TARİHSEL BAKIŞLA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI

TARİHSEL BAKIŞLA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI

Editörler

Prof.Dr. Pınar Okyay

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

Prof. Dr. Zafer Öztek

TARİHSEL BAKIŞLA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI

Editörler

Prof.Dr. Necati Dedeoğlu
Prof.Dr. Pınar Okyay
Prof.Dr. Zafer Öztek

Basım Yılı
2018

TARİHSEL BAKIŞLA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI

HASUDER Yayın No : **2018-5**
ISBN : 978-605-66954-6-9
Basım yeri : Trakya Üniversitesi Matbaası
Basım Yılı : 2018
Birinci basım : 500 adet

Editörler : Prof.Dr. Necati Dedeoğlu, Prof.Dr. Pınar Okyay, Prof.Dr. Zafer Öztek
Grafik-kapak tasarım : Zeki Yavuzak

Yasal Uyarı : Bu kitabın yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneğine (HASUDER) aittir. Kaynak gösterilerek eğitim amacıyla alıntı yapılabilir; diğer amaçlarla kullanılması için HASUDER'den izin alınmalıdır. Kitapta yer alan bilgi ve görüşlerden eserin editör ve yazarları sorumludur.

© 2018, Turkish Society of Public Health Specialists /
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
Adres : Korkut Reis Mah. İlkiz Sok. 17/2 Çankaya / Ankara
Eposta : yayinmuduruhasuder@gmail.com
Web : http://www.hasuder.org.tr

İÇİNDEKİLER

		Sayfa No
İÇİNDEKİLER		i-ii
SUNUŞ		iii
ÖNSÖZ		iv
EDİTÖR VE YAZARLAR		v-vi
Halk Sağlığı Kavramı ve Uzmanlığı	Prof. Dr. Zafer Öztek	1
Türkiye'de Sağlık Politikalarının Tarihsel Süreci		11
Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel süreci / Bölüm sunuşu	Prof. Dr. Zafer Öztek	11
Anayasalarımızda sağlığa bakış	Prof. Dr. Cemil Özcan	12
Türkiye'de 1923 – 1960 dönemi sağlık politikaları	Prof. Dr. Kayıhan Pala, Prof. Dr. Hamdi Aytekin	13
Türkiye'de 1960 – 1980 dönemi sağlık politikaları	Prof. Dr. Cemil Özcan	23
Türkiye'de 1980 – 2000 dönemi sağlık politikaları	Prof. Dr. Cemil Özcan	35
Türkiye'de 2000 yılı sonrası sağlık politikaları	Prof. Dr. Bülent Kılıç	42
Halk Sağlığı Konularının Tarihsel Süreci (Alfabetik sıra ile)		
Afetler ve halk sağlığı hizmetleri	Prof. Dr. Necati Dedeoğlu	65
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri	Prof. Dr. İnci Oktay	68
Çevre sağlığı	Dr. Ahmet Soysal	80
Çocuk ve ergen sağlığı	Prof. Dr. Hilal Özcebe	84
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü		
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü / Bölüm sunuşu	Prof. Dr. Ayşen Bulut	97
Türkiye'de aşı üretiminin tarihçesi	Prof. Dr. Feride Aksu Tanık	98
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tarihi	Prof. Dr. Nuray Özgülnar	108
Hastane enfeksiyonları	Prof. Dr. Selma Karabey, Uzm. Hem. Hatice Kaymakçı	116
Lepra	Prof. Dr. Ayşe Yüksel	125
Sıtma	Prof. Dr. Muhsin Akbaba	130
Tüberküloz	Prof. Dr. Ferit Koçoğlu	133
Tarihsel bakışla bulaşıcı hastalıkların denetiminde temel yaklaşımlar	Uz.Dr. Umur Gürsoy	135

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü / Bölüm sunuşu	Prof.Dr. Reyhan Uçku	161
Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde genel ilkeler	Prof.Dr. Rengin Erdal	162
Nüfussal Dönüşüm	Dr. Mümtaz Peker	165
Türkiye'de kontrol programları	Doç.Dr. Nazan Yardım	174
Diyabet kontrolü	Prof.Dr. Sibel Sakarya	182
Engellilik ve önlenmesi	Prof.Dr. Hatice Şahin	191
Kanser kontrolü	Doç.Dr. Sultan Eser	199
Kardiyovasküler hastalıkların kontrolü	Prof. Dr. Reyhan Uçku	208
KOAH kontrolü	Prof.Dr. Mehmet Polatlı, Prof.Dr. Ertürk Erdinç	216
Obezite kontrolü	Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin	222
İlaç ve teknoloji üretiminin tarihi	Prof. Dr. Filiz Abacıgil	229
Mezuniyet öncesi Halk Sağlığı eğitimi	Prof. Dr. Meltem Çöl	234
Halk Sağlığı Anabilim Dallarının tarihçesi	Prof. Dr. Meltem Çöl	238
Mezuniyet sonrası Halk Sağlığı eğitimi		
Mezuniyet sonrası Halk Sağlığı eğitimi / Bölüm sunuşu	Prof. Dr. Ferda Özyurda	259
Mezuniyet sonrası Halk Sağlığı eğitimi	Prof. Dr. Ferda Özyurda	260
Hıfzıssıhha Okulu Tarihi	Prof. Dr. Necati Dedeoğlu	268
Gezici eğitim seminerleri	Prof. Dr. Nilay Etiler	281
Okul sağlığı	Prof. Dr. C.Tayyar Şaşmaz, Araş.Gör.Dr. Aylin Yeniocak Tunç	288
Nüfus ve sağlık araştırmaları	Prof. Dr. Sabahat Tezcan	297
Şehir sağlığı	Prof. Dr. Emine Didem Evci Kiraz	303
Toplum beslenmesi / Gıda sağlığı	Prof. Dr. Gülay Koçoğlu	314
Toplum ruh sağlığı	Prof. Dr. Pınar Erbay Dündar	326
Tütün kontrolü	Prof. Dr. Nazmi Bilir	332
Üreme sağlığı	Öğ.Gör.Dr. Ahmet Can Bilgin, Uz.Dr.Hande Bahadır, Prof.Dr. Türkan Günay	341
Halk Sağlığı kongreleri ve Halk Sağlığı ile ilgili diğer bilimsel etkinlikler	Prof. Dr. Gamze Çan	356
Türkiye'de Halk Sağlığı tarihinde büyüklerimiz	Prof. Dr. Erdal Beşer	367

SUNUŞ

Değerli Okuyucular,

Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı kitabı, halk sağlığı alanındaki çabaların, kazanılmış başarıların zamana yenilmesinin engellenmesi fikriyle doğmuştur. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yönetim Kurulu, ülkemizde halk sağlığı alanında yapılanları, başarı öykülerini görünür kılmak ve gelecek kuşaklara aktarabilmek için bu eserin hazırlanmasına karar vermiştir. Bu kararımızı paylaştığımız hocalarımız, Prof. Dr. Necati Dedeoğlu, Prof. Dr. Zafer Öztek ve Prof. Dr. Pınar Okyay kitabın editörlüğünü kabul ederek bu önemli eserin ortaya çıkmasını sağlamışlardır.

Bu kitap, alanında söz sahibi pek çok bilim insanının ortak ürünüdür. Bu yanıyla da derneğimizin çok değerli eserleri arasında yer alacaktır.

Cumhuriyetimizin kuruluşundan bu yana sağlık alanında yapılan pek çok çalışmanın ardındaki emeği bu vesile ile görünür kılmak ve genç halk sağlıkçıların yolunu aydınlatmasını sağlamak en büyük mutluluğumuzdur.

Emek veren herkese minnettarız.

Prof. Dr. Türkan Günay
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Yönetim Kurulu adına

ÖNSÖZ

Her şey iki yıl önce başladı. HASUDER mektup gurubunda, vefat eden bir öğretim üyesi için, asistanlarımızdan biri "Bu hocamızı tanımıyordum. Keşke hocalarımızı, halk sağlığı anabilim dallarını tanıtan bir belge olsaydı" diye belirtince bir halk sağlığı tarihi kitabı yazma fikri doğdu. HASUDER Yönetim Kurulu da bu önemli eser için bizleri görevlendirdi. Daha önce hiç birimiz bir tarih kitabı yazmamıştık. Bu işin nasıl yapılabileceğini tarih profesörlerine sorduk, bir araya gelip tartıştık. Bu kitabın sınırlarını ve yöntemini belirlemede zorlandığımızı belirtmek gerekir. Halk sağlığının tarihi denildiğinde neyi anlamalıyız? Halk sağlığı nerede başlar, nerede biter? Bizler bu sınırı geniş tutarak sağlık hizmetleri ile ilgili gelişmelerin tamamını kapsamaya çalıştık.

Kitap acaba halk sağlığı konularına göre sınıflandırılıp, bu konuların zaman içinde nasıl geliştiği mi irdelenmeliydi; yoksa halk sağlığı tarihi de ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmelerinden ayrı düşünülemeyeceği için konuları belli dönemler içinde mi tartışmalıydık? Sonunda tekrarlardan kaçınmak ama halk sağlığı politikalarına damgalarını vuran dönemleri de göz ardı etmemek için biz her ikisini de yaptık. Öncelikle tarihçeyi Cumhuriyet döneminden bu yana olarak sınırlandırdık. Sonra da incelenecek dönemleri 1923-1960, 1960-1980, 1980-2000 ve 2000 sonrası şeklinde belirledik. Bu dönemlerdeki sağlık politikaları, sağlık örgütlenmesi, sağlık finansmanı, halk sağlığı eğitimleri farklılık gösterdiği için ayrı ayrı ele alınması gerekiyordu. Ancak, belli konular da tarihsel bütünlük içinde tartışılmalıydı. Bu yüzden bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, okul sağlığı, beslenme gibi konuların da ayrı ayrı yazılmasını öngördük. Bu konuları alfabetik olarak sıraladık.

Daha başından beri bu kitabı bizim oturup yazmamız yerine iş bölümüyle pek çok halk sağlığı uzmanının beraberce yazmasını, bizim planlama, kural koyma, eşgüdüm sağlama, sonunda derleyip toparlama görevi üstlenmemiz gerektiğini kararlaştırmıştık. Bunun için önce belli dönemlerin yazılarının editörlüğünü üstlenecek arkadaşlarımızı belirledik. Kendileriyle telefonla görüşüp onaylarını aldık. Biz belli isimler önermekle beraber bölüm editörlerinden her birisi bölümündeki yazarların kimler olacağını kendileri belirledi; onlarla kendileri iletişime geçtiler. Bizler ayrıca bağımsız bölümlerin yazarlarını saptadık, onaylarını aldık ve hem tüm yazarlara yazılarının nasıl yazılacağına ilişkin "Yazım Kuralları" yolladık hem de bölüm editörlerinin görevleri ile ilgili neler yapmaları gerektiğine ait bir rehber hazırladık. Her ne kadar bir standart geliştirmeye çalışmışsak da, bölümler arasında yazım üslubunda, yazıların uzunluk ve kısalığında farklılıklar olduğu bir gerçektir. Çünkü yazarlar genelde yazdıkları konunun içeriğinde ve tarzında özgür bırakılmıştır. Yazarlara metinlerinin ilk halleri bizlere ulaştığında önerilerde bulunduk. Ancak, bizler editörler olarak, bu değerli yazarların üslubuna mümkün olduğu kadar müdahale etmemeye özen gösterdik.

Bizler, yazarlara kitabın bir "halk sağlığı kitabı" değil, bir "tarihçe kitabı" olduğunu, bu yüzden "ilgili konuyla ilgili teknik bilgiler yerine, o konunun zaman içinde nasıl geliştiğinin anlatılması gerektiğini; örneğin, okul sağlığının ne olduğunun, nasıl gerçekleştirileceğinin anlatılması yerine tarihsel süreçte okul sağlığı konusunda olan gelişmelerin tartışılmasını" istediğimizi duyursak da, bazı yazılar buna tam uymamaktadır. Gerek yazının uzunluğu veya şekli, gerekse içeriği ile ilgili olarak hem bölüm editörlerini hem de yazarları uyardık, birkaç yazıyı geri yollayıp düzeltilmelerini istedik. Yazılara resimler de eklenebileceğini, yazı aralarına anekdotlar, ilginç halk sağlığı olayları veya kişileri ile ilgili kutucuklar yerleştirilebileceğini belirttik.

Kitabın bütünlüğünün sağlanması amacıyla biz editörler kendi aramızda sürekli haberleşmek yanında iki kez Ankara'da iki kez de İstanbul'da toplandık. Ayrıca, tüm yazarlar ve bölüm editörleri ile Halk Sağlığı Kongreleri sırasında, 22 Ekim 2016 ve 18 Mart 2017 tarihlerinde toplantılar yaptık. Kitabın içeriği ve yöntem konusunda görüşlerini aldık; kendi görüşlerimizi ilettik.

Elinizdeki kitabın 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinden önce basılabilmesi için çabaladık. Ancak yazarlarının yoğunlukları nedeniyle bazı konular kitapta yer alamadı. Bundan sonraki baskılarda eksikliklerin giderilmesi ve bu eserin giderek mükemmelleşmesi arzumuzdur. Kitaplar, özellikle tarihle ilgili kitaplar basıldıkları zaman eskimeye başlarlar. Ülkemizde halk sağlığı uygulamaları o kadar hızlı değişmektedir ki, bu kitabın yakın bir gelecekte güncellenmesinin gerektiğine inanmaktayız. Ayrıca, varsa, kitaptaki eksiklikleri ve önerilerinizi HASUDER yönetimine bildirmeniz sonraki basımlarına yön verecektir.

Biz editörler bu zorlu görevi severek üstlendik, iki yıl boyunca elimizden geldiğince çabaladık, beraber çalışmaktan da keyif aldık. Ancak, kitabın tamamlanmasında Pınar Okyay arkadaşımızın özel gayretinin burada belirtilmesi gerekir; yükün önemli kısmını o sırtladı. Kitabın oluşturulması için değerli zamanlarını harcayan tüm yazarlara teşekkür ederiz. Bölüm editörleri bizlerin yardımcısı oldular; öneriler getirdiler, yazarları yönlendirerek kendi bölümlerinin oluşturulmasını sağladılar. HASUDER yönetimi bizi hep destekledi; bu önemli eserin hayat bulmasını sağladı. Ortak bir emekle üretilen bu kitabın başta belirttiğimiz boşluğu dolduracağını umuyoruz.

Editörler

EDİTÖR VE YAZARLAR

(Soyadına göre alfabetik sıralanmıştır)

Prof. Dr. Filiz Abacıgil	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Muhsin Akbaba	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Hamdi Aytekin	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Uz. Dr. Hande Bahadır	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Elemanı
Prof. Dr. Erdal Beşer	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Öğ. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Anabilim Dalı Öğretim Elemanı
Prof. Dr. Nazmi Bilir	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ayşen Bulut	Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapmış, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı kurucu başkanı olarak emekli olmuş öğretim Üyesi.
Prof. Dr. Gamze Çan	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Meltem Çöl	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Necati Dedeoğlu	Akdeniz ve Başkent Üniversiteleri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Pınar Erbay Dündar	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof . Dr. Rengin Erdal	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ertürk Erdinç	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Sultan Eser	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Nilay Etiler	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Eski Öğretim Üyesi / TTB Halk Sağlığı Kolu Başkanı
Prof. Dr. Türkan Günay	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi /HASUDER Başkanı
Uz. Dr. Umur Gürsoy	Osmaniye İli Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Halk Sağlığı Uzmanı
Prof. Dr. Selma Karabey	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Uzm. Hem. Hatice Kaymakçı	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Emekli Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Bülent Kılıç	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Emine Didem Evci Kiraz	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Dekan / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çevre Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı / Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Danışma Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ferit Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi /5 yıl VSD Hekimi,1984-85 Verem Savaş Dairesi ve 1996-2011 Türkiye Ulusal Verem Savaş Dernekleri Federasyonu Başkanı
Prof. Dr. Gülay Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. İnci Oktay	Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Pınar Okyay	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Cemil Özcan	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. L. Hilal Özcebe	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Nuray Özgülnar	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Zafer Öztek	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi / Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ferda Özyurda	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Kayıhan Pala	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Dr. Mümtaz Peker	Demograf Dr.
Prof. Dr. Mehmet Polatlı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
Prof. Dr. Sibel Sakarya	Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Dr. Ahmet Soysal	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Hatice Şahin	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Feride Aksu Tanık	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Sabahat Tezcan	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi / Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü
Araş. Gör. Dr. Aylin Yeniocak Tunç	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Elemanı
Prof. Dr. Reyhan Uçku	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Nazan Yardım	T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanı
Prof. Dr. Ayşe Yüksel	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

HALK SAĞLIĞI KAVRAMI VE UZMANLIĞI

Prof. Dr. Zafer Öztek

Tarihsel Açıdan Halk Sağlığı

Sağlık hizmetlerinin hastalara verilen tıbbi hizmetlerden çok daha geniş bir kavram olduğunun ne yazık ki, ne sağlık çalışanları ve yöneticileri ne de toplum tarafından net ve aynı şekilde anlaşıldığı söylenemez. Bunun temel nedeni, sağlık hizmetlerine halâ dar ve geleneksel biyo-medikal anlayışla yaklaşılması olabilir. Oysa, hastalıkların nedenlerinin yalnızca biyolojik değil, fiziksel ve sosyal etmenler olduğu, sağlık hizmetlerinin asıl hedefinin kişilerin hastalıklardan korunmaları ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi olduğu ve bu işlerin yalnızca sağlıkçıların değil devletin işi olması gerektiği 1800'lü yıllardan bu yana bilinmektedir.

Halk sağlığı felsefesi olarak tanımlanan anlayışın temelini oluşturan bu görüşler 1800'lü yıllarda bilimsel raporlarda ve makalelerde yayınlanmaya başlandı. İngiltere'de 1842 yılında Edwin Chadwick adlı sosyal reformcu "İngiltere'de çalışan nüfusun sanitasyon koşulları üzerine genel rapor" adlı bir belge yayınladı. Raporda hastalıkların çoğunun çevre kirliliğinden ve sanitasyon eksikliğinden kaynaklandığı ve yoksulluğa neden olduğu savunuldu (Institute of Medicine, 1988). Bu raporun ışığı altında İngiltere'de 1848 yılında tarihteki ilk "Halk Sağlığı Yasası" çıkartıldı. Bu yasayla halk sağlığının bir devlet sorumluluğu olduğu ve çevresel düzenlemelerin yerel sağlık otoritelerinin sorumluluğu olduğu kabul edildi. Chadwick tarafından kaleme alınan rapor diğer Avrupa ülkelerini ve ABD'ni etkiledi ve dünyada bir halk sağlığı reformunun başlamasına yol açtı.

İlk kanunun çıkmasından on yıl sonra, 1858'te çıkarılan yeni bir halk sağlığı yasası ile "Halk Sağlığı Kurulu" oluşturuldu; kurul halk sağlığı alanında araştırma, salgın kontrolü gibi çalışmalar yaptı. İngiltere'de bu gelişmeler olurken aynı yıllarda Almanya'da bir patoloji ve antropoloji uzmanı olan Rudolf Virchow bir tifüs salgınını incelemek üzere görevlendirilmişti. Virchow yazdığı raporda salgının altında yoksulluk ve açlık gibi nedenlerin yattığını ve yalnızca tıbbi değil sosyal önlemlerin de alınması gerektiğini önerdi. Zaten, Virchow daha önceki yayınlarında yer alan sosyal tıp üzerine bir makalesinde sosyal ve ekonomik faktörlerin önemini belirtmiş ve hükümetlerin vatandaşlarının sağlığını korumakla görevli olduğunu ve bu alanda önlemler alması gerektiğini dile getirmişti.

Sir Edwin Chadwick

Halk sağlığı kavramının gelişmesinde Virchow'un yanında da çalışmış olan ve sosyal tıp kavramını benimseyen Alfred Grothjan'ın da önemli katkıları olmuştur. Grothjan 1923 yılında yayınlanan "Sosyal Hijyen Sözlüğü" isimli kitabıyla hastalıkların oluşmasında sosyal etmenlerin önemini ortaya koydu ve sosyal hekimliğin tanımını yaparak, halk sağlığı hizmetlerinin bütün toplumun gereksinimi ve hakkı olduğu, bu hizmetlerin kamu tarafından herkese sağlanması gerektiği görüşünü dile getirdi.

Rudolf Virchow

Bu gelişmelerin olduğu 20. yüzyılın ilk yarısında halk sağlığı biliminin temelleri üniversite programlarında yer almaya başladı. Halk sağlığının çeşitli tanımları yapıldı. Bu arada ABD'de bir bakteriyolog olan Dr. Winslow 1923 yılında halk sağlığını oldukça kapsamlı biçimde tanımladı:

"Halk sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayarak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecek bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün arttırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır."

Dünya savaşlarını izleyen yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslar arası kuruluşlar tarafından yapılan toplantılarda ve yayınlanan raporlarda halk sağlığı kavramı bütün boyutları ile ve ayrıntılı olarak ele alındı ve bütün dünyada kabul gören bir kavram olarak yerleşti. Bu çabalar arasında

Charles-Edward Amory Winslow

1978 yılında DSÖ ve UNICEF'in ortak çabaları ile yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Bildirgesini özellikle vurgulamak gerekir. Sonuç olarak günümüzde yaygın olarak kabul gören halk sağlığı görüşüne erişildi.

Günümüzde halk sağlığı kavramı Donald Acheson tarafından 1988 yılında yapılan kısa, ama kapsayıcı tanımıyla şöyle kabul ediliyor: "Halk sağlığı, toplumun örgütlenmiş çabaları ile, hastalıklardan korunmayı, yaşamı uzatmayı ve sağlığı geliştirmeyi amaçlayan bilim ve sanattır."

Halk Sağlığı Görüşü

Halk sağlığı görüşü denildiğinde, sağlık alanında görev yapan bütün çalışanlar tarafından bilinmesi ve uyulması gereken bazı ilkeler anlaşılır. Bu ilkelerin başlıcaları şunlardır:

1. **Sağlık hizmetlerinde hakçalık (equity) esastır:** Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. O nedenle, ırk, dil, din, cinsiyet, yerleşim yeri ve sosyal durum gözetilmeden herkes sağlık hizmetlerine erişebilme ve hizmetlerden yararlanma konusunda eşit şansa sahip olmalıdır. Sağlık hizmeti alması gereken herkes bu hizmeti yeterince almalıdır. Toplumdaki kişilerden bazıları sağlık yönünden daha fazla risk altındadırlar ve daha sık hastalanıp, sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duyarlar. O nedenle, risk altındaki kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları doğaldır. Bu yaklaşım "herkese biraz, gereksinmesi olana daha fazla sağlık hizmeti" biçiminde ifade edilmektedir.

Sir Donald Acheson

2. **Sağlık hizmetleri bir kamu hizmetidir:** Sağlık bir insan hakkı olduğuna göre bu hakkın sağlanması devletin güvencesi arasındadır ve tıpkı adalet, güvenlik, eğitim hizmetleri gibi bir kamu hizmeti anlayışıyla verilmelidir. Mülkün (devletin) temeli yalnızca adalet değildir. Sağlık da mülkün temelidir.

Sağlık mülkün temelidir.

3. **Kişi çevresi ile bütündür:** Kişiler, fiziksel, biyolojik ve sosyal çevrelerinden etkilenirler ve bu çevreden ayrı olarak ele alınamazlar. Sağlık hizmetinin her kademesinde, hizmet verilen kişinin (sağlam ya da hasta) içinde yaşadığı çevre öğrenilmeli ve hizmette dikkate alınmalıdır. Örneğin, bağırsak paraziti olan bir kişiyi ilaçla tedavi etmek yetmez. Çünkü, o kişinin kullandığı tuvalet ve besin maddeleri sağlıklı duruma getirilmezse, tedavi sonucunda parazitler yok olsa bile, fiziksel çevre faktörleri bozuk olduğundan kişide yeniden parazit oluşacaktır.
4. **Yaşam, doğum öncesinden ölüme kadar bütündür:** Rahim içi yaşamdan başlayarak, yaşamın her dönemi, sonraki dönemlerde kişinin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkiler. O nedenle, sağlık personeli, hizmet verdiği kişinin önceki yaşamında karşılaştığı olayları ve kendisine yapılacak müdahalelerin onun bundan sonraki yaşamını nasıl etkileyebileceğini göz önünde bulundurmak zorundadır. Örneğin, bebeklik dönemindeki beslenme alışkanlıkları, kişinin sonraki yaşam dönemlerinde hipertansiyon, şişmanlık gibi sorunlarla karşılaşmasına zemin hazırlayabilir.
5. **Koruma tedaviden üstündür:** Sağlık hizmetlerinin birinci amacı ve sağlık personelinin temel sorumluluğu, kişilerin sağlıklı yaşamaya devam etmelerini sağlamak ve hasta olmamaları için çalışmaktır. Ancak, herkesi her hastalıktan korumak olanaksızdır. İnsanlar, bütün koruyucu önlemlere karşın hastalanabilirler. İşte o zaman, hekimin ikinci görevi hastaları tedavi ve rehabilite etmektir. Toplumda görülen hastalıkların ve kazaların pek çoğu, aslında, korunulabilir olaylardır. Bu hastalıkların toplumda görülüyor olması, sağlık hizmetlerinin başarısızlığı olarak algılanmalıdır.

Bir gram koruma, bir kilo tedaviden iyidir. (İngiliz deyişi)

6. **En çok görülen, sakat bırakan ve öldüren hastalık" önemli hastalık" tır:** Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılacak planlarda önemli hastalıklara öncelik verilmelidir. Bir başka deyişle, kaynakların harcanmasında ve hizmetin sunulmasında, söz konusu toplumda en sık görülen, en çok ölüme ve sakatlığa yol açan durumlara öncelik verilmesi, toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesinde temel stratejidir.
7. **Hastalıkların nedenleri biyolojik, fizik ve sosyal nedenlerdir:** Hastalıklar tek nedenli değildir. Örneğin, tüberküloz hastalığının etkeni bir basildir. Ancak, basille karşılaşan her kişi hasta olmaz. Hasta olan kişiler, genellikle fakir, beslenmesi yetersiz, barınma koşulları kötü, kalabalık ailelerde yaşayan ve eğitim düzeyleri düşük olanlardır. O nedenle, tüberküloz savaşında,

yalnızca tıbbi yaklaşımlar yeterli olamaz. Bunların yanısıra sosyal faktörlerin iyileştirilmesi de gerekir.

8. **Kişinin hastalığı, aynı zamanda ailenin sorunudur:** Aile bireylerinden birisinin hastalığı, ailenin düzenini, huzurunu, ekonomik ve sosyal durumunu olumsuz etkiler. O nedenle, yalnızca hasta olan ile ilgilenmek yetmez, o kişiyi tedavi ederken ailenin bütününü ele almak gerekir. Örneğin, ailede şeker hastası olan bir çocuğun bulunması durumunda, o evde pişen yemeklerden öğün saatlerine, yolculuk planlarından eğlence planlarına kadar bütün düzen değişir. Hastalık, ailenin ekonomik durumunu da bozar. Bu nedenle, hekimin yalnızca şeker hastası olan kişinin tedavisini planlaması yetmez, bütün aile ile görüşmesi, onları hastanın bakımı, ortaya çıkabilecek sorunlar karşısında ne gibi önlemler alması gerektiği gibi konularda eğitmesi ve psikolojik destek vermesi gerekir.
9. **Kişinin hastalığı aynı zamanda toplumun sorunudur:** Bir kişinin hastalığı çevresindeki kişileri de olumsuz etkileyebilir. O nedenle, bir kişinin tedavisini yapmaması ya da kendisini hastalıklardan korumaması yalnızca o kişinin sorunu olarak kabul edilip geçiştirilemez. Örneğin, bazı aileler çocuklarını poliomiyelit hastalığına karşı aşılatmazlarsa, o toplumda poliomiyelit hastalığı kontrol altına alınamaz. O nedenle, o ailelerin çocuklarını aşılatmalarını sağlamak toplumun sorumluluğudur. Aynı şekilde, verem, AİDS, sıtma, frengi gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler tedavilerini yaptırmaz ya da aksatırlarsa, toplumdaki sağlam bireyler de tehlike altına girerler. Bir toplumda hasta olanların çokluğu toplumsal kalkınmayı, refahı, üretkenliği de etkiler; tedavi giderlerin artmasına, üretim gelirlerin düşmesine yol açar. Ayrıca, bir toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek için, aynı toplumda yaşayan kişiler müşterek sorumluluk ve dayanışma duygusu içinde birbirlerini desteklemelidirler.
10. **Kişiler kendi sağlıklarından da sorumludurlar:** Kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz. Örneğin, kişiler aşılanmanın önemini kavramış olurlarsa, aşılanma talebi ile sağlık kuruluşlarına kendiliklerinden gelirler ve bu hizmet kolaylıkla verilir. Aksi durumda, sağlık personelinin aşılanmamış kişileri bulması ve evlerine giderek onları aşılaması gerekir ki, bu uygulama bağışıklama hizmetlerini aksatır ve bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınamaz.
11. **Sağlık hizmeti bir ekip işidir:** Hiçbir meslek üyesi (hekim dahil) sağlık hizmetlerini tek başına veremez. Çünkü, bu hizmetler çok boyutludur, yoğundur, karmaşıktır, sürekli olmalıdır ve giderek daha da teknik uzmanlık gerektirmektedir. Ekip üyelerinin her biri kendi işlerini uygun şekilde yaptıkları zaman sağlık hizmetinin bütünü ortaya çıkar. Üyelerden biri ya da bazıları işlerini düzgün yapmazlarsa, diğerleri düzgün yapsa bile sonuç başarısız olabilir. O nedenle, sağlık ekibinin her üyesi önemlidir ve değerlidir.

Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden, birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan değişik meslek üyeleridir.

12. **Sağlık hizmetleri çok sektörlüdür:** Sağlık hizmetleri yalnızca "sağlık sektörü" (Sağlık Bakanlığı) tarafından verilemeyecek kadar geniş boyutludur. Örneğin, öğretmenlerin, din görevlilerinin, köy muhtarlarının, belediye yetkililerinin, veterinerlerin, tarım uzmanlarının, kaymakamların, apartman yöneticilerinin ve daha bir çok kişinin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde az ya da çok sorumluluğu ve yetkileri vardır. O nedenle, sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık, eğitim, tarım, iç işleri, diyanet işleri, yerel yönetimler, finans kuruluşları, ulaştırma, sanayi gibi sektörlerin eşgüdüm içinde hareket etmeleri kaçınılmazdır.
13. **Halkın sağlık hizmetlerine katılımı esastır:** Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında, hizmeti verenler kadar hizmeti alanların (halkın) da dikkate alınması gerekir. Eğer, halk hizmetleri benimsemez ve tatmin olmazsa, hizmetlerde başarıya ulaşılamaz. O nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında halk ile işbirliği yapmak, onların katılımını sağlamak gerekir.
14. **Sağlık ve toplum kalkınması arasında karşılıklı ilişki vardır:** Ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Kalkınmışlık toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine yol açacağı gibi, sağlıklı bir toplum da kalkınmaya olumlu etki yapar. Bir ülkenin sağlıklı oluşu önce halkının sağlıklı oluşuna bağlıdır. O nedenle sağlık için yapılan yatırımlar ekonomik yatırımlar olarak kabul edilmeli ve öncelik verilmelidir.

Kralın en büyük hazinesi halkıdır. (Johann Peter Frank, 19. yy)

15. **Koşullara Uygunluk:** Ülkeler ve bir ülkenin bölgeleri arasında fiziksel, kültürel ve kaynaklar yönünden farklılıklar olabilir. Sağlık hizmetlerinin planlanıp sunuluşunda temel ilke, o yerdeki koşullara uygun modelleri ve teknolojiyi seçip kullanmaktır. Bir ülkede başarı ile uygulanan bir model başka bir ülkenin koşullarına uymayabilir.
16. **Sağlık evrensel bir konudur:** Ulusların sağlık sorunları farklı olabilir. Ancak sağlık, dünya üzerinde yaşayan herkesi ilgilendiren ortak (evrensel) bir konudur. O nedenle ülkeler arası işbir¬liği kaçınılmazdır.
17. **Ülkenin kendine yeterliği:** Sağlık bir evrensel konu olmakla birlikte her ülke hizmetlerin sunulması için gerekli aşı, ilaç, araç-gereç, insangücü gibi alt yapı ve lojistik açısından kendine yeterli olmalıdır.
18. **Sağlık hizmetlerinde entegrasyon esastır:** Koruyu-

cu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirlerinden kesin olarak ayrılamazlar. O nedenle, bu hizmetlerin bir arada verilmesi esastır. Örneğin, mamografi ile meme kanserinin erken tanısı, aile planlaması, sağlık eğitimi, beslenmenin düzeltilmesi, ilaçla koruma gibi hizmetler koruyucu hizmetlerdir ve sağlık hizmetlerinin verildiği her kuruluşta ve sağlık personeli ile kişilerin karşılaştığı her ortamda verilebilirler.

19. **Kademeli hizmet sistemi**: Sağlık hizmetlerinde kademeli örgütlenme esastır. Hizmet gereksinmesi olanlar önce kendilerine en yakın yerde kurulmuş olan ve entegre hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalı, bu kademedeki olanakları aşan durumlarda kişi sırasıyla ikinci ve üçüncü basamaktaki kuruluşlara yönlendirilmelidir.
20. **Kanıta dayalı karar ve yönetim:** Sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinmelerine uygun ve gerçekçi olabilmesi için bütün kararlar, planlar ve programlar epidemiyolojik yöntemlerle toplanan veri ve kanıtlara dayanmalı ve sonuçlar aynı şekilde değerlendirilmelidir.

Yukarıda belirtilen ilkeler sağlık hizmetlerinin hangi kademesinde çalışırsa çalışsın bütün sağlıkçıların bilmesi ve uygulaması gereken ilkelerdir. O nedenle, bu ilkeler sağlık personeli eğitimi yapan bütün okulların eğitim programlarında yer almalıdır. Yani, hekim, eczacı, ebe, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, teknisyen gibi bütün sağlıkçılar bu bilgilerle donatılmış olarak mezun olmalı, meslekleri bu ilkeler doğrultusunda uygulamalıdır. Bu yüzden, bütün sağlıkçılar birer "halk sağlığı uygulayıcısı" (public health practitoner) olarak kabul edilir. Tıp fakültelerinde bu ilkeleri öğretmek, halk sağlığı anabilim dallarının görevidir. Diğer fakülte ve okullarda da benzer birimler olmalıdır.

Halk sağlığının yeşerdiği dönemlerde ABD'de özellikle tıp fakültelerinde bu konuya çok önem verildi. Bu girişimin başını Kentucky Üniversitesi öğretim üyelerinden Kurt W. Deuschle çekti. Deuschle, mesleğinin başlarında, 1952 yılında tüberküloz programında çalışırken bu hastalığın kontrolünde modern tıp ile yerel uygulamaların birbirini tamamlayarak uygulanmasının ve toplum gönüllülerinin ve hekimdışı personelin kullanılmasının önemini gözledi. Bundan iki yıl sonra araştırma, hizmet ve geri kalmış yörelerde eğitim çalışmalarını içeren Navajo – Cornell Sağlık Projesi sorumlusu olduğunda düşüncelerini uygulama fırsatını yakaladı. Ama, asıl fırsatı 1960 yılında Kentucky Üniversitesi'nde "Toplum Hekimliği" (Community Medicine) departmanını kurduğunda ve tıp fakültesi programında ilgili dersleri vermeye başladığında elde etti. Deuschle, ihmal edilmiş, yoksul ve kırsal bölgelerde, özellikle Kızılderili bölgelerinde hizmet veren hekimlerin toplumun kültürünü iyi tanımalarının önemini ve ona göre davranmaları gerektiğini savunuyordu. Eğitim programına toplumun sorunlarını anlayabilmek için epidemiyoloji konularını ekledi ve kültürler arası çalışmalar için burslar düzenledi. Daha sonra atandığı New York Mount Sinai Hastanesinde de siyah Amarikalıların yoğun olarak yaşadığı Doğu Harlem bölgesinde bir "toplum hekimliği" projesi başlattı. Deuschle, benzer programların Nijerya, Çin, Vietnam ve Türkiye'de de başlaması konusunda liderlik yaptı.

Kurt W. Deuschle

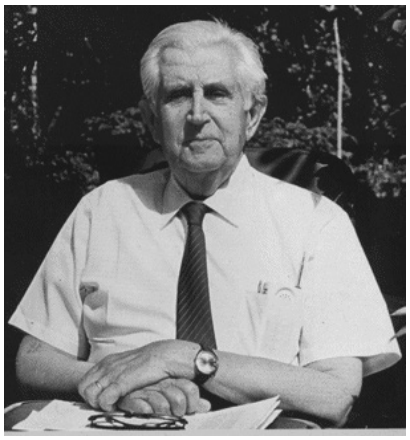
Deuschle, 1960 yılında toplum hekimliğini şöyle tanımlamıştı:

"Toplum hekimliği eğitiminin amacı, öğrencilere, sağlık personelinden oluşan bir ekiple toplum içinde koruyucu ve iyileştirici hekimliğin nasıl uygulanacağını, epidemiyolojik ve sosyal bilim yöntemlerini kullanarak toplumun sağlık sorunlarını ve bunların önemlilik derecelerini saptamayı ve uygulamalardan alınan sonuçları değerlendirmeyi öğretmektir."

ABD'de tıp fakültelerinde toplum hekimliği eğitiminin başladığı ve kabul gördüğü yıllarda, 1963 yılında Türkiye'de Ankara Üniversitesi bünyesinde "Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi" (Daha sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi adını aldı) kuruldu. Bu Fakültede, Ohio Eyaletindeki Case Western Reserve Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülmekte olan program aynen uygulanmaya başlandı. Adı geçen üniversitedeki "Toplum Hekimliği" bölümü de böylece Hacettepe Tıp Fakültesine girmiş oldu.

O tarihlerde Hacettepe Fakültesinde üç enstitü vardı: Temel Bilimler Enstitüsü; Klinik Bilimler Enstitüsü ve Toplum Hekimliği Enstitüsü. Bu ayırım son derece akılcı idi ve Toplum Hekimliği Enstitüsü Fakültenin asıl misyonu olan toplum için ve içinde hekim eğitimi ile bağdaşıyordu.

Söz konusu uygulamalar Avrupa ülkelerinde, özellikle Almanya ve Fransa'da "sosyal tıp" (social medicine) adı altında gelişti. Bazı tıp fakültelerinde "koruyucu hekimlik" (preventive medicine), "aile hekimliği" (family medicine), "aile ve sosyal tıp" (family and social medicine), "aile sağlığı ve koruyucu hekimlik" (family health and preventive medicine), "hijyen ve koruyucu hekimlik" (hygiene and preventive medicine), "halk sağlığı" (public health), "toplum hekimliği" (community medicine) gibi farklı adlarla bilim dalları kuruldu.


Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek

Hacettepe Üniversitesindeki toplum hekimliği eğitiminin yukarıda belirtilen amaçla

sınırlı kaldığı söylenemez. Bu Üniversitede toplum hekimliği kavramı, o zamana kadar ülkemizdeki bir boşluğu doldurarak gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası düzeyde "halk sağlığı" kavramı ile eşdeğer şekilde ele alındı ve geliştirildi. Hiç kuşkusuz, bu birimin kurulmasında ve geliştirilmesinde Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek en büyük paya sahiptir. Yüksek Öğretim Kurulu'nun 1981 yılında kurulması ile ülke genelinde benzer eğitimi veren; fakat farklı adlarla kurulmuş olan bütün anabilim dallarının adı "Halk Sağlığı" olarak standart hale getirildi.

"Halk sağlığı uzmanının görevleri, toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptamak; Halk sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretmek; Halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendir

Halk Sağlığı Uzmanlığı

Halk sağlığı kavramı bir felsefe, yani, sağlık hizmetlerine yaklaşım olmanın ötesinde bir uzmanlık alanıdır. Ancak, halk sağlığı uzmanlığının dünyanın her yerinde, hatta ülkemizdeki sağlıkçılar ve yöneticiler tarafından aynı biçimde algılandığını ve tanımlandığını söylemek zordur. Halk sağlığı alanı bazı yerlerde aile hekimliği ya da hijyen ile karıştırılmakta, bazı yerlerde halk sağlığı uzmanları aslında eğitimini görmedikleri laboratuar ya da klinik dallarda görevlendirilmektedir. Bu yanlış uygulamalar, ne yazık ki halk sağlığı eğitiminin üniversiteler içinde de yanlış algılanmasına ve eğitim programlarında tutarsızlıklara yol açabilmektedir.

Bu sorunun ortadan kaldırılması için atılması gereken ilk adım, halk sağlığı uzmanlarının iş tanımlarını ve bu işleri yapabilmeleri için hangi bilgi ve becerilere sahip olmaları gerektiğini açık bir şekilde belirlemektir. Bu görüşten hareketle, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) 2002 yılında halk sağlığı uzmanlarının iş tanımlarını şu şekilde yapmıştır:

Halk sağlığı uzmanları sağlık hizmeti sunan kurumların merkez örgütlerinde *(sağlık, çevre, eğitim bakanlıkları, belediyeler, sosyal güvenlik kurumları vb)* ve bu kurumlara bağlı kuruluşlarda *(sağlık müdürlükleri, başhekimlikler, toplum sağlığı merkezleri vb)* çalışan sağlık ekibi içinde yer alırlar; Sorumlu oldukları toplumun sağlık sorunlarını belirlerler *(sorunu teşhis etme);* bu sorunları ortadan kaldırmak için çözüm stratejileri geliştirirler *(tedavi seçeneklerini belirleme)* ve bu seçenekler arasından eğer karar verici kendileri ise kendilerince, eğer karar verici başka bir yetkili ise onun *(bakan, müdür, yönetim kurulu vb)* tarafından seçilen stratejinin uygulanması için gerekli programlarının hazırlanması ve uygulanmasında görev alırlar.

"Halk sağlığı uzmanının görevleri, toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptamak; Halk sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretmek; Halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapmak, bu programların yürütülmesinde görev almak; Sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapmaktır.

Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk sağlığı uzmanı, bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar.

Halk sağlığı uzmanı, araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır."

Bu noktada iki kavramı bilmek gerekir:

1. Türkiye'de halk sağlığı uzmanlığının kurucusu olarak kabul edilen Prof. Dr. Nusret Fişek, "halk sağlığı uzmanı kurmay hekimdir" derdi. Nasıl ki, bir kurmay subay istihbarat yapar (bilgi toplar), askerî harekât için strateji ve taktikleri belirleyip karar verecek olan komutana sunarsa, halk sağlığı uzmanı da (kurmay hekim) sağlık hizmetleri ile ilgili strateji ve taktikler belirleyip karar vericiye sunar. Kurmay olmak demek, son kararı vermek değildir; olasılıkları düşünmek, her olasılık için gerekli hazırlıkları ve planları yapmak ve doğru kararların verilmesine zemin hazırlamaktır. Bu açıklama, HASUDER'in uzmanlık tanımındaki "Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk sağlığı uzmanı, bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar" tanımlamasının açılımıdır. Bu yaklaşım aynı zamanda bir durumu da açıklar: Halk sağlığı uzmanı tıpkı kurmay subay gibi bir karargâh elemanıdır. Bilgi toplayıp planlar yaparken, kendi teknik bilgi ve becerisini kullanır ve karar vericinin en uygun çözümü seçmesi için danışmanlık yapar, onu yönlendirir. Yani, halk sağlığı uzmanı sağlık hizmeti sunan kurumun karargâhında politikaları arayan (policy seeker) kişidir. Amir olan kişi ise politikayı belirleyen (policy maker) konumundadır.
2. Yönetici olmak, mutlaka örgütün en tepesinde olup son kararı vermek değildir. Yönetim, bir ekip işidir ve uzmanların yer aldığı karargâhta, bir yönetim grubu olarak karşılıklı etkileşim içinde araştırarak, tartışarak,

deneyerek politikalar geliştirmek, en uygun olan politika ve stratejiyi belirlemek ve buna uygun programlar hazırlamaktır. Dolayısıyla, yönetici olmak, yönetim ekibi içinde yer almak ve yönetim işlevlerini yapmak demektir. Kurmay subay da halk sağlığı uzmanı da yönetim grubunun üyeleridir ve yönetim işlevi görmektedirler. Bu işleyiş mekanizması içinde halk sağlığı uzmanı yönetim ekibinin önemli bir elemanıdır ve sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde ve uygulanmasında son derece önemli ve aktif rol almaktadır. Karar verici konumundaki amirin (bakan, genel müdür, müdür vb) ekibi içinde yer almak, onun vereceği kararların oluşturulmasında söz sahibi olmak, verilecek kararlar için danışmanlık yapmak ve bu kararların uygulanması için planlar ve iş programları hazırlamak, uygulanması ve denetimlerinde görev almak da yöneticilik işlerindendir. Bu nedenle, halk sağlığı uzmanları ister amir konumunda olsunlar, isterse amirin yönetim ekibi içinde yer alsınlar bir tür yöneticilik görevi yaparlar. Bu noktada bir hususu da kabul etmek gerekir: Karar vericinin (amirin) de bir halk uzmanı olması verilen kararların ve hizmetin niteliğini arttırır.

Halk sağlığı uzmanı kurmay hekimdir.
(Prof. Dr. N.Fişek)

Bireylerin hastalanması gibi toplumlar da hastalanırlar. Bireylerin hastalıklarının teşhis ve tedavi edilmeleri gibi toplumların da hastalıkları teşhis ve tedavi edilebilir. Yukarıda açıklanan konumuyla halk sağlığı uzmanı tıpkı bir klinik uzmanının bireylerin hastalığını teşhis ve tedavi etmesi gibi toplumun hastalıklarını teşhis ve tedavi eden bir uzmandır. Bu nedenle halk sağlığı uzmanlığını bir tür klinik uzmanlık dalı olarak tanımlamak yanlış olmaz. Aşağıdaki tablo (Tablo 1) halk sağlığı ile klinik tıp bilimleri (klinik dal uzmanlığı) arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları anlamaya yardımcı olacaktır.

Klinik uzmanların bilmeleri gereken temel bilimler insan vücudunun yapısını ve nasıl çalıştığını açıklayan anatomi, histoloji, fizyoloji, biyokimya gibi temel bilimlerdir. Toplumun yapısını ve nasıl çalıştığını açıklayan bilim dalları sosyoloji ve antropolojidir. O halde, bir halk sağlığı uzmanının öncelikle bu konuları bilmesi gerekir.

Klinik uzmanlar hastalıkları teşhis edebilmek için anamnez, fizik muayene ve laboratuvar analizleri yöntemlerini kullanır. Halk sağlığının toplumun hastalıklarını teşhis yöntemi ise epidemiyolojidir. Tıpkı bir organdan alınan biyopsinin o organ hakkında teşhis konulmasını sağladığı gibi, toplumdan seçilen bir örnek (biyopsi) üzerinde yapılan epidemiyolojik bir inceleme toplumun hastalığı hakkında teşhis konulmasını sağlar. Klinik uzmanlarının kan basıncını ölçmesi, akciğer seslerini dinlemesi, radyolojik incelemeler yapması gibi halk sağlığı uzmanları da toplumun sağlık düzeyini gösteren bazı verileri toplar, bunları analiz eder ve bunlara dayanarak toplumdaki sağlıkla ilgili sorunları belirler. Toplumun sağlık durumunu yansıtan göstergeler (semptomlar) arasında doğum hızları, mortalite (ölüm) hızları, morbidite (hastalık) hızları gibi ölçütler sayılabilir.

Klinik uzmanlar hastalarını tıbbi ya da cerrahi yöntemlerle tedavi ederler. Örneğin, cerrahi bir girişimle hastanın anatomik ve fizyolojik yapısını değiştirirler, ama, hasta iyileşir. Benzer şekilde, bir halk sağlığı uzmanı da, örneğin, sağlık eğitimi yaparak toplumun sosyolojik ve antropolojik özelliklerini değiştirir, ama, toplumdaki sağlık sorunu giderilmiş olur. Söz gelimi, kundaklama geleneğinin (antropolojik özellik) eğitim ile ortadan kaldırılması bir

Tablo 1: Halk Sağlığı ile Klinik Tıp Bilimlerinin (uzmanlıklarının) Karşılaştırılması

Özellik	Klinik Tıp Bilimleri	Halk Sağlığı Bilimi
Hizmet	Bireye (Hastaya)	Topluma (Hastaların yanı sıra sağlam kişilere de)
Amaç	Genellikle, kişilerin hastalıklarını teşhis ve tedavi	Toplumun sağlık sorunlarını belirlemek; bunları önlemek, ortadan kaldırmak; toplumun sağlık düzeyini yükseltmek.
Temel bilimler	Anatomi (Vücudun yapısı) Fizyoloji (Vücudun işleyişi)	Sosyoloji (Toplumun yapısı) Sosyal Antropoloji (Toplumun işleyişi)
Tanı yöntemleri	Hikâye (Anamnez) Fizik muayene Laboratuar incelemesi	Epidemiyolojik yöntemler
Tedavi yöntemleri	Tıbbi Cerrahi	Sağlık eğitimi İyi sağlık yönetimi
Hizmet yeri	Kurumsal (Hastane vb.)	Yaşanılan her yer
İlgili bilimler	Uzmanlık dalına yakın tıp bilimleri	Bütün tıp bilimleri, sosyal bilimler

tür tedavidir.
Klinik uzmanlar geleneksel olarak hastalarını hastane, dispanser gibi tıp kuruluşlarında muayene ve tedavi ederler. Halk sağlığı uzmanları ise, yalnızca sağlık kuruluşlarında değil ev, köy, kent, sokak, mahalle, okul, işyeri gibi toplumun bulunduğu her yerde çalışırlar.
Klinik uzmanların temel hedefi kendilerine başvuran hastaları tedavi ederek bozulan sağlıklarını geri kazanmalarıdır. Oysa, halk sağlığı uzmanının başlıca amacı, Winslow'un 1923 yılında çok güzel ifade ettiği gibi, bireyleri ve toplumun genelini hastalıklardan korumak, yaşamı uzatmak ve kişilerin beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünü arttırmak, yani, toplumun sağlık düzeyini geliştirmektir.
Toplumların sağlık sorunları kendilerine özgü olduğu için, halk sağlığı uygulamaları da hizmet verilen topluma göre farklıdır. Başka bir deyişle, halk sağlığı uzmanlığının eğitimi küresel olmakla birlikte uygulamalar yereldir. Afrika'daki bir uzman ile Türkiye'deki uzman benzer bir eğitim alırlar, ama Afrika'daki bir halk sağlığı uzmanının ilgileneceği konularla Türkiye'deki halk sağlığı uzmanının ilgileneceği konular aynı değildir. Benzer bir sorun için Afrika'daki halk sağlığı uzmanının öneceği çözümler ile Türkiye'deki halk sağlığı uzmanının önereceği çözümler de farklı olacaktır. Öneriler hizmet verilen toplumun sosyal, kültürel, ekonomik, siyasi, coğrafi vb koşullarına göre olmalıdır. Dünyada aynı sorunun çözüm yollarının standart olacağı söylenemez.

Halk Sağlığı Uzmanının Yöneticilik Nitelikleri

Halk sağlığı uzmanının temel işlevlerinin başında yöneticilik geldiğine göre bir yöneticide bulunması gereken niteliklere değinmekte yarar vardır.
Hangi sektörde ve hangi kademede olursa olsun, yöneticinin başarısını 4 faktör belirler: 1) Alan bilgisi, 2) Yönetim bilgisi, 3) Kişisel özellikler (yetenek), 4) Deneyim.
Alan bilgisi, yöneticinin yönettiği hizmet alanı ile ilgili bilgisidir. Örneğin, bir okul yöneticisinin eğitim, bir vergi kurumu yöneticisinin maliye, bir fabrika yöneticisinin üretim süreçleri bilgisine sahip olması esastır. Bu yaklaşıma göre, okulda öğretmenin, vergi dairesinde maliyecinin, fabrikada mühendisin yönetici olması en uygunudur. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerindeki yöneticilerin sağlık alanında bir meslek mensubu olması uygun olacaktır.
Sağlık yöneticisinde bulunması gereken alan bilgileri şunlardır:

- Genel sağlık bilgisi
- Halk sağlığı bilgisi
- Klinik bilgisi
- Laboratuvar bilgisi
- İlaç ve eczacılık bilgisi
- Hasta bakımı bilgisi

Yönetim bilgi ve becerisi olarak çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bunlar arasında yaygın olarak kabul edileni POSDCORB olarak bilinen işlerdir:

- Planlama (Planning)
- Örgütleme (Organizing)
- İnsangücü kullanımı (Staffing)
- Sevk ve idare (Directing)
- Koordinasyon (Coordination)
- Denetim ve değerlendirme (Reporting)
- Para yönetimi (Budgeting

Bir yöneticide bulunması gereken kişisel özellikler ise, o kişinin liderlik, kişileri etkileme gücü gibi özellikleridir. Bu özelliklerin bir kısmı doğuşta var olan yetenekler, bir kısmı ise sonradan edinilmiş özelliklerdir.

- Liderlik
- Araştırıcılık
- Hafıza gücü
- Analiz yetisi (ussallık)
- Karar verme yetisi
- Vizyon sahibi olma
- Yeniliklere açık olma
- Girişimcilik
- Risk alabilme
- İyi insan ilişkileri
- Önyargısız olma
- Soğukkanlılık
- Güvenilir olma
- Etkileme gücü/karizma

Bir yöneticinin başarılı olabilmesi için, yani iyi bir yönetici olabilmesi için bu üç gruptaki özelliklere ve yeterli deneyime sahip olması beklenir. Başka bir deyişle, bu niteliklerin bir yöneticide uygun şekilde harmanlanmış olması gerekir. Bir halk sağlığı uzmanı adayı, ya mezun olduğu okul nedeniyle ya da uzmanlık eğitimi sırasında alan bilgisine sahip olur; yine uzmanlık eğitimi sırasında yönetim bilgileri ile donatılır. Ancak, bu iki niteliğe sahip olan halk sağlığı uzmanının başarılı bir yönetici olabilmesi için kişisel özelliklerinin ve mesleksel deneyiminin de önemli olduğu bilinmelidir.

Halk Sağlığının Sınırları

Sonucu kişilerin ve toplumun sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilecek her olay ve faktör halk sağlığının konusudur. Örneğin, verem hastalığının ortaya çıkışında yoksulluk, eğitimsizlik ve işsizlik gibi faktörler önemli rol oynar. Bir toplumda veremle savaş yapılırken yalnızca aşılama ya da hastaların ilaçla tedavisi yetersiz kalır. Veremi kontrol altına alabilmek için yoksulluğu düzeltmek, kişilerin yeterli bir gelire sahip olabilecekleri bir işe sahip olmaları ve iyi eğitilmiş olmaları da gerekir. O nedenle, bir halk sağlığı uzmanının sosyal ve ekonomik faktörlerle ilgilenmesi ve bu faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerinin azaltılması için çaba göstermeleri meslekleri-nin ve uzmanlıklarının gereğidir. Bu faktörlerin bazıları şunlardır:

- Yoksulluk
- İşsizlik

- Eğitimsizlik
- Yanlış inanışlar
- Konut koşulları
- Toplu yaşam yerleri
- Çalışma ortamı
- Sanayi atıkları
- Çöplükler
- Kanalizasyon
- Nükleer santraller
- Termik santraller
- Aşırı doğurganlık
- Akraba evlilikleri
- Hızlı ve çarpık kentleşme
- Çevre kirliliği
- Afetler
- Göçer işçiler
- Tarım
- Beslenme alışkanlıkları
- Gıda üreten ve satan yerler
- Okul kantinleri
- Trafik
- Şiddet

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için bu faktörlere yönelik önlemler alınması şarttır, ama, bu işlerin çoğu hekim kökenli halk sağlığı uzmanlarının üstesinden gelebileceği işler değildir. Örneğin, genetiği değiştirilmiş organizmalar konusu sağlığı etkileyen bir faktördür, fakat bu konunun çözümü tarım sektörünün üstesinden gelebileceği bir konudur. Benzer şekilde, okul kantinleri eğitim bakanlığının, çöplükler belediyelerin, çalışma ortamının iyileştirilmesi çalışma ve sanayi bakanlıklarının sorumluluklarıdır. Özetle, halk sağlığı kavramı ve uygulamaları hemen bütün sektörleri ilgilendirir, dolayısıyla halk sağlığı, aslında bir devlet sorumluluğudur.

