evinde kaybediliyordu. Bu tablonun başlıca nedeni de sağlık hizmetine ulaşma olanağının olmayışı ve streptokok enfeksiyonu tedavisinin zamanında yapılmamış olmasıydı.

Hacettepe Tıp Fakültesinin önemli bir özelliği, güçlü bir Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) bölümüne sahip olmasıydı. Önceki yıllarda aldığımız Toplum Hekimliği derslerinde de başta Nusret Fişek olmak üzere hocalarımız Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin yaygın olmayışı sonucu çok sayıda bebek, çocuk ve kadınların yeterince sağlık hizmeti alamadığını ve bu nedenle çok kişinin kaybedildiğini anlatmışlardı. Toplum Hekimliği stajımız sırasında da koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi ve gerekliliği konusunu öğrenmiştik. Bu düşünce ile asistanlığımın son yılında Toplum Hekimliği Bölümü başkanı Nusret Fişek hocam ile görüşmeye gittim ve bu konudaki

düşüncelerimi açıkladım; dahiliye ihtisasımı tamamladıktan sonra Toplum Hekimliği Bölümüne gelmek istediğimi söyledim. O dönemde öğrenci sayısının artması nedeniyle Toplum Hekimliği stajı yapılan Etimesgut Bölgesindeki sağlık ocaklarının yanı sıra yeni bir Eğitim Bölgesi kurulması gündemdeydi. Hoca bu düşüncemden dolayı memnun oldu ve ben geldiğimde akademik çalışmaların yanı sıra yeni kurulacak bölgedeki hastanede iç hastalıkları uzmanı olarak çalışabileceğimi söyledi. Böylece 1974 yılında İç Hastalıkları uzmanlığını tamamladıktan sonra Toplum Hekimliği bölümü sınavına girerek bu bölüme geçtim. Önce Toplum Hekimliği uzmanlığı alanında teorik eğitim aldım, sonra da Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi Hastanesinde iç hastalıkları uzmanı olarak çalışmaya başladım; bu şekilde klinik çalışmalarına da devam edebiliyordum.

Çubuk bölgesindeki çalışmalarım sırasında koruyucu sağlık hizmetlerinin kısa süre içinde görülen olumlu sonuçları konusunda yaşadığım iki hususu belirtmek isterim. Bölge halkı önceki yıllarda kızamık salgını sırasında çok sayıda bebeğin kaybedildiğini söylemişlerdi.

Hizmetin ilk yılında bebeklerin aşıları yapıldı, sonra da Çubuk ve köylerinde kızamık sonucu bebek ölümü görülmedi. Çubuk'taki çalışmamızın ilk aylarında yeni doğan bir bebek tetanos nedeni ile kaybedilmişti. Gebelerin aşılmasından sonra Çubuk ve köylerinde neonatal tetanos nedeni ile bebek ölmedi. Bu iki örnek sağlık hizmetlerinin uç noktalara kadar ulaştırılmasının olumlu sonuçları konusunda önemli örnek olmasının yanı sıra, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren ve kişilere yaşadıkları yerde ulaştırılan sağlık hizmetlerinin sunulması konusunda model ortaya koyan Toplum Hekimliği bölümüne geçmemin doğru bir karar olduğunu göstermesi bakımından da dikkate değerdir. 1976 yılında Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) uzmanı oldum. Bu arada 1975 yılında dahiliye-onkoloji bölümündeki hocamın tavsiyesi ile International Agency for Research on Cancer (IARC) bursu için başvuru yapmıştım. Başvurumun kabul edilmesi sonucu 1976-1977 yıllarında bir yıl süre ile Londra Hıfzıssıhha Okulu ve Londra Üniversitesi Kanser Araştırma Enstitüsünde kanser epidemiyolojisi ve kanser kayıt sistemleri konularında eğitim aldım. Ülkeye döndükten sonra Türkiye'de patoloji tanısına dayalı kanser sıklığını tespit ettiğim Doçentlik tezimi yaptım, 1980 yılında doçent oldum.

Türkiye'de kanser sıklığı ve kanser türleri konusundaki ilk çalışma olan bu çalışmamın özeti IARC tarafından yayımlanan Cancer Frequency in Developing Countries kitabında yer aldı.

Çubuk bölgesinde klinik çalışmalar yanında araştırma faaliyetleri de yapılyordu. Türkiye'de ilk kez olmak üzere toplumdan seçilen örnek grup üzerindeki çalışma ile hipertansiyon sıklığını tespit etmiştim. Yetişkin sağlığı konusunda yaptığım bir çalışma da kronik hastalıkların (kalp hastalığı, hipertansiyon, KOAH, diyabet, anemi, obezite) tespiti konusunda ebelerin de doktorlar kadar başarılı olduğunun ortaya konduğu çalışma olmuştur.

Sağlık ocaklarındaki ve hastanedeki doktorlar ve diğer sağlık çalışanları eşgüdüm içinde başarılı şekilde hizmetlerini sürdürürken "sağlıkta dönüşüm" adı ile sağlık hizmetlerindeki sistem değişikliği sonucu Sağlık Bakanlığı ve Üniversite arasındaki protokol iptal edildi ve Etimesgut ve Çubuk'taki çalışmalarımız sonra erdi. Bu süre içinde 9 yıl Çubuk, 3 yıl da Etimesgut hastanesinde olmak üzere 12 yıl iç hastalıkları uzmanı olarak çalıştım. Protokolün iptalinden sonra bazı arkadaşlarımız üniversiteden ayrıldı, bizler de üniversitede lisans ve lisans üstü programlarda eğitim çalışmalarımızı ve araştırmalarımızı sürdürdük.

KONUK YAZAR

Prof. Dr. Zafer Öztekin



NEDEN HALK SAĞLIĞI UZMANI OLDUM?

Fakültenin ilk yılında aklımdan psikiyatrist olmak geçiyordu. Bu sevdadan hızla vazgeçtim. Sonra kadın hastalıkları ve doğum aklıma takıldı. İşin doğum kısmını sevdim, fakülte yıllarımda belki otuzdan çok doğum yaptırdım, pek çok epizyotomi yaptım. Ama, işin jinekoloji tarafını sevemedim. Kadınlarla uğraşmanın bana göre olmayacağını kavradım.

Dahiliye stajım sırasında şişman bir kadın hastadan kan almam istenmişti. Hastanın bir kolunu delik deşik ettim, ama kan alamadım. Hastaya diğer konulu sıvamasını söylediğimde, "o kolum yarına kalsın" dedi.

En iyisi çocuklar diye düşündüm. Hem sevimliler hem de itiraz etmiyorlar. Üstelik pediatri stajımı Dr. Ümit Saatçi gibi sevecen bir hocanın yanında yapmak bana

pediatriyi sevdirdi. İnternlik programının ilk kez uygulandığı bizim sınıf 12 aylık internliğin yarısını, yani 6 ayını ya pediatri ya da iç hastalıkları kliniklerinde geçirirdi. Ben pediatriyi seçmiştim. Böylece 6 ay süresince tıpkı birinci yıl asistanı gibi çalıştım ve gün aşırı nöbet tuttum. Gün aşırı nöbet demek, 48 saatin 36 saati hastanede kalmak demektir. Bu dönem yaşamımın en unutulmaz dönemlerinden oldu. Kararımı verdim, pediatrist olacaktım.

Fakat, toplum hekimliği (halk sağlığı) stajında aklım karıştı.

Halk sağlığı bana çok renkli geldi. Bir üroloğun her gün prostat muayene etmesi, bir gözcünün her gün katarakt ameliyatı yapması, bir KBB uzmanının her gün başka bir tonsili çıkartması bana çok rutin ve sıradan gelmeye

başladı. Oysa, halk sağlığında hekim her an başka bir sorunla karşılaşılıyor, geniş ve renkli bir yelpaze içinde hareket edebiliyordu. Bir yanda aile planlaması ile uğraşıp, diğer yanda hava kirliliğini düşünmek, işyerlerinde kazaları önlemek, salgınlarla mücadele etmek, alan araştırmaları yapmak, evlere, köy kahvelerine konuk olmak, ülkenin sorunlarının nasıl çözülebileceği hakkında kafa yormak. Bütün bunlar bana çok çekici, zevkli ve anlamlı geldi, "işte halka yararlı olmak budur" dedim kendi kendime. Bir hastayı iyileştirmek yerine, bir toplumu iyileştirmek daha yararlı ve işe yarar değil miydi? Tıp eğitiminin başından beri zihnimize kazınan "insanları koru, hasta yapma" ilkesinin ne kadar akılcı olduğunu halk sağlığı stajında tam olarak kavradım, inandım ve bağlandım. Halk sağlığını bana sevdirenlerden birisi de yanında staj yaptığım sağlık ocağı hekimi Dr. Aslan Ebiri

oldu. Aslan Ağabeyi saygı ve rahmetle anıyorum.

Halk sağlığı dalını seçerken rahmetli babamın da halk sağlığı uzmanı oluşundan etkilenmiş olabilirim. Ben lisede öğrenciyken babam Hıfzıssıhha Mektebinde halk sağlığı uzmanlık eğitimini sürdürüyordu. Tıp eğitimine başladığımda ben Nusret Hocayı tanıyordum, epidemiyoloji kavramını duymuştum, babamın bebek ölümleri konusundaki tez çalışmasına tanık olmuştum. Tıpkı babam gibi ben de Nusret Hoca'nın *"halk sağlığı uzmanı kurmay hekimdir"* deyişinden etkilendim. Sağlık ordusunda kurmay olmak, sağlık hizmetlerinin karargahında olmak, sağlık hizmetlerini yönlendirici kararlar vermek bana çok çekici geldi.

Halk sağlığı mı, pediatri mi çelişkisini hiç yaşamadım. Çünkü, Hacettepe Tıp Fakültesinin ilk mezunlarını verdiği 1969 yılında halk sağlığı asistanlarına bir klinik dalda da uzmanlık eğitimi

hakkı veriliyordu. Kararımı verdim ve Nusret Fişek hoca'nın kapısını çaldım. Halk sağlığında asistan olmak istediğimi söyledim. Nusret Hoca, soğukkanlı bir şekilde çok doğal ve yerinde bir karar verdiğimi belirtten yüz ifadesi ve sözleriyle beni teşvik etti. O gün, tıpkı tıp fakültesine girmemin benim için ne kadar olağan bir karar olduğunu hissettiğim günlerde olduğu gibi, halk sağlığına asistan olmanın da benim için çok olağan ve beklenen bir karar olduğu duygusundaydım. Bu duyguyu hala taşıyorum.

1969 yılında 59 kişi mezun olduk. Çok büyük bir şans yakalamıştık. Fakülte yönetimi bize şunu söyledi: *"Hepinizi asistan olarak alacağız. Ama, aranızda rekabet olmasın; anlaşın ve bir liste ile bize gelin."*

Ben dahil 4 kişi halk sağlığını (toplum hekimliğini) seçti. (Ben, Sabahat Güven – Tezcan, Sait Kapucuoğlu ve Mutena Biliker). Yani, Hacettepe Tıp Fakültesinin ilk mezunların yaklaşık yüzde 7'si halk sağlığını seçmişti. Bizi izleyen sınıflarda da oran böyle idi.

Halk sağlığını seçmek aşk ister, özveri ister, belirli bir dünya görüşü ister, paraya düşkün olmamayı gerektirir, zengin olmayı değil yaptığı işten haz duymayı tercih etmek ister. Galiba, benim yaş grubumda, yani 68 kuşağında bu nitelikteki gençler daha fazlaydı. Hocamız Dr. Cahit Başkök'ün dediği gibi, *"Halk sağlıkçısı analar doğurur, sonradan halk sağlıkçı olunmaz."*

Benim Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesinde stajyer ve asistan olarak çalıştığım dönemde Etimesgut altın dönemini yaşıyordu. Bölgede çalışanların tümü kendilerini hizmete adanmış, gece ile gündüzü ayırmadan, sen-ben tartışmalarına girmeden, ellerini taşın altına koymaktan çekinmeden, özveri ile ve tam bir ekip anlayışı içinde çalışan çok özel ve benim her zaman saygı ile andığım kişilerdi. Sağlık ocağı tabipleri arasında adı konulmamış bir hizmet rekabeti vardı. Sincan Sağlık Ocağı tabibiyken, sırf bölgemizdeki gerçek bebek ölüm hızını hesaplayabilmek için yeni doğan bir bebeğin ölü mü doğduğunu,

yoksa doğduktan sonra mı öldüğünü anlamak için doğumun yapıldığı eve giderek, bebeğe otopsi yaptığımı hatırlarım. Köy evinde yer döşeginde doğum yapan kadına epizyotomi yaptığımı anımsıyorum. İşte, böyle çalışmalar sayesinde Etimesğut Bölgesi efsaneleşti, halk sağlığı uygulamalarının markası durumuna geldi. Etimesğut bir okuldu.

Nusret Hocadan dinlemiştim: İhsan Doğramacı Hoca yabancı bir ülkede bir toplantıya katıldığında kendisine “Ankara Etimesğut’un neresinde?” diye sormuşlar. İnsana şaka gibi geliyor, ama, o günleri yaşayanlar buna inanacaklardır. Bu efsanenin

oluşmasında birçok kişinin emeği ve katkısı oldu. Bunların başında elbette Nusret Fişek Hoca gelir. Ama, Etimesğut ile özdeşleşen kişi Dr. Doğan Benli’dir. Ayrıca, hastane uzmanlarımız Dr. Ahmet Ajun, Dr. Ahmet Korman ve Dr. Turgut Alsirt bu efsanenin önde gelen aktörleri oldular. Böyle bir ekip içinde yer almış olmak benim için olduğu kadar, benden önceki ve sonraki asistan arkadaşlarım için de bir ayrıcalık ve bir şans olmuştur.

Çifte uzmanlığın amacı halk sağlığını bilen klinik uzmanları yetiştirmektir, fakat, ben pediatri uzmanlığını değil, halk sağlığı uzmanı olarak devam etmeyi tercih ettim. Kimse beni zorlamadı. Halk sağlıkçı olmayı önemseydim, bu alanda yararlı

olacağıma inandığım, halk sağlığı alanında çalışmaktan haz duyacağım ve tatmin olacağım için bu dalı seçtim.

Mezuniyetimden 55 yıl sonra bugün geriye baktığımda bu kararımda haklı olduğumu görmekten mutluyum. Sağlık ocağı hekimliğinden, genel müdürlüğe, Yüksek Sağlık Şurası üyeliğinden, Dünya Sağlık Örgütüne, meslek kuruluşlarından sivil toplum kuruluşlarına ve öğretim üyeliğine kadar halk sağlığının hemen her kademesinde zevkle ve gururla çalıştım. İz bırakan işlere katkı vermiş olmak benim için en büyük zenginlik, ruhumu okşayan en önemli yaşam biçimi oldu. Hala çalışmaktan ve deneyimlerimi öğrencilerime aktarmaktan vazgeçemiyorum.



Tarihe Notlar

Dünya Sağlık Örgütü binasını gezerken bir salon dikkatimi çekmişti. En üst katta geniş bir salon içinde 50-60 şezlong var. Bazılarında birileri uyuyor, bazıları da kitap okuyor. "Kim bunlar?" diye sordum. " Bunlar pesonelimiz. Yorulanlar gelip dinleniyor" dediler.. "Mesai saati?" dedim. "Bizde öyle bir saat yok. Herkesin ne yapacağı belli. İsterse saat 8'de yapar, isterse 20:00'de" dediler. Çok hoşuma gitmişti.

Ziyaret ettiğimiz birimlerden birisi Sıtma Mücadelesi Birimi idi. Başkan bize memleketlerimizi sordu. Ben "Türkiye "dediğim zaman da "Oooo ! Ben bırakayım da sıtma mücadelesini size Dr. Dedeoğlu anlatsın. Türkiye tüm dünyaya örnek olacak bir sıtma mücadelesi yapmıştır" dedi. Yine de kendisi anlattı. Söyledikleri şunlardı:

- Türkiye her mezun olacak hekime 3 ay zorunlu sıtma kursu vermiştir.
- Her kentte arabaları, eğitilmiş personeli, gerekli ekipmanları ile beraber bir Sıtma Savaş Başkanlığı kurulmuştur. Bakanlık bütçesinin üçte biri sıtma mücadelesine ayrılmıştır. Sahadaki personel her ateşi olandan kalın damla yayma alıyor, diğer personel su birikintilerini ilaçlıyordu.

Ülke bir laboratuvar ağı ile donatılmıştır. Küçük laboratuvarlar üst laboratuvarlarca denetleniyor, eğitiliyor, malzeme sağlanıyordu.

Adana'da bir Entomoloji Enstitüsü açılmıştı. Burada ülkedeki sivrisineklerin türü, beslenme adetleri, üreme periyotları insektisitlere dirençleri vb., pek çok deney yapılıyor mücadele buna göre sürdürülüyordu.

Bu gayretler sonucu sıtma vakaları 2.5 milyondan bin vakaya kadar indirilmiştir. Ben bunlar dinledikçe koltuklarım kabarıyordu. Bizden önce görev yapan abilerimiz, ablalarımız sağ olsunlar. Onlar sayesinde yine sınıfımız içinde statüm iyice bir yükselmişti.

-Prof.Dr. Necati Dedeoğlu-

1 FOTOĞRAF ÖYKÜ



“Adımın Erol olduğunu biliyorum. Yaz aylarında midye satıyorum uzun yıllardır. Vakti zamanında askerde Serhat teğmen, sivilde ne iş yaparsın diye sordu. Midyeciyi duyunca Mardinli misin demiş, Çorum yanıtını alınca uzun bir kahkaha ile *-la oğlum leblebi satsana, midyeyle ne işin var* demişti. Asker dönüşü inadına midyeci oldum, başka bir iş düşünürken.

Fotoğrafçı abim bu fotoğrafı gösterip ne düşünüyorsun Erol diye sorunca, haylaz bir çocuk deyiverdim. O akşamı nasıl unuturum. Kızın adı Melek, belki sadece adı değil melek olan. O gün arkadaşları geleceği için 40 midye istemişti, ben 41 tane vererek kırk bir kere maşallah çok güzelsiniz iltifatını bu arada söyledim. Tam o sırada fotoğrafımızı çekiyordun, fotoğrafta yüzümün kızarıklığı, kalbimin atışı çıkacak diye tedirgin olmadım değil hani.



Aslında gündüzleri başka bir işte çalışıyorum, midye satmaya devam etmemin bir nedeni de öykü yazma merakım. Akşamları müşterilerle muhabbet ederek yaşanmış öykü biriktiriyorum. Meleği tanıyorum, ara ara midye alır. Beş kardeşin sonuncusu, daha üç ay oldu tuhafiyecide işe gireli, asıl Mardinli olan o. Sesi güzelmiş, ‘Ağla Gözlerim Mardin Divanı’nı okuyunca dinleyenlerin gözlerinin nemlendiğini biliyorum. Büyük bir aşk acısının anlatıldığı bu ağıtta herkesin içinde bulunduğu duruma ağladığı anlatılır, bilir misin abi. Lafı uzattım gibi. Yaşım daha genç ama yaşamda çok güçlü rüzgârlarla karşılaştım, rüzgârda kırılan dal sonrasında daha güçlü ve fazla sayıda filiz verir. Ben de filiz vere vere, kırıla kırıla ve yeniden filizlenerek hayatta kalmaya çalışıyorum.”

Fotoğraf ve gerçeklik en çok tartışılan konulardan biridir. Fotoğraf, fotoğrafı çekilen olayın geçmişiyle ilgili fazla bilgi vermezken fotoğrafı çekilenlerin bir zamanlar içinde var olduğu zaman akışını yakalayıp bugüne ulaştırır. Erol ve Meleğin öyküsü gerçekte var mı, bu öyküdeki kişiler Erol ve Melek mi? Daha önemlisi bu fotoğraf gerçek mi? Şu haliyle görünen tek gerçek; akşam karanlığında bir kadın, bir erkek ve unutulmaz haylaz bir gülümseme. Bir de fotoğrafın 08 Ekim 2019 tarihinde saat 19:13'te Mersin GMK Bulvarında çekilmiş olması. Geriye kalanı fotoğrafı çeken benim ve fotoğrafa bakan sizlerin yazdığı öykü olabilir. Bazen bir öykü için fotoğraf çekilir, bazen de bir fotoğraf için öykü yazılır. Bu hangisi ben de bilemedim...

A. Öner Kurt

KONUK YAZAR

Uzm. Dr. Onur Acar



BİR BAHAR SELİ

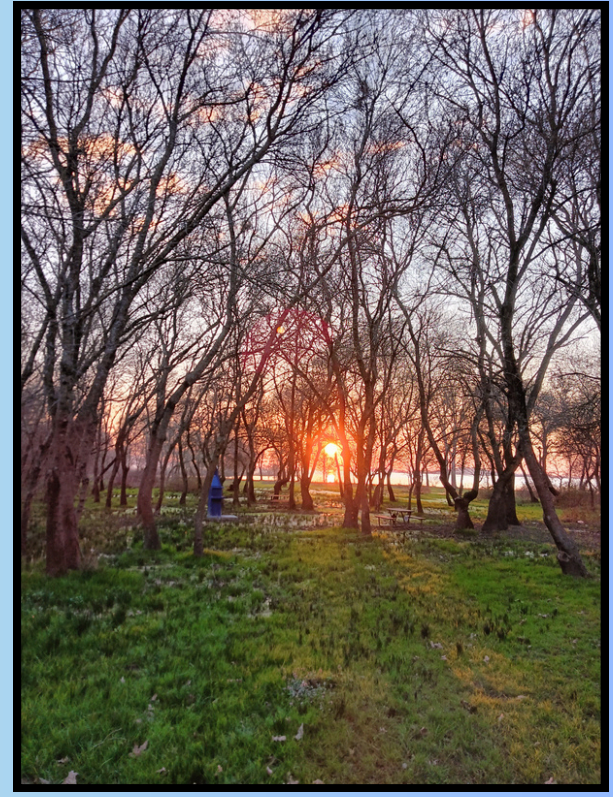
Arabayla uzun mu uzun trafik derdine düşmeyeyim demiştim. Seçim için metroyla gidip gelmek istemiştim tabip odasına. Son ana kadar başarabiliyordum. Bir dertten kaçıp başka bir derde düşeceğimi, uykularımın kaçacağını, yüreğimin günlerce sızlayacağını nereden bilebilirdim?

Bahar ayıydı, dönüş yolundaydım. Giderken ki açık, güneşli hava bir anda bulutlara bürünmüş, yağmur telaşsız yağıyordu. Altınşehir durağı anonsu yapıldı. Dalmış pencereden dışarıya bakıyordum. Arkalardan bir erkek sesinde yağmurda olmayan telaş vardı. "Emre! Emre!

Burada iniyoruz!" Döndüm baktım Emre'ye. Bir yetmiş boylarında, yuvarlak yüzlü, saçlarını arkaya muntazam yapıştırmış, otuzlu yaşlarda bir Emre'ydi. Bir an o mu dedim. Şaşkına döndüm. Böyle bir şey olabilir miydi? Bir yıldan fazla olmuştu. Heyecanlandım. Yüzünü daha net görmek istedim kalabalık arasından. Vagon harekete gitti, o ise merdivenlerden aşağıya. Biz gittik, o da gitti. Derin bir heyecan, kalpte sızı, zihinde canlanan birkaç hatıra kaldı.

Oysa ki 2018 baharının biraz öncesi zamanlardı. Sen rotasyonlarda ben yeni asistan, bölümdeydim. Her öğleyn dekanlığın bahçesindeki kafede oturup her asistanın yaptığı bitmek

bilmeyen kıyaslamalarla vaktimizi geçiriyorduk. Şehirleri, üniversiteleri, bölümleri, hocaları kıyaslayıp sürekli eksiklik-fazlalık buluyorduk. Bazen sert bazen komik, lisans eğitiminde büyülediğin İzmir'i, Dokuz Eylül'ü övüyordun ben Çukurova için direniyordum. O zamanlar bilmiyordum mutlak kıyasın anlamsız olduğunu, eksiksiz bir şey olmayacağını ve her şeyin eksikliğiyle anca var olabileceğini. "...Varlığımın büsbütün eksiksiz olmadığını düşünerek, olduğumdan daha kusursuz bir şeyi düşünmeyi nereden öğrendiğimi araştırmaya karar kıldım." diye bana seslenen bir Descartes'in olduğunu o zamanlar bilmiyordum. Sonradan ama çok sonradan acıyla öğrendim. Acı mı acı bir ah kaldı.



Fotoğraf: Onur Acar

İşte 2018 bahar sabahıydı. Bölümdeydim. Hava sanırım bulutluydu. Tek başınaydım. Odaya geldin. “Dostum, bölümde ilk sana söyleyeceğim.” dedin, güldün. “Kimse bilmiyordu. Yeniden TUS’a hazırlandım. Sınava girdim altmışaltı aldım. Tercih yaptım. Mersin Psikiyatri geldi.” Tebrik edip sarılmıştım. Halk Sağlığından yeni bir bölüme gidiyordun. Ve gittin. Önce Adana’dan Mersin’e kısa, sonrasında uzun mu uzun bir yola çıkıp gittin. Geriye boşluk kaldı.

Oysa ki ikimizde Çukurova bölgesinin çocuğu olarak sen çok sevdiğin Hatay Erzin’de, ben onun kuzey komşusunda 1900’lü yılların son çeyreğinde doğanlardandık.