Bu görüşten hareketle Dünya Sağlık Örgütü "her sektörde sağlık" *(health in all sectors)* programını başlatmıştır. Bunun anlamı, bütün sektörlerin alacağı her kararda ve yapacağı her uygulamada (her politikada) halk sağlığı boyutunu düşünmesi ve halkın sağlığına çok az dahi olsa zararı olabilecek kararları almaması gerektiğidir. O halde, halk sağlığı her sektörde yer almalı, her sektörün elemanları halk sağlığı alanında da eğitilebilmelidir. Pek çok sektör ve pek çok meslek grubu halk sağlığının aktörleridir.

Sağlıkta sektörler arası işbirliği yaklaşımının bir örneği "tek sağlık" kavramıdır. Bu kavram, insanlarla hayvanlar arasındaki hastalıkların ayrılamayacağı görüşünden hareketle insan sağlığı (hekimlik) ve hayvan sağlığı (veterinerlik) hizmetlerinin aynı çatı altında ele alınmasının gerektiğini savunmaktadır.

Tek sağlık kavramının oluşmasında, patolojinin babası sayılan antropolojist, halk sağlıkçı ve bir politikacı olan hekim Rudolf Virchow'un önemli katkıları olmuştur. Rudolf Virchow veterinerlik mesleğinin kurulmasında da önemli bir rol oynamış, parlamentoda veteriner hekimlik eğitiminin Tarım Bakanlığının ya da Savaş Bakanlığının altında yapılmasını isteyen, veteriner hekimliği bir bilim alanı olarak dahi görmek istemeyen hukukçuları eğitmek adına 1873'te yaptığı bir konuşmasında "Ben sadece şunu vurgulayabilirim ki veteriner tıbbı ile insan tıbbı arasında bir bariyer yoktur; olmamalıdır da zaten. Bir alanda elde edilen deneyim diğer alanın gelişmesini destekleyecektir" demiştir. Tıp biliminin ilk yıllarında veteriner hekim ve beşeri hekim ayrımı yoktu. İnsan ve hayvan hekimliği 19. yy' da içiçe olmasına karşın 20. yy' da hızla birbirinden ayrıldı. Günümüzde veteriner hekimler ile beşeri hekimlerin uzmanlıklarını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaştığı tek alan "Halk Sağlığı" olarak kalmıştır.

Özellikle insan sağlığı-hayvan sağlığı-ekosistem sağlığı ilişkisi konusunda yeterli derecede eğitimli eleman eksikliğini gidermek için, üniversitelerde çeşitli eğitim programları başlatılmıştır. Bunlardan birisi, Illinois Veteriner Koleji ile Chicago Halk Sağlığı Okulunun 2004 yılında veteriner hekimlere çift diploma sunan (*DVM/MPH - Doctor of Veterinary Medicine/Master of Public Health)* programın başlatılmasıdır.

Amerikan Veteriner Birliği halk sağlığının iyileştirilmesi amacıyla, insan ve veteriner tıbbının birleştirilmesi konusunda çalışmalarına başlamıştır. Amerikan Tıp Birliği, tıp okulları ile veteriner biliminin arasındaki bağın güçlendirilmesi, ortak araştırmalar yapılması ve tanı, ilaç ve aşı gelişimi alanlarında "tek sağlık girişimi" (One Health İnitiative) çerçevesinde girişimlerde bulunma kararı almıştır.

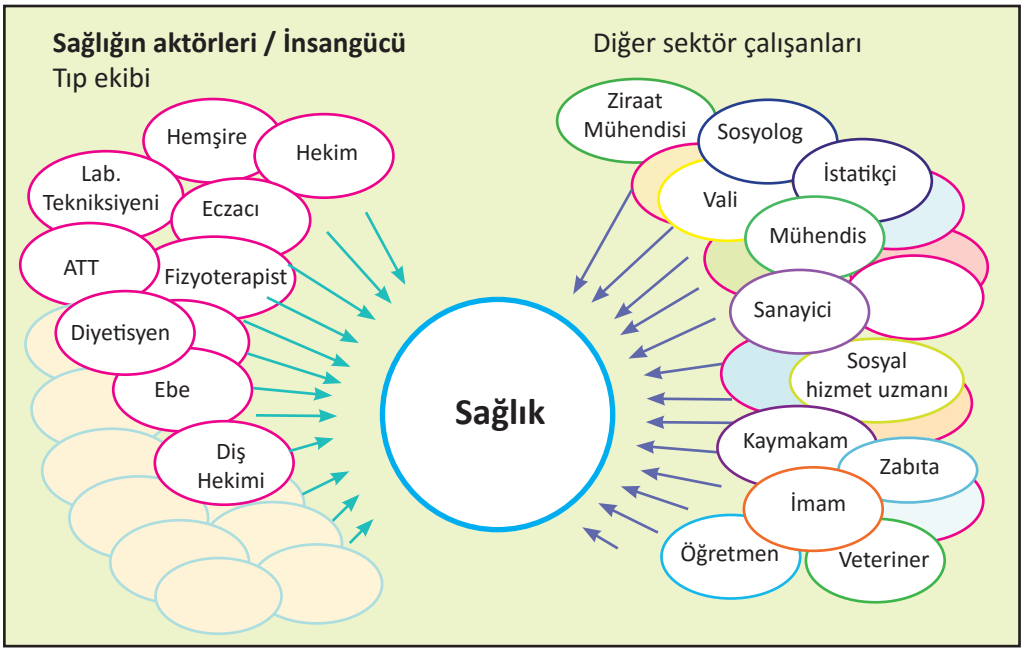
Halk Sağlığı Çatısı

Şekil 1a : Sağlığın Aktörleri / Sektörler

Halk sağlığı yalnızca tıp ve sağlık bilimlerini değil, pek çok bilim alanını içine alan bir mozaik bilim dalıdır.
Aşağıdaki grafik halk sağlığı ile diğer bilim alanlarının ilişkisini açıklamaktadır.

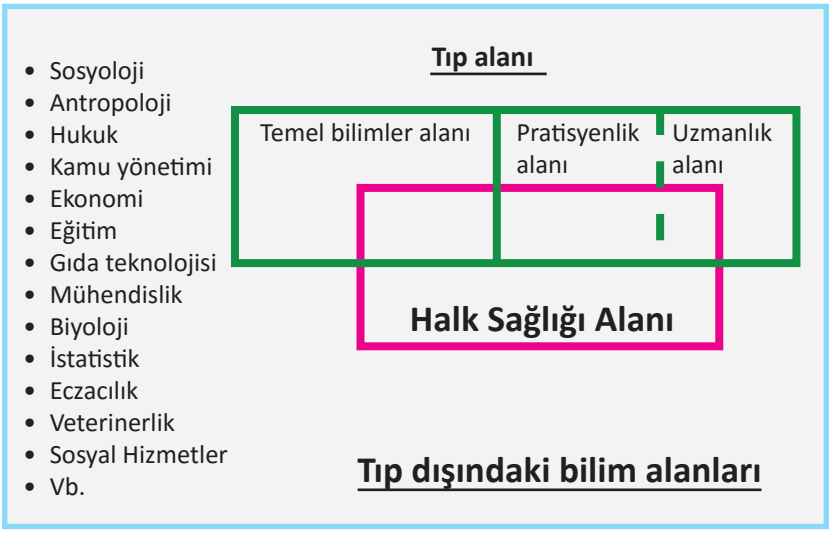
Bu grafikte görüldüğü gibi halk sağlığı biraz tıp, biraz tıp dışı alanlarının bir bölümünü kapsar. Tıp içinde ise, temel ve klinik uzmanlık dallarının bir kısmını içerir. O nedenle, halk sağlığı bilim dalı ne yalnızca tıp ne de tıp dışı, ne yalnızca temel tıp dalı ne de klinik tıp dalı sayılamaz. Halk sağlığı bunların hepsidir, daha doğrusu bunların hepsinden yeteri kadar yararlanmış bir karma bilim dalıdır; mühendislikten toksikolojiye, yönetimden istatistiğe kadar sayısız bilim dalı ile ilişkilidir. Halk sağlığı güneşin renkleri kadar geniş bir yelpazeyi oluşturan bilim dallarından yeteri kadar renk alıp birleştiren bir bilim dalıdır. Bu renklerin birleşiminden ortaya çıkan renk gibi "Halk Sağlığı Beyazdır"

Şekil 1b : Sağlığın Aktörleri / Meslekler



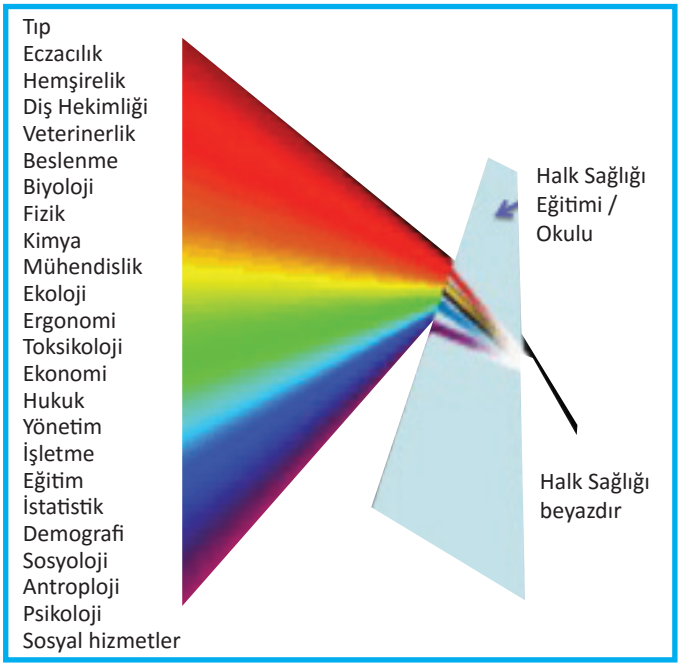
Halk sağlığı, tıp biliminin içine sığmayacak kadar geniş, hatta, tıp bilimi kadar geniş bir bilim dalıdır. O nedenle, bir çok ülkede "halk sağlığı okulu" (school of public health / faculty of public health) adı ile lisans düzeyinde eğitim yapan fakülteler vardır. Mezuniyet sonrası düzeyde (uzmanlık, yüksek lisans, doktora) halk sağlığı eğitimine sağlık bilimleri, sosyal bilimler ya da fen ve mühendislik dallarından mezun olmuş kişiler kabul edilebilir. Tıp eğitiminde önce temel bilimler ve radyoloji, patoloji, propedötik ve laboratuvar tanı yöntemlerinin öğretilmesi gibi halk sağlığı eğitiminde önce toplumun sağlık sorunlarını teşhis yöntemi olan epidemiyoloji ve biyoistatistik bilgisi verilir. Bunun üzerine, tıpta sistem ve organların hastalıklarının öğretilmesi gibi, halk sağlığını ilgilendiren hastalıkları kontrol yöntemleri, iş sağlığı, çevre sağlığı, okul sağlığı, toplum beslenmesi, afetlerde sağlık yönetimi gibi halk sağlığın ilgi alanına giren sorunlar ve çözüm yolları hakkında eğitim yapılır; daha sonra tıpkı tıpta ilaçla ve cerrahi yöntemlerle hastalıkların tedavilerinin öğretilmesine eşdeğer biçimde sağlık eğitimi ve iyi sağlık yönetimi bilgileri verilerek halk sağlığı eğitimi tamamlanır. Halk sağlığı uzmanlığı eğitiminde klinik rotasyonların yapılmasının amacı, halk sağlığı uzmanlık adayının ileride yöneteceği sağlık kuruluşlarını ve ortamını yakından ve halk sağlığı kavramı bakışı ile gözlemesi ve deneyim kazanmasıdır.

"Halk sağlığı uzmanlık" eğitimi, halk sağlığı alanının en geniş şekilde ele alındığı eğitim kademesidir. Ancak, halk sağlığı bilim alanı o kadar geniş bir yelpazeyi kapsar ki, bir kişinin halk sağlığının bütün konularını kapsayacak bilgi ve becerilerle donatılması (eğitilmesi) olanaksızdır. Kaldı ki, temel eğitimini tıp dışındaki bir alanda yapıp halk sağlığına yönelmiş bir kişinin (veteriner, mühendis, eczacı, hemşire, ekonomist, yönetici vb) halk sağlığının bütün konularını içeren bir eğitim almasına gerek de yoktur. Bu kişiler için uygun olanı, halk sağlığının hangi konusunda derinleşmek ve uzmanlaşmak istiyorlarsa o alanla sınırlı bir "yüksek lisans" (bilim uzmanlığı) eğitimi görmeleridir. Eğer, bu kişiler halk sağlığının yalnızca akademik yönünde, kuramsal konularında uzmanlaşmak ve halk sağlığını bir akademik faaliyet olarak sürdürmek istiyorlarsa, bu kişiler için uygun olanı halk sağlığı alanında "doktora" eğitimi görmeleridir.
Başka bir deyişle, kapsam olarak sıralandığında halk sağlığı en geniş biçimiyle "uzmanlık" eğitiminde işlenir ve öğretilir. Bu uzmanlar halk sağlığının hem kuramsal hem

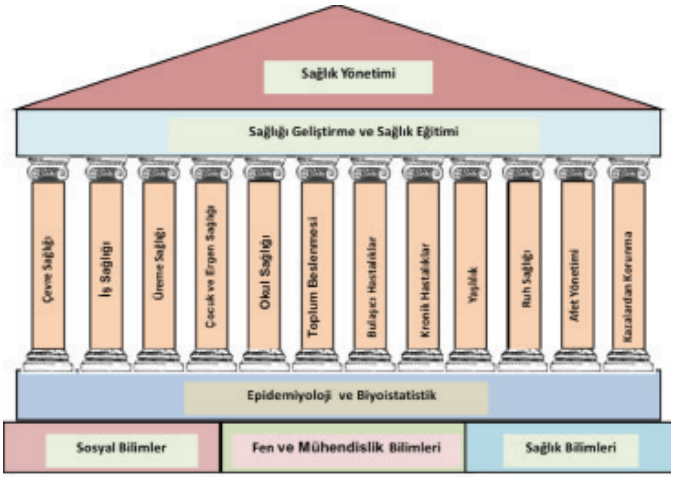


Şekil 2: Halk Sağlığı Uzmanlığının Tıp ve Diğer Bilim Dalları İle İlişkileri

Şekil 3: Halk Sağlığı Beyazdır



Şekil 4: Halk Sağlığı Eğitimin Basamakları / Halk Sağlığı Çatısı



de uygulamalı eğitimini alırlar. İkinci sırada "doktora" eğitimi gelir. Bu kişiler halk sağlığı alanında kuramsal ve akademik yönünde eğitilirler. Son sırada "yüksek lisans" eğitimi bulunur. Bu kişiler ise, halk sağlığının daha sınırlı bir alanında eğitilirler ve bu bilgilerini kendi mesleklerini uygularken kullanırlar.

Sonsöz:

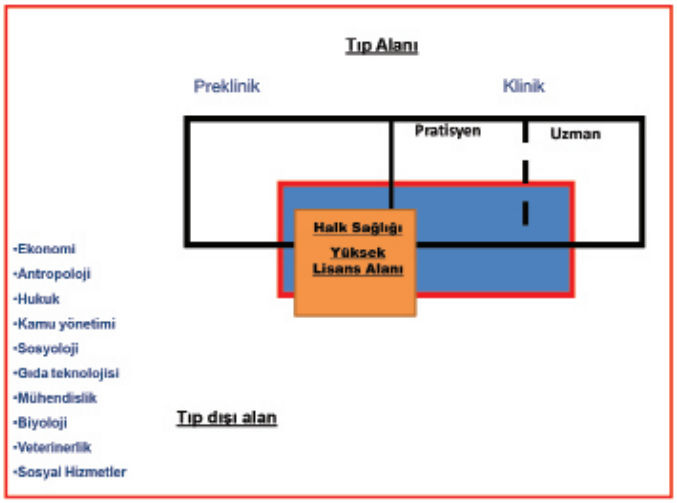
Sonuç olarak, halk sağlığı,

- Tıp fakültelerinin içine sığmayacak kadar geniş bir yelpazedir;
- Tıp bilimine eşdeğer ve onun kadar geniş bir bilim alanıdır;
- Yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın değil, bütün sektörlerin sorumluluğudur;
- Hekimlere özgü değildir, çok disiplinlidir;
- Halk sağlığı uzmanlığı toplumun hastalıklarını teşhis ve tedaviyi amaçlayan bir klinik daldır.

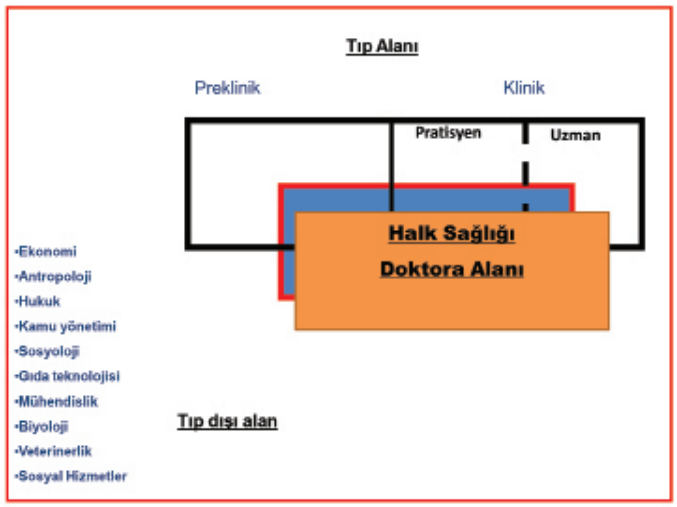
KAYNAKLAR

1. Halk Sağlığı/Toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi, Ankara, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği – HASUDER, 2002.
2. Öztek,Z. Public health specialists: Occupational description in Turkey, Cahiers de sociologie et de demographie medicale, 50 eme Annee, no 4, Octobre-Decembre 2010, p. 433-444.
3. Öztek,Z. Primary Health Care - The Turkish Experience, Mimeo, Joint WHO/DANIDA Workshop on Alternative Ways of Organizing Ministries of Health for Primary Health Care, 11-15 Oct.1982, Copenhagen.
4. Temizyürek, A. Veteriner hekimler ve beşeri hekimler tek sağlık konseptine geri dönüyor, Aktüel, Cilt 78 Sayı 4 Yıl 2007. http://veteriner.org.tr/files/dergi/cilt78sayi4/a16-23.pdf

Şekil 5: Halk Sağlığı Bilim Uzmanlığı (Yüksek Lisans) Eğitim Alanı



Şekil 6: Halk Sağlığı Doktora Eğitim Alanı



TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL SÜRECİ / BÖLÜM SUNUŞU

Prof. Dr. Zafer Öztek/ Bölüm Editörü

Yıllar önce Johann Peter Frank'ın söylediği gibi "kralın en önemli hazinesi halkıdır"; bir devletin gücü, sağlıklı ve üretken vatandaşlarıdır. Devletlerin temel sorumluklarının başında, vatandaşlarının uzun ve sağlıklı yaşayabilmelerini sağlamak gelir. Bu sorumluluk devletin hemen bütün kurumlarının ve sektörlerin birlikte davranmalarını gerektiren zor ve karmaşık bir konudur. Bu çabaların başarıya ulaşabilmesi için, toplum içinde örgütlenmeye, uygun politikalar belirlemeye, uygun projeler hazırlamaya ve uygulamaya gerek vardır. İşte, bu çabaların tümüne sağlık hizmetleri denir. Aslında, bu hizmetlere "halk sağlığı hizmetleri" denilmesi daha uygun olacaktır. Nitekim, bir çok ülkede sağlık bakanlıklarına "halk sağlığı bakanlığı" adı verilmiştir.

Halk sağlığı uzmanı sağlık hizmetlerinin neresindedir?

Hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek, "Halk sağlığı uzmanı kurmay hekimdir" derdi. Halk sağlığı çalışanlarını bu nitelemeden daha iyi tanımlayabilecek bir başka ifade düşünemiyorum. Çünkü halk sağlığı uzmanı sağlık hizmetlerinin politikalarının belirlenmesinde, projelerin geliştirilmesinde, uygulanmasında ve denetlenmesinde kilit rol alırlar. Yani, halk sağlığı uzmanları sağlık ordusunun karargâhında çalışan kurmaylardır. Nasıl ki, bir kurmay subay istihbarat yapar (bilgi toplar), askerî harekât için strateji ve taktikleri belirleyip karar verecek olan komutana sunarsa, halk sağlığı uzmanı da (kurmay hekim) sağlık hizmetleri ile ilgili politika seçeneklerini belirleyip karar vericiye sunar. Kurmay olmak demek, son kararı vermek değildir; olasılıkları düşünmek, her olasılık için gerekli hazırlıkları ve planları yapmak ve doğru kararların verilmesine zemin hazırlamaktır. Halk sağlığı uzmanı bilgi toplayıp planlar yaparken, kendi teknik bilgi ve becerisini kullanır ve karar vericinin en uygun çözümü seçmesi için danışmanlık yapar, onu yönlendirir. Yani, halk sağlığı uzmanı sağlık hizmeti sunan kurumun karargâhında politikaları arayan (policy seeker) kişidir. Amir olan kişi ise politikayı belirleyen (policy maker) konumundadır. İdeal olanı, karar veren kişinin de çekirdekten bir halk sağlığı uzmanı olmasıdır.

Kısaca, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, işletilmesi, sağlık insan kaynakları, finansmanı ve bu konularla ilgili politikalar halk sağlığı çalışmalarının ve halk sağlığı uzmanının temel ilgi alanıdır. Dolayısıyla, Türkiye'de halk sağlığının tarihçesini yazarken sağlık politikalarının hangi koşullar altında belirlendiğini, ne zaman ve neden o politikalara karar verildiğini, başarılı olup olmadıklarını ele almamak olamazdı. İşte, elinizdeki kitabın bu bölümünde ülkemizde Cumhuriyetin kurulduğu yıllardan günümüze kadar sağlık hizmetlerinin gelişmesini ve uygulanan sağlık politikalarını bulacaksınız. Bu bölüm yazılırken konular tarafsız bir yaklaşımla ele alınmış ve yorumlar yapılmasından olabildiğince kaçınılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin bir özelliği zamana, koşullara ve kültürlere göre değişmesi ve gelişmesidir. O nedenle, hiçbir ülkede sağlık hizmetleri durağan değildir. Ancak, hizmet modellerinin ve mevzuatın Türkiye kadar sık değiştiği başka bir ülke bulmak zordur. Elli yılı bulan meslek yaşamım süresinde Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra örgüt şemalarının kaç kez değiştiğini bile sayamıyorum. Bu kadar hızlı değişen bir yapıyı titizlikle inceleyen ve sizlere sunan değerli arkadaşlarım ve meslektaşlarım Prof. Dr. Cemil Özcan'a, Prof. Dr. Hamdi Aytekin'e, Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya ve Prof. Dr. Bülent Kılıç'a içtenlikte teşekkür ederim. Onlar sayesinde, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin ve politikalarının tarihçesini sizlere oldukça kapsamlı, ama bir o kadar öz biçimde sunabilmenin mutluluğu içindeyim.

ANAYASALARIMIZDA SAĞLIĞA BAKIŞ

Prof. Dr. Cemil Özcan

1921 ve 1924 Anayasalarında (her iki anayasanın adı da Teşkilatı Esasi idi) sağlıkla ilgili herhangi bir madde yer almamaktadır. 1961 Anayasasının 49. maddesi sağlığa ayrılmıştır."Sağlık Hakkı" başlıklı 49. madde şöyle düzenlenmiştir:

"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.

Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır."

1961 Anayasasının yerine gelen 1982 Anayasasının 56. maddesi sağlıkla ilgilidir:

"VIII. Sağlık, çevre ve konut
A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

MADDE 56.– Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.
Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.
Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir".

TÜRKİYE'DE 1923 – 1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Kayıhan Pala , Prof. Dr. Hamdi Aytekin

Türkiye'nin 1923-1960 yılları arasında sağlık politikalarındaki değişme ve gelişmeler temel özellikleri bağlamında üç döneme ayrılarak incelenebilir: 1.Refik Saydam ve ondan sonraki CHP Hükümetleri (1923-1945), 2. Behçet Uz'un CHP Hükümetinde Sağlık Bakanı iken önerdiği birinci on yıllık milli sağlık planı ve 3. Demokrat Parti dönemi (1950-1960) (1).

Cumhuriyetin ilanından önceki dönemde, Türkiye'nin içinde bulunduğu olağan dışı koşullar nedeniyle belirgin bir sağlık politikasından söz etmek zordur. Büyük Millet Meclisi'nin 23 Nisan 1920'de açılmasından bir hafta sonra, 2 Mayıs 1920 günlü toplantısında çıkardığı 3 numaralı yasayla "İcra Vekilleri Heyeti" (Bakanlar Kurulu) kurulmuş, bu heyette yer alan on bir "zattan" (Bakan) biri de sıhhiye ve muaveneti içtimaiye işlerini görmek için seçilmiştir. Seçim usulü Büyük Millet Meclisi üyelerinin mutlak ekseriyeti yoluyla gerçekleştirilmiş olup bu zevatın Büyük Millet Meclisi'ne karşı sorumluluğu vardır (2).

Dr. Adnan Adıvar, 3 Mayıs 1920'de yapılan ilk bakanlar kurulu toplantısına katılmış ve yanına aldığı bir "Küçük Sıhhat Memuru" ile Ankara Vilayet Konağı'nın bir odasında 11.5.1920'de Bakan olarak göreve başlamıştır. O günkü hükümetin elinde hiçbir doküman bulunmadığından hekim dâhil insan gücü sayısı telgraflarla illerden temin edilmiş, Osmanlı'nın bütün kanun, tüzük vb. mevzuatı Bakanlık bünyesinde toplanmıştır. Bu mevzuatın incelenmesinden sonra Merkezde Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kurulmuş, taşra örgütünde ise eski Sağlık Müdürlükleri, Hükümet, Belediye ve Karantina Tabiplikleri ve Küçük Sıhhiye Memurlukları aynen korunmuştur. Dr. A. Adıvar 10 Mart 1921'de Bakanlıktan ayrılmış, yerine Dr. Refik Saydam Bakan olmuştur. Dr. Refik Saydam 24 Aralık 1921'de bakanlıktan istifa edince yerine Dr. Rıza Nur atanmıştır. O dönemde, Kurtuluş Savaşı bütün hızıyla sürerken içeride, daha önceden devralınmış göçmen sorunlarının iyileştirilmesi, öksüz çocukların korunması, savaş yaralılarının tedavisi gibi etkinliklere ağırlık verilmiştir (3).

Dr. Abdülhak Adnan Adıvar (1881-1955)

Cumhuriyetin ilanından önce 1921 yılında ilk Anayasa (Kanuni Esasi) kabul edilmiş, 1923'de idare şekli olarak Cumhuriyetin kabulünden sonra hazırlanan 1924 Anayasa'sı Meclis tarafından kabul edilmiştir. Her iki Anayasada da sağlıkla ilgili özel bir düzenleme olmamakla birlikte, o dönemde kabul edilen bazı yasaların içeriğine bakılacak olursa sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin devletin asli görevi olduğunun kabul edildiği görülecektir

REFİK SAYDAM'IN İLKE VE POLİTİKALARI

Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam 30 Ekim 1923 günü göreve başlamıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra, diğer devlet kurumları gibi Bakanlık da daha fazla çalışma olanağına kavuşmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında izlenecek sağlık politikaları, Bakanlığın 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında açıklanmıştır (3):

1. Devletin sağlık örgütünü genişletmek,
2. Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
3. Numune Hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak,
4. Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
5. Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
6. Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
7. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak.

Bütün bunları gerçekleştirebilmek için devletin elinde o tarihte 554 hekim, 69 eczacı, 560 sağlık teknisyeni, 136 ebe ve 4 hemşire bulunmaktaydı. Aynı tarihlerde hastane olarak devlete ait 3, belediyelere ait 6, özel idarelere ait (Memleket Hastanesi) 45, özel, yabancı ve azınlıklara ait 32 olmak üzere toplam 86 hastane ve bunlarda toplam 6437 hasta yatağı bulunmaktaydı (3).

Sağlık insangücü ve sağlık kuruluşlarındaki yetersizliğin yanı sıra, iyi bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli finansal kaynaklar da son derece yetersizdi. 1923 yılında Hükümet genel bütçeden ancak % 2,2 oranında bir parasal kaynağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ayıra-

Dr. İbrahim Refik Saydam (1881-1942)

bilmiştir. Daha sonraki yıllarda da çeşitli nedenlerle sağlık alanına genel bütçeden ayrılan pay önemli ölçüde değiştirilememiş, bazı yıllar küçük iniş çıkışlar göstermekle birlikte, hemen hemen aynı düzeyde kalmıştır (4).

Daha ileri yıllarda sırasıyla 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı-SSYB) Teşkilat ve Memurin Kanunu devletin sağlık hizmetlerine bakış açısını ortaya koydukları için önem taşımaktadır. Devlet, bu dönemde sağlık hizmetlerinin görülebilmesini kendi "asli görevi" olarak kabul etmiştir. Bunun için 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 1-4. maddelerinin içeriğine bakmak gerekir (3):

1. Sağlık şartlarını düzeltmek, sağlığa zarar veren bütün hastalıklar veya diğer zararlı etkenlerle savaşmak. genel hizmetlerindendir.
2. Genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine ait "devletin görevleri" SSYB tarafından yerine getirilir. Özel idarelere, belediyelere ve diğer mahalli idarelere bırakılan hizmetlerin yapılması Bakanlıkça denetlenir.
3. Bakanlık aşağıdaki hizmetleri doğrudan yapar:

   a.Doğumları arttırmak, çocuk ölümlerini azaltmak için gerekli tedbirleri almak,

   b. Annelerin doğumdan önce ve sonra sağlıklarını korumak,

   c. Memlekete bulaşıcı ve salgın hastalıkların girmesini önlemek,

   d. Bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve çok miktarda ölümlere sebep olan diğer zararlı etkenlerle savaşmak,

   e. Tıp mesleklerinin yürütülmesini denetlemek,

   f. Gıda, ilaç, aşı, serum vb.nin denetimini sağlamak,

   g. Çocuk ve gençlik sağlığına ilişkin işleri görmek ve denetlemek,

   h. Okul sağlığı hizmetlerini görmek

   i. Çalışma ve meslek sağlığı ile ilgili hizmetleri görmek,

   j. Maden suları ve kaplıcaların sağlık yönünden hizmetlerini yürütmek,

   k. Hıfzıssıhha kurumları vb. açmak, idare etmek,

   l. Mesleki öğretim kuruluşları açmak, denetlemek,

   m. Akıl-ruh sağlığı hastalarının tedavilerini üstlenmek,

   n. Göçmenlerin, ceza evlerinin ve ulaştırma hizmetlerinin sağlıkla ilgili hizmetlerini görmek,

   o. Sağlıkla ilgili yayın, propaganda hizmetleri ile tıbbi istatistiklerin düzenlenmesi hizmetlerini görmek.
4. Şehir, kasaba ve köylerdeki sağlık ve sosyal yardım hizmetleri, belediyeler, özel idareler ve diğer mahalli idarelerce yürütülür. Bakanlık özellikle bu idarelere rehber olmak üzere bazı mahallerde örnek kuruluşlar açar.

Bu ilk dört maddeden ve Bakanlığın 1925'deki ilk çalışma raporundan da anlaşılacağı gibi, Bakanlık bilinen "tedavi edici" hizmetleri ve "hastanecilik" gibi pahalı ve ülkenin sağlıktaki önceliklerine uymayan hizmetleri doğrudan yüklenmeye pek yanaşmamakta, bunları mahalli idarelere gördürme yolunu seçmektedir. Ancak yukarıdaki 4. maddede anlatıldığı şekilde, "rehber olmak üzere bazı mahallerde örnek kuruluşlar açar" diyerek bu yolu tam da kapatmış değildir.

Ankara Numune Hastanesi (1933)

Ankara Numune Hastanesi (günümüzde)

Sağlık hizmetlerinin nasıl görüleceği Bakanlığın örgütlenme şekliyle yakından ilgilidir. Kurulduğu 1920 yılında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişlikten oluşan kadro ile işe başlayan Bakanlık, ilk olarak 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanun ile örgüt ve yönetim şekline kavuşmuştur. Bu Kanun zaman içinde yapılan eklentiler ve değişikliklerle daha da geliştirilmiştir.

İlk düzenlemede merkez hizmet kuruluşlarının içinde "Sıtma Savaşı Genel Müdürlüğü, Verem Savaşı Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü, Trahom Savaş Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Müdürlüğü" gibi birimler dikkat çekicidir. Özellikle o tarihlerde ülkenin en önemli sağlık sorunlarına yönelik çözüm yolları aranırken, doğrudan sorunu çözmeye yönelik "dikey örgütlenme" modelinin seçildiği görülmektedir. İkinci Dünya Savaşından önceki dönemlerde, geniş bölgelerde tek amaçlı hizmetler biçiminde örgütlenmek, genel bir anlayıştı. Ülkemizdeki sıtma, verem, trahom, frengi ve lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri bu tür örgütlenme modeline örnek verilebilir (5).

Sağlık alanında dikey örgütlenme, sağlık sisteminin bir bileşeni olarak geniş bir bölgede tek amaca yönelik hizmet sunmayı benimseyen bir programın uygulanması olarak

tanımlanabilir. Dikey program, bir sağlık sorununa özgü güçlü merkezi teknik ve mali kontrol, sağlık örgütünün değişen koşullara cevap verme becerisi, yeni stratejilerin belirlenmesi; sınırlı bir zaman çerçevesinde ulaşılabilir kısa ve orta erimli genellikle niceliksel hedeflere odaklanma özellikleri yüzünden tercih edilmektedir (6).

Bu örgütlenme modeli 1960 yılına kadar sürmüş ve 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Yasa'dan sonra bu hizmet modeli sürdürülmekle birlikte, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yavaş yavaş "yatay (entegre) örgütlenme" uygulamasına geçilmiştir. Yatay örgütlenme modelinde, dar bölgede çok yönlü hizmet veren sağlık örgütleri kurulmakta; ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan hizmetler bir tek kuruluşta verilecek biçimde entegre edilmektedir (5).

Bakanlığın illerdeki taşra örgütü, il sağlık müdürünün yönetiminde, hizmetle ilgili başkanlıklar, hükümet tabipleri, tıbbi, sıhhi ve sosyal kuruluşlar, mesleki öğretim kuruluşları ile diğer destek kuruluşlarından oluşmaktadır. İlçe merkezlerinde sağlık örgütü hükümet tabibi yönetiminde sağlık memuru, ebeler ve destek personelden oluşmaktadır.

Hükümet tabipleri genel olarak il merkezlerinde ve ilçelerde bulunmaktaydı. Bununla birlikte Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 8. ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanununun 31. maddesi uyarınca yalnızca il ve ilçe merkezlerinde değil, gerekmesi halinde tam teşekküllü nahiyelerde (bucaklarda) bir veya daha fazla sayıda hükümet tabibi bulundurulabilmekteydi. İl merkezi, ilçeler ve nahiyelerdeki hükümet tabipleri sağlıkla ilgili işlerde, bağlı oldukları Vilayet Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürleri emri altında bulunmakla birlikte, ilçelerdeki hükümet tabipleri aynı zamanda kaymakamların sıhhi müşavirleri olarak da görev yapmaktaydılar (7).

1923-1960 yılları arasındaki sağlık örgütlenmesinin en temel ögelerinden biri olan hükümet tabiplerinin görevleri şunlardı (7):

1. Tababet ve şuabatı hakkındaki mevzuat hükümlerinin yolunda gitmesine dikkat.
2. Diplomasız tabip, diş tabibi, dişçi, eczacı, kabilelerle kanun hilafına ilaç ve tıbbi ecza satanları tahkik ve takip ile sanat icrasından men ve cezalandırılmaları yolunda mahalli hükümet ve sıhhat müdürlüklerine keyfiyeti tebliğ.
3. Memurlarla efradı ailelerini muayene ve tedavi.
4. Memurların yıllık muayenelerini icra ve raporlarını tanzim.
5. Memur namzetlerini muayene ile gerekli muameleleri ifa.
6. Müstahdemlerin muayenesiyle raporlarını tanzim.
7. Yol mükellefiyetinden istisna edilecekleri muayene ile gerekli muameleleri yürütmek.
8. Evlenme namzetlerini muayene ederek gerekli raporlarını vermek.
9. Dispanserlere başvuran fakir halkı muayene ve tedavi.
10. Fakir kadınların doğumlarına meccanen yardım.
11. Eczaneleri teftiş.
12. Gayri sıhhi müesseseleri teftiş.
13. İşyerleri ile işçilerin sıhhi durumlarını murakabe.
14. Okulları teftiş ve okurların sıhhi durumlarını tetkik.
15. Çok çocukluların ikramiyelerinin ödenmesinde hükümet tabipliğinden geçen muamele.
16. İcabında munzam vazife olarak iskân işlerini idare etmek.
17. Çiçek aşısı tatbikini takip.
18. Mahalli sıhhıye meclislerinin almış oldukları kararları tatbik.
19. Belediye tabibi bulunmayan yerlerde defin ruhsatiyesi vermek, esnaf muayenesi yapmak ve daha bazı işlere bakmak.
20. Yenilecek ve içilecek maddelerin sıhhata muzır veya mağşuş olup olmadıklarını kontrol.
21. Belediye teşkilatı bulunmayan yerlerde bazı eşya ve levazımı kontrol.
22. Veteriner bulunmayan yerlerde mezbahalarda kesilen etleri muayene.
23. Meskenlerin inşası, müsaadesi ve mezarlıkların tayini işiyle ilgilenme.
24. Askeri tabip bulunmayan yerlerde müessese eratıyla hava tebdili gelenlerin muayene ve sair muamelelerini idare.
25. Askeri tabip bulunmayan yerlerde jandarmaların günlük vizite, aşı ve diğer sıhhi işlerini yürütmek.
26. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele.
27. Adli tabip bulunmayan yerlerde adli tabiplik işlerine bakmak.
28. Burada işaret edilmeyen daha birçok vazifeleri görmek.

1920 yılından 1938'e kadar sağlıkla ilgili toplam olarak 51 kanun, 18 kararname (tüzük) ve 21 talimatname (yönetmelik) çıkartılarak (4), toplumun sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamak üzere gerekli temel yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden bazıları (1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır. Özellikle o dönemin sağlık politikalarını ortaya koyması bakımından Umumi Hıfzıssıhha Kanunu büyük önem taşımaktadır.

Refik Saydam dönemindeki sağlık politikalarının önemli özelliklerinden birisi de genç Türkiye Cumhuriyetinin sağlık alanındaki gereksinimlerini kendi olanaklarıyla karşılamak konusunda göstermiş olduğu kararlılıktır. Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi özel bir önem taşımaktadır.

Osmanlıların son dönemlerinden beri İstanbul'da aşı ve serum üreten "Bakteriyolojihane" Kurtuluş Savaşı sıra-

sında İstanbul'da ürettiği aşı ve serumları Kızılay aracılığı ile Anadolu'ya göndermiş ve savaş alanında kullanılmasını sağlamıştır. 1924 yılında İstanbul'un yanı sıra Sivas'ta da bir Bakteriyolojihane kurulmuştur. İlk defa 1925 yılında Bakanlığın hazırladığı raporda Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulması da öngörülmüştür. Ancak, 1928 yılında çıkarılan bir yasa ile İstanbul ve Sivas Bakteriyolojihanesi ile İstanbul Kimyahanesi Ankara'ya nakledilerek "T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi" kurulmuştur. Bu müessesenin binaları, Amerikan Rockefeller Vakfının da katkıları ile Alman mimarlar tarafından 1932 yılında tamamlanmıştır. Bu kuruluş 1941 yılında çıkan yeni yasası ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü olarak çalışmalarına devam etmiştir (3).

Gerek kuruluşunda gerek geliştirilmesinde çok önemli roller oynayan ve Cumhuriyetin erken döneminde 14,5 yıl Sağlık Bakanlığı yapan, yeni Cumhuriyet'in sağlık ala-

Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu ve Enstitüsü

nındaki başarılarında büyük katkısı bulunan, 1942 yılında Başbakan iken görevi başında ölen Dr. Refik Saydam'ın anısına ismi, yasa ile Dr. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü (RSMHE) olarak değiştirilmiştir. RSMHE hem denetim, hem üretim hem de araştırma alanlarında çalışmıştır. İlk dönemlerde ülkenin aşı ve serum ihtiyacını karşılamış, yeni gelişmelere uygun laboratuvar teknolojisini sağlayarak başarılı sonuçlar almıştır. RSMHE temel olarak;

1. Bakteriyolojik, kimyasal, serolojik vb. analizleri yapmak,
2. Gıda, su muayeneleri yapmak ve bunların normlarını saptamak,
3. Tıbbi ilaç vb. maddelerin ilk ve piyasa kalite kontrollerini yapmak,
4. Çeşitli aşı ve serumların üretimini yapmak,
5. Laboratuvar analiz metotlarını geliştirmek ve standardize etmek gibi görevleri yerine getirmiştir.

Dr. Refik Saydam dönemindeki sağlık politikalarının öncelikleri sağlık örgüt yapısının kurulması ve genişletilmesi, sağlık çalışanı sayısının arttırılması, salgın hastalıklarla mücadele edilmesi, Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinin kurulması ve Hıfzıssıhha Okulunun açılması olmuştur.

Dr. Refik Saydam dönemindeki sağlık politikaları ele alınırken Milli Türk Tıp Kongrelerine de değinmek gerekir. Dr. Refik Saydam'ın teşkilatçı kişiliği, kongreleri düzenleyen Türkiye Tıp Encümeninin ülke sorunlarına olan ilgisi ile birleşince 1925 yılından itibaren düzenlenen Milli Türk Tıp Kongreleri özellikle Atatürk zamanında sağlık politikalarına yön vermiştir. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla savaşların esasları kongre kararlarına göre belirlenmiş, kongrelerde eksikliği dile getirilen, özellikle tedaviden çok vatandaşların sağlıklarını korumaya, hasta olmalarını önlemeye yönelik kararlar, koruyucu tıpla ilgili kanunların çıkartılmasında etkili olmuştur. Ayrıca sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında da önemli kararlar alınmıştır. Kongrelerin sağlık politikalarına olumlu katkısında, Dr. Refik Saydam'ın 15.10.1937'ye kadar Sağlık Bakanlığı yapmış olması, her kongreye Bakan olarak bizzat katılmış olmasının etkisi büyüktür. Saydam'ın bakanlığı döneminde 6 kongre yapılmıştır. Dr. Refik Saydam kongrelerin önemini ve hükümetin sağlık politikasına etkilerini her açılış konuşmasında dile getirmiştir (8).

BEHÇET UZ'UN "BİRİNCİ ON YILLIK MİLLİ SAĞLIK PLANI

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandırılan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak, yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşamadan, Dr. Behçet Uz, Bakanlıktan ayrılmak durumunda kalmıştır. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Bakanlar Kurulunda ve TBMM'nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır (9).

On yıllık sağlık planı adını alan bu plan altı önemli konuyu içermektedir (10):

1. Koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak,
2. Köy ve köylüleri sağlık teşkilatına kavuşturmak,
3. Mevcut sağlık elemanlarını ve yenilerini günün koşullarına göre yetiştirmek,
4. Mevcut hastanelerle sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın icaplarına uygun bir hale getirmek,
5. Bütün vilayetleri içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde eleman ve teşkilat bakımından tam kadrolu sağlık tesisleri kurmak,
6. Bu işleri en başarılı bir şekilde yürütebilmek için Milli Sağlık Bankası ya da Milli Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak.

Bu örgütlenme modelini geliştirmede Dr. Cemal Or'un Etimesğut çevresindeki köylere sağlık hizmeti vermek için geliştirdiği kırsal bölge sağlık merkezinden esinlenilmiştir (1).

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık

memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e ulaşmıştır.

Dr. Behçet Salih Uz (1893 – 1986)

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır (9).

DEMOKRAT PARTİ DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKASI

Demokrat Parti Hükümetleri zamanında (1950 – 1960) sağlık politikasında önemli değişiklikler olmuştur (1):

a. Yerel İdarelere bağlı olan hastaneler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir.

b. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Uzun çalışmalar sonunda bunun ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması görevi verilmiştir. Bu sigorta sisteminin kurulmasında Avrupa'daki sigorta örgütlerinin uygulamasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası kabul edilmiştir.

c. Bu dönemde uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Öncelikle ele alınan bir diğer hizmet de, hemşire ve ebe noksanını kapatacak önlemler alınmasıdır. Ancak bu anlamda önemli bir ilerleme yapılamamıştır. 1960 yılında hekim sayısı 9826'ya, hemşire ve yardımcı hemşire sayısı 2420'ye, ebe ve köy ebesi sayısı 3126'ya yükselebilmiştir.

d. Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Bakanlığa önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle'nin raporudur. Bu raporda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir.

ÜLKEDE YAYGIN OLAN HASTALIKLARLA SAVAŞ

Bu dönemde Türkiye'de sıtma, verem ve trahom gibi bazı hastalıkların yaygın olarak görülmesi, bu hastalıklara karşı etkili bir mücadelenin yürütülebilmesi amacıyla dikey örgüt yapısının tercih edilmesine yol açmıştır.

Sıtma

Bu coğrafyanın kadim hastalığı olan sıtmanın Kurtuluş Savaşına katılan ve görece sağlam olması gereken askerlerde %40 oranında görülmesi bile yeni Türkiye'nin bu hastalıkla çok yoğun bir şekilde savaşmasını öncelikli kılmıştır. 1921 yılında Hıfzıssıhha Müdürlüğünce düzenlenen bir raporda nüfusu 200 bin varsayılan Antalya ilinde sıtmalı sayısının 170 bine ulaştığı bildirilmektedir. 2 Eylül 1925 günü Ankara'da toplanan 1. Milli Türk Tıp Kongresinin belli başlı konusunu sıtma oluşturmuştur. 1926 yılında kabul edilen 839 sayılı Kanunla sıtma savaşının esasları belirlenmiştir. Buna göre sıtma ile savaş için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda özel bir örgüt kuruluyor ve şu esaslar getiriliyordu:

1. Dalak ve kan muayeneleri ile sıtmalıların saptanması ve bunların tedavilerinin bedava yapılması,
2. Bataklıkların kurutulması,
3. Sivrisinek jitlerinin (üreme yerleri) ve çeltik ekim alanlarının kontrol altına alınması.

1940 yılına gelindiğinde bu çalışmalar sırasında incelenen kanlara göre sıtmalı oranı %11'e kadar düşürülmüştür (Şüpheli vakalardan alınan kan yaymalarındaki plazmodi görülme oranı). İkinci Dünya Savaşı sırasındaki kötü koşullar ve nüfus hareketliliğinin artması sonucunda sıtma tekrar salgın yapmış ve 1943'de sıtmalı oranı %32'ye yükselmiştir. Bu salgınlar karşısında 1945 yılında 4707 ve 1946 yılında 4871 sayılı Kanunlarla sıtma ile olağanüstü ve sürekli savaşı öngören düzenlemeler yapılmıştır (3).

Siyaseten, çeltik ekimi yapılan bölgelerde, büyük toprak sahipleriyle hükümetin arasının iyi olmadığını söylemek yanlış değildir. Bu arada Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) gibi kuruluşların büyük yardımları ve böcek öldürücü olarak diklorodifeniltrikloroethan (DDT) kullanılmaya başlanmasıyla 1956 yılına gelindiğinde sıtmalı oranı binde 8'e kadar gerilemiştir.

Sıtma savaşı, bu dönemde (1920-1960) devletin sağlık alanında yaptıklarıyla en çok övündüğü hizmetlerden biridir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesinin %35'inin bu işe ayrıldığı yıllar olmuştur. Bu savaşta çalışan hekimlerin, sağlık memurlarının, sıtma sürveyans çalışanlarının "sıtmacılar" adı altında büyük özveriyle çalıştıkları ve başarılı oldukları bilinmektedir. Sıtma savaşının yürütülmesinde tam bir ekip çalışması öngörülmüştür. Cumhuriyet döneminde sıtma savaşında çalışanlar; bölge başkanından, sıtma tabibi, sağlık memuru, sıtma savaş koruyucusu, laboratuvar personeli, entomoloji tek-

nisyeni, pulverizasyon (püskürtme) işçisi, ayniyat-ambar memuru, şoför, büro çalışanı ve hizmetlisine kadar uzanan bir zincir içerisinde çeşitli görevleri paylaşmışlardır (11). Sıtma savaşında çalışan hekimlerin bir bölümü sonradan akademik kariyer yapıp "halk sağlığı"nın ilk kadrolarını oluşturmuşlardır.

Sıtma savaşı sırasında elde edilen başarıda, sıtma mücadelesi için kurulan örgüt yapısıyla birlikte sıtma sürveyansı sırasında aktif sürveyans yönteminin de tercih edilmesi etkili olmuştur. Sıtma savaş memurlarına nüfus yoğunluğu ve koşullarına göre sekiz ile on beş arasında köy bağlanmış ve memurların kendilerine bağlı köyleri ayda en az 2-3 kez dolaşmaları sağlanmıştır. Sıtma savaşının başlamasıyla birlikte sıtmanın yoğun olduğu sıtma bölgelerinde yaşayan halkın, hane halkına göre nüfus tespiti yapılmış ve sıtma yönünden taranmaya başlanmıştır. Köy köy, ev ev gezilerek vatandaşlar muayeneden geçirilmiştir. Sıtma hastalarının bulunması amacıyla, vatandaşların tek tek öyküleri alınmış, dalak yönünden muayeneleri yapılmıştır. Sıtma kontrolüne dahil edilen her kişiden kan alınmış, kanlar özel koruma içerisinde merkez laboratuvara gönderilmiştir (11).

Verem

Verem savaşı Türkiye'de diğer hastalıklara göre alışılmadık bir yolla sürdürülmüştür. Türkiye'de verem savaşı, gönüllü kuruluşların girişimleri ile başlamıştır. Veremle savaşın ilk adımı 1918'de kurulan "Veremle Mücadele **Osmanlı** Cemiyeti" tarafından atılmıştır. İkinci adım, Dr. Behçet Uz'un girişimiyle 1923'te "İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti Hayriyesi" nin kurulmasıyla atılmıştır (3). 1918 yılında başlatılan veremle savaşta öne çıkan, ilk başlarda Verem Savaş Dernekleri (VSD) olmuştur. Daha sonra bu derneklerin çalışmaları dispanser açmaya ve çalıştırmaya evrilmiştir. Bunların daha çok gönüllü kuruluşlar olmaları yanında Cumhuriyetle birlikte, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının da katılımıyla dernek-hükümet işbirliği benimsenmiş ve savaş alanında iki kanada ait kuruluşların birbirini destekleyerek ortak bir platformda çalışmaları sürdürülmüştür.

Verem savaşı içerisinde yer alan dernekler tarafından Ocak 1948'te "Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği" kurulmuştur. Derneğin ilk başkanı ve vefatına kadar on beş yıl süreyle bu görevde kalan Tevfik Sağlam, verem savaşına önderlik etmiş, verem savaşının başarıya ulaşmasında önemli bir rol oynamıştır.

İlk Verem Savaşı Dispanseri Bakanlığın istek ve onayıyla 1923'te İstanbul Özel İdaresi tarafından hizmete açılmıştır. Ardından Bakanlık tarafından 1924'te 50 yataklı Heybeliada Sanatoryumu açılmış, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri ile diğer devlet ve numune hastanelerinde olanaklar ölçüsünde veremliler için yatak ayrılmıştır. 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanununun yurdumuzdaki verem savaşını zorunlu kılması sonucunda, ilk defa Bakanlık tarafından 1930 yılında Ankara ve Bursa'da birer Verem Savaş Dispanseri açılmıştır (3).

Prof. Dr. Tevfik Salim Sağlam (1882 – 1963)

İlerleyen yıllarda verem ile ilgili tıbbi savaş yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte bu savaşta devletin katkısı artmış, ancak gönüllü bir kuruluş olan Verem Savaş Derneklerinin katkıları da desteklenmeye devam edilmiştir. Bu politika başarıyla uygulanmış ve çok önemli sonuçlar sağlanmıştır. 1949 yılında Veremle Savaş Kanunu çıkartılmış, ayrıca, Belediyelerin eğlence yerlerinden aldıkları "eğlence rüsumları"nın onda birini VSD'lere aktarması yasal olarak kabul edilmiştir. 1953 yılında başlatılan gezici BCG aşısı kampanyaları ve hemen sonrasında mikrofilm taramaları ile hizmet kırsal alana da yayılmıştır. Bu çalışmanın yürütülmesinde; sıtma savaşında olduğu gibi Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in büyük katkıları olmuş, araç, gereç, aşı vb. ile tüm ülkeyi kapsamayı hedefleyen bir program yürütülmüştür (3).

Trahom

Trahom savaşına ilk olarak 1925 yılında, o dönemde adı "Körler Memleketi"ne çıkan Adıyaman ve Malatya'da birer hastane ve dispanser açılarak başlanmıştır. Bu sabit kuruluşların yanı sıra, oluşturulan gezici ekiplerle köylere kadar gidilip taramalar ve tedaviler gerçekleştirilmiştir. 1930 yılında bu bölgeye komşu illerde de dört trahom hastanesi açılmıştır, ancak tüm hastanelerdeki yatak sayısı 100'dür. Aynı yıl çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanununa özel hükümler konularak savaş yoğunlaştırılmıştır. Sıtmada, veremde olduğu gibi soruna yönelik dikey örgütlenme ile savaşyürütülmeye çalışılmıştır. Hatta hastalığın yoğun olduğu bölgelerde Köy Tedavi Evleri bile açılmıştır. İl ve ilçe merkezlerindeki okullarda trahom kontrolü sıklaştırılmış, bazılarında trahomlu öğrenciler okullarda aynı sınıflarda, hatta aynı okullarda toplanmıştır. Hastalığın ilaçlarının bulunması ve kullanımının yaygınlaştırılmasından sonra, 1950'lerden başlayarak önemi azalmış ve muayene edilenler içindeki trahomlu oranı 1925'lerde % 70 iken, 1960'da %9,1'e kadar gerilemiştir (3).

Frengi

Ülkemizde frengi ilk kez Avrupa ülkeleri ile olan ilişkilerimizin sıklaştığı 19. yüzyıl ortalarında İstanbul'da görülmeye başlanmış, zamanla diğer bölgelere yayılmıştır. İstanbul'a geçim olanakları sağlamak amacıyla gelen Bolu ve Kastamonu çevresi halkı tarafından bu yerlere yayıl-

mış olan frenginin endişe verici bir durum alması karşısında 1913 yılında "Kastamonu Vilayetinde Teşkil Olunacak Memleket Hastanelerine ve Seyyar Heyet-i Tıbbiyeye Dair Nizamname" hazırlanarak frengiye karşı ilk resmi mücadele başlatılmıştır. Bu Nizamname ile Kastamonu bölgesinde 50'şer yataklı 6 adet hastane kurulması ve hastane yataklarının yarısının frengi tedavisi için ayrılması öngörülmüştür (3).

Özellikle Bolu-Kastamonu yöresinde, hastalık hızlı bir yayılım göstermiştir. 1921'de frengi ile mücadeleye başlanmış ve 90 sayılı "Frenginin Kaldırılması ve Yayılmasının Önlenmesi Hakkında Kanun" çıkartılmıştır. Kanuna göre frengi tedavisinin devlet tarafından ücretsiz yapılması öngörülmüş, frengi tanısı konulanların VDRL testleri negatif oluncaya kadar evlenmeleri yasaklanmıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile frengi mücadelesi yeniden ele alınmış ve bu kanun 103-112 maddeleri frengi mücadelesine ayrılmıştır (4).

Lepra

Türkiye'de ilk lepra hastanesi 1941 yılında Elazığ'da açılmış, 1957'de Ankara'da "Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği" kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı kurumsal olarak lepra mücadelesini 1960 yılında başlatmıştır (3).

Çiçek

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu dönem içinde kaynaklarının en büyük kısmını bulaşıcı hastalıklarla savaşta kullanmıştır. Bu hastalıkların en önemlilerinden birisi de çiçek hastalığıdır. Çiçek neredeyse Anadolu'nun endemik hastalığıdır. Anadolu'ya giren çiçek, İran ve Irak kaynaklıdır.