Gençlikte zorluk, çaresizlik, acı yaşayacağımızı bilmeden doğmuştuk. Yalan Dünyaydı. Son çeyrekler kimi güldürmüştü ki bizi güldürsün. 1800’lerin son çeyreğinde doğanlar gençliklerinde savaşlar, açlık, acılar görmüş. Orta yaşlarında kurtuluş yolu bulmuş, ülke kurmuş. Ya bizler? Neleri görüp neyi kuracaktık? Bize ne kalmıştı? Genç yaşta yüzyıllardır görülmeyen, bitmeyen pandemi...Bin yıldır görülmeyen depremler... Yüzlerce, binlerce yıldır biriken acı bize mi kalmıştı? Şubatımızda baharımıza varamamıştık. Şubat, çok acı, çok ağır, yıka yıka gelmişti. “Rönesans, Rönesans” diye dünyada cenneti vadedenler, Rönesans’tan yüzyıllar önce “Milletlerin ve şehir halkının

bu hayatta dünya mutluluğunu, öteki hayatta da en yüksek mutluluğu: Teorik, Fikri ve Ahlaki Erdemler ile Pratik sanatlardan oluşan dört insani şey sağlar.” diyen Farabi’yi çok ama çok önceden, daha deprem olmadan kalplerindeki demirsiz betonlara gömmüştü.

Ne erdem ne sanat kaldı son çeyrekçilere. Acı kaldı. Omuzlarımızda yük kaldı. Uzun uzun maziye düşünerek, daha otuz üçünde, uzmanlığının üçüncü ayında, bu sefer bahara varamadan “Bir bahar seli gibi yolumdan akıp geçtin.” demek kaldı. Yas kaldı. Yeniden yakılan kül, Altınşehir durağında gözlerde yaş kaldı.

Uzm. Dr. Emre Özaslan’a, dostlukla...

SAYILAR NE SÖYLÜYOR?

Acının Sayıları ya da

Sayıların Acısı

Prof.Dr. Ferruh N. Ayoğlu

Tablo Dr. Raschers tarafından hazırlanmış. Hipotermi nedeniyle gerçekleşen 7 ölüme ait verileri içeriyor. İlk kolonda Dr. Raschers vakaların numaralarını vermiş; sonuncuda numara yok. İkinci kolonda su sıcaklığı belirtilmiş. Üçüncü kolonda sudan çıkış anındaki, dördüncü kolonda ölüm anındaki vücut sıcaklığı bulunuyor. Beşinci kolona suda kalış süresi, altıncı kolona ölümün gerçekleşme süresi yazılmış.

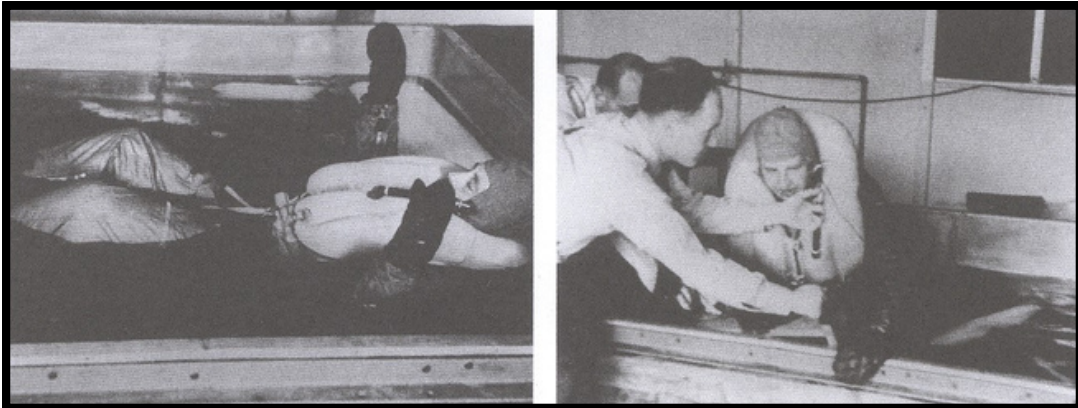
Dr. Raschers bir Nazi doktoru. II. Dünya Savaşı sırasında denize düşerek soğuk su nedeniyle ölen Alman pilotlarla ilgili olarak Ağustos-1942'de Dachau Toplama Kampında başlatılan ve 90 mahkumun ölümüyle sonuçlanan hipotermi deneylerini yönetmiş. Pilot kıyafeti giydirilen mahkumlar buzlu suda bekletilmiş. Deney sırasında başka bir SS doktoru tarafından ardışık fotoğraflar çekilmiş.

Dachau Toplama Kampı 22 Mart 1933'te siyasi mahkumlar için oluşturulmuş. 1935'te Yahova Şahitleri, eşcinseller ve göçmenler eklenmiş. Yetmemiş, 1937 başlarında kapasitesi 6000'e çıkarılmış. Kasım-1938'te ilhak edilen bölgelerdeki siyasi mahkumlarla birlikte 11 bin Alman ve Avusturyalı Yahudi kampa getirilmiş. 1939'da savaşın başlamasıyla birlikte yüzlerce Sinti ve Roman da kampa getirilmiş. 1940'ta 13 binden fazla Polonyalı, 1941'de 4 binden fazla Sovyet mahkum taşınmış.

Exitus					
Versuch Nr.	Wasser-temperatur	Körper-temperatur bei Entfernung aus dem Wasser	Körper-temperatur beim Eintritt des Todes	Verweildauer im Wasser	Eintritt des Todes
5	5,2 ⁰	27,7 ⁰	27,7 ⁰	66'	66'
13	6 ⁰	29,2 ⁰	29,2 ⁰	80'	87'
14	4 ⁰	27,8 ⁰	27,5 ⁰	95'	100'
16	4 ⁰	28,7 ⁰	26 ⁰	60'	74'
23	4,5 ⁰	27,8 ⁰	25,7 ⁰	57'	65'
25	4,5 ⁰	27,8 ⁰	26,6 ⁰	51'	65'
	4,2 ⁰	26,7 ⁰	25,9 ⁰	53'	53'

1943'te mahkumların silah endüstrisinde çalışmaya zorlandığı 150 alt kamp oluşturulmuş. 1944'te 10 bin Yahudi mahkum alt kamplarda çalışırken ölmüş. 1944 yılı sonlarında Dachau ve alt kamplarda bulunan kişi sayısı 63 bini aşmış ve katastrofik yaşam koşullarına bağlı olarak tifüs salgını çıkmış. Yaşananların hepsi, kampa getirilenler ve ölenler, hepsi kayda alınmış.

Dr. Raschers'in kayda geçirdiği hipotermi deneyi Dachau'da yaşanan tek "tıbbi" deney değil. Denizde oluşacak acil durumlarda tuzlu su içilmesi yararlı olabilir mi diye 40 Sinti ve Roman'a tuzlu su içirilmiş mesela. Bir başka deneyde, 1942 yazında, Himmler'in fantazisini gerçekleştirip Penisiline eşdeğer bir Alman tıp devrimi yapmak adına geliştirilen "biyokimyasal" tabletler hazırlanmış ve irin enjekte edilerek hasta hale getirilen 90 mahkuma bu tabletler veya yeni bir tür sulfanilamid ile tedavi uygulanmış. Deneyleri yürüten SS doktoru Prof. Ernst Robert Grawitz, 29 Ağustos 1942'de Himmler'e gönderdiği ara raporda 40 vakaya ait deneyin sonuçlandığını, bir olgunun başarılı, 4 olgunun başarılı kabul edilebilecek



sonuç verdiğini, başarısız olan 35 deneyde 10 kişinin öldüğünü ve deneylerin devam ettiğini yazıyordu.

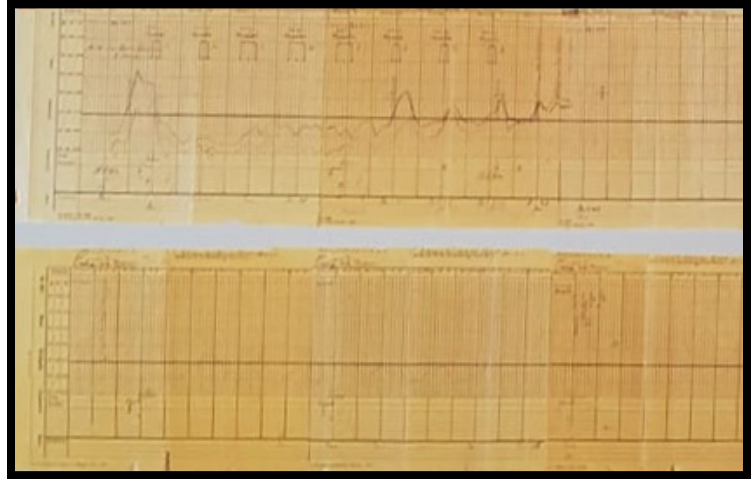
Biyomedikal tablet deneyinden sağ olarak kurtulnlardan biri, daha sonra Polonya'da başpiskopos olacak genç bir rahip, Kazimierz Majdanski idi; diğer mahkumlar ona gizlice Tibatın enjeksiyonu yapmışlardı.

Bir başkası 1942'de yapılan ve askeri yetkililerin çok önem verdiği irtifa deneyiydi; yüksek rakımda ve su altında hayatta kalmaya yönelikti; 70'ten fazla mahkumun ölümü ile sonuçlandı.

Beyin embolisinin gelişimine yönelik bir deney 10 Yahudi mahkumda yapılmıştı ve 1942 yılındaki bu deneyde bir SS doktoru tarafından beyin embolisi gelişerek ölen bir mahkumun ardışık fotoğrafları çekilmişti. Ölümün gelişini gösteren fotoğrafları burada paylaşıyorum

Mahkumların özel bir düzenekle önce sıtmaya yakalandırıldığı ardından tedavi edilmeye çalışıldığı sıtma deneyi Sovyetler Birliği'nin Almanlar tarafından işgal edildiği bölgelerle bağlantılı olarak Şubat-1942'de başladı, Mart-1945'e kadar devam etti. Deneyin başındaki kişi 70 yaşını aşmış bir doktordu; Prof.Dr. Claus Schilling; Berlin'deki Robert Koch Enstitüsü Tropikal Hastalıklar Bölümü eski başkanı. Deney sırasında tüm hastaların ateşi özel olarak hazırlanmış kartlarla düzenli ve sistematik bir biçimde kayıt altına alınıyordu; deneylerde ölen Nestor Oratowski ve Wladimir Olesjuk'tan geriye kartları kaldı. 12 Ağustos 1943'te yazdığı yazı ile kamp komutanından yeni "denekler" isteyen Schilling, 185'i din adamı 1100 mahkumu sıtma hastası yaptı.

Sayılar... Kimi zaman olan biteni öğrenmek, kimi zaman geçmiş, kimi zaman bugünü anlamak, kimi zaman da geleceği öngörebilmek adına incelediğimiz, sorguladığımız, yorumladığımız, tartıştığımız semboller... Ya başlangıcı sayıların?



200 binin üzerinde insanın mahkum edildiği, tespit edilebildiği kadarı ile 41 bin 566 insanın öldüğü Dachau'daki sayıların başlangıcı ve ardından geleceklerin belirleyicisi aslında tek bir sayıydı. Kampa girişte size verilen bir sayı... Sayıların altında da bir sembol... Mahkumun niteliğini tanımlıyor... Kırmızı üçgen siyasi tutuklu.

Dachau Nazilerin toplama kamplarından sadece biri; küçük bir kamp...



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu, Dachau Toplama Kampı, 2024

1 SORU 1 KONUK



YAŞAM KALİTESİ NEDİR, NASIL ÖLÇÜLÜR?

Prof.Dr. Erhan Eser

Yaşam Kalitesinin Tanımları ve Kavramsal Durum

Dünyada yaşam süresinin uzaması ve özellikle kronik hastalıklarda yeni sağaltım alternatiflerinin ortaya çıkışı, sağlık hizmetlerinin başarısının yaşam süresi vb. nesnel (hekim merkezli) göstergelerle ile değerlendirilmesinde yetersizliklere yol açmış sağlık hizmetini alan bireylerin öznel geri bildirimlerine (Algılanan Sağlık öz-bildirimlerine) dayanan (nesnel göstergelerin alternatifi değil tamamlayıcısı olarak) değerlendirmelere gereksinim doğmuştur. Yaşam süresinin daha fazla uzatılamadığı ya da sağaltım yöntemlerinin rahatsızlık verici ciddi yan etkilerinin de başarıda hesaba katılması gerektiği 50'li yıllarda kanserli hastalar için Karnofsky ve ekibi tarafından

önerilmiş, uygulamada yerini almıştır. Sağlık hizmetini alan bireylerin öz-bildirimleri, "Hasta Öz-Bildirimi Sonuçları = HBS" (Patient Reported Outcome= (PRO)) olarak adlandırılmaktadır. Hasta Bildirimi Sonuçları (HBS), sağlığın her hangi bir boyutunun doğrudan hastalar tarafından (başka kimse tarafından yorumlanmaksızın) ölçümü olarak tanımlanabilir. Bunlar, hastaların hem kendi yaşam doyumları hakkında hissettiklerini (Yaşam Kalitesi) ve hem de sağlık ve işlev (Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi) durumlarındaki değişimleri ölçer. Yani Yaşam Kalitesi, HBS'nin altında yer alan bir kavramdır. Bu "Sonuçlar", basit (semptomaya dayalı basit ölçümler); kısmen karmaşık (günlük yaşam aktiviteleri) ya da oldukça karmaşık (farklı boyutların bileşeni olarak tanımlanan Yaşam Kalitesi-YK) olabilir. Kesin olarak tanımlanması zor olsa da, yaşam

kalitesinin çoğu insan için içsel bir anlamı vardır. İyi sağlık, yeterli barınma, istihdam, kişisel ve aile güvenliği, karşılıklı ilişkiler, eğitim ve boş zaman aktiviteleri de dahil olmak üzere yaşam memnuniyetini bütüncül olarak etkileyen geniş kavramlardan oluşur. Yaşam Kalitesi kavramı, DSÖ YK aksiyon grubu (WHOQOL) tarafından "Bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı" olarak ifade edilmiştir (1). Pratik olarak da, "yaşam kalitesi bireyin beklentileri ile yaşadıkları arasındaki fark" olarak tanımlanmıştır (2). Yaşam kalitesi özellikle sağlık veya hastalıktan en çok etkilenen yaşam sorunlarına uygulanmıştır, dolayısıyla "sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi" (HRQL-SYK) terimi de kullanılmıştır. SYK, "Kişinin olağan veya beklenen fiziksel, duygusal ve sosyal refahının tıbbi bir durumdan veya tedavisinden ne ölçüde etkilendiği" ile ilgili bir kavramdır [3]. Bu tanım, yaşam kalitesinin yaygın olarak kabul edilen iki yönünü içermektedir: öznellik ve çok boyutluluk [4].

Kavramsal açıdan klinik uygulamalarla Halk sağlığı uygulamalarını kesin sınırlarla olmasa da ayırmak istersek YK'nin daha çok toplum düzeyinde bir gösterge olabileceği, SYK'nin ise daha çok klinikte alternatif sağaltım yöntemlerinin hangisinin daha etkin ve yan etkisinin daha kabul edilebilir olduğunu ortaya koymada kullanılabileceğini söylemek yanlış olmaz.

Yaşam Kalitesini ölçmek istediğimizde öncelikle yanıtlanması gereken sorular şunlardır:



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

Yaşam kalitesi,

- ... tedavinin etkinliğini mi ölçüyor?
- ... kaliteli bir ömrün göstergesi midir?
- Sağaltımın/girişimin yaşam kalitesi açısından sonuçları nelerdir?
- Hastanın yaşam kalitesine hastanın ve hekimin bakışları aynı mı, farklı mı?
- Hastaların yaşam kalitesi açısından amaçları ne pahasına olursa olsun ömürlerinin uzatılması mıdır?
- "Tedavi etmek en önemli hedef veya sonuç mudur", YOKSA bulgu ve belirtileri azaltmak yeterli midir?
- Bazı bulgu ve belirtilerin birlikte görülmesi yaşam kalitesini kestirebilir mi?

Sonuç olarak yaşam kalitesinin ölçülmesinin nedenleri,

- Klinik kararlara destek olmak,
- Hastaların kendisine yapılacak müdahaleler hakkında bağımsız karar verebilmesine yardım etmek,
- Kısıtlı kaynakların doğru dağıtılmasına yardım etmek,
- Alternatif tedavi seçeneklerinin etkililiğine karar vermeye yardımcı olmak (yeni tedaviler, yeni ilaçların etkililiği) olarak sıralanabilir.

Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

A- Yaşam kalitesi üç düzeyde

değerlendirilir:

- Makro düzeyde: Toplumun sağlığı ile ilgili genel politikaların belirlenmesi için yapılan araştırmalar (toplum normlarını oluşturma),
- Orta düzeyde: Klinikte hasta grupları üzerinde (sonuç araştırması - outcome research) ve
- Mikro düzeyde: Bireysel / hasta düzeyinde.

B- Yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri ve araçları:

HSB (Yaşam Kalitesi) tek bir kavramı tek bir soruyla da ölçülebilir (algılanan sağlık). Bu sorunun yanıtları Likert tipi ordinal bir yanıt ölçeği ile değerlendirilebileceği gibi, ağrı, yorgunluk gibi semptomlar sürekli bir değişken olarak derecelendirilmiş ya da derecelendirilmemiş tek bir çizgi üzerinde de değerlendirilebilir (Visual Analog Scales VAS – Görsel Eşdeğerlik Ölçeği). Buna genel olarak “indeks” ölçütü denir.

Ancak genellikle HBS'ları çok boyutludur ve Profil Ölçeklerle ölçülür. Profil ölçeklerde her bir boyut altında yer alan maddeler ortak bir kavramı ifade ederler.

HBS ölçekleri amaçlarına göre, Genel sağlık durumu araçları (jenerik), genel hastalık araçları (bir tıp disiplinine genellenebilir araçlar ve hastalığa özgü araçlar olarak sınıflanırlar.

Genel Sağlık Araçları, herhangi bir tıbbi hastalığı veya durumu olan popülasyonlara uygulanabileceği gibi genel toplumun algılanan sağlık düzeyini değerlendirmek içinde kullanılabilirler. Bunlara örnek olarak

DSÖ YK aracı (WHOQOL-100 ve kısa sürümleri olan WHOQOL-Bref ve EUROHIS-8) , Kısa Form 36 (SF-36 ve daha kısa sürümleri olan SF-12, SF10), Nottingham Health Profile (NHP) . Genel Hastalık Araçları, herhangi bir tıbbi hastalığı veya durumu olan popülasyonlara uygulanabilir ve farklı hastalıkları, hastalık şiddeti düzeylerini veya müdahale türlerini karşılaştırmak için kullanılabilir. Bu tür çapraz hastalık karşılaştırmaları, sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisinde giderek daha önemli hale gelmektedir. Bu araçlara örnek olarak ise, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ve Kronik Hastalık Tedavisinin İşlevsel Değerlendirilmesi (FACIT), Dermatoloji YK Ölçeği (DLQI) verilebilir. Hastalığa özgü araçlar, belirli hastalıkları (örneğin kanser, multipl skleroz, diyabet), belirli tedavi türlerini (örneğin kemoterapi, akciğer nakli) veya spesifik semptomları (örneğin mide bulantısı, idrar kaçırma) olan bireylerin SYK'sini değerlendirmek için tasarlanmıştır. genel amaçlı araçlarla karşılaştırıldığında, bu ölçümler hastalığa özgü araçlar, belirli hastalıklar için daha ayrıntılı bir değerlendirme sağlar ve aynı zamanda SYK'de tedaviyle ilgili değişikliklere karşı da daha duyarlıdır.

Bu genel sınıflama dışında, çocuklar (PEDSQOL, Kidscreen, KINDL, Disabkid vb.) , yaşlılar (WHOQOL-OLD) , engelliler (WHOQOL-DIS), bakım verenler (The Burden Scale for Family Caregivers) gibi bazı özel demografik gruplara özgü genel amaçlı araçlar da sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik değerlendirmelerde ve araştırmalarda özel bir sağlık sorununun ya da sağaltım yönteminin yaşam kalitesi

üzerindeki etkinin ölçülmesinde genel amaçlı ve hastalığa/soruna özgü ölçeklerinin “birlikte” kullanılması önerilir.

Buraya kadar söz ettiğimiz araçlar dışında “Sağlık Ekonomisi” alanında özellikle Batı Avrupa ve Kuzey Amerika’da yaygın olarak kullanılan “tercih temelli” araçlardan da söz etmek yerinde olur. Bu araçların toplum standartlarının oluşturulmasıyla “Kaliteli Yaşam Yılları (QALY)” hesaplanarak, alternatif sağaltım yöntemlerinin maliyetler temelinde de karşılaştırılması mümkün olmaktadır. Bu araçlarda Avrupa’da sık kullanılan EORTC grup tarafından geliştirilen EQ 5-D / EQ 5-D 3-L ve Kuzey Amerika’da kullanılan HUI III verilebilir.

Yaşam kalitesi ölçüm araçlarını kullanırken, kullanılan ölçeğin uygulandığı kültür için güvenilir, geçerli, uygun ve yanıt verici bir ölçek mi, olduğuna; ölçeğin tavan ve taban etkilerine; ölçüm gerecinin hastalardaki

zaman içindeki değişikliğe duyarlı olup olmadığına özellikle dikkat etmek gerekir.

Son olarak, klinik kararlarda yaşam kalitesi değerlendirmelerinin nesnel klinik sonuçların bir alternatifi olmadığı, bu göstergeleri destekleyici olarak kullanılmaları gerektiğini tekrar vurgulamalıyız.

Kaynaklar

- 1- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (eds), Quality of Life Assessment: International Perspectives, Heidelberg: Springer-Verlag, 1994.
- 2- Calman K. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. J Med Ethics. 1984;10:124–7.
- 3- Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. Semin Oncol 1995;22:73.
- 4- Aaronson NK. Quality of life: what is it? How should it be measured? Oncology (Williston Park) 1988;2:69.



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

1 FOTOĞRAF LÖYKÜ



Edessa Şelaleleri, çoklu pozlama, f/4, 1/4000 sn, 24 mm, ISO:400

Selfie'yi Çoğaltmak

İnsan motivasyonunun merkezi noktalarından biri olan iletişim ve sosyal etkileşim günümüzde artarak, farklılaşarak sürmektedir. Özellikle bireyler arası iletişimin kapsamı, kolaylığı ve etkinliği başka bir iletişim aracı olan internet ve kullanımı ile artarak sosyal medya platformları sayesinde önemli ölçüde gelişmiş, belki de değişmiştir. Sosyal medya platformlarının hızlı yükselişi, geleneksel iletişim yöntemleri ötesinde bir cazibelerinin olduğunu da göstermektedir. Herhangi bir kişi, kendisi hakkında bilgiyi potansiyel olarak çok sayıda diğer kişiye etkili bir şekilde iletmek için sosyal medya platformlarını kullanmaktadır. Öyle ki Liu ve Baumesiter* 80 den fazla bilimsel araştırmayı tarayarak yaptıkları metaanalizde, narsizm, özsaygı, yalnızlık, arkadaşlık vb. gibi

gerekçelerin herhangi birini az ya da çok kullanarak, pek çok kişinin selfie yaptığını ve diğerlerinin profillerini gözlemleyerek sosyal bilgi elde etmeye çalıştıklarını, profillerini sürdürmek ve güncellemek için önemli zaman ve çaba harcadıklarını, ayrıca çok sayıda "arkadaş"la iletişimde kalmak için çaba gösterdiklerini dikkate sunmaktadır.

Fotoğraf Edessa şelalerinde çoklu pozlama (double exposure) tekniği ile 24 mm, 1/4000, f:4, ISO:400 manuel modda çekilmiştir. İlginç ve özel görüntüler veren bu tekniği fotoğrafa verdiği esneklik ve sınırları zorlamada fotoğraf tarihinde önemli olmuştur.

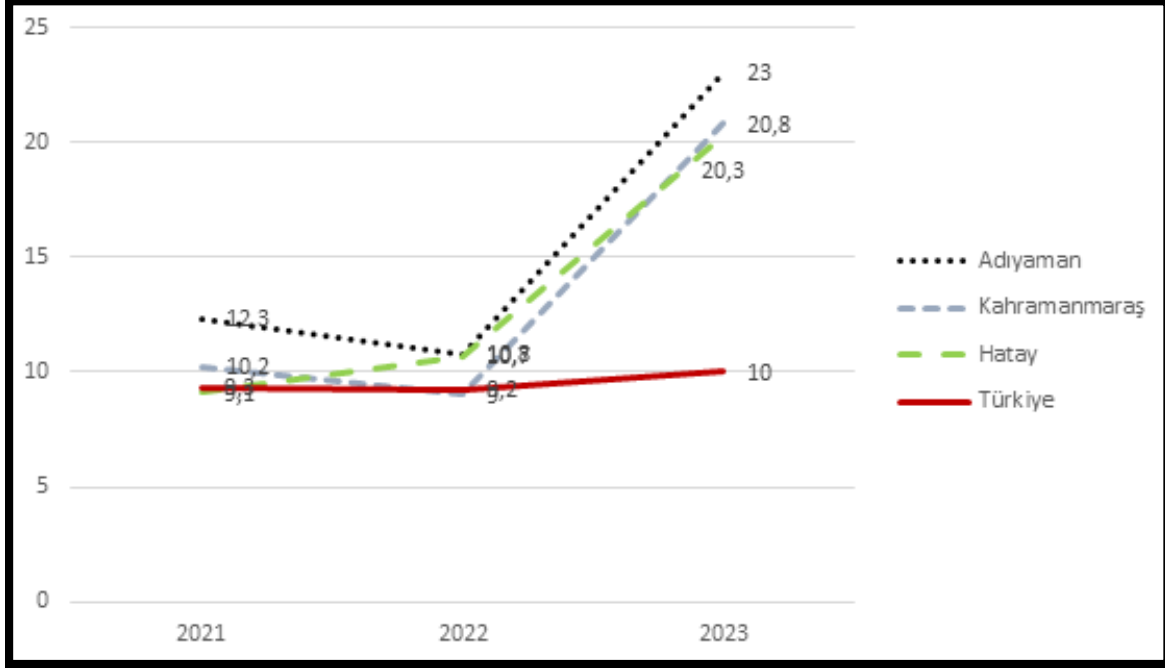
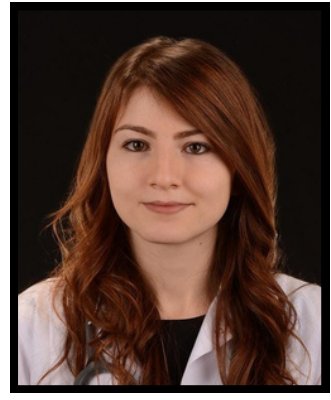
Anın tadını çıkarmak mı, yoksa anı kalıcı kılma çabası mı? Gelecek yıllarda umarım anın tadına varmaya daha fazla yoğunlaşılır.

*Liu, D., & Baumeister, R. F. (2016). Social networking online and personality of self-worth: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 79-89.



SAYILAR NE SÖYLÜYOR?

Doç.Dr. Uğurcan Sayılı
Uzm.Dr. Hazal Cansu Çulpan
İstatistiklerde Deprem ve Çocuk Ölümleri



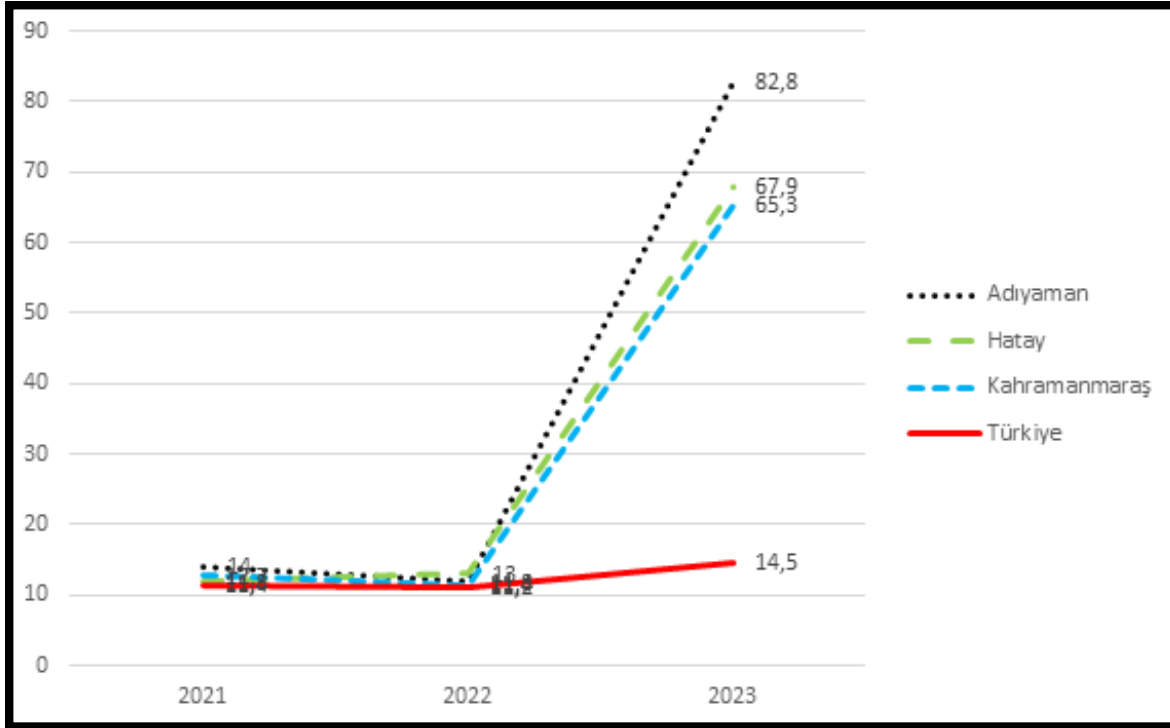
Şekil-1: 2021-2023 yılları arasında Türkiye geneli, Adıyaman, Kahramanmaraş ve Hatay'daki bebek ölüm hızları (x binde)

Deprem, tüm toplumlarda ve toplumun tüm kesimleri için yıkıcı sonuçlara neden olurken, en savunmasız gruplardan biri olan çocuklar üzerindeki etkisi özellikle endişe verici ve yürek parçalayıcıdır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan 2023 yılı Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, bebek ölümleri ve beş yaş altı ölüm hızlarında artış olduğunu göstermektedir ve 6 Şubat 2023 tarihinde art arda meydana gelen depremlerin etkisiyle ilgili bu durum bizlere çok şey anlatmaktadır.

2022 yılında "dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler" ölümlerin %3,9'undan

sorumluyken, 2023 yılında %12,3 ile en sık 4. ölüm nedeni haline gelmiştir. Gelişmiş, yüksek gelirli ülkelerdeki ölüm oranlarına benzer şekilde, Türkiye'de de en sık ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler ve solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. Deprem kaynaklı ölümler sebebiyle "dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler" nedenli ölüm oranlarında artış görülmüştür. Kötü bina-yapı kalitesi nedeniyle depremin ilk etkisi, yıkılan binalarda yaşanan can kayıplarıyla görülür. Bunun yanı sıra yaralanmalar ve bu istatistiklere yansımamış birçok sakatlık yaşandığı tahmin edilebilir.

SAYILAR NE SÖYLÜYOR?
Doç.Dr. Uğurcan Sayılı
Uzm.Dr. Hazal Cansu Çulpan
İstatistiklerde Deprem ve Çocuk Ölümleri



Şekil-2: 2021-2023 yılları arasında Türkiye geneli, Adıyaman, Kahramanmaraş ve Hatay'daki beş yaş altı ölüm hızları (x binde)

Türkiye, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızında uzun yıllardır düşüş trendi gösteriyordu. 2022 yılında bebek ölüm hızı binde 9,2, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 11,2 idi. Ancak, 2023 yılında bebek ölüm hızının binde 10,0'a, beş yaş altı ölüm hızının ise binde 14,5'e yükseldiği görülmektedir. Bu artış, depremden etkilenen illerdeki ölüm sayılarının yüksek artışına atfedilebilir.

Bebek ölüm hızının 2023 yılında 2022 yılına göre Adıyaman'da binde 10,8'den 23,0'a, Kahramanmaraş'ta binde 9,0'dan 20,8'e ve Hatay'da binde 10,7'den 20,3'e çıktığı görülmektedir. Beş yaş altı ölüm hızının Adıyaman'da binde 11,8'den 82,8'e, Hatay'da binde 13,0'ten 67,9'a ve Kahramanmaraş'ta binde 11,4'ten 65,3'e çıktığını görmekteyiz.

Bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızındaki artışların bir kısmı depremin ilk anındaki yıkımlara, ölüm nedenlerinde olduğu gibi "dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler"e atfedilebilir. Bunun yanı sıra, yıkılan veya hasar alan bir binadan kurtulabilen çocuklar, kendi bakımlarını sağlayamayacak durumda olduklarından, ebeveynlerinin hayatını kaybetmesi veya onlardan uzak kalmaları gibi nedenlerle depremin ilk döneminde ciddi risk altındadırlar. Ayrıca, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızındaki bu artışın, deprem sonrası hijyen koşullarının bozulması, temiz su, beslenme ve barınma sorunları gibi sağlık koşullarının kötüleşmesi ve sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle olduğu düşünülebilir.

NOT: İlgili veriler TÜİK'ten alınmıştır.

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>



SON BALIK ÖLMEDEN...

"Hayatlarımızı, bizim için iyi olanın dünya için de iyi olacağı varsayımıyla yaşadık. Yanılmışız. Dünya için iyi olanın bizim için de iyi olacağı şeklindeki aksi varsayım ile yaşamayı mümkün kılacak şekilde yaşamlarımızı değiştirmeliyiz. Bu da dünyayı tanımak ve onun için neyin iyi olduğunu öğrenmek için çaba göstermemizi gerektiriyor."

Wendell Berry, Uzun Bacaklı Evden (1969) (Richard Horton, Selina Lo'dan alıntıyla, Lancet, 2015)

Okumuştum bir yerlerde, Amerika topraklarında yaşayan Kızılderililer sadece çevrelerindeki nehirlerle, göllere değil, ağaçlara da isim verirlmiş. Yani ağaçlar onlar için birer tüketim nesnesi değil, birer özne imiş. Biz ne vakit doğamızdan bu kadar bu koptuk ve doğadaki her şeyi tüketmemiz için biz insana sunulmuş bir meta olarak görmeye başladık acaba? Bu satırları yazdığım günlerde Seferihisar'ın bir köyünde, bir zeytinliğin içindeki ahşap evimdeyim. Hemen evin önünde yaklaşık 250 yaşında olan bir zeytin ağacımız var. Kırk dereceye varan havalarda bile bize gölgesiyle nefes aldırıyor. Sabah sağ tarafında, öğleden sonra sol tarafında konuşlanıyoruz. Bu ağaç bizim için hava gibi, su gibi önemli. O'na üç yıl önce kaybettiğimiz çok sevdiğimiz bir arkadaşımızın adını verdik "Kayhan". Arazide daha çok vakit geçirmeye başladıkça tarla fareleri, akrepler, örümcekler, yılanlar, çekirgeler hepsiyle daha çok temasımız oluyor. Fark ediyorum ki çocukluğumuzdan itibaren bu canlılara yönelik ne çok korku ve önyargılarla doldurulmuşuz. Oysa kendilerine doğrudan bir tehditte bulunmayınca hiç ama hiçbir zararları yok.

Tam tersine kendi içinde tıkr tıkr işleyen bir ekosistemde fareler akrepleri, yılanlar fareleri yiyormuş. Böylece hiçbir türün aşırı üremesine meydan verilmiyor. Ama bu döngü insan eliyle bozulduğunda sistemin işleyişi de bozulmuş oluyor ne yazık ki.

İnsansı atalarımız Neandertaller ve sonrasında Homo sapiens'i de dikkate aldığımızda insan türü olarak var olan bilgilerimizle 250-300 bin yıl geriye gidiyoruz. Bu kadar uzun bir süre şimdi pek küçümsediğimiz hayvansı (!) özelliklerimizle doğanın bütün bileşenleriyle bir arada yaşamışız. Bindiğimiz dalı kesmeden. Hatta animist-pagan-şamanik toplumlarda doğa ananın insan dışındaki türlerine övgüler düzmüş, kutsiyet atfetmiş, yüceltmışiz. Gelin görün ki özellikle de 20. yüzyıldan bu yana insanlık doğa üzerindeki invazyonunu inanılmaz boyutlara taşımış durumda. Bindiğimiz dalı balta ile değil, kesme gücü çok hızla artan elektrikli testere ile kesmeye başlamışız. Doğal sistemler tarihte eşi benzeri görülmemiş bir ölçüde bozuluyor. İnsan eliyle doğaya verdiğimiz zararlardan henüz bir bölümünün sonuçlarını biliyoruz.

Örneğin, ormansızlaşma yoluyla çevresel değişim ile Ebola virüsü hastalığı salgınları arasında nedensellik olduğuna dair kanıtlar kesin olmasa da, orman arazilerinin kaybı insanları ve yaban hayatını, zoonotik hastalıkların doğasında olan risklerle daha yakın temasa soktuğu bildiriliyor. COVID-19 Pandemisi için de benzer yorumlar yapılmadı mı? En azından bize aktarılan bilgilerle (farklı senaryoların da olduğunu biliyoruz) yarasalarla teması olan canlı hayvan pazarları üzerinden insan topluluklarına virüsün yayılması şeklinde ilerledi süreç.

Pandeminin ilk aylarında ciddi ciddi umutlanmışım. İnsanlık bu felaketten öğrenerek çıkabilir diye. Hani ruh sağlığında “travma sonrası büyüme” diye bir kavram var ya. Onun gibi olur muyuz acaba diye bütün antenlerimi çıkarıp beklemiştim. Olmadı maalesef.

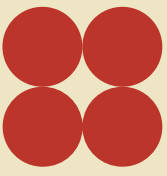
On beş yıl kadar önce Washington DC’ de ziyaret ettiğim Kızılderili Müzesi’nde gördüklerim ruhumun derinliklerine işlemişti. Müzenin girişinde yer alan büyük haritalarda ABD topraklarındaki yerlilerin yıllar içindeki yerleşim alanlarını karşılaştırmalı olarak görebiliyordunuz. Bin sekiz yüzlere kadar kayda değer bir yaygınlıkta iken, beyaz adamın gelişiyle yerli yerleşimleri bariz şekilde küçülüyor küçülüyor, en sonunda da yürek burkan bir şekilde rezerv alanlarına hapsoluyor. Oysa Amerika yerlilerinin doğa ile nasıl uyum içinde yaşadıklarını biliyoruz. Asla ihtiyaçlarından fazla avlanmadıklarını, tüketmediklerini.

Beyaz adam annesi toprağa ve kardeşi olan gökyüzüne, alıp satılacak, yağmalanacak bir şey gözüyle bakar. Onun bu ihtirasıdır ki, toprakları çölleştirecek ve her şeyi yiyip bitirecektir.
Beyaz adamın kurduğu kentlerde huzur ve barış yoktur.
Bu kentlerde bir çiçeğin taç yapraklarını açarken çıkardığı tatlı sesler ve bir kelebeğin kanat çırpınışları duyulamaz.
Beyaz adam paranın yenmeyen bir şey olduğunu, son ırmak kurduğunda, son ağaç yok olduğunda, son balık öldüğünde anlayacak...
Kızılderili Şef Seattle - 1853

Dünyanın bir avuç iyi insan sayesinde dönmeye devam ettiği söylenir ya hep. Çok inanırım buna ve o bir avuç iyi insanı da hep gördüğüm için umudumu hiç kaybetmem. Bu yazı vesilesiyle bakınırken 2014 yılında Lancet Gezegen Sağlığı Komisyonu kurulmuş olduğunu öğrendim. Alın size bir avuç iyi insan.

Bu komisyon 2015’de bir de rapor yayınlamış; çözüm önerilerini sıralıyor. İlgilenen bakabilir: <https://www.thelancet.com/commissions/planetary-health>

Geldiğimiz noktada;
“Kalkınma-ilerleme-gelişme-ekonomik büyüme”
Tüm bunların anlamını sil baştan, yeniden tanımlamak gerekiyor.
Sonra da insanlık olarak kendimize çeki düzen vermemiz.
Son balık ölmeden önce...



KAZA KIRIMI

Prof.Dr. O. Alp Ergör

TARİHSEL SÜREÇTE İŞ KAZALARININ İNCELENMESİ



Son yüzyılın en sıcak yazlarından birinde, HASGÜN'ün ikinci sayısını merakla beklerken bir yandan da geciken yazım nedeniyle editörlüğünü üstlenen sevgili dostum Ferruh Ayoğlu'nun nazik uyarıları karşısında mahcubiyetimi gizlemeye çalışıyordum. Bir dizi gibi düşündüğümüz iş kazası kırımları köşesinin ikincisini yazmamı anımsatıyordu Editörümüz.

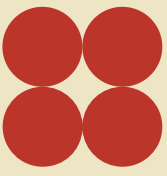
Her iş kazasına etkilenen insanlar açısından bakmak gerekir. Ölümlü ya da yaralanmalı her kazayı zarar gören işçilerin isimleriyle birlikte anmak doğru olur. Böylelikle iş kazalarının ağır yükünü daha iyi duyumsayabilir ve önlem için daha fazla uğraş verebiliriz. Her kaza önlenabilir. Her kaza birçok ders içerir. Bu nedenle her kaza incelemesi koruma bağlamında öğretici bir süreçtir. Prof. Ayoğlu'nun bir dizi biçiminde sürmesini istediği iş kazaları kırımı, işi koruma olan biz halk sağlıkçılar açısından bu nedenle önemlidir. Nerede hata yapıldığını, eksik kalanın ne olduğunu, koruma politikalarının ve önlem stratejilerinin nasıl düzeltilip geliştirilebileceğini bu kaza kırımlarından elde ettiğimiz verilerle belirleriz. Böyle olunca Editörümüzün beni ikna etmesi çok kolay oldu.

Ancak, iş kazalarını örnekleriyle ele almadan önce kaza inceleme sürecinin gelişimine kısaca değinmenin yararlı olacağını düşündüm. Böyle bir başlangıç yaparsak, izleyen sayılarda kırımları irdelerken okurlarla benzer bir sistematığı kullanabilmemiz daha kolay olacağı kanısındayım.



Erik Henningsen, Yaralı Bir İşçi (1895)

İş kazalarının ile ilgili ilk tarihi bilgilere yerel yönetimlerin, kiliselerin ve sigorta şirketlerinin kayıtları ve ressamların eserleri aracılığı ile ulaşabiliyoruz; bu tarihsel süreç bir başka yazının konusu olacak. Kaza incelemeleri ile ilgili ilk kitap ise 1931 yılında



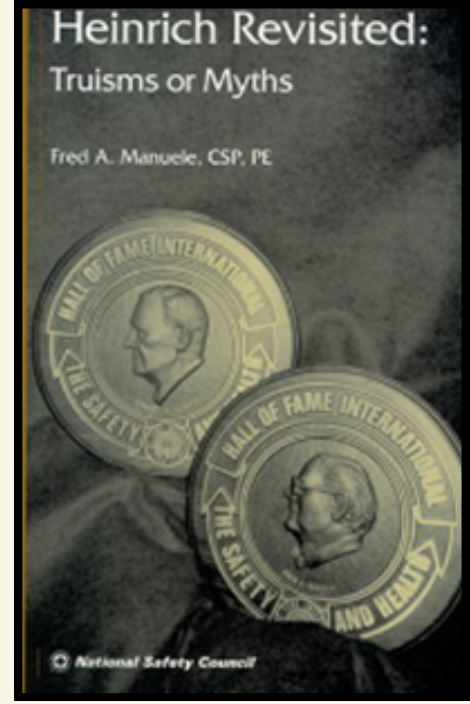
KAZA KIRIMI Prof.Dr. Alp Ergör TARİHSEL SÜREÇTE İŞ KAZALARININ İNCELENMESİ

Herbert William Heinrich tarafından yayımlanmıştır: “Industrial Accident Prevention, A Scientific Approach” (*Endüstriyel Kazaların Önlenmesi: Bilimsel Bir Yaklaşım*). Daha sonra 9 baskı yapan bu kitap, o sırada bir sigorta şirketinde denetmen olarak çalışan bir mühendis olan Heinrich’e iş sağlığı ve güvenliği alanında büyük bir ün ve servet sağlamıştır.

İş kazalarını incelemesini irdelerken, kaza inceleme sürecine neredeyse 70 yıl tahakküm kurmuş olan Heinrich’e ve ürettiklerine biraz daha yakından bakmak yararlı olacaktır. Heinrich iş kazaları ile ilgili pek çok kuramın da yaratıcısı olarak kabul edilir. İş sağlığı ve güvenliği alanında eğitim yapan pek çok kişinin kullandığı ünlü önerme Heinrich’e aittir:

- Her bir büyük (ölümlü – uzuv kayıplı) kaza öncesinde 29 küçük kaza, onlardan önce de 300 kadar yaralanmaya neden olmayan olay (ramak kala kaza) ortaya çıkar.

Daha sonra, amprik olmayan bu önerme çok faklı sayılarla ifade edilerek yeniden düzenlenmiş ve sık kullanılmıştır (1 – 60 – 600, 1 – 88, 1 – 100 – 1000 vb). İş kazasını “öğretebilmek” için pek çok eğiticinin yararlı bulduğu (benim de sık kullandığım) bu önerme nesnel bir zemine dayanmaz. Heinrich, 1931’de yayımlanan kitabını yazmak için 70 bin dolayında kaza incelediğini savlar.

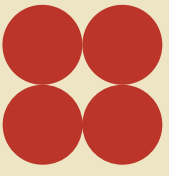


O dönem için bir sigorta şirketi kayıtlarından bu denli çok kaza verisine ulaşabilmek, derlemek ve sonuç üretebilmek hiç inandırıcı olmasa da yıllarca bu bilgiler olduğu gibi kabul edilmiştir. 2000 başlarında, özellikle “sıfır risk” kavramının iş sağlığı ve güvenliği alanına girmesiyle Heinrich ve önermeleri yeniden irdelenmeye ve sert biçimde eleştirilmeye başlamıştır[1].

Heinrich kaza nedenselliğinde sıra dışı bir sıralama yapmıştır. İş kazalarının aşağıdaki nedensel ilişkiler üzerinden geliştiğini söyler:

- %88 çalışanların güvensiz davranışları
- %10 güvensiz eylemler
- %2 “Tanrının isteği”

1. Manuele FA. Heinrich Revisited: Truisms or Myths
National Safety Council, 2002.



Bu yaklaşımla iş kazalarının neredeyse %98'ini işçilere bağlamış, kalanını da Tanrı'ya havale etmiş oluruz. Uzun yıllar boyunca akademiden iş teftişe kadar çok geniş bir alanda iş kazalarının %2 ile %5'inin kaçınılmaz (*gayri kabil-i içtinap*) olduğu söylenmiş, yazılmış, belletilmiştir.

Heinrich, 5 aşamadan oluştuğunu düşündüğü kaza sürecini de aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

- *Atalar ve sosyal çevrenin hazırladığı işçi*
- *İşçinin iş sürecindeki hatası*
- *Güvensiz davranışla bir araya gelen mekanik ve fiziksel tehlike*
- *Kaza*
- *Hasar ve / ya da yaralanma*

Bu kurgu koruma paradigması açısından insan faktörüne odaklanmak dışında elimizde pek fazla seçenek bırakmaz. Oysa kaza sürecinde insan faktörü yalnızca bir parçadır, üstelik mühendislik ve yönetsel önlem stratejileriyle dikkate alınması gereken bir parça. Eğer korumayı bu parçaya odaklarsak endüstriyel ilişkilerin güce dayalı yapısını göz ardı etmiş oluruz; tehlikeyi ve riski yaratan işverendir ve önlem işverenin yükümlülüğüdür. Koruma politikalarını ve önlem araçlarını da koruma hiyerarşisinde üst sıralarda yer alan mühendislik önlemlere dayandırması gerekir. Heinrich iş kazasına yaklaşırken güç ilişkilerini, açıkça sermayeden yana gözetmiş ve “bilimsel yaklaşım” dediği sistematüğini “yetersiz eğitimi olan, alt sınıflardan gelen” işçinin hatası üzerine kurmuştur.

Oysa iş sağlığında, ilk hekim fabrika müfettişi kabul edilen Thomas Morison Legge

Aforizmaları [2] ve Sıfır Risk (Vision Zero) kavramı gibi önerme ve kuramlara dayanarak iş kazaları ve meslek hastalıklarının tümüyle önlenebilen sonuçlar olduğunu savunuyoruz.

Gelelim iş kazası inceleme sürecine; her kaza 4 alt başlıkta ele alınmalıdır:

- *Ortam*
- *Donanım*
- *Yönetim*
- *Çalışan*

İş kazalarındaki her alt öge ele alınırken onunla ilgili “önlenebilir sorunlar nelerdir?” sorusu sorulmalıdır. Her iş kazası incelemesi bir risk değerlendirme süreci olarak düşünülebilir; inceleme sonunda öncelikleri belirleyip sıralama yapmak gerekir.

İş kazaları tek etmenli olaylar değildir, karmaşık bir kurguda ortaya çıkarlar. Her zaman ortaya koymak kolay olmasa da her iş kazasının altta yatan temel nedenleri ve kolaylaştırıcı süreçleri vardır. Kaza incelemesinin (kaza kırımı) amacı da temel (kök) nedenleri bulmak ve koruma paradigmasıyla önlemleri bunlar üzerine yapılandırmaktır.

İş kazaları ile ilgili inceleme sürecinin tarihine değinerek günümüzde her kazaya nasıl yaklaşmamız gerektiği ile ilgili kimi temel başlıkları ele almaya çalıştım. Bir sonraki HASGÜN'de burada irdelediklerimizi bir kaza olgusu üzerinde ele almayı istiyorum.

Ekim'de görüşmek dileğiyle, iyi okumalar.

1 FOTOĞRAF LÖYKÜ

Yabancı bir ülkede ağır adımlarla yürüyordu adam. Kim bilir neler vardı kafasının içinde, neler düşünüyordu kim bilir. Taş döşeli sokağı adımlıyordu. Motorsikletli bir genç geçti yanından. Dönüp baktığında gördü karşı kaldırımdaki dükkanı... Sahaflar, oldum olası ilgisini çekerek; ne zamandan beri, neden, anımsamıyordu. o eski kitaplar, Köy Enstitüsü mezunu bir uzak köy öğretmeni olan babasını anımsatıyordu belki de...

Kapıyı açtığında küçük bir çanın sallantı sesi geldi. Kitaplar, kartpostallar, fotoğraflar, plaklar, dergiler. Sahafların insana dinginlik veren bir atmosferi vardır hep. Masanın arkasındaki adamı selamladı; sessizce, sözcüksüz. Kartpostalların ve fotoğrafların arasında dolaştı eli. Hemen seçti birini; düşünmeden çokça. Evet, bunu almalıydı işte. Üzerinde ne yazdığını sordu, masanın arkasında oturan adama; o da bilmiyordu.

Çıktığında dükkandan taş döşeli sokağa gülümsüyordu. Çoktan akıp gitmişti motorsikletli genç hayatın içinde. Kartpostala baktı tekrar, ceketinin iç cebine koymadan önce. "Neden bu?" diye düşünmedi. Bir Halk Sağlıkçısı idi, başka hangisi olabilirdi ki?

Belki de hiçbiri olmadı bunların... Çağatay Hoca gönderdi fotoğrafı, "yabancı bir ülkede sahaftan almıştım" dedi. Gayrisi benim aklıma düşen sözcükler...