Çiçek aşısı üretimi için ülkemizde ilk olarak 1892'de İstanbul'da Telkihhane (Aşıhane) kurulmuştur. Kurtuluş savaşı sırasında çiçek aşısı gereksinimi İtalya'dan karşılanmıştır. Cumhuriyet döneminde aşı ihtiyacı 1934 yılına kadar İstanbul Aşıhanesi tarafından karşılanmış, bu tarihten sonra Aşıhanenin Ankara Hıfzıssıhha Enstitüsüne nakledilmesiyle aşı üretimi Ankara'da yapılmaya başlanmıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile çiçek aşısı zorunlu hale getirilmiş, her doğan çocuk ile okul ve kuruluşlara giren her yurttaş çiçek aşısı yaptırmakla yükümlü kılınmıştır (3).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının aldığı önlemlerle 1957 yılından sonra tek bir çiçek vakası görülmemiştir. Bu dönem içerisinde görülen çiçek vakaları ise; 1925'de 483 vaka, 69 ölüm, 1930'da 906 vaka, 160 ölüm, 1940 yılında 897 vaka, 129 ölüm, 1944 yılında 6093 vaka, 678 ölüm, 1951 yılında 152 vaka, 3 ölüm, 1957 yılında 128 vaka, 7 ölüm olarak saptanmıştır (3).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından çiçek hastalığının bütün dünyada eradike edildiğinin açıklanmasının ardından, 1980 yılında ülkemizde de çiçek aşılamasına son verilmiştir.

Sağlık Emek Gücüne İlişkin Politikalar

1923-1960 döneminde planlama, yetiştirme ve istihdam açısından bütünlüklü bir sağlık insan gücü sürecinin işlerliğinden söz etmek zordur. Bu dönemde temel olarak sağlık insan gücünün sayısının artırılması planlanmış, bu amaca yönelik olarak sağlık insan gücünün yetiştirilmesi için yoğun bir çaba harcanmıştır.

Cumhuriyetin ilk yıllarındaki sağlık insan gücü politikaları açısından, sağlık yöneticisi yetiştirmek amacıyla Hıfzıssıhha Okulunun kurulmuş olması önemlidir. Hıfzıssıhha Okulu ilk olarak 1928 yılında Hıfzıssıhha Müessesesi içinde kurulmuştur. Ancak, okulun fiilen kuruluşu 2 Kasım 1936'dır. Daha sonra bu iki kuruluş Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü (MHE) ve Hıfzıssıhha Okulu olarak ayrılmıştır (1941). Hıfzıssıhha Okulu'nun kuruluş kanunu incelendiğinde, Okulun sağlık yöneticisi yetiştirmeyi amaçladığı, bunun yanında yapacağı bilimsel çalışmalarla sağlık politikalarının oluşturulması ve izlenmesiyle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık hizmeti üretmesi de öngörülmüştür. Ancak bu hedeflere ulaşılmasında başarılı olmadığı görülmüş, 1954 ve 1958 yıllarında hazırlanan kanun teklifleri ile etkinliğinin arttırılabileceği düşünülmüştür.

Hekim yetiştirilmesi ve istihdamı

Ülkemizde çağdaş tıp eğitimi 14 Mart 1827'de "Tıphane-i Amire" adıyla İstanbul'da kurulan tıp okulu ile başlamıştır. Önceleri sadece askeri hekim yetiştiren bu okul, sonraları sivil hekim yetiştirmeyi de üstlenmiştir. 1933 yılında üniversite reformu ile İstanbul Üniversitesi Merkez Binasına yerleştirilmiştir. İlk dönemlerde gözlenen hekim açığının giderilmesi için 1924'de İstanbul Tıp Talebe Yurdu (Kadırga) kuruldu. Daha sonra açılanlarla birlikte "tıp talebe yurtları"nın sayısı 42'ye ulaştı. Burada kalan öğrencilerin bütün ihtiyaçları devlet tarafından karşılandı ve mezun olan hekimler, yurtta geçirdikleri sürenin 2/3'ü kadar süre zorunlu hizmet yapmakla yükümlü idiler. Ancak, fakülteyi ilk on derece içinde bitirip mezun olanlar zorunlu hizmete gönderilmeden doğrudan bir tıp dalında uzmanlık eğitimine başlayabiliyorlardı. Diğerleri, zorunlu hizmetleri bitmeden uzmanlık eğitimine kabul edilmezlerdi. Dr. Nusret Fişek de yurtlu bir öğrenci olmakla birlikte fakülteyi birincilikle bitirdiği için zorunlu hizmete gönderilmemiş, doğrudan bakteriyoloji dalında asistan olarak çalışmaya başlamıştır. Bu yolla hekim yetiştirmeyi teşvik, olumlu sonuçlar vermiş ve 1960 yılına kadar sürmüştür.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu dönemde açılan tıp fakültelerinin alt yapılarının oluşturulması için çok önemli katkılar yapmıştır. Anadolu'daki tıp fakültelerinin pek çoğu ilk açılışlarında Bakanlığın hastanelerinden yararlanmış, buralardaki araç, gereç ve hatta sağlık personelini kullanmıştır.

Ülkemizde hekimler üç değişik statüde istihdam edilmişlerdir: Tamamen serbest meslek icra edenler, tamamen

kamuda çalışanlar, her ikisinde de çalışanlar. Sonuncu gruptakilerin, zaman zaman ilk iki gruptan birine geçmeleri yönünde devletçe zorlandıkları, ama bu zorlamaların uzun ömürlü olmadığı bilinmektedir. Cumhuriyet'in ilanından beri, sadece hekim olan devlet memurlarının yararlandıkları bu çift alanda çalışma, ilk kez 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun yürürlüğe girmesiyle kaldırılmıştır.

Hekimlerin çalışma biçimlerindeki bu özel durumlarının yanı sıra mezuniyet sonrası eğitimlerinde de özel bir durum vardır: Hekimler "uzman" olmayı yeğlemektedirler. Bu durum; uzman hekimlerin verimli çalışabilmesi için hastanelerde görevlendirilmelerini, bu da uzman hekimlerin büyük şehirlerde daha çok olan hastanelerde çalışmaları sonucunu getiriyordu. Sonuçta zaten az olan hekim sayısı, özellikle uzmanların büyük şehirlerde yoğunlaşmasıyla hekim dağılımında dengeleri de önemli ölçüde bozmuştur. Pratisyen hekimler de uzmanlar kadar olmasa bile, büyük şehirleri seçmişlerdir.

Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı

Bu alanda yer alan Sosyal Hizmet Akademisi, Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü ve Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde liseye dayalı "Yüksekokul" olarak eleman yetiştirmişlerdir. Bunların yanı sıra "Sağlık Kolejleri" de lise düzeyinde eleman yetiştirmiştir. Bunlar sağlık teknisyeni, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin hizmete kazandırılmasını sağlamıştır. Hemşire yetiştirilmesine önceleri Kızılay'ın da önemli katkıları olmuştur.

Ortaokul düzeyinde sayılan Sağlık Okulları ise ilk başta "Köy Ebesi" yetiştirmek üzere açılmıştır. İlki 1937'de Balıkesir'de, ikincisi 1938'de Konya'da eğitime başlamışlardır. Daha sonraki 14 yılda bu iki okula başkaları eklenmemiştir. 1923-1952 arasında açılan Köy Ebe Okulu sayısı maalesef ikide kalmıştır. Bu dönem içinde Bakanlığın diğer sorunların çözümündeki başarıları hatırlandığında, bu alanın bu kadar ihmal edilmesi düşündürücüdür. 1952-1961 yılları arasında 14 köy ebe okulu açılmıştır. Ancak bu okullardaki toplam eğitim öğretim süresi 1 ila 1,5 yıl olarak belirlenmişti. Bu okullarda yapılan düzenleme ile 1961-62 döneminden başlayarak eğitim-öğretim süresi üç yıla çıkarılmıştır (3).

Dişhekimi ve Eczacılar

Bu gruptaki iki meslek çalışanları daha çok serbest meslek icrasını seçmişlerdir. Devletin sağla(ma)dığı olanaklar karşısında, sayıları da oldukça az olan bu grubun özel çalışma yolunu seçmesi o dönemin sağlık politikalarıyla da uyumludur. Halkın diş hekimi gereksinimi bazı yerlerde yasal olarak çalışması yasak olan "kalfalar" tarafından karşılanıyordu. Eczanesi bulunmayan yerlerde hastaların ilaç gereksinimi de muayenehanesi olan hekimlerin açabildikleri "ecza depoları"ndan karşılanmaktaydı.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Politikalar

Atatürk her türlü sağlık hizmetinin önemine inanmakla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinin çok daha önemli olduğunu da anlamıştı. Bu nedenle Atatürk döneminde koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan devletin görevi olarak kabul edilmiş ve bu hizmetlere olağanüstü önem verilmiştir (4).

Cumhuriyetin ilk yıllarında koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin politikaların benimsenmesinde Dr. Refik Saydam'ın rolü büyüktür. Saydam, sağlık hizmetlerinin koruyucu, iyi edici ve sosyal hizmetler olarak ayrı ayrı değil de bir bütün olarak tek çatı altında toplanması ve ekiplerce ele alınması görüşünden hareket etmiştir. Bu amaçla Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulunu kurarak ilk etkinlikleri başlatmış, bu yolla toplum içi araştırmalarla, toplumun sağlık sorunlarını ve bunların öncelik sıralarını belirleyerek, etkili faktörler ve toplumdaki yüksek risk gruplarının tespiti ve bunlara karşı önlemler alma yönünde ciddi girişimlerde bulunmuştur. Dr. Refik Saydam önceliği halka sağlık hizmeti verecek bir örgütün kurulmasına vermiştir. Daha önce Osmanlı Devleti'nde oluşturulan Memleket Tabipleri örgütü, Hükümet Tabipleri olarak yeniden örgütlenmiştir. Böylece her ilçede bir hekimin bulunması sağlanmıştır(12).

Hıfzıssıhha Enstitüsü, Refik Saydam'ın sağlık politikası programında yer alan ve özel kanunla kurulmuş, halk sağlığını ilgilendiren her konuyla ilgili tetkik yapan bir kurumdur. Enstitünün bünyesinde barındırdığı önemli bir kurum da 1936'da açılan Hıfzıssıhha Okuludur. Dr. Refik Saydam koruyucu hekimliğin öneminin ülkemizde tıp eğitimi verenler ve doktorlar tarafından çok geç kavrandığını, hatta buna karşı hekimliğin yalnızca hasta tedavi etmek olduğu zihniyetiyle de mücadele ettiklerini, bu okulun amacının koruyucu hekimliği geliştirmek ve halka hastalıklardan nasıl korunması gerektiğini öğretmek olduğunu belirtmiştir. Dr. Saydam Hıfzıssıhha Okulunun toplum sağlığı ve koruyucu hekimlik açısından ne derece önemli olduğunu açıkça belirtmektedir (12).

Bulaşıcı hastalıklarla savaşın en etkili yöntemlerinden biri olan aşı ve serumların üretimini yapmak üzere kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsüne 1943 yılında tifüs olgularının artması üzerine ayrı bir tifüs aşısı laboratuvarı eklenmiştir. Enstitü sayesinde yurdun bütün serum ve aşı gereksinimin karşılanmasının yanı sıra, yabancı ülkelere de salgın hastalıklarla savaş sırasında yardım olanağı sağlanmış, 1939 yılında Çin'e bir milyon kişilik kolera, 1947 yılında Mısır ve Suriye'ye 1.300.000 cc. kolera aşısı yardımı yapılmıştır (13).

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında sağlık alanında en büyük sorun bulaşıcı salgınların önlenebilmesiydi. Bu yıllarda savaşların neden olduğu sosyo-ekonomik yıpranma –her

sorun gibi- sağlık sorununun da çözümünü zorlaştırıyordu. Sağlık insangücü yetersizliği de ayrı bir sorundu. Refik Saydam döneminde Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini, özellikle salgın hastalıklar ile savaş için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmiştir. Bu amaçla yurt çapında sıtma savaş teşkilatı, trahom ve frenginin yaygın olduğu bölgelerde trahom savaş ve frengi savaş örgütleri kuruldu. Hükümet tabiplerinin temel görevi de tifüs, çiçek, tifo, dizanteri gibi hastalıklarla savaş idi. Bu hastalıkların yaptığı salgınlar hükümet tabiplikleri tarafından önlenemediği taktirde Ankara'da Bakanlığa bağlı olarak kurulan ve hekimler ile sağlık memurlarından oluşan ekipler, salgın çıkan bölgelere gönderilerek, bu bölgelerde yerel sağlık örgütü ile birlikte savaş hizmetini yürüttüler. Ayrıca Ankara'da Hıfzıssıhha Enstitüsü kurularak bulaşıcı hastalıklarla mücadele için laboratuvar hizmetleri, aşı ve serum üretilmesi sağlandı. Bu dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı koruyucu hekimlik hizmetlerini hekimler için çekici duruma getirmek amacıyla devletin memurlara verdiği maaştan çok yüksek bir ücret sistemi kabul etmiştir. Bir sıtma savaşı hekiminin ücreti validen fazla, trahom savaş teşkilatı başkanının ücreti milletvekili maaşının üç katı idi. Hükümetin hekimlere verdiği bu ayrıcalıklı statü, sağlık hizmetlerine verilen önemin kanıtıdır (1).

Bu dönemde koruyucu hizmetlere önem verilmesiyle ilgili sağlık politikalarını iyi bir ücret politikası ile hekimlerin mahrumiyet bölgelerinde ve koruyucu hizmetlerde çalıştırılmaları, tıp fakültesi eğitimine koruyucu hizmetlerle ilgili konuların eklenmesi, Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ve Hıfzıssıhha Okulu kurulması gibi uygulamalarda görmek mümkündür.

TEDAVİ EDİCİ HİZMETLERE İLİŞKİN POLİTİKALAR

Bu dönemde tedavi edici hizmetler temel olarak Muayene ve Tedavi Evleri, Sağlık Merkezleri ve Hastaneler tarafından sunulmuştur (3).

Muayene ve Tedavi Evleri

O yıllarda hastaneler daha çok il ve bazı büyük ilçe merkezlerinde ve sayıca az olarak yapılabildiğinden diğer ilçe merkezlerinde yaşayanların gereksinmelerini karşılayabilmek için, ilk defa 1924 yılında 5-10 yataklı Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Bunlar hasta muayenesinin ve tedavisinin yanı sıra bazı halk sağlığı hizmetlerinin de yürütüldüğü merkezlerdir. Bu merkezler zaman içinde, önceleri "Sağlık Merkezleri"ne sonraları da sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

Sağlık Merkezleri

İlk sağlık merkezi 1937 yılında Ankara Etimesgut'ta açılmış ve Atatürk tarafından da ziyaret edilerek çalışmaları çok başarılı bulunmuştur. Bu merkez, o zamana kadar uygulanmamış bir çalışma biçimiyle gerçekten örnek bir kuruluştu ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'na esin kaynağı olan modellerden biridir. Bu merkezler, ilçelerin büyüklüğüne bağlı olarak, 5-25 yataklı ve 40'a kadar köyün bağlanacağı, hem ayaktan hem yatarak tedavi hizmetlerinin sağlanacağı, bunun yanı sıra koruyucu hizmetlerin de sunulacağı hizmet birimleri olarak kurulmuşlardır. 1946 ve 1947 yıllarında sağlık planlamaları yapılırken bunlara da önem verilmiş, ancak tam olarak çalışmaları, istenilen düzeye çıkarılamamıştır. Buralar giderek tek hekimin çalıştığı, yataklı hizmetlerin beklendiği ölçüde sağlanamadığı yerlere dönüşmüştür.

Hastaneler

Yataklı tedavi kurumlarının (YTK) en önemli olanları hastanelerdir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Belediye Kanunu YTK kurulması ve işletilmesi görevini bir ölçüde yerel yönetimlere aktarmışsa da, ekonomik koşullar nedeniyle bu görevin etkili biçimde yerine getirilmesi gerçekleşememiştir. Yasanın gereklerine uyan az sayıda belediye olmuşsa da bunlar hastane işletmeciliğinin ağır parasal yükünü karşılayamamışlar ve hemen her zaman Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının personel, araç, gereç, tıbbi malzeme ve doğrudan parasal katkılarına gerek duymuşlardır. 1954'ten sonra bu kuruluşların çoğu Bakanlığa devredilmiştir. Bu dönemin başlarında hastane kurmanın devlete ve özel sektöre çok çekici gelmediği; sıtma, çiçek, trahom vb. hastalıklara öncelik veren bir politika uygulandığı söylenebilir. Ayrıca ekonomik koşulların ve 1940-1945 arasındaki savaş döneminin de olumsuz etkilerini hesaba katmak doğru olacaktır. Ancak, yine de bu dönemde devlet hastaneleri, doğum evleri, göğüs hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kemik hastaneleri, lepra hastanesi, trahom hastaneleri ve kuduz hastaneleri açılmıştır.

1945 yılında kabul edilen 4792 sayılı kanunla ülkemizde İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve Kanun 1 Ocak 1946'da yürürlüğe girmiştir. İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasının ardından ilk sağlık tesisi olarak 1949'da Nişantaşı'nda İstanbul Hastanesi isimli 100 yataklı hastane açılmıştır. Bu yataklı tesisle birlikte Eyüp Defterdar Fabrikası ve Paşabahçe Cam Fabrikası gibi işçilerin yoğun olduğu bölgelerde yataksız poliklinikler de hizmete sokulmuştur. 1951 yılında hastalık sigortasının uygulamaya geçmesinin ardından hastaneler ardı ardına açılmaya başlanmıştır. 1951 yılında İzmit ve Süreyyapaşa, 1952'de Sultanahmet ve Eyüp hastaneleri açılmıştır. 1950-1959 yılları arasında 12 hastane açılmış, bu hastanelerdeki toplam yatak sayısı 881'e ulaşmıştır (14).

1950 sonrasında önemli bir gelişme, özel idare hastanelerinin Bakanlığa devri olmuştur. Özel İdare hastanelerinin devletleştirilmesine 1945 yılından itibaren başlanmış, bu iş 1953 yılında kabul edilen bir yasayla desteklenince *(6134 Sayılı Özel İdare Hastanelerinin Muvazene-i Umumiyeye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun)* kısa

süre içinde hasta tedavisi bir devlet hizmeti olmuştur. Kanun ile toplam 3895 yatağı olan 47 hastanenin *(46'sı memleket hastanesi, 1'i, zührevive hastanesi)* Bakanlığa devredilmesi öngörülmüştür.

Böylece, her il halkının devlet olanaklarından yararlanmasına, tıbbi bakım hizmetlerinin niteliğinin yükselmesine, tedavi ve koruyucu hizmetlerin birlikte yürütülmesine olanak hazırlanması olumlu bir yaklaşım olmuştur. Ama bu kararın uygulanması yeter sayıda hekim ve hekim dışı sağlık personelinin sağlanmasına, tüm-gün çalışmayı gerektirecek bir ücret politikasının ele alınmasına ve daha da önemlisi bunların koruyucu ve tedavi edici hekimlik yönünden ülke koşullarına uygun bir eğitim ve öğretim görmesine bağlıydı. Bunlar yeterince ele alınmadığından, tıbbi bakımın niteliği değişmediği gibi, halk sağlığı da ikinci plana atılmıştır (15).

1950 yılından sonra yönetime gelen siyasi iktidar ve onun eskiye göre daha pragmatik davranışları devlet politikasını bir ölçüde değiştirmiş ve kırsal alanda yaşayanları şehirlere çekme politikası uygulanmaya başlanılmıştır. 1950 yılında devletin elinde 96 hastane 14.361 yatak bulunmaktadır. 1960 yılına gelindiğinde hastane sayısı 159'a, yatak sayısı 29.871'e ulaşmıştır.

1950'li yıllara kadar büyük ağırlıklı olarak "hastanecilik" Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının sorumluluğunda yürütülürken, İşçi Sigortaları Kurumunun hastane açarak tedavi hizmetlerine girmesi ve bunu sadece kendi sigortalılarının yararlanabileceği bir model olarak uygulaması Türkiye'de tedavi hizmetlerinde yeni bir sayfa açmıştır.

KAYNAKLAR

1. Dirican, MR. (1997) Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi. Ankara: TTB Yayınları; 1997:57-116.
2. Aytekin, AH. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1920 – 1980). Toplum ve Hekim. 2013, 28 (3):181-191.
3. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB). Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: SSYB Sağlık Propaganda ve Tıbbi İstatistik Genel Md. Yayın No: 422, Ayyıldız Matbaası AŞ. 1973.
4. Öztürk, Y., Günay, O. Atatürk Döneminin Sağlık Politikası, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın No:2, Kayseri, 1991.
5. Öztek, Z.Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 8. Basım, Ankara, 2001.
6. Cairncross S, Peries H, Cutts F. Verticalhealthprogrammes. Lancet, 1997, 349(Suppl. III): 20–22.
7. Başar Z. Hükümet Tabibinin Ödevleri ve yapılış yolları, Işık Matbaası, İstanbul: 1944.
8. Arıkan, A. Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı. İstanbul:2005.
9. Sağlık Bakanlığı. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları, https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html.
10. Öztürk, H. Dr. Behçet Uz ve Sağlık Politikaları. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı. Eskişehir: 2011.
11. Aydın, E. Türkiye'de Sıtma Savaşı. Türk Tabipleri Birliği. Ankara, 1998.
12. Vergili, A. Türkiye'de Modern Tıbbın Kurumsallaşması ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
13. Gürsel, A. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları (1920-1960). Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, Ankara, 1998.
14. Öztürk, O. Bir Zamanlar SSK Hastaneleri. Toplum ve Hekim. 2014; 29(6):448-454.
15. Dirican, R. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi. İç: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Bursa; 1993:548.

TÜRKİYE 'DE 1960-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Cemil Özcan

1960 yılı Türkiye Cumhuriyeti tarihinde önemli bir dönüm noktasıdır. İktidarda olan Demokrat Partinin ülkede baskıcı bir rejim kurduğu ve kardeş kavgasına yol açtığı savı ile 37subay tarafından emir komuta zinciri dışında bir askeri darbe gerçekleştirilmiştir. 27 Mayıs 1960 sabahı TSK komuta kademesi etkisiz hale getirilerek yapılan bu darbe, 27 Mayıs İhtilali olarak adlandırılmıştır. Darbede görev alanlar, yüzbaşı, binbaşı, yarbay, albay ve general rütbesindeki subaylardan oluşmaktaydı. Emekli orgeneral Cemal Gürsel'in başkanlığını üstlenmesi ile 38 kişiden oluşan gurup, Milli Birlik Komitesi (MBK) adıyla ülke yönetimini üstlenmiştir. TBMM fesih edilmiş, 1924 Anayasası askıya alınmıştır. Cumhurbaşkanı ve Başbakan başta olmak üzere bakanlar ile çok sayıda milletvekili ve bürokrat tutuklanmıştır. 235 general, pek çoğu üstsubay olmak üzere 3500 subay, 520 yargıç ve savcı ile 147 akademisyen görevden alınmıştır. Yassıada'da (şimdiki adı Demokrasi ve Özgürlük Adası) kurulan olağan dışı mahkemede 19 dava açılmış ve tartışmalı bir yargılama süreci sonunda zamanın başbakanı Adnan Menderes ve iki bakan idam edilmiştir.

Daha sonra sayısı 22 kişiye düşen Milli Birlik Komitesinin yürütme yanında yasama yetkisi de vardı. Komite, yasama yetkisini 6 Ocak 1961de toplanan Temsilciler Meclisi'ne devredinceye kadar 238 kanun çıkarmıştır. Oluşturulan Kurucu Meclis tarafından hazırlanan yeni anayasa % 60,4 evet oyu ile 9 Temmuz 1961 tarihinde halk tarafından kabul edilmiştir. Birkaç ay sonra 15 Ekim 1961 tarihinde genel seçimler yapılarak ülke yönetimi siyasal iktidara bırakılmıştır.

27 Mayıs ihtilalinin siyasal nedenleri ve sonuçları bir yana bırakılacak olursa,1961 Anayasası ile devletin yeniden yapılanması açısından önemli düzenlemeler yapıldığı ve bu amaçla yeni kurumlar oluşturulduğu görülmektedir. Çoğulcu demokrasi, güçler ayrılığı, yargı bağımsızlığı, üniversitelerin özerkleştirilmesi, işçi ve memurlara sendika kurma ve grev hakkı, temel hak ve özgürlüklerin anayasal güvenceye kavuşturulması ve sosyal devlet ilkesinin benimsenmesi yeni anayasanın getirdiği yeniliklerdir. Cumhuriyet Senatosu, Anayasa Mahkemesi, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Yüksek Hakimler Kurulu, İhracatı Geliştirme Etüt Merkezi ve Milli Produktivite Merkezi, Milli Birlik Komitesi tarafından veya 1961 Anayasası ile oluşturulan yeni kurumlardır.

Planlı döneme geçiş

1923 yılında kurulan Türkiye Cumhuriyetinin ekonomik durumu çok kötüydü. Kişi başı geliri, sermaye birikimi ve alt yapı açısından olukça yetersiz durumdaydı. 1923 yılında İzmir'de toplanan I.Türkiye İktisat Kongresi sonucunda, liberal bir ekonomi izlenmesi, özel teşebbüsün ekonominin itici gücünü oluşturması, ancak yetersiz kaldığı durumlarda Devletin devreye girmesi öngörülmüştü. 1929 yılında Kuzey Amerika ve Avrupa'da başlayan ve 1930 yılında da devam eden Dünya Büyük Bunalımı bütün dünyayı etkilemiştir. Türkiye de etkilenen ülkeler arasındadır. Bunalımın aşılmasında rol oynayan Keynes'in ekonomi modeli, devletin ekonomiye müdahalesini benimseyen modeldir. Türkiye Cumhuriyeti bu modelden de esinlenerek 1932 yılından sonra karma ekonomiye yöneldi. Devlet sanayi yatırımlarına başladı. Nitekim, Atatürk bu dönemi söyle özetlemiştir: *"Ekonomide ferdin gerçekleştiremediği faaliyetleri devlet kendi üzerine alabilir."* Bu amaçla sanayi planları hazırlanmıştır. I. Sanayi Planı 1933-1937 yılları arasında uygulanmıştır. Bu planın sunuş bölümünde Türkiye'nin "bağımlı, geri kalmış, tarıma dayalı, ham madde üreten" ülkeler arasında yer aldığı belirtilmektedir. Bunu aşmanın yolunun sanayileşme, yönteminin de planlama olduğu anlatılmaktadır. I. Sanayi Planı başarıyla uygulanmış ve Sümerbank, Etibank, Denizbank ve Demirbank başta olmak üzere 20 kadar sanayi kuruluşu oluşturulmuştur. 1936'da hazırlıklarına başlanılan ve 1938-1942 yıllarını kapsayacak olan II. Sanayi Planı, II. Dünya Savaşı nedeniyle hayata geçirilememiştir.

1960 öncesi hazırlanan sanayi planları, yalnız kamu yatırımlarını içeren, ekonominin diğer sektörlerini kapsamayan planlar olması nedeniyle 1960 yılı öncesi "planlı dönem" olarak kabul edilmemektedir. Planlı döneme geçiş, 27 Mayıs 1960 darbesi sonrası 30 Eylül 1960 tarihinde 91 sayılı kanunla Başbakanlığa bağlı olarak kurulan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ile başlamıştır. DPT bir yıl sonra kabul edilen Anayasada da yer almıştır. 1961 Anayasasının 41. ve 129. maddeleri planlama konusuna ayrılmıştır:

IV. İktisadi ve Sosyal Hayatın Düzeni

Madde 41- *İktisadi ve sosyal hayat, adalete, tam çalışma esasına ve herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacına göre düzenlenir. İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek; bu maksatla, milli tasarrufu arttırmak, yatırımları toplum yararının gerektirdiği öncelikleri yöneltmek ve kalkınma plânlarını yapmak Devletin ödevidir.*

V. Kalkınma
a. Kalkınma Plânı ve Devlet Plânlama Teşkilâtı

Madde 129- *İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınma plâna bağla-*

nır. Kalkınma bu plâna göre gerçekleştirilir.
Devlet Plânlama Teşkilâtının kuruluş ve görevleri, plânın hazırlanmasında, yürürlüğe konmasında, uygulanmasında ve değiştirilmesinde gözetilecek esaslar ve plânın bütünlüğünü bozacak değişikliklerin önlenmesini sağlayacak tedbirler özel kanunla düzenlenir."
DPT, 5 yıllık planlar yapmıştır. Bunun tek istisnası yedi yıllık olan ve 2007-2013 yıllarını kapsayan 9. Beş Yıllık Kalkınma Planıdır.

1.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)
2.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)
3.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)
4.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)
5.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)
6.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)
7.Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)
8.Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)
9.Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)
10.Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018) dönemlerini kapsamaktadır.
Birinci ve ikinci planlar 1963-1977 yıllarını kapsayan Perspektif Plan temel alınarak hazırlanmıştır. Birinci planda, altyapı, istihdam ve yeniden yapılanmaya, ikinci planda ise sanayiye ağırlık verilmiştir. Perspektif Plan değişen koşullar nedeniyle 1973-1995 yıllarını kapsayacak şekilde yenilenmiş ve üçüncü plan da buna göre hazırlanmıştır. Bu plan, ara ve yatırım malı üreten sektörlerin güçlendirilmesi yoluyla dışa bağımlılığın azaltılmasını temel almıştır.
528 sayfadan oluşan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planın 9 sayfası (406-414 sayfaları) sağlık sektörüne ayrılmıştır. Planın sağlık hedefleri, *"personel yetiştirilmesi, köylere kadar yayılan iyi bir sağlık teşkilâtı kurulması, çevre sağlık şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş ve bunların yok edilmesi, ana - çocuk sağlığı, ruh sağlığı, sağlık laboratuarlarının geliştirilmesi, okul sağlığı, nüfus plânlaması, beslenme ve tedavi kurumlarının kurulması ve işletilmesi ile sağlık donatım ve gereçlerinin depo, onarım ve bakım işlerinin yürütülmesi"* olarak sıralanmaktadır.
656 sayfalık İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planının 10 sayfası (215-225) genel sağlığa ve 3 sayfası (226-228) ayrı bir bölüm olarak aile planlamasına ayrılmıştır. Bu plandaki sağlık hedefleri *"İkinci Beş Yıllık Plan döneminde yukarda açıklanan ilkelerin ışığında çeşitli politikalar yürütülecek ve yapılacak yatırımlarla aşağıda açıklanan hedefler gerçekleştirilecektir:*
1972 yılında 10 000 kişiye 25 yatak sayısı gerçekleştirilecek sayıda yıllık yatak artışı sağlanacaktır. Sosyalleştirme programları yılda 300 ocak açılarak devam edecektir. Özellikle programa katılan hekimlere bir münavebe imkânı vermek amacıyla her yıl Batı bölgelerinde belirli oranda ocak yapılarak sosyalleştirme uygulamasına devam edilecektir. Diğer hedefler Tablo 112 de gösterilmiştir" şeklinde belirtilmektedir.
Önceki iki plana göre daha ayrıntılı olan ve 960 sayfadan oluşan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlıkla ilgili sorunlar 111. ve 112. sayfalarında yer almaktadır. Planın 809-827 sayfaları (19 sayfa) sağlık hedeflerini içermektedir. Planda belirtilen sağlık sorunları bu döneme ışık tutması nedeniyle aşağıda verilmektedir.

"174. Sağlık hizmetleri, Ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelikte değildir. Sağlık hizmetlerini dağınıklıktan kurtarıp bütünleşmiş bir sistem içinde sunmak amacıyla öngörülen sosyalleştirme programı, özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu küçük yerleşme birimlerine eleman sağlanmasında karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenilen 'biçimde gelişememektedir. Bu durumda, özellikle kırsal yörelere sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetini götürmek ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi edici hizmetlere aşın talebi önlemek mümkün olamamıştır. Ayrıca, çevre sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve toplumun sağlık eğitimi gibi temel sağlık, hizmetleri de gereğince yürütülememektedir.
175. Yataklı tedavi kurumlarında sayıca görülen gelişmelere rağmen (Birinci Kesim, Tablo 73), yatakların iller arasında dağılımının dengesizliği süregelmekte, toplam yatak kapasitesinin yüzde 44,6sı İstanbul, Ankara ve İzmir gibi üç büyük şehirde yoğunlaşmış bulunmaktadır, öte yandan, personel eksikliği, kaynak yetersizliği, aynı yörede çeşitli kuruluşların ayrı ayrı hastaneler kurmaları ve hastane işletmeciliğinin gelişmemiş olması gibi nedenlerle, yaratılan yatak kapasitesinden de tam yararlanılamamakta ve kamu kuruluşlarında ortalama yatak kullanımı yüzde 58 gibi düşük bir oranda kalmaktadır.
176. Çevre sağlığının büyük bir sorun olarak ortaya çıkışında, düzensiz yerleşme, mali güçsüzlük, eğitim yetersizliği, hızlı nüfus artışı ve bunların yanında ilgili kurumların gereken etkenlikten tuzak olması başlıca nedenlerdir.
177. Yetersiz ve dengesiz beslenme yanında bazı bölgelerde halkın sağlık eğitiminin yetersiz oluşu özellikle ana ve çocuk sağlığı açısından sorun yaratmaktadır. Hekim ve yardımcı sağlık personeline verilen eğitim programı, ayrıca bu personelin niceliği, koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince karşılamaktan uzaktır.
178. Gelişmeye paralel olarak giderek yoğunlaşan ihtiyaçlar karşısında işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda standartları tespit eden ve denetimi yapan örgütler gereken kapsam ve yaygınlıktan yoksundur.
179. İlaç kontrol konusunda, müstahzar yapımı etkili bir denetim altına alınamamış; bu durum ilaç üretimi ve aktif madde ithalatında ihtiyaçlara uygun olmayan bir gelişmeye yol açmıştır".

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
27 Mayıs ihtilali sonrası MBK tarafından Sağlık Bakanlığına (1989 yılına kadar adı Sağlık ve Sosyal Bakanlığı idi.) Bakan olarak Prof. Dr. Nusret Karasu, Bakanlık Müsteşarlığına da Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olan Doç. Dr. Nusret Hasan Fişek getirilmiştir. Cumhuriyet Gazetesinin MBK

üyeleri ile yaptığı röportajlardan birinde Sami Küçük (albay), sağlık hizmetlerini gelişmiş ülkelerde olduğu gibi düzenleneceğini belirtmiştir. Bunun üzerine Dr. Fişek, Bakandan izin alarak Sami Küçük ile görüşmek üzere yazılı talepte bulunur. Bu talebe yanıt beklerken MBK Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Muzaffer Özdağ (kurmay yüzbaşı), Sağlık Bakanlığına sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesi konusunda hazırlık yapılması talimatını içeren bir yazı gönderir. Bunun üzerine Dr. Fişek, Muzaffer Özdağ'ı telefonla arayarak görüşme talebinde bulunur. Görüşme, Dr. Fişek'in finansman, hekim seçme özgürlüğü, özel hekimlik gibi konularda MBK kararlarının neler olduğunu öğrenmesine yöneliktir. Ancak görüşmeden sonuç elde edilemeyince, Bakanlık, MBK'ne sağlıkla ile ilgili politik kararlarının neler olduğunu ve neler yapılması konusunda bir resmi yazı gönderir. Resmi yazıya yanıt verilmez ancak Bakan Dr. Karasu'ya raporun kısa bulunduğu ve beğenilmediği söylenir. 25 Ağustos 1960 tarihinde MBK kabine değişikliği yapar ve Dr. Karasu yeniden bakan atanmayanlar arasında yer alır. Sağlık Bakanlığı vekaleti Dr. Fişek'e verilir ve Cemal Gürsel tarafından Başbakanlığa davet edilerek kendisine Sağlık Bakanlığı teklif edilir (MBK Başkanı Cemal Gürsel hem Devlet Başkanı hem de Başbakan olarak görev yapmaktadır). Dr. Fişek kendisinin müsteşar olarak daha yararlı olacağı gerekçesiyle bakanlık teklifine sıcak bakmadığını iletir. Bunun üzerine 5 Eylül 1960 tarihinde Prof. Dr. Salih Ragıp Üner Bakan olarak atanır. Bu arada Dr. Fişek üç alternatif plan hazırlayarak MBK'ne gönderir.

Üçüncü plan en ekonomik olanıdır ve basit bir örgütlenmeye dayanmaktadır. Her ilçeye en az bir hekim ve iki yardımcı personelden oluşan bir gezici sağlık ekibi oluşturması amaçlanmıştır. Büyük ilçelerde ekip sayısı birden fazla olacaktır. Bir ekibin ayın 20 gününü köylerde geçirmesi ve her ay 40 köyü ziyaret etmesi hedeflenmiştir. Bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile sosyal hastalıklar için verilecek ücretsiz ilaç harcaması dahil yıllık maliyet o günün parasıyla 115 bin lira olarak hesaplanmıştır (1961 yılında 1 Dolar 9 TL ve doların alım gücü karşılığı 0.36'dır). Beş yılda 600 ekibin oluşturulması planlanmıştır.

İkinci plan daha kapsamlı olup 1936 yılında yapımına başlanılan, 1960 yılında sayısı 283'e ulaşan sağlık merkezlerini temel almaktadır. Dr. Behçet Uz'un 1946-1947 yılları arasındaki bakanlık döneminde hazırlanan plana benzeyen bu modelin örgütlenme ilkeleri aşağıda verilmiştir.

- Her ilçede bir sağlık merkezi bulunacaktır,
- Büyük illerdeki sağlık merkezlerinin başhekimleri Halk Sağlığı Uzmanı, diğerlerinin başhekimleri halk sağlığı kursu görmüş hekimler olacaktır.
- Sağlık merkezlerinin görevi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini vermektir,
- Sağlık merkezlerinde 25 yatak bulunacaktır,
- Sağlık merkezlerinde biri iç hastalıkları diğeri cerrahi gurubundan olmak üzere 2 hekim ve yeterli sayıda sağlık personeli görev yapacaktır,
- İlçenin büyüklüğü ile orantılı olarak bir hekim ve iki sağlık personelinden oluşan1-3 gezici sağlık ekibi oluşturulacaktır. Her ekibin bir motorlu taşıtı olacaktır.
- Gezici ekipler ayın en az 20 günü sağlık evlerinde görev yapacaklar poliklinik hizmeti yanında halk sağlığı hizmetleri vereceklerdir.
- Poliklinik hizmeti fakir olanlar dışında küçük bir ücret karşılığı olacak, sosyal ve salgın hastalıklar için kullanılan ilaçlar dışında ilaç için de ücret alınacaktır.
- 2000-2500 nüfus oluşturan köylerden birinde Sağlık Evi yapılacaktır. Sağlık evinde bir köy ebesi görev yapacaktır.
- Köy ebeleri, gezici ekip hekiminin direktifleri doğrultusunda ana-çocuk sağlığı hizmetleri başta olmak üzere diğer halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesine yardım edeceklerdir.

Planın ilk önce az gelişmiş Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan 20 ilde uygulanması öngörülmüştür. Bu amaçla 178 sağlık merkezi (62 sağlık merkezi mevuttur) ve 2350 sağlık evine gerek duyulacaktır. Oluşturulması gereken gezici ekip sayısı ise 235'dir. İnşa edilecek sağlık evlerinin okul ve öğretmen lojmanını da kapsayacak şekilde yapılması halinde köy kalkınma merkezine de dönüşebileceği; hastane ve ilaç harcamalarını karşılamak üzere bir sigorta sisteminin de kurulabileceği planda yer almaktadır.

Birinci plan ise en kapsamlı ve maliyeti en yüksek olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesidir. Bu plan hazırlandıktan sonra bir kanun tasarısı haline getirilmiş ve 16-18 Eylül tarihleri arasında oluşturulan Geçici İstişari Komisyonda tartışılmıştır.

16 Eylül 1960 tarihli Resmi Gazetede bir "Milli Birlik Komitesi Direktifi" yayımlanmıştır. Bu direktifte, "Ana Fikir" başlığı altında *"Millî Birlik hareketinin gayesi, Türkiye'yi ve Türk Milletini bir bütün olarak ele almak, Atatürk inkılâplarına müstenit tarafsız ve faziletli bir idare kurmak, günümüzün kısa vadeli meselelerini halletmek, uzun vadeli meselelerin esaslarını tespit ederek imkân ve zaman nispetinde tatbikatına girişmek ve idareyi hazırlıkları ile beraber en geç 1961 yılı son baharında yeni iktidara devretmektir"* denilmektedir. Daha sonra sektörler bazında neler yapılacağı belirtilmektedir. Direktifin "Sosyal ve Sağlık İşleri" başlıklı 7. maddesinin (a) bendi sağlıkla ilgili olup, *"Tababet, sağlık ve sağlığın idamesi hak ve hürriyeti bakımından, sosyal ve ekonomik bünyemiz dikkate alınarak, bütün memleket sathının koruyucu hekimliğe olan ihtiyacına ve sosyal adalet prensiplerine uygun müdahaleye imkân verecek şekilde organize edilecektir"* biçimindedir.

1960 sonbaharında MBK üyesi Suphi Gürsoytrak Sağlık Bakanlığına gelerek Dr Fişek'e "hadi kanunu hazırlamaya başlayalım" der. Dr. Fişek, kendisinin üç plan gönderdiğini bunlardan hangisinin kabul gördüğünü sorduğunda "en iyisini" yanıtını alır. MBK, sağlık hizmetlerinin sosyalleş-

tirilmesini öngören birinci planı tercih etmiştir. Dr. Fişek bir kanun tasarısı taslağı hazırlar. Bu taslağın Hükümet tasarısı olarak MBK'ne gönderilmesi ve yasama yetkisini elinde bulunduran MBK tarafından imzalanarak yasa haline getirilmesi gerekmektedir. Zamanın Maliye Bakanı (Ekrem Alican) bu tasarıyı imzalamaz ancak buna kızan Gürsoytrak eksik imzalı tasarıyı hükümet başkanı olan Cemal Gürsel'e imzalatarak Kasım ayında MBK'ne gönderir. MBK tasarıyı 5 Ocak 1961 tarihinde görüşmeye başlar. Sözleşmeli hekim çalıştırma konusunda ihtilaf oluşsa da uzlaşmaya varılarak tasarı aynı gün kabul edilerek yasallaşır. Zaten o gün saat 24.00 da MBK'nin yasama yetkisi sona erecek, yetkiyi Temsilciler Meclisi üstlenecektir. MBK'nin çıkardığı 238 yasadan biri olan 224 sayılı yasa "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanundur". Yasa 10705 sayılı Resmi Gazetede 12 Ocak 1961 tarihinde yayımlanır.

224 sayılı yasanın mimarı olan Dr. Fişek 18 Mart 1986 tarihinde Dr. Zafer Öztek ile yapmış olduğu söyleşide yasayı hazırlarken İngiltere'deki sistemden esinlendiğini söylemektedir. Dr. Fişek, yasanın kırsal bölgeyi göz önüne alarak yazıldığını, modelin şehirlerde de uygulanacağını, ancak şehirlerin özelliklerinin üzerinde durmadığını, kademeli sağlık hizmetlerini yerleştirmek için ilk basamak sağlık hizmeti verecek sağlık ocaklarının kurulmasına karar verdiklerini, ancak hekim seçme özgürlüğünün kaldırılmadığını, kişilerin ücretini kendisi karşılamak koşuluyla bağlı olduğu sağlık ocağı dışında istediği hekimden hizmet alabileceğini belirtmektedir. İlaç konusunda Avusturya'nın sisteminden etkilendiğini ve hayat kurtarıcı ilaçların ücretsiz, diğerlerinin ücretli olmasına karar verildiğini söyleyen Fişek, sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti olarak verileceğini ve DSÖ'nün önerdiği hekim tarafından verilen hizmetlerden bazılarının hekim dışı personel tarafından verilmesinin benimsendiğini dile getirmektedir. Dr. Fişek, Batıda tarihsel süreç içinde ayrı ayrı örgütlenen tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birleştirilmesinin ve sağlık hizmetinin ekip hizmeti olarak sunulmasının çağdaş ve bilimsel bir yaklaşım olduğunu, bu nedenle 224 sayılı yasada yer aldığını vurgulamaktadır.

Yasanın ilk taslağında sağlık ocağı yerine "sağlık ünitesi", sağlık evi yerine "sağlık istasyonu" terimlerini kullanan Dr. Fişek, bu terimleri Türk Dil kurumu üyesi olan babası emekli general Hayrullah Fişek'in önerisi üzerine değiştirmiştir. Yasanın adı da ilk taslakta "sosyalizasyon" olup, Dr. Sabahattin Payzın'ın önerisiyle "sosyalleştirme" olarak değiştirilmiştir. 1963 yılında modeli incelemek üzere İngiltere'den gelen iki uzmandan biri olan Goodman, sosyalleştirme teriminin İngilizce karşılığının (Socialized Medicine) sosyalist ülkelerdeki gibi hastanın hekim seçme hakkının, hekimin hasta seçme hakkının hiç olmadığı bir sistem için kullanıldığını söylemiştir. Muş'ta uygulanan sistemde ise hekim seçme özgürlüğünün olması nedeniyle İngilizce National Health Services teriminin (Sağlık Hizmetlerinin Millileştirmesi) kullanılması gerektiğini belirtmiştir.

224 sayılı yasanın bazı maddeleri yıllar içinde değiştirilmiştir. Modelin daha iyi anlaşılması için yasanın ilk yayımlandığı hali, sözcüklerin o yıllardaki yazılış şekilleri değiştirilmeden sadece maddi hatalar düzeltilerek Ek 1'de verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütünün "2000 yılına kadar Herkes için sağlık" sloganıyla bilinen 1978 yılında kabul edilen Temel Sağlık Hizmetleri (ya da Alma-Ata) Bildirisi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve örgütlenmesi konusunda ilkeler belirlemiştir. Bu ilkeler, söz konusu bildirinin yayımlanmasından 17 yıl önce ülkemizde sosyalleştirme ile hayata geçirilmiştir. Bildiride yer alan ve 224 sayılı yasa ile örtüşen bu ilkeler şunlardır:

1. Sağlık hakkı
2. Kapsayıcı ve sürekli hizmet
3. Entegre hizmet
4. Kademeli hizmet 5. Katılımlı hizmet
6. Nüfusa göre hizmet
7. Ekip hizmeti
8. Hekim dışı personele önem verme
9. Öncelikli hizmetler
10. İnsanın çevresi ile bütünlüğü

Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin pek çok yayın bulunmaktadır. Dr. Fişek'in 1983 yılında yayımlanan "Halk Sağlığına Giriş" kitabında "1960 ve Sonrası " başlığı altında yer alan sosyalleştirme bölümü 224 sayılı yasanın anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşüncesi ile aynen alınmıştır:

"Ülkemizin idaresi Milli Birlik Komitesinin elinde bulunduğu dönemde kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" sağlık hizmetlerinde bir devrim kanunudur. Bu kanun Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir Devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir.

1982 yılında 53 ilde uygulanan bu kanuna göre düzenlenen örgütlenmenin şeması (Şekil 4 ve 5'de) görülmektedir. Bu örgütlenmenin özellikleri şunlardır:

*Sağlık örgütlerinde temel ünite ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları bölgesinin nüfusu 5.000-10.000 kişi olacaktır. Bir ocakta bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter hizmet görecektir. Ocak hekimi, hastaları tedavi ve adli hekimlik hizmetlerini yürütmek, yardımcıları ile beraber, kendi bölgesinde yaşayan halkın evde ve ayakta

tedavisini takip, onları hastalıklardan korumak ve sosyo-ekonomik düzeylerini yükseltmek için isteklendirmek ile görevlidir.

**Ebeler hizmet ettikleri köyler ile ulaşımı yakın olan köylerde kurulan sağlık evlerinde oturacak, köyleri ve evleri gezerek hizmet yapacaklardır.*

**Sağlık ocaklarının hasta tedavi hizmetleri Devlet hastaneleri tarafından desteklenir ve tamamlanır. Tedavi hekimliği yönünden ocak, hastanelerin polikliniği ve evde-ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak da düşünülecektir.*

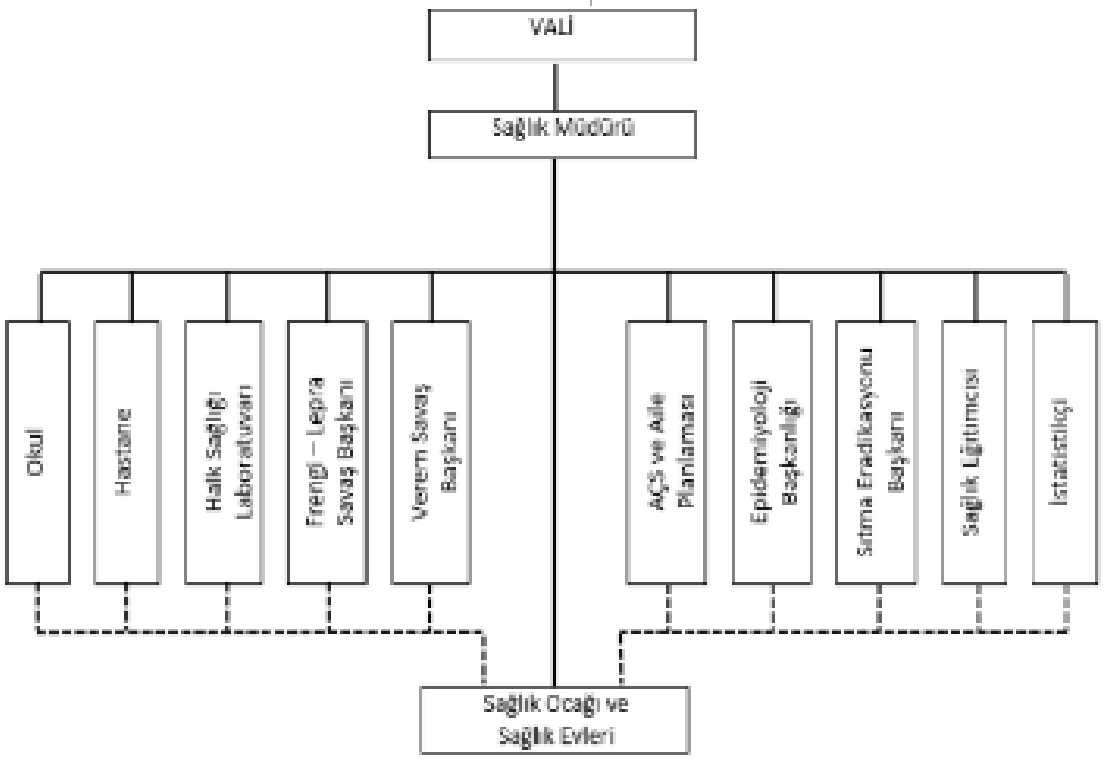
**Sağlık ocaklarının koruyucu hizmetleri sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve tamamlanacaktır.*

**Sağlık örgütleri il içinde bir bütündür. Sağlık müdürü sağlık örgütünün amiridir."*

Dr. Fişek, yukarıda tanımladığı sosyalleştirme modelini 1963 yılında Batı, Orta Anadolu ve Doğu Anadolu olmak üzere üç farklı coğrafi bölgede pilot uygulama olarak başlatmak ister. Pilot uygulama için düşündüğü iller, Edirne, Çankırı ve Muş'tur. Bu amacı gerçekleştirmek için 1962 yılı bütçesine o günün parası ile her il için 10.000.000 TL olmak üzere toplam 30.000.000 TL ödenek konulması gerekmektedir. Ancak 15 Ekim 1961 yılında yapılan seçimler sonrası iktidar olan Adalet Partisi'nin Sağlık Bakanı Dr. Suat Seren sosyalleştirmeye karşı olduğu için bütçeye ödenek konulmasını istemez. Dr. Fişek özel çabası ile ancak 10.000.000TL ödenek temin edebilir. Bu nedenle pilot uygulama üç il yerine bir ilde başlayabilecektir. Tercih edilen il Muş olur. 1 Ağustos 1963 yılında 19 sağlık ocağı ile Muşta sosyalleştirme uygulaması başlar.

Muş Merkez Sağlık Ocağı 1963

Muş deneyimi göz önüne alınarak yasanın 13. maddesi gereği sosyalleştirilmenin uygulamasına yönelik bir yönetmelik hazırlanır. Bu yönetmelik, 9 Eylül 1964 tarih ve 11802 sayılı Resmi Gazetede "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik" adıyla yayımlanır. Bu yönetmeliğin 4. maddesi, illerin sağlık kuruluşlarının görev ve çalışma usullerine ilişkin ana ilkelerin Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak bir iç hizmet yönergesi ile düzenlenmesini, bu yönergenin her il için farklı olabileceğini belirtmektedir. Bu madde uyarınca yönetmelik ile aynı adı taşıyan "Sağ-



Sağlık Müdürüne bağlı olarak gösterilen ikinci basamak birimlerin hepsi her ilde yoktur.

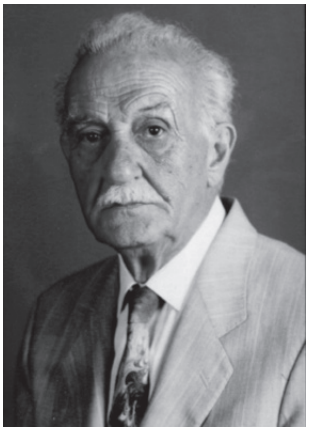
Şekil 4 – Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Şeması

lık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" çıkartılmıştır (Bakanlık tarafından 154 yayın numarası verildiğinden 154 Sayılı Yönerge olarak anılır). Bu yönerge sosyalleştirmenin en ayrıntılı hukuksal düzenlemesi ve sosyalleştirmenin simgesi olmuştur.

1964 yılında Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van, 1965'de Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa, 1967'de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli, 1968'de Artvin, Giresun, Gümüşhane, Rize, Trabzon, 1969'da Kahramanmaraş, Edirne ve 1970'de Nevşehir ili sosyalizasyon kapsamına alınmıştır (Şekil 1). 1980 yılına kadar nüfusun yarısından fazlasını kapsayan toplam 45 il sosyalleştirilmiştir.

Şekil 1. 1970 yılında sosyalleştirilen iller

6 Eylül 1962 tarihinde yayımlanan tıpta uzmanlık tüzüğünde 4 yıllık Koruyucu Tababet ve Hijyen ile 20 aylık Halk Sağlığı uzmanlıkları yer almaktaydı. 1967 yılında kurulacak olan Hacettepe Üniversitesinin öncüsü olan ve 1963 yılında Dr. İhsan Doğramacı tarafından kurulan Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi içinde Temel Bilimler Enstitüsü, Klinik Bilimler Enstitüsü ve Toplum Hekimliği Enstitüsü yer almıştır. 1960 yılında ABD'de ortaya çıkan toplum hekimliği kavramı ve bilimi pek çok ülkeye yayılmıştır. Hacettepe Tıp Fakültesinin örnek aldığı ABD Case Western Reserve Üniversitesi bünyesinde de toplum hekimliği birimi bulunmaktaydı. Dr. Doğramacı o yıllarda toplumsal sağlık sorunlarına oldukça ilgiliydi. Nitekim Bismil'de Köy Sağlığı Enstitüsünü de kurmuş ve Dr. Sevinç Oral'ı orada görevlendirmiştir. Ayrıca Dr Münevver Bertan'ı da toplum hekimliğinin kurucusu olan Dr. Kurt W. Deuschle'nin yanına eğitim için göndermiştir. Dr. Deuschle, 1962-1963 yılları arasında Türkiye'de yaşamış ve Dr. Fişek "fikir düzeyinde ondan çok istifade ettiğini" söylemiştir

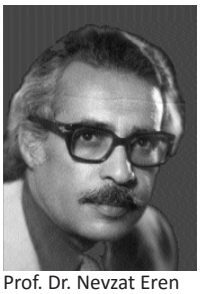


Prof. Dr. Doğan Benli

Tıp Fakülteleri, Halk sağlığı uzmanlık eğitimi gören asistanlarının ve tıp öğrencilerinin eğitimi için sosyalleştirme modelini temel alan sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri (SEAB) oluşturmak amacıyla SSYB ile protokol imzalamaya başlarlar. İlk SEAB,1964 yılında Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı olarak Etimesğut'ta kurulur. Bu bölgenin Grup Başkanlığını 25 yıl boyunca yürütecek olan, Muş'ta ve Van'da sosyalizasyon uygulamasının lideri ve SSYB Sosyalleştirme Dairesi eski Başkanı Dr. Doğan Benli'dir.