Bir pandemi yaşadık; alt üst oldu her şey. Nereye varacağını tartıştığımız teknolojimiz, bilgilerimiz, olanaklarımız... yıkılmaz dediğimiz ne varsa, yetmedi ellerimizden kayıp gidene.

Osmanlı'nın kalbi İstanbul'da ilk kolera vakası görüldüğünde takvimler 26 Temmuz 1831'i gösteriyordu (1822 diyenler de var). Jhon Snow, 18 yaşındaydı; günümüzün ikonik çalışmasını yapmamıştı ve çalışmasının saygın bilim çevrelerince uzun zaman kabul edilmeyeceğini bilmiyordu henüz. Laf aramızda, arama motoruna onun adını yazınca artık bir dizi karakteri çıkıyor en üstte. Filippo Pacini 19'undaydı; kolera basilini gözlemlemesine 23 yıl vardı hala. Max Joseph von Pettenkofer 13'ündeydi henüz; 22 yıl sonra kimya, ondan 12 yıl sonra hijyen profesörü olacak ve 1866'da İstanbul'da yapılan konferansta miasma teorisini savunacaktı.

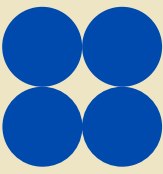


Salgın daha sonraki yıllarda da yaşandı. Bugünden bakıp o yılların İstanbul'unu ve salgın ortamını düşlemek zor. James Ellswort De Kay'in yazdığı ve "1831-1832 Türkiye'sinden Görünümler" başlığıyla dilimize çevrilen kitabı, o günlerin İstanbul'una götürebilir belki.

Fotoğrafın üzerindeki yazı Kilise Slavcası ile yazılmış; "Çargrad'da Kolera St. Sofia". Çargrad (Czarigrad) Konstantinapol'un kurulduğu yere verilen isim; İstanbul. St. Sofia da Ayasofya...

Kolera salgınında İstanbul'da camilerde tedavi edilmeye çalışılan kolera hastaları...

Ferruh N. Ayoğlu



KIZAMIK VAKALARI ARTIYOR

DSÖ ve UNICEF yaptıkları açıklamada Avrupa'daki kızamık vakalarının artmaya devam ettiğini belirtti. Bu yıl kaydedilen kızamık vakalarının sayısının, 2023 boyunca bildirilen toplam vakaları yakın bir zamanda aşacağı konusunda uyardı. Son resmi verilere göre 2024'ün ilk üç ayında, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki 53 ülkenin 45'inde 56.634 kızamık vakası ve dört ölüm rapor edildi. Buna karşılık 2023 yılı boyunca 41 ülkeden 61.070 vaka ve 13 ölüm bildirilmişti.

28 Mayıs 2024, UNICEF/WHO

Genişletilmiş Bağışıklama Programının 50. Yılında Türkiye'de Kazanımlar ve Tehditler: Kızamık

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) 1974'te Dünya Sağlık Örgütü'nün 27.Genel Kurulunda, difteri, boğmaca, tetanos, kızamık, çocuk felci, verem, çiçek ve diğer hastalıklara karşı, ülkelerin öznel epidemiyolojik durumlarına göre yapılandırılmıştır. The Lancet GBP'nın 50. Yılını değerlendiren geniş bir rapor yayınlamıştır (1).

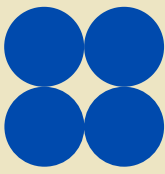
Türk Hükümeti, UNICEF ve WHO arasında 29 Mayıs 1985 tarihinde "Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği" üçlü anlaşması imzalanmıştır. Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası bu anlaşma programının ilk uygulaması olmuştur (9). Genişletme

yapılandırılma sürecinin ruhuna uygun biçimde, kullanımdaki 6 aşının (BCG, DBT, OPV ve kızamık) tümünün, ülkemizdeki tüm çocuklara, kabul edilebilir bağışık yanıt oluşması için gerekli erken aşılama yaşı ve en az aşılama aralığıyla (4 hafta) hızlandırılmış bir programla



Tablo-1. Aşılama ile önlenen ölümler, kazanılan yaşam yılları ve kazanılan sağlıklı yaşam yılları, 1974-2024. The Lancet, 2024

Aşılama	Önlenen ölüm (milyon kişi)	Kazanılan yaşam yılı (milyar yıl)	Kazanılan sağlıklı yaşam yılı (milyar yıl)
Kızamık	93,7	5,7	5,8
Tetanos	27,9	1,4	1,4
Boğmaca	13,2	0,8	10,2
Verem	10,9	0,6	0,9
H. influenza B	2,8	0,2	0,2
Çocuk felci	1,6	0,1	0,2
Diğer	3,8	0,2	0,3



KIZAMIK VAKALARI ARTIYOR

uygulanmasını hedefleyen kampanya (Ulusal Aşı Kampanyası) 11 Eylül 1985'te 1980 ve daha sonra doğanları kapsayacak biçimde, birer ay arayla 3 tur olarak hayata geçirilmiştir. Böylece Osmanlı devletinden beri hastalıklara özel kampanyalar biçiminde (çiçek, verem, çocuk felci) ya da başvurulara uygulanan aşılama, bir program

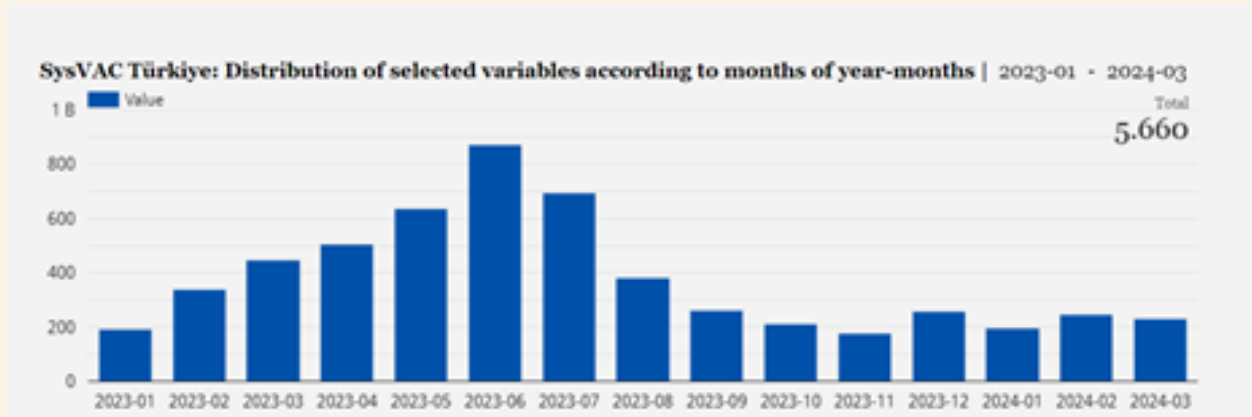
çerçevesinde belirlenmiş hedeflere erişmek üzere sistematik olarak uygulanmaya başlamıştır. Kampanya öncesi % 20-30'lar civarında olan aşılama oranları DBT/Polio 3'te % 83, kızamıkta % 82'ye yükseltilmiştir. Yaklaşık 30 000 çocuğun hayatı kurtarılmış, 3 milyon çocuğun ise hastalanması önlenmiştir (2).

Tablo-2. Türkiye'de aşı ile önlenebilir hastalıklarda olgu sayısında değişim (3).

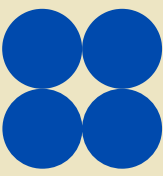
Hastalık (aşılamaya başlama yılı)	1985	2004	2022	Azalma (%)
Nüfus (bin)	49,660	67,160	85,790	
Difteri (1937)	145	0	0	100
Kızamık ** (1970)	14.695	8,927	103	99
Boğmaca (1937)	2,678	389	8	99,7
Çocuk felci (1963)	88	0	0	100
Yenidoğan tetanozu	41	15	0	100
Toplam tetanoz (1968)	113	37	10	91

Türkiye'de 2023-2024 Kızamık Salgını (4)

1. Deprem öncesinde başlayan ve henüz kontrol altına alınamayan bir salgın ile karşı karşıyayız.

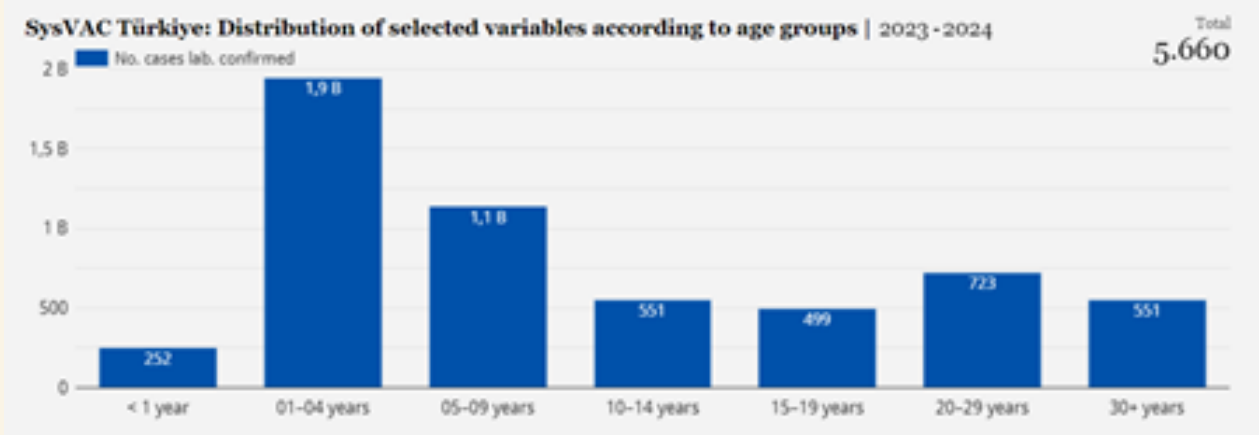


Şekil-1. Türkiye'de kızamık salgınında olguların aylara göre dağılımı (2023-2024).



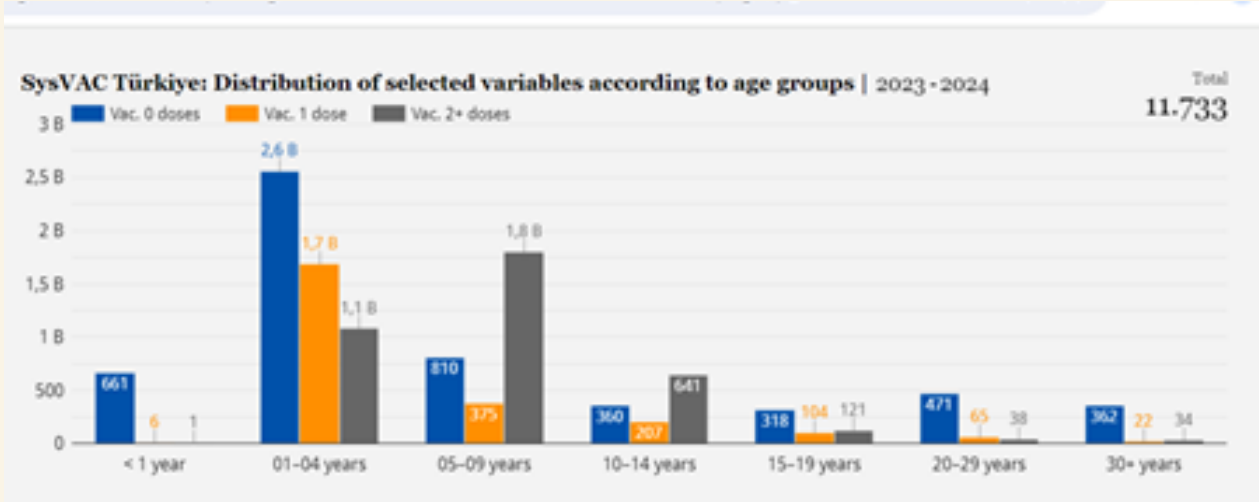
KIZAMIK VAKALARI ARTIYOR

2. Temel olarak okul öncesi (%38) ve ilkokul çocuklarının salgını görünümündedir.

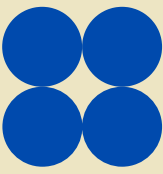


Şekil-1. Türkiye’de kızamık salgınında vakaların yaş gruplarına göre dağılımı (2023-2024).

3. Salgın, aşısız ve eksik aşılıların salgını olarak sürmektedir.

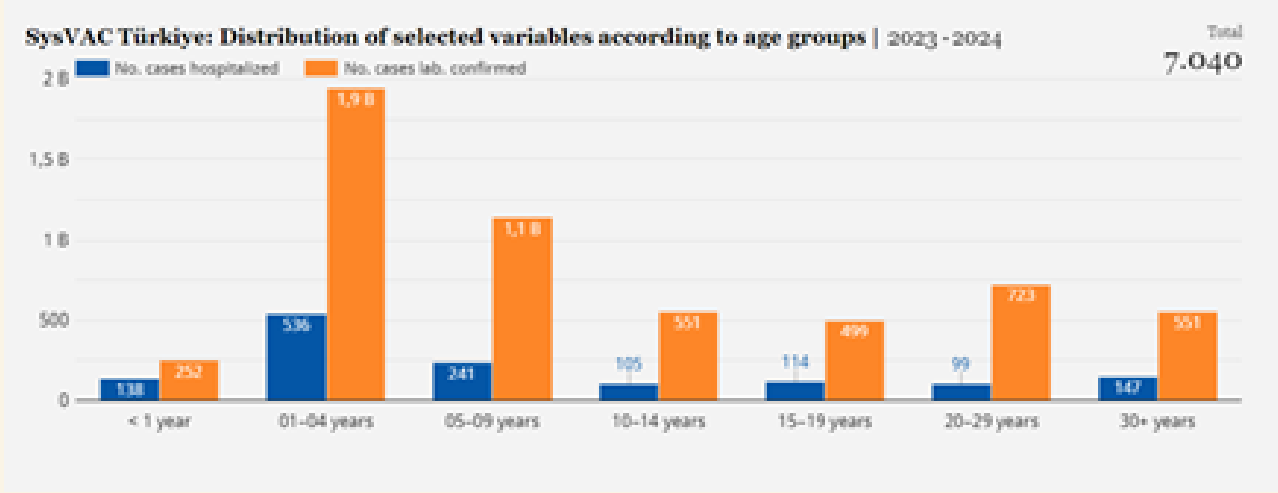


Şekil-1. Türkiye’de kızamık salgınında sıcak vakaların yaş gruplarına göre aşılanma durumu (2023-2024).



KIZAMIK VAKALARI ARTIYOR

4. Salgın, mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu erken yaştaki çocukların salgınıdır.



Şekil-1. Türkiye’de kızamık salgınında hastaneye yatırılan olguların yaş gruplarına göre dağılımı (2023-2024).

Sonuç

Geniştirilmiş Bağışıklama Programının dünya’da 50. ülkemizde 40. yılında; sağlık ocaklarında çalışanlar başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bağışıklama hizmetlerinin sunumu ve yönetimi sürecinde çalışanların bilimsel bilgi

ve emekle kızamık eliminasyon programına yönelik sağladığı kazanımlar tehdit altındadır. Kızamık nedeniyle hiç ölüm bildirilmemiş olması her ne kadar hastalığın doğasına aykırı ise de, erken yaşlarda yığılan vakalar SSPE dahil morbidite için zemin oluşturmuştur.

Kaynaklar

1. Andrew J Shattock, Helen C Johnson, So Yoon Sim, et all. Contribution of vaccination to improved survival and health: modelling 50 years of the Expanded Programme on Immunization (thelancet.com), <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2900850-X>
2. Eskiocak M, Marangoz B. TÜRKİYE’DE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU (ttb.org.tr), https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/turkiyede_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf .
3. WHO Immunization Data portal - All Data, <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Reported-cases-and-incidence&location=TUR>
4. System Performance Monitor of Türkiye (google.com), https://lookerstudio.google.com/embed/reporting/993108d3-cf48-406a-88b9-ecf2bcd4ac92/page/p_vrmm7578hd



DÜŞÜNCE ODASI

Prof. Dr. Coşkun Bakar

TIP EĞİTİMİ PROGRAMLARI İÇİNDE FELSEFEYE GEREK YOK!

“Hekim, hakîm olmalı ki insanın iskeletini tanıdığı kadar onun özünü de tanısin, tanıyabilsin, tanıma imkânı bulsun. Hastasının klinik verilerine değer atfettiği kadar, bakışlarındaki hüzne de değer atfetsin. Kim bilir belki bu sayede bir gün o hüzünlü bakışlarda, hasta bakışlarda, hastalıklı bakışlarda kendi özünü de görebilir; tıbbın özünü... hekimliğin, hikmetin özünü... insanın, insanlığın özünü...”

Hız. İnsan'ın özünü...

Zavallı tıp, felsefesiz, hikmetsiz, ruhsuz.

Tedaviye muhtaç. Tıp ve Tabib.

Evet, sağlığa muhtaç. Hekim ve Hakîm.”

Kaynak: Düccane Cündioğlu. Zavallı tıp, bir felsefesi bile yok! Yeni Şafak, 8 Haziran 2008.

Bir önceki yazımda felsefenin kavramsal düzeyde ussal açıklama peşinde olduğunu bilimin olgusal, inancın imgesel dünyasına yaslanarak yürümeye çalıştığından bahsetmiştim. Bu anlamda felsefe tümel çözümleme yapar ve kavram üreterek ilerler. Öte yandan kavramsal bakış filozofu olgusal olandan koparmaktadır. Olgu duyusal olanın ve değişime açık olanın, kavram ise tümel ve ussal bütünlüğün alanıdır. Aristoteles, Farabi ve İbn-i Sina'nın Tanrısı tümellerle uğraşırken tikellerle ilgilenmez. Bu durum onların Gazzali tarafından tekfir edilmesine yol açmıştır.

Dünyayı olgusal nedensellik üzerinden açıklamaya çalışan tıp ve bilim sanatının uygulayıcıları için kavramsal dünyanın neredeyse hiçbir önemi yoktur, olamaz da... Onlar hastaları tedavi etmeye veya bilim yapmaya çalışırlar ve günlük hayatın içinde kavramsal düşünmeye ihtiyaçları yoktur. Günlük pratik içinde bulunan uygulayıcıların yaşamı değişime açık olan olgusal alana aittir. Toplumun büyük bir kısmı için de bu

durum geçerlidir. Burada kavramsal düşünme yoktur. Bilim de bu alandadır. Zira olgusal dünyadaki olayları açıklamaya çalışır. Heidegger “Bilim düşünmez derken” bunu kastetmeye çalışır. Tıp bilimi yüksek tansiyonun nedenini ve tedavisini açıklamaya çalışır; sanatı ise hastayı tedavi etmeye... Bunu yaparken de bilimin sonuçlarını kullanır, kanıta dayalı tıp bu noktada sahneye girer. Burada teorik felsefeyle ilgili bir durum yoktur; çünkü kavram yoktur. Hiçbir bilim insanı ya da hekim tanımlarını kullansa da hasta ya da sağlık kavramı üzerine akıl yormaya ihtiyaç duymaz.

Yazının başında oluşturduğum “tıp eğitiminde felsefeye ihtiyaç yoktur” önermesine gelebiliriz. 21. yüzyılda, tıp pratiği pozitif bilimlerin yarattığı bilgi yığına ve teknoloji zenginliğine yaslandıkça, varlık kavramı üzerine düşünmekten uzaklaştı. Bilgi yığını arttıkça uzmanlık alanlarına atomize oldu. Atomize oldukça organizmadan hücre alanına kadar

küçüldü. Böylece insanı bütün halde göremediği gibi insanlığa bakmaya gerek görmedi. Bununla birlikte bütünden uzaklaşırken, insan genomuna kadar uzanan ayrıntılara ulaşmayı kolaylaştırması açısından da yadsınamaz sonuçlar doğurdu. Bu sonuçlar teknolojiye de yansırken tıp sektörü tarihte görülmemiş düzeyde kâr üreten bir noktaya geldi. Güç, tıbbın ve doktorunun bu yeni konumunu çok sevdi. Bir yandan modern ve geleneksel tıp üzerinden yüksek kâr ve pazarlara ulaşma olanağına sahip olurken, öte yandan temel çelişiklere akıl yürütemeyen hekim ve bilim insanı gücün istencini yerine getirmeye çalışan hizmetçiler pozisyonuna geldi. Çok geçmeden tıbbın uygulanma biçimi kanıta dayalı tıp adı altında, eğitimde standardize yöntemlerle biçimlendirilmeye başlandı. Hem de felsefenin binlerce yıldır kullandığı terminolojileri gasp ederek. Şüphe, eleştirel okuma, sorgulama, kanıtlar arasındaki hiyerarşi sanki binlerce yıldır aklın düşünce evrimi içinde hiç olmamış gibi yeniden ve yeniden kullanıma sunuldu. Ancak tıbbın yeni pozisyonunda öncelikli olan hakikat değil, yararlı, faydalı ve iyi olanın uygulamaya geçirilmesi ve ondan kâr elde edilmesi idi. Oysa hakikati değerli kılan faydalı ya da yararlı olması değildir; hakikat olmasıdır. Hakikat özü itibarıyla aranır, ikincil bir sebebe ihtiyaç yoktur. Felsefe de bu hakikate olan aşka yönelişin adıdır. Bir anlamda ütöpik bir arayıştır. Ancak bu ütöpik aşk, mitolojinin içinden logosu çıkardığı gibi, kendi içinden de mantığı (analitik düşünceyi), metafiziği, fiziği, sanatları ve bilimi çıkarabilmiştir. Bu sonucu, kendisi dahil her şeyi korkmadan sorgulayabilme becerisine borçludur. Sorgulama becerisi yolda çok büyük kazalara yol açmıştır. ancak yaşadığı kazalar filozofları daha da şüpheci yapmaktan başka bir işe yaramamıştır. Yazıyı yine felsefenin kadim bir yöntemiyle kapatalım; sorularla...

Tıp, kendisi dâhil her şeyi sorgulamak gibi bir amaca sahip midir?

Tıp, sağlık, insan, insanlık ve toplum gibi kavramlar üzerinde yükselmek istiyor mu?

Yoksa sadece hastalık ve hastalara mı odaklanmak istiyor?

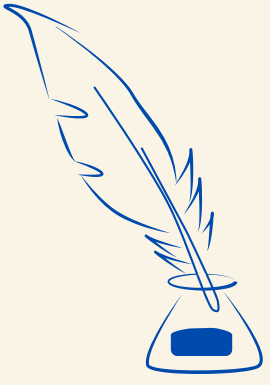
Hekimlik mesleği kendisini günlük pratikte tedavi teknisyenliğinden kurtaracak ve uygulamalarını sorgulayacak kuşku ırmağında mı yüzmek istiyor?

Ya da tedavi protokolleri ve rehberlerin sağladığı güven ortamındaki dogmatik ruh dinginliği gölünde mi kulaç atmak istiyor?

Bu ve benzeri sorulara verilecek cevaplar tıp eğitiminde felsefenin konumunu planlamanız için gerekli verileri sunacaktır.

Yirmi yıldır tıp fakültesinde eğitim ve bilimsel araştırmalar yapıyorum; uzman görüşü düzeyindeki mesleki tecrübelerime göre Türkiye’de tıp eğitiminde ve pratiğinde felsefeye ihtiyaç yoktur. Felsefe bu topraklarda doğdu ve yeşerdi; ancak daha sonrasında bir grup entelektüel elit dışında kimsenin ilgisini çekemedi. Bu topraklarda tapınak, saray ve toplum felsefeyi hiçbir zaman içine sindiremedi. Sonuçlarını da hep birlikte yaşıyoruz galiba...





Tarihe Notlar

1978-79 ders yılında Hollanda da bir sağlık yönetimi yüksek lisans kursuna katılmıştım. Kursta çeşitli ülkelerden 13 halk sağlığı uzmanı idik. Kursun 5. ayında yöneticiler " Sizlerin Dünya Sağlık rgtn tanımanız gerek" diyerekten bir haftalık bir Cenevre seyahati düzenlediler. Bu seyahatte DSÖ'nün muhteşem binasını ve çok geniş olan kütüphanesini gördük. Ayrıca her bir bölümü de ziyaret edip başkanlarından bilgi aldık.

Tüberküloz bölümünde başkan bizlere hangi ülkelerden geldiğimizi sordu. Sıra bana gelip de "Türkiye" dediğim zaman bir anısını anlattı. "1950'lerde burada genç bir hekimdim. lkelerden BCG aşı istatistikleri yollanıyordu. Türkiye'den hep yüzde yüze yakın oranlar geliyordu. Ben de Kolombiyalıyım. Yoksul, nüfusu köylerde yaşayan bir ülkenin bu rakamlara ulaşamayacağını biliyorduk. Birkaç kez uyardık ama rakamların doğru olduğunda ısrar ettiler. "Gelin yerinde kanıtlayalım" dediler. Kalktık gittik. Ankara'da Sağlık Bakanlığında rastgele bir il seçtik. Oraya gidince de rastgele köyler seçip insanların sol kollarında BCG skarı arayacaktık. İnceleme kentine vardığımızda havaalanında bizi sağlık müdürü karşıladı. Kente doğru giderken başkanımız yol kenarında giysilerinden, arabalarından Roman olduğu anlaşılan göçebeleri gördü. "Durun" dedi. Hep beraber inip yanlarına gittik, "Aın sol kolunuzu" dedik. Hepsinde skar olduğunu görüp şaşırdık. şefimiz "bu Türkler bu gezici insanları bile böyle aşıladıktan sonra herkesi aşılamışlardır" dedi. Biz oradan Cenevre'ye geri döndük." O gün meslektaşım kursiyerler arasında ayrı bir havada dolaştım.

-Prof.Dr. Necati Dedeoğlu-



Yazarken senindir sözcükler,
bittiğinde yazmak, herkesin olur...

MAVİ YAZILAR

Prof. Dr. Ferruh N. Ayoglu

DAMLALAR

Kurtoğlu Burnu ile İblis Burnu arasına bir çizgi çekerseniz, bu çizginin kuzeyinde kalan sular Glaukos Sinus diye bilinirdi bir zamanlar; kendine saldırmayan hiçbir ülke ile savaşmamış Işık Ülkesi Likya'nın batı sınırını oluşturan Telmessos kentinin denizi; şimdilerde Fethiye Körfezi deniyor. Çok sayıda Glaukos öyküsü var mitolojik anlatılarda. Ben en çok ikisini severim. Biri, rivayet odur ki, Hellenlere karşı Troya'yı korumak için yurdunu bırakıp yollara koyulan, yiğitler yiğidi Sarpedon ile birlikte Troya'da can veren Likyalı kahraman Glaukos. Diğeri, yine rivayet odur ki, her gün denize sadece bir kez ağ atan, gereksinimlerini tuttuğu balıkları takas ederek sağlayan, gereksiniminden fazlasını çevresine dağıtan ve öldükten sonra deniz tanrılarının arasına karışan ihtiyar balıkçı Glaukos. Seçmesi zor...

Kim sevdirdi denizi, nerede, nasıl başladı diye sorsalar, bir sürü şey sayar insan. Ben, babamı söylerim ilk sırada. Bir de onun yüzünü denize döndüğünde, denize baktığında, kerelerce tanıdığı olduğum zihnime kazınan, başkalaşan gözlerini. Çocuksan, Akdenizliysen, hele de bir bozkır kentinde geçiyorsa hayatın, başka seversin, başka özlersin denizi. Düşlerin maviyle dolup taşar da kimse anlamaz halini. Beyaz bir yelkenliye atlayıp daldım mavinin koynuna düşlerimde; annemle babam olurdu yanımda. en güzel düşler çocukken kurulurmuş belki de;

sınırsız, uçsuz bucaksız. Düşlerimde, ben dümeni tutardım, annem denizi seyrederdi, babam haritalara bakardı piposunu tüttürerek. Olmadı, yetmedi zaman. Zaman, garip bir mevzu, anlaması zor; Her şeye yetecek kadar uzun ve hiçbir şeye yetmeyecek kadar kısa işte...

Paçariz Burnu ve Şövalye Adası Fenerleri arasından geçip Kızılada Fenerini selamlayalı bir saati geçti zaman. Dostlarla birlikte mavinin koynundayız; kısmetse, izin verirse son söz söyleyecek olan deniz, güzeller güzeli Symi var rotamızda. Bu gün anneler günü. Bu yıl, babamın ölüm yıldönümüne geldi anneler günü. Babam 59 yaşındaydı öldüğünde; şimdi ben aynı yaştayım. Hani olmadı, yetmedi dedim ya zaman; şimdi ellerim bembeyaz bir yelkenlinin dümeninde işte. Hemen yanımda, haritadan mesafelere bakıyor, Umut, hava durumunu kontrol ediyor; büyüdü, yetişti, iyi bir yelkenci olma yolunda. Sevgili eşim, Akdeniz Gözlüm denizi seyrediyor, arada bize bakarak... Rüzgar kolayımıza. Kıç havuzlukta sohbet demlendikçe demleniyor. Belki çok şey var söylenecek; anlatılacak çok şey. Belki bir parça eksik manzara. "Sağ ol baba, sağ ol anne" akıyor içimden...

Geceyi Ağa Limanı'nda alargada geçirdik; biraz soğuktu deniz, vazgeçtik kıç halatından; günün ilk ışıklarıyla topladık demiri, attık kendimizi mavinin koynuna. Dümeni Umut'a bıraktık.

Rivayet odur ki, adanın adı, denizler tanrısı Poseidon'un aşık olduğu güzeller güzeli bir su perisi olan Nymph Syme'den gelir. Güzeli tanrıçaların doğum yeri olarak bilinen ve Ege Denizi ile Akdeniz'in birleştiği sularda olduğu kabul edilen adanın halkı, denizcilikteki, özellikle de sünger avcılığındaki ustalıkları ile tanınır. Bir de Symi Kayıkları var; bir zamanlar bu suların en denizci, en hızlı kayıklarıymış. Kanuni'nin Rodos seferinde Osmanlı yanında durmuşlar. Bizimkiler Sömbeki demişler adına. Şimdilerde en çok İtalyan döneminden kalan ve özenle restore edilen rengarenk evleriyle tanınıyor.

Gözüm mavide dalmış, karinadan akan damlalara bakıyorum... Şu öndeki, Magdalena Nehri var Kolombiya'da, Barrancabermeja diye hiç gitmediğim bir şehirden geçer, o nehirden gelmiş buralara.

Onun hemen yanında, sağ tarafında parıldayan, Güney Kutbu'ndaki bir buzuldan damlamış. Hiç hesapta yokmuş yuvasından ayrılmak, damlamak. Başlangıçta biraz uzak durmaya çalışmış, sokulmamış diğerlerine, sonradan kaynaşmış. Diğerleri sımsıcak sarmalamış yeni geleni.

Şu sol taraftaki bir başka alem. Madagaskar Adası'nda Manambia'da bir kaya oyuğundaymış daha önce. Günlerce kendini anlamaya, anlamlandırmaya çalışmış o ıssız oyukta; tek başına. Sonra, başı ak köpüklü, nereden geldiğini kimsenin bilmediği yaşlı bir dalga "kendini mi arıyorsun?" demiş, "gel de göstereyim", almış koynuna, fırlatmış diğerlerinin arasına.

Arkalarında, sol tarafta, biraz sessizce duran, Sudan'da, o kemiklerini saydığın susamış çocuğun tulumbaya yasladığı elinden damlamış kuru toprağa. Uzun ve meşakkatli bir yolculuktan geçmiş. Kaç kere buharlaşmış, kaç kere damlamış bir maviden diğer maviye, kimse bilmez; pek sevmez konuşmayı.



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

Onun hemen yanında, ona destek olmak istercesine yanında koşturan Amazon Nehri'nde oltaya takılan balığın sırtından damlamış.

Diğer yandaki, Çin'den; Sarı Nehir'de bir sandalın küreğinden düşmüş.

Onların arkasındaki, çok güzeldi eskiden; dünyanın en lüks otelinde yaşarmış, duş başlığından süzölmüş.

Onun solunda, şu yorgun duranın öyküsü anlatmakla bitmez. "İlk damla" der ona diğerleri, söylediklerine göre, 4.4 milyar yaşındaymış; atmosferden damlayan ilk su damlası. Atalarımız taşları yontmaya çalışıyorlardı 200 bin yıl önce. Bitkilerin, özellikle de yosunların, likenlerin ortaya çıkışı 440 milyon yıl önce. Soluduğumuz oksijenin %75'ini ürettiği söylenen fitoplanktonlar mevzusuna hiç girme. Hani bilgi diyoruz, bilgelikten söz ediyoruz filan ya, düşünsene, 4.4 milyar yıl; sen, ben, o, bu küçük damlaya kaç yaşam sığar bizimkinin türünden?

Sınırdayız şimdi. Haritada ince kırmızı bir çizgi var. Türk ve Yunan karasularının sınırını gösteriyor. Denize çizilmiş bir sınır. "Bu benim denizim, benim damlam". Gülümsüyorum.

Ne hazine bir hikaye bizimkisi...

Dergilerimizden

Turkish Journal of Public Health

Cilt:22, Sayı:1, 2024



Baş Editör:

- Yücel Demiral

Editörler:

- Pınar Dündar
- Işıl Ergin
- Nilay Etiler
- Hande Harmancı
- Caferi Tayyar Şaşmaz
- Nazım Ercüment Beyhun
- Belgin Ünal
- Filiz Abacıgil
- Figen Demir
- Julia Critchley
- Sebahat Dilek Torun
- Niveen Abu-Rmeileh
- Nelta Edwards
- Sevgi Canbaz
- Özlem Terzi
- Sibel Kıran
- Peter Phillimore
- Fouad Fouad
- Shahaduz Zaman
- Özge Karadağ
- Tuğrul Erbaydar

Gender perception as the driving force for violence against women in Türkiye
Havva Gezgin Yazıcı, Latife Utaş Akhan, Makbule Batmaz

Evaluation of differences in maternal and newborn health coverage across urban and rural areas: A pooled analysis of 88 countries
Gökçen Çeliker

Peer bullying in adolescents and related factors
Işık Top, Belgin Ünal

Surgical mask usage effects: a self-questionnaire study of 7.014 responders during the COVID-19 pandemic
Özlem Soyer Er, Meryem Yavuz Van Giersbergen

The evaluation of the correlation between some variables of the countries and COVID-19 incidence of cases and deaths in different variant periods
Deniz Erdal, Burcu Ecem Uğuz, Caferi Tayyar Şaşmaz

Turkish validity and reliability of the Lawton instrumental activities of daily living scale
Aysun Güzel, Sabriye Uçan Yamaç, Sevgi Turan, Sarp Üner

Evaluation of self-competency of family physicians and family health workers in providing health services to Syrian children: an example from Ankara, Türkiye
Damla Özyürek, L. Hilal Özcebe

Sleep quality and related factors in individuals aged 20 and over consulting primary health care centers
Zeynep Ceyda Buran, Beyhan Özyurt

Rising bribes: accessing public health services in Northern Cyprus during COVID-19
Omer Gokcekus

Gender-role attitudes of university students: a cross-sectional study from Türkiye
Leyla Tekdemir, Elçin Balcı, Arda Borlu, Hasan Durmuş

Future perspectives for strengthening the tobacco industry fight indicators
Tuğçe Mehlika Şanver, Dilek Aslan

Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi

Cilt:2, Sayı:1, Nisan 2024



Baş Editör:

- Burcu Tokuç

Editörler:

- Pınar Okyay
- Gamze Çan
- Çiğdem Çağlayan
- Beyhan Cengiz Özyurt
- Mahmut Yardım

Teknik Editörler:

- Yusuf Demirtaş
- Ferhat Yıldız

Yayın Kurulu:

- Burcu Tokuç
- Ferruh N. Ayoğlu
- Gamze Çan
- Pınar Okyay
- Derya Çamur

Akademik yaşam ve iyilik hali üzerine
Özge Karadağ, Erol Nezih Orhon

Klinik araştırmalarda randomizasyon
Kübra Ecem Turgutkaya, Pınar Okyay

Erzincan İliç Altın Madeni felaketi bağlamında Türkiye için
çıkartılması gereken halk sağlığı dersleri: Altın madenciliği
gerekli mi?

Tayfun Kayar, Bülent Kılıç

Tıp fakültesi öğrencilerinin atık geri dönüşümüyle ilgili bilgi,
tutum ve davranışları

Besra Eren, Elif Okşan Çalıkoğlu, Neriman Aydın

Üniversite öğrencilerinin Human Papilloma Virus (HPV) ve HPV
aşısı hakkındaki tutumları ve bilgi düzeyleri

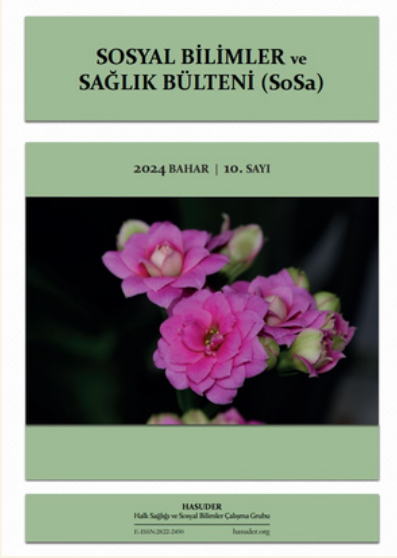
Atalay Alsancak, Buse Başak Yazıcı, Hasan Hüseyin Sakar,
Nahide Berka Bala, Sudenur Uçarer, Coşkun Bakar

Türkiye'de sağlık hizmeti göstergeleri ve sosyoekonomik
faktörlerin bebek ölüm hızına etkisi: İl düzeyinde ekolojik bir
analiz

Duygu Lülecı, Duran Ada, Bülent Kılıç

Bir sağlık tarihi serüveni: Kırklareli sağlık tarihi evi
Çiğdem Cerit

HASUDER Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni Bahar 2024, Sayı 10



Baş Editör:

- Ahmet Can Bilgin

Editörler:

- Elif Dönmez
- Nuray Özgülnar
- Temmuz Gönç Şavran
- Salih Keskin

Tasarım ve Dijital Sanat:

- Salih Keskin

Bülten Düzenleme Kurulu:

- Ahmet Furkan Süner
- Gülcan Demir,
- Hacer Nalbant
- Nuray Özgülnar
- Nureddin Özden
- Onur Şimşek
- Salih Keskin
- Selma Karabey
- Yağmur Köksal Yasin

Danışma Kurulu:

- Akile Gürsoy
- Betül Durmaz Yurt
- Erhan Akarçay
- İncilay Cangöz
- Jade Cemre Erciyes
- M. Kirami Ölgün
- Kamuran Elbeyoğlu
- Osman Sirkeci
- Özlem Duva
- Sevgi Canbaz

Baba Olmanın Yeni Biçimleri: Korunan ve Dönüşen Yönler Üzerine Nitel Bir İnceleme

Yusuf Emir Eren, Temmuz Gönç Şavran

Türkiye’de Gazete Manşetlerine Göre Pandeminin İlk 3 Ayı

Neslişah Şivye, Ahmet Furkan Süner, Salih Keskin, Ahmet Can Bilgin

Engelleri Aşmak: İş Dünyasında Kadınların Tarihsel Yolculuğu Sevgi Canbaz

Hem Kitap Hem Film: “Çit”

Bülent Kılıç

Yapay Zekâ “Sanatı”

Aylin Öztürk

Yapay Zekâ ve Sağlık Konusunda Yayınlanmış Tezler

Ahmet Furkan Süner, Ahmet Can Bilgin

Fotoğraf

Nuray Özgülnar

Karikatür

Barış Baklan

Gerçekleşen etkinlikler



HASUDER'DEN DİYARBAKIR ZİYARETİ

HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Bülent Kılıç, Genel Sekreter Doç. Dr. Derya Çamur, Yönetim Kurulu üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Zehra Kılınç, Uzm.Dr. Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın ve Uzm. Dr. Öykü Turunç 26-27 Nisan 2024 tarihlerinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nı ziyaret etti ve Diyarbakır, Mardin, Adıyaman, Elazığ, Malatya, Şanlıurfa, Şırnak ve Siirt'ten katılan Halk Sağlığı uzmanları ile buluştu.



HASUDER SAHADA ÇALIŞAN HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DOĞU ANADOLU VE GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGE TOPLANTISI DİYARBAKIR / 26-27 NİSAN 2024

HASUDER Yönetim Kurulu (YK) olarak “Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları” ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanları ile Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölge toplantısı kapsamında 26-27 Nisan 2024 tarihlerinde Diyarbakır’da bir araya gelinmiştir. Bu çerçevede önce 26 Nisan 2024 tarihinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyeleri ile ve bir gün sonra 27 Nisan 2024 tarihinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde sahada çalışan halk sağlığı uzmanları ve bölge üniversitelerinde çalışan halk sağlığı öğretim üyeleri ile iki ayrı toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantılara toplam 31 kişi katılmıştır.

26 Nisan tarihinde 10 tıpta uzmanlık öğrencisi, bir öğretim üyesi ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından mezun olmuş ve sahada hizmet sunan iki halk sağlığı uzmanının katılımıyla Dicle Üniversitesinde gerçekleştirilen toplantıya dair notlar aşağıda sunulmuştur:

- 1.Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin fakültede görev yapan öğretim üyelerinin ilgi alanları ile sınırlı kalabildiği, uzmanlık öğrencilerinin halk sağlığının belirli alanlarında fakülteden fakülteye değişiklik gösteren oranlarda eksik kalabildiği dile getirilmiştir. Bu kapsamda uzmanlık eğitiminin standardize edilmesine yönelik çalışmaların güçlendirilmesi, farklı üniversitelerin katkıları ile yüz yüze veya online kurs ve dersler ile bu eksikliğin kapatılabileceği önerilerinde bulunulmuştur.
- 2.Uzmanlık eğitiminin önemli bir parçası olan saha rotasyonlarının etkinliğinin arttırılmasına yönelik olarak, saha rotasyonlarında, sahada çalışan halk sağlığı uzmanları ile üniversitelerin iletişiminin güçlendirilmesi, rotasyonlarda uzmanlar ile uzmanlık öğrencilerinin ortak çalışmasının arttırılması ve uzmanların uzmanlık öğrencilerinin rotasyon eğitimleri boyunca sorumluluklarının arttırılması önerilerinde bulunulmuştur.
- 3.Halk sağlığı uzmanları tarafından sunulan koruyucu hizmetlerine yönelik maliyet-etkililik ve maliyet-yarar gibi çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç duyulduğu dile getirilmiştir.
- 4.Üniversitelerde bağışıklama, aile planlaması gibi koruyucu hizmetlerin sunulduğu birimlerin açılması ve uzmanlık öğrencilerinin bu birimlerde çalışmasının sağlanması önerilerinde bulunulmuştur.

27 Nisan 2024 tarihinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde sahada çalışan halk sağlığı uzmanları ve bölge üniversitelerinde çalışan halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyeleri ile gerçekleştirilen toplantıya; Diyarbakır ilinden altı uzman hekim, bir öğretim üyesi ve bir tıpta uzmanlık öğrencisi, Mardin ilinden iki uzman hekim ve iki öğretim üyesi, Adıyaman ilinden iki uzman hekim ve bir öğretim üyesi, Elazığ ilinden iki öğretim üyesi, Malatya ilinden iki uzman ve iki öğretim üyesi, Şanlıurfa, Şırnak ve Siirt illerinden birer uzman hekim katılım sağlamıştır. Toplantıya dair notlar aşağıda sunulmuştur.

HASUDER SAHADA ÇALIŞAN HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DOĞU ANADOLU VE GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGE TOPLANTISI DİYARBAKIR / 26-27 NİSAN 2024

- Doğu ve Güneydoğu illerinde sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarının ve bu illerde görev yapan öğretim üyelerinin Antalya'da düzenlenen kongreye katılımının, uygun tarih ve zamanlı uçuş bulamama ve aktarma yapma gerekliliği nedeniyle zor olduğu, bu sebeple de bölgeden kongreye katılımın düşük olduğu dile getirilmiş ve kongre yer seçiminde buna dikkat edilmesi önerisi dile getirilmiştir.
- Halk sağlığı uzmanlarının reçeteleri SGK tarafından karşılanmadığı için bulaşıcı hastalıklara yönelik yapılan saha incelemesi neticesinde temaslara profilaktik antibiyoterapi başlanamaması, üniversitelerde halk sağlığı öğretim üyelerinin ve asistanlarının koruyucu sağlık hizmeti veren polikliniklerde hizmet sunamaması ya da bu tarz polikliniklerin açılabilmesi gibi sahada birtakım zorluklar ile karşılaşmaktadır. Ayrıca bu durum sahada çalışan uzmanları tarafından hekim olarak kazanımların kaybedildiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ancak öte yandan halk sağlığı uzmanlarının reçetelerinin SGK tarafından karşılanmasının halk sağlığı uzmanlarının aile hekimliğinde, acil serviste görevlendirilmesi gibi poliklinik görevlendirilmelerinin de önünü açabileceği endişesi dile getirilmiştir. Sigara bıraktırma, profilaktik tedavi, üreme sağlığı ve kontrasepsiyon gibi halk sağlığı ile ilişkili alanlarda uzmanların reçetelerinin SGK tarafından karşılanmasının uygun olacağından bahsedilmiştir.
- Yeni kurulmuş ve/veya küçük üniversitelerin halk sağlığı anabilim dalları ile büyük/merkezi üniversitelerin halk sağlığı anabilim dalları arasındaki iletişimin ve ilişkinin sınırlı düzeyde olduğu bu durumun Doğu ve Güneydoğu illerine özgü bir durum olmadığı ve bu iletişimin güçlendirilmesi ihtiyacı olduğu vurgulanmıştır.
- Halk sağlığı uzmanlarının görev tanımlarının düzenlenmesine yönelik çalışmaların güçlendirilmesi gerekliliği konuşulmuştur. Özellikle İlçe Sağlık Müdürlüklerinde halk sağlığı uzmanlarının nitelikleri altında çalıştırıldığı, pratisyen hekimden farklı görülmediği, görev tanımına uygun olmayan alanlarda çalıştırıldığı dile getirilmiştir. Halk sağlığı uzmanlarının görev tanımlarının düzenlenmesi sahada en çok dile getirilen talep olarak dikkat çekmektedir.
- Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde ilçe sağlık müdürlüklerinde yeterli oda, alan, masa, bilgisayar gibi fiziki şartların sağlanamadığı, çalışma koşullarının kötü olduğu bu sebeple de personelin motivasyonunun düşük olduğu dile getirilmiştir.
- Halk sağlığı uzmanlarının mümkün olduğunca yönetici kadrolarda çalışması gerektiği, halk sağlığı uzmanlarının birim sorumlusu, başkan yardımcısı, başkan, ilçe sağlık müdürü gibi yönetici pozisyonda çalışması halinde hem birimlerde hem de kurumlarda olumlu değişikliklerin gözlemlendiği dile getirilmiştir. Özellikle halk sağlığı uzmanlarının ilçe sağlık müdürü olarak çalışmasının, kurumun fiziki koşullarının iyileştirilmesinde, kurumda görev yapan sağlık personelinin görev tanımlarının, iş akışlarının belirlenmesinde ve personelin motivasyonunun artmasında olumlu etkilerinin olduğundan bahsedilmiştir.



HASUDER SAHADA ÇALIŞAN HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DOĞU ANADOLU VE GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGE TOPLANTISI DİYARBAKIR / 26-27 NİSAN 2024

- İlçe sağlık müdürlüklerinde uzman hekimlere yönelik sözleşmeli kadroların (4924) kaldırılmasının özellikle Doğu ve Güneydoğu'da olumsuz etkileri olduğu dile getirilmiştir. Nitelikli personel sayısının az olduğu, sağlık çıktılarının görece kötü olduğu perifer ilçelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin sekteye uğramaması ve kurum hafızasının güçlenmesi için halk sağlığı uzmanları için sözleşmeli kadroların açılması gerektiği vurgulanmıştır.
- İlçe sağlık müdürlüklerine atanan pratisyen hekimlerin, bağışıklama, saha incelemesi, kanser taramaları, HYP, aile hekimliğinde sunulan hizmetler gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bilgi düzeylerinin çok düşük olduğu, bahsi geçen konularda uzmanlık öncesi tıp eğitiminin güçlendirilmesi gerektiği dile getirilmiştir.
- Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar kontrol programlarının, çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığına yönelik programların ilçe ve il düzeyinde yürütücüsü konumunda yer alan halk sağlığı uzmanlarının bu programlar ile ilgili, halk sağlığı uzmanının temel olarak uygulamadığı fakat denetlediği uygulamalara yönelik Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi gibi eğitimlere katılımının sağlanmasının saha için önemli bir kazanım olacağı vurgulanmıştır.

Katılımcı Listesi: Bülent Kılıç, Derya Çamur, Zehra Kılınç, Öykü Turunç, B Nehir Buğdaycı, Abdullah Sert, Ayşe Baran, Ayşe Taş, Bayram Başdemir, Bilal Yıldız, Ceren Oğuz, Cüneyt Çam, Fatma Nur Dayanır Çok, Fatma Seven, Furkan Bakırhan, Gözde İsen, Hıdır Sarı, Hilal Andan, Hüsna Balkan, İrem Bulut, İzzettin Toktaş, Kenan İlkay Alp, Kevser Tuncer, Mehmet Nuri Gördük, Merve Kevser Çamlı, Osman Kurt, Pelin Bilgin Kahveci, Yunus Emre Bostan, Zeynep Öykü Öztürk Arıkan



HATAY İSKENDERUN'DA ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİ

HASUDER'in UNFPA desteğiyle yürüttüğü üreme sağlığı projesi kapsamında deprem illerinde görev yapan STK'ların sağlık personeline yönelik olarak 5-6 Haziran 2024'te Hatay İskenderun'da iki günlük üreme sağlığı eğitimi düzenlendi. HASUDER, UNFPA ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden eğitimcilerin görev aldığı eğitime STK'lardan (HASUDER, SENED, SGDM-ASAM, TAPV, DDD, SGYD ve SRP) 19 sağlık personeli katıldı.





KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMLERİ FAALİYETLERİNE DEVAM EDİYOR

HASUDER'in Direct Relief ve UNFPA tarafından desteklenen iki Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Büyükşehir Belediyesinin de katkılarıyla Hatay'da faaliyetlerine devam ediyor.