Prof. Dr. Sevinç Oral

1967'de Atatürk Üniversitesi, 1968'de Ege Üniversitesi Selçuk-Torbalı, 1969'da Dicle Üniversitesi, 1971'de Ankara Üniversitesi Abidinpaşa, 1974'de Hacettepe Üniversitesi Çubuk, İstanbul Üniversitesi Silivri, 1979'da İstanbul Üniversitesi Halkalı-Avcılar, Uludağ Üniversitesi Gemlik, Ege Üniversitesi Bornova, 1980'de Hıfzıssıhha Okulu Gölbaşı, Çukurova Üniversitesi Doğankent, Cumhuriyet Üniversitesi Ulaş, 1982'de Dokuz Eylül Üniversitesi Narlıdere, 1984'de Gazi Üniversitesi Gölbaşı, 1985'de Osman Gazi Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi, 1994'de Marmara Üniversitesi Ümraniye SEAB kurulmuştur.



Prof. Dr. Nevzat Eren

Hacettepe Üniversitesine bağlı olarak kurulan ve Hacettepe'nin ikinci bölgesi olan Çubuk SEAB, eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti açısından Etimesgut gibi önemli bir rol oynamıştır. Bu bölgenin ilk grup başkanı Prof. Dr. Nevzat Eren'dir.

Prof. Dr. Münevver Bertan

Dr. Fişek'in Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığından ayrılmasından sonra sosyalleştirme uygulaması başarı ile sürdürülememiştir. Bunun nedenlerini Dr. Fişek kitabında şöyle açıklamaktadır:

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulanmağa başlamıştır. Uygulama her yıl birkaç ile yayılarak 1979 yılında kanunun uygulandığı il sayısı 45'e yükselmiştir.

1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirilme 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlığın 6 temel nedeni şunlardır:

*Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulaması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.

*Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.

*Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektiği şekilde yetiştirilmemiştir.

*Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulamamıştır.

*İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır. Yerel örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutansız bir orduya benzemektedir.

*Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

Uygulamalar başarısız olmasına rağmen sistem 22 yıl eleştirilere dayanmış ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri yerine konacak başka bir örgüt modeli bulunamamıştır. Bu sürede Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun ve yönetmeliklerin bazı maddeleri uygulanmamış, bazıları da değiştirilmiştir (XXI. Bölüme bakınız).

1982 yılından sonra sağlık hizmetlerinde bir silkinme görülmektedir. 1982 yılında kabul edilen Devlete Hizmet Yükümlülüğü Hakkındaki Kanun, hekim açığını büyük ölçüde kapamıştır. Ancak beklenen sonucun alınabilmesi için hekimlerin ve diğer personelin hizmete uyum sağlayacak biçimde eğitilmeleri, işbaşında denetilmeleri ve desteklenmeleri şarttır".

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 15 yılda tüm ülkeye yayılması amaçlanmıştır. Daha sonra bu süre 20 yıla çıkarılır. 1981 yılına gelindiğinde bu 20 yıllık süre dolmuştur. 1982 yılında Devlet Planlama Teşkilatında yapılan bir toplantı sırasında bunu öğrenen zamanın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Doç. Dr. Zafer Öztek, Bakan ve Müsteşar ile görüşerek 224 sayılı yasanın 20. maddesi için bir cümlelik yasa değişikliği hazırlar ve Milli Güvenlik Konseyine götürür. Konsey tarafından kabul edilen değişiklik ile sosyalleştirme süreci 1992 yılına kadar uzatılır. Ancak sosyalleştirmenin tüm ülkeye yaygınlaştırması konusunda bu kez başka bir engel çıkmıştır. 224 sayılı yasanın 17. maddesi *"Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürü¬tülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme plânı tatbik edilemez"* hükmündedir (bu madde Dr. Nusret Karasu'nun önerisi üzerine yasaya eklenmiştir). Dr. Öztek altı aylık bir uğraşı sonucu Bakanı ikna eder. Söz konusu madde yeniden yorumlanarak yasanın asıl istediğinin hizmet binalarının sağlanması olduğu, bunun yeniden bina yapımı ya da mevcut binaların değerlendirilmesi biçiminde de olabileceği sonucuna varılır. Bina sağlandıktan sonra araç-gereç ve personel temini daha kolay olacaktır. 1982 yılının son günlerinde Bakanlıktaki bir encümen toplantısında Dr. Öztek, eğer bütün ülkeye sosyalleştirme yaygınlaştırılmaz ise yıllardır süren hükümet tabipliği ve sosyalleştirme gibi iki modelin uygulamasının kalıcı hale geleceğini, bu nedenle hızlı davranmak gerektiğini belirterek Bakana döner ve *"artık gemileri yakma zamanının geldi"* der. O gün buna tepki vermeyen Bakan Prof. Dr. Kaya Kılıçturgay iki gün sonra Dr. Öztek'i telefonla arar ve "Zafer bey, gemileri yakıyoruz" der ve telefonu kapatır. Böylece, yoğun planlama ve çabalar sonucunda 1 Ocak 1984 tarihinde sosyalleştirme bütün ülkeye yaygınlaştırılmış ve "hükümet tabipliği" sistemi resmen sona ermiştir.

Prof. Dr. Zafer Öztek

Nüfus planlaması

Cumhuriyetin ilk yıllarında devletin nüfus konusundaki politikası nüfusun arttırılması yönünde (pronatalist) olmuştur. Nitekim, Atatürk 1920 yılında yaptığı bir konuşmada, *"Milletimizin sıhhatinin muhafaza ve takviyesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun arttırılması bu suretle efradı milletin dinç, çalışkan ve kabiliyetli bir halde yetiştirilmesi lazımdır"* demiştir. Atatürk daha sonraları da bu görüşlerini tekrarlamıştır. Nüfusun arttırılması Türkiye Cumhuriyetinin 1965 yılına kadar sürecek olan nüfus politikasını oluşturmuştur. Pronatalist politikanın benimsenme nedeni, Trablusgarp (1911-1912), Balkan (1912-1913), Birinci Dünya (1914-1918) ve Kurtuluş (1919-1922) savaşlarında kaybedilen nüfusun kazanılması ve o dönemde ekonominin temelini oluşturan ancak sadece insan gücüne dayanan tarım sektörüne gerekli iş gücünün sağlanmasıdır. Bu amaçla doğum kontrol yöntemleri ile kürtaj yasakları yanında doğurganlığı teşvik edici uygulamalar da devreye sokulmuştur. Bunlar, doğum evlerinin kurulması, altı ve daha fazla çocuklu annelerin para ya da madalya ile ödüllendirilmesi (1930), 5 ve daha fazla çocuklu ailelere vergi muafiyeti (yol vergisi) getirilmesi (1931), göçleri teşvik amacıyla gümrük muafiyetleri uygulanması (1934), yurtdışından gelen göçmenlere düşük faizli krediler verilmesi (1936), çok çocuklu ailelere hazineden toprak verilmesi (1936), evlenme yaşının erkeklerde 17, kızlarda 15 yaşa düşürülmesi (1938) olarak sayılabilir. Teşvikler hızla etkisini göstermiş ve Türkiye Cumhuriyetinin kurulduğu yıllarda 5.6 olan toplam doğurganlık hızı, 1927 yılında 6.6, 1930-1935 yılları arasında 7.1 çocuğa kadar çıkmıştır. 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında Türkiye nüfusu 13 648 270 bulunmuştur. Nüfus artış hızı ise 1945 yılında binde 17'ye, 1950 yılında binde 22'ye çıkmıştır.

Hızlı nüfus artışını gerçekleştirmek amacıyla uygulanan doğum kontrol ve kürtaj yasaklarının ana sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri giderek artmıştır. Her beş gebelikten birinin isteyerek düşükle sonuçlanması anne ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktaydı. 1955 yılından sonra bilim insanları bu konuya yoğunlaşmıştır. SSYB, 1958 yılında bilimsel bir kurula (Zekai Tahir Burak'ın başkanlığında Muzaffer Esat Güçhan, Naşit Erez, İzzet Birand, Ahmet Esendal, Necati Bicioğlu ve Kamil Öner) bu soru-

na ilişkin rapor hazırlatmıştır. Bu kurul, doğum kontrol yasaklarının kaldırılmasını, kadınlara eğitim verilmesini ancak tıbbi zorunluluk dışında kürtaja izin verilmemesini önermiştir. Bunun üzerine SSYB, Adalet Bakanlığından doğum kontrolüne ilişkin yasakların kaldırılması amacıyla yasal düzenleme yapılması talebinde bulunmuş ancak sonuç alamamıştır.

1960 yılında SSYB müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek, 1958 yılında Hıfzıssıhha Okulu Müdürü iken Fakir Baykurt'un Cumhuriyet Gazetesinde yayımlanan "Aşırı Doğurganlık" başlıklı yazısından çok etkilendiğini söylemiştir. Baykurt bu yazısında, aşırı doğurganlığın halk ve köylü üzerindeki olumsuz etkilerini ve düşüklerin yol açtığı kadın ölümlerini anlatmaktadır. Dr. Fişek 1959 yılında Hıfzıssıhha Okuluna kurs için gelen hükümet tabiplerine yaz aylarında görev yerlerine döndüklerinde 137 köyü kapsayan bir anket çalışması yaptırır. Bu çalışmada bebek ölüm hızı binde 165, anne ölüm hızı ise yüz binde 208 bulunmuştur.

Dr. Fişek müsteşar olduktan sonra bu konuyu gündemine alır. Pronatalist politikalardan vazgeçilmesi konusunda DPT nezdinde yaptığı girişimlerden sonuç alamaz ama 1962 yılında hazırlanan 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı taslağında bu strateji değişikliğinin yer almasını başarır. Planın Senato ve Büyük Millet Meclisinde görüşülmesi öncesi ve görüşmeler sırasında Dr. Fişek'in gösterdiği büyük çabalar sonuç verir ve plan kabul edilir. Plan doğrultusunda yapılması gereken yasal düzenlemeleri içeren Nüfus Planlaması Kanun tasarısını da Dr. Fişek hazırlar. Bu tasarını yasallaşması hiç de kolay olmaz, hazırlanışından 3 yıl sonra yine Fişek'in üstün gayret ve girişimleri ile 1 Nisan 1965 tarihinde yasallaşır. Dr. Fişek'in gayretlerinin ve yasanın çıkartılmasındaki katkısının en somut kanıtı muhalif bir milletvekilinin TBMM kürsüsündeki şu ifadesidir: "Bu kanun bir müsteşarın inadı yüzünden çıkmıştır." 11 maddeden oluşan 557 sayılı bu yasa 10 Nisan 1965 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girer. Yasanın amacı birinci ve ikinci maddelerinde belirtilmiştir:

Prof. Dr. Ayşe Akın

Madde 1 - Nüfus plânlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Bu husus, gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Tıbbi zaruretler dışında gebelik sona erdirilemez veya sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz.

Madde 2 - Nüfus plânlaması zaruretinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelik esaslarına göre askerî, resmî ve gönüllü teşekküller ile işbirliği yaparak yürütülür. Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı özel teşkilât kurmaya ve gebeliği önleyici ilâç ve araçları muhtaç olanlara parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdirmeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir".

557 sayılı yasa çıkmadan 2 yıl önce zamanın SSYB Bakanı Dr. Kemal Demir döneminde Bakan onayı ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu Genel Müdürlük, 1952 de kurulan Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile 1982 yılında birleştirilerek Ana Çocuk Sağlığı ve Aile planlaması Genel Müdürlüğü adıyla Bakanlık ana hizmet birimleri içinde yer alacaktır.

1963 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Konseyi işbirliği ile Dr. Nusret Fişek tarafından "Aile Planlamasında Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması" yapılmıştır. Araştırma, toplumun aile planlamasına yaklaşımının olumlu olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmadan sonra beşer yıllık aralıklarla Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması" yapılmıştır. Yapılan araştırmalardan elde edilen göstergeler 557 sayılı yasanın yetersiz kaldığını ortaya koymuştur. Bu nedenle yeni bir yasa hazırlanması çalışmaları başlatılmıştır. 557 sayılı yasanın yerine 27 Mayıs 1983 tarihli Resmi gazetede yayımlanan 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir. Bu yasa, on haftaya kadar isteyerek düşüklere ve hem kadın hem de erkek için cerrahi sterilizasyona izin vermektedir. Yasa, eğitim görmek koşulu ile ebe ve hemşirelerin rahim içi araç (RİA) uygulamasına, pratisyen hekimlerin de gebeliği sonlandırmasına olanak tanımıştır. Hekim dışı sağlık personelinin RİA takma konusunda yetkilendirilmesinin uygulanabilir olup olmadığı konusunda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayşe Akın'ın önderliğinde önce Çubuk SEA Bölgesinde, daha sonra ülkeyi temsil eden yörelerde araştırmalar yapılmış ve ebe ve hemşirelerin eğitim gördükleri takdirde RİA uygulamasını en az hekimler kadar başarıyla uyguladıkları kanıtlanmıştır. Dr. Akın, gerek yasanın hazırlanma sürecinde gerekse daha sonraki yıllarda Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü olarak yasanın uygulanmasına önemli katkı sağlamıştır.

Sağlık İnsangücü

Hekimler

Sultan II. Mahmut'un yenilikçi hareketleri sonucu, hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi'nin de katkılarıyla Tıphane-i Amire ve Cerrahhane-i Amire 14 Mart 1827 Çarşamba günü Şehzadebaşı'ndaki Tulumbacıbaşı Konağı'nda kurulmuştur. Ülkemizde tıp eğitiminin batılı anlamda başlangıcı olarak kabul edilen 14 Mart tarihi, 1919 yılından beri Tıp Bayramı olarak kutlanmaktadır. Atatürk'ün talimatı üzerine 1933 yılında üniversite reformu gerçekleştirilmiştir. Reform kapsamında 2 Ağustos 1933 tarihinde İstanbul Darülfünun'u İstanbul Üniversitesi'ne dönüştürülmüştür. Bu Üniversiteye bağlı olarak ülkemizin ilk tıp fakültesi kurulmuştur. İkinci tıp fakültesi 1945 yılında Ankara Üniversitesi bünyesinde, üçüncü ise 1955 yılında

Ege Üniversitesi'ne bağlı olarak kurulmuştur. 1963 yılında Ankara Üniversitesine bağlı Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi adıyla ikinci bir tıp fakültesi açılmış, bu fakülte1967 yılında yeni kurulan Hacettepe Üniversitesine bağlanmıştır.
1965-1980 yılları arasında 15 yeni tıp fakültesi kurulmuştur. Kurulan tıp fakülteleri sırasıyla:

Atatürk Üniversitesi	1966
Hacettepe Üniversitesi	1967
İ.Ü.(Cerrahpaşa)	1967
Erciyes Üniversitesi	1968
Dicle Üniversitesi	1969
Osmangazi Üniversitesi	1970
Çukurova Üniversitesi	1972
Karadeniz T. Üniversitesi	1973
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	1973
Akdeniz Üniversitesi	1973
Cumhuriyet Üniversitesi	1974
Dokuz Eylül Üniversitesi	1978
Gazi Üniversitesi	1979
GATA Tıp Fakültesi	1980

olmuştur.
1980 yılında 19 olan fakülte sayısı,1990'da 25, 2000'de 47 olmuştur. Günümüzde (2017 yılı itibariyle) 84 tıp fakültesi eğitim vermektedir. Fakülte sayısının artışına paralel olarak 1960 yılında 9 826 olan hekim sayısı 1980'de 27 241'e ulaşmıştır. Ülkemizde hekimler "Tıp Doktoru" derecesi ile mezun olmaktadır.

Diş Hekimleri

İstanbul Darülfünunu bünyesinde Diş Tababeti Mektebi adıyla eğitim veren okul, 1933 Üniversite Reformu sonucunda İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı 4 yıllık bir yüksekokula dönüştürülmüştür. 1963 yılında Hacettepe Üniversitesi ve Ankara Üniversitesine bağlı iki yüksekokul daha kurulmuştur. Aynı yıl İstanbul Özel Diş Hekimliği Yüksekokulu açılmıştır. Bu Yüksekokul 1982 yılında Marmara Üniversitesine Fakülteye dönüştürülerek bağlanmıştır. İlk Diş hekimliği Fakültesi, 11 Temmuz 1964'de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olan Diş hekimliği Yüksek Okulunun Tıp Fakültesinden ayrılarak İstanbul Üniversitesine bağlı Diş Hekimliği Fakültesi'ne dönüştürülmesi ile kurulmuş ve eğitim süresi de 5 yıla çıkarılmıştır. İkinci Diş hekimliği fakültesi 1968 yılında Ege Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur. 1968 yılında Ankara'da Başkent Diş Hekimliği Yüksek Okulu ve Ankara Diş Hekimliği Yüksek Okulu olmak üzere kurulan iki özel yüksekokuldan Başkent Diş Hekimliği Yüksek Okulu 1978 yılında Fakülteye dönüştürülmüş, 1982 yılında da Gazi Üniversitesine bağlanmıştır. 1971 tarihinde Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve 1976 yılında Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi kurulmuştur. 1970 yılında 7 olan diş hekimliği fakülte ya da yüksekokul sayısı 1980 yılında 8'e yükselmiş 1960 yılında 1 395 olan diş hekimi sayısı ise 1980 yılında 7 177 olmuştur. Diş Hekimliği fakülteleri sayısı 1990'da 9, 2000'de 16, günümüzde (2017) 74 olmuştur. Bunlardan 29'u eğitim vermektedir. Türkiye'de diş hekimleri "Yüksek Lisans" derecesi taşımaktadır.

Eczacılar

Ülkemizde eczacılık eğitimi 27 Aralık 1838'de kurulan Mektebi Tıbbiye-i Adliye-i Şahane (Askeri Tıp) içinde açılan "Eczacılık Sınıfı" ile başlamıştır.1908 yılında kurulan İstanbul Darülfünunu içinde yer alan Eczacı Mektebi Alisi ile Dişçi Mektebi Alisi birleştirilerek Darülfünun-i Osmani Eczacı ve Dişçi Mektebi Alisi kurulmuştur. 1933 Üniversite Reformu sırasında Eczacı Mektebinin öğretim programının tıptan çok fen bilimlerine yakın olması gerekçesiyle, Mektep, Tıp Fakültesinden ayrılarak Fen Fakültesine bağlanmıştır. 1938 yılında öğretim süresi 3 yıldan 4 yıla çıkartılmıştır. 1944 yılında ise Mektep yeniden Tıp Fakültesine bağlanmış ve adı "Eczacı Okulu" olmuştur. İlk eczacılık fakültesi 1960 yılında Ankara Üniversitesi içinde kurulmuştur. 1960 yılındaki eczacı sayısı 1406'dır. 15 Ocak 1962 tarihinde İstanbul Üniversitesi bünyesindeki Eczacılık Yüksekokulu, Eczacılık Fakültesine dönüştürülmüştür. 1970 yılına kadar başka fakülte açılmamış ama 8 tane yüksekokul kurulmuştur. Bunlar:

İstanbul Eczacılık Özel Yüksek Okulu 1964
Karataş Eczacılık Özel Yüksekokulu(İzmir) 1967
Anadolu Eczacılık Özel Yüksekokulu (Ankara) 1968
Ankara Eczacılık Yüksek Okulu 1968
Efes Eczacılık Yüksek Okulu (İzmir) 1968
Yakındoğu Eczacılık Yüksek Okulu (İzmir) 1968
Hastaş Eczacılık Yüksek Okulu (Eskişehir) 1968
Galatasaray Eczacılık Yüksek Okulu (İstanbul) 1969

Anayasa Mahkemesinin özel yüksekokullara ilişkin kararı sonucu bu yüksekokulların bazıları kapatılmış bazıları da devlet üniversitelerine bağlı fakültelere dönüştürülmüştür. 1980 yılına kadar Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi (1971) ve Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi (1974) olmak üzere iki fakülte açılmış, eczacı sayısı da 11 379'a çıkmıştır. 1980 yılında 7'ye ulaşan fakülte sayısı 2000 yılında 9 olmuştur. Günümüzde 34 Eczacılık Fakültesi bulunmaktadır. 2004 yılına kadar 4 yıllık "Lisans" derecesi veren Eczacılık Fakülteleri 2005 yılında 5 yıla çıkarılmış ve "Yüksek Lisans" derecesi vermeye başlamıştır.

Hemşireler

Ülkemizde hemşirelik eğitimi, Dr. Besim Ömer Paşanın Japonya'nın kadın hastabakıcı yetiştirmek için uyguladığı modeli örnek alarak 1911 yılında İstanbul'da 6 aylık kurslarla kadın hastabakıcılar yetiştirmesi ile başlar. 1920 yılında Amerikalıların İstanbul'da açtıkları Amerikan Hastanesi için hemşire yetiştirmek amacıyla Hastabakıcı Dershanesi kurmuşlardır (daha sonra dershanenin adı Amiral Bristol Sağlık Lisesi olmuştur). Cumhuriyet döneminde açılan ilk eğitim kurumu Kızılay'ın 1925 yılında açmış olduğu iki yıllık Kızılay Hastabakıcı Okulu'dur. SSYB, 1946 yılında ilkini Ankara'da açtığı sağlık meslek liselerinin sayısı 1960 yılında 8'e, 1968'de 29'a ulaşmıştır. SSYB,

1954 yılından itibaren kurslarla, 1967 yılından sonra 3 yıllık okullarla ilkokul mezunlarından" yardımcı hemşire" yetiştirmiştir. 1960 yılından sonra SSYB tarafından hemşire yetiştiren 9 sağlık koleji açılmıştır. Sağlık kolejleri 1976 yılından sonra 4 yıllık sağlık meslek liselerine (SML) dönüştürülerek hemşire, ebe ve sağlık memuru yetiştirilmiştir. Bakanlığın açtığı SML sayıları 1980 yılında 99 ve 1980 sonlarına doğru 250 olmuştur. Hemşirelikte lisans düzeyinde eğitim, üniversite bünyelerinde açılan hemşirelik yüksekokulları ile başlamış ve bu okul mezunlarına "yüksek hemşire" unvanı verilmiştir. Bu yüksekokullar:

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1955)
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1961)
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (1961)
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1982)
Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1982)
GATA Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1985)
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1993)
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1994)

1990 yılından sonra sağlık meslek liselerinde hemşirelik eğitimine son verilerek üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları (SHMYO) içinde yer alan hemşirelik programları ön lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi vermeye başlamışlardır. 1996 sonrası SHMYO hemşirelik programları kapatılarak yeni kurulan sağlık yüksekokulları hemşirelik bölümlerinde hemşire yetiştirmeye başlanmış ve hemşirelik eğitimi sadece lisans düzeyinde verilir hale gelmiştir. Lisans mezunlarına "yüksek hemşire" yerine "hemşire" unvanı verilmeye başlanmıştır. Lise düzeyinde "hemşire yardımcısı" da yetiştirilmektedir. Günümüzde hemşirelik yüksekokulları fakültelere dönüştürülmektedir.
Hemşirelikte lisansüstü eğitim, Hacettepe Üniversitesinde başlamış, 1968 yılında yüksek lisans, 1972 yılında doktora programı açılmıştır.

Ebeler

Ebelik uzun yıllar anadan kıza geçen ve usta-çırak yöntemi ile kazanılan bir meslek olmuştur. Ülkemizde ilk ebelik eğitimi Mektebi Tıbbiye-i Adliye-i Şahane (Askeri Tıp) içinde 1840 yılında açılan "Ebelik Sınıfı" ile başlamıştır. 1842 yılında 2 yıllık kurslarla ebe yetiştirilmeye başlanmıştır. 1891 yılında uzmanlık eğitimi için gittiği Paris'ten dönen Dr. Besim Ömer (Akalın), bir doğum kliniği açmak için defalarca talepte bulunduysa da II. Abdülhamit tarafından reddedildi. 1892'de saraydan gizlice Demirkapı yöresinde bir doğum kliniği açtı. Mekteb-i Tıbbiye yakınındaki üç odalı bu küçük bina ülkenin ilk doğum kliniğidir. 1895 yılında Ebe Okulu'nda öğretmen olan ve ebelik konusunda kitaplar yazan Dr. Besim Ömer, çağdaş ebeliğin kurucusu sayılır ve "ebelerin ebesi" olarak anılır. 1920 yılında Sağlık Bakanlığı ilkokul mezunu kızlar için 2 yıllık yatılı okul açtı, 1928 yılında Haydarpaşa Tıp Fakültesi ortaokul mezunları kızlara eğitim vermeye başladı. Cumhuriyet döneminde 1937'de doğumevleri bünyesinde köy ebe okulları açıldı. 1961 den sonra ebe okulları doğumevlerinden ayrılarak 3 yıllık sağlık okullarına dönüştürüldü. 1978 yılında köy ebe okulları kapatılarak ebelik eğitimi 4 yıllık sağlık meslek liseleri içindeki ebelik bölümlerinde verilmeye başlandı. 1990 yılından sonra hemşirelikte olduğu gibi sağlık meslek liselerinde ebelik eğitimine son verilerek üniversitelerin SHMYO içinde yer alan ebelik programları ön lisans düzeyinde ebelik eğitimi vermeye başlamışlardır. 1996 sonrası SHMYO ebelik programları kapatılarak yeni kurulan sağlık yüksekokulları ebelik bölümlerinde ebe yetiştirmeye başlanmasıyla ebelik eğitimi sadece lisans düzeyinde verilir olmuştur. Lise düzeyinde "ebe yardımcısı" da yetiştirilmektedir

1975 yılında SML ebelik ve hemşirelik eğitimleri birleştirilerek "ebe-hemşire" yetiştirilmeye başlanmış ancak istenilen sonuçlar alınamadığı için bu uygulamadan vazgeçilmiştir.

Sağlık Memurları

Sağlık memurluğu eğitimi Mektebi Tıbbiye-i Adliye-i Şahane (Askeri Tıp) içinde 1845 yılında 3 yıllık kurs olarak başlamıştır. Sağlık memurları, çiçek aşısı yapma, yara bakımı gibi görevleri yanında kan alma, sülük yapıştırma, hacamat çekme, yakı yakma gibi uygulamalar da yapmaktaydılar. 1899 yılında çiçek aşısı uygulamak üzere Tıp Mektebi içinde "aşı memuru" da yetiştirilmeye başlandı. 1910 yılında Dr. Besim Ömer Paşa, çiçek aşısı uygulamak ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele için İstanbul'da bir okul açtı. 1924 yılında Bakan Dr. Refik Saydam İstanbul ve Sivas'ta 2 yıllık iki okul kurdu. Bu okulların adı "Küçük Sıhhat Memurları Mektebi" olup mezunlarına "Küçük Sıhhat Memuru" unvanı verilmekteydi. Ayrıca 1943 yılında köy enstitüleri içinde oluşturulan "Sağlık Memuru Kolu" 1950 yılına kadar köy sağlık memuru yetiştirmiştir. Sağlık memuru ve hemşire yetiştiren okulların adı 1960'dan sonra sağlık koleji olmuş, daha sonra çevre sağlığı, laboratuvar ve röntgen teknisyeni yetiştiren okullar kurulmuş, bu okullardan mezun olanlara da sağlık memuru unvanı verilmiştir. 1996 yılından sonra açılan sağlık yüksekokullarının bazılarında sağlık memurluğu programları oluşturularak lisans diploması ile sağlık memurları mezun olmuştur. 2007 yılında sağlık memurluğu eğitimine son verilmiştir.

Türkiye Cumhuriyetinin ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam, tedavi edici hizmetleri yerel yönetimlere bırakmış, koruyucu sağlık hizmetlerini Bakanlığın temel işlevi olarak üstlenmiştir. Onun döneminde koruyucu sağlık hizmetleri hekim ve sağlık memurları tarafından verildiği için sadece hekim ve sağlık memuru sayısını arttırmaya önem vermiştir. Bu nedenle sayıları çok yetersiz olan ebe ve hemşire yetiştirilmesi konusunda bir çaba göstermemiştir. Ebe, hemşire başta olmak üzere hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesi konusu 1960-1965 yıllarının Bakanlık müsteşarı olan Dr. Nusret Fişek'in öncelikli alanlarından biri olmuştur. Dr. Fişek döneminde açılan okullara öğretmen yetiştirmek amacıyla Ankara Gevher Nesibe

Enstitüsü açılması da onun fikri ve eseridir. 555 sayılı kanunla kurulan bu Enstitü 3 yıllık olup ilk 2 yıllık eğitimden sonra öğretmenlerin üçüncü yılda tıp fakültesi desteğiyle branşlara ayrılması planlanmıştır. 5 yıllık hizmeti olan ebe, hemşire ve sağlık memurlarının sınavla kabul edildiği okulda öğrenciler aylıklarını almaya devam etmiştir.
Enstitüsü açılması da onun fikri ve eseridir. 555 sayılı kanunla kurulan bu Enstitü 3 yıllık olup ilk 2 yıllık eğitimden sonra öğretmenlerin üçüncü yılda tıp fakültesi desteğiyle branşlara ayrılması planlanmıştır. 5 yıllık hizmeti olan ebe, hemşire ve sağlık memurlarının sınavla kabul edildiği okulda öğrenciler aylıklarını almaya devam etmiştir.

Tam Süre Çalışma ve Ücret Politikası

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere teşvik amacıyla yüksek kadro ve ücret ödenmesi ilke edinilmiştir. Daha sonra terk edilen bu istihdam politikası, zaman içinde hekim ücretlerinin düşmesine yol açmıştır. Bütün kamu görevlilerinin kamu dışında çalışmaları yasak olmasına karşın hekimlere muayenehane açma izni verilmesi, onlara eğitim ve çalışma koşullarına uygun ücret ödenmemesinin gerekçesi olmuştur. Muayenehanesi olan kamu görevlisi hekimlerden bazılarının muayenehanesine başvuran hastalarının tanı ve tedavisine yönelik olarak görev yaptıkları sağlık kurum ve kuruluşlarının olanaklarından yararlanmaları etik sorunlara yol açmış ve kamunun tepkisini çekmiştir. Bülent Ecevit'in Başbakan, Dr. Mete Tan'ın Sağlık Bakanı olduğu dönemde (Cumhuriyet Halk Partisi iktidarı) bu soruna çözüm bulmak amacıyla bir

1960 – 1980 Yılları Arasında Sağlık İnsangücü

Bu dönemdeki başlıca sağlık insangücü sayıları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Sağlık İnsangücü Sayısı

Yıl	Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
1960	9 826	1 395	1 406	3 890	2 420	3 126
1961	8 214	1 367	1 390	3 550	1 658	3 219
1962	8 998	1 555	1 507	3 443	1 564	3 729
1963	11 124	1 824	1 761	5 738	4 736	4 008
1964	10 051	1 769	1 650	5 809	4 184	3 837
1965	10 895	1 932	1 771	4 676	4 592	4 339
1966	11 335	2 140	1 933	5 180	5 039	4 951
1967	11 875	2 246	2 203	5 897	6 161	5 621
1968	12 389	2 381	2 307	6 494	7 426	6 676
1969	15 203	3 025	2 546	9 461	8 110	10 251
1970	15 856	3 245	3 011	9 954	8 796	11 321
1971	16 514	3 517	3 477	10 285	9 436	12 176
1972	16 290	3 789	3 981	10 426	11 358	13 056
1973	18 511	4 279	4 781	11 025	13 401	13 567
1974	20 868	4 469	4 715	11 179	13 641	14 228
1975	21 714	5 046	7 002	11 421	14 806	14 975
1976	23 388	5 379	7 828	11 517	16 566	15 873
1977	23 920	5 954	10 572	11 683	19 859	16 204
1978	25 230	6 826	11 280	11 741	20 966	16 535
1979	26 298	7 021	11 365	11 806	23 797	16 866
1980	27 241	7 177	11 379	11 964	26 880	17 197

Kaynak: Sağlık Bakanlığı
(1) Uzman, pratisyen ve asistan hekimlerin toplamıdır.
(2) Hemşirelik yüksekokulu mezunu hemşire ve hemşire yardımcılarını da kapsar.
(3) Sağlık memuru, sağlık koleji, sağlık meslek lisesi ve köy enstitüleri sağlık bölümünü bitirenleri kapsar.
(4) Köy ebesini de kapsar.

yasa çıkarılmıştır. 9 Temmuz 1978 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile kamuda çalışan hekimlerin muayene açmaları yasaklanmış, bunun karşılığında bütün sağlık personeline yüksek ücretler ödenmeye başlanmıştır. Yüksek ücretlere rağmen pek çok uzman hekim kamudan ayrılarak muayenehanelerinde çalışmayı tercih etmiştir. Hekimlerin muayenehanelerini kapatması karşılığında ödenen ücretlerden çok, diğer sağlık personeline ödenen yüksek ücretler kamu personeli arasındaki ücret dengesini bozması nedeniyle hoşnutsuzluğa yol açmıştır. Ayrıca asker hekimlere ödenen ücretler de rütbe hiyerarşisi yönünden sıkıntı yaratmıştır (Orduda Genel Kurmay Başkanından daha yüksek ücret alan 60 sağlık personeli vardı). Nitekim, 12 Eylül 1980 askeri darbesi sonrası 2162 sayılı yasa yürürlükten kaldırılmıştır.

KAYNAKLAR

1. https://tr.wikipedia.org/wiki/27_May%C4%B1s_Darbesi (Erişim Nisan 2017)
2. https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye_Cumhuriyeti_Anayasas%C4%B1(1961
3. http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/BakanlikTarihcesi.aspx (Erişim Nisan 2017)
4. Nusret Fişek ile Söyleşi(18 Mart 1986). TTB Merkez Konseyi.3 Kasım 1992.
5. Üner R, Fişek N. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar. TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yayın No 256.
6. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2. Ankara, 1983.
7. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/insan_gucu/4.pdf (Erişim Mayıs 2017)
8. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, 2002.
9. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012.
10. Ulusoy MF.Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci.C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998,2(1).
11. http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=0dergisi, 1998,2(1) (Erişim Mayıs2017)
12. Öztek Z. Akademik Emeklilik Konferansları Dizisi:2. Yazıt Yayıncılık, 2012.
13. Öztek Z. Sağlıkta Altın Olaylar. Sağlık Ve Sosyal Yardım Vakfı. Ankara, 2014.

TÜRKİYE'DE 1980 – 2000 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Cemil Özcan

27 Mayıs 1960 askeri darbesinden 20 yıl sonra 12 Eylül 1980 tarihinde Türk Silahlı Kuvvetleri yeni bir darbe gerçekleştirmiştir. Bu darbenin 1960 darbesinden farkı emir-komuta zinciri içinde yapılmış olmasıdır. Dönemin Genel Kurmay Başkanı Orgeneral Kenan Evren başkanlığında Kara, Hava, Deniz Kuvvetleri Komutanları ile Jandarma Genel Komutanı Milli Güvenlik Konseyini (MBK) oluşturmuşlardır. TBMM ve Hükümet ortadan kaldırılmış, MBK yasama ve yürütme yetkisini üstlenmiştir. 1961 Anayasası da yürürlükten kaldırılmıştır. Darbe sonrası oluşturulan Kurucu Meclis tarafından hazırlanan yeni Anayasa, 7 Kasım 1982 tarihinde halk oylaması sonucu % 91.37 oranında oy alarak kabul edilmiştir. Bu Anayasa, 1961 Anayasasına göre pek çok antidemokratik madde içermektedir.

Söz konusu darbenin Ülkemizde sosyal, ekonomik ve politik etkileri olmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. O nedenle, 1980 askeri müdahalesinin nedenleri ve sonuçları üzerinde kısaca durmak gerekir.

Darbeciler, TBMM'nde 1980 yılında 114 tur yapılmasına karşın Cumhurbaşkanının seçilememesinin yol açtığı siyasal istikrarsızlığı, her gün onlarca kişinin ölümüyle sonuçlanan iç güvenlik sorunlarını, dış ticaret açığı ve döviz darboğazı gibi ekonomik nedenleri darbenin gerekçeleri olarak sıralamaktadır. Ancak dış etkenlerin rolü darbede belirleyici olmuştur. 1979 yılında İran'da gerçekleşen "İslam Devrimi", ardından SSCB tarafından Afganistan'ın işgal edilmesi, Batı ve özellikle ABD tarafından NATO üyesi Türkiye'de "yeni bir düzen" oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca 1980'lere doğru tüm dünya ülkelerini etkisi altına alan neoliberal politikaların Türkiye'de demokratik düzen içinde uygulanmasının güçlüğü de otoriter bir rejimi gerekli kılmaktaydı.

Liberal ekonominin ve uluslararası kuruluşların etkileri

1980 öncesi yaygınlaşan neoliberal politikaların nasıl geliştiğini ve dünyayı etkilediğini anlamak için 20. yüzyıldaki ekonomik doktrinlerin dinamiklerini gözden geçirmek gerekir. 19 yüzyılda İngiltere'de doğan John Maynard Keynes (1883-1946), Cambridge Üniversitesinde felsefe ve ekonomi eğitimi aldı ve aynı üniversitede dersler verdi. Keynes, Alfred Marshall'ın öğrencisi olmasına karşın onun savunduğu piyasalara müdahale edilmemesi gerektiği, piyasaların kendiliğinden dengeye ulaşacağı ve tam istihdam oluşturacağı olarak özetlenebilecek klasik ekonomi ilkelerine karşı çıkmıştır. Yeterli yatırımın olmaması sonucu ortaya çıkan işsizliğin, satın alma gücünü düşürerek ekonomik durgunluğa yol açacağını, bu nedenle devletin ekonomiye müdahale etmesinin ve yatırım yapmasının gerekli olduğunu, aksi takdirde krizler çıkabileceğini ileri sürmüştür. Onun bu öngörüsü 1929 yılında ABD'de gerçekleşmiş ve çıkan kriz domino etkisiyle dünyaya yayılmıştır. Kriz, onun görüşlerini temel alan ekonomik müdahaleler ile aşılmıştır. Kriz sonrası müdahaleli piyasa sistemi dünyada yaygınlaşmıştır. Bunun sonucu olarak özel sektörün yanında kamu sektörü de üretimde yer almıştır. Tüm üretim araçlarının özel sektörün mülkiyetinde olduğu kapitalizm ile bunların mülkiyetinin kamuda olduğu sosyalizmin karması olan bu sisteme "Karma Ekonomi" adı verilmiştir. Keynes'in deneyimlerini yansıtan 1936 yılında yazdığı İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi (The General Theory of Employment, Interest and Money) adlı kitabı ekonomi biliminin referansı olmuştur. Keynes öncesi mikroekonomik yaklaşımlar yaygın olarak kullanılırken "Keynesyen Devrim" olarak da adlandırılan bu dönem ve sonrasında ekonomistler makroekonomik analizlere yönelmiştir.

Keynes'in 1946 yılında ölümünden sonra, 1950'li yıllarda başlayan ve Chicago Okulu adı verilen ekonomi akımının ekonomistleri Keynes'i eleştirmişler, devlet müdahalesi yerine yeniden serbest piyasa ekonomisini savunmaya başlamışlardır. Başlangıçta Keynesyen olan ve 1929 krizine devlet müdahalesini doğru bulan Milton Friedman (1912-2006), daha sonra Keynes'i eleştirmeye başlamış, 1929 krizine mali yaklaşımın yanlış olduğunu savunarak Chicago akımının lideri olmuştur. Para arzındaki değişimin fiyatları belirlediğini ve para arzı artışının enflasyonun nedeni olduğunu savunan Friedman, 1960'lı yıllarda alternatif olarak Parasalcı Ekonomi "Monetarism" yaklaşımını geliştirmiştir. 1980-1990 yılları arasında ABD'de Reagan, İngiltere'de Thatcher ve Türkiye'de Özal onun yaklaşımını benimsemiş ve uygulamışlardır. Parasalcı yaklaşım, merkez bankalarını ekonominin tek aktörü haline getirmiş, maliye politikaları terk edilmiştir.

12 Eylül darbesi öncesinde Adalet Partisi tarafından kurulan 43. Hükümette Başbakan Müsteşarlığı ve DPT Müsteşar vekilliğini üstlenen ve liberal ekonomiye geçişi sağlayan 24 Ocak kararlarını hazırlayan Turgut Özal, 12 Eylül darbesinden sonra kurulan Bülent Ulusu hükümetinde ekonomiden sorumlu Başbakan Yardımcılığı görevine getirilmiştir. Bu nedenle 12 Eylül sonrasında da 24 Ocak kararlarının uygulaması devam etmiştir. 12 Eylül darbesi

sonrasında eski siyasi partilerin tümü kapatılmış, 1982 Anayasası kabul edildikten sonra "demokrasiye yeniden geçiş" süreci içinde 1983 ilkbaharında yeni siyasi partiler kurulmaya başlamıştır. Özal da 1982 yılında görevinden istifa ederek, Anavatan Partisi (ANAP) adıyla yeni bir siyasi parti kurmuştur. Seçimlerde büyük başarı sağlayan ANAP, 1983-1991 yılları arasında kesintisiz tek başına iktidar olmayı başarmıştır. Özal, bu on yıllık süreçte liberal politikaları her alanda hayata geçirmiştir. Sağlık sektöründe de bunun etkilerini görmek mümkündür.

Liberal politikaların sağlık sektöründe uygulamak için 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun ile iki yapısal değişiklik amaçlanmıştır. Bunlardan ilki, sağlık hizmetlerinin (koruyucu sağlık hizmetleri dahil) Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan verilmesi yerine özel sektörden hizmet satın alınarak sunulması, Bakanlığın sadece standartlar belirleyen, koordine eden ve denetim yapan yeni bir yapıya dönüştürülmesidir. İkincisi ise, kamu hastanelerinin "sağlık işletmesi" olarak tanımlanan yapılara dönüştürülerek sözleşmeli personel rejimine geçilmesidir. Böylece hastanelerin kamu hizmeti veren kurumlar yerine kâr etmeği amaçlayan işletmelere dönüştürülmesi planlanmıştır. Ancak Anayasa Mahkemesinin hastanelere ilişkin yasa maddelerinin pek çoğunu iptal etmesi nedeniyle hastanelerin işletmeye dönüştürülmesi gerçekleşmemiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu işlevsiz kalmasına karşın kaldırılmamış ve Sağlık Bakanlığının "torba yasası" olmuştur. Birbirinden farklı konular içeren pek çok düzenleme ayrı birer yasa konusu olması gerekirken, bu yasaya madde eklenerek uygulamaya konulmuştur. Nitekim bu amaçla 12 maddeden oluşan yasaya 17 ek madde, 11 geçici madde eklenmiştir.

1982 Anayasasının sağlığa ilişkin 56. maddesinin son paragrafı "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmündedir. 1982 Anayasasının hazırlanması sırasında madde taslakları, yürürlükten kaldırılan 1961 Anayasasının ilgili maddeleri ile kıyaslanarak basında yayımlanmaktaydı. Yeni anayasanın hemen her maddesi 1961 Anayasasının getirmiş olduğu özgürlükleri kısıtlar nitelikteydi. Buna karşın kamuoyu yeterince tepki vermemekteydi. Ancak 56. maddenin taslağında yer alan "…kanunla genel sağlık sigortası kurulur" maddesi kamuoyuna yansıyınca büyük tepki almış ve geri adım atılarak "…kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" olarak değiştirilmiştir.

1967, 1971 ve 1974 yıllarında taslakları hazırlanan ancak yasallaşmayan genel sağlık sigortası konusu 1987 yılında yeniden gündeme getirilmiştir. Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik alanında faaliyet gösteren sigorta şirketleri aracılığıyla yapılması düşünülen ve bütün vatandaşları kapsayacak genel sağlık sigortası sistemine geçiş çabaları, bu özel şirketlerin alt yapılarının yetersizliği nedeniyle hayata geçirilememiştir. Sağlık Bakanlığı yeni oluşturulacak özerk bir kamu kurumu tarafından genel sağlık sigortasına geçiş için çalışmalar yapmış ancak paydaşların direnci ile karşılaşmıştır. Yapılan çalışmalara ilişkin Sağlık Bakanı ve üç bürokratı tarafından zamanın Cumhurbaşkanı Turgut Özal'a bir sunum yapılmıştır. Özal, amaçlarının kamuyu küçültmek olduğunu, bu nedenle kamu yerine özel sektörün tercih edilmesi gerektiğini belirterek Bakanlığın modeline onay vermemiştir. Genel sağlık sigortası çalışmaları ANAP iktidarı sonrası da devam etmiş ve günümüzde yürürlükte olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı önderliğinde hazırlanmıştır.

30 Eylül 1960 tarihinde kurulan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) zaman içinde plan yapan teknik kurum olmaktan uzaklaşmıştır. Nitekim 1989 yılında DPT, sağlık sektörüne ilişkin master plan hazırlanması amacıyla uluslararası bir ihale açmıştır. İhaleyi kazanan firma İngiltere'den Price Waterhouse olmuştur. Bu firmanın danışmanları 6'sı İngiliz ve biri Türk olmak üzere yedi kişiden oluşmaktaydı. Ülkemizdeki mevcut duruma ilişkin yapmış oldukları çalışma sonrasında "stratejik seçenekler " sunmuşlardır. Bu seçenekler:

1. Mevcut statü seçeneği *(The Status Quooption)*

2. Ulusal sağlık hizmetleri seçeneği *(The Natioanal Health Service option)*

3.Serbest pazar seçeneği *(The Free Market option)*

4.Uzlaştırma seçeneği (The Intermediateoption) olarak tercüme edilmiştir. Danışmanlar "hizmet pazarlarında kolektif finansman ve rekabete dayanan "uzlaştırma seçeneği" olarak tanımladıkları son seçeneği önermişlerdir.

Sağlık reformu çalışmaları

1987 yılında Sağlık Bakanlığı" 1. Sağlık Projesi" olarak adlandırılan bir çalışma başlatmıştır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden bir Genel Müdür Yardımcısı koordinatör olarak atanmıştır. Proje uygulama alanı olarak on il seçilmiştir. Bu iller, Diyarbakır, Mardin, Sivas, Yozgat, Tokat, Bolu, Eskişehir, Kütahya, Bilecik ve Muğla'dır. Projenin amaçları iki başlık altında sıralanmıştır:

a)Proje bölgesinde yaşayan toplumun sağlık düzeyini yükseltmek,

b)Sağlık hizmet birimlerini güçlendirmek için gerekli programları başlatmak, bu birimlerin daha az masrafla hizmet etkinliklerini arttırmak, uzun vadede ek yatırım ve reformlara ortam hazırlamak.

1989-1994 yılları arasında tamamlanması öngörülen projeyi Dünya Bankası finanse edecektir. Proje maliyeti 600 bin USD olarak belirlenmiştir. Dünya Bankası kredilerin kullanılabilmesi Proje Koordinatörlüğünde görev yapan Dünya Bankası temsilcisinin onayı ile gerçekleşmekteydi. Bu proje koordinatörlüğü, sonraları sağlık reform çalışmalarının yapıldığı doğrudan müsteşara bağlı müstakil bir birime dönüşecek ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü olarak adlandırılacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü 1977 yılında toplanan 30. Genel Kurul toplantısında, 1973 yılından beri üzerinde çalışılan

Dünya Sağlık Profili konusunu gündemine almıştır. Toplantı sonucunda Dünya nüfusunun üçte ikisinin sağlık hizmetinden yoksun olduğu belirlenmiştir. Bir yıl sonra 6-12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da toplanan konferansta "hükümetlerin ve Dünya Sağlık Teşkilatının önümüzdeki dönemde başlıca sosyal amacı, 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamak olmalıdır" kararı alınmıştır. Bu eylemin sloganı olarak 2000 yılına kadar Herkes İçin Sağlık (Health For All by the Year 2000) belirlenmiştir. Bildiriyi Türkiye adına zamanın Sağlık Bakanı Dr. Mete Tan imzalamıştır. Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa Bölgesi bu amaca yönelik olarak üye ülkeler için 1980 yılında Avrupa stratejisini ve dört ana faaliyet alanını belirlemiştir. Belirlenen stratejiyi gerçekleştirmek için 1984 yılında 38 hedef kabul edilmiştir. Avrupa bölgesindeki her ülkenin bu 38 hedefe ulaşmak amacıyla kendi eylem planını oluşturarak uygulamaya geçmesi öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı, teşkilat yapısını değiştiren 181 sayılı KHK kapsamında Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü biriminin adını Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirme dışında 1989 yılına kadar her hangi bir çalışma başlatmamıştır. Bakanlıkta görevlendirilen bir bürokrat (daha sonraları Sağlık Projesi Genel Koordinatörü olarak sağlık reform çalışmalarının koordinasyonunu yürütecektir) eylem planını hazırlama görevini üstlenmiştir. Bu amaçla çoğunluğu akademisyen olan 180 dolayında uzman Bakanlığa davet edilerek görüşlerine başvurulmuştur. Oluşturulan taslak doküman Yüksek Sağlık Şurasına bağlı Danışma Kurullarında da tartışılmış ve "Milli Sağlık Politikası" adıyla 1990 yılında

basılmıştır. Ekim 1991 seçimlerinden sonra ANAP iktidarı kaybedince Doğru Yol Partisi (DYP) önderliğinde kurulan koalisyonda Sağlık Bakanlığına bu partiden Dr. Yıldırım Aktuna atanmıştır. Aynı bürokrat tarafından yeniden düzenlenen doküman bu kez "Ulusal Sağlık Politikası" adıyla Mart 1993 tarihinde basılmıştır.

ANAP döneminde Genel Sağlık Sigortası hazırlıklarına paralel olarak yürütülen ve sağlık hizmeti sunumunda Aile Hekimliği modelinin getirilmesine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Bu model günümüzde uygulanan Aile Hekimliği modelinden farklılıklar içermekteydi. Dr. Aktuna'nın bakanlığı döneminde daha kapsamlı reform çalışmaları başlatılmıştır. 23-27 Mart 1992 tarihinde Ankara'da toplanan I. Ulusal Sağlık Kongresinde Bakanlığın reform konuları tartışılmıştır. Tartışılan konu başlıkları şunlardı:

- Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması
- Hizmet sunumunda reform
- Yönetim yapısında reform
- Sağlık insangücü reformu
- Ulusal Sağlık Akademisinin kurulması
- Sağlık Enformasyon Sisteminin kurulması

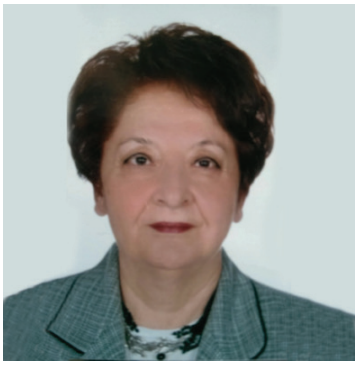
Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması kapsamında Umumi Hıfzıssıhha Kanununun özü korunarak günün koşullarına uygun hale getirilmesi için yoğun ve kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda bir yasa taslağı hazırlanmıştır.

Hizmet sunumunda reform olarak, ANAP döneminde hazırlanan Aile Hekimliği modelinin geliştirilerek uygulanmaya konulması planlanmıştır.

Yönetim yapısında reformla amaçlanan, 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK ile yönetilen Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatının yeni hizmet sunumuna uyumlu hale getirecek yasal bir düzenleme yapılmasıdır.

Sağlık insangücü reformu, bütün sağlık personelinin görev yetki ve sorumluluklarının tek bir yasa ile düzenlenmesidir. Hekim, diş hekimi, eczacı ve hemşireler dışındaki sağlık personeline ilişkin yasal düzenlemelerin olmayışı, var olan yasaların da oldukça eski olmaları bu çalışmanın gerekçesini oluşturmuştur.

Ulusal Sağlık Akademisinin kurulması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan ancak etkinliğini yitirmiş bulunan Halk Sağlığı Okulunun bir akademiye dönüştürülerek Batı ülkelerinde var olan Halk Sağlığı Okulları benzeri bir yapıya ve işleve kavuşturulmasıdır. Bunu gerçekleştirmek üzere Okulun müdürlüğüne atanmış olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Sabahat Tezcan, akademinin kuruluşu konusunda çok büyük çaba göstermiştir. Dr. Tezcan, hazırladığı yasa taslağında mevcut Halk Sağlığı Okulunun günün koşullarına uygun bir eğitim kurumuna dönüştürmenin ötesinde daha büyük ve yetkili bir kurum oluşturmayı amaçlamıştır. Akademi, Sağlık Bakanlığına bağlı özerk bir kurum olarak sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde belirleyici olması yanında Yüksek Sağlık Şurasının görevlerine benzer görevler de üstlenecekti.


Prof. Dr. Sabahat Tezcan

Sağlık Bakanlığı 1992 yılında açıkladığı reformlar arasın-

da yer almayan yeni bir çalışma başlatmıştır. Bu çalışma Türkiye'nin sağlık hizmetleri açısında 18 bölgeye ayrılmasını öngörmektedir. Bu amaçla 1993 yılının başında Bölge Sağlık İdareleri Kanunu yasa taslağı hazırlanmıştır. Sağlık bölgesi yaklaşımı, 1946-1948 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Behçet Uz zamanında hazırlanan Milli Sağlık Planında yer almıştır. Buna göre Türkiye 7 Sağlık Bölgesine ayrılarak (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan) her bölgede bir Tıp Fakültesi kurulması planlanmıştır. Dr. Uz'dan sonra hazırlanan Milli Sağlık Programında da 16 Sağlık Bölgesi (Ankara, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan, Antalya, Bursa, Elazığ, Eskişehir, İstanbul, Konya, Sakarya, Sivas, Trabzon, Van) kurulması kararlaştırılmıştır. 1992 yılında sağlık bölgeleri kavramının yeniden gündeme getirilmesinde esin kaynağı hayata geçirilemeyen bu eski planlar değil, İngiltere sağlık sistemidir. Nitekim öngörülen sağlık bölgelerinin yönetim modeli, Anayasada yer alan bölge teşkilatına benzemeyen, Türkiye'nin yönetsel organizasyonu ile bağdaşmayan bir yapı olarak planlanmıştır. Bölgelerin, kamudan ve sivil toplum örgütlerinden seçilecek kişilerden oluşacak kurullar tarafından yönetilmesi temel alınmıştır.

Reformlar konusundaki çalışmalar devam ederken 12-16 Nisan 1993 tarihlerinde 2. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Bu kongrede değişik çalışma gurupları reform çalışmalarını ve yasa taslaklarını yeniden tartışmışlardır. Reformlara ilişkin pek çok yasa taslağı hazırlanmasına karşın hiç biri uygulamaya geçirilememiştir.

Dünya Bankası 1978 yılında Sağlık ve Beslenme Bölümü "Health and Nutrition Department" adıyla bir birim kurmuştur. Bu birim pek çok ülkede "durum saptama" araştırmaları yapılmasını sağlamış, bu araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi için ülkelerde sağlık kongreleri düzenlemiştir. Bu kongrelerde aile hekimliği ve genel sağlık sigortacılığının savunuculuğunu yapmış ve bu sistemin kurulması koşulu ile ülkelere düşük faizli ve uzun vadeli krediler verebileceğini belirtmiştir. Birçok ülke bu öneriyi kabul etmiştir. 1991 yılında SSCB'nin dağılması sonucunda bağımsızlığını kazanan 27 ülkenin çoğu (özellikle Orta Asya ülkeleri) aynı önerileri benimsemiştir. Bu durum Dünya Bankasının önerilerinin daha da yayılmasını ve deyim yerinde ise, Dünya çapında aile hekimliği ve genel sağlık sigortacılığını temel alan bir reform akımının başlamasına yol açmıştır. Yaygın kanı, Türkiye'deki reform çalışmalarının bu akımın bir parçası olduğudur.

25 Haziran 1993 tarihinde Dr. Aktuna'nın bakanlık dönemi sona ermiş, kendisinden sonra gelen bakanlar döneminde reform çalışmaları hız kesmiştir. 2002 yılında yapılan seçimler sonrası gelen yeni iktidar ile birlikte reform çalışmaları yeniden başlamıştır.