Extensio et
Progressio

Halk Sağlığı Uzmanları
Derneği Webinarleri

Risk Klinikleri - 1



**Doç. Dr.
Ümit Kartoğlu**

Tarih: 17 Nisan 2024
Saat: 20.00 (TSİ)

HASUDER
Zoom Oturumu



**WEBİNERLERİMİZ
DEVAM EDİYOR**



Extensio et
Progressio

Halk Sağlığı Uzmanları
Derneği Webinarleri

Risk Klinikleri - 2



**Doç. Dr.
Ümit Kartoğlu**

Tarih: 5 Haziran 2024
Saat: 20.00 (TSİ)

HASUDER
Zoom Oturumu



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Webinerleri

Türkiye İlkokul Çağı Şişmanlık Araştırma Sonuçlarının İrdelenmesi



Prof. Dr.
Hilal Özcebe
Konuşmacı



Doç. Dr.
Nazan Yardım
Moderatör

Tarih: 24 Nisan 2024
Saat: 20.00

HASUDER
YouTube Kanalı
youtube.com/c/KanalHASUDER



WEBİNERLERİMİZ DEVAM EDİYOR



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Webinerleri

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlenmesi



Prof. Dr.
Fatma Umut Beşpınar
Konuşmacı



Prof. Dr.
Şevkat Bahar Özvarış
Moderatör

Tarih: 8 Mayıs 2024
Saat: 20.00

HASUDER
YouTube Kanalı
youtube.com/c/KanalHASUDER



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Webinerleri

Gezegen Sağlığı



Prof. Dr.
Çiğdem Çağlayan
Konuşmacı



Doç. Dr.
Nurhan Meydan Acımiş
Moderatör

Tarih: 15 Mayıs 2024
Saat: 20.00

HASUDER
YouTube Kanalı
youtube.com/c/KanalHASUDER



**WEBİNERLERİMİZ
DEVAM EDİYOR**



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Webiner Çalışma Grubu

Kronik Hastalıkların Yönetiminde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Sağlığı Merkezleri ve İlçe Sağlık Müdürlükleri Perspektifi



Doç. Dr.
Asya Banu Babaoğlu
Moderatör



Doç. Dr.
Mehmet Akif Sezerol
Konuşmacı



Doç. Dr.
Gülseren Pamuk
Konuşmacı

Tarih: 3 Temmuz 2024
Saat: 20.00

HASUDER
YouTube Kanalı
youtube.com/c/KanalHASUDER



**VEREMLE MÜCADELE
ETMEK İÇİN ÖNCELİKLE
YOKSULLUK VE
EŞİTSİZLİKLERLE
MÜCADELE EDİLMELİDİR!**

1 Nisan 2024

Bulaşıcı Hastalıklar
Çalışma Grubu



**1-7 Nisan
Kanser Haftası**

1 Nisan 2024

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
Çalışma Grubu



HASUDER BİLGİ NOTLARI, BASIN BİLDİRİLERİ VE RAPORLARI

Derneğimiz tarafından hazırlanan bilgi notlarına, basın bildirilerine ve raporlara internet sitemizde bulunan “Bilgi Notları ve Raporlar” sekmesinden ulaşabilirsiniz



**Depremden Etkilenen
İllerde ve İlçelerdeki
Demografik Değişim:
Adrese Dayalı Nüfus Kayıt
Sistemi 2021-2023**

2 Nisan 2024

Epidemiyoloji
Çalışma Grubu



**21-28 NİSAN
EBELER HAFTASI**

21 Nisan 2024



TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU 2024

25 Nisan 2024

Çocuk, Ergen ve Okul Sağlığı
Çalışma Grubu



AŞI HAYATTIR: HEM ÇOCUKLAR HEM DE YETİŞKİNLER İÇİN! 24-30 Nisan Aşı Haftası

29 Nisan 2024

Bulaşıcı Hastalıklar ve Bulaşıcı
Olmayan Hastalıklar
Çalışma Grupları



HASUDER BİLGİ NOTLARI, BASIN BİLDİRİLERİ VE RAPORLARI

Derneğimiz tarafından hazırlanan bilgi notlarına, basın bildirilerine ve raporlara internet sitemizde bulunan “Bilgi Notları ve Raporlar” sekmesinden ulaşabilirsiniz



İLİÇ MADEN KAZASI VE SONRASINDA YAŞANANLAR HAKKINDA GÖRÜŞ YAZISI (Mayıs 2024)

6 Mayıs 2024

İş Sağlığı
Çalışma Grubu



İSTANBUL KULÜP YANGINI TEMELİNDE YANGINLARIN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ YAZISI (Mayıs 2024)

6 Mayıs 2024

İş Sağlığı
Çalışma Grubu



ENGELLİLER HAFTASI BİLGİ NOTU

10 Mayıs 2024
Engelsiz Toplum
Çalışma Grubu



17 MAYIS DÜNYA HİPERTANSİYON GÜNÜ BİLGİ NOTU

18 Mayıs 2024
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
Çalışma Grupları



HASUDER BİLGİ NOTLARI, BASIN BİLDİRİLERİ VE RAPORLARI

Derneğimiz tarafından hazırlanan bilgi notlarına, basın bildirilerine ve raporlara internet sitemizde bulunan “Bilgi Notları ve Raporlar” sekmesinden ulaşabilirsiniz



31 MAYIS TÜTÜNSÜZ DÜNYA GÜNÜ

31 Mayıs 2024
Tütün İle Mücadele
Çalışma Grubu



DOĞURGANLIK TARTIŞMALARI KADINLARIN ÜREME HAKLARI KORUNARAK ELE ALINMALIDIR!

5 Haziran 2024
Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve
Üreme Sağlığı
Çalışma Grubu



5 HAZİRAN DÜNYA ÇEVRE GÜNÜ

5 Haziran 2024
Çevre Sağlığı
Çalışma Grubu



SAVAŞIN MASUM MAĞDURLARI GAZZELİ ÇOCUKLAR

10 Haziran 2024
Çocuk, Ergen ve Okul Sağlığı
Çalışma Grupları



HASUDER BİLGİ NOTLARI, BASIN BİLDİRİLERİ VE RAPORLARI

Derneğimiz tarafından hazırlanan bilgi notlarına, basın bildirilerine ve raporlara internet sitemizde bulunan “Bilgi Notları ve Raporlar” sekmesinden ulaşabilirsiniz



YEREL YÖNETİMLER ve TÜTÜN KONTROLÜ

3 Temmuz 2024
Tütün İle Mücadele
Çalışma Grubu



AFETLERDE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ SUNUMUNDA ULUSAL VE ULUSLARARASI İŞBİRLİKLERİ: ULUSLARARASI KURULUŞLAR, SİVİL TOPLUM VE KAMU SEMPOZYUMU GERÇEKLEŞTİRİLDİ

HASUDER ve UNFPA işbirliği ile 7 Haziran 2024 tarihinde Hatay İskenderun'da Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri Sunumunda Ulusal ve Uluslararası İşbirlikleri: Uluslararası Kuruluşlar, Sivil Toplum ve Kamu Sempozyumu gerçekleştirildi.



AFETLERDE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ SUNUMUNDA ULUSAL VE ULUSLARARASI İŞBİRLİKLERİ: ULUSLARARASI KURULUŞLAR, SİVİL TOPLUM VE KAMU SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye'nin üreme sağlığı alanında yürüttüğü, ABD Dış İşleri Bakanlığı Nüfus, Mülteciler ve Göç Ofisi (PRM) tarafından finansal olarak desteklenen proje kapsamında, 7 Haziran 2024 tarihinde İskenderun/Hatay'da **Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda İş Birlikleri: Uluslararası Kuruluşlar, Sivil Toplum ve Kamu Sempozyumu** düzenlenmiştir.

Sempozyumda, 6 Şubat 2023 depremleri sonrasında deprem illerinde, özellikle Hatay'da sahada cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) başta olmak üzere sağlık ve koruma alanlarında hizmet sunan sivil toplum kuruluşları (STK) ve kamu paydaşlarının bir araya geldiği bir platformda deneyimlerin paylaşılması, yapılanların, zorlukların ve yapılamayanların ortaya konulması ve bundan sonra yaşanabilecek afetlere hazırlıklı olma durumunun sağlanabilmesi için iş birliği ortamı oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca sahada birlikte çalışan çeşitli meslek grubu temsilcileri, akademisyenler, kamu kuruluşu, STK ve uluslararası kuruluş temsilcileri bir araya gelmiş, deprem bölgesinde bir yılı aşkın süredir yapılan çalışmaların görünür hale gelmesi sağlanmıştır. Sempozyuma Sivil Toplum Kuruluşları (HASUDER, SGDD-ASAM, SENED, TAPV, SGYD, Hatay Tabip Odası), Uluslararası Kuruluşlar (UNFPA, PRM, IOM) ve Kamu Kurum ve Kuruluşları (Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, Hatay Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Hatay İlçe Sağlık Müdürlükleri, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Diğer deprem illerinde il ve ilçe sağlık müdürlükleri temsilcileri, Akademisyenler) temsilcileri katılmıştır.

Sempozyumda öne çıkan önemli konular aşağıda verilmiştir:

- Afetler ve acil durumlarda CSÜS hizmetlerine erişimde hak temelli yaklaşım esastır. Üreme hakları kapsamında kadınlara yönelik sunulması gereken hizmetler kapsamlı ve erişilebilir olmalıdır. Bu hizmetler, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi, bunlara ücretsiz veya uygun fiyatlı erişim,, riskli gebelikler, doğum öncesi ve sonrası bakım, cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlığı, kısırlık tedavisi ve üreme sağlığı taramaları gibi temel sağlık hizmetlerini içermelidir. Kadınların üreme hakları konusunda bilinçlendirilmesi ve bu haklarını kullanırken herhangi bir ayrımcılık, baskı veya şiddetle karşılaşmaması için destek mekanizmaları da oluşturulmalıdır. Bu hizmetlerin gizlilik, güvenlik ve insan onuruna saygı çerçevesinde sunulması hayati öneme sahiptir.

AFETLERDE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ SUNUMUNDA ULUSAL VE ULUSLARARASI İŞBİRLİKLERİ: ULUSLARARASI KURULUŞLAR, SİVİL TOPLUM VE KAMU SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

- CSÜS hizmetlerinin sunumu afet sonrası dönemde genellikle geri planda kalmaktadır. Afet öncesi dönemde bu alanda hizmet açığı varsa, afet sonrası dönemde hizmet açığı daha da derinleşmektedir. Afet sonrası dönemde özellikle dezavantajlı gruplar için hizmetlere erişim güçleşmekte, gecikmekte, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) bağlı anne ve bebek ölümlerinde artışlar gözlenebilmektedir. Afet sonrası dönemde sağlık hizmetlerinde, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ve üreme sağlığı alanlarında devam etmesi önemlidir.
- CSÜS hizmetleri afet sonrası dönemde hızla planlanmalı ve hizmet sunumu en kısa sürede başlamalıdır.
- Afetlerde sağlık hizmeti planlamaları çoğunlukla ikinci basamak üzerinden yapılmakta, aile hekimliği birimlerinin ve aile sağlığı merkezlerinin görevleri belirsiz kalmaktadır. Afetin akut döneminde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin önemi açık olmakla birlikte, en kısa sürede salgın hastalıkların kontrolü, kadın, çocuk, yaşlı ve engelli bireylerin sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, çevre sağlığı gibi alanların güçlendirilmesi için aile hekimliği birimlerinin afetlerde görev, yetki ve sorumluluklarının planlanması gerekmektedir.
- Afet anında ve sonrasında daha organize ve etkili hizmet sunulması için aile hekimliği birimlerinin depreme dayanıklı binalarda hizmet vermeleri ve afetlerdeki görev ve sorumluluklarının tanımlarının yapılması sağlanmalıdır.
- İl Halk Sağlığı Başkanlıkları ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde özellikle üreme sağlığı, çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, kanser taramaları gibi koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmelidir.
- Deprem bölgesinde çalışan sağlık insan gücünün niceliksel ve niteliksel açılardan desteklenmesi, eğitilmesi ve motivasyonunun artırılması gerekmektedir.
- Sağlık kurumları başta olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarının hazırlıklı olunması adına Afet ve Acil Durum Planlarının uygulanabilirlikleri açısından gözden geçirilmesi gerekmektedir.
- Afetlerde tüm paydaşların, farklı kurum ve kuruluşların sektörler arası iş birliği, iletişim ve koordinasyon içinde bir arada çalışması halk sağlığı hizmetlerinin etkinliğini ve kapsayıcılığını artıracaktır. Bu nedenle bu çok sektörlü iletişim afet öncesi dönemde güçlendirilmelidir.

AFETLERDE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ SUNUMUNDA ULUSAL VE ULUSLARARASI İŞBİRLİKLERİ: ULUSLARARASI KURULUŞLAR, SİVİL TOPLUM VE KAMU SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

- Afet bölgesinde kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının hem kendi içlerinde hem de birbirleri ile olan iletişimin ve iş birliğinin güçlendirilmesi gereklidir. Bunun için iletişim rehberlerinin oluşturulması yararlı olacaktır.
- Afet dönemlerinde kamu kurumları sivil toplum ile iş birliğine açık olmalı, iş birliğini artıracak ve kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalı, bu tür kriz dönemlerinde ortaya çıkan sorunların çözümünde çok sektörlü çalışmanın bir zorunluluk olduğu unutulmamalıdır.
- Afetzedede göçünün yüksek olduğu, özellikle sağlık altyapısı ve sağlık insan gücü daha yetersiz olan komşu illerde, sağlık altyapısının yetersiz kaldığı görülmüştür. Komşu illerde afetzedelerin barınmasının sağlanmasına, nüfus hareketliliğinin takip edilmesine ve afetzedelere uygulanacak sağlık hizmetlerine yönelik planlamanın yapılması gerekmektedir.

Saygılarımızla,

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

AŞI KARARSIZLIĞI SEMPOZYUMU: DEĞİŞEN ÖNCELİKLER VE SAVUNUCULUK GERÇEKLEŞTİRİLDİ



Aşı Kararsızlığı Sempozyumu Değişen Öncelikler ve Savunuculuk

Aşı Kararsızlığında Tarihçe ve Gelişim

Aşı Kararsızlığında Güncel Durum

Aşı Kararsızlığında Sahadan Deneyimler

Yeni Teknolojik Aşılar ve Aşı Kararsızlığı

Aşı Kararsızlığı ve Savunuculuk

27 Nisan 2024
Cumartesi
09.30 - 16.30

Canlı Yayın - İletişim
youtube.com/c/KanalHASUDER
asikararsizligisempozyum@yahoo.com

Sempozyum Düzenleme Kurulu

Prof.Dr.Pınar Okyay (Başkan)

Uzm.Dr.Onur Acar (Sekreter)

Prof.Dr.Caferi Tayyar Şaşmaz

Dr.Öğr.Üyesi Didem Daymaz

Uzm.Dr.Selen Gürsoy Turan

Arş.Gör.Dr.Deniz Erdal

AŞI KARARSIZLIĞI SEMPOZYUMU: DEĞİŞEN ÖNCELİKLER VE SAVUNUCULUK SONUÇ BİLDİRGESİ

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu tarafından düzenlenen “Aşı Kararsızlığı: Değişen Öncelikler ve Savunuculuk” başlıklı sempozyum 27 Nisan 2024 tarihinde Dünya Aşı Haftasında çevrimiçi olarak gerçekleştirildi. Sempozyuma 92 katılımcının kayıt yaptırarak canlı olarak katıldığı tespit edildi. Sempozyum programında yer alan iki panel ve bir forumda 14 oturum başkanı ve konuşmacı görev aldı. Multidisipliner bir anlayışla gerçekleştirilen sempozyumda oturum başkanları ve konuşmacılar Halk Sağlığı Uzmanı, İletişim Uzmanı, Medya ve Tıp Tarihi ve Etik alanından bilimsel katkı sundular.

Aşı kararsızlığı, aşı hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen aşılardan kabulünde gecikme veya aşılardan reddi anlamına gelmektedir; karmaşık bir örüntüye sahiptir ve bağlama özgüdür; zaman, yer ve aşılara göre değişmektedir.

Aşı kararsızlığı temelde üç faktör [3Cs Modeli (Complacency, Convenience, Confidence)] ile ilişkilendirilir. Bunlardan ilki, aşılara karşı kayıtsızlık durumudur. Kayıtsızlık aşı ile önlenemez hastalıklarda algılanan risklerinin düşük olduğu ve aşılamanın gerekli bir önleyici faaliyet olarak görülmediği durumlarda ortaya çıkar.

İkincisi, elverişlilik durumudur. Aşının elverişlilik ya da uygunluk durumu, fiziksel bulunabilirlik, satın alınabilirlik ve ödemeye isteklilik, coğrafi erişilebilirlik, anlama yeteneği (dil ve sağlık okuryazarlığı) ve bağışıklama hizmetlerinin çekiciliğinin alımı ne ölçüde etkilediği ile ölçülür.

Üçüncüsü güven faktörüdür. Aşılardan etkinliği ve güvenliği; sağlık hizmetlerinin ve sağlık profesyonellerinin güvenilirliği ve yeterliliği dahil olmak üzere bunları sağlayan sistem ve gerekli aşılara karar veren politika yapıcılara olan güvendir.

Aşı kararsızlığını oluşturan ve başlıca artıran faktör otorite boşluğu ya da otoriteye duyulan güven kaybıdır. Bu güven kaybı toplumda infodemiye, o da aşı kararsızlığını artırmaktadır. Bu faktörlerin etkisi altındaki aşı tutumları, tamamen kabulden tamamen reddetmeye kadar uzanan bir yelpaze üzerinde görülebilir. Aşı konusunda kararsız bireyler bu yelpazenin ortasında heterojen bir gruptur.

Genişletilmiş Bağışıklama Programının 1974 yılında başlatılmasından beri 50 yıl geçti. Bu süre içinde en az 150 milyon çocuk ölümünün önleniği rapor edilmektedir. Günümüzde dünyada ve ülkemizde aşı kararsızlığı artmakta ve bu da aşı kapsayıcılık hızlarını düşürmektedir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü, aşı kararsızlığını insanlığın karşı karşıya kaldığı en temel 10 sağlık tehdidinden biri olarak tanımlamaktadır.

Sempozyumda, aşı kararsızlığını önlemede öne çıkan öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Çalışmaların 3 C yaklaşımı (Kayıtsızlık, elverişlilik, güven) ile Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda çok paydaşlı programlarla yürütülmesi,
- Aşı uygulayıcıların bilgilendirilmesi ve donanımlı olması ve iyi aşı uygulama becerisinin geliştirilmesi,
- Aşı uygulamaları ve aşı kararsızlığında savunuculuk boyutuyla öncelikli olarak aşı uygulayıcılarının ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi ve iletişim boyutuyla yetkinliklerinin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması,

AŞI KARARSIZLIĞI SEMPOZYUMU: DEĞİŞEN ÖNCELİKLER VE SAVUNUCULUK SONUÇ BİLDİRGESİ

- Toplumda yanlış bilgiye karşı güvenli ve doğru bilgiye ulaşım kanallarının yaygınlaştırılması,
- İnfodemi ile mücadele edilmesinde; Türkiye Cumhuriyeti İletişim Başkanlığı bünyesinde Dezenformasyon Mücadele Merkezi ve Sağlık Bakanlığının öncü rol alması,
- Toplumda aşı ve bağışıklama hizmetleri nedir, etkileri, bireysel ve toplumsal yararlar hakkında farkındalık oluşturacak sağlık eğitimi yapılması,
- Toplumda aşı kararsızlığının nedenlerini anlamaya yönelik olarak bölgesel düzeyde bilimsel çalışmalar yürütülmesi ve bu nedenleri bertaraf etmeye yönelik sağlık hizmetleri planlamasında Sağlık Bakanlığı Bağışıklama Danışma Kurulunun öncü rol alması,
- Medyanın bilgiye bireysel kaynaklar yerine kurumsal kaynaklardan ulaşmasının motive edilmesi,
- Basında uzmanlaşmış sağlık muhabirliğinin yaygınlaştırılması, aşı ve bağışıklama konusunda güvenli ve doğru bilgiye erişim konusunda Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda Türkiye Gazeteciler Cemiyeti, Türk Tabipleri Birliği ve ilgili uzmanlık derneklerinin ortak çalışmalar yürütmesi,
- Farklı disiplinlerin yapmış olduğu bilimsel etkinliklerde aşı kararsızlığına yer verilmesi,
- Yapay zekâ uygulamalarının sosyal medyada aşı kararsızlığının kontrol edilmesinde sürece dahil edilmesi,
- Toplumda saygın kişilerin aşı ve bağışıklama konusunda güven artışı sağlanabilmesi için görünür kılınması,
- Televizyon film ve dizilerinde aşı ve bağışıklama uygulamalarına yönelik içerikler oluşturulması,
- Aşı ve bağışıklama hizmetlerinde bireysel özgürlük ve toplumsal yarar zemininde, toplumla birlikte Tutarlı Etik Halk Sağlığı Stratejisi geliştirilmesi,
- Başta tıp fakülteleri olmak üzere ilgili mesleklerin lisans eğitimlerinde aşı karşıtlığı ve kararsızlığı mücadele konusuna müfredatta yer verilmesi,
- Aşı ve bağışıklama hizmetlerinde toplumda güveni artırabilmek için açık ve şeffaf bilgilendirme ve iyi uygulamaya öncelik verilmesi,
- Aşı kararsızlığı içinde olanların ötekileştirilmeden kararsızlığının nedenlerinin anlaşılmasına çalışılması, anlayışlı ve yapıcı bir iletişim dili kullanılarak kararsızlık nedenlerinin giderilmeye çalışılması ve
- Aşı ve bağışıklama konusunda gerekli mevzuat çalışmalarının geciktirilmeden yapılması, önerilir.

Sempozyum kayıtlarına @KanalHASUDER YouTube kanalından ulaşılabilir.

ERGENLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI SEMPOZYUMU GERÇEKLEŞTİRİLDİ



HASUDER

Çocuk, Ergen ve Okul Sağlığı Çalışma Grubu
Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Üreme Sağlığı
Çalışma Grubu

ERGENLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI SEMPOZYUMU

Bağımlılık
Güvenli Cinsellik
Şiddet ve Akran Zorbalığı

18 Mayıs 2024 - Cumartesi

10.00 – 17.00

[Youtube.com/c/KanalHASUDER](https://www.youtube.com/c/KanalHASUDER)

Canlı Yayın

Katılım ücretsizdir

ERGENLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

Ergenlik dönemi, çocukluk ve yetişkinlik arasında, 10-19 yaşları arasını kapsayan bir geçiş evresidir. Bu dönem, gençlerin gerçek hayata hazırlık yaptığı önemli bir süreçtir. Türkiye'de genç yaş grubunun nüfusu (10-24 yaş), toplam nüfusun yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır. Ergenler hızlı bir büyüme ve gelişme süreci yaşamaktadır. Ergen yaşam davranışları ve olanaklarına bağlı olarak pek çok önlenabilir sağlık sorunu yaşayabilir. Bu sağlık sorunları ölümlere neden olabilmektedir. Bu durum ergenlerin hastalık ve yaralanma örüntüsünde yaşam tarzına bağlı olarak değişmektedir.

Ergenlikte Riskler

Ergenlik döneminde duygular ile hareketi sağlayan orta beyinin, mantıklı karar verme bölgesi olan ön beyinden daha erken olgunlaşması ve duygu değişimleri riskli davranışı kolaylaştırmaktadır. Bağımlılık yapan teknoloji ya da madde kullanım süresinden ziyade bu alışkanlığa başlanan yaş bağımlılık için daha kuvvetli belirleyici bir faktördür. Riskli sağlık davranış konusunda yapılan araştırmalara göre başta sigara ve alkol olmak üzere ergenlerin yarısından fazlasının riskli sağlık davranışlarına sahip olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde ergenlerde tütün bağımlılığı en sık karşılaşılan bağımlılık türüdür. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına (2017) göre 13-15 yaş arası ergenlerin %17,9'u herhangi bir tütün ürünü kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %23,2 ve kızlarda %12,1'dir. Tütün kullanımı, madde bağımlılığı için de bir risk faktörü olmaktadır. Ergenleri madde kullanımından uzak tutan etmenler; aile ilişkileri ve aile bağlanmasının sağlıklı olması, bağımlı olmaktan korkması, kullanılan madde ile hasta olma kaygısı, dinsel inançları ve olumlu arkadaş çevresi olarak sayılabilir.

Ergenlik döneminde akran zorbalığı ve siber zorbalık yaygın görülmektedir. Ergenlik döneminde görülen akran zorbalığı, ciddi sonuçlara yol açabilen bir sorundur. Zorba veya kurban olmanın fiziksel, duygusal sorunlara neden olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Zorba veya kurban ergenler depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlarını daha fazla yaşamaktadır. Bu durum çocukların sosyal ve akademik yaşantılarını olumsuz etkilemektedir. Kurban olan ergenlerin okulda kendini güvenli hissetmediği ve okula gitmek istemediği, okula devamsızlığının arttığı, sonuç olarak okul başarısında düşüş yaşadığı gözlenmiştir. Katılımcıların öz bildirimine dayalı yapılan başka bir çalışmada ise zorba çocukların okul kurallarını adil bulmadığı için okula bağlılık ve devam sorunları yaşadıkları bulunmuştur. Akran zorbalığının etkileri düşünüldüğünde erken dönemde bu durumun fark edilerek önlenmesi, zorbalığın gerçekleştiği ilk ortamların genellikle okul ve toplumsal alanlar olduğu düşünüldüğünde; bu konuda öğretmenlerin ve halk sağlığı uzmanlarının yaklaşımı önemlidir. Son yıllarda ergenlerin şiddet eylemlerine eğilimli olması önlemeye ilişkin programların ilgili tüm kurumlarda yürütülmesi önemlidir.

Ergenler büyüme ve gelişme sürecinde bağımsız olmayı öğrenirler, cinsellik konusunda farkındalıkları artar ve ilişkiler kurmaya odaklanırlar. Ergenlerin üreme ve cinsel sağlık gereksinimleri genellikle göz ardı edilmekte, ergenler doğru bilgiye ve cinsel sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadırlar. Birleşmiş Milletler Nüfus Konferanslarının 52. Oturumu olan Nairobi taahhütlerinde, gençlerin Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) hakları merkeze alınmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde bilgi, yasal ve

ERGENLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

kültürel faktörler, hizmet sağlayıcısı ve farkındalık eksikliği gibi engeller bulunmaktadır. Ergenlere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri ve eğitimin sağlanması, ergen sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Ergenlerin bu hizmetlerin planlanmasında aktif olarak yer alması gerekmektedir. Yaşa ve kültüre uygun kapsamlı cinsellik eğitimi, cinsel ilişkiye başlama yaşını ileriye taşımakta, cinsel risk alma davranışını azaltmakta ve kontraseptif yöntem kullanımını ise artırmaktadır.