Dönem içinde gerçekleşen diğer gelişmeler Hekimlere Zorunlu Hizmet:

12 Eylül 1980 darbesi sonrası askeri yönetim 1978 yılında yürürlüğe konan 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanunu kaldırarak sağlık personelinin ücretlerini düşürmüştür. Bir yıl sonra aynı yönetim 25 Ağustos 1981 tarihli ve 17439 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunu çıkarmıştır. Bu kanun, hekimler için fakülteden mezun olduktan sonra 2 yıl ve uzmanlık sonrası 2 yıl olmak üzere toplam 4 yıl zorunlu hizmet (yasal ifadesiyle Devlet hizmeti yükümlülüğü) getirmiştir. Hem tam gün yasasının kaldırılması hem de zorunlu hizmet getirilmesi ile hekimler iki kez cezalandırılmışlardır. Yasanın uygulaması 2000 yılında 2 yıl süreyle ertelenmiş, 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır. Zorunlu hizmeti kaldıran zamanın Bakanı, 2 yıl sonra 2005 yılında yeniden hekimlere zorunlu hizmet getirmiştir. Nitekim 5371 sayılı Kanun ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen maddeler uyarınca, fakülteden mezun olan, uzmanlığını tamamlayan ve yan dal uzmanlığını tamamlayan hekimlerin, Sağlık Bakanlığı tarafından atandıkları yere göre değişen 300 ila 600 gün süreyle görev yapması zorunlu olmuştur.

Gıda Kontrolü Hizmetlerinin Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devri:

1995 yılına kadar gıda kontrolü hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile bu kanuna dayanılarak 1952 tarihinde çıkarılan ve gıda maddelerinin özelliklerini tanımlayan "Gıda Maddeleri ve Diğer Levazım Hakkında Tüzük (kısaca Gıda Tüzüğü) uyarınca yürütülmüştür. Bu konuda belediyelerin ve Tarım Bakanlığının da kendi mevzuatlarından kaynaklanan bazı görev ve yetkileri bulunmaktaydı. 1963 yılında hazırlanan Mehtap Raporu'nda gıda kontrolü hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. 1995 yılında Avrupa Birliği (AB) ile imzalanan Gümrük Birliği Anlaşması da gıda mevzuatının AB ile uyumlaştırılmasını gerekli kılmıştır. Bu amaçla 28 Haziran 1995 tarihli ve 22327 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 560 sayılı Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname yürürlüğe konulmuştur. Bu KHK ile gıda maddeleri üreten iş yerlerinin imalata geçmeden önce Sağlık Bakanlığı'ndan gayri sıhhi müessese ruhsatı ile çalışma izni, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'ndan ise gıda sicili ve üretim izni almaları şartı getirilmiştir. Gıda kontrolü konusunda Sağlık Bakanlığının oldukça sınırlanan bu yetkisi daha sonra tamamen Tarım ve Köyişleri Bakanlığına devredilecektir. Nitekim 05 Haziran 2004 tarihli ve 25483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun bunu gerçekleştirmiştir. Bu kanun, gıda güvenliğinin temini için her türlü gıda maddesinin teknik ve hijyenik şekilde üretim, işleme, muhafaza, depolama, pazarlama ve halkın gereği gibi beslenmesini sağlamak

üzere gıda maddeleri üreten iş yerlerinin asgari teknik ve hijyenik şartlarının belirlenmesi görevini Tarım ve Köyişleri Bakanlığına vermiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının Kuruluşu:

Vakıf, 1983 yılında, Sağlık Bakanı başta olmak üzere Sağlık Bakanlığının üst düzey yöneticileri ile bazı sanayici ve iş adamlarınca kurulmuştur. Böylece ödenek yokluğundan karşılanamayan sağlık kuruluşlarının pek çok gereksinimi, devletin olanakları dışında bir kaynak oluşturularak temin edilmiştir. Vakıf yönetim kurulu Bakanlık müsteşarı başkanlığında, Bakanlık üst düzey yöneticilerinden oluştuğundan Vakıf faaliyetlerinde kamunun öncelikleri temel alınmıştır. Vakfın 211 şubesi de aynı anlayışla, mülki amirler başkanlığında sağlık kuruluşlarının yöneticilerinden oluşmuş ve gelirleri de bu yöneticiler tarafından, illerinin ihtiyaçlarına harcanmıştır. Vakfa 1986 yılında Bakanlar Kurulunun 86/10652 sayılı kararıyla vergi muafiyeti tanınmıştır. Günümüze kadar Sağlık Bakanlığı'na 180 milyon ABD Doları dolayında ek kaynak sağlanmış ve 64 adet gayrimenkul temin edilerek Sağlık Bakanlığının kullanımına sunulmuştur. Vakfın gerçekleştirdiği başlıca faaliyetleri şunlardır:

-Sağlık Bakanlığınca yürütülen aşı kampanyalarının personel dışındaki giderlerinin büyük bölümü (enjektör, araç ve yakıt temini, personel kumanyası gibi) karşılanmıştır,

-1988 yılında tek kullanımlık enjektör fabrikası Alman teknolojisi ile kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının enjektör ihtiyacı karşılanmış, kaynatılıp çoklu kullanılan enjektörün yerine, tek kullanımlık steril enjektör üretilerek, bir çok bulaşıcı hastalığın önüne geçilmiştir.

-Sağlık ocakları laboratuvar ve bilgisayar ağı ile donatılmıştır.

- Hastanelere tıbbi cihazlar ve aletler alınmıştır.

-112 acil sağlık hizmetlerinin ilk kuruluşunda donanım giderleri ve personel kıyafetleri sağlanmıştır.

-2006 yılında kaliteli sağlık hizmetinin sunmak amacıyla Dirimsel Tıp Merkezi açılmıştır. Burada yıllık ortalama 45-50 bin hastaya sağlık hizmeti sunulmuş, ödeme gücü olmayan hastalara ücretsiz sağlık hizmeti verilmiştir.

-2010 yılında sağlık ile ilgili bir alanda eğitim gören üniversite öğrencilerine burs verilmeye başlanmıştır.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesinin Müsteşarlığa Bağlanması:

12 Eylül askeri darbesinin ardından kurulan hükümette Sağlık Bakanlığı görevine emekli bir general olan Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu getirilmişti. Onun dönemi Bakanlığa girişlerin yasaklandığı, kendisinin bizzat mesai saatlerine uyma konusunda Bakanlık çalışanlarını denetlediği uygulamalar ile sınırlı bir dönem olarak bilinmektedir. 1981 sonunda başka bir askeri hekim olan Prof. Dr. Kaya Kılıçturgay Sağlık Bakanı olmuş ve seçimler sonrası ANAP tarafından 13 Aralık 1983 tarihinde oluşturulan hükümete kadar bakanlık yapmıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması onun bakanlık döneminde olmuştur. Dr. Kılıçturgay, müsteşarlık dahil olmak üzere Bakanlığın üst düzey görevlerine asker kökenli hekimleri getirmiştir. Nitekim Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesinin iki kuruluşundan biri olan Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğüne Gülhane Askeri Tıp Akademisinden Doç. Dr. Sedat Arıtürk atanmıştır. Müessesenin diğer kuruluşu olan Hıfzıssıhha Okulu müdürlüğünü Dr. Muzaffer Aksoy yapmaktaydı. Dr. Arıtürk, Müessesenin taşra teşkilatı olmasını gerekçe göstererek doğrudan

Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü

Müsteşarlığa bağlanmasını savunmuş ve bu konuda Bakanı ikna etmiştir. Bakan oluru ile Müessese Müsteşarlığa bağlanmış Dr. Arıtürk Enstitü müdürlüğü yanında Müessese müdürlüğünü de üstlenmiştir. 181 sayılı KHK ile Müessesenin adı "Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı" olarak değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığının Merkez Örgütü:

2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı yasayla "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti" adıyla kurulan Sağlık Bakanlığı, 9 Haziran 1936 tarihinde 3017 sayılı yasa ile yeniden yapılandırılmış ve adı "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu" olmuştur. Bakanlıkta çalışan memurların özlük haklarının teşkilat yasası kapsamında ele alınmasının nedeni, 1965 yılına kadar tüm devlet memurlarını kapsayan ve özlük haklarını düzenleyen bir yasanın olmaması ve her bakanlığın teşkilat yasası ile çalışanlarının özlük haklarını da düzenlemesiydi. Sağlık Bakanlığının adı 1946 da "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı", 1953 de "Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaleti", 1955 de "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti" olarak değiştirilmiştir. 1961 yılında Bakanlığın adı yeniden "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" olmuş ve sosyal hizmetlere ilişkin görevlerinin sona erdiği 1989 yılına kadar böyle kalmıştır. Her bakanlığın merkez örgütlenmesinin yıllar içinde birbirlerinden farklılaşmasının yarattığı sorunları ortadan kaldırmaya yönelik olarak 14 Aralık 1983 tarihli Resmi Gazetede 174 sayılı KHK (Bakanlıkların Kuruluş ve

Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname) yayımlanmıştır. Bu KHK'ye göre Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bakanlıkların merkez teşkilatları her bakanlığın esas işlevleri için kurulacak Ana Hizmet Birimleri ile her bakanlıkta adları ve görevleri aynı olacak Danışma ve Denetim Birimleri ve Yardımcı Birimlerden oluşacaktır. Danışma ve Denetim birimleri; Teftiş Kurulu Başkanlığı; Araştırma, Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Kurulu (APK) Başkanlığı; Hukuk Müşavirliği ve Bakanlık Müşavirleridir. Yardımcı Birimler ise ihtiyaca göre kurulacak Personel Genel Müdürlüğü veya Dairesi Başkanlığı; Komptrolörlük Dairesi Başkanlığı (İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı); Eğitim Dairesi Başkanlığı; Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı; Genel Sekreterlik ve Özel Kalem Müdürlüğü olarak belirlenmiştir. Aynı tarihli Resmi Gazetede yayımlanan KHK'ler ile bakanlıkların kuruluşları da gerçekleştirilmiştir. 181 sayılı KHK, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamedir. Bu KHK ile Sağlık Bakanlığının Ana Hizmet Birimleri olarak,

a) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,

b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,

c) İlâç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü,

d) Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü,

e) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,

f) Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı,

g) Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı,

h) Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı,

ı) Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı kurulmuştur.

Anayasamıza göre KHK'lerin "öncelikle ve ivedilikle" görüşülerek yasallaşması gerektiği için diğer bakanlıklara ait kararnameler zaman içinde yasa olarak düzenlenmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığına ait kararname Anayasanın açık hükmüne karşın bir türlü yasallaşmamış ve 28 yıl yürürlükte kalmıştır. 2011 yılında bir yetki kanunu kapsamında bakanlıkların merkez ve taşra teşkilatlan yeniden KHK'ler ile düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı için çıkarılan 663 sayılı KHK, 181 sayılı KHK'yı yürürlükten kaldırmış ancak.bu kararname de yasallaşmamıştır.

Dernekler Kanununa göre hizmet vermekte olan Çocuk Esirgeme Kurumu ekonomik sıkıntı nedeniyle işlevsiz

Sağlık Bakanlığının halen kullanılmakta olan ilk hizmet binası

hale gelince görevleri 1981 yılında Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu amaçla Bakanlığa bağlı olarak katma bütçeli Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Ancak 27 Mayıs 1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Sağlık Bakanlığının sosyal hizmetlere ilişkin bazı görevleri başka kurumlara devredilmiştir. 24 Ocak 1989 yılında çıkarılan 356 sayılı KHK ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Başbakanlığa bağlanmış ve bünyesinde sosyal hizmetler sunan birim kalmayan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının adı Sağlık Bakanlığı olmuştur.

Acil Sağlık Hizmetleri:

11 Mayıs 2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazetede Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği yayımlanmıştır. Yönetmeliğin amaç maddesi, "acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar ile bu kuruluşlar arasında koordinasyon temin edilmesine ve Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir" şeklinde düzenlenmiştir. Kapsam maddesi de "Millî Savunma Bakanlığı hariç olmak üzere acil sağlık hizmeti sunan ve bu hizmetin sunulması ile ilgili olan bütün kamu kurum ve kuruluşlarını, özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşlarını ve bunların hizmetle ilgili olan bütün faaliyetlerini kapsar" hükmündedir. Bakanlık merkezinde acil sağlık hizmetlerinden sorumlu olan başlangıçta Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü iken, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. İllerde ise sağlık müdürlüğüne bağlı olarak temel hizmet ve destek hizmet birimlerinden oluşacak acil sağlık hizmetleri birimleri oluştulmuştur. Yönetmelik ile sağlık müdürlükleri bünyesinde "acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaları koordine eden, planlayan, ildeki tüm ambulansların ruhsatlandırma ve denetimini yapan, hastane acil servislerini koordine eden ve denetleyen, il düzeyindeki ilkyardım eğitimlerinin verilmesini organize eden ve bununla ilgili ilkyardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapan, il sağlık afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlayan, acil sağlık hizmetleri ile ilgili tüm verileri toplayan ve değerlendiren" acil sağlık hizmetleri şube müdürlükleri kurulmuştur. Ayrıca "ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, merkez ve istasyonlarda görev yapan personelin hizmet içi eğitimleri ile sevk ve idaresini yapan, merkez ve istasyonlarda kullanılan tüm araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlayan, hizmetle ilgili tüm kayıt ve istatistikleri tutan" il ambulans servisi başhekimlikleri de oluş-

turulmuştur. İllerde bulunan İkinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerin kendilerine doğrudan başvuran veya il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ekipler tarafından getirilen acil hasta ve yaralılara acil tıbbi müdahale yapmaları ve verilen hizmet ile ilgili kayıt tutmaları zorunlu kılınmıştır. Acil sağlık yardımı gerektiren durumlarda acil sağlık hizmetine ulaşmak için ücretsiz aranabilen 112 numaralı telefon aracılığı ile veya diğer iletişim araçları ile başvuru yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. https://tr.wikipedia.org/index.php?q=aHR0cHM6Ly90ci53aWtpcGVkaWEub3JnL3dpa2kvMTJfRXlsJUMzJUJDbF8xOTgwX2RhcmJlc2k (Mayıs 2017)
2. Çelebioğlu AT. Birinci Sağlık Projesi Hazırlık Raporu. SSYB I. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 3 Ağustos 1988, Ankara.
3. Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü. Ocak 1990.
4. Öztek Z. Akademik Emeklilik Konferansları Dizisi:2. Yazıt Yayıncılık, 2012.
5. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. http://ssyv.org.tr(01.11.2017).
6. http://www.resmigazete.gov.tr

TÜRKİYE'DE 2000 YILI SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Bülent Kılıç

Türkiye'de 2000 yılı sonrasında uygulanan sağlık politikalarının tarihsel süreci dört ana başlık altında ele alınacaktır: Sağlık örgütlenmesi, finansman-sosyal güvenlik, insangücü ve hükümet dışı kuruluşların çalışmaları.

SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ POLİTİKALARI

Sağlık örgütlenmesi politikaları birinci basamak, hastaneler ve Sağlık Bakanlığı (SB) teşkilat yapısı olmak üzere üç ana başlık altında incelenecektir. Bu başlıklar da tarihsel açıdan üç döneme ayrılmıştır:

Birinci Dönem: 2000-2002 Koalisyon Dönemi

İkinci Dönem: 2003-2011 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 1. Dönem

Üçüncü Dönem: 2012-2018 SDP 2. Dönem

Tarihsel açıdan birinci dönem 1999 yılı Mayıs ayında kurulan Türkiye'nin son koalisyon hükümeti dönemidir. DSP, MHP ve ANAP arasında kurulan koalisyon hükümeti 2002 Kasım ayındaki genel seçimlere kadar sürmüştür. İkinci dönem 2003-2011 yılları arasında Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) iktidarının SDP çerçevesinde aile hekimliğine geçme, Sosyal Güvenlik Kurumu'nu (SGK) kurma, kamu hastanelerini birleştirme ve özel hastaneleri destekleme dönemidir. Üçüncü dönem 2012-2018 yılları arasında Sağlık Bakanlığının 663 sayılı (s) Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yeniden yapılanma dönemidir. Bu dönemin sonunda 2017 yılı Ağustos ve Kasım aylarında yapılan yeni düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde tekrar değişiklikler ve geri dönüşler yapılmıştır. Dolayısıyla 2012-18 dönemi henüz tamamlanmamış, sürmekte olan bir re-organizasyon dönemidir. Bu dönem aynı zamanda şehir hastanelerinin de kuruluş dönemidir.

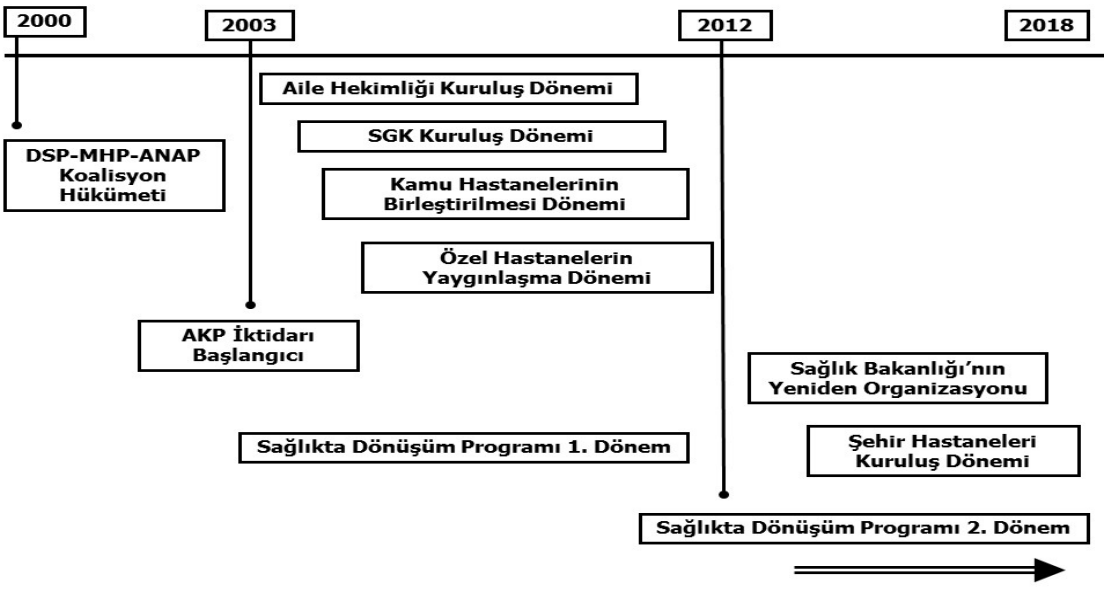
2000 yılı sonrası sağlık politikaları bir zaman çizelgesi üzerinde aşağıdaki şekilde özetlenebilir (bakınız Şekil-1):

1.Birinci basamak:

a. 2000-2002 koalisyon dönemi:

Bu dönemin birinci basamakla ilgili en önemli düzenlemesi 2001 yılında çıkartılan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergedir (1). Böylece Sosyalleştirme yasası ile getirilen ve yaklaşık 40 yıldır yürürlükte olan 154 sayılı yönerge ömrünü tamamlamış olmaktadır. Yönergedeki birinci önemli değişiklik kaymakamlara verilen yetkidir. Kaymakamlar ilçede sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden birinci derecede sorumlu kişiler olarak tanımlanmış ve metropol dışı ilçelerde sağlık grup başkanı doğrudan kaymakama bağlanmıştır. Oysa sosyalleştirme yasası ve 154 sayılı yönerge sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hem sağlık ocağı bölgelerini hem de sağlık personelini bilinçli olarak kaymakamlıklardan bağımsız kılmıştır. Ancak 2001 yılındaki bu düzenleme ile sağlık personeli metropol dışı ilçelerde artık doğrudan kaymakama bağlı hale getirilmiştir.

2001 yılında çıkartılan yönergedeki ikinci büyük değişiklik ise bölge tabanlı sağlık hizmeti uygulamasıdır. Bu uygulamayla nüfusu 10.000'i aşan sağlık ocaklarında nüfus 5.000 kişilik bölgelere ayrılmış ve her bölgeye en az bir hekim, bir hemşire ve iki ebeden oluşan ekipler verilmesi planlanmıştır. Sağlık ocağı sisteminin daha etkili olmasını sağlayacak bu uygulama 39 ilde tamamen, 22 ilde ise kısmen başlatılmış ancak uygulama tam olarak yaygınlaşamadan koalisyon dönemi bitmiştir.



Şekil-1: 2000 yılı sonrası sağlık politikalarının önemli tarihsel dönemleri

Bu dönem için değinilmesi gereken bir başka olay Birinci Sağlık Projesi (1989 yılında 75 milyon dolar), İkinci Sağlık Projesi (1995 yılında 150 milyon dolar) ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri projelerinin (1997 yılında 14,5 milyon dolar) devamı olarak Haziran 2001 tarihinde Dünya Bankasıyla 14,5 milyon dolarlık yeni bir anlaşma daha yapılmış olmasıdır (2). Bu anlaşma SDP döneminde devam edecek kredi anlaşmaları açısından önem taşımaktadır.

b. 2003-2011 aile hekimliği kuruluş dönemi:

2003-2011 dönemi SDP'nin uygulanmaya konulduğu ilk dönemdir. 3 Kasım 2002 genel seçimlerinde tek başına iktidara gelen AKP'nin 2002 sonunda ve 2003 başında kurulan 58 ve 59. uncu hükümet programları sağlık sistemi dolayısıyla SDP ile ilgili önerilerini şöyle açıklıyordu (3,4):

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Hastanelerin tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Devletin sağlık hizmetlerini gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak sunması.

Bu önerilerin önemi 2003 yılı ve sonrasında uygulamaya konulan tüm reformların temelini oluşturmasıdır. Ayrıca 2003 yılında Dünya Bankasına hazırlatılan rapor ve Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın SDP ilerleme raporu da aynı hedeflere yer vermektedir (5,6).

2003-2011 döneminin en büyük özelliği sadece aile hekimliği uygulamasına geçilmesi değil, aynı zamanda hastanelerin ve finansman yapısının da önemli değişimler geçirmesidir. Mart 2003 tarihinde Dünya Bankası tarafından hazırlanan rapordan da anlaşılacağı üzere bu dönemde SDP ile ilgili en büyük mali ve politik desteği Dünya Bankası vermiştir. 2004-2009 yılları arasında sağlık reformlarında kullanılmak üzere Dünya Bankasından 8 ayrı anlaşmayla yaklaşık 1,5 milyar dolar kredi alınmıştır. Bu kredilerin birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgili miktarı ise yaklaşık yarım milyar dolar civarındadır ve kullanım alanları şöyledir (2,7,8):

i. Dünya Bankası Kredisi: Faz I: (50 milyon Euro)/2004
   * Aile hekimliği pilot uygulamasının başlatılması

ii. Dünya Bankası Kredisi: İkinci Sağlık Projesi (150 milyon dolar)/2004
   * Sağlık hizmetlerine ulaşımı artırmak
   * Sağlık hizmetleri yönetiminin kalitesini artırmak

iii. Dünya Bankası Kredisi: SDP 1. Aşama (71 milyon dolar)/2004
   * Aile hekimliği sisteminin kurulması
   * Halk sağlığının güçlendirilmesi
   * Sağlık insangücü kapasitesinin güçlendirilmesi

iv. Dünya Bankası Kredisi: Faz II: (114 milyon Euro)/2005
   * Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminin uygulanması

v. Dünya Bankası Kredisi: SDP 1. Aşama ek proje (55 milyon dolar)/2007
   * Aile hekimliği sisteminin otonom hale gelmesi

vi. Dünya Bankası Kredisi: (56 milyon Euro)/2009
   * Aile hekimliği ile ilgili danışmanlık hizmetleri (26 milyon Euro)
   * Aile hekimliği ile ilgili eğitim ve çalıştaylar (18 milyon Euro)
   * Aile hekimliği ile ilgili malzeme ve teknik hizmetler (9 milyon Euro)

SDP'nin birinci basamak için en önemli yapısal reformu 2004 yılının son günlerinde çıkartılan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun" ile uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığının 3 Ocak 2005 tarihli kararı ile Düzce ili aile hekimliğinin uygulanacağı pilot il olarak seçilmiş ve aynı yıl Düzce'de sağlık ocakları aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüştür. Daha sonra 2006 yılında Eskişehir, Denizli, Edirne, Bolu, Gümüşhane, Adıyaman; 2007 yılında İzmir, Isparta, Samsun, Amasya, Bartın, Sinop, Elazığ illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Pilot uygulamanın devamında 2010 yılı sonuna kadar aile hekimliği uygulaması 81 ilin tamamına yaygınlaştırılmıştır. Yeni getirilen sistem ile ilk başlarda açıkça ifade edilmese bile sosyalleştirme dönemi bitmiş, sağlık ocakları kapatılmış ve tüm Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu nedenle bu döneme "sosyalleştirmenin yıkılış dönemi" ismi de verilebilir.

Sosyalleştirme dönemindeki sağlık ocağı sistemiyle SDP dönemindeki aile hekimliği sisteminin temel farklılıkları Tablo-1'de özetlenmiştir:

Tablo-1: Sağlık ocağı ile aile hekimliği sisteminin temel farklılıkları

	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği
Bölge tabanlı hizmet	Var	Yok
Halk sağlığıyla entegre hizmet	Var	Yok
Ekip özelliği	Geniş Ekip	Dar Ekip
Gezici hizmet	Var	Kısıtlı
Hekim seçme hakkı	Yok	Var
Rekabete dayalı hizmet	Yok	Var
Hekim ödemesi	Maaş	Maaş Kişi Başı Ödeme Döner Sermaye Performans

Tablo-1'de de görüldüğü üzere yeni dönemin en önemli farkı toplum sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği hizmetle-

rinden ayrılması ve halk sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunun bozulması olmuştur. Sağlık ocağı döneminde daha geniş bir ekip bölgedeki halk sağlığı hizmetlerinden de (çevre sağlığı, filyasyon, okul sağlığı, iş sağlığı vb) sorumlu iken aile hekimliğinde bu sorumluluk ilçe bazında görev yapan ayrı bir ekibe (Toplum Sağlığı Merkezi-TSM veya İlçe Sağlık Müdürlüğü-İSM) verilmiştir. Sosyalleştirme döneminde bölge tabanlı ve geniş ekiple verilen hizmetler, aile hekimliğinde bir bölgeye dayanmayan, iki kişiden oluşan dar bir ekiple verilen hizmete dönüştürülmüştür. İkinci önemli farklılık ise coğrafi bölge kavramında ortaya çıkmıştır. Sağlık ocağı sınırları belli bir coğrafi bölgenin tamamından sorumlu iken aile hekimleri sadece kendilerine kayıtlı nüfustan sorumlu olmuşlardır. Bu durumda aile hekimlerine farklı ilçelerden ve semtlerden kişiler de kayıt olabilmişlerdir.

İki sistem arasındaki farkı ele alan bazı araştırmalarda aile hekimliği döneminde aile planlaması çalışmalarının ve gezici hizmetlerin daha az olduğu; çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalık filyasyon çalışmalarının daha yetersiz olduğu saptanmıştır (9,10). Ayrıca Türkiye'de negatif performansa dayalı uygulamaların nicelik açısından istenen en az sayıları tutturmasına karşın niteliğin göz ardı edildiği de bilinmektedir (11). Aile hekimliği döneminde olumlu yönde olan değişimlerin başında ise fiziki-teknik olanakların düzeltilmesi ve kişi başı muayene başvurularının daha yüksek olması gelmektedir (9,12). Ancak sevk zinciri uygulaması yapılmamakta, birinci basamak başvuruları çoğunlukla tanısı konulmuş hastalıkların ilaçlarını yazdırma veya basit yakınmalar nedeniyle olmaktadır. Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kalp-damar hastalığı ve benzeri kronik hastalıklarda birinci basamak etkin bir şekilde kullanılmamaktadır (13-16). AB ülkeleri arasında yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'deki aile hekimliği hizmetleri orta düzeydedir ve daha güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulabilmesi için kapsayıcılık, süreklilik, ulaşılabilirlik ve koordinasyon (sevk işlemleri) anlamında iyileştirmelere ihtiyaç vardır (16).

Bu dönemde birinci basamak sağlık kuruluşlarının gelişimine bakıldığında Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) sayısı artarken Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) ve Verem Savaş Dispanseri (VSD) sayılarının ise azaldığı dikkati çekmektedir (bakınız Tablo-2). Bu durum özellikle Tüberkülozla mücadele ve kadın sağlığı hizmetleri açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Bu dönemde halkın birinci basamağa başvurma ve aile hekimlerini kullanma oranlarında önemli artışlar olmuştur (bakınız Grafik-1). Sağlık politikaları SDP döneminde bilinçli olarak bu durumu artıracak yönde düzenlenmiş ve bu da hasta memnuniyetine yansımıştır. Bunda ASM sayısının artması, Sağlık Bakanlığının yatırımlarıyla aile hekimlerinin ofislerinin fiziksel ve teknik olanaklarının daha iyi olması, telefonla hekime ulaşma vb gibi faktörler de önemli rol oynamıştır (9). Ayrıca sevk uygulamasının tamamen kaldırılması, isteyen herkesin özel sektör de dahil istediği kuruma başvurabilmesi Türkiye'yi OECD ülkeleri arasında en fazla başvuru yapılan 7. ülke haline getirmiştir (bakınız Grafik-2). Ancak son 5 yıldır birinci basamağa yapılan başvurularda önemli bir düşme eğilimi vardır. 2011 yılında 3.3 olan başvuru oranı 2014 yılında 2.9'a, 2016'da 2.7'ye düşmüştür (bakınız Grafik-1).

Bu dönemde ASM'lerin sunmadığı veya sunamadığı hizmetler için kurulan TSM'lerin hızla güçlendirilmesi ve desteklenmesi gerekirken ne yazık ki bu sistemin en zayıf parçası olarak kalmışlardır. TSM'lerle ilgili ilk düzenleme 2005 yılında yürürlüğe giren "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" olmuştur. Daha sonra 2010 yılında bu yönerge yenilenerek tekrar yayınlanmıştır ancak hem mevzuatın hem de politik kararlılığın eksik kaldığı TSM hizmetleri bu dönemde oldukça kısır ve zayıf kalmıştır.

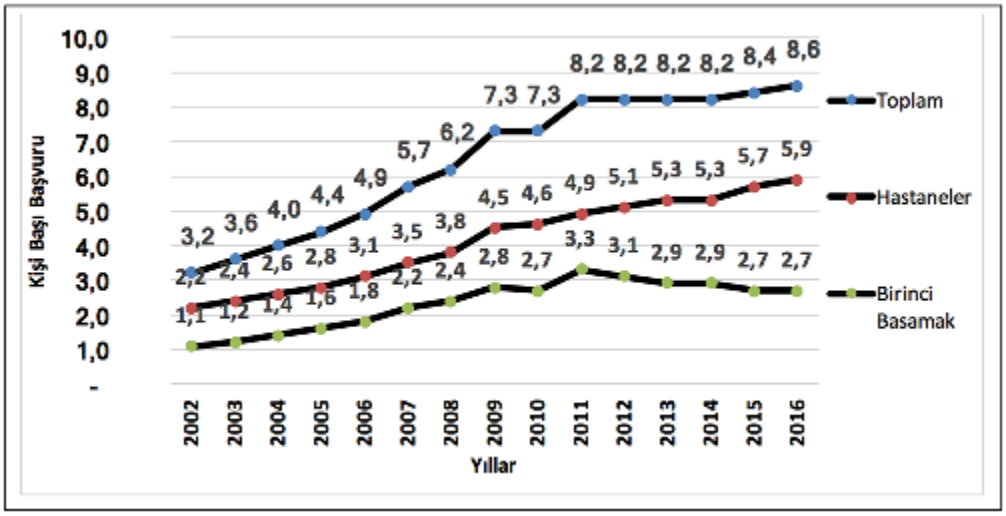
Tablo-2: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sayıları (2002-2016)

	2002	2010	2013	2016
Sağlık Ocağı	5055	-	-	-
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	-	6367	6756	7636
Aile Hekimliği Birimi	-	20185	21175	24428
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)	-	961	971	970
Sağlık Evi	2899	3292	5594	5419
AÇSAP	298	192	183	181
VSD	277	198	177	180
KETEM	84	122	134	159

Kaynaklar: 12, 17-19.

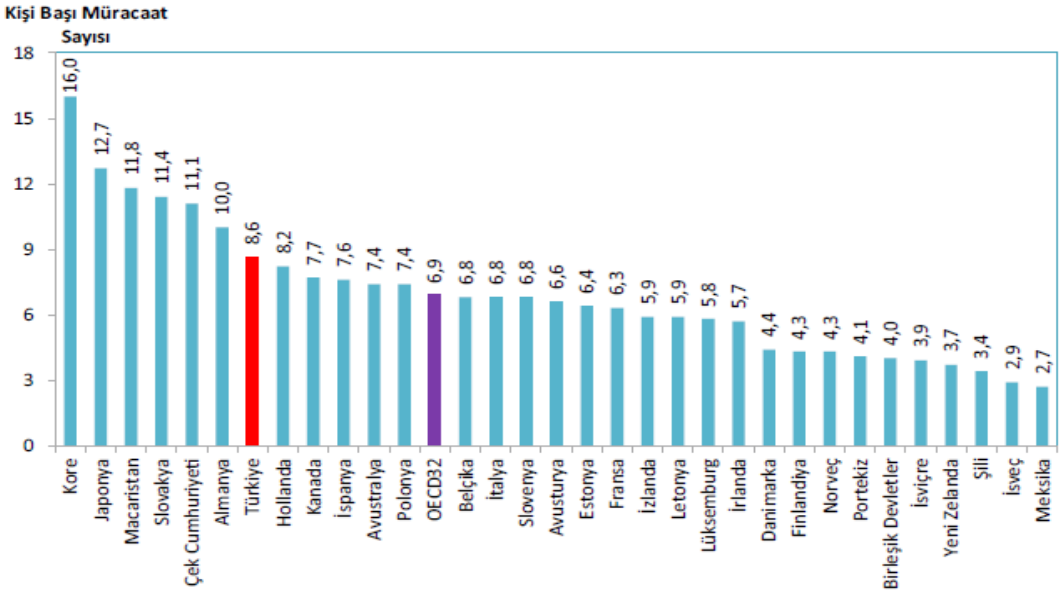
c. 2012-2018 aile hekimliği gelişme dönemi:

Bu dönemde en önemli düzenlemeler 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 s KHK ile yapılmıştır (27). Bu kararnameyle bakanlık merkez ve taşra teşkilatında sağlık örgütlenmesi açısından çok önemli değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Birinci basamak için en önemli değişiklik TSM'lerin görevleri ve kadrolarının 663 s KHK'ye dayanarak 2012 yılında çıkartılan bir yönetmelik ve yönerge ile tanımlanmış olmasıdır (28,29). Ancak bu mevzuatın yeterli olmaması ve uygulamadaki sıkıntıların devam etmesi nedeniyle 2015 yılında sadece TSM hizmetlerini tanımlayan ayrı bir "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" yayınlanmak zorunda kalınmıştır. Bu yönetmeliğe göre TSM'ler bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen; bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; böl-



Grafik-1: Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı (2002-2016)

Kaynaklar: 12, 17-26 nolu kaynaklardan yararlanılarak çizilmiştir



Grafik-2: Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı (OECD Ülkeleri), 2016

Kaynak: 12

gesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır. Yönetmelikte TSM'lere bağlı birimler olarak uzun yıllardır Türkiye'de varolan AÇSAP ve VSD gibi dikey örgütlerin yanısıra Diyabet ve Obezite Birimi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi (İSG), KETEM gibi yeni birimler tanımlanmıştır (30).

2012-2015 yılları arasındaki tüm çabalara ve yasal düzenlemelere karşın TSM'lerin sorunları çözülememiştir. Bunun birinci nedeni TSM görev tanımının iyi yapılmamış olmasıdır. TSM'ler genelde aile hekimliği uygulamasındaki sorumlusu belli olmayan veya aile hekimlerinin iş yükü nedeniyle yapamadığı işleri yapan bir örgütlenme birimi olarak görülmüştür. Tüm bunlara ek olarak TSM'ler toplumsal düzeydeki sağlığı geliştirme programlarından (halk eğitimleri, ulusal tütün kontrol programı, çevre sağlığı vb) sorumlu olmalıdır (31).

TSM'lerle ilgili bir başka sorun ise TSM ve ASM nüfuslarının birbirini kapsamamasıdır. Bu nedenle ilçe düzeyinde sağlık düzeyi göstergeleri hesaplanırken paydaya konulacak nüfusun belirlenmesi sorunu yaşanmakta, birçok gösterge tam olarak hesaplanamamaktadır. Bunun yanı sıra bulaşıcı hastalıkların, salgınların erken tespiti ve filyasyon çalışmaları da oldukça zorlaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin bölge temelinde planlanması ve yürütülmesinde her aile hekiminin bölge dışından da kendisine bağlı bireylerin kayıtlı olmasına bağlı olarak önemli sıkıntılar yaşanmaktadır. Bölgeye ait gerçekçi bir planlama gerçekleştirme olasılığı bu sistemde çok düşüktür. Bu nedenle HASUDER hazırladığı raporda aile hekimlerinin sadece TSM bölgesi içinden bireylerle sözleşme yapması önerisini getirmiştir (31). TSM bölgesinin nüfusunun bağlı ASM'ler açısından bir bütünlük oluşturması oldukça önemlidir. Sonuç olarak TSM'ler aile hekimliği ile kıyaslandığında Sağlık Bakanlığının önemsemediği, olanakları ve insangücü açısından yeterli olmayan, aile hekimliği çalışmalarını denetleme, verilerini incelemede ciddi sorunlar yaşayan, elektronik olarak sistemlerin birbirine uyumlu ve entegre olamadığı oldukça sıkıntılı ve sorunlu bir birim haline gelmiştir.

Bu dönemin son yıllarında Sağlık Bakanlığı çıkardığı bir genelgeyle TSM'lere bağlı yeni bir birim olarak Halk Sağlığı Merkezleri kurulmasını gündeme getirmiştir (32). 24 saat çalışacak ve Eğitim Araştırma ASM'lerini de içerecek bu birimler tam olarak yaşama geçirilememiş, kurulduğu illerde daha sonra isimleri değiştirilerek Sağlıklı Hayat Merkezi'ne dönüştürülmüştür. Sağlıklı Hayat Merkezi sayısı 2017 yılı itibarıyla 58 adettir ve SB bu sayıyı 2018 yılında en az 100'e çıkarmayı hedeflediğini açıklamıştır (33). Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki örgütlenmede süren karmaşa bununla da kalmamış 2017 yılında Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi yeniden bir değişim sürecine girmiştir. Sağlık Bakanlığı 15 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 s KHK ile sadece birinci basamakta değil il teşkilatında ve hastanelerde yaşadığı örgütlenme sorunları nedeniyle de teşkilat yapısında yeniden değişikliğe

gitmiştir (34). KHK'nın 187. Maddesi ile Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı il ve ilçe sağlık müdürlükleri olarak tanımlanmış ve 7 Kasım 2017 tarihinde yayınlanan "Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge"nin 20. Maddesi ile de "ilçe sağlık müdürlüğünün kurulduğu ilçelerde TSM kurulmaz" kararı almıştır (35). Böylece Sağlık Bakanlığı 2018 yılında TSM'leri İlçe Sağlık Müdürlüklerine dönüştürmeye başlamıştır (36).

2. Hastaneler: 2000-2002 semt polikliniklerinin artış dönemi:

2000-2002 yılları arasındaki koalisyon döneminin hastanelerle ilgili yaptığı en önemli düzenleme hastanelere bağlı semt polikliniklerinin sayısının artırılmasıdır. 2000 yılında tüm Türkiye'de 58 olan semt polikliniği sayısı 2002 yılsonunda 113'e ulaşarak iki katı artarken özel hastane sayısı aynı dönemde kısıtlı sayıda artarak 234'ten ancak 241 adete çıkmıştır (17,37).

2003-2011 SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ve özel hastanelerin gelişme dönemi:

SDP ilk döneminin başladığı bu yıllarda yataklı tedavi kurumlarıyla ilgili olarak öncelikle devlet hastanelerinin işletme haline getirilmesi amacıyla Dünya Bankasından Faz I-II kredileri olarak 164 milyon Euro kredi alınmıştır. Bunu tamamlayan gelişmeler sözleşmeli çalışma ve devlet hastanelerinde performans uygulamasına geçilmesi olmuştur. Ayrıca bu dönem özel hastaneleri teşvik amacıyla yapılan mevzuat düzenlemeleriyle geçmiştir. Ancak bu dönemin en önemli gelişmesi 2005 yılında SSK hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin birleştirilmesi uygulamasıdır. Bu politikanın gerekçesi Sağlık Bakanlığınca çeşitli kamu idareleri altında faaliyet gösteren hastanelerin tek çatı altında toplanarak, kamu kaynaklarının verimli kullanılabilmesi, sağlık alanında tek merkezden planlamanın yapılabilmesi ve vatandaşlar arasında hizmet alımındaki ayırımın kaldırılması olarak açıklanmıştır.

Ancak hastanelerin birleşmiş olması olumlu olmakla birlikte yeni bir ayrışma daha gündeme gelmiş artık sağlık hizmet sunumu ile sağlık finansmanı birbirinden tamamen ayrılmıştır. Sağlık finansmanı bölümünde daha ayrıntılı işleneceği üzere Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli kurum SGK ve onun bağlı olduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı haline gelmiştir.

SDP uygulamasındaki en önemli bileşenlerden birisi sağlıkta özelleştirmedir. "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" bu dönemde on defadan fazla değiştirilmiştir. Özel muayenehane, poliklinik ve dal merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetim usullerini de bakanlık sürekli değiştirerek ve zorlaştırarak aslında özel sektörde büyük sermayenin önünü açmıştır. Bu dönemde uygulanan politikalar sonucunda özel sektörde sermayenin küçük kuruluşlardan (özel poliklinikler) büyük merkezlere ve günümüzde şehir hastanelerine doğru kaydığı görülmektedir. Örneğin 2002 yılında 3143 olan özel poliklinik sayısı, 2008'de 900'e; 2016'da 341'e düşmüştür (%89 azalma). 2008 yılında 405 olan özel tıp merkezi sayısı ise 2016'da 762'ye çıkmıştır (12,17,21). Grafik-3'te de görüldüğü üzere özel hastane sayısı da SDP başladığında 271 iken 2016 yılında iki kat artarak 565'e çıkmış ve tüm hastanelerin (1510 adet) yaklaşık olarak üçte biri düzeyine (%37,4) gelmiştir. Özel hastanelerin gelişmesi amacıyla uzun süredir bilinçli bir politika izlenmektedir. Bunun en büyük kanıtlarından birisi özel hastane başvurularının (ameliyat veya tetkik vb) SGK tarafından ödenmeye başlanmasıdır.

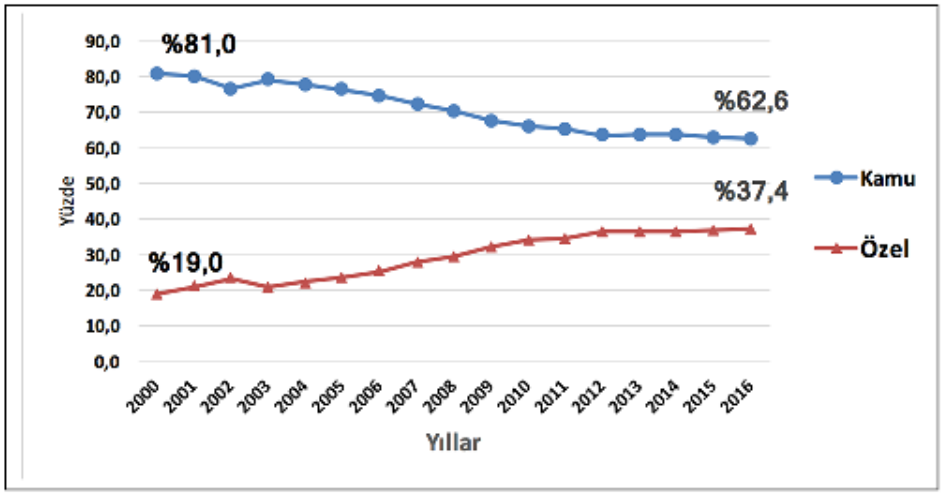
Sağlık bakanlığı yataklı sağlık tesisleri rollerinin yeniden belirlenmesi ve gruplandırılmasına ilişkin kriterler de 2009 yıl sonunda yürürlüğe girmiş olup hastaneler aşağıda da görüleceği üzere A, B, C, D ve E şeklinde gruplandırılmıştır (39):

AI grubu hastaneler: En az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunulduğu yataklı sağlık tesisleridir.

AI dal grubu hastaneler: Eğitim yetkisi verilmiş üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunulduğu belirli bir uzmanlık alanında hizmet verilen yataklı sağlık tesisleridir.

AII grubu hastaneler: Eğitim-araştırma statüsünde olmayan, bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları olmak üzere en az dört branşın her birinden 6 ve üzeri uzman tabip bulunan sağlık tesisleridir. 3. basamak yoğun bakım ünitesi ve 3. seviye acil servis bulunması gerekir.

AII dal grubu hastaneler: Eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde olmayan tüm dal hastaneleri A-II grubu dal hastaneleri olarak adlandırılmıştır.



Grafik-3: Özel Hastane Sayısında Gelişim (2000-2016)

Kaynaklar: 12, 17-26 ve 37-38 nolu kaynaklardan yararlanılarak çizilmiştir

B grubu hastaneler: A-I ve A-II grubu hastaneler dışında kalan, il merkezlerindeki genel hastaneler ile güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren sağlık tesisleridir. Bünyesinde en az 2. seviye acil servis, 2. basamak yoğun bakım ünitesi bulunması gerekir.

C grubu hastaneler: Güçlendirilmiş ilçelerde faaliyet gösteren, dört ana branşta uzman tabibin hizmet verdiği, ilave olarak diğer branşlardan en az iki uzman tabip bulunan sağlık tesisleridir. Bünyesinde en az 1. seviye yoğun bakım ve acil servis bulunması gerekir.

D grubu hastaneler: Güçlendirilmiş ilçelerle irtibatlandırılmış, ilçelerde faaliyet gösteren en az 25 hasta yatağı bulunan 4 ana branşta, her branş için en az 1 uzman tabip planlanmasının yapıldığı, bünyesinde, ameliyathane, diş polikliniği, doğumhane, gözlem odası ve ihtiyaca göre diyaliz birimi olan ve 1. seviye acil servis bulunan sağlık tesisleridir.

EI grubu hastaneler: Nüfusu 18 bin ve üzerinde olan ilçelerde faaliyet gösteren; hasta yatağı sayısı 25'in altında olan sağlık tesisleridir. 1.seviye acil veya acil ünitesi yapılanması gerekir.

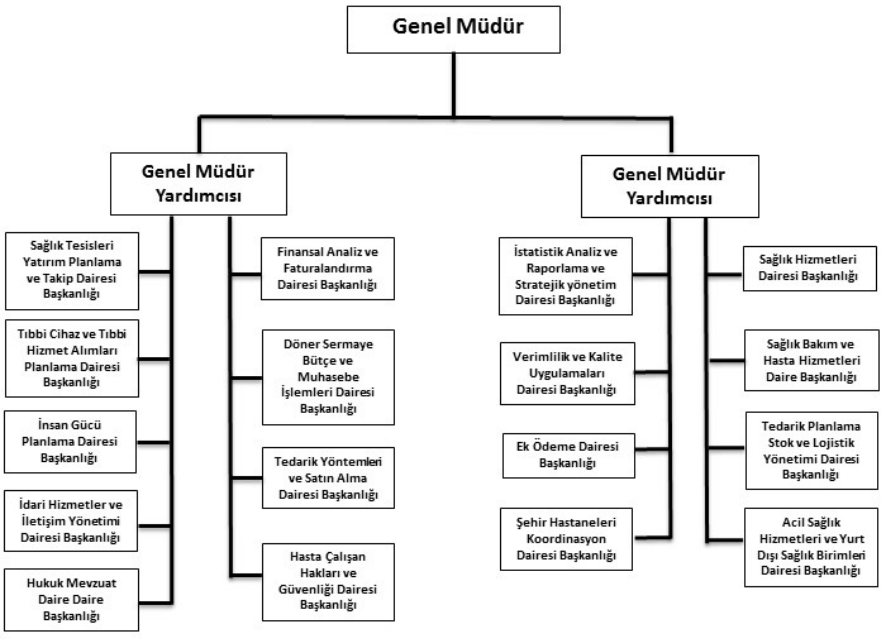
2012-2018 kamu hastaneleri birliği dönemi:

i.Kamu hastaneleri birliğinin kurulması:

2012 yılından başlayarak 663 s KHK ile ülkemizdeki yataklı tedavi hizmetlerinin sunumundan sorumlu olarak, merkezde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve taşrada (illerde) Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Kamu Hastane Birliklerinin kuruluş amacı hem hastanelerin bir işletme mantığı ile yönetilmesi hem de kamu hastanelerinin kurumca belirlenecek esaslara göre (tıbbi ve mali kriterler) yıllık değerlendirmelere tabi tutulması ve hastanelerin gruplandırılması olarak açıklanmıştır. Yapılan değerlendirme sonrası belli koşulları yerine getiremeyen hastanelerin genel sekreterinin ve tüm hastane çalışanlarının sözleşmesinin sona ereceği açıklanmış ancak gelen sert tepkiler, toplumsal muhalefet ve seçim kaygıları nedeniyle bu karar uygulanamamıştır. Nitekim uygulamanın amaçlarına ulaşamaması ve başarısızlığı nedeniyle 15 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 s KHK ile bu karardan geri dönülmüş ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kapatılarak Genel Müdürlüğe, Kamu Hastane Birlikleri ise Sağlık Müdürlüğüne bağlı başkanlıklara dönüştürülmüştür (34). Şekil-2'de yeni kurulan Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü merkez teşkilat şeması görülmektedir.

ii.Şehir hastaneleri

Bu dönemin bir başka önemli özelliği ise Kamu-Özel Ortaklığı (Public Private Partnership-PPP) adı altında başlatılan büyük şehir hastaneleri inşaatlarıdır. 2010 yılında yapılacağı ilan edilen 31 yeni proje ile uzmanlaşmış hastaneler ve ileri teknoloji tanı merkezleri ile aynı kampüste medikal oteller, laboratuvarlar, araştırma merkezleri, alışveriş merkezleri ve eczaneler planlanmıştır (33). Başlayan projelerden şu ana kadar biten dört hastane açılmıştır. Bu hastanelerden Adana 1550, Mersin 1294, Isparta 755, Yozgat 475 yataklıdır (toplam 4074 yatak kapasiteli). Mersin şehir hastanesinde 250-300 poliklinik odası bulunmakta ve Sağlık Bakanlığı yaklaşık olarak günlük 10 bin hasta sayısını hedeflediğini ifade etmektedir. Akfen Holding tarafından 1,1 milyar liralık yatırımla hayata geçirilen Isparta Şehir Hastanesinde ise 20 ameliyathane, 131 yoğun bakım ünitesi ve 167 poliklinik bulunmaktadır. Isparta Şehir Hastanesinde, Sağlık Bakanlığı 25 yıl kiracı olacak ve Akfen Holdinge kira ödeyecektir. Şehir hastaneleri sisteminde tıbbi hizmetlerin sorumluluğu Sağlık Bakanlığında kalırken bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane ve otopark gibi bütün hizmetler yapılan özel anlaşmalarla hastanenin yapım ve işletmesini üstlenen özel firmalara bırakılmaktadır. Şehir hastanelerinden 2018 yılsonuna kadar Ankara-Bilkent, Kayseri, Manisa, Elazığ ve Eskişehir şehir hastaneleri olmak üzere 5 hastane daha açılması planlanmaktadır. Planlanan 31 projenin 20'sinin 2020 yılına kadar bitirilmesi hedeflenmektedir. Kalan 11 projenin ise planlama ve ihale süreçleri devam etmektedir. Açılması planlanan toplam 42.199 yatak halen Türkiye'deki toplam yatak sayısının (210.000) yaklaşık %20'sine denk gelmektedir (bakınız Tablo-3). Bu hastanelerin toplam maliyeti yaklaşık 10 milyar dolardır. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı bütçe sunumuna göre bakanlık bu hastanelerin mal, hizmet ve bina giderleri için 2.6 milyar TL, talep garantilerinin finansmanı içinse 3.6 milyar TL bütçe ayırmıştır (33).



Şekil-2:Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Merkez Yapılanması (2018)
Kaynak: 40 nolu kaynaktan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

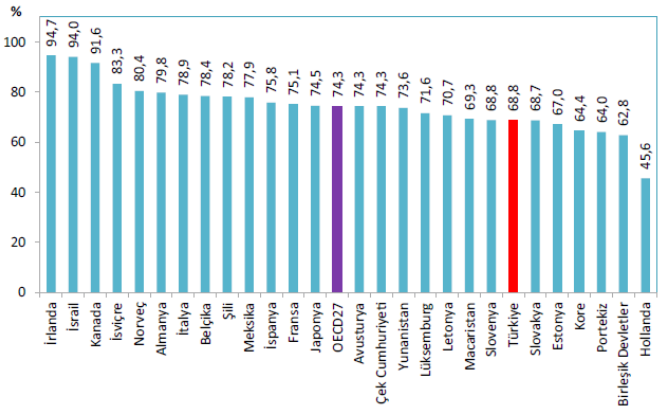
İl	Yatak Sayısı	İl	Yatak Sayısı
İstanbul Sancaktepe	4200	Elazığ	1038
Ankara Bilkent	3704	Antalya	1000
Ankara Etlik	3557	Denizli	1000
İstanbul Başakşehir	2682	Sakarya	1000
Ankara FTR-Psikiyatri	2400	Rize	1000
Gaziantep	1875	Aydın	950
İzmir Bayraklı	1700	Samsun	900
Şanlı Urfa	1700	Ordu	900
Kayseri	1607	Konya Karatay	838
Adana (açıldı)	1550	Isparta (açıldı)	755
Bursa	1355	Diyarbakır	750
Mersin (açıldı)	1294	Kocaeli	600
İzmir Tınaztepe	1200	Kütahya	600
Trabzon	1150	Manisa	558
Eskişehir	1081	Tekirdağ	480
Elazığ	1038	Yozgat (açıldı)	475
TOPLAM		42.199	

Tablo-3: Şehir Hastanelerinin Planlandığı İller ve Yatak Sayıları (2018)

Kaynak: 33

Öte yandan hastane yatağı doluluk oranlarına bakıldığında da Türkiye %69 ile OECD ülkeleri içinde 21. sıradadır ve bu durum Türkiye'de mevcut yatakların üçte birinin boş olduğu anlamına gelmektedir (bakınız Grafik-4).

Grafik-4: Hastane yatağı doluluk oranları OECD ülkeleri 2016



Kaynak: 12

iii.Acil servis başvuruları:

Türkiye'de SDP döneminde acil servislere yapılan başvuruların aşırı artışı en büyük sorunu oluşturmaktadır. 2002 yılında yaklaşık 20 milyon olan acil servis başvurusu, 2013 yılında 102 milyona, 2017 yılında 115 milyona ulaşmıştır (12,17,19,41). Sağlık Bakanlığı ve Acil Tıp Uzmanları Derneği verilerine göre kişi başına düşen acil servis başvurusu 2009 yılında 1.1 iken, 2013'de 1.3, 2017 yılında ise 1.4 olmuştur (12, 41). Tüm dünyada nüfusunun yaklaşık 1.5 katı acil servis başvurusu yapan tek ülke konumuna gelmek Sağlık Bakanlığını da harekete geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı 2018 yılında 20'si İstanbul'da toplam 63 hastanede acillerde 16.00-23.00 saatleri arasında yeşil alan hastaları için (gerçekte acil olmayan hastalar) poliklinik hizmeti verileceğini açıklamıştır (42). Ancak bu uygulama acil servis başvurularını azaltmayacağı gibi daha da artmasına yol açabilir.

3. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı:

a-2000-2002 herkese sağlık hedefleri dönemi:

İkibinli yılların başındaki koalisyon hükümeti Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesinin yayınladığı "Sağlık 21" dokümanı ve "Herkese Sağlık-Health for All" hedeflerinin Türkiye hedeflerine uyarlanmasını sağlamıştır. Bu dokümanlar zamanın Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerinin belirlenmesinde çok önemli bir rol oynamıştır. Nitekim 2001 yılında Sağlık Bakanlığı DSÖ hedeflerinden de yararlanarak "Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedefleri" isimli stratejik dokümanı yayınlamıştır (43).

b-2003-2011 ASM-TSM dönemi:

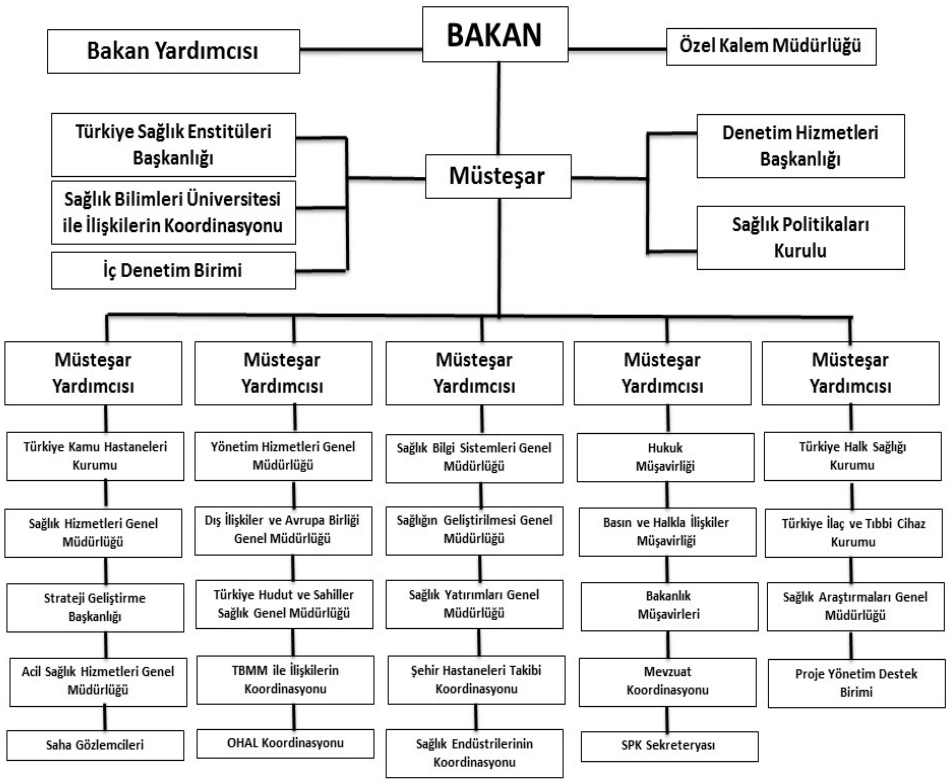
Bu dönemde Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında bir yandan sağlık ocakları ASM'lere dönüştürülürken bir yandan da henüz aile hekimliğine dönüşüm olmayan illerde hizmet sunumu sağlık ocakları aracılığıyla devam ettirilmiştir. Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde sağlık ocakları ASM'lere dönüştürüldükçe aynı zamanda ilçelerde de TSM'ler açılmaya başlanmıştır.

Bu dönemin en önemli olaylarından birisi de 1982 yılından beri atıl durumda bulunan Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulunun kapanışından 20 yıl sonra 2003 yılında tekrar açılmasıdır. Bakanlığın ARGE'si konumuna getirilmek istenen kurum araştırma geliştirme çalışmaları dışında bakanlığa veri üretilmesi, DSÖ'yle bazı ortak çalışmaların yürütülmesinde rol almıştır. Uzaktan eğitim modeliyle hastane başhekimlerine ve yardımcılarına yönelik Hastane İşletmeciliği ve Sağlık Yöneticiliği eğitimi verilmiştir. Kurum halk sağlığı alanında da sertifika programı uygulamak istemiş ancak halk sağlığı uzmanlarından gelen haklı tepki sonrası bu proje uygulanamadan gündemden kalkmıştır (44). Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulu 2011 yılında çıkartılan 663 s KHK sonrasında maalesef tekrar atıl duruma düşmüştür.

c-2012-2018 Sağlık Bakanlığı reorganizasyon dönemi:

Örgütlenme anlamında en ciddi değişimler bu dönemde yaşanmıştır. SB ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görev-

leri hakkında 663 s KHK ile SB örgütleri önemli bir değişime uğramıştır. Bakanlık merkez teşkilatı içinde 12'si yeni olmak üzere 20 hizmet birimi (8 genel müdürlük, 3 başkanlık, 3 müşavirlik ve 6 koordinasyon birimi) 3 kurul ve 4 yeni kuruluş oluşturulmuştur (bakınız Şekil-3).



Şekil-3: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı (2012-2017)
Kaynak: 45 nolu kaynaktan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

Söz konusu KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yeni teşkilatında Temel Sağlık Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlükleri (GM) ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi kaldırılmakta, bu kurumların yerine Sağlık Hizmetleri, Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Araştırmaları gibi yeni GM'lükler kurulmaktadır. Ancak yeni kurulan GM'lükler ve bağlı kuruluşların görev alanlarının pek çok benzerlikler içermesi nedeniyle, örgütlenmede yeni bir kargaşaya yol açmıştır. Örneğin; sağlık insan gücü planlaması hem "Sağlık Hizmeti GM", hem "Yönetim Hizmetleri GM" nün görev alanlarına girmektedir. "Sağlığın Geliştirilmesi GM"nün üstlendiği görevler aynı zamanda "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu"nun çalışma alanlarına girmektedir. Öte yandan klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeler Sağlık Araştırmaları GM yerine Sağlık Hizmetleri GM'ne verilmiştir. Sağlık personelinin eğitim materyallerinin hazırlanması Sağlık Hizmetleri GM tarafından yerine getirilmesi gereken bir görev olması gerekirken, Sağlık Araştırmaları GM'nün görevi olmuştur. Strateji Geliştirme Başkanlığının görevi yalnızca mevzuatla sınırlı mali yönetim, döner sermaye ve mali kaynakların etkili kullanılması alanlarıyla sınırlı tutulmuştur.

663 s KHK ile kurulan yeni genel müdürlüklerden ve kurullardan en önemlilerinin görevleri kısaca şöyle özetlenebilir:

i.Sağlık Hizmetleri GM:

Sağlık meslek mensuplarının uyum, hizmet içi eğitim, sertifikalı eğitim, görevde yükselme ve unvan değişikliği eğitimleri ve benzeri eğitimleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak, koordine etmek, kredilendirme, izleme ve denetimini sağlamak. Sağlık insan gücü planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan gücü yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak. Alternatif tıp uygulamaları, geleneksel-tamamlayıcı tıp hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, özel sağlık hizmetleri ve benzeri tüm sağlık hizmetlerinin standartlarını belirlemek.

Son cümlede de görüldüğü üzere Sağlık Hizmetleri GM özellikle son zamanlarda giderek yaygınlaşan hacamat, kupa çekme, sülük ve benzeri geleneksel ve alternatif tıp uygulamalarını bakanlığın himayesi altına almış durumdadır. Ayrıca Halk Sağlığı Kurumu'nun olduğu bir örgütlenme modelinde halk sağlığı kurumuyla benzer görevleri üstlenen genel müdürlükler hizmette duplikasyonlara ve koordinasyon bozukluğuna yol açan bir yapı oluşmasına yol açmıştır.

ii.Sağlığın Geliştirilmesi GM:

Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek. Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak.

Sağlığın Geliştirilmesi GM de Halk Sağlığı Kurumu'nun olduğu bir örgütlenme modelinde gereksiz bir yapı daha oluşmasına yol açmıştır. Ağırlıklı olarak halkla ilişkiler, medyayla iletişim, sağlık okur yazarlığı, riskli davranışları azaltma yönünde kampanyalarla ilgilenmektedir (46).

iii. Sağlık Araştırmaları GM:

Araştırma ve sağlık sistemleri geliştirme, sağlık istatistikleri, sağlık teknolojileri değerlendirme, yönetim destek hizmetleri, eğitim, proje ve ar-ge birimlerinden oluşmak-

tadır. Genel müdürlüğün görevleri sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak; sağlık hizmetlerinde çalışan personelin mesleki eğitimi ve gelişimi için eğitim materyallerini hazırlamak, seminer, sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek; sağlık istatistiklerini derlemek ve yayınlamaktır.

iv.Sağlık Politikaları Kurulu:

Sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevleri yerine getirmek üzere görevlendirilen 11 üye ile müsteşar ve müsteşar yardımcılarından meydana gelir. Kurul üyeleri Bakan tarafından görevlendirilir ve görev süresi 2 yıldır.

v.Sağlık Meslekleri Kurulu:

Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirir. Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek, meslek mensuplarının mesleki yeterlilik ve etik eğitimi ile hasta hakları eğitimine tâbi tutulmasına ve eğitimlerin süresine ve müfredatına karar vermenin yanısıra sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek gibi görevleri vardır.

vi.Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kurulması:

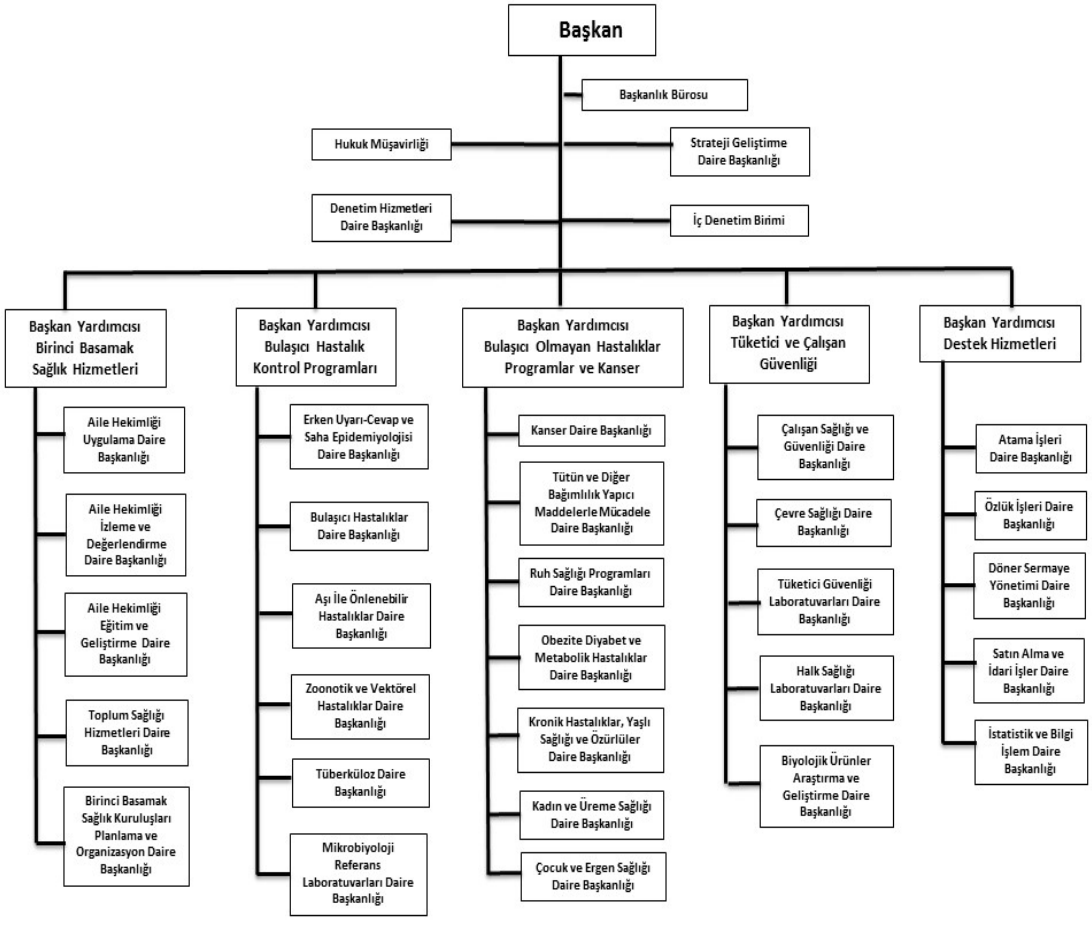
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşrada Halk Sağlığı Müdürlükleri'nin kurulması bu dönemde yeni örgütlenme modeli içindeki en olumlu gelişme olmuştur. Ancak temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında en önemli kurum olacağı öngörülen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun bu anlamda çok başarılı olamadığı görülmektedir. Bunun başlıca nedeni Sağlık Bakanlığı içinde çalışmakta olan halk sağlığı uzmanlarının sayısal yetersizliği ve yönetsel kademelerdeki liyakata dayalı olmayan atamalardır.

2012-17 yılları arasındaki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez örgütlenme şeması Şekil-4'te verilmiştir. Kurumda aile hekimliği hizmetleri için 3 ayrı daire başkanlığı kurulması dikkati çekmektedir.

vii. Halk Sağlığı Müdürlüğü kurulması:

2012-17 yılları arası dönemde illerde Halk Sağlığı Müdürlüklerinin kurulması da çok olumlu bir gelişme olmuştur. Ancak Halk Sağlığı Kurumunun görev tanımı kadar illerdeki hizmet birimleri arasındaki sorumluluk ve görev ilişkilerinin de net olması gerekmekteydi. Bu durum ne yazık ki sağlanamamıştır. Aynı şekilde taşra örgütlenmesinde kurulan İl Sağlık Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Müdürlüğü arasındaki sorumluluk ve görev paylaşımı da açık olarak tanımlanamamıştır.

Böylece 2011 yıl sonunda çıkartılan 663 s KHK ile oluşturulan yeni teşkilat yapısının gerek merkezde gerekse taşra teşkilatlarında ciddi örgütlenme sorunları oluşturduğu görülmektedir. Merkezde aynı görevi üstlenen çok sayıda genel müdürlük olması, hizmetlerin koordinasyonunda ve etkisiz olmasında sorunlar yaratmıştır. Ayrıca merkezdeki tüm birimlerin taşra teşkilatında eş değer bir yansımasının olmaması alınan kararların taşrada anlaşılmasında ve uygulanmasında da sorunlar yaratmıştır (13). İllerdeki Halk Sağlığı Müdürlüklerinin içerdiği şube müdürlükleri Tablo-4'te verilmiştir.



Şekil-4: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2012-2017)

Kaynak: 47 nolu kaynaktan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

viii. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Başkanlığı kurulması:

2012-17 yılları arasında Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatındaki en büyük sorun il içinde üç başlı bir yapı oluşması olmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği arasında gerekli uyum bir türlü sağlanamamış, yetki ve görev karmaşası doğmuştur. Örgütlenmedeki problemlerin giderek artması dolayısıyla merkez ve taşra teşkilatında değişim hazırlıkları başlamıştır. 2017 yılı Ağustos ayında çıkartılan 694 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında yer alan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumları artık Genel Müdürlüklere dönüştürülmüştür. İllerde ise bu yapıların uzantıları İl Sağlık Müdürüne bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı ve Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı şeklinde olmuştur. Sağlık Bakanlığı yeni teşkilatlanma yapısı Şekil-5'de gösterilmiştir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun genel müdürlük haline getirilmesiyle de merkezdeki bazı birimlerde değişiklikler yapılmıştır. Genel müdür yardımcıları dörde inmiş, aile hekimliğiyle ilgili daire başkanlıkları birleştirilmiş, ancak ek olarak göç sağlığı daire başkanlığı oluşturulmuştur. Özlük işleri, atama, satın alma ve döner sermaye gibi daire başkanlıkları ise tamamen kaldırılmıştır. Aşağıda Halk Sağlığı GM'nün yeni birimleri görülmektedir (lütfen karşılaştırma için Şekil-4'e de bakınız).

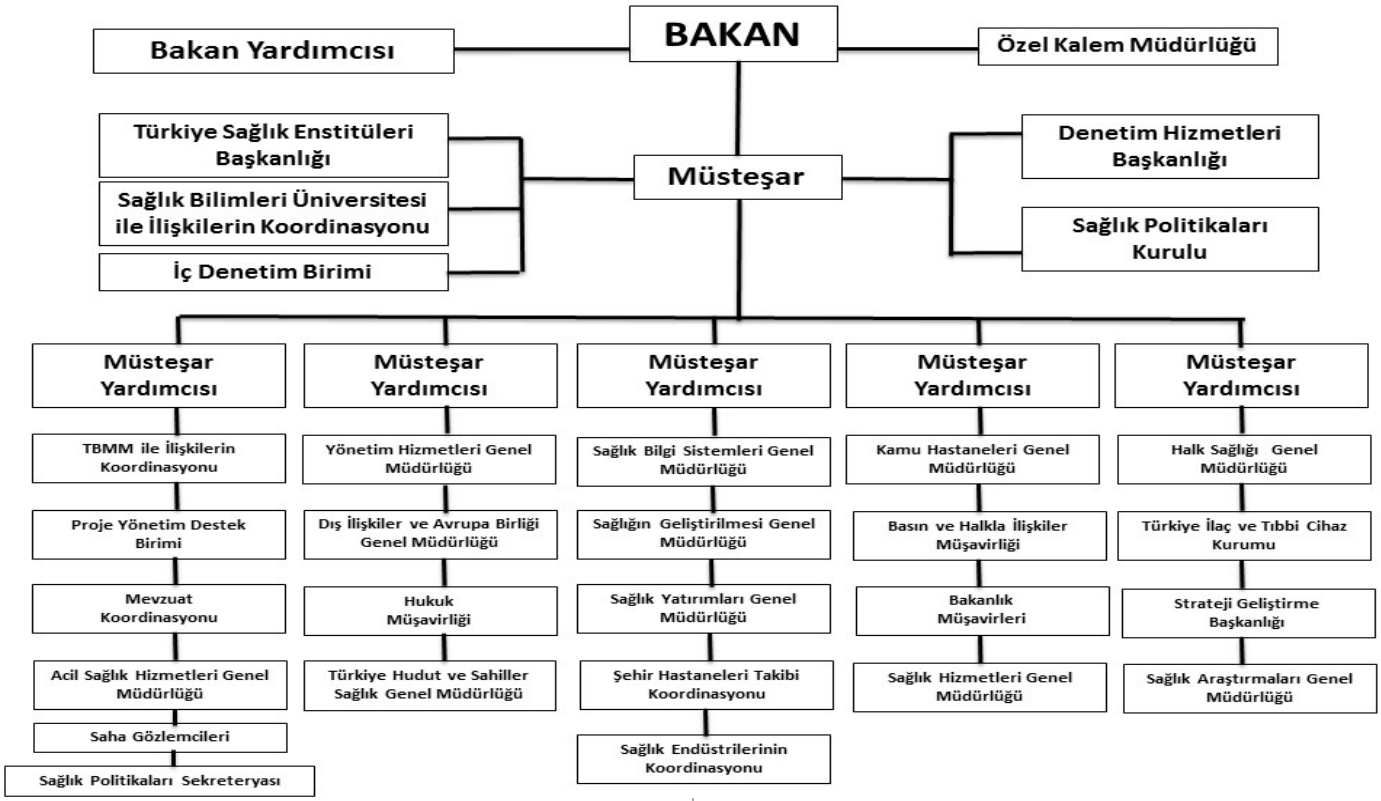
İ9 / İ8 GRUBU (41 İL)	İ7 GRUBU (16 İL)	İ6 GRUBU (12 İL)	İ5 GRUBU (8 İL)	İ4 ve İ3 GRUBU (2 İL)	İ2 GRUBU (1 İL)	İ1 GRUBU (1 İL)
ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=4	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=6	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=7	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=12	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=13	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=15	ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ SAYISI=21
164	%	84	%	26	15	21
AİLE HEKİMLİĞİ VE TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
		AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR, PROGRAMLAR VE KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR, PROGRAMLAR VE KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR, PROGRAMLAR VE KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
			BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						OBEZİTE, DİYABET VE METABOLİK HASTALIKLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
			RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI, TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI, TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
					TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
			ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
BULAŞICI HASTALIKLAR, ÇEVRE VE ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIK KONTROL PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIK KONTROL PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIK KONTROL PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIK KONTROL PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIK KONTROL PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	BULAŞICI HASTALIKLAR ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						TÜBERKÜLOZ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						AŞI PROGRAMLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
	ÇEVRE VE ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇEVRE VE ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇEVRE SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇEVRE SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇEVRE SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇEVRE SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
			ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ÇALIŞAN SAĞLIĞI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
DESTEK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	DESTEK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	DESTEK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İNSAN KAYNAKLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İNSAN KAYNAKLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İNSAN KAYNAKLARI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	ATAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						ÖZLÜK İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
					DİSİPLİN İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	DİSİPLİN İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
				İSTATİSTİK VE BİLGİ İŞLEM ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İSTATİSTİK VE BİLGİ İŞLEM ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İSTATİSTİK VE BİLGİ İŞLEM ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
			İDARİ VE MALİ İŞLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İDARİ VE MALİ İŞLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İDARİ VE MALİ İŞLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ	İDARİ İŞLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
						MALİ İŞLER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ

Tablo-4: Halk Sağlığı Müdürlüklerinin İllere Göre İçerdiği Şube Müdürlükleri (2012-2017)

Kaynak: 48

Ancak yeni örgütlenme modeli eski modelin taşradaki örgütlenme sorunlarını çözebilme yetisine sahip değildir. Çünkü ilçelerdeki esas sorun TSM'lerin aile hekimliği verilerini tam olarak görememesi, denetleyememesi ve yaptırım gücünün olmamasıdır. Bu sorun İlçe Sağlık Müdürlüğü için de aynen devam edecektir. Aile hekimleri halen özerktir ve yaptırım gücü valiliklerdedir (İl Sağlık Müdürlüğü). İlçe Sağlık Müdürlüklerinde standart bir elektronik veri toplama sistemi yoktur. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatındaki yapıların oluşturduğu politikaları uygulayacak olan yerel birimlerin henüz Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatında il ve ilçeler düzeyinde kurulamamış olması veya yeterince insangücüne sahip olmaması sorunları da devam etmektedir.

Tüm bu sorunlar sürerken Sağlık Bakanlığı tarafından 7 Kasım 2017 tarihinde yayınlanan "Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge" ile yeni bir sorunlu alan daha yaratılmıştır (35). Yönergenin 20. maddesi, bu alanda daha önce yayınlanan 5 Şubat 2015 tarihli "Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler Yönetmeliği"nin 5. Maddesine aykırı olarak



Şekil-5: Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Merkez Teşkilatı
Kaynak: 48 nolu kaynaktan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

"ilçe sağlık müdürlüğünün kurulduğu ilçelerde TSM kurulmaz" düzenlemesini getirmiştir (30).

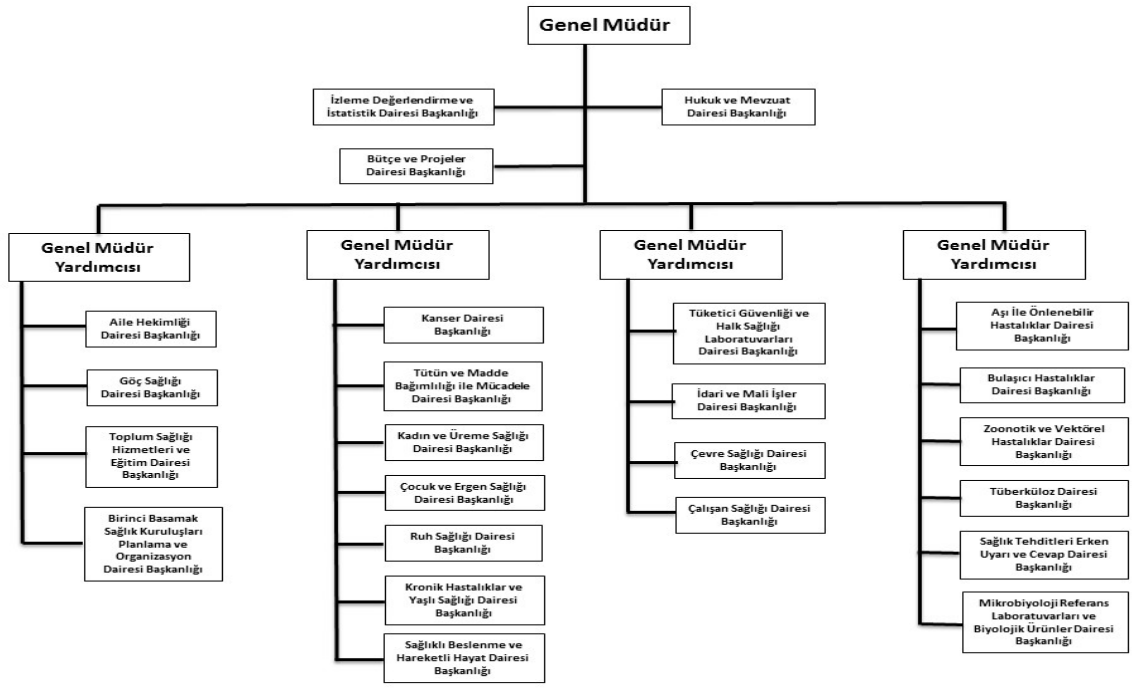
Halen Sağlık Bakanlığının 2018 yılına ait taşra teşkilat şeması ise Şekil-7'de verilmiştir.

ix.Sağlık serbest bölgeleri ve yurt dışı sağlık hizmetleri:

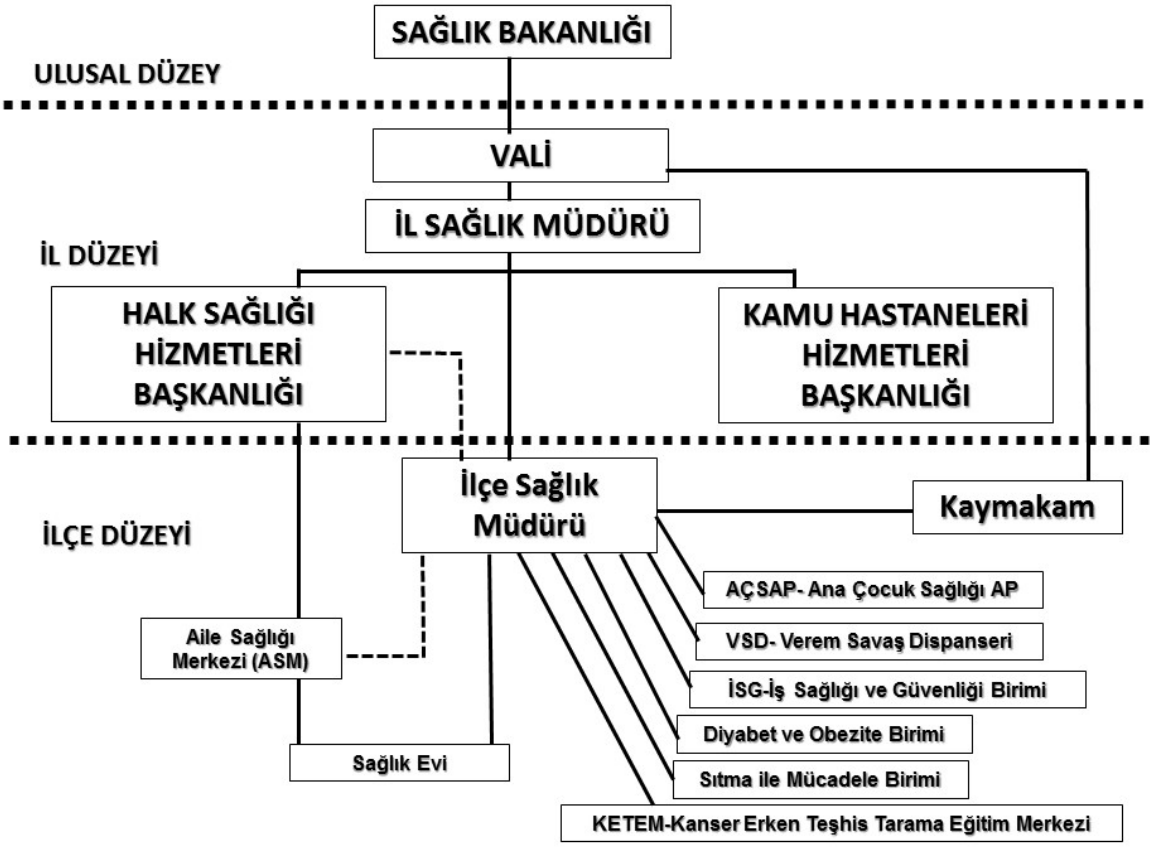
2012 yılından itibaren 663 s KHK ile oluşturulan yeni sağlık politikalarının içinde ayrıca Sağlık Serbest Bölgeleri ve yurt dışında sağlık hizmeti sunumu düzenlemeleri de önemli yapılar içermektedir. Özellikle Sağlık Serbest Bölgeleri küreselleşme politikalarına uygun olarak uluslararası sermayenin vergi ayrıcalığı tanınan bölgelere gelmesini özendirmek amacıyla kurgulanmıştır. Ancak "Sağlık Serbest Bölgeleri" yabancı sermaye için uygun bölgeler oluştururken, sağlık turizmi alanında ucuz sağlık işgücüne dayalı bir sömürü riski de taşımaktadır (51). Benzer şekilde "Yurt Dışı Sağlık Hizmet Birimleri" de önemli bir potansiyel tehlike içermektedir. "Yurt dışında sağlık hizmet sunumu" adı altında bazı Afrika ve Asya ülkelerinde yürütülen vakıf ve benzeri kuruluşların dış ülkelere yardım dışında başka niyetleri de taşıdığı 16 Temmuz 2016 darbe girişiminde ortaya çıkmıştır. Tüm bu sonuçlar Sağlık Bakanlığının 2012-17 yılları arasındaki yeniden örgütlenme modelinin başarısız olduğunu ve bakanlığın organik yapısının zarar gördüğünü göstermektedir (52).

x.Sağlık Bilişim Ağı (e-sağlık):

Sağlık Bakanlığı SDP ikinci fazında bütünleşik bir sağlık bilgi sistemi kurma çalışmalarını başlatmış ve elektronik sağlık kaydına dayalı bir sağlık sistemi amaçladığını açıklamıştır (33). Elektronik Sağlık Kaydında her hastaya ait bir sağlık dosyasını oluşturulması ve bilgilerin kağıt ortamı yerine elektronik ortamda kaydedilmesi böylece daha ucuz, kolay ve hızlı erişim amaçlanmaktadır. e-sağlık uygulamaları şöyledir:



Şekil-6: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018)
Kaynak: 50 nolu kaynaktan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

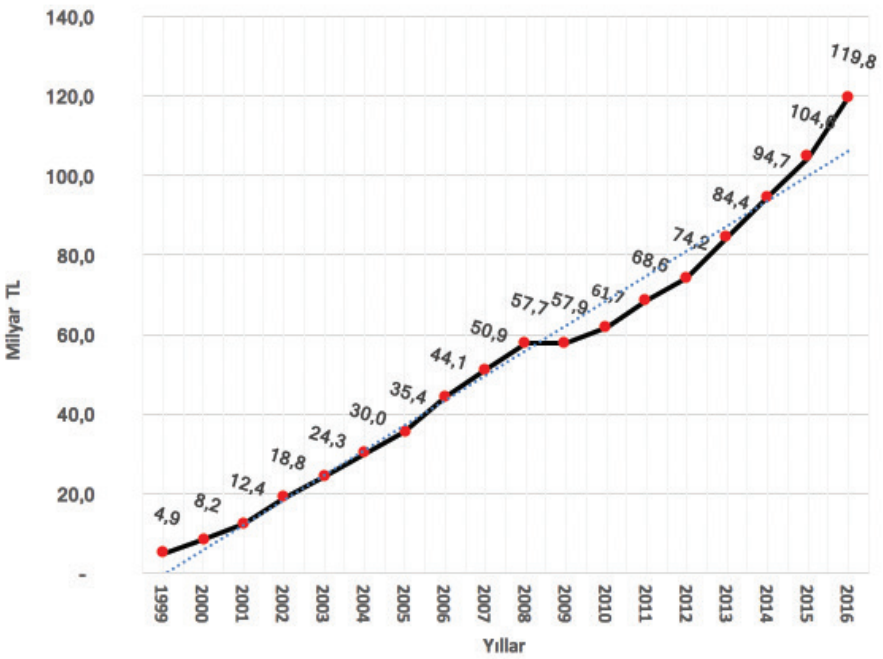


Şekil-7: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı (2018)

- AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi)
- HSBS (Halk Sağlığı Bilgi Sistemi)

Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

- e-Nabız (Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi)
- KDS (Karar Destek Sistemi)
- Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)
  * İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)
  * Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS)
  * Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS)
  * Yatırım Takip Sistemi (YTS)
- e- reçete
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)
- MEDULA
- Tele-Tıp: Hastanelerdeki dijital işlemlerin birbirine bağlanması



Grafik-5: Türkiye'de Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (1999-2016)

Kaynak: 54-64 nolu kaynaklardan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

Ancak yukarda sayılan e-sağlık hizmetlerinde tam bir başarı sağlanamamıştır. Çok sayıda sistem oluşturulmuş olması ve bunların birbirine entegre edilememesi en büyük sorundur. Özellikle aile hekimleri ile ilçe sağlık müdürlüğü ve il sağlık müdürlüğü düzeyinde elektronik kayıtların entegrasyon sorunu vardır. Toplanan bilgiler birbiriyle uyumlu olmamakta, bebek, gebe sayıları, aşılar vb hizmetlerde Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü ve aile hekimlerinin kayıtları birbirini tutmamaktadır. Benzer sorun hastaneler arasındaki kayıtlarda da söz konusudur.

xi.Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB):

Türkiye kanser gen projesi, genom projesi, mikrobiyom projesi gibi genetik araştırmalara ve kişiye özgül tedavilere yönelik çalışmalar başlatılmış bu amaçla Ankara'da Aziz Sancar Araştırma Merkezi açılmıştır (33). Ayrıca TÜSEB altında Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) kurulmuştur. TÜSEB araştırma ve politika geliştirme açısından geleceği olan ancak henüz gelişmemiş bir kurum vasfındadır.

II. SAĞLIK FİNANSMANI VE SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI:

1.Sağlık Harcamaları

a.Toplam sağlık harcamaları:

2000 yılı sonrası koalisyon döneminin birinci basamakla ilgili en önemli düzenlemesi 2001 yılında birinci basamak kurumlarında döner sermaye uygulamasına geçilmesidir. Birinci basamakta döner sermaye uygulamasının temel amacı birinci basamakta çalışan sağlık personelinin maaşına katkı yapmaktı. Ancak bu durum birinci basamakta tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkmasına ve hızla artmasına yol açmıştır (53). Bu uygulama tam olarak yaygınlaşamadan koalisyon dönemi 2003 yılında bitmiş ve aile hekimliği ile beraber bu uygulama birinci basamaktan kaldırılmıştır.

Reformlar çerçevesinde 2006 yılında kurulan SGK, 2008 yılından başlayarak Türkiye'deki tüm sosyal güvenlik kurumlarını birleştirmiş, 2012 yılından itibaren ise tüm Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca 2003 yılında gelir katkı payı personel performansı ile ilişkilendirilmiş, 2004 yılında bütün Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ödeme uygulamasına başlanmıştır. 2011 yılında performansa dayalı ödeme uygulamasına üniversitelerde de geçilmiştir. Bunun sonucunda Türkiye'de sağlık harcamaları hızla artmıştır (bakınız Grafik-5).

Toplam sağlık harcamaları SDP döneminin başlangıcı olan 2003 yılında 24 milyar TL iken günümüzde 120 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 5 kat artmıştır. Artıştaki temel nedenler şöyle sıralanabilir:

i.Sağlık kurumlarına yapılan başvuruların ve sağlıkta tüketimin artması: Bir yılda kişi başına hekime müracaat sayısı 2002 yılında 3.2 iken, 2016 yılında bu sayı 8.6'ya çıkmıştır. Bu başvuruların yaklaşık üçte ikisi hastanelere yapılmaktadır. Aynı dönemde gerçekleştirilen ameliyat sayıları da üç kat artarak yıllık toplam 1.6 milyondan, 4.8 milyona çıkmıştır (12,17).

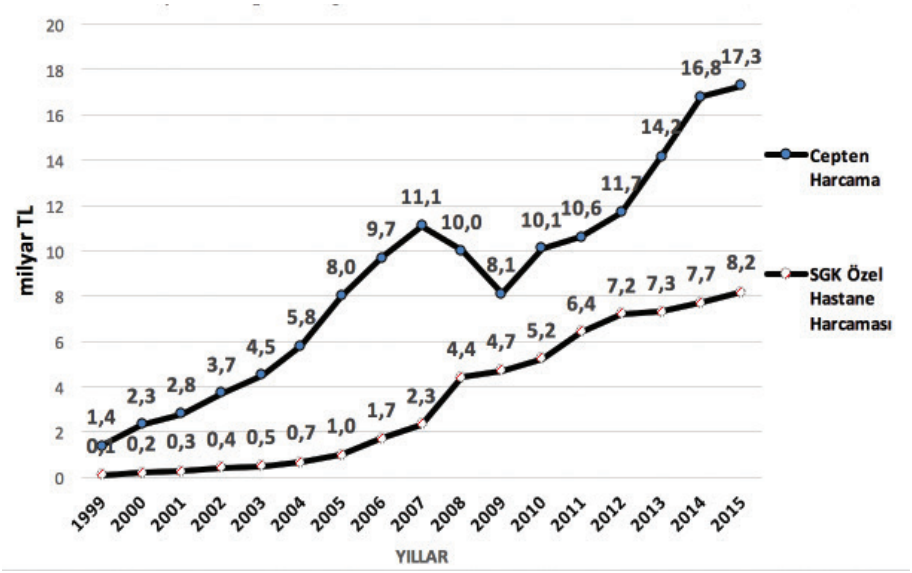
ii.Özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması:2002-2016 yılları arasında özel hastane sayısı 271'den 565'e (%23'ten %37'ye), özel tıp/dal merkezi ve poliklinik sayısı ise 800'den 1483'e ulaşmıştır (12,17). Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2016 yılında özel hastanelerdeki muayene sayısı toplam hastane başvurularının %16'sı olarak gerçekleşmiştir (12). Bu artış hükümetin özel sektöre başvuruyu desteklemesi ve SGK'nın özel sektöre başvuran hastalara ciddi bir kaynak aktarımının sonucunda olmuştur

iii.Performansa dayalı ödeme sistemi: 2003 yılında başlayan performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2004 yılında tüm hastanelere yaygınlaştırılmıştır. Performans uygulaması öncelikle poliklinik sayılarını artırırken daha sonra performans puanı yüksek olan uygulamaların artışına (anjiografiler, cerrahi girişimler vb) ve dolayısıyla sağlık harcamalarında hızla artışa yol açmıştır. Bu uygulamaya geçen hastanelerde poliklinik ve ameliyat sayılarında ani artış saptanmış ve bu durum sağlık harcamalarına da yansımıştır (66).

b.Cepten sağlık harcamaları:

Grafik-6'da Türkiye'de 1999-2014 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamaları ve SGK'nın özel hastane harcamalarındaki artış görülmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları 2003 yılında 4.5 milyar TL iken günümüzde 17.3 milyar TL'ye çıkarak dört kat; kişi başına ise 88 dolardan 151 dolara ulaşarak dolar bazında iki kat artmıştır. SGK'nın özel hastanelere ödediği tutar ise 0.5 milyar TL'den 8.2 milyar TL'ye çıkarak 16 kat artmıştır. Cepten harcamalar ve özel hastane harcamalarındaki artış kıyaslandığında ise özel hastane harcamalarının çok daha fazla arttığı görülmektedir. Ayrıca 2008-2009 yıllarında cepten yapılan harcamaların ekonomik kriz nedeniyle azaldığı da görülmektedir.



Grafik-6: Türkiye'de Cepten Sağlık ve SGK Özel Hastane Harcamaları (1999-2015)

Kaynak: 54-64 nolu kaynaklardan yararlanılarak yeniden çizilmiştir

c. Sağlık harcamalarının diğer boyutları:

Sağlık harcamalarının Gayrı Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH-Net Olmayan Ulusal Gelir) içindeki payı ise önce artmış sonra düşmüştür (bakınız Tablo-5). Ayrıca kamu sağlık harcaması oranları, kişi başı sağlık harcaması, Sağlık Bakanlığı ve SGK sağlık bütçesindeki değişimler de tablo 5 te verilmiştir.

Tablo-5'de'de görüldüğü üzere Gayrı Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki sağlık harcaması oranı 2009 yılında %6.1 olarak en yüksek düzeyde gerçekleşmişken, 2012'de %5.2'ye; 2016 yılında ise bugüne kadarki en düşük oran olan %4.6'ya inmiştir. Toplam sağlık harcamalarındaki kamu payı artarak %72'den %81'e (2009) kadar çıktıktan sonra, 2015 ve 2016 yılında %78 olarak gerçekleşmiştir. SGK sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 3 katı dolayındadır. Sağlık Bakanlığı bütçesi %2.4'ten %4.6'ya kadar çıkmış, tekrar %4 dolaylarına düşmüştür. Kişi başı sağlık harcaması yaklaşık iki katı artarak 471 dolardan 1066 dolara çıkmıştır. Bu durum Türkiye'de kamu kaynaklarının sağlık harcamalarında ön plana çıkmakla birlikte GSYİH içindeki sağlığa ayrılan payın yeterince artmadığını göstermektedir. 2016 yılında Türkiye'nin yeri GSYİH içinden sağlığa ayırdığı pay açısından OECD ülkeleri arasında %4.3 ile en son sıradadır (bakınız Grafik-7). OECD ülkelerinin ortalaması ise %8.9'dur (12).

Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranının diğer ülkelerden düşük olmasının nedenleri şöyle özetlenebilir:

i.Ulusal gelir içinde kaynakların büyük kısmı sağlıktan önce borç ödemeye veya askeri harcamalar gibi başka öncelikli alanlara ayrılmaktadır. Türkiye'nin 2017 yıl sonu itibarıyla toplam dış borcu 453 milyar dolar olup, ulusal gelire oranı %53.3'tür (67).

ii.Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmamaktadır. 2016 yılında koruyucu sağlık hizmetlerine 11 milyar TL harcanmıştır (62). Bu miktar toplam sağlık harcamasının %9.6'sıdır. Sağlık harcamalarının geri kalan miktarı (yaklaşık %90) tedavi giderleridir (yaklaşık %60 hastane ve %30 ilaç harcamaları) (55).

iii.Türkiye'de sağlık emek gücü diğer ülkelere kıyasla daha ucuzdur.

iv.Üniversite hastanelerine eğitim ve araştırma için ulusal gelirden ek kaynak ayrılmamaktadır (66).

v. Sağlık harcamalarının artmasına yol açan yaşlı nüfus Türkiye'de daha azdır.

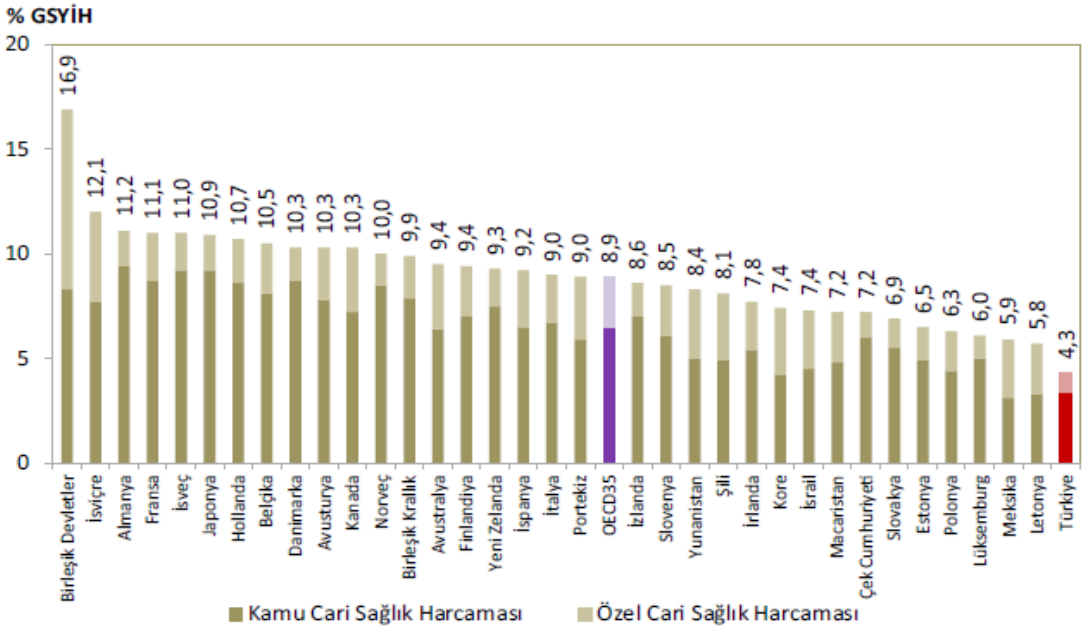
d.Döner sermaye / performans uygulamaları:

2003 yılında 25299 sayılı yönerge yenilenerek gelir katkı payının personel performansı ile ilişkilendirilmesi ve 2004 yılında 12311 sayılı yönerge ile bütün Türkiye'de performansa dayalı döner sermaye uygulamasına başlanması sonucunda döner sermaye ve performansa dayalı ödemelerde hızlı bir artış olmuştur. Her ne kadar gerekçe hastanelerin kendi gelirlerini elde etme, bunla-

	2001	2003	2006	2009	2012	2015	2016
Toplam Sağlık Harcaması / GSYİH (%)	5.2	5.3	5.8	6.1	5.2	5.4	4.6
Kamu Sağlık Harcaması / Toplam Sağlık Harcaması (%)	68	72	68	81	79	78	78
Kişi Başı Sağ Harcaması (USD) (PPP-Satın Alma Gücü Paritesi)	442	471	751	885	937	864	1066
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Milyar TL)	1.3	3.6	7.5	12.0	14.5	20.4	25.6
SB Bütçesi / Genel Bütçe (%)	2.7	2.4	4.4	4.6	4.1	3.9	4.3
SGK Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar TL)	4.5	10.7	17.7	28.8	44.1	59.4	68.0

Tablo-5: Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2001-2016)

Kaynak: 12,20,22,24,38,54-64



Grafik-7: OECD Ülkelerinde GSYİH içinde Sağlık Harcamaları (2016)

Kaynak: 12

rı hizmet gereklerine göre en verimli şekilde kullanma, sağlık çalışanlarına performanslarına göre ek ödeme yaparak tam gün hastanelerde çalışmalarını teşvik etme, motivasyon ve verimliliklerini artırma olarak gösterilse de sonuçta sağlık hizmetlerinde aşırı bir tüketim tablosuyla karşılaşılmıştır. Bunun gerçek nedenlerinden birisi SDP döneminde sadece hastanelerin özelleştirilmesi ve işletme haline getirilmesi değil aynı zamanda sağlıkta tüketimin artması yolunda da özel bir çaba harcanması ile olmuştur. Günümüzde döner sermeye gelirlerinin SB bütçesini aşmış olması da kötü kullanımın diğer bir kanıtıdır. Döner sermayenin çıkartılma amacı aslında bu kadar yaygınlaşması amacını taşımamaktadır. Tablo-6'da da görüldüğü üzere döner sermaye gelirleri bakanlık bütçesi kadar gelir getirmektedir.

2. İlaç ve Tıbbi Teknoloji

Bu alandaki en önemli kurum Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2012 yılında kurulan İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumudur. Kurum ilaç-biyolojik ürünler, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünler, analiz ve kontrol laboratuvarları, ekonomik araştırmalar ve piyasa gözetimi gibi birimler içermektedir. Halen bu alandaki politika ve stratejiler bu kurumca belirlenmektedir.

İlaç Endüstrisi ve İşverenler Sendikası verilerine göre ilaç harcamaları 2003 yılında 6.8 milyar TL iken, 2016 yılında yaklaşık 3 kat artarak 20.6 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde üretilen ilaç miktarı da 2002 yılında 0.7 milyar kutu, 2010 yılında 1.6 milyar kutu iken 2016 yılında 2.2 milyar kutu olarak gerçekleşmiş ve yaklaşık 3 katı artmıştır (68). İlaç tüketiminin artmasının yanısıra ilaçların büyük çoğunluğunun reçetesiz bir şekilde eczanelerden satın alınabilmesi de uzun yıllardır Türkiye'nin karşı karşıya bulunduğu en temel sorunlardan birisi olmuştur. Ülkemizde ilaçların %60'dan fazlasının uygun reçete edilmediği belirtilmekte, hekime başvuruların %95'i reçete ile sonuçlanmaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde %50 civarındadır. Hasta başına reçete edilen ilaç sayısı ortalama 3 iken bu oran ABD'de 1.3'tür. DSÖ bu değeri standart olarak 1.6-1.8 arasında olarak önermektedir (69). Ülkemizde antibiyotik, ağrı kesici ilaçlar, antiromatizmal ilaçlar, soğuk algınlığı ilaçları ve vitaminler ilaç tüketiminin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ülkemizde ilaç tüketiminin bir savurganlık boyutunda olduğu rahatlıkla söylenebilir. İlacı temin eden kişilerin birçoğunun evinde tümüyle kullanılmadan kalan ilaçlar çok sayıdadır (70). Antibiyotiklerin reçetesiz satılmasının engellenmesi ancak 2017 yılında başlatılabilmiştir. Son bir yıl içinde antibiyotik kullanımına karşı alınan önlemler yerinde olmakla birlikte çok geç kalınmış önlemlerdir.

2016 yılı itibarıyla yazılan ilaçların ilk sırasında %12.3 ile gene antibiyotikler gelmektedir (68).

Günümüzün en önemli sorunlarından birisi de katkı paylarındaki artış ve çeşitliliktir. Reçetelerde yer alan üç kutu veya üç kaleme kadar ilaçlar için 3 TL, sonraki ilave her ilaç için 1 TL katılım payı alınması uygulaması başlanmıştır. İlaç harcamaları günümüzün en önemli konusu olarak görülmektedir.

	2001	2002	2010	2012	2014	2016	2017	2018
SB Bütçesi (Milyar TL)	1.3	2.3	12.7	13.8	20.4	25.6	32.3	37.9
SB Döner Sermaye Geliri (Milyar TL)	1.0	1.7	13.0	16.3	21.4	27.6	31.7	33.5
Bütçe/D.Sermaye (oran)	1.3	1.3	1.0	0.8	0.9	0.9	1.0	1.1

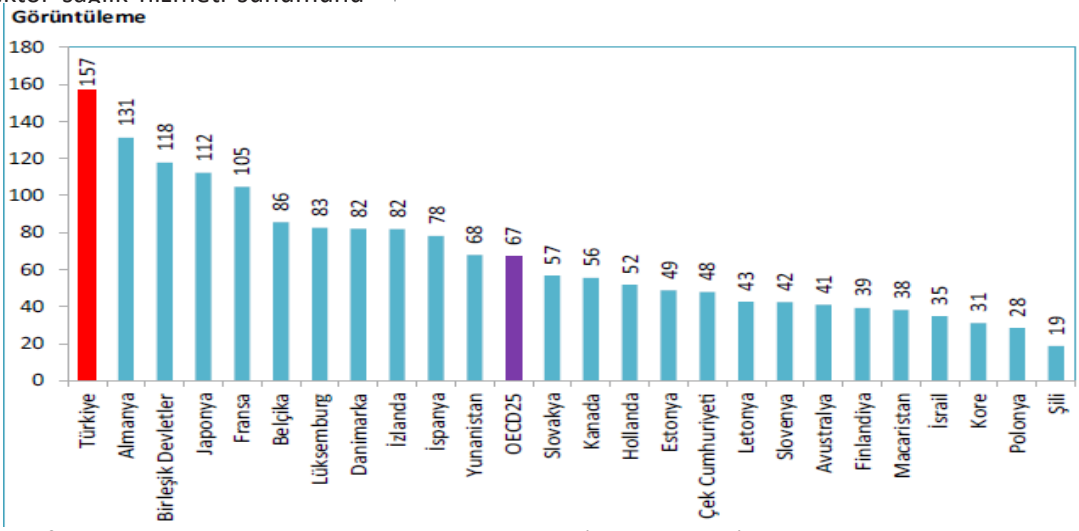
Tablo-6: Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Bütçeleri ve Döner Sermaye Gelirleri (2001-2018)
Kaynak: 12,17,18,24,25,33,58-62

Tıbbi teknoloji konusunda ise Türkiye'nin karşı karşıya bulunduğu temel sorunlar şöyle özetlenebilir:

Cihaz başına düşen inceleme sayılarındaki anormal artış kaliteyi belirgin olarak azaltmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre radyolojik incelemelerin %47.5'inin kalitesi kötü veya çok kötü olup %46'sında tekrar inceleme gerekmektedir (71). 2016 yılı verilerine göre OECD ülkeleri arasında Türkiye her bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı ile en başta yer almaktadır (bakınız Grafik-8). Her bin kişiye düşen BT görüntüleme sayısı ile de 7. sırada yer almaktadır (12).

Kamu sektörü özelden hizmet alımını teşvik etmiş ve buna bağlı olarak özel sektör sağlık hizmeti sunumunu genişleterek daha fazla tıbbi teknoloji teminini sağlamıştır. Ancak bu durum sağlıkta özelleştirmeyi ve taşeronlaşmayı artırmıştır.

Ulusal düzeyde tıbbi teknolojiye yatırım ve üretim yetersizdir. Tıbbi teknoloji alanında yaşlı bir cihaz parkı ile hizmet üretilmektedir. Tıbbi cihaz kullanımının verimliliği ile ilgili alınan önlemler yetersiz kalmıştır (66).



Grafik-8: Her bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı (OECD ülkeleri) 2016
Kaynak: 12

mur vb) tüm çalışanlar prime esas kazançları üzerinden %12.5 oranında sağlık primi ödeyeceklerdir (%5 çalışan, %7.5 işveren). Çalışmayan, geliri olmayan ve ödeme gücü bulunmayanların primlerinin ise devlet tarafından karşılanması öngörülmüştür. Ödeme gücünün belirlenmesi içinse 2013 yılından başlayarak zorunlu gelir testi uygulaması başlatılmıştır. Gelir testi sonucunda hanedeki kişi başına düşen ortalama gelir miktarının brüt asgari ücretin 1/3'ünden az olanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi karara bağlanmıştır. Ancak 2016 yılına kadar geçen sürede gelir testi kapsamında sigortalı tescili yapılan 7.6 milyon kişiden %90'ının primlerini ödemediği, prim borcu olduğu saptanmıştır. Primlerin ödenememesi ve borçların giderek artması nedeniyle 2014-2017 yılları arasında çıkartılan 4 ayrı düzenlemeyle borçların taksitlendirilmesi, yeniden hesaplanması vb düzenlemeler yapılmıştır. 2016 yılında lise mezunu gençlere 20 yaşına kadar, üniversite mezunlarına 25 yaşına kadar mezun olduktan sonra 2 yıl daha anne ve babaları üzerinden sağlık hizmetlerine erişim hakkı sağlanmıştır. Mart 2017'de çıkartılan 6824 sayılı yasayla ise zorunlu gelir testi uygulaması kaldırılmış, gelir testi yaptırmayanların cezaları hafifletilmiştir. Bu grupta GSS prim oranı asgari ücretin %3'üne indirilmiş ve aylık 53 TL'den yeniden hesaplanmıştır (72).

SGK verilerine göre nüfusun %98'i SGK kapsamındadır ancak bu oran mükerrer kayıtlar, düzenli prim ödemeyenler vb nedenlerle güvenilir değildir. Sağlık güvencesi olan nüfus oranı primini ödeyemeyenler nedeniyle aslında %80-90 arasındadır (73,74). SGK konusundaki bir diğer sorun ödeme planlarındaki hatalar ve yetersizlikler nedeniyle üniversite hastanelerinin mali açıdan batma noktasına gelmiş olmasıdır. Fiyatlandırmada nitelik, maliyet, basamaklandırma gibi unsurlar yoktur. Sağlık harcamalarında sadece maliyet düşürme çalışmaları ve

3.SGK ve Sosyal Güvenlik Politikaları

a.SGK

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasası kapsamında 2008 yılında uygulamaya konulan GSS'de zorunlu katılım ilkesi benimsenmiştir. Bu uygulamaya göre hangi statüde olursa olsun (işçi, me-

politikaları uygulanmakta Maliyet Etkililik, Maliyet Yarar gibi sağlık ekonomisi çalışmaları yeterince yapılmamaktadır. DRG (Tanıyla İlişkili Gruplar) uygulaması dejenere edilmiştir. Hekimler/Uzmanlık Dernekleri, STK'lar, hastalar genellikle karar süreçlerinin dışında tutulmaktadır.

b.Diğer Sosyal Politika Uygulamaları

Sosyal sigorta kapsamına girmeyen veya eksik kalan alanlarda devletçe yapılan diğer sosyal güvenlik harcamaları sosyal politika harcamalarıdır. Yaşlılar, kimsesizler, özürlüler ve göçmenler için yapılan harcamalar bu kapsama girmektedir. Ayrıca aile ödenekleri (çocuk, gıda, kömür yardımları) evde bakım hizmetleri, Sosyal Riski Azaltma Projesi, Hızlı Yardım, Şartlı Nakit Transferi, mikro krediler gibi uygulamalar da sosyal güvenlik harcamalarıdır. ILO tarafından 1952 yılında 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları sözleşmesi ile belirlenen sosyal güvenlik riskleri sosyal devletlerin karşılamayı kabul ettiği risklerdir. Bu riskler yaşlılık (emeklilik), hastalık, işsizlik, analık (gebelik, emzirme), iş kazaları, meslek hastalığı, özürlülük (engellilik, malullük), ölüm (bakmakla yükümlü olduğu kişilere) ve gelir yetersizliği riskleridir (aile ödenekleri). Türkiye Cumhuriyeti devleti de bu dokuz adet riske karşı önlemler almayı kabul etmiştir.