Erken evlilikler ve ergen gebelikler hem anne hem de çocuk sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkilere sahiptir. Ergenlik döneminde yapılan evlilikler 2001 yılından itibaren azalmakla birlikte hala önemli bir sorundur. Ergen kız çocuklarında gebelik yaşanması enfeksiyon, ağır kanamadan anne ölümlerine kadar ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Ergen gebeliklerin büyük bir kısmı ölü doğum, yenidoğan ve bebek ölümleriyle sonuçlanmaktadır. Ergen gebelikte sık görülen erken doğum eylemiyle, düşük doğum ağırlıklı bebek ve bebekte solunum yetmezliği sorunları yaşanmaktadır.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD 25) Nairobi zirvesinde 2030 yılında kadar önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin, karşılanamayan aile planlaması gereksinimin ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi hedeflenmiştir. Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında bilgi ve hizmet sunulması önerilmiştir. Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evliliklerin (ÇYEZE) önlenmesi için bunu bir gelenek olarak gören bakış açılarının değiştirilmesi, sosyal ve hukuki yaptırımların geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine ve eğitime erişimin sağlanması gerekmektedir. Başta kadının cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkı olmak üzere tüm hak ihlallerine karşı farkındalık geliştirme, ÇYEZE ile mücadele mekanizmaları konusunda bilinçlendirme" amaçlanarak akran eğitimleri verilmesi üzerinde durulmuştur.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) kapsamında sivil toplum kuruluşlarının hükümetlerden talepleri arasında; kapsamlı cinsellik eğitimi, gençlere CSÜS hizmetleri için ulusal bütçeden pay ayrılması(%10), sosyal normların "CSÜS hizmet ve bilgilerine erişim" için değiştirilmesi, bu bağlamda yasal düzenlemelerin revize edilmesi, afetlerde CSÜS asgari sağlık hizmeti paketi sunulması, sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, gençlerin CSÜS alanında liderliklerine destek olunması, kaliteli anne sağlığı hizmetleri ve ÇYEZE mağdurlarına yönelik bütüncül merkezler kurulması yer almaktadır. Görüldüğü gibi ergenlerin CSÜS bilgisine ve hizmetlerine erişimine ilişkin talepler öncelenmektedir

Ergen Dostu Sağlık Hizmetleri

Ergenler, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşamaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ergenlerin gereksinimlerine yönelik olarak sunulan hizmetin "Ergen Dostu" olmasına özen gösterilmelidir. Sağlık hizmeti sunumunda ergenin kendini yönetebilme yeteneği ve gelişim süreci göz önüne alınmalıdır. Sağlık Bakanlığının ergenlik döneminde koruyucu sağlık hizmetleri rehberi kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşlarında yılda bir defa yapılması önerilen ergen sağlık izlemlerinin kapsamı, sağlık danışmanlığı hizmetlerinin içeriği ve koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır. Ergen dostu sağlık hizmetleri ve sağlıklı ergen takibi bu dönemdeki sağlık sorunlarının

ERGENLİKTE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

önlenmesi ve erken tanıda kritik rol oynamaktadır. Bu hizmetler çeşitli disiplinlerden oluşan bir ekip ile verilmelidir. Sağlık hizmeti veren ekibin ergenlerin ebeveynleri ve okullar ile iletişim halinde olması gerektiği vurgulanmıştır. Okul tabanlı müdahaleler ergenlerin sağlıklı yaşam tarzı geliştirilmesinde etkilidir.

Ergenlik dönemine ait sağlık durum analizinin yapılması, müdahalelerin planlanması ve uygulanmasında ergenlerin katılımı sağlanmalıdır. Ergenlik dönemindeki yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık risklerine danışmanlık ve müdahale eksikliği "kaçırılmış fırsat" olarak değerlendirilmektedir. Bu fırsatların değerlendirilmesi, özellikle birinci basamak hizmetlerinde koruyucu hekimlik açısından büyük önem taşımaktadır.

Ergenlerin psikososyal değerlendirilmesi için kullanılan HEEADSSS modeli; ev, eğitim, yeme alışkanlıkları, aktiviteler, uyuşturucu ve alkol kullanımı, cinsellik ve cinsel kimlik, intihar/depresyon ve güvenlik konularını kapsar.

Riskli davranışların önlenmesinde yaşam becerilerinin kazandırılması temel yaklaşım olmalıdır. Yaşam becerileri içinde; öfke kontrolünün sağlanması, "Hayır" diyebilme, ısrarlara karşı koyabilme, iletişim ve sorun çözme becerisi geliştirme, stresle başa çıkma, kendini tanıma, gerektiğinde uygunsuz ortamı terk edebilme ve her koşulda aileden destek alabileceğini bilme başlıkları altında toplanmaktadır.

Sonuç olarak;

Ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesi için tüm sektörlerde ergen dostu yaklaşımlar benimsenmeli ve 'Sağlıklı Ergen Takibi' birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmelidir. Bu sempozyumda ergenlik döneminde öncelikli sorunlar arasında; bağımlılık, şiddet olaylarında zorba ve kurban olma ve ÇYEZE konuları ele alınmıştır. Sempozyumda konu başlıkları arasında yer almayan obezite, yeme bozuklukları ve davranışsal bağımlılıkların da sağlıklı ergen izlemlerinde mutlaka irdelenmesinin gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Ergenlik döneminde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde ve riskli davranışlardan korunmada olumlu destekleyici çevre olanaklarının oluşturulması ve bu amaç için yaşam becerilerinin geliştirilmesi önemli rol oynamaktadır. Gençler, kendilerine ait sağlık hizmetlerinin planlanmasında mutlaka aktif olarak yer almalı ve liderliklerine destek olunmalıdır.

Sempozyum HASUDER Çocuk, Ergen ve Okul Sağlığı Çalışma Grubu ve Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Üreme Sağlığı Çalışma Grubu tarafından 18 Mayıs 2024 tarihinde online olarak düzenlenmiştir. Sempozyum kaydına @KanalHASUDER Youtube kanalından ulaşılabilir.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ ULUSLARARASI SEMPOZYUMU GERÇEKLEŞTİRİLDİ



“Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Hizmetleri” ana başlığı ile gerçekleştirilen IX. Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Sempozyumu 30 Mayıs-1 Haziran 2024 tarihlerinde Manisa’da gerçekleştirildi.

Akademide ve saha uygulamalarında kamuda ve özel sektörde görev yapan farklı disiplinlerden 231 katılımcı ile gerçekleştirilen sempozyumda düzenlenen ve 23 eğitiminin görev aldığı 4 kursa 121 kişi katıldı.

Sempozyum kapsamında verilen en iyi bilimsel bildiri ödülünü “Bir İl Merkezindeki Yaşlılarda Evde Düşme Prevalansı ve Riskli Davranışlarla ve Ev içi Güvenlik Koşullarıyla İlişkisi” başlıklı çalışmaları ile Ersin Uskun, Ramazan Öztop, Gizem Başer, Özgür Önal ve Ahmet Nesimi Kişioğlu alırken, Çanakkale Belediyesi ve Muğla Büyükşehir Belediyesi de yerel yönetimlerde iyi uygulama örnekleri ödülü aldılar.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-1

Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Yönetimi ve Uygulamaları (HYP) ve Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Birinci Basamakta Nasıl Bir Yaşlı Sağlığı Hizmeti Olmalıdır? Bizdeki Durum Nedir? Birinci Basamakta Nitelikli Bir Yaşlı Sağlığı Hizmeti İçin Neler Yapılabilir?

Her yaşlı birey, nüfusuna kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından yılda en az iki kez genel sağlık durumuna göre ya aile sağlığı merkezine davet edilerek ya da ev ziyaretleri planlanarak izlenmelidir. Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır. Bu kişiler izlemlerde önceliklendirilmeli ve ziyaretlerin gerçekleştirildiğine yönelik hekimlerin geri bildirim vermesi sağlanmalıdır. Ancak yapılması gereken ev ziyaretleri ile ilgili bir denetim ve raporlama mekanizması bulunmamaktadır. Bu da sadece aile sağlığı merkezine ulaşabilen kişilerin hizmet almasına neden olmaktadır. Ev ziyaretlerinin yapılamamasının nedenleri arasında hekime kayıtlı nüfusun ve buna bağlı iş yükünün fazla olması yer almaktadır. Ayrıca personel yetersizliğinden dolayı hekimin ziyareti tek başına yapması güvenlik sorununu da beraberinde getirmektedir.

Mevzuatta Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebileceği yer almaktadır ancak bu uygulanamamaktadır. Birinci basamakta personel istihdamının sağlanması faydalı olabilir.

Bölge tabanlı hizmetin verilmemesi ev ziyaretlerinin önündeki engellerden biridir. 65 yaş ve üzeri nüfus için ayrı bir düzenleme yapılabilir. Her kişinin kendisine en yakın olan aile hekimine kayıtlı olması şartı getirilebilir ve yaşlı nüfusu belli bir oranın üzerine çıkan bölgelerde (bu oran nüfusun yapısı ve iş gücüne göre belirlenebilir) bu hizmetler önceliklendirilerek belirli kriterler kapsamında pozitif performansta katsayı verilerek aile hekimi motive edilebilir. Yaşlı nüfusu yüksek bölgelerde yaşlı bireyler için risk skoru belirlenerek risk durumuna göre izlemler ve ev ziyaretlerinin sıklığı planlanabilir. Kırsal bölgelere ulaşımında sektörler arası işbirliğinden yararlanarak belediyelerden araç sağlama konusunda destek alınabilir. Aile hekimi başına düşen toplam nüfusun azaltılması kısa vadede yapılması güç bir durum olduğu için bu hizmetin sağlanması için İSM, TSM, yerel yönetimlerle iş birliği yapılarak bir çözüm bulunabilir.

Sağlık Bakanlığı, kronik hastalıkların tarama ve izlemlerinin, kanıta dayalı rehberler doğrultusunda aile hekimliği birimleri tarafından yapılması ve yönetilmesi için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasını geliştirmiş ve Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde yaptığı pozitif performans düzenlemesiyle uygulamayı teşvik etmiştir. Yaşlı sağlığı izlemi de bu platformda yer almaktadır. Her yaşlı birey, nüfusuna kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından yılda en az iki kez genel sağlık durumuna göre ya aile sağlığı merkezine davet edilerek ya da ev ziyaretleri planlanarak izlenmelidir. Yılda en az bir defa yaşlıların birincil geriatrik değerlendirme kapsamında kırılgnlık ölçeği ile önceliklendirilerek izlem sıklıkları belirlenebilir.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-1

Birinci basamakta uygulanan Hastalık Yönetim Platformunun güçlü yönleri nelerdir?

Aile hekimleri, HYP ile kendilerine kayıtlı kişileri kronik hastalık risk faktörleri ve belirlenen hastalıkların (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirme, obezite, çok yönlü yaşlı değerlendirmesi) varlığı bakımından tarayabilmekte ve izleyebilmekte; kronik hastalık taraması/izlemi ve yaşlı izlemi yapması gereken hedef nüfusu toplu olarak görüntülenebilmektedir. Kaydedilen tarama/ izlem bilgilerine göre süreci klinik kılavuz önerileri doğrultusunda hekimin yönetmesine imkan sağlamakta ve hekimi yönlendirmektedir.

HYP'de hastanın taraması veya izlemi başlatılacağında veya var olan tarama/izlem işlemine devam edileceği zaman öncelikle hastayla ilgili genel bilgileri görüntülenebilmekte olup bu bölümde; hastanın demografik bilgileri ve hastalık programlarındaki durumları, hastanın tarama ve izlem geçmişi ile sağlık kurumu ziyaretlerinin kronolojik gösterimi, hastanın tedavisi ile ilgili son takipte verilen öneriler, hasta için girilmiş tedavi planı notları, hastanın varsa kan basıncı değerleri/hedefleri, lipit, kardiyovasküler risk, kan şekeri, yaşam tarzı değerleri/hedefleri vb. ile hastanın e-Nabız'a girdiği ölçümleri (kilo, tansiyon vb.) de görüntülenebilmektedir. Hekimin bir ekranda kaydettiği bilgiler diğer ilgili ekranlara otomatik olarak aktarılmakta ve aynı bilgiler tekrar sorulmamaktadır. Bu durum hastadan anamnez alınmasını ve hastanın değerlendirilmesini kolaylaştırmakta hastalıkların erken tanı ve tedavisi için fırsat oluşturmaktadır.

Birinci basamakta uygulanan Hastalık Yönetim Platformunun zayıf yönleri nelerdir?

Geçmiş sağlık verilerinin herhangi bir kimse tarafından erişilmesini istemeyen kişilere ilgili gizlilik tercihi e-Nabız üzerinden sunulmakta ve bu gizlilik tercihinin kullanan kişilerin geçmiş sağlık verilerine ancak kişinin kendisi tarafından beyan edilen telefon numarasına gönderilecek olan kodun hekim ile paylaşılması ve hekim tarafından sisteme girilmesi halinde erişilebilir olması bazı hastalar açısından zorluk yaratmaktadır. Birinci ve ikinci/üçüncü basamak arasında sistem entegrasyonunun olmaması sevk edilen hastalar ile ilgili geri bildirim alınmasını engellemektedir. Ayrıca zorunlu bir sevk sisteminin bulunmaması bu durumun hastaya bir sorumluluk yüklememesi izlemlerin sistem üzerinden tamamlansa da hastanın bütüncül değerlendirilmesi açısından sonuçlanmamasına neden olmaktadır.

HYP'de izlem ve tarama katsayılarının farklı olması ve yaşlı izlemlerinin katsayısının '1' olması sistemin diğer bir zayıf yönüdür. Katsayısı nedeniyle Yaşlı izlemlerinin yapılmamasına neden olmaktadır. Tarama pozitif performansı için hedef nüfusun %40'ına daha uzun süren ve daha çok tetkik yaptırmayı gerektiren izlemler için ise %50'sine ulaşmanın gerekli olması sistemin diğer bir zayıf yönüdür.

Yapılan izlem ve taramalar ile ilgili bazı verilerin sadece yöneticiler tarafından görülmesi ve pozitif performansın sisteme yansımada gecikmeler olması, yazılım desteğe yapılan başvurulardan geç geri dönüşler alınması aksaklıklara sebep olmakta ve motivasyonu düşürmektedir.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-1

SİNA ya yansıyan verilerin sadece sayı bazında değerlendirilmesi, hasta merkezli olmaması aile hekimlerinin yaptıkları izlem ve taramaları takip etmesinde güçlükler neden olmaktadır. Taramayı kendisi tarafından mı yoksa ikinci veya üçüncü basamak tarafından mı yapıldığını bilmediği için kat sayıya yansıyan verileri takip edememektedir.

Hedef nüfusların her ay değişmesi ve bu değişimin neye bağlı olduğunun net olmaması kafa karışıklığına sebep olmaktadır. Sisteme ilk geçişte sağlık personeline yönelik kronik hastalık izlem eğitimleri tamamlansa da HYP sistemine yönelik bir eğitimin yapılmamış olması ve başlangıçta negatif performansın olması sağlık personeli açısından olumsuz bakış açısına sebep olmuş, ilerleyen dönemde de hekimlerin ön yargılı davranmasına yol açmıştır.

Hastalık Yönetim Platformu İle İlgili Öneriler Nelerdir?

- HYP için randevu sistemi uygulanabilir. Birinci basamakta acil durumlar haricinde belirli günlerde veya belli saatlerde yalnızca HYP uygulaması yapılabilir.
- Tarama ve izlemler konusunda hastaya da sorumluluklar yüklenebilir. Kişinin izlem ya da taramaya gelmemesi durumunda ikinci basamaktan randevu alamaması ya da daha fazla katkı payı ödemesi bu yaptırımlar arasında olabilir.
- HYP nedeniyle ikinci basamağa sevk edilen hastalar için randevu konusunda önceliklendirme yapılması ve birinci basamaktan sevkli geldiklerini bildiren bir sistemin olması fayda sağlayabilir.
- Aile hekimliği başına düşen nüfus azaltılabilir. Aile hekimliği ödeme sözleşme yönetmeliğine göre aile hekimine ödeme yapılan nüfus 4000 kişiden daha az bir nüfusa düşürülebilir ve böylece hekim başına düşen nüfus dengelenebilir.
- Sağlık bilgi sistemleri, yazılımlar ve kurumlar arası entegrasyon sağlanmalıdır.
- Aile hekimlerinin HYP yi performans kaygısı ile değil, hizmet içi eğitim motivasyonu ile gerçekleştirmesi hizmetin kalitesini arttıracaktır.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-2

Yaşlı Sağlığı Alanında Sürdürülen Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Yaşlılarda Dezavantajlı Gruplara Yaklaşım – Çok Sektörlü Yaklaşım

Yaşlanma, kronolojik yaşı ilerlemesi, çeşitli hastalık durumları ve bireyin yaşam tarzı gibi genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır (WHO-2015) Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaştaki nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuş, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Ortalama yaşam süresinin ve toplam nüfus içindeki yaşlı oranının artması, yaşlı nüfusun sağlık bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının saptanarak, buna yönelik çözümlerin üretilmesini gerektirmektedir. Günümüzde yaşlılık “bireysel” bir sorun olmanın ötesinde “toplumun” sorunu olarak gelişmiş ülkeler tarafından algılanmaktadır. Günümüzde oluşturulan yaşlı sosyal politikalarla birlikte yaşlıların aile içerisinde bakılmasını ön plana çıkarmaktadır.

MEVCUT DURUM

1.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE YAŞLI SOSYAL HİZMET MEVZUATI

1.1.Dünya'da yaşlı sosyal hizmet mevzuatı: Uluslararası alanda 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda dünyanın yaşlanma eğiliminin ilk defa ortaya koyulmasının ardından 1982 yılında gerçekleştirilen ilk Dünya Asamblesi'nde Viyana Planı kabul edilmiş ve bu Plan'da yaşlanma konusunda refah eğilimli politikalara odaklanılmıştır. Bu kapsamda temel sorun alanları; istihdam ve gelir güvenliği, sağlık, barınma, eğitim ve sosyal refah olarak belirlenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi için 2015 Eylül ayı içerisinde gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 70. Oturumunda bir araya gelen temsilciler ve sivil toplum temsilcileri Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri başlığı altında 17 küresel hedef belirlemiştir.

1.1.1. Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri:

- Yoksulluğa son başlığı altında; “2030’a kadar, ulusal tanımlamalara göre, yoksulluğu her yönüyle yaşayan her yaştaki erkek, kadın ve çocuk sayısının en az yarıya indirilmesi
- Açlığa son başlığında; 2030’a kadar açlığın bitirilmesi ve bebekler de dâhil olmak üzere zarar görmesi muhtemel kişiler ve yoksulları da kapsayacak şekilde tüm insanların yıl boyunca güvenli, besleyici ve yeterli gıdaya erişiminin sağlanması”
- Sağlıklı bireyler başlığıyla; “İnsanların sağlıklı yaşamalarını ve herkesin her yaşta refahını sağlamak”
- Nitelikli eğitim başlığında; “Herkes için kapsayıcı ve hakkaniyetli eğitimi sağlamak ve herkese yaşam boyu eğitim imkânlarını teşvik etmek”
- Toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında; “Kamu hizmetlerinin, altyapının ve sosyal koruma politikalarının sağlanması ve ulusal şartlara uygunluk durumunda ev ve aile içerisinde sorumluluklarının paylaşımının teşvik edilmesi yollarıyla ücretsiz bakım ve ev işlerinin tanınması ve değerinin bilinmesi”

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-2

- Sürdürülebilir şehir ve yaşam başlığı altında; “2030’a kadar zarar görebilirliği yüksek olanlar, kadınlar, çocuklar, engelli insanlar ve yaşlıların ihtiyaçları dikkate alınarak, başta toplu taşımanın genişletilmesiyle yol güvenliğinin artırılması olmak üzere herkes güvenli, satın alınabilir, erişilebilir ve sürdürülebilir ulaşım sistemlerinin sağlanması” şeklinde vurgu yapılmıştır.

1.2. Türkiye’de yaşı sosyal hizmet mevzuatı

Ülkemizin yaşlılık alanındaki ulusal dayanağını ise Anayasa ve çeşitli kanunlarla öngörülen düzenlemeler oluşturmaktadır. Anayasa’nın herkesin kanun önünde eşit olduğunu belirleyen 10. maddesinde 2010 yılında yapılan değişiklikle yaşı bireylere yönelik alınacak pozitif tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılamayacağı hükme bağlanmıştır. Bunun yanı sıra; Anayasa’nın ‘Sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerekenler’ başlıklı 61. maddesi ile yaşlıların devlet tarafından korunması düzenlenmiştir. Yaşı bireylerin her türlü engel, ihmal ve dışlanmaya karşı toplumsal hayata ayrımcılığa uğramadan ve etkin biçimde katılmalarını sağlamak üzere; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesini koordine etmek, yaşı bireylere yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011 yılında kurulmuş ve 2021 yılında yapısı düzenlenmiştir. Bu kapsamda; ülkemizde yaşlılık alanındaki odak kurum olan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinasyonunda yaşlanmanın tüm politika ve programlarda gözetilmesini sağlamakla yükümlüdür. 2019 yılının “Yaşıllık Yılı” olarak ilan edilmesi nedeniyle 20-22 Şubat 2019 tarihlerinde Cumhurbaşkanlığı himayelerinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından I. Yaşıllık Şûrası düzenlenmiştir. Raporda, nüfus ve yaşlanma politikaları, yaşı hakları, yaşı bakım hizmetleri, sağlık hizmetleri, geriatri hizmetleri, yaşıllık döneminde sık görülen hastalıklar ve geriatrik sendromların önlenmesi, yaşıllarda sağlık okuryazarlığı, yaşlıların sosyal ve kültürel hayata katılımı, yaşlıların hayat boyu öğrenme olanakları, yaşıllara yönelik manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri, topluma katılım ve aktif yaşlanma, yaşlılar için üretim ve yaşı tüketiciler, kentleşme, erişilebilirlik, ulaşım ve çevre kalitesi, yaşıllık dönemi araştırma geliştirme faaliyetleri, kırsal alanda yaşayan yaşlıların ihtiyaçları, yaşlıların çalışma yaşamı ve istihdamı, afet ve acil durumlarda yaşlıların korunması gibi temel sorunlar tespit edilmiş ve buna istinaden sorumlu ve ilgili kurumlar ve kuruluşlar belirlenmiştir. Bu doğrultuda Yaşlanma Vizyon Belgesi açıklanmıştır.

1.2.1. Yaşlanma Vizyon Belgesi

Aktif ve sağlıklı yaşlanma perspektifi temelinde hazırlanan Yaşlanma Vizyon Belgesi ile ülkemizde yaşayan tüm yaşı bireyleri ve onlara hizmet sunacak olan tüm ilgili kurum ve kuruluşları kapsıyor; sağlık, istihdam, sosyal hizmetler, adalet, eğitim ve sosyal güvenlik politika alanlarında düzenlemeler yapmayı öngörmektedir. Birleşmiş Milletler Aktif Yaşlanma Endeksinde belirtilen ve I. Yaşıllık Şûrası kapsamında ülkemizce de benimsenen;

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-2

Aktif Yaşlanma İçin Kapasite ve Destekleyici Çevre,

- Bağımsız, Sağlıklı ve Güvenli Yaşam
- Topluma Katılım
- İstihdam

Ana başlıkları üzerine yaşlanma politikası kurgulanmaktadır.

2. Yaşlı Bireylere Yönelik Kurumsal Bakım Hizmetleri

2.1.Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Kurum bakım hizmetleri

Huzurevleri

60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşudur. Sosyal inceleme raporu dayanak alınarak; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarından emekli, dul ve yetim aylığı almayan, yapılacak araştırmalar sonucunda adına kayıtlı menkul ve gayrimenkulü bulunmadığı ya da adına kayıtlı gayrimenkulü olup da, sağladığı gelirle yaşamını sürdüremeyeceğinin saptanması sonucunda yoksulluk belgesi düzenlenen yaşlılar ile kanunen bakmakla yükümlü kimsesi olup da, yükümlülerin ekonomik gücünün yeterli olmadığı saptanan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yeterli olup da, sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ise ücretli olarak kabul edilir. 2021 yılı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Şubat 2021 İstatistik Bültenine göre: Bakanlığa Bağlı Huzurevleri sayısı 160, bakılan kişi sayısı 13.970; özel Huzurevleri sayısı 261 ve bakılan kişi sayısı 10.744 kişidir. Toplamda 445 huzurevi sayısı ve bakılan kişi sayısı 27.571 kişidir.

Kurumsal bakım modeli olarak adlandırılan bu kuruluşların sağlık merkezlerine yakın, şehir içi ulaşımına uygun, şehir merkezinde, erişilebilir, kişiselleştirilebilir ve site, avlu, küçük ev tipi gibi insana saygılı mimari tipleri benimsemiş yapıda olması beklenir.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri

Bu merkezler yaşlıların bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerini karşılamak üzere hizmet sunan kuruluşlardır. Özellikle yaşlıların yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle gereksinim duydukları özel bakım ihtiyaçları, tıbbi bakım ve rehabilitasyon ile sosyal hizmetler sağlanır.

Gündüzlü Bakım Merkezleri

Gündüzlü bakım merkezleri, yaş almış kişilerin gündüz bakım, gözetim, sosyal aktiviteler gibi ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuştur. Bu hizmet özellikle aileleri ile yaşayan yaşlıların iş saatleri olan gündüz saatlerinde yaşlılarını güvenle bırakabilecekleri, onlara çeşitli sosyal hizmet olanaklarının sunulduğu merkezlerdir. Aktif olarak 31 gündüz hizmet sunan kuruluştaki 382 yaşlıya aktif olarak gündüz bakım hizmeti sunulmaktadır.