Yukarda sayılan riskler ve diğer sosyal güvenlik harcamalarıyla birlikte Türkiye'de 2015 yılında yapılan toplam sosyal güvenlik harcaması 59 milyar TL'dir. Bu miktar 2015 yılı bütçesinde % 12.5 oranında bir yer tutmaktadır. AB ülkelerinde ise sosyal güvenlik için ayrılan pay bütçenin ortalama % 29'udur (Fransa %33, Almanya %26). Bu oran OECD ülkelerinde %21.6'dır. AB ve OECD ülkeleri Türkiye'nin yaklaşık iki katı daha fazla oranda sosyal güvenlik harcaması yapmaktadır (75).

III. SAĞLIK İNSANGÜCÜ POLİTİKALARI:

1.Nicelik, Nitelik ve Dağılım

Türkiye'de sağlık insangücünün mesleklere göre dağılımı, niceliği ve niteliği her zaman sorun olmuştur. Dağılım açısından doktorlar arasında en ciddi sorun uzman hekim / pratisyen hekim dengesinin bozulmuş olmasıdır (76). Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kontenjanlarının artırılması ve buna bağlı olarak uzman hekim sayısında başlayan artış 2000'li yıllarda da artarak devam etmiştir. Tablo-7'de de görüldüğü üzere uzman hekimlerin oranı son 15 yıl içinde %46'dan %54'e çıkmış, pratisyen hekim oranı ise %40'dan %30'a inmiştir.

Tıp fakültesi kontenjanlarının 2012'de 10.000'e çıkartılması nedeniyle 2018'den itibaren tıp fakültesi mezun sayısı yıllık 8.000 hekimin üzerine çıkacaktır. Kontenjanların düzenli olarak artırılarak 2017 yılında toplam 14.000'e çıkartılması nedeniyle de mezun sayısı her yıl artarak devam edecektir. Bu durumda 2018'den itibaren her yıl pratisyen hekim sayısının yaklaşık olarak 2000-3000 kişi dolayında artması beklenmektedir. Böylece 2020 yılında Türkiye'de pratisyen hekim sayısının yaklaşık 50.000 dolayında olması, uzman hekim sayısının 90.000'e ulaşması, asistan hekim sayısınınsa 30.000 dolayında olması beklenmektedir. Son yıllarda tıp fakültesi sayısının ve kontenjanların hızla artırılmasının tıp eğitiminde nitelik sorununu gündeme getirmiştir. TTB'nin hazırladığı raporlar bu konuda ciddi sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır (77).

Tıp eğitimi diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında en maliyetli ve en zor eğitimlerden biridir. Üstelik tıp fakültelerinde eğitim maliyeti 2 kat artmışken, Hemşirelik Yüksek Okulu'nda bu oran 1.1 kat artmış, Sağlık Meslek Liseleri'nde ise eğitim maliyeti %45 dolayında azalmıştır (76).

Sağlık hizmet sunumunda ilk başvuru yeri olan birinci basamak, pratisyen hekimlerin ağırlıklı olarak çalışması gereken basamaktır. Aile hekimliği olarak isimlendirilen bu basamağın yeterli sayıda hekim ile donatılması hem hizmet alanların memnuniyeti, hem de hastanelerde yığılma olmaması için şarttır. Ancak Tablo-7'de de görüldüğü üzere yürütülen insangücü politikası bu dengeyi bozmuş ve pratisyen hekim yerine uzman hekim yetiştirilmesine ağırlık verilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de diş hekimi ve eczacı sayılarının da oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Hemşire/Doktor oranı ise 1.4 ile AB ülkeleri ortalaması olan 3'ün çok altındadır.

Sağlık insangücü bir piramide benzetildiğinde tabanını ebe ve hemşire gibi hekim dışı sağlık personelinin oluşturması gerekir. Bu personelin, hekimlerin en az üç katı olması gerekir. Ancak verilere bakıldığında Türkiye'de bir hekime düşen ebe-hemşire sayısı yaklaşık 1.4'tür. Finlandiya ve Kanada'da bir hekime düşen hemşire sayısının 5, İngiltere ve İsviçre'de 4 dolayında olduğu, birçok Avrupa

İnsangücü	**2002**	**2006**	**2010**	**2016**
Uzman Dr.	43.660 (%46)	52.868 (%51)	63.563 (%51)	78.620 (%54)
Pratisyen Dr.	38.076 (%40)	33.383 (%32)	38.818 (%31)	43.058 (%30)
Asistan Dr.	13.454 (%14)	18.224 (%17)	21.066 (%18)	23.149 (%16)
Toplam Hekim	**95.190**	**104.475**	**123.447**	**144.827**
Diş Hekimi	16.371	18.332	21.432	26.674
Eczacı	22.289	23.140	26.506	27.864
Hemşire	79.059	82.626	114.772	152.952
Ebe	41.513	43.640	50.343	52.456
Ebe+Hemşire	**120.572**	126.266	165.115	205.408
(Ebe+Hem) / Dr. Oranı	1.3	1.2	1.3	1.4

Tablo-7: Türkiye'de 2002-2016 yıllarında Sağlık İnsangücü Dağılımı

Kaynaklar: 12,17,18,21

ülkesinde bu oranının 3-4 civarında değiştiği görülmektedir. OECD ülkeleri arasında nüfus başına düşen hekim sayısına bakıldığında ise Norveç'in her 1000 kişi için 5 hekim sayısı ile birinci olduğu, bunu Almanya ve İsveç'in 4.5 hekim ile takip ettiği, OECD ortalamasının 3.4 olduğu görülmektedir. Türkiye 1.8 hekim ile en son sıradadır. Hemşire sayısı açısındansa Norveç, Danimarka, Almanya her 1000 kişi için 15-20 hemşire ile ilk sıralarda yer almaktadır. OECD ortalamasının 11 olduğu görülmektedir, Türkiye her 1000 kişiye düşen 2.6 hemşire ile en son sıradadır (12).

Bölgesel dağılım açısından bakıldığında da nüfus başına düşen ebe-hemşire ve uzman hekim sayısı açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesinin ve büyük kentler arasında İstanbul'un en son sırada geldiği görülmektedir.

2.Halk Sağlığı uzmanları

Halk Sağlığı uzmanları, toplumun sağlık sorunlarını ve gereksinimlerini bilen, bu sorunların nedenlerini bilimsel yöntemler kullanarak saptayabilen, halk sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretebilen, halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yaparak bu programların yürütülmesinde ve sağlık hizmet sunumunda yöneticilik yapan tıp doktorlarıdır (78). Bu bilgiler ışığı altında Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatındaki tüm yönetim birimlerinde ve topluma yönelik hizmet sunumlarında halk sağlığı uzmanlarının öncelikle istihdam edilmesi gerekmektedir. Nitekim HASUDER de Sağlık Bakanlığında çalışan halk sağlığı uzmanlarının başta Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Başkanlığı kadroları olmak üzere tüm birimlerinde yönetici kademelerinde istihdam edilmelerini önermektedir. Bu istek mevzuatta yer alan "tercihen" gibi sözcük oyunlarıyla görmezden gelinebilecek ve bir süre daha ertelenebilecek bir durum değildir. Bir uzmanlık dalının mesleki eğitim programlarının ve elli yılı aşkın bir tarihsel birikimin doğal bir sonucudur.

Ancak varolan tüm sorunlara karşın Sağlık Bakanlığı tarafından 7 Kasım 2017 tarihinde yayınlanan yönergeye göre tanımlanan halk sağlığı uzmanı kadroları oldukça yetersizdir. İl sağlık müdürlüklerinde açılan toplam halk sağlığı uzmanı kadrosu 235 adettir. İlçe Sağlık Müdürlüklerinde ise sadece nüfusu 500.000'in üzerinde olan ilçelere (A1 ve A2 grubu 23 ilçede toplam 23 kadro) ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde nüfusu 25.000'inin üzerinde olan TSM'lere halk sağlığı uzmanı kadrosu verilmiştir (35). Ancak Bakanlığın büyük ilçelerde öncelikle ilçe sağlık müdürlüğü kurup TSM'leri kaldıracağı anlaşıldığına göre sadece küçük ilçelerdeki TSM'lerin kalacağı (nüfusu 25.000'inin altında olan) ve pratikte TSM'lerin halk sağlığı uzmanı içermeyeceği anlaşılmaktadır. HASUDER tarafından 2013 yılında yayınlanan Türkiye'nin halk sağlığı uzmanı gereksinimi sayısı Halk Sağlığı Müdürlükleri için 717 ve TSM'ler için 277 olmak üzere Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı için 994 kişidir (79). Bu durumda taşra teşkilatı için ayrılan halk sağlığı uzmanı kadroları (258 kişi) gereksinimin dörtte biri kadardır. Ayrıca HASUDER'in açıkladığı her 37537 kişiye bir halk sağlığı uzmanı gereksinimi üzerinden de açıklanan halk sağlığı uzmanı kadrolarının çok yetersiz olduğu görülmektedir.

Halk sağlığı uzmanlarının öncelikli olarak istihdam edilebileceği il-ilçe sağlık müdürleri, halk sağlığı başkanları ve yardımcılarının nitelikleri de mevzuatta iyi tanımlanmamıştır. Yönerge öncesinde çıkartılan 694 s KHK'nin 190. Maddesi il ve ilçe sağlık müdürlerinin tabip olmasını ve beş veya üç yıllık çalışma deneyimini yeterli görmüştür. Başkan ve yardımcılarının aranan niteliği ise tabip olmayı dahi içermemekte, toplam en az beş yıllık kamu veya özel sektör deneyimi yeterli görülmektedir. Yönergenin 11. Maddesinde ilçe sağlık müdürünün görevleri sadece 2 maddede; "müdürlüğün ve müdürün verdiği görevleri yapmak" olarak tanımlanmıştır. Bu tanımın yetersizliği son derece açıktır.

Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı yönetici ve yardımcılarının atamalarında liyakat ilkesine uyulmalı, akademik kariyer ve deneyim bir arada ele alınmalıdır. Yöneticilerin halk sağlığı uzmanları arasından seçilmesi bazı çevrelerce "sistemin işlemesinde bir aksaklığa neden olur" şeklinde gösterilmekle beraber esas kaygının politikacıların emrinde sağlık yöneticisi kadroları oluşturmak ve iktidarın siyasi görüşüne yakın kişilerin halk sağlığı alanında bir uzmanlık bilgisine sahip olmasa bile il ve ilçe düzeyinde kadrolaşmasını sağlamak olduğu yıllardır yapılan uygulamalardan bilinmektedir.

Tüm olumsuzluklara karşın son yıllarda TUS halk sağlığı anabilim dalı kontenjanları ve taban puanları önemli derecede artmıştır. Ayrıca ikibinli yılların başlarında halk sağlığı uzmanlık eğitimini kazananların yaklaşık %60'ı başvurmaz veya eğitimini yarıda bırakırken son yıllarda halk sağlığı uzmanlık eğitimini yarıda bırakma oranı %35'e gerilemiştir.

3. Çalışma Koşulları

Türkiye'de sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Değişimin temel amacı sağlık hizmetlerinde giderek artan oranda "piyasa" koşullarının geçerli olduğu bir model oluşturmaktır. Bu yönelime dayalı olarak sağlık işkolunda sözleşmeli çalışma, performans değerlendirmesi gibi piyasa ekonomisi uygulamaları da giderek daha çok kullanılmaktadır. Dolayısıyla çalışanlar arasında dayanışmanın yerini giderek artan oranda rekabet almaktadır.

İkibin yılı ve sonrası dönemin insangücü açısından en önemli gelişmesi 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen sözleşmeli personel çalıştırılmasına yönelik maddelerinin yeniden düzenlenerek sözleşmeli çalışmanın başlatılmasıdır (4924 sayılı yasa, 24.07.2003). Sözleşmeler genellikle bir veya iki mali yılı kapsadığı için sözleşmeli sağlık çalışanlarında ciddi bir stres etmeni olmaktadır. İşini kaybedebilme olasılığı çalışanlarda iş doyumunda düşme, psikososyal stres etmenlerinde artma ve buna bağlı

kronik hastalıklara yol açmaktadır (80).

2000 yılı sonrası sağlık insan gücü politikalarına bakıldığında sağlık çalışanlarının istihdam biçiminin güvenceli devlet memuru statüsünden, sözleşmeli çalışan statüsüne doğru hızla değiştiği görülmektedir. Bu aynı zamanda sağlık sektöründe özelleşmenin ve kamunun özelden hizmet alımının artmasıyla da doğru orantılı olmuştur (81). Son olarak performansa dayalı ödemeler başta olmak üzere personel ücretlendirme yöntemlerindeki değişimler de bunu etkilemiştir.

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları özellikle iş güvencesi, istihdam biçimi, gece çalışması, vardiyalı çalışma, fazla-yoğun çalışma, iş yükü, iş ritmi-temposu, angarya çalışma ve ücretlendirme gibi faktörlerle tanımlanır. Özkan tarafından geçen 15 yıldaki sağlık politikalarının sağlık emek gücüne olan etkilerinin incelendiği bir çalışmada analiz edilen 21 politika dokümanının bulgularına göre sağlık emek gücü politik dokümanlarda en az yer alan konulardan birisidir. Oysa çalışma süresi, iş yükü, nöbet, vardiyalı çalışma, çalışma ortamındaki riskler gibi konular sağlık çalışanları açısından son derece önemlidir. Son 15 yılda hükümetler tarafından yayınlanan sağlıkla ilgili dokümanlarda sağlık emek gücü en fazla sayısal artırma politikaları, esnek istihdam, performansa dayalı ücretlendirme, sözleşmeli çalışma, toplam kalite yönetimi, merkezi hastane randevu sistemi gibi önerilerle birlikte yer almıştır. Bu öneriler daha çok ticarileşmiş sağlık hizmetlerine sağlık emek gücünü entegre etme ve sömürü oranlarını daha da artırma yöntemlerini içermektedir (82).

IV. HÜKÜMET DIŞI KURULUŞLARIN ÇALIŞMALARI:

1. Uluslararası Kuruluşlar:

a.Dünya Bankası (DB):

1944 yılında yapılan Bretton Wood konferansı sonucunda oluşturulan DB II. Dünya Savaşı'nın sonrasında uluslararası mali yapının düzenlenmesi ve yıkılmış Avrupa ülkelerinin yeniden inşası amacıyla kurulmuştur. IBRD (Uluslararası Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası) ve IDA (Uluslararası Kalkınma Birliği) dahil olmak üzere beş kurumdan oluşur. Merkezi Washington'da bulunan DB'nın bünyesinde yaklaşık 10.000 kişi çalıştırmaktadır. Banka dünya para akışını IMF ile beraber denetlemektedir. Son 10 yıl içinde üçüncü dünya ülkelerine (Nijerya'dan Honduras'a, Hindistan'dan Malawi'ye) milyarlarca doları aşan uzun vadeli krediler vermiştir. Özellikle son yıllarda sağlık alanında çalışan uluslararası kuruluşların içinde en başta gelmektedir ve bir anlamda DSÖ'nün yerini almıştır.

Sağlık DB için en önemli yatırım alanlarından birisi olarak seçilmiştir. 1993 yılında yayınlanan "Sağlığa Yatırım" isimli raporu sağlık alanında sigorta uygulamalarıyla kapsayıcılığın artırılmasını ön plana çıkarmıştır. Rapor ayrıca kamu kaynaklarının sınırlılığına vurgu yaparak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi çalışmalarında hem yerli hem de uluslararası özel kaynakları harekete geçirmeyi ve finansman boşluğunu doldurmayı önermektedir (83).

DB yetkililerinin önerdiği çözümler birçok ülkede birbirinin hemen hemen aynıdır. Hamzaoğlu'nun yaptığı çalışmada DB'nın son yıllarda 40 kadar ülkede aynı önerileri getirdiği ortaya konmuştur (84). Bu öneriler hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortası getirilmesi, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, sağlıkta özel sektörün desteklenmesi, desantralizasyon ve hekim seçme özgürlüğü getirilmesidir (85).

DB'nın Türkiye sağlık sistemiyle ilk teması 1980'lerde olmuş, 1990'larda bu ilişki için özel olarak Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuş fakat 2003 SDP dönemine kadar bu çalışmalar ya yetersiz kalmış ya da başarısızlığa uğramıştır. Ancak 2000'li yıllarda gerçekleştirilen çok sayıda proje (27 adet) için DB'dan yaklaşık 7 milyar dolar kredi alınmıştır. Bu krediler içinden sağlık alanına aktarılan miktar yaklaşık bir milyar dolar civarındadır. Bu krediler içinden en önemli 4 tanesi şöyle özetlenebilir (2,7):

i. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (Faz I): (61 milyon dolar) / 2004-2007
   * Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması
   * Aile hekimliği pilot uygulamasının başlatılması
   * Devlet hastanelerinin işletme haline getirilmesi
   * Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması

ii. Sağlıkta Dönüşüm/Sosyal Güvenlik Reformu (Faz II): (75 milyon dolar) / 2009-2013
   * Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminin uygulanması
   * Devlet hastanelerinin işletme haline getirilmesinin tamamlanması
   * Genel Sağlık Sigortasının işlevsel hale getirilmesi

iii. Programlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası (PPSDPL) Projesi: (255 milyon Euro) / 2004-2011
   * Sosyal güvenlik reformları
   * Genel Sağlık Sigortasının kurulması
   * Yönetişim reformları

iv. Ülke Ortaklık Stratejisi (CPS) anlaşması: (6.2 milyar dolar) / 2008-2011
   *Sosyal güvenlik reformları
   *İşgücü alanında reformlar (rekabet, sözleşmeli çalışma)
   *Enerji piyasası reformları

Öte yandan DB yetkilileri Türkiye'ye verilen kredilerin çok büyük miktarlar olmadığını, kredi anlaşmalarının aslında sembolik olduğunu, alınan paranın toplam sağlık harcamasının %0.5'i dolayında olduğunu ifade etmektedirler. Bu durumda DB ile yapılan anlaşmaların paradan çok ideolojik amaçlı olduğu ve aslında hükümetlerin DB'nın

sağlık reformları alanındaki bilgi birikiminden (know-how) yararlanmak istediği görülmektedir (7).

b.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ):

DSÖ sağlık alanındaki en önemli kurumlardan birisidir. Üye ülkeler gelirlerine ve nüfuslarına göre belli bir oranda bütçeye katkıda bulunmaktadırlar. Ancak ayrılan bütçenin yetersizliği nedeniyle DSÖ ciddi bir finansman sıkıntısı çekmektedir. Her yıl toplanan ve bütçeyi ve öncelikli çalışma alanlarını belirleyen World Health Assembly 2018-19 döneminde bütçeyi 4.4 milyar dolar olarak belirlemiştir (86). DSÖ bütçesinin ülke destekleri dışında kalan önemli bir kısmı ise gönüllü vakıflar (Bill Melinda Gates Vakfı vb) ve ilaç firmalarınca sağlanmaktadır. Dolayısıyla kurum giderek daha fazla oranda çok uluslu firmalara teslim olmakta ve bu kurumlar hangi konularda çalışılacağına karar vermektedirler. Bu nedenle DSÖ'nün son yıllarda ilaç firmalarının lisans haklarını savunmaya başlaması ve ucuz ilaç ve jenerik ilaçla ilgili çalışmalarda ilaç firmalarından yana tavır alması dikkat çekmektedir (87). DSÖ politikalarındaki değişim 2000 yılı sonrasına denk gelmektedir. Bu nedenle tarihsel süreçte sağlık reformlarının yaygınlaşmasıyla paralel olarak bu değişimin yaşandığı görülmektedir. Eski DSÖ Başkanı Gro Harlem Brundtland "Araştırma geliştirme çalışmalarının yeni araç ve teknolojiler elde etmemizi sağlaması için tüm ilaçlarda bröve haklarını korumak durumundayız" açıklamasını 2000'li yılların başında yapmıştır. Araştırma-geliştirme faaliyeti gerekmeden üretilen ve artık kamu malı sayılan, yani bröve gerektirmeyen ilaçlar %30 daha ucuza satılabilmektedir (85).

DSÖ'nün yeniden toplumdan yana tavır alabilmesi için sermayenin çalışan kitleler karşısındaki üstünlüğünün kırılması gerekmektedir (88). 2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan "Dünya Sağlık Raporu-2000:Sağlık Sistemleri, Performansın Geliştirilmesi" raporları aslında DSÖ'nün sağlığa bakışındaki gerçek yüzünü ortaya koyan bir dokümandır ve ciddi eleştiriler almıştır (89). DSÖ ve DB gibi kuruluşlar sağlık alanındaki gelişmeleri genelde olumlu olarak değerlendirmekte ve var olan sorunları ise daha çok ulusal politika yetersizliklerine, bireysel zayıflıklara ve finansman sorunlarına bağlamaktadırlar. 2018-19 yılı DSÖ bütçesinin 590 milyon dolarlık bölümü (%13) ulusal sağlık sistemlerinin ve politikalarının geliştirilmesi alanlarına ayrılmıştır (86). 2018 yılı için bu alanda çalışılacak konulardan birisi ise özellikle Alma-Ata'nın 40. yılı olması nedeniyle temel sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesidir. Bu amaçla DSÖ tarafından ülkelerin karşılaması gereken esansiyel sağlık hizmetleri paketi (essential package of services) konusunun da tartışılması ve bir minimum hizmetler paketi oluşturulması tasarlanmaktadır.

c.Halkların Sağlık Hareketi (People's Health Movement):

Bir anlamda kapitalist dünyanın gelişmiş ülkelerine ve onların örgütlerine alternatif bir uluslararası örgüttür. İkibinli yılların başında kurulmuştur. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık aktivistlerini, hükümet dışı sivil kuruluşları ve akademisyenleri biraraya getirmeye çalışan bir ağdır. Üçüncü dünya ülkelerinin sorunlarını gündeme getirmeye çalışmaktadır. Küresel Sağlık İzleme Raporu (Global Health Watch) adını verdiği DSÖ'nün dünya sağlık raporlarına alternatif raporlar yayınlar. Beşinci ve son raporu 2017 yılında yayınlanmıştır. Evrensel kapsayıcılık, göçmenlerin sağlık sorunları, sağlık sistemleri vb konuları ele almaktadır (90). Türkiye'de İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV) tarafından yayınları çevrilmekte, çalışmaları kamuoyuyla paylaşılmaktadır.

2.Türk Tabipleri Birliği (TTB):

Sağlık Bakanlığı son 15 yılda tüm sağlık düzeyi göstergelerinin iyiye gittiğini, SDP'nin bu anlamda çok başarılı olduğunu iddia eden uluslararası bir propaganda yürütmüştür. Bu çerçevede uluslararası alanda yayınlanan makalelerle ve OECD, DB desteğiyle yayınlanan raporlarla da önemli bir kazanım elde etmiştir (91-94). Bu sürece karşılık başta Türk Tabipleri Birliği (TTB) olmak üzere bazı üniversitelerden muhalif akademisyenlerin katılımıyla birlikte önemli bir itiraz süreci yaşanmıştır (95-97). TTB bu noktada önemli bir muhalif odak olmuştur. İtirazların temelinde SDP'nin başarısız olduğunu gösteren pek çok araştırma bulgusu vardır (9,10,14,15,73,98). Tüm bu politik süreç başını TTB'nin çektiği bir dizi muhalif hareketle sonuçlanmış ve 2003-2012 yılları arasındaki dokuz yılda TTB tarafından ülke çapında 9 grev uygulaması yapılmıştır. TTB bu eylemleri g(ö)rev olarak isimlendirmektedir (99). Özellikle 2010 yılında başlayan ve üniversite hastanelerinde de performansa dayalı çalışmaya geçilen 2011 yılında zirve yapan mitingler, grevler ve asistan eylemleri TTB tarafından desteklenen ve planlanan bir dizi eylem sürecidir (100). SDP'nin özellikle çalışma koşulları açısından oluşan tüm olumsuz yanları ise en çok asistan hekimlerin sırtına binmekte ve yaygın sağlık sorunlarına, depresyon, intihar ve sağlık çalışanına karşı şiddete yol açmaktadır.

TTB eylemleri devam ederken 2013 yılı Mayıs-Haziran aylarında gelişen Gezi olayları önce İstanbul'da sonra tüm Türkiye'de hükümete karşı yoğun protesto gösterilerine dönüşmüştür. TTB bu süreçte hem eylemlere destek vermiş, hem de olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri başlığı altında özellikle yoğun biber gazı kapsülü kullanımına karşı eylemcilerin ve vatandaşların acil sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılamıştır (101). Beş kişinin yaşamını kaybettiği ve binlerce yaralının bulunduğu bu eylemler hükümetle TTB arasında köprülerin atıldığı bir durum yaratmıştır. Sağlık Bakanlığı TTB'nin eylemler sırasında acil gereksinimi olan eylemcilere karşı sunduğu sağlık hizmetlerini hükümetten "izin alınmadan" sunulan sağlık hizmeti kapsamına sokmuş ve hizmet sunanlar hakkında soruşturma açmıştır (102). Sağlık Bakanlığı bununla da yetinmeyip 2014 yılında TTB ve Tabip Odası üyelerinin görevlerine son verilmesi için mahkemeye başvurmuş-

tur. Böylece 2001 yılında açlık grevlerindeki tutumundan ötürü TTB'ye açılan davadan sonra bu dava hükümetle TTB'nin arasını açan ikinci olay olmuştur (103). Gerginlik bununla da bitmemiş ilişki son olarak 2018 yılında başlayan Afrin Zeytin Dalı harekatıyla bir kez daha gerginleşmiştir. "Savaş bir halk sağlığı sorunudur" açıklaması yapan TTB Merkez Konseyi üyelerinin tamamı (11 kişi) gözaltına alınmış, daha sonra serbest bırakılmalarına karşın haklarında dava açılmıştır.

3.Diğer Kuruluşlar

Başta sendikalar olmak üzere, dernekler, vakıflar vb kurumlar bu grubu oluşturmaktadır. Türkiye'de sendikaların gücü dünyadaki genel eğilime uygun olarak 2000'li yıllarda büyük güç kaybetmiştir. Ancak yine de 2000'li yılların başında özellikle Petrol-İş sendikasının yıllıkları sağlık alanında da ses getiren yayınlar olarak tarihteki yerini almıştır. Sağlık alanında ise Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri sendikası (SES) SDP girişimine karşı sert bir muhalefet yapmıştır. Ancak öte yandan TÜSİAD, TOBB ve TİSK gibi işveren/patron kuruluşları ve ÖHSAD (Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği) gibi dernekler de sağlık reformlarını ve hükümet politikalarını destekleyen yönde bir etki yaratmışlardır.

Son olarak SDP döneminin henüz bitmediği, uygulanan sağlık politikalarının olumlu-olumsuz tüm yanlarıyla etkisini sürdürdüğü unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1-TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 20.12.2001, sayı:8597, Ankara.

2-Belek İ. Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı. İstanbul: Yazılama Yayınları; 2012.

3-Ak Parti. AKP 58. hükümet programı, 2002; s:36.
https://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukumet-programi.pdf
Ulaşılma Tarihi: 5 Ocak 2018.

4-Ak Parti. AKP 59. hükümet programı, 2003; s:26.
https://www.akparti.org.tr/upload/documents/59uncu-hukumet-programi.pdf.
Ulaşılma Tarihi: 5 Ocak 2018.

5-Dünya Bankası. Türkiye:Daha iyi erişim ve etkinlik için sağlık sektörü reformu. Cilt I:Ana Rapor, Rapor No: 24358-TU, Ankara:Güzeliş offset printing, Mart 2003.

6-Akdağ R. Health transformation program in Turkey. Progress Report, Ministry of Health, MoH Publication No:749, Ankara:2009.

7-Yılmaz V. The politics of healthcare reform in Turkey. Switzerland: Palgrave McMillan, 2017.

8- World Bank. Project Appraisal Document on a Proposed Loan to the Republic of Turkey. Human Development Unit, Washington, 2004. http://documents.worldbank.org/curated/en/632361468764374671/pdf/27717.pdf
Ulaşılma Tarihi: 5 Ocak 2018.

9-Çevik C, Sözmen K, Kılıç B. How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for General Practitioners. European Journal of General Practice, 2018, 24(1):74-83.

10-Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü, Ankara: Türk Tabipleri Birliği yayınları; 2013.

11-Kringos DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. Türk Aile Hek Derg. 2013, 17(4):165-179.

12-Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1083; Ankara: 2017.

13-Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, et al. Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. Int J Public Health. 2015, 60(1):47-53.

14-Öcek ZA, Çicekliogluo M, Yücel U, et al. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Fam Pract. 2015, 16(1):74.

15-Öcek Z. AKP ve Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin başkalaşma öyküsü. Toplum ve Hekim, 2017, 32(5):368-9.

16-Akman M, Sakarya S. Avrupada birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi:QULICOPC projesi Türkiye sonuçları. TAHEV yayınları no:5, Aves Yay Ltd, İstanbul:Matsis matbaa hiz.san. 2017.

17-Kılıç D, Kaya İ, Kamaş A ve ark. Sağlık İstatistikleri 2002. TC Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 653; Ankara: 2003.

18-Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı yayın no: 832; Ankara: Kalkan Matbaacılık; 2011.

19-Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 956; Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayın; 2014.

20-Kaya İ, Ceyhan R, Bıçakçılar T ve ark. Sağlık İstatistikleri 2003. TC Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 677; Ankara: 2004.

21-Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 806; Ankara: Uzman Matbaacılık Yay.; 2010.

22-Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı; Ankara: 2011.

23-Başara BB, Güler C, Eryılmaz Z ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 885; Ankara: Semih Ofset Matbaacılık; 2012.

24-Başara BB, Güler C, Yentür GK ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 917; Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayın; 2013.

25-Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1010; Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayın; 2015.

26-Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1054; Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın; 2016.

27-Resmi Gazete. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, sayı: 28103, 2 Kasım 2011.

28-TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 7 Mart 2012.

29-TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul Ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkındaki Yönerge, 10 Nisan 2012.

30-TC Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönet-

meliği, 5 Şubat 2015.

31-HASUDER. Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Hakkında Görüş. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 13 Şubat 2015.

32-HASUDER. Halk Sağlığı Merkezleri Raporu. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 05 Mayıs 2016.

33-Demircan A. TC Sağlık Bakanlığı 2018 yılı bütçe sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 14 Kasım 2017.

34-Resmi Gazete. 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında KHK. Sayı: 30165, 25 Ağustos 2017: 184-194 maddeler.

35-TC Sağlık Bakanlığı. Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. 7 Kasım 2017.

36-HASUDER. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Yönergenin Değerlendirilmesi. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 20 Kasım 2017.

37-Durmuş R, Kaya İ, Kamaş A ve ark. Sağlık İstatistikleri 2000. TC Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 638; Ankara: 2000.

38-Durmuş R, Kılıç D, Kaya İ ve ark. Sağlık İstatistikleri 2001. TC Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 649; Ankara: 2002.

39-TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler, 03.12.2009: 46143 sayı

40-TC Sağlık Bakanlığı. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması.https://khgm.saglik.gov.tr/646_teskilat-semasi. Ulaşılma Tarihi: 14 Mart 2018.

41-Serinken M. Ülkemizde acil servislere başvuru sayıları. Akademik Acil Tıp, http://www.akademikaciltip.com/sayilar/242/buyuk/9-Acil%20ba%C5%9Fvurular.pdf - Ulaşılma Tarihi: 20 Şubat 2018.

42-Medimagazin. Acil servisler tamamen değişiyor! 11 branşa zorunlu nöbet geliyor! https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-acil-servisler-tamamen-degisiyor-11-bransa-zorunlu-nobet-geliyor-2-12-76336.html - Ulaşılma Tarihi: 20 Şubat 2018.

43- Öztek Z, Akdur R, Aycan S ve ark. Herkese Sağlık:Türkiye'nin hedef ve stratejileri. TC Sağlık Bakanlığı yayınları. Ankara:Barok Matbaacılık, 2001.

44-Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu. 23. Gezici Eğitim Semineri. Toplum ve Hekim, 2013, 28(4):299.

45-TC Sağlık Bakanlığı. Teşkilat Şeması. https://www.personelsaglikhaber.net/guncel/saglik-bakanligi-teskilat-semasi-degisti-h68320.html. - Ulaşılma Tarihi: 11 Temmuz 2017.

46-Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu. 24. Gezici Eğitim Semineri. Toplum ve Hekim, 2013, 28(4):311.

47-TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Yapısı. http://www.thsk.gov.tr/haberler/8-kurumsal/turkiye-halk-sagligi-kurumu-organizasyon-yapisi.html. Ulaşılma Tarihi: 1 Şubat 2017.

48-TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu taşra teşkilatı hizmet birimlerinin görevleri, çalışma usul ve esasları ile kadro standartları hakkında yönerge. 8 Ekim 2012 ve 13425 sayılı Bakan Onayı. s:15.

49-TC Sağlık Bakanlığı. Teşkilat Şeması. https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html. Ulaşılma Tarihi: 6 Şubat 2018.

50-TC Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Organizasyon Yapısı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kurumsal/organizasyon-yap%C4%B1s%C4%B1.html. Ulaşılma Tarihi: 14 Mart 2018.

51-HASUDER. 663 Sayılı KHK Hakkında Rapor. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 29 Kasım 2011, İzmir.

52-Belek İ. Sağlık reformlarında son nokta: Bakanlığın organik yapısının yok edilmesi. Toplum ve Hekim, 2013, 28(3):205-208.

53-Kılıç B, Aksakoğlu G. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulaması Yanlıştır. Toplum ve Hekim, 2002;17(5):338-343.

54-Kılıç B. Türkiye'de Sağlık Finansmanı (2001-2012). Türkiye Sağlık Raporu 2012 içinde Ed: Ertem M, İnandı T, Çan G ve ark. ISBN:978-975-97836-2-4, Ankara: HASUDER Yayınları 2012:14-22.

55-Kılıç B. Sağlık Finansmanı (2003-2012). Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde. Ed: Ertem M, Çan G. ISBN:978-605-84926-4-6, Ankara: HASUDER Yayın No: 2014-8, 2015:770-781.

56-SGK. İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari Ulaşılma Tarihi: 14 Mart 2018.

57-TÜİK Sağlık Harcaması İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 Ulaşılma Tarihi: 14 Mart 2018.

58-Akdağ R. Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 2010.

59-Akdağ R. Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 2011.

60-Akdağ R. Sağlık Bakanlığı 2013 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 2012.

61-Müezzinoğlu M. Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 2013.

62-Akdağ R. Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 2016.

63-Sönmez M. Paran kadar sağlık. İstanbul: Yordam Kitap, 2011:42, 44, 46, 60.

64-Atasever M. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi, 202-2013 dönemi. Sağlık Bakanlığı Yayın No:983, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2014.

65-Kılıç B. Performansa dayalı ek ödeme sistemi. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, 14 Mart 2011, İzmir.

66-Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Platformu-SESAP. 2015 seçimlerine doğru sağlık politikalarına bakış: Sorunlar, Beklentiler, Çözüm Önerileri, Arama Konferansları-III. 8 Mart 2015, Sheraton Otel Çeşme, İzmir.

67-TC Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. Türkiye Brüt Dış Borç Borç Stoku İstatistikleri. https://www.hazine.gov.tr/kamu-finansmani-istatistikleri Ulaşılma Tarihi: 30 March 2018.

68-İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari Ulaşılma Tarihi: 30 Mart 2018.

69-Şemin S. Hekim Endüstri İlişkileri ve Etik. XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, Ankara:TTB yayınları, 2006:71-74.

70-Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;19(1):59-65.

71-Özsunar Y, Çetin M, Taşkın F, Yücel A, Can S, Argın M, Arkun R. Ülkemizde radyoloji hizmetinin kalitesi: Bir örnekleme analizi. Diagn Interv Radiol 2006; 12:166-170.

72-Dertli N. Gelir testi, yoksullar ve borçlanma. Çalışma Ortamı, 2017;152:11-13.

73-Pala K. Sağlıkta Dönüşüm Programının Toplum Sağlığı Göstergeleri açısından Performansı. Toplum ve Hekim 2015; 30 (2):141-149.

74-Kılıç B. Sağlıkta dönüşüm programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013; 28:10-15.

75-Kleinman M. Kriz mi ne krizi? Avrupa refah devletlerinde sürekliliк ve değişim. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. Sosyal politika yazıları, İç: Buğra ve Keyder, ed. Ankara;İletişim yayınları, 2. Baskı, 2006.

76-Kılıç B. Türkiye için sağlık insangücü planlaması ve istihdam politikaları"; TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6):501-514.

77-Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010, Ankara:TTB yayınları, 2010:41-45.

78-HASUDER. Halk Sağlığı/Toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi, Ankara, 2002.

79-Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023). Elektronik Kitap, Ankara:HASUDER Yayın No:2014-1, Şubat 2014.

80-Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2006; 20(3):157-64.

81-Etiler N. Sağlık emek gücü politikaları. Türkiye Sağlık Raporu 2012 içinde Ed: Ertem M, İnandı T, Çan G ve ark. ISBN:978-975-97836-2-4, Ankara: HASUDER Yayınları 2012:14-22.

82-Özkan Ö. Sağlık emekgücünün AKP ile geçen 15 yılı. Toplum ve Hekim, 2017; 32(5):381-400.

83-World Bank. World Development Report 1993, Investing in Health. New York:Oxford University Press, 1993.

84-Hamzaoğlu O. Dünyada sağlık reformu Türkiye'de sağlıkta dönüşüm: Gerçekler ve belgeleri. Toplum ve Hekim, 2013; 28(3):172-180.

85-Kılıç B. "Sağlık Reformları"; Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü içinde (editörler Nalçacı, Hamzaoğlu, Özalp), sayfa:241-244, Nazım Kitaplığı Yayınları, No:34, İstanbul, Nisan 2006.

86-WHO. Proposed programme budget 2018–2019. 7th World Health Assembly. A70/7 Provisional agenda item 11.2 April 2017. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-en.pdf Ulaşılma Tarihi: 20 January 2018.

87-Motchane JL. Dünya Sağlık Örgütü ve Politika-İlaç Laboratuvarlarının Avukatı. Le Monde Diplomatique 2002; 6:14-15.

88-Aksakoğlu G. Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor. Toplum ve Hekim, 2002; 17(2):91-100.

89-WHO. The World Health Report 2000, Health Systems:Improving Performance. Geneva:2000.

90-People's Health Movement, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, Medico International, ALAMES. Global Health Watch-5, An alternative world health report. London:Zed Books Ltd, 2017.

91-Barış E, Mollahaliloglu S, Aydin S. Healthcare in Turkey: from laggard to leader. BMJ. 2011;342(7456):579-82.

92-Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet. 2013;382(9886):65-99.

93-Atun R. Transforming Turkey's health system-Lessons for Universal coverage. New England J of Medicine. 2015;373(14):1285-1289.

94-OECD, World Bank. OECD sağlık sistemi incelemeleri:Türkiye. Yayın No:756, ISBN:978-975-590-282-1 OECD publishing. http://www.tusak.saglik.gov.tr,

95-Şener O. Letters to the editor: Health-care in Turkey, another analysis with some more data. BMJ. 2011 (342):c7456

96-Aksakoğlu G. Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet. 2014;383(9911):26-27.

97-Kılıç B. Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet. 2014 Jan 4;383(9911):28-9.

98-Çiceklioglu M, Öcek ZA, Türk M, et al. The influence of a market-oriented primary care reform on family physicians' working conditions: A qualitative study in Turkey. Eur J Gen Pract. 2015;21(2):1-6.

99-Öztürk O. Dokuz yılda dokuz g(ö)rev. Toplum ve Hekim, 2012; 27(3):194-199.

100-Soyer A. Son sağlık çalışanı eylemleri; yeni bir dalganın habercisi mi? Toplum ve Hekim, 2011; 26(1):2-4.

101-Balcıoğlu H. Olağandışı durumlar olarak gezi direnişi ve sağlık. Toplum ve Hekim, 2013; 28(2):83-84.

102-Gezi direnişinde tabip odalarının sağlık hizmeti sunumuyla ilgili Sağlık Bakanlığı yazıları. Toplum ve Hekim, 2013; 28(2):145-146.

103-Özçelik Z. Hekimlik yargılamaları. Toplum ve Hekim, 2014; 29(3):193-207

AFETLER VE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

GİRİŞ

Afetler ve halk sağlığı pek çok açıdan ilişkilidir. Afetlerde risk saptamadan başlayarak, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi, afetler epidemiyolojisi, afetlerde çevre sağlığı, afetlerde bulaşıcı hastalık mücadelesi, beslenme, iletişim ve sağlık eğitimi, ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinin örgütlenmesi gibi nice konu halk sağlığı alanına girer.

Öte yandan ülkemizde halk sağlının afetlere göstermiş olduğu ilgi oldukça yenidir. Yazıda afetler ver halk sağlığı konularındaki ilk çalışmalar ve bu konuda özellikle çalışmalar yapmış, yapmakta olan iki merkez ele alınmıştır

İLK ÇALIŞMALAR

Afetlerde sağlık hizmeti götürülme işlevi Sağlık Bakanlığının olagelmiştir. Sağlık Bakanlığı böyle durumlarda afet sonrası sağlık hizmetleri için afet bölgesine mobil hastane, çadır hastanesi, uzman ve pratisyen hekimler, hemşireler ve ambulanslar yollar, akut medikal hizmetler verirdi. Daha sonraları gerek medikal hizmetlerin organizasyonu, gerek sürveyans ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü, gerekse çevre sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi için halk sağlığı uzmanları da görevlendirilmiştir. Halk sağlığı uzmanları bakanlığın danışma kuruluşu niteliğindeki Hıfzıssıhha Okulundan sağlanmaktaydı. Bu kuruluşta 1975 yılından beri çalışmakta olan ve 1978-1983 yılları arasında Epidemiyoloji ve İstatistik Bölüm Başkanlığı yapmış olan Dr. Necati Dedeoğlu da bu nedenle pek çok bulaşıcı hastalık salgınına müdahale etmek yanında, deprem, sel, toprak kayması gibi afetlerde sağlık hizmetlerini örgütlemek, koruyucu sağlık hizmeti vermek ve bir değerlendirme raporu hazırlamak üzere görevlendirilmiştir. Bu tarihlerde afetler ülkemizde henüz halk sağlığı konuları içinde değildi.

Dr. Dedeoğlu 1978 yılında Hollanda'da 1 yıllık bir sağlık planlaması ve yönetimi yüksek lisans programına katılmıştır. Bu program sırasında Brüksel'deki Louvain Katolik Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda bulunan CRED (Center for Research on Epidemiology of Disasters) müdürü Prof. M.F. Lechat'tan dersler alarak ilk kez afetler epidemiyolojisinin varlığından haberdar olmuştur. Dr. Dedeoğlu'nun 1982 yılında verdiği doçentlik dersinde Afet Epidemiyolojisi konusunu işlemesi kendisini dinleyen Hacettepe Tıp Fakültesi öğretim üyelerinde de afet epidemiyolojisine karşı bir ilgi uyandırmıştır. Daha sonra Akdeniz Üniversitesinde göreve başlayan Dr. Dedeoğlu 1989 yılında bu konudaki ilk yayın olan " Depremlerde Sağlık Hizmetleri" isimli bir kitapçık yayınlamıştır. Basımı tükenen bu kitapçık TTB tarafından 1992 yılında tekrar basılmıştır. Dr. Dedeoğlu üniversitede çalışırken de gerek TTB adına gerekse üniversite tarafından görevlendirilerek o dönemde oluşan afetlerden sonra bölgeye giderek sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaya devam etmiştir. Bu kapsamda TTB'ye çeşitli raporlar sunmuştur. Aynı zamanda afetlerle ilgili ilk araştırmaları da yapmaya başlamıştır. Afetlerde halk sağlığı hizmetleri giderek daha çok halk sağlıkçısını ilgilendirmiş ve bu konuda pek çok araştırmalar takip etmiştir.

1999 Marmara depremi afetler açısından bir milat oluşturmuştur. Deprem sonrası AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı) kurularak doğrudan Başbakanlığa bağlanmıştır. Böylece afet konusunda görevli çeşitli devlet kuruluşları tek çatı altında toplanıyordu. DASK(Doğal Afet Sigortaları Kurumu) kurulmuş ve evlerin afete karşı sigortalanması için aktif çabalara başlanmıştır. Yeni yapı yönetmelikleri çıkartılarak binaların daha sağlam yapılmaları için önlemler alınmıştır. Ayrıca Marmara Depremi afet konusunda önemli araştırmaların yapılmasına yol açmıştır. Ancak belki de en önemli gelişme artık deprem sonrası yardım götürmenin değil, deprem öncesi hazırlık yapılmasının önemli olduğunun kavranmasıdır. Sağlık Bakanlığı ve AFAD bu doğrultudaki çabalarını sürdürmektedirler.

TTB OLAĞANDIŞI DURUMLARDA SAĞLIK HİZMETLERİ (ODSH) ÇALIŞMA GURUBU VE TTB ODSH KOLU

1991 yılında Saddam Hüseyin'in saldırısından kaçan peşmergelerin yığınlar halinde ülkemize sığınmaları üzerine bölgeye İzmir Tabip Odası başkanı Prof. Dr. Zuhal Okuyan da bir ziyaret yapmış ve böylece İzmir'de afet yönetimine ilişkin bir ilgi doğmuş, afetler konusunda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çerçevede 1993 yılında Prof. Dr. Necati Dedeoğlu ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanı Dr. Oltio Espinoza eğiticiliğinde bölge hekimlerine ilk kurs verilmiştir. İzmir'deki ekip daha sonra çalışmalarını TTB bünyesine taşımış ve 1999 yılına kadar TTB Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Çalışma Gurubu olarak çalışmalarını yürütmüştür. Başlıca çalışma olarak 12 adet 2-3 gün süreli afetlerde sağlık hizmetleri konulu eğitim kursu düzenlemiştir. Ayrıca çeşitli afetlerde inceleme ra-

porları hazırlanmıştır.1999 Marmara depreminde afet yönetimi eğitimini almış olan hekimler önemli yararlılık göstermişlerdir.

1999 Marmara Depreminden sonra daha geniş bir örgütlenme gereği duyulduğundan 18 Aralık 1999'dan itibaren çalışmalar TTB ODSH Kolu olarak sürdürülmüş ve böylece çeşitli tabip odalarında kurulan komisyonlar aracılığı ile de daha geniş bir tabana yayılma olanağı bulunulmuştur. Kolun amaçları:

1. Afet durumlarında hızlı ve uygun müdahalede bulunabilinmesi amacıyla hekimlere eğitim vermek
2. Eğitim verilmiş hekimler ile bir afet sırasında işbirliği yapmak, destek sağlamak
3. Afetleri değerlendirmek ve gerekirse müdahale etmek üzere çalışmalar yürütmek, bu amaçla bir "TTB ODSH Hızlı Değerlendirme ve Müdahale Birimi " kurmak
4. Afetlerle ilgili kitap broşür el ilanı, süreli yayın çıkartılmasına katkıda bulunmak, arşiv oluşturmak, gerekli yayınları Türkçeye çevirmek
5. Afetlerle ilgili kongre sempozyum, panel ve toplantılar düzenlemek
6. Afetlerle ilgili bilgi toplamak, sonuçları ilgili kurumlarla ve kamuoyu ile paylaşmak
7. Afetlerle ilgili olarak ulusal ve uluslar arası örgütleri izlemek, işbirliği yapmak
8. Afetlerle ilgili toplumsal ve mesleki duyarlığı arttırmak, gerekirse danışmanlık hizmeti vermek
9. Afetlerde sağlık hizmeti konusunda izlem ve hizmet standartlarını belirlemek
10. Gerektiğinde yukarıda tanımlanan etkinlik alanlarında çalışma gurupları oluşturmak

Gerek Marmara Depremi, gerekse diğer afetlerde yapılan çalışmalardan kazanılan deneyimler eğitim programlarına yansıtılmıştır. Ayrıca bu birikim eğitimlerde kullanılacak olan " Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri-Sağlık Çalışanının El Kitabı" isimli bir kitabın da yayınlanmasına önayak olmuştur. Kol, faaliyetlerini düzene sokmak amacıyla yönergeler de hazırlamıştır.

Kol 2015 yılına kadar değişik illerde 28 adet 3-4 günlük afetlerde sağlık hizmetleri kursları düzenlemiştir. Bu kurslara toplam 750 hekim katılmıştır. Ayrıca Hızlı Değerlendirme Biriminin geliştirilmesi amacıyla bu konuda da 2 eğitim programı yürütülmüştür.

Kol pek çok yayın da çıkartmıştır Bunların bir kısmı telif eserler bir kısmı da Dünya Sağlık Örgütünün ilgili kitaplarının tercümesi şeklindedir. Kol çeşitli afetlerde, kazalarda inceleme ve hızlı değerlendirme faaliyetlerinde de bulunmuş olup bunlarla ilgili raporlar hazırlanmış bazıları yayınlanmıştır. TTB Merkez konseyine ilgili konularda danışmanlık yapan, görüş bildiren kolun son olarak Suriyeli sığınmacılarla ilgili çalışmaları bulunmaktadır. Kolun faaliyetleri konusunda daha geniş bilgi edinmek ve yayınlarına ulaşmak için http://www.ttb.org.tr/odd/ web adresine bakmak yeterli olacaktır.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ AFET TIBBI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ (HAMER)

Merkez 11.08.2008 tarihinde resmen kuruldu. Amacı afetler ve afet tıbbı konularında araştırmalar, uygulamalar ve halk sağlığı çalışmaları yapmaktı. Ayrıca eğitimler düzenlemek, danışmanlık yapmak, toplumu bilgilendirme gibi amaçları da vardı ve bunları gerçekleştirmek için çeşitli kuruluşlarla işbirliği yapacaktı. Yönetmeliğe göre Merkezi bir Müdür yönetmekte ayrıca 3 yıl için seçilmiş 7 kişilik bir Yönetim Kurulu da yönetimde yardımcı olmaktadır.. Bilimsel konularda destek olmak üzere ayrıca bir Danışma Kurulu da bulunmaktadır.

Merkezin ilk Müdürü Prof. Dr. Zafer Öztek'tir. Daha sonra Prof. Dr. Kerim Hakan Altıntaş görevi devralmıştır ve halen sürdürmektedir.

Merkez amaçları doğrultusunda çeşitli faaliyetler düzenlemektedir. Bunlardan en önemlisi 2009 tarihinden beri her yıl düzenlenen "Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetim Kursu" dur. Bu kurs 5 gün sürmekte 20 kadar sağlık personeline değişik tıp uzmanları ve diğer disiplinlerden gelen eğiticiler teorik eğitim vermektedirler. Eğitim alanlardan 300 Tl katılım payı istenmektedir. AFAD; İtfaiye, Kızılay, DSÖ gibi ilgili dış kurumlardan uzmanlar da eğitici olarak görev almaktadırlar Bu kurslardan 2017 yılında dokuzuncusu yapılmıştır. Kursta ders kitabı olarak da kullanılmak üzer 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi Basımevi tarafından " Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi" isimli bir kitap da yayınlanmıştır. Doktora programı açılması konusunda girişimler sürmektedir

Fotoğraf. İlk Afetler kursu; Dr. Necati Dedeoğlu, Dr. Oltio Espinosa, Dr. Zuhal Okuyan ve kursiyerler.

HAMER'in diğer önemli bir çalışması "Afetlerde Sağlık Yönetimi" Yüksek Lisans programıdır. 2 yıllık programın ilk yılında dersler verilmekte, son yıl da bir tez hazırlanmaktadır. Şimdiye kadar 4 kişi programı tamamlamış olup şu anda da 7 öğrencisi bulunmaktadır. HAMER Hacettepe Kültür Merkezinde afetlerin çeşitli alt konularıyla ilgili

herkese açık konferanslar düzenlemektedir. Bu ana kadar 28 konferans düzenlenmiştir.

"Afetlerde Deneyim Paylaşım Günleri" diğer önemli bir aktivitedir. Burada bir gün boyunca afetlerde görev alan personelin ilgisini çekecek konular işlenmektedir. Bunlardan birisi " Sağlık Personelinin Afetlerde Yaşadıkları Psiko-sosyal Sorunlar ve Çözüm Önerileri", diğeri de "Afetlerde Lojistik" konusunda düzenlenmiştir.

Merkezin çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği sürmektedir. Merkezin Hacettepe Üniversitesi personelinin afet yönetimi, arama ve kurtarma, ilk yardım, yangın söndürme kurslarına katılmalarının sağlanması için çabalarında ayrıca söz etmeye değer. Merkeze http://www.hamer.hacettepe.edu.tr/index.php Web sitesinden ulaşılabilmektedir.

Teşekkür: TTB ODSH kolu çalışma raporunu ileten Dr. Kevser Vatansever'e ve HAMER hakkında bilgilendiren Prof. Dr. K.Hakan Altıntaş'a teşekkürlerimi sunarım.

AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HIZMETLERI

Prof. Dr. İnci Oktay

GİRİŞ

1978 yılında, amacı '2000 yılında herkes için sağlık' olan Alma-Ata Bildirgesi'nin yayınlanmasıyla birlikte başlayan uluslararası çalışmalar, sağlık kavramı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda anahtar bir başlangıç oluşturmuştur. Alma Ata'yı izleyen çalışmalar, toplum sağlığının geliştirilmesinde yeni kavramlar ve yöntemleri esas alan uygulamalarla ve tüm dünya ülkelerinin katılımıyla önemli bir halk sağlığı hareketine dönüşmüştür. Bu çalışmalar, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında yol gösterici olmuştur.

Sağlık sistemi, birbirini etkileyen ve değiştirebilen, temel amacı sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu olan tüm eylemleri, kişileri ve organizasyonları kapsayan bir yapılanmadır Sağlık sistemi içinde yer alan örgütlenme, finansman, sağlık hizmetleri dağılımı vb. gibi tüm alanlarının birlikte değerlendirilmesi ve uyumlandırılması sistemin hedefine ulaşmasında önemli bir rol oynar (1). Bu sistem, sağlık yönetimi anlayışı çerçevesinde planlanmalı ve değerlendirilmelidir (Şekil 1). Kitabın, bu bölümünde ağız diş sağlığı ile ilgili hizmetler yukarıdaki ifade edilen sağlık sistemi anlayışı içinde tarihsel sürece göre değerlendirilecektir.

ULUSLARARASI GELİŞMELER

Sağlık alanında uluslararası gelişmeleri incelediğimizde, özellikle son birkaç on yılda sağlığın tanımı ve kapsamı, sağlığın belirleyicileri ve sağlığın davranışsal, sosyal boyutu ile çok önemli gelişmeler sağlanmış ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi programları ile başarılı sonuçlar alınmıştır (2). Özellikle de sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, sağlığın desteklenmesi, sağlık yönelik yetkilendirme, sağlık için toplumsal kapasite geliştirilmesi ve benzeri çalışmalar, programların başarısına önemli bir katkıda bulunmaktadır. Yine sağlıkta eşitsizlik ve nedenleri de sağlığın korunmasında dikkate alınması gereken temel yaklaşımlardan biridir.

Bu süreçte ağız ve diş sağlığı; yaşam boyunca fonksiyonel, estetik ve sosyal yönden kabul edilebilir bir diş dizisinin sağlanması olarak tanımlanmaktayken, **FDI** tarafından saptanan yeni tanımı ise aşağıda belirtilmektedir.

Ağız diş sağlığı, konuşma, gülümseme, koku alma, tat alma, dokunma, çiğneme, yutkunma, güvenli bir yüz ifadesi ile duyguları yansıtma gibi çok yönlü bir kavram olup kraniyofasial bölgede ağrı, rahatsızlık, hastalığın olmaması demektir (3,4).

Öte yandan özellikle, ağız diş sağlığı sorunlarının, metastatik enfeksiyon veya metastatik doku zararı ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırması, ağız diş sağlığının daha ön plana çıkmasına neden olmuştur (2,5). Son yıllardaki önemli bir gelişme de genel sağlık ve ağız diş sağlığı hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre edilerek topluma sunulmasıdır (6).