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-2

Evde bakım hizmetleri

Sağlık bakanlığının yayınlamış olduğu yönetmeliğe göre evde bakım hizmetleri “eşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini” olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetler kamu, özel ve belediyenin evde sağlık birimleri tarafından sunulmaktadır. Evde bakım desteğine ihtiyacı olan 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %16,4 iken 65-74 yaş grubundaki kişilerin oranı %10,5 ve 75 ve daha yukarı yaştaki kişilerin oranı %26,9 olarak yaşla birlikte artmaktadır (Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023).

Evde Bakım Yardımı

Engelli sağlık kurulu raporunda 'tam bağımlı' ibaresi bulunan bireylerin aile yanında yaşamalarının desteklenmesi ve kurum bakımına olan ihtiyacın azaltılması, en temel ve öncelikli politikadır. Bu bireye bakım veren yakınına 7.608,71 TL ödenmektedir.

Engelli ve Yaşlı Bireylerin Gündüz Hizmetlerinden Faydalanması

Gündüz hizmeti sunan merkezlerde verilecek hizmetlerin içeriğine yönelik genel rehberler oluşturulmaktadır. Bu rehberlerde; merkezin işlevi, amacı, işleyişi, yararlanıcı grupları, personeli, fiziksel standartları ve atölyeler/ünitelerle ilgili bölümler yer almaktadır.

Evde Sosyal Hizmet

Evde sosyal hizmet ile amaçlanan engelli ve yaşlı bireylerin yatılı bakım kuruluşlarına yerleştirilmeksizin, kendi sosyal çevrelerinden, ailelerinden ve/veya evlerinden ayrılmadan bakım hizmetlerine ve evde bakıma destek hizmetlerine ulaşabilmelerine ilişkin politikaları geliştirmektedir.

2.2. Sağlık Bakanlığı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi, yaşlı sağlığı hizmetleri sunmakta ve yaşlılık konusunda politikalar belirlemek, diğer kurumlarla işbirliği yapmak gibi görevleri yerine getirmektedir. Kamu hastaneler birliğinin görevleri arasında ise evde bakım hizmetleri bulunmaktadır.

3.Yaşlı sağlığı alanında Sosyal Hizmet uygulamaları kapsamında yürütülen projeler

3.1.Yaşlı Destek Programı (YADES): Yaşlılık alanında gerçekleştirilen en büyük bütçeli ilk destek programıdır. 2016 yılında uygulanmaya başlandı. 16 farklı şehirde 40 farklı proje desteklenmiştir. 66.726 yaşlı kişiye ulaşıldı. 2024 yılında YADES Programı için 11.278,00 TL finansman ödeneği ayırmıştır. Bakım ve destek hizmetine ihtiyaç duyan 65 yaş üstü bireylere yaşadıkları mekanlarda ihtiyaçlarına uygun hizmetler Belediyeler aracılığıyla verilmektedir. Yaşlı Bireylerin korunması, desteklenmesi ve yaşamlarının kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Gündüz bakım hizmetleri, Evde

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-2

teknik destek hizmetleri, Evde bakıma destek çalışmaları, Mobil ekip oluşturulması,Psikososyal destek hizmetleri, Koordinasyon merkezi kurulması, Yaşlı veri tabanının oluşturulması, Çağrı merkezi kurulması ve Koruyucu ve önleyici hizmetlerden oluşmuştur. YADES 2016-2020 Uygulanan Belediyeler; Antalya, Balıkesir, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, Kahramanmaraş, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Mardin, Ordu, Sakarya, Samsun, Şanlıurfa, Trabzon

SONUÇ

Dünya’da ve ülkemizde arttan yaşlı oranı sebebiyle yaşlıların sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçları artmakta ve gelecekte sorunlar büyüyerek katlanmaktadır. Yaşlı bireyleri bakımevlerinden ziyade kendi yaşam alanlarında desteklemek ve onları hayata aktif katılmalarını sağlamak gerekir. Yaşlı sağlığı ve hizmetleri sadece belli bir kurumun değil kolektif olarak bir bütüncül devlet organlarının uyumlu çalışmalarıyla sorunlar çözülebilir. Sistem üzerindeki eksiklikler ivedi bir şekilde düzeltilmeli ve ileride arttan yaşlı nüfusunu idame edecek politikalar geliştirilmelidir.

ÖNERİLER

1. Yaşlı sağlık hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülmesi, Birleşmiş Milletlerin kabul ettiği 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda hareket edilmelidir.
2. Huzurevlerinin ve ilgili kuruluşların sayıları ve kapasiteleri, artan yaşlı nüfusu karşılamakta yetersiz kalmaktadır.
3. Yeni yapılacak huzurevi modelleri, coğrafi, kültürel ve sosyal çevreleri göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır.
4. Huzurevleri ve ilgili kuruluşlarda kalan yaşlıların profili çok çeşitlilik gösterdiği için konaklama yerleri, bireyin eğitim, kültürel ve sosyal durumuna göre düzenlenmelidir.
5. Türkiye’de sosyal yardımlar başvuru üzerine yapıldığı için, yardıma ihtiyacı olan yaşlı birey sayısının net olmamasıyla birlikte, bu durumun ivedilikle tespit edilmesi gerekmektedir.
6. Yaşlıların kronik hastalıklarının yaşla birlikte artması nedeniyle, hastanede tetkik, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine erişimde yaşanan zorlukların giderilmesi önem arz etmektedir.
7. Yaşlılara karşı toplumsal bakış açısı, genellikle onları geri plana itme eğilimindedir. Bu nedenle yaşlılar için sağlanan ücretsiz ulaşım imkanları artırılmalı ve sosyal aktivitelere katılımları teşvik edilmelidir.
8. Yaşlılar için bakım ücreti 7.608 TL olarak belirlenmiş olup, ancak şu anda ortalama maliyet 40 bin TL’nin üzerindedir. Bu nedenle gerekli düzenlemeler yapılmalı ve kamu desteği artırılmalıdır.
9. 65 yaş üstü yaşlılarda son bir yıl içinde düşme oranlarının yaklaşık %50 civarında olması, yaşam alanlarının yaşlıların güvenliği ve uyum sağlaması açısından düzenlenmesini gerektirmektedir.
10. Yaşlıların eğitimini artırmayı hedefleyen projeler geliştirilmelidir (3. Yaş Üniversitesi, Tazelenme Üniversitesi vb).

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-2

11. Huzurevine yerleşemeyen kişiler için gündüz kreş evi gibi programlar düşünülebilir. Bu programlar kapsamında gündüz bakım ve rehabilitasyon imkanları sağlanabilir.
12. Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılımını artırmak için sosyal turnuvalar ve etkinlikler düzenlenebilir. Toplumsal faaliyetlere katılımlarını teşvik edecek düzenlemeler özellikle önem taşımaktadır.
13. Yaşlıların teknolojiyle olan bağlarını geliştirmek ve teknolojik araçları doğru ve etkili bir şekilde kullanmalarını teşvik etmek için çalışmalar yapılabilir. Böylece yaşlı bireylerin teknolojinin yarattığı tehlikeler ve tehditler hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanabilir ve aynı zamanda bu araçlar aracılığıyla daha fazla iletişim imkanı sunulabilir.
14. Yaşlı destek sistemi konusunda belediyelerin sunduğu (YADES) programları genişletilmeli ve aktif kullanımı teşvik edilmelidir. Yerel yönetimlerin yaşlı sağlığı ve sosyal hizmetleri alanına daha fazla odaklanması sağlanmalıdır.
15. Yaşlı sağlığı hizmetleri konusunda ilgili kurum ve kuruluşların görev tanımları belirlenmeli ve kurumlar arası entegrasyon sağlanmalıdır. Bu amaçla geliştirilecek çok sektörlü ortaklıklar ve iş birlikleri desteklenmelidir.
16. Yaşlı sağlığı ve refahı alanında merkezi yönetimin doğrudan etkili olacağı bir örgütlenme modeli geliştirilebilir. Bu model, yaşlılık alanında karşılaşılan sorunların tespiti ve etkili müdahale imkanlarını artırabilir. Bu alandaki örgütlenme ve hizmet sunumunun bakanlık ve yerel yönetim düzeyinde yürütülen faaliyetlerle entegre edilmesi önemlidir.
17. Yaşlıların kendi mekanlarında yaşamalarını teşvik etmek için yaşam alanlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu kapsamda mekân düzenlemesi yapılmalı, ev kazalarının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı ve yaşlıların kendi alanlarını daha rahat kullanabilecekleri mimari düzenlemeler sağlanmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için yerel yönetimlerin desteği sağlanmalıdır.
18. Yaşlıların bütünsel bir evde bakım hizmetine erişimleri kolaylaştırılmalıdır. Evde sağlık hizmetleri başta olmak üzere yaşlıların yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, ev bakımı, beslenme, kişisel bakım gibi ihtiyaçlarının karşılanması için yerel yönetimler tarafından örgütlü ve sürekli bir şekilde desteklenmelidir.
19. Yaşlı ve engelli bakımı konusunda profesyonel personel ihtiyacı giderek artmaktadır. Bu alanda çalışan kişilerin uygun bir hizmet modeli içinde istihdam edilmesi ve etkili bir hizmet sunulması önemlidir.
20. Yaşlı sağlığı ve refahı alanına ayrılacak kaynakların miktarında zaman içinde artış sağlanması gerekmektedir. Bu kaynakların özellikle yaşlı sosyal hizmetleri alanına etkili ve uygun modellerle aktarılması sağlanmalıdır.



IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU

ÇALIŞTAY RAPORU-3

Yaşlı Sağlığı Politikaları

Türkiye’de mevcut durum: Türkiye’de, Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2023 yılı verisine göre 65 yaş ve üzeri nüfus 8 milyon 722 bin 806 kişidir. Böylelikle toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı %10.2 olmuştur. Dolayısıyla Türkiye “çok yaşlı” toplum aşamasına geçmiştir. Yaşlı nüfus içinde bakıma daha fazla gereksinimi olan 85 yaş ve üzeri nüfus oranı %7.9, yaşlı bağımlılık oranı da %15.0’dır. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023’e göre en az bir kronik hastalığı olan yaşlı oranı %78.7’dir ve bu yaşlıların yaklaşık üçte biri kronik hastalığının günlük faaliyetlerini ciddi düzeyde kısıtladığını belirtmektedir. Ayrıca her 10 yaşlıdan biri görmede yine 10 yaşlıdan biri duymada zorluk yaşamaktadır. Yaşlıların %27.1’i yürüme, merdiven çıkma ya da inmede, %29.7’si bir şeyleri taşıma ya da tutmada, %13.8’i öğrenme, basit dört işlem yapma, anımsama ya da dikkatini toplamada zorluk yaşamaktadır. Evde bakım desteğine gereksinimi olan 65 yaş ve üzeri kişilerin sıklığı %16.4 iken son 12 ayda evde bakım desteği almış 65 yaş ve üzeri yaştaki bireylerin oranı %2.5’tir. TÜİK tarafından altı kez yapılan Türkiye Sağlık Araştırmalarının mikro veri setleri kullanıldığı, Aköz ve ark. tarafından yapılan çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %75.5’inde sağlık hizmet gereksinimi olduğu ve gereksinimin yıllar içinde hafif artış gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada gereksinimi olanlar içinde karşılanmamış sağlık hizmet gereksiniminin sıklığı toplamda %7.4, kronik hastalığa göre %6.7, bağımlılığa göre %10.4, kötü sağlık algısına göre %7.4’dür (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>). Şimşek ve ark.nın yaptığı toplum tabanlı çalışmada 80 yaş ve üzeri bireylerin %32.5’inin sağlık hizmeti gereksiniminin, %46.6’sının sosyal hizmet gereksiniminin karşılanmadığı ve gereksinimlerin de yaklaşık %90’ının aileler tarafından karşılandığı belirlenmiştir. Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksiniminde en önemli belirleyicinin düşük gelir, karşılanmayan sosyal hizmet gereksiniminde de en önemli belirleyicinin sosyal destek olduğu görülmektedir (<https://applications.emro.who.int/EMHJ/V27/08/1020-3397-2021-2708-772-781-eng.pdf>).

Özetle Türkiye’nin yıllar içinde yaşlandığı buna bağlı olarak sağlık, sosyal ve ekonomik olarak pek çok değişim yaşandığı bulaşıcı olmayan hastalıkların, çoklu hastalıkların, geriatrik sendrom, bağımlılık sıklıklarının dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmet gereksinimlerinin arttığı görülmektedir. Toplum yaşlanmasının en önemli iki nedeninden biri olan beklenen yaşam süresi de yıllar içinde artmaktadır. Bu artan yılların sağlıklı ve aktif geçebilmesi en önemli hedeftir. Bu nedenle ulusal ve uluslararası yaşlanma eylem plan ve programlarında da ifadesini bulan, aktif ve sağlıklı yaşlanma konsepti çerçevesinde yaşlı bireylerin bağımsız, yerinde, sağlıklı yaşlanma olanak ve haklarına vurgu yapan, toplumsal refah, katılım, kendini gerçekleştirme olanaklarını içeren, erişilebilir, etkin kamusal hizmet ve çevrelere güçlü vurgu yapan, yaşlı bireylerin yaşamın aktif birer öznesi olduğunu yansıtan yaklaşım ve hak temelli sosyal koruma ve sağlık politikalarına gereksinim her geçen gün artmaktadır. Bireylerin sağlıklı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle yakından ilişkilidir. Türkiye’de mevcut duruma bakıldığında yaşlı sağlığı alanında artan ilgiye karşın yaşam boyu

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-3

sağlık yaklaşımını yansıtan, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, basamaklandırılmış, entegre, bütüncül bir sağlık sisteminden bahsetmek olası değildir. Aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen yaşlı izlem programının kapsayıcılığı %10'un altındadır. Yaşlı sağlığı alanındaki çok aktörlü yapı (sosyal güvenlik, sosyal hizmet ve bakım ile sağlık hizmetleri) ve aktörler arasındaki koordinasyon ve işbirliği sorunları hizmetlerin de entegrasyonunu engellemektedir. Ayrıca sağlıklı yaşamın göstergeleri arasında yer alan sosyal ve fiziksel olarak destekleyici çevreler ve güvenli yaşam alanları yaşlıların değişen yaşam koşullarını karşılamaktan henüz uzaktır ve yapılandırılmış makro ve mikro çevre yaşlı izolasyonuna yol açmaktadır, yaşlı bağımlılığını artırmaktadır.

Tüm bu özelliklerden yola çıkarak Türkiye'de yaşlı sağlığı politikalarına ilişkin çalıştay sırasında belirlenen özellikler aşağıda dört başlık altında özetlenmiştir.

1- Verilecek hizmetin amacı: Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus ve toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Bunun başlıca nedenleri doğurganlığın düşmesi, beklenen yaşam süresinin artmasıdır. Dolayısıyla yaşama eklenen yıllar artmaktadır ve temel hedef eklenen yaşam yıllarının sağlıklı geçmesinin sağlanmasıdır. Amaç; sağlıklı yaşam yıllarının ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

2-Hizmetin temel özellikleri

- a.Hak temelli
- b.Yaşamboyu yaklaşımla sağlıklı yaşlanma bakışıyla
- c.Tüm yaşlıları kapsayan
- d.Merkezi olarak planlanan ancak yerel özelliklere göre farklılıklar gösterebilen
- e.Koruyucu, geliştirici, sağaltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin birlikte planlanıp sunulduğu
- f.Sektörler arası işbirliği ile (sektörlerin valilikçe il düzeyinde entegrasyon kurulu ile bir araya geldiği, görev tanımları ve sorumlulukları belli olan ve görev tanımlarına göre merkezi bütçe ayrılan bir sistem)
- g.Gereksinim ve risk odaklı (başvurana hizmet yerine)
- h.Birinci basamak temelli ancak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının entegre olduğu
- i.Kültürel farklılıklara saygılı
- j.Bakım vereni ve sorunlarını gözetken (toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gözetken)
- k.Yaşlı dostu çevre, toplum, sağlık kurumu özelliklerini dikkate alan ve uygulayan
- l.Yaşlının kararlara katılımını sağlayan mekanizmaları oluşturan
- m.Yaş ayrımcılığını dikkate alan ve ortadan kaldıran
- n. Yerinde yaşlanma temelli

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-3

3-Hizmetin örgütlenmesi

Hizmet 65 yaş ve üzeri tüm yaşlıları kapsamalıdır. Birey bazında verilecek hizmetlerin ve izlem sıklığının belirlenmesinde ya da kurumsal bakıma karar vermede öncelikli gruplar göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikli gruplar günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinden de yararlanılarak oluşturulacak risk ölçütlerine göre belirlenebilir.

Hizmet birinci basamak sağlık kurumu temelli olarak planlanmalı (Öncelikli olarak Aile Sağlığı Merkezleri- ASM), sağlık ve sosyal hizmetler birlikte sunulmalıdır. Her yaşlı aile hekimi tarafından yılda en az iki kez izlenmelidir. Risk düzeyine göre izlem sayısı artırılabilir. Bunun sağlanabilmesi için aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde performans sistemi süreceksa de bu yaşlı izlemlerinin performansa dayalı hale getirilmesi gereklidir.

Hizmet ekip tarafından sunulmalıdır. Ekipte hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen olmalıdır. En ideali bu ekibin birlikte çalıştığı “grup uygulamasına dayanan” birinci basamak hizmeti biçiminde örgütlenme yapısının oluşturulmasıdır. Ancak var olan yapı içinde İlçe Sağlık Müdürlüğünde çalışan ekibin güçlendirilerek ASM ile entegre edilmesi gereklidir. Ayrıca YAŞAM ekibinin birinci basamak sağlık kurumlarına devri -ya da en azından birinci basamak kuruluşlarıyla entegrasyonu- sağlanabilir. Sağlık çalışanlarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarında yaşlı sağlığına ilişkin alanda gereksinim duyulan konuların bulunması sağlanmalıdır.

Sosyal hizmet gereksinimi de birinci basamak sağlık kurumları tarafından belirlenip hizmet Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ile birlikte planlanmalı ve sağlanmalıdır.

4-Hizmetin Finansmanı

Yaşlı sağlığı (ve sosyal) hizmetleri genel bütçeden finanse edilmeli, ya da mevcut GSS teminat paketi içinde ücretsiz verilmelidir. Her ne şekilde olursa olsun kamu hizmet yapılanmaları (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı ya da Belediyeler) tarafından yaşlılara verilecek olan sağlık sosyal hizmetler ücretsiz verilmelidir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere genel bütçeden ayrılan pay artırılmalıdır. Ayrıca Belediyelerin bütçelerine de yaşlılara sunacakları sağlık ve sosyal hizmet gereksinimlerini karşılamak üzere finansal ek destek sağlanmalıdır.



IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-4

**Erişkinlerde ve Yaşlılarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Yürütülen
“Sağlığı Geliştirme Hizmetleri”**

MEVCUT DURUM:

TÜİK 2023 verisine göre 65+ grup nüfusun %10.2'sini oluşturmakta, 65 yaşındaki bir kişinin ortalama yaşam süresi 17.8 yıl olarak belirtilmektedir. Yaşlıların %14.0'ı (kadınların %22.0'ı) eğitimsiz, sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük, %70'i kentlerde ikamet etmekte ve hanelerin dörtte birinde en az bir yaşlı birey bulunmaktadır. Ayrıca en az bir yaşlının bulunduğu hanelerin %26.0'ında yalnız yaşam sürdürmektedirler.

NE YAPILMALI?

Düşük eğitim, düşük gelir, kronik hastalık yükü ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık hizmet sunumunun hakkaniyet boyutuyla, bu grubun kesinlikle risk grubu olması gerektiği açıktır. Aile Sağlığı Birimlerine kayıtlı nüfusta yaşlıların risk grubu olarak tanımlanıp (evde-kurumda) izlenmeleri gerekmektedir. Sağlığı geliştirme müdahaleleri, sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında ama en çok birinci basamakta uygulanmalıdır. Yerel yönetim işbirliği ile çevresel düzenlemelerin yaşlı dostu kentler bakış açısıyla düzenlenmesi gereklidir. Sadece tedaviye odaklanarak değil, hastalıkların temel nedenlerine yönelerek kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek için tasarlanmış sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsayan sağlığı geliştirme programlarının etkili şekilde planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlık sonuçlarını iyileştirebilir, davranışsal ve sosyal değişimi teşvik edebilir ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunabilir. Ek olarak sağlıklı yaşam tarzının teşviki, hasta uyumunun arttırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması ile genel sağlık maliyetlerinin azaltılması mümkündür.

ÖNERİLER:

- Parçalı hizmet sunumunun birleştirilerek ortak bir veri sistemi kurulması,
- Mevcut Hasta Yönetim Modülünün (HYP) aile hekimleri tarafından aktif kullanılmasının sağlanması, katsayısının arttırılması,
- Aile hekimlerinin nüfusunun bakanlık tarafından azaltılması,
- Yaşlı aşı ve izlem programı oluşturulması, performans sistemine dahil edilmesi,
- Yaşam boyu aşılama takvimi oluşturulması ve uygulamanın pozitif performansla dahil edilmesi,
- İlçe sağlık müdürlüklerinde;
 - Yaşlı sağlığı çalışmaları için sosyal çalışmacı istihdamının sağlanması,
 - Ruhsal ve sosyal destek için Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) gezici bir ekip oluşturulması,
 - Riskli gruplar başta olmak üzere aile sağlığı merkezlerinden yönlendirilecek kişilerin beslenme ve fizik aktivite danışmanlığına alınması, beslenme düzeylerinin takibi,
 - Mobilite gereksinimini karşılamak üzere fizyoterapist istihdamının arttırılması, engelli-sarkopenik yaşlılar için SHM'de fizyoterapi desteği,
 - Kronik Hastalık Danışmanlığı, Sağlıklı Yaşlanma Danışmanlığı desteği ile kronik hastalığı olan kişilerin ve özellikle riskli yaşlıların daha yakından izlenmesinin (evde/kurumda) sağlanması,

IX. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU ÇALIŞTAY RAPORU-4

- İl düzeyinde yaşlıların sağlık, sosyal ve mekansal risklerini belirleyebilmek için bütünlük bir yaklaşım geliştirilmesi ve kurumlar arası (ilçe sağlık-belediye-sosyal hizmetler) bir izlem grubu oluşturulması,
 - Ev ergonomisi ile ilgili sorunların (özellikle düşme) çözümünde “Yaşlı Dostu Ev” bağlamında gezici bir ekip tarafından değerlendirilmesi, yine “Yaşlı dostu ev” kavramının geliştirilerek, yerel yönetimlerin de rol alacağı yaşlı dostu evlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
 - Yerel yönetimlerin rekreasyon alanlarını yaşlıların fizik aktivite yapmalarını sağlamak üzere, aydınlatma, tuvalet gereksinimlerine göre düzenlenmesi, çevresel düzenlemeler “yaşlı dostu kentler”,
 - Yerel yönetimler tarafından yaşlı gündüz hobi ve bakım evleri, kamunun desteği ile huzurevleri kapasitesinin arttırılması,
 - Gerekli durumlarda gıda desteğinin sağlanması,
 - Toplumda ve risk gruplarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasına yönelik programlar aracılığı ile kişilerin sağlığını geliştirmede aktif bir rol oynamalarına olanak verilmesi (kansere tarama, aşılama, kronik hastalık ve risk grubu izlem programları vb.),
- çalıştay grubu olarak önerilmiştir.

SAHADAN HABERLER
ŞİMDİ DAHA GÜÇLÜYÜZ...
ŞİMDİ DAHA UMUTLUYUZ...



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

**Uzmanlık eğitimini
tamamlayarak görev yerlerine
atanan arkadaşlarımızı tebrik
ediyor, başarılar diliyoruz.**

116. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurası, 8 Mayıs 2024

- Uzm.Dr. Süheyla Ağkoç, Batman İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Hakan Kartal, Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Pınar Kaykılarlı, Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Burkey Budak, Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Kaan Demirbaş, Siirt İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Yunus Özkaya, Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Ezgi Türk, Mardin Kızıltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Ahmet Gündüzalp, Şanlıurfa Siverek İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Şükran Peker, Tekirdağ Malkara İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Sema Varlı, Tokat Turhal İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Ahmet Furkan Süner, Zonguldak Çaycuma İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Edanur Sezgin Keleş, Rize Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
- Uzm.Dr. Kübra Doğanay Bulduk, Tunceli Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
- Uzm.Dr. Ecem Başoğlu Şensoy, Çorum İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Elif Sultan Bolaç, Ankara Etimesgut İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Güzin Ateş Özbey, Mersin Toroslar İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Hikmet Emin Yorulmaz, Diyarbakır Kayapınar İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Mehmet oğuz Türkmen, Denizli İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Mustafa Enes Özden, Ankara Kahramankazan İlçe Sağlık Müdürlüğü
- Uzm.Dr. Semanur Dikenli, Çorum İl Sağlık Müdürlüğü

AKADEMİDEN HABERLER

Profesör unvanı alanlar:

- Prof.Dr. İskender Gün, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Doçent unvanı alanlar:

- Doç.Dr. Burcu Beyazgül, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
- Doç.Dr. Hıdır Sarı, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
- Doç.Dr. İzzettin Toktaş, Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
- Doç.Dr. Seher Palanbek Yavaş, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

Doktor Öğretim Üyesi unvanı alanlar:

- Dr.Öğr. Üyesi Caner Baysan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
- Dr.Öğr.Üyesi Emine Gökçen Selçuk, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.



Fotoğraf: Ferruh N. Ayoğlu

*Bir sonraki
sayımızda
buluşmak üzere...*

HASGÜN