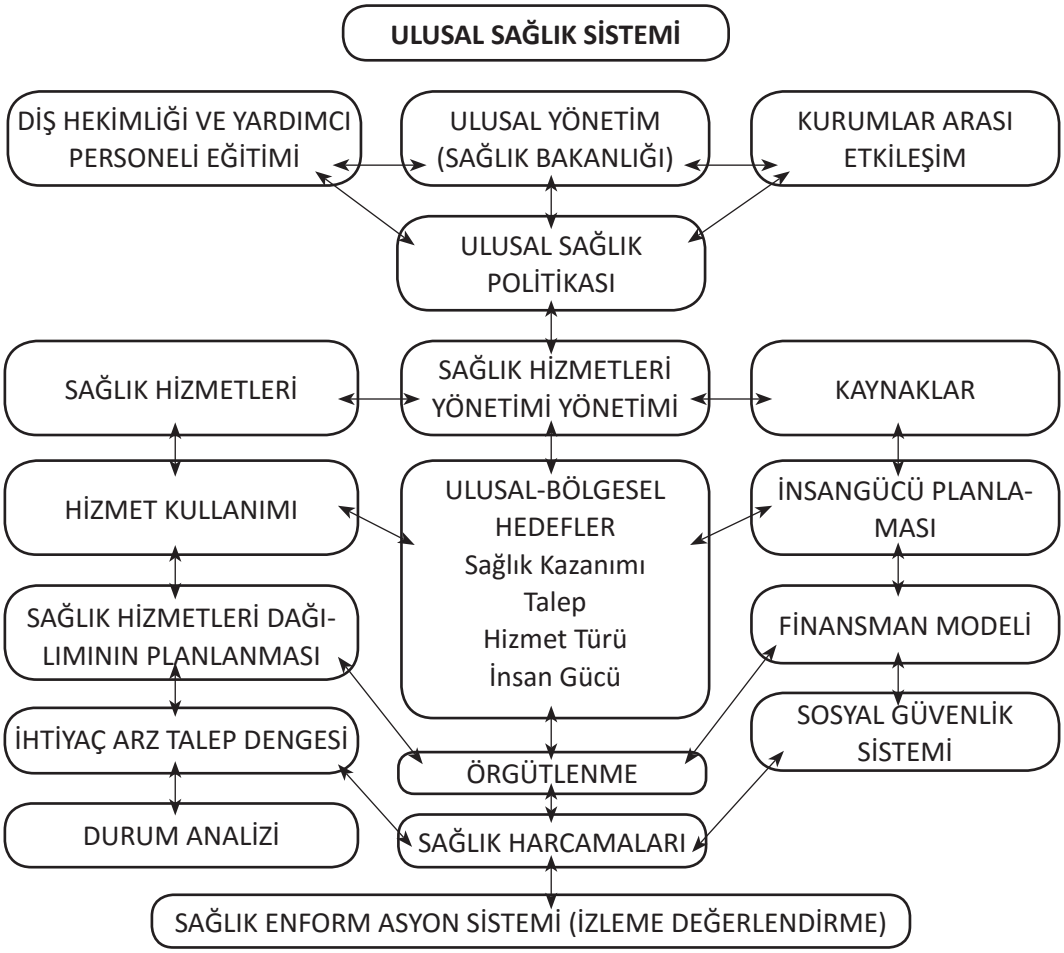
Yukarıda, özet olarak, ifade edilen gelişmeler, ülkemizdeki ağız diş sağlığı hizmetlerinin planlanmasında pek dikkate alınmamakta ve sağlık sistemi içinde yer alan, insan gücü politikası, örgütlenme, sağlık harcamaları vb alanların karşılıklı etkileşimlerini de kapsayan sağlık politikaları oluşturulması mümkün olamamıştır.

TARİHSEL AKIŞ SÜRECİNDE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Diş hekimliği tarihi ile ilgili bilgilerimizin, MÖ 7000 yılına kadar gittiği ve antik Yunan'da Hipokrat ve Aritoteles'in diş hekimliği ile ilgili yazıları olduğu bilinmektedir. 1530 yılında diş hekimliğine özel bir kitap yayımlanmış ve 1723'de modern diş hekimliğinin babası kabul edilen Pierre Fauchard, asitler ve diş çürükleri ilişkisi ve dolgu ile protezleri de kapsayan bir kitap yazmıştır. 1840 yılında ilk diş hekimliği eğitimi 'Baltimore College of Dental Surgery'nin kurulmasıyla başlamıştır (7) . Ülkemizde ise halen, kalıntıları az da olsa devam eden, usta çırak eğitimi başlamış ve 19. yüzyılın sonlarında belgesiz diş hekimliği yapmak yasaklanmıştır. İlk diş hekimliği okulu, 22 kasım 1908 de kurulmuş ve 1911 yılında 43 mezun vermiştir. İlk meslek kuruluşu da, 1912 de 'Tıp Fakültesi Dişcilik Şubesi Mezunin ve Talebe Cemiyeti' adıyla faaliyete başlamıştır. Kısaca özetlenen bu gelişmelerle, Cumhuriyet dönemine gelinmiştir (8).

1923-1960 ARASI AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Bu dönemde, 'Sıhhiye işlerinin tanzim ve idaresi vilayet şuralarının salahiyeti dahilindedir' ifadesiyle, 1921 Anayasası'nda sağlık konusu yer almıştır. Dr Refik Saydam'ın sağlık bakanlığı döneminde, koruyucu hekimliği önem verilmiş ve bu konuda başarılı sonuçlar alınmıştır. Ancak benzeri uygulamaların diş hekimliği alanında da yaygınlaştırılması söz konusu olamamıştır (9-12).



Şekil 1. *Ulusal Sağlık Sistemi*

1928 tarih ve 1219 sayılı 'Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun' ile diş hekimliği alanındaki çalışmalar düzenlenmiş ve diş hekimliği yapabilmek için Türk olmak ve Türkiye Darülfünunu Dişci Mektebi'nden diploma almak zorunlu hale getirilmiştir (14,15).

1934 yılında Almanya'dan gelen Ord.Prof.Dr. Alfred Kantorowitz'in ülkemizde diş hekimliğinin gelişmesine önemli katkıları olmuş ve 1937 de diş hekimliği eğitimi tıp eğitiminden ayrılarak Diş Hekimliği Yüksek Okulu kurulmuş ve ilk doktora programı da 1948' de açılmıştır (8, 13, 14).

1923-1926 arasında her yıl 75-100 arasında değişen sayıda diş hekimi mezun olmuştur. 1951 yılında toplam 953 olan diş hekimi sayısı 1960 da 1395'e yükselmiştir (13,16).

Mezunların verilmesiyle kongreler de başlamış ve Kasım 1932'de İstanbul'da ilk ulusal diş Hekimliği kongresi olan "Birinci Milli Diş Tababeti Kurultayı" yapılmış, aynı yıl yine İstanbul'da "İkinci Ulusal Diş hekimliği Kongresi", 1938 yılında Ankara'da "Üçüncü Ulusal Diş Hekimliği Kongresi" toplanmıştır (13).

Bu dönemde meslek kuruşları açısından da gelişmeler olmuş ve 1953 yılında 6023 Sayılı Türk Tabipler Birliği Yasa'sı çıkarılarak Türk Tabipler Birliği kurulmuştur. Diş hekimleri 1985 yılında Türk Diş Hekimleri Birliği'nin kurulmasına kadar Türk Tabipler Birliği içinde yer almıştır (17).

Bu dönemle ilgili sağlık istatistiklerinin sınırlı olmasına karşın, diş çürükleri ile ilgili ilk epidemiyolojik çalışmanın da yapıldığını görüyoruz. Prof. Dr. Pertev Ata tarafından İsparta civarında fluorosis nedeniyle diş çürükleri incelenmiş ve 10-18 yaş grubunda 1353 kişide ve 3 bölgede yapılan çalışmada kişi başına düşen diş çürüğü ve sonuçları 0.79, 1.45 ve 2.53 olarak bulunmuştur (18).

1960-1980 ARASI AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Bu dönemde 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'la sağlık hizmetlerinde bir reform yapılmış ve birinci basamak sağlık hizmetleri ön plana çıkarılarak yeni bir örgütlenme modeline geçilmiştir. Yeni modelde, diş hekimleri devlet hastanelerinde tedavi hizmetleri ve sağlık ocaklarında birinci basamak sağlık hizmetleri vermek üzere istihdam edilmiştir. Ancak, diş hekimliği açısından verilen tedavi hizmetleri toplumun ihtiyacını karşılayamadığı gibi, birinci basamak hizmetlerde de başarılı sonuçlar alınmamıştır. Sağlık ocağı diş hekimleri, tedavi ile ilgili donanım eksikliği nedeniyle sadece diş çekimi yapmış ve günümüzdeki kadar etkili koruyucu yöntemlerin azlığı ve var olanların da yay-

gınlaştırılamaması nedeniyle ağız diş sağlığı sorunlarında bir değişme olamamıştır.

Yasanın, içeriğinin pek çok sorunun çözümünde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması açısından önemli yaklaşımlar içermesine karşın ne yazık ki, ya uygulanamamış ya da uygulanıp uygulanmadığı denetlenmemiş olduğu için beklenen başarıya ulaşamamıştır (19).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı kalkınma planları da yine bu dönemde başlamıştır. Birinci kalkınma planında (1963-1967) ağız diş sağlığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. İkinci kalkınma planı döneminde Sağlık Bakanlığı'nın 1966 yılı verilerine göre diş hekimi başına düşen kişi sayısı 16.000 olarak bildirimiştir. İkinci kalkınma planı döneminde de (1968-1972) ağız diş sağlığının yer almadığını görüyoruz. Üçüncü kalkınma planı döneminde (1973-1977) sağlık personeli sayısında artış olmuş ve diş hekimi sayısı 1971-1977 arasında 3200'den 6600'e yükselmiştir (13).

1970-1980 arasında, 20'den fazla epidemiyolojik araştırma yapılmış ve genç yaş gruplarında daimi dişlerde çürük ve sonuçları sayıları 4 ile 7 arasında bulunmuştur (20).

1980-2000 ARASI AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Dördüncü Kalkınma Planı Dönemi (1979-1983)'inde sağlık hizmetlerinde personel eksikliğini gidermek ve hizmeti her yere götürmek amacıyla 1978 yılında Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır (13).

Beşinci Kalkınma Planı Dönemi (1985-1989)'inde; ihtiyacı karşılamayan ve artırılması gereken meslek dalları içinde diş hekimleri de yer almıştır. Bu dönemde, diş hekimliği alanında bazı gelişmeler olmuş ve 1985 yılında, 3224 sayılı 'Türk Diş hekimleri Birliği' kurulmuştur. Ayrıca 1986 yılında ilk kamu diş hastanesi İzmir'de açılmıştır. 1989 yılında mevcut diş hekimi sayısı 7800 iken ihtiyaç duyulan diş hekimi sayısı 8700, hedeflenen diş hekimi sayısı ise 12.900 olarak hesaplanmıştır (13).

Altıncı Kalkınma Planı Dönemi (1990-1994)'inde beşinci plan dönemine göre kamu kesimi yatırımlarında eğitim, sağlık ve tarım sektörü alanlarına daha fazla ağırlık verilmiştir. Yedinci Planlı Kalkınma Dönemi (1995-1999), sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Uzman hekimlerin yüzde 76'sı, pratisyen hekimlerin yüzde 96'sı, diş hekimlerinin yüzde 33'ü ve hemşirelerin yüzde 98'i kamuda istihdam edilmektedir. 1995 yılında diş hekimi sayısı 11.717 iken, diş hekimi ihtiyacı 16300 olarak belirlenmiştir. Ancak, ihtiyaç arz talep dengesinin belirlenmesine yönelik bir insan gücü politikası çalışması yapılmamıştır (13).

"Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" 1999 tarihinde yürürlüğe girmiş ve bu Yönetmelik kapsamında bulunan sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, hizmet alt yapı özellikleri ile bünyesinde bulunan diş ünit sayılarına göre göre merkez, poliklinik, müşterek muayenehane ve muayenehaneden tanımları yapılmıştır. Aynı yönetmelikte, alt yapı standartları da belirlenmiştir (21).

2000'li yıllara doğru diş hekimi sayısı artmış ve 1995 de 11.717 olan sayı 2000'de 14.200'e yükselmiştir. Diş hekimi başına düşen nüfus ise aynı tarihler dikkate alındığında 5.163'den 4.599'a düşmüştür (16).

Bu dönemde birçok epidemiyolojik araştırma da yapılmış, ancak daha önceki çalışmalara göre hastalıkların azaltılması açısından bir farklılık gözlenmemiştir (20). Bir sonraki bölümde incelenecek olan, ülkemizdeki ilk ulusal ağı diş sağlığı durum analizi 1988-1990 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü rehberlerine uygun olarak yapılmıştır(Tablo 1) (21).

Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanma süreci öncesinde ağız diş sağlığı hizmetleri bakanlığın 3 farklı bölümünde yer almaktaydı. Ağız diş sağlığı koruyucu hizmetleri, 'Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde, tedavi edici hizmetler 'Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde ve gebe ve çocuk sağlığı ile ilgili çalışmalar da 'Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nde yürütülmekteydi. Bu durum da ağız diş sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımdan uzaklaşmasına ve verimsizliğe neden olmaktaydı. Diş hekimliği alanındaki bir başka sorun da birinci, ikinci, üçüncü basamak hizmetlerinin sınıflandırılmasındaki zorluktu. Birinci basamak ağız diş sağlığı hizmetlerinin koruyucu hekimlik ve kişilerin ilk başvurularında almaları gereken tedavi hizmetleri, diş hekimliği hizmetlerinin önemli bir kısmını kapsamaktaydı. Uzmanlık alanlarının ve sınırlarının belirsizliği de bu karışıklığı artırmaktaydı. Ayrıca, üçüncü basamak hizmetlerin uygulamasında diş hekimliğinin sınırları açısından da sorunlar bulunmaktaydı. Diş hekimliğinde uzmanlık alanları söz konusu olduğunda ise, komplike tedavilere olacak talebin bilinmemesi nedeniyle, insan gücü analizinin olmamasıydı. Ancak, yapılan değerlendirmeler sonucunda aşağıdaki sınıflama hazırlanmıştır (23).

Diş Hekimliği Hizmetleri
Birinci Basamak Hizmetler:

Muayene, acil tedavi, koruyucu uygulamalar, dolgu, endodonti, profesyonel temizlik, diş çekimi, ağız hastalıkları, yer tutucu, kuron, radyografi, koruyucu ortodonti, protez.

İkinci Basamak Hizmetler:

Komplike konservatif tedavi, ortodontik tedavi, periodontal cerrahi, ağız ve çene cerrahisi.

Üçüncü Basamak Hizmetler:

Ağız diş bölgesindeki tümör ve kanserler, konjenital ve edinsel malformasyonlar (23).

2000 YILI SONRASI AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Ülkemizde, ulusal ağız diş sağlığı durum analizi, yıllar içinde 3 kez tekrarlanmıştır. İlk çalışma 1990 da tamamlanmış ve daha sonra farklı gruplar tarafından 2004 ve 2014'de tekrarlanmıştır (24-26)

Tablo 2'den de anlaşılacağı gibi ataşman kaybı düzeyleri yaş grubu arttıkça yükselmektedir. 30-39 yaş grubunda komplike tedavi ihtiyacı olan kişi oranı % 4.31 iken diğer yaş gruplarında ise sırasıyla %14.67, %22.36, %67.86 olarak saptanmıştır (1,2,3,4). Genel bir yorumla, ülkemizde ağız diş hastalıklarının yaygınlık ve şiddetinin özellikle 15-19 yaş grubundan sonra yüksek olduğu, tedavi ihtiyacının ise önemli ölçüde karşılanamadığı ifade edilebilir (26). Yine benzer şekilde, süt diş çürükleri çocuk yaş gruplarında yüksek olup dolgulu diş sayısı düşüktür. 12 yaş grubunda daimi diş çürük ve sonuçlarının çok yüksek olmaması, geç daimi diş sürmelerine bağlanmıştır (22).

Tablo 1. *Ulusal Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi Çalışmaların Diş Çürükleri Açısından Sonuçları*

İndeks Yaş grubu	1990 yılı çalışması				2004 yılı çalışması				2014 yılı araştırması			
	DT/ dt	MT/ mt	FT/ft	dmft/ DMFT	DT/ dt	MT/ mt	FT/ft	dmft/ DMFT	DT/ dt	MT/ mt	FT/ft	dmft/ DMFT
5	0.03	0.0	0.0	0.03	3.6	0.05	0.05	3.7	2.65	0.14	0.06	2.85 **
12	2.24	0.18	0.30	2.75	1.7	0.1	0.1	1.9	1.84	0.24	0.02	2.20 ***
15	3.21	0.57	0.36	4.14*	1.8	0.2	0.3	2.3	1.41	0.19	0.3	1.90 ****
35-44	3.02	8.05	0.52	11.59	2.9	7.4	0.9	10.8	1.41	7.31	0.64	9.1 *****
64-75	0.61	28.07	0.09	28.76	1.0	24.6	0.2	25.8	0.64	23.8	0.09	24.6 ******

DT/dt:kişi başına düşen çürük daimi ve süt dişi sayısı

MT/mt: kişi başına düşen çürük nedeniyle çekilmiş daimi ve süt dişi sayısı

FT/ft kişi başına düşen dolgulu daimi ve süt dişi sayısı

* 15-19 ** 5-9 *** 10-14 ****15-19 ******60+

Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları

2000'li yılların başında sağlıkta dönüşüm programı çalışmaları başlatılmış ve buna paralel olarak sağlıkta kalite çalışmaları da yürütülmüştür. Bu programın amacı 'Sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, finansmanı ve sunulmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın, hizmet üreten değil, politika belirleyen bir kuruluşa dönüşmesi esas alınmış ve 'Bağlı Kuruluşlar, Sağlık Politikaları Kurulu, Hizmet Birimleri' olmak üzere farklı bir yapılanmaya gidilmiştir. 'Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü' bakanlığın merkez teşkilatında, bağlı kuruluşlar olarak yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda, 'Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Dairesi', Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun bir alt birimi olarak yapılandırılmış ve burada tedavi ağırlıklı bir yaklaşım belirlenmiştir (27). Ancak, bunun dışında koruyucu diş hekimliği hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ağız diş sağlığı alanındaki koruyucu projeler aşağıdaki iş tanımları içinde;

- **Kadın ve üreme sağlığı ile çocuk ve ergen sağlığı:** Gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemlerinde ağız diş sağlığı takibi yapılır ve eğitim verilir.
- **Çevre sağlığı hizmetleri:** Ağız hijyeninin sağlanmasında kullanılan diş fırçaları, ara yüz fırçaları vb ürünlerin, piyasa gözetimi ve denetiminin kontrolü bu hizmetler içinde yürütülür.
- **Sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler:** Ağız diş sağlığı alanında, sağlığı geliştirici projeler hazırlanır ve uygulanır
- **Okul sağlığı:** Ağız diş sağlığının korunmasına ilişkin olumlu sağlık davranışını kazandıran çalışmalar gerçekleştirilir.
- **Entegre hastanelerdeki hizmetler:** Ağız diş sağlığı hizmetleri ile ilgili iş tanımları içinde yer almaktadır (27).

Yaş Grupları Ataşman Kaybı (mm)	30-39	40-49	50-59	60+
LOA 0-3	90.20	80.17	72.03	47.93
LOA >3	9.79	19.83	27.96	52.06
LOA >4	3.32	8.96	13.46	33.98
LOA >5	0.74	3.98	5.65	20.02
LOA >6	0.25	1.94	2.76	12.19
LOA >8	0.00	o.90	0.49	1.67

Tablo 2. Ulusal Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi Çalışmaların Periodontal Hastalık Açısından Sonuçları (Farklı ataşman kaybı düzeylerine sahip kişi oranı (%))

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte 'Yataklı Tedavi

Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı değişiklikle ağız ve diş sağlığı merkezlerinin tanımı yapılmıştır (29). 2002 yılında 14 olan ağız diş sağlığı merkezi sayısı 2008 de 120'ye 2015'de 132'ye ulaşmıştır. Bu durum da ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda, kamu ağırlığını artırmıştır (30).

2010 yılında, 6088 sayılı kanun (21.12.2010) ile diş hekiminin tanımını 'Diş tabibi, insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, dişetlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olanağız diş ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıkların ve düzensizliklerin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir (madde.29)' olarak yapılmıştır. (31). Bu düzenlemede ayrıca, uzmanlıklar da dikkate alınmış olup 'Diş tabibliğinin herhangi bir dalında münhasıran uzman olmak ve o ünvanı ilan edebilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmak şarttır' ifadesi de kanun içinde yer almıştır.

Sağlık Bakanlığı (2014-2017) stratejik planı içinde, ağız diş sağlığı ile ilgili hedef, 12 yaş grubunda kişi, başına düşen çürük, çürük nedeniyle çekilmiş ve dolgulu diş sayısının 2016'da 1.6, 2017'de 1.5 olmasıdır ve hedefe ulaşılmasında aşağıdaki stratejiler belirlenmiştir (32).

- Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırarak, hizmetin kullanımını artırmak.
- Önleyici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı eylem planı hazırlamak ve uygulanmasını sağlamak.
- Önleyici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri uygulama mevzuatı oluşturmak.
- Önleyici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık oluşturmaya yönelik etkinlikler düzenlemek, konunun görsel ve işitsel yayınlarda ve yazılı basında yer almasını sağlamak, afiş ve broşür vb. materyaller hazırlamak.
- 0-12 yaş arasındaki çocukların senede iki defa diş hekimine muayene olmaları için çalışma ve düzenlemeler yapmak.
- İçme sularında flor düzeyi düşük illerde topikal flor takviyesini planlamak ve uygulamak ve gerekli kurum/kuruluşlarla işbirliği yapmak.
- Okullarda önleyici ve koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerine yönelik ağız ve diş sağlığı taramaları ile topikal flor uygulamaları yapmak ve sürdürülebirliğini sağlamak için alt yapıyı güçlendirmek.

Halk Sağlığı Kurumu'nun hazırladığı ulusal koruyucu ağız diş sağlığı programı (2013-2018) diş hekimi muayenesi ve eğitim çalışmalarını kapsamaktadır:

Eğitim 1 (0-12ay)

- Erken çocukluk çağı çürüğü riski konusunda ailenin eğitilmesi
- Bebeğin ağız bakımının ebeveyn tarafından yapılmasının bilgisinin verilmesi
- Diş çürüğü ve periodontal hastalığın bulaşıcı olabileceğinin bilgisinin ebeveyne verilmesi
- Ebeveynin ağız hijyeni ve beslenme ile çürük arasındaki ilişki açısından bilgilendirilmesi
- Diş çıkarma dönemi sorunları ve nasıl giderilebileceği hakkında ebeveynin bilgilendirilmesi

Eğitim 2 (12-24 ay)

- Eğitim 1 konuları ve;
- Bir yaşından sonra bardak ve kaşıkla beslenmeye geçilmesinin önemi hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Süt dişlerinin daimi dişlere göre daha kolay çürüyebileceği konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Süt dişlerinin travma sonucu durumu hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi

Eğitim 3 (24-36 ay)

- Eğitim 1 konuları ve;
- Süt dişlerinin daimi dişlere göre daha kolay çürüyebileceği konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Süt dişlerinin travma sonucu durumu hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi

Eğitim 4 (4-5 yaş)

- Erken süt dişi kaybında yer tutucunun önemi hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Çocuğun kendi başına diş fırçalama alışkanlığına başlaması, ancak etkili diş fırçalamanın ebeveyn tarafından kontrolünün sağlanması hususunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Çocuğun çocuk diş macunu ile diş fırçalamaya başlatılması hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Ağız solunumu ile diş ve çene bozukluklarının ilişkisi konusunda ebeveyn eğitimi
- Fena alışkanlıklar (parmak emme, kalem ısırma emzik emme v.b.) ile diş ve çene bozukluklarının ilişkisi konusunda ebeveyn eğitimi
- Süt dişlerinin travma sonucu durumu hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- Ebeveynin prepubertal periodontitis hakkında bilgilendirilmesi
- Koruyucu diş tedavisi uygulamaları (flüorür cilası) hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi

Eğitim 6 (6 yaş)

- Eğitim 4 Konuları ve;
- İlk süren daimi diş olan 6 yaş dişi hakkında ebeveyn ve çocuğun bilgilendirilmesi
- Ağızdaki bakteri plağının miktarının ebeveyn ve çocuğa boyayıcı ajanlar kullanılarak diş hekimi tarafından

gösterimi

• Erken süt ve daimi dişi kaybında yer tutucunun önemi hakkında ebeveynin bilgilendirilmesi

• Koruyucu diş tedavisi uygulamaları (flüorür cilası, flüorür jeli, gargaraları ve fissür örtücü) hakkında ebeveynin bilgilendirilmesi,

• Karışık dişlenme döneminde periodontal kontrolün önemi hakkında ebeveynin bilgilendirilmesi

Eğitim 7 (7-12 yaş)

• Erken süt ve daimi dişi kaybında yer tutucunun önemi hakkında ebeveynin bilgilendirilmesi

• Çocuğun kendi başına ve yetişkin diş macunu ile diş fırçalamaya başlanılması hakkında ebeveyn ve çocuğa bilgi verilmesi

• Ağız solunumu ile diş ve çene bozukluklarının ilişkisi konusunda ebeveyn eğitimi

• Fena alışkanlıklar (parmak emme, kalem ısırma emzik emme v.b.) ile diş ve çene bozukluklarının ilişkisi konusunda ebeveyn eğitimi

• Ağızdaki bakteri plağının miktarının ebeveyn ve çocuğa boyayıcı ajanlar kullanılarak diş hekimi tarafından gösterimi

• Koruyucu diş tedavisi uygulamaları (flüorür cilası, flüorür jeli, gargaraları ve fissür örtücü) hakkında ebeveyn ve çocuğu bilgilendirme

• Karışık dişlenme döneminde periodontal açıdan kontrolün önemi hakkında ebeveyn ve çocuğu bilgilendirme

Eğitim 12 (12-17 yaş)

• Çürük ve travma sebebiyle erken daimi dişi kaybında yer tutucunun önemi hakkında ebeveyn ve çocuğu bilgilendirme

• Çocuğun kendi başına yetişkin diş macunu ile diş fırçalama alışkanlığını edinmesi hakkında ebeveyn ve çocuğa bilgi verilmesi

• Ağız solunumu ile diş ve çene bozukluklarının ilişkisi konusunda ebeveyn eğitimi

• Ağızdaki bakteri plağının miktarının ebeveyn ve çocuğa boyayıcı ajanlar kullanılarak diş hekimi tarafından gösterilmesi

• Ara yüz temizlik ajanlarının (ara yüz fırçası ve diş ipi gibi) ebeveyn ve çocuğa tanıtılması

• Koruyucu diş tedavi uygulamaları (florür cilası, florür jeli, gargaraları ve fissür örtücü) hakkında ebeveyn ve çocuğu bilgilendirme

• Daimi dişlenme döneminde periodontal kontrolün önemi hakkında ebeveyn ve çocuğu bilgilendirme

Eğitim 18 (18 yaş)

• Periodontal hastalık ve sistemik hastalık ilişkisinin öneminin hastaya anlatılması

• Protezler ve ağızdaki kalan dişlerin temizliği ve bakımı konusunda hastanın bilgilendirilmesi

• Diş kaybının zamanında giderilmesinin önemi hususunda hastanın bilgilendirilmesi

• Ara yüz temizlik ajanlarının (ara yüz fırçası ve diş ipi gibi) tanıtılması

Yukarıda içeriği verilmiş program, bir açıdan da aile diş hekimliği çalışmalarının başlangıcını oluştursa da, daha sonra proje, okul programlarına dönüşmüştür. Bu projedeki en önemli sorunlar bilgilendirme esaslı ve bireysel bir yaklaşımı içeren projenin, maliyet yarar oranlarının bilinmemesi ve daha sonraki çalışmalarda, bilgilendirme ile maksimum düzeyde sağlık yararının kazanılabileceği varsayımıdır . Ayrıca, yardımcı personel ile yürütülebilecek bir programda insan gücü olarak diş hekiminin kullanılması da uygun olmayacaktır (34).

Bu Dönemde Verilen Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı bünyesinde;

• 2002 yılında 5.5 milyon olan poliklinik sayısı, 2014 yılında 31.8 milyona yükselmiştir.

• Yine buna paralel olarak aktif çalışan diş hekimi sayısı 2002 yılında 3.211 iken 2015 yılında aktif çalışan diş hekimi sayısı 7.275 olmuştur. Burada da hizmetin sunulması sürecini etkileyen diş hekimi oranının % 180 arttığı görülmektedir.

• 2015 yılı ilk 9 ay incelendiğinde aktif çalışan hekim sayısı bir önceki yıla göre % 4.5 artış göstermiştir.

• 2002 yılında 14 olan Ağız Diş Sağlığı Merkezimiz (ADSM) 2015 yılında 132 olmuştur.

• Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi (ADSH) sayımız 2002 yılında 1 iken, 2015 yılında 14'e yükselmiştir.

• 2013 ve 2014 her iki yılda da 7.000 nüfusa düşen ünit sayısı 0,7 olmuştur.

• 2014 yılında aktif diş hekimi başına düşen günlük muayene sayısı 18, 2015 yılı ilk 9 ayda ise 17 olmuştur (35).

Ağız diş sağlığı hizmetlerinde, daha önce de belirtildiği gibi sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde, ağız diş sağlığı merkezlerinin sayısal artışına paralel olarak kamu ağırlığı daha da artmıştır. Doğal olarak bu durum, hizmete olan talebi de artırmış olup, 2002-2011 yılları arasında başvuru sayısı % 5.5 artmıştır. Kişi başına ortalama başvuru sayısı ise 2011 yılında 0.40 olarak saptanmıştır. Hizmetlerden yararlanma oranının artması önem taşımaktadır (36). Ancak, tedavi ağırlıklı yaklaşımla, sadece 12 yaş grubunda, 2.470.000 tedavi ihtiyacı olan diş çürüğü olduğu düşünüldüğünde, sorunların azaltılması, bu yöntemle mümkün olamayacaktır. Koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasını da benzer şekilde önem verilmesi gerekmektedir.

2015 yılı sağlık bakanlığı istatistik yıllığındaki veriler incelendiğinde, 2002 yılında, 16.371 olan diş hekimi sayısı 2015'de 24.834'e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndaki diş hekimi sayısı ise 2002 yılında, 3211 olan diş hekimi sayısı 2015'de 8.683'e yükselmiştir. Yine toplam ünit sayısı dağılımında da kamu kesimi daha önde yer almaktadır (37). Ayrıca sınırlı da olsa belediyelerin de ağız diş sağlığı hizmeti verdiği bilinmektedir.

Diş Hekimi İnsan Gücü

2014 yılında, 'T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri Ve Sağlık Eğitimi' çalışması hazırlanmış ve Sağlık Bakanlığı sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonuna göre, 2023 yılı diş tabibi ihtiyacı yaklaşık 28.000 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte ağız ve diş sağlığı merkezlerinin (ADSM) rollerinin daha aktif hale gelmesinden dolayı kamu sektöründeki ihtiyaç 10.000 daha artırılarak 2023 ihtiyacı 38.000 olarak netleştirilmiştir (38). 2023 yılı sonunda diş protez teknisyeni / teknikeri sayısının yaklaşık 9.600 olacağı beklenmektedir (38).

Evde Ağız Diş Sağlığı Bakım Hizmetleri

27 şubat 2015 tarihli resmi gazetede yayımlanan 'Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik' le sınırlı da olsa evde diş hekimliği hizmetleri verilmeye başlamıştır. Ayrıca, 'Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge' ile de bu hizmetlerde kullanılacak ağız ve diş sağlığı evde sağlık hizmetlerinde bulundurulması gereken araç-gereç, tıbbi cihaz ve ilaçların asgari standarı da belirlenmiş ve acil bakım seti, cerrahi set, periodontal set, pedodonti seti, idari malzemeler vb gibi farklı tedaviler için gerekli malzemeler belirlenmiştir (39, 40).

Sağlıkta Kalite Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı kalite çalışmaları, 2003'den itibaren başlamış ve 'Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik' yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2012 yılında hazırlanan dokümanların, ISQua (The International Society for Quality in Health Care) tarafından uluslararası standartlara uygunluğunun incelenmesi açısından görüşmelere başlanmıştır. Sağlıkta akreditasyon standartları, hastane, ağız diş sağlığı merkezleri ve diyaliz setleri hazılanarak, ISQua'ya gönderilmiş ve akreditasyon onayı alınmıştır. Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan ve akreditasyonu sağlanan SKS ADSM, versiyon1 ve 2 setleri revize edilerek versiyon 3 hazırlanmıştır (41-44).

SAS Setlerinin 18.10.2015 tarih ve 147 sayılı makam onayı ile kullanım hakkı TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne devredilmiştir. 2017 yılının ocak ayında ağız diş sağlığı setinin 3. Versiyonu yayımlanmıştır. Ağız diş sağlığı ile ilgili standartların hazırlanmasında; hizmetin hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık, hakkaniyet özelliklerini taşıması esas alınmıştır (43).

3. versiyon da yer alan standartlar aşağıdaki alanlarda hazırlanmıştır (43).

Kurumsal hizmetler: kurumsal yapı, kalite yönetimi, doküman yönetimi, risk yönetimi, istenmeyen olay bildirim sistemi, acil durum ve afet yönetimi, eğitim yönetimi,- sosyal sorumluluk

Hasta ve çalışan odaklı hizmetler: hasta deneyimi, hizmete erişim, sağlıklı çalışma yaşamı,

Sağlık hizmetleri: enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, ilaç yönetimi, hasta bakımı, radyasyon güvenliği, protez laboratuvarı hizmetleri, ameliyathane

Destek hizmetleri: tesis yönetimi, otelcilik hizmetleri, bilgi yönetim sistemi, malzeme ve cihaz yönetimi, tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, atık

Tablo 4. Sektörlere göre Ağız Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlardaki Ünit Sayıları (2015)

Kurum Sayısı Kurum	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	4.261	-	778	-	5.039
Diş Hastanesi	1.211	-	90	-	1.301
Diş Eğitim Hastanesi	106	4.460	-	-	4.566
Diş Polikliniği (Hastane)	2.849	222	381	194	3.646
Diş Polikliniği	-	-	5.629	-	5.629
Toplam	8.427	4.462	6.878	194	20.181

Tablo 3. Sektörlere göre Ağız Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar (2015)

Kurum Sayısı Kurum	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
Ağız Diş Sağlığı Merkezi	132	-	69	-	201
Diş Hastanesi	14	-	3	-	17
Diş Eğitim Hastanesi	1	38	-	-	39
Diş Polikliniği (Hastane)	790	16	202	35	1.043
Diş Polikliniği	-	-	1.462	-	1.462
Toplam	937	54	1736	35	2.762

yönetimi, dış kaynak kullanımı

Gösterge yönetimi: göstergelerin izlenmesi, kalite göstergeleri ana başlıklarında uluslararası standartlarla uyumlu bir çok alanı kapsamaktadır.

Ayrıca, güvenli cerrahi uygulamaları, ilaç güvenliği rehberi, doküman güvenliği rehberi, gösterge yönetimi rehberi, geri bildirim anketi uygulama rehberi de standartların uygulanmasında yol gösterici olarak hazırlanmıştır. Bütün bu çalışmalarda, hasta hakları ve hasta memnuniyetinin ön plana çıkarılması, önem taşımaktadır.

Bu çalışmalar, ulusal düzeyde, ağız diş sağlığı merkezleri, ağız diş hastaneleri ve diş hekimliği fakültelerinde uygulanmakta ve ağız diş sağlığı açısından önem taşımaktadır. Yapılan tedavilerin kalite standartlarının da geliştirilmesi ve uygulanması yapılan diş hekimliği uygulamalarının başarısı açısından ve tedavi tekrarlarının önlenmesi açısından ciddi bir gelişme olacaktır.

Toplumun ağız diş sağlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik, akademisyenlerin de yaptıkları pek çok çalışma vardır. 'Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Kapasitesini Arttırma Amaçlı Proje'si (1996-2001) ülkemizde, ilköğretim okullarında, ağız diş sağlığı açısından bir uygulama modeli oluşturmak amacıyla yapılmıştır (44). Projenin amaçları;

- İlköğretim öğrencilerinde diş çürüğü ve periodontal hastalıkların yaygınlık ve şiddetini azaltmak,
- Yüzeyel Fluor uygulamalarının ülkemiz koşullarında etkinliğini verimliliğini incelemek,
- Ağız diş sağlığı bakım davranışlarının okulun günlük aktivitelerine entegrasyonunu sağlamak,
- Projenin sağlık sistemi için model olma özelliğini değerlendirmek,
- Diş hekiminin birinci basamak hizmet içinde sorumluluğunu belirlemek.

Proje kapsamında; öğrenci, öğretmen veli eğitimi günlük fluorlu diş macunu kullanımı (1300ppm F) haftalık Fluorlu gargara (%0.2), yüksek risk grubunda yılda dört kez nötral NaF jeli (%1.1) uygulanmıştır. Araştırma, 14 Deney 2 kontrol grubunda olmak üzere 16 okulda başlangıçta 3552 öğrencinin katılımıyla, 5 yıl devam etmiştir. Araştırmada, sonuçları DSÖ hedeflerine ulaşılmıştır. Projenin bilimsel değerlendirme sonuçları, Sağlık Bakanlığı'na gönderilmiştir.

Meslek Kuruluşlarının Ağız Diş Sağlığı Alanındaki Çalışmaları

Türk Dişhekimleri Birliği (TDB), kurulduğu günden itibaren, toplumun ağız ve diş sağlığı seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmak amacıyla pek çok ulusal projeyi, kamu kurumları ve endüstri ile birlikte ortaklaşa gerçekleştirmiştir. Bunun yanı sıra TDB'nin organize ettiği kongrelerin, meslek sorunları bölümünde, toplumun ağız diş sağlığı sorunlarıyla ilgili çalışma grupları oluşturulmuş ve raporları yayımlanmıştır (34,44-52). 1996-2014 yılları arasında Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı'nın da katılımıyla aşağıdaki başlıklarda, çalışmalar yapılmıştır.

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı çalışma grubu , TDB 1. Toplum Ağız Diş Sağlığı Kurultayı, 20-21 Eylül 1996, Bursa.
- Diş hekimliği eğitiminde stadardizasyon ve Avrupa Birliği, TDB I. Diş Hekimliği Eğitimi Kurultayı, 8-9 Mart 1996.
- Sağlık reform tasarılarında diş hekimliği hizmetleri paneli içinde; Birinci basamak sağlık hizmetleri ve diş hekimliği, TDB 3. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 16-22 Haziran 1996, Ankara.

Tablo 5. Çürük İnsidans Hızı

Risk Grupları Araştırma Grupları	**4-5 Yıl Düşük-Orta Risk Gr.**	**Yüksek-Çok Yüksek Risk Gr.**
Kontrol	1.04	0.51
Deney	0.20	0.53

Çürükte Azalma: %81 %55

Tablo 6. 12 yaş grubunda DMF-T dağılımı (araştırma sonu)

Risk Grubu Çalışma Grubu	**Düşük- Orta Risk Grubu**	**Yüksek-Çok Yüksek Risk Grubu**
Kontrol	1.97	2.10
Deney	0.94	1.18

- Ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması, TDB Bilimsel Toplantısı 3-4 Mart 1997,Bursa.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, Çalışma grubu, TDB VII. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 19-24 Haziran 2000 Mersin.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, Çalışma grubu , TDB VII. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 19-24 Haziran 2000 Mersin.
- Sağlık sisteminin ağız diş sağlığı açısından değerlendirilmesi ve ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması çalışma grupları TDB 17. Uluslararası Kongresi 21-23 Haziran 2010, Bursa.
- Ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması, TDB 18. Kongre, Haziran 2011 Ankara.
- Koruyucu ağız-diş sağlığı stratejisi çalışma, 20. TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi,26-28 Mayıs 2014.

Ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması başlıklı çalışmada; örgütlenme modeli ve insan gücü planlaması çalışma grubu, hizmet dağılımı planlaması çalışma grubu, sağlık harcamaları ve finansman çalışma grupları oluştu-

rulmuş ve ortak bir rapor hazırlanmıştır. Bu toplantı sonucunda aşağıdaki öneriler belirlenmiştir (34).

- Sağlık Bakanlığının koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayırdığı payın yükseltilmesini sağlaması,
- Bilimsel ilkelere ve ülke gereksinimine uygun bir ağız-diş sağlığı örgütlenmesi ,
- İlköğretim öğrencilerini ağız-diş hastalıklarından korumak ve ağız-diş sağlıklarını geliştirmesi,
- Diş hekimlerinin bilgi birikimlerine ve emeklerine karşılık gelebilecek bir gelir ve saygınlık düzeyine erişebilmelerini sağlaması
- Diş hekimlerinin ve hastaların sağlığını tehdit eden koşulların bulunmadığı bir çalışma ortamı yaratılması
- ADS'nın genel sağlığın temel bir bileşeni olduğu konusunda sağlık yöneticilerinde, toplumda ve diğer sağlık çalışanlarında farkındalık yaratılması,
- Diş hekimlerinin sağlık politikaları ve sağlık örgütlenmesi konusunda bilgi birikimini zenginleştirmek ve ADS alanındaki sorunların daha bütüncül bir çerçevede sağlaması,
- Eğitim ve hizmet deneyimi açısından birikime sahip olan diş hekimliği fakülteleri, meslek örgütü, vb birimlerin işbirliği içinde geniş kapsamlı, topluma genellenebilirliği yüksek araştırmalar yürütmesini sağlamak ve farklı çalışmalarını entegre edip ağız-diş sağlığı politikalarına yol gösterecek kanıta dayalı bilgiler elde edilmesi,
- Ülkemize uygun bir enformasyon sistem modeli geliştirilmesi.

TDH, ayrıca aşağıda listelenen toplum esaslı çalışmaları da organize etmiş ve uygulamıştır (53).

- 1993-1994 Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Günleri (TDB, Sağlık Bakanlığı, Signal)
- 1997-2001 Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Projesi (TDB, Milli Eğitim Bakanlığı, Eczacıbaşı-Procter&Gamble)
- 2001-2002 Ağız Diş Sağlığı Eğitim Projesi (TDB, TRT, Signal)
- 2000 -2005 Diş Koruma Günleri (TDB, Colgate Palmolive)
- 2005-2006 Sağlıklı Gülüşler Kampanyası (TDB, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Procter&-Gamble)
- 2008- Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi (TDB, Milli Eğitim Bakanlığı, İstanbul Şişli Belediyesi)
- 2008-2011 Ulusal Ağız Sağlığı Analizi Projesi (FDI), TDB, Signal)
- 2011-2014 Yaşa, Öğren, Gül Projesi, (Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI), TDB, Signal)
- 2014 Sabah akşam dişlerimi fırçalarım, (Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI), TDB, Signal)

Yukarıdaki projeler içinde sağlığı geliştiren okullar projesinin amacı ilköğretim öğrencilerinde, ağız diş sağlığı düzeyinin yükseltilmesini sağlamaktır. Projenin kapsamında, sağlık eğitimi ile kişisel hijyen, ağız diş sağlığı alanında diş fırçalama alışkanlığını kazandırma ve floridlerin kullanımı ile diş çürüklerini azaltılması yer almaktadır. Proje Dünya Sağlık Örgütü'nün yerleşkelerde, ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesini rehberi doğrultusunda hazırlanmıştır.

Türk Dişhekimleri Birliği; 2012-2013 yılından başlayarak, her yıl seçilen okulların, bulunduğu ilin valilik onaylarıyla 11 ilde bir pilot uygulama başlatmak ve alacağı somut verileri resmi kurumlarla paylaşarak, koruyucu ağız diş sağlığını önceleyen bu projenin tüm ilkokullarda uygulanmasını yaygınlaştırmayı hedeflemektedir. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi; 11 ilde (Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, İstanbul, Konya, Rize, Tekirdağ) toplam 29 ilköğretim okulunda uygulaya başlamıştır.

Bilgilendirme esaslı sağlık eğitiminin, kısa süreli etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle TDB, ağız diş sağlığının geliştirilmesinde, önemli bir yeri olan diş fırçalama vb ağız hijyeni alışkanlıklarını yerleştirme amacıyla eğitmen diş hekimi projesini başlatmıştır. Ağız diş sağlığı alanında sağlıklı davranışları benimseterek, bireylerde kişisel becerilerin geliştirilmesi ancak bu konuda özel eğitim almış diş hekimleri tarafından sağlanabileceği görüşüyle, ulusal çapta, 1597 gönüllü diş hekiminin katıldığı bir sürekli eğitim programı planlamıştır.

"Eğitmen Dişhekimi Eğitimi" projesinin eğitim programı, sağlık eğitimi modelleri, davranış değişikliği açısından önemli olan, bireysel yeterlilik vb psikososyal faktörleri, sağlık eğitiminin planlaması ve değerlendirilmesini kapsamıştır. Bu proje nedeniyle diş hekimleri odalarının bulunduğu her ilde bölgesel eğitimci diş hekimleri grupları oluşturulmuş ve bilimsel esaslara dayalı sağlık eğitimi uygulamalarının ulusal düzeyde yaygınlaştırılmasına gayret edilmiştir. Ayrıca, TDB için "Türk Dişhekimleri Birliği Eğitmen Dişhekimleri ile Toplum Ağız Diş Sağlığı Eğitim Çalışmaları Yönergesi" hazırlamış ve eğitim çalışmaları bu çerçevede yürütülmüştür.

Dünya Diş Hekimleri Federasyonu, pek çok ülkeyi kapsayan, bir çalışma başlatmıştır. Ülkemizde faz I aşamasında ulusal ağız diş sağlığı durum analizi yapılmış olup faz II'de `Yaşa, Gül, Öğren ` (LLL) başlıklı proje uygulamaya geçirilmiştir. Faz III aşamasında ise, 'Sabah akşam dişlerimi fırçalarım' programında floridli diş macunuyla günde 2 kez diş fırçalamaya özendirerek, hem floridlerin koruyucu etkisinden yararlanmak hem de düzenli diş fırçalayarak olumlu davranış değişikliği kazandırılması hedeflenmiştir. Faz III çalışmaları, İstanbul'da 8 ilköğretim okulunda 31 şubede, Aralık 2010 tarihinde başlatılmış olup halen devam etmektedir.

Ağız Diş Sağlığı Alanında Sağlık Harcamaları

Türkiye'de sağlık harcamaları ile ilgili çalışmalar, 1990'lı yıllarda başlamış. 2002 yılında, toplam sağlık harca-

malarının %4.8'i ağız diş sağlığına ayrılmışken, bu oran 2013'de %5,3'e yükselmiştir. Bu miktarın da %98'i ağız diş sağlığının tedavi edici hizmetlerine ayrılmıştır. Koruyucu uygulamalara yapılan harcamaların sınırlı olması nedeniyle, toplumun ağız diş sağlığı sorunlarının azaltılması mümkün olamamıştır. Türkiye'de 2013 yılında, toplam sağlık hizmetleri maliyeti 84.390.000.000 TL olup diş hekimliği hizmetlerine ayrılan pay 4.219.000.000 (%5) civarındadır(13, 54). Ülkemizde ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlığı ve şiddetinin yüksek olması, eldeki diş hekimi sayısı da dikkate alındığında sadece tedavi edici hizmetlerle sorunların çözümü mümkün görünmemektedir. Nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin artması, maliyetler vb gibi nedenlerle ulusal bütçe kaynaklarının tedavi hizmetlerini karşılaması söz konusu olamayacaktır. Bu durumda, diş hekimi sayısı artırılmış olsa bile, koruyucu uygulamalar yaygınlaştırılamadığında, her yıl eklenen yeni diş çürükleri, dişeti hastalıkları durumu zorlaştıracaktır.

Bölümün başında da belirtildiği gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ile ağız sağlığı sorunları arasındaki ilişki nedeniyle, özellikle bu gruplarda ağız sağlığının önemini artırmaktadır. Ülkemizdeki kronik hastalıklar yaygınlığına baktığımızda, Tip II diyabet 45-54 yaş grubunda %7.6 iken bu oran 65-74 yaş grubunda %30.3'e yükselmektedir. Hipertansiyon yaygınlığı ise aynı yaş gruplarında, %33'den %67.1 artmaktadır. Kötü ağız sağlığının bu hastalıkları etkilemesi nedeniyle dolaylı olarak hem bu hastalıkların hem de tedavi maliyetlerinin yükselmesi eğilimi görülecektir (2).

SONUÇ

Uluslararası düzeyde UNİCEF, Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü vb gibi yol gösterici kurumlar, geleceğe yönelik her alanda ulaşılması istenen hedefler üzerinde çalışıyor (55,56). Örneğin hedefleri; yoksulluğun ve açlığın olmadığı bir dünya, dünya çapında sağlık, herkes için eğitim, kadınlar için eşit haklar, suya erişim, dünya çapında enerji kaynağı, herkes için adil iş, sürdürülebilir altyapı, adil dağıtım, yaşanabilir şehirler, sürdürülebilir tüketim ve üretim iklim değişikliğinin önlenmesi, okyanusların korunması, çevre yıkımının durdurulması, hakların ve yasaların uygulaması, dayanışma içinde bir gelecek olan 'Binyıl Hedefleri' çalışması Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanmıştır (55). Ancak dünyadaki durum incelendiğinde, halen açlıktan ölen çocukların olması bile, güçlüklerin ne kadar fazla olduğunu göstermektedir.

Sağlık alanındaki hedeflerde de aynı durum geçerliliğini korumaktadır. Pek çok ülke için, mali kaynakların sınırlılığı, önceliklerin doğru belirlenemediği sağlık politikaları, maliyet-yarar analizi yapılmayan projeler, kanıta dayalı halk sağlığı sonuçlarının kullanılamaması vb nedenlerle, gelişmelerin önündeki en önemli engelleri oluşturmaktadır. Ayrıca günümüzde sağlıkta eşitsizlik de en önemli sorunlardan biridir.

Ülkelerin sosyal politikalarının sağlık alanında ne kadar etkili olduğu bilinmektedir. Herhangi birine 'Diş fıçalama önemli midir?' diye sorduğunuzda, alacağınız cevap büyük oranda evet olacaktır. Ancak kişi başına diş macunu tüketiminin 100 gramın biraz üstünde olması, bireylerin kendi sağlıklarını koruma noktasına gelemediğini göstermektedir. Bu durum da bizi, yapılan sağlık eğitimi çalışmalarının bilgilendirme düzeyinde bir farklılık oluşturduğu sonucuna getirmektedir. Doğaldır ki ülkemizde, yaratıcılık ve yenilenme, eleştirel düşünme ve problem çözme, iletişim ve işbirliği, bilgi ve medya okur-yazarlığı, girişimcilik ve öz-yönelim, sosyal ve kültürlerarası beceriler, liderlik ve sorumluluk vb gibi 21. yüzyıl becerilerinin yeterince kazandırılamamış olması da bu durumu etkilemektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramı incelendiğinde bu durum daha net bir şekilde anlaşılmaktadır.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramı; sağlığın dört boyutunu da kapsayan, örgütsel. ekonomik, çevresel vb destekler ve topluma yaygınlaştırılmış koruyucu uygulamalarla, bireylerin kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını koruma noktasına getirme ve sağlıklarını geliştirme süreci olarak ifade etmek mümkündür. Bir başka deyişle, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, yaşam tarzını değiştirme olarak da kabul edilmektedir. Tanım, aslında, planlanacak çalışmaların kapsamı hakkında da bilgi vermekte olup, dikkate alınması gereken pek çok önemli nokta olduğunu göstermektedir.

1986 Ottawa bildirgesi ve daha sonraki çalışmalarda, yukarıdaki özellikleri taşıyan ve yerleşkelerde sağlığın geliştirilmesi ve korunması programlarına dikkat çekildi ve sağlığı geliştiren okullar, üniversiteler, hastaneler, şehirler vb programların uygulanması yaygınlaştı.

Sağlık Bakanlı'ğının ağız diş sağlığı alanındaki hedefleri Dünya Sağlık Örgütü'nün '21.yüzyıl 21 hedef', çalışmasındaki, 12 yaş grubu çürük ve sonuçları hedefini dikkate aldığı görülmektedir (57). Bu hedefler;

- 8.HEDEF: 6 yaşın altındaki çocukların en az % 80'inde diş çürüğü bulunmamalı, 12 yaşın altındaki çocuklarda ortalama 1.5'den fazla çekilmiş, çürük ya da dolgulu diş olmamalıdır.
- 13. HEDEF: Çocukların % 50'si sağlığı geliştiren anaokullarında ve %95'i sağlığı geliştiren okullarda eğitilme fırsatına sahip olmalıdır.
- 16. HEDEF: Tüm ülkeler, sağlık alanındaki değişimlerin ölçülmesi amacıyla; maliyet-etkinlik, hasta memnuniyeti dahil en az 10 kalite göstergesinin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi için ülke çapında bir sisteme sahip olmalıdır (57).

Ülkemizde ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlık ve şiddetinin yüksek olduğu ve halen kişi başına ortalama 1 dolgulu diş sayısının düşmediği bilinmektedir. Yapılan çalışmaların neden ciddi bir şekilde ağız diş hastalıklarının yaygınlık ve şiddetini azaltamadığı değerlendirmeye alınması gereken bir konudur. Bunun yanı sıra planlanacak çalışmalarda, yukarıda sözü edilen gelişmelerin de dikka-

te alınması önem taşıyacaktır. Öte yandan, ağız diş sağlığı ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların benzer etiyolojilere sahip olmaları ve kötü ağız sağlığının, genel sağlığımızı etkilemesi, ağız diş sağlığı sorunlarının yaygınlık ve şiddetinin azaltılmasını zorunlu kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Oktay İ. Sağlık sisteminin ağız diş sağlığı açısından değerlendirilmesi ve ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması çalışma grupları koordinatörlüğü. TDB 17. Uluslararası Kongresi 21-23 Haziran 2010, Bursa.
2. Oktay I. Life skill based oral health promotion in older people. 20th Meeting of European Association of Dental Public Health; 2013 September 17-19; Istanbul http://www.eadph.org/congresses/20th.html
3. World Dental Federation. FDI's definition of oral health, http://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definition-of-oral-health.
4. GlickM, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J.Am Dent Assoc. 2016 Dec;147(12):915-917
5. Oral Health - General Health; A Common Risk Factor Approach The Borrow Lecture Aubrey Sheiham University College London European Association of Dental Public Health Malta 2013 http://www.eadph.org/congresses/18th/Oral%20Health-General%20Health%20CRFA%20Sheiham.pdf
6. Center for Oral Health Integrated Care. Elements of integration for oral health and primary care, 2014 https://www.centerfororalhealth.org/images/lib_PDF/OralHealth2020SummaryReportFINALreducedsize.pdf
7. American Dental Education Associaton. Histoty of dentistry. http://www.adea.org/GoDental/Health_Professions_Advisors/History_of_Dentistry.aspx#sthash.fKiv0faX.dpbs
8. Çolaklar H . İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi kütüphanesi'nde kalite yönetim sisteminin uygulanması. http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak06/u06-23.pdf
9. Ak B. Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetleri. https://www.tarihtarih.com/?Syf=26&Syz=355097&/T%C3%BCr
10. Öztürk M. Cumhuriyet dönemi'nde sağlık hizmetleri. Tıp Fakültesi Dergisi, 1999 Mart;6(1)
11. Yeğinboy Y, Say E. Cumhuryet döneminden günümüze sağlık politikaları ve sorunları 2. Ulusal İktisat Kongresi; 2008 20-22 Şubat; İzmir

http://dergipark.ulakbim.gov.tr/usaysad/article/view/5000149622/5000135960

12. Aktur R. Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf
13. Ekici Ö.Türkiye'de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması: sorunlar ve öneriler. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora tezi 2013 Ankara.
14. Karaoğlan, I. Dünden bugüne diş hekimliği, Yeni Türkiye Dergisi, 2001, sayı 39, sayfa 357.
15. Resmi gazete. Tababet ve şuabatı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun. 04.04.1928 tarih ve 863 sayı.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistik göstergeler. 1923-2011. Ankara Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara 2012 Yayın no 3493.
17. Türk Dişhekimleri Birliği. Diş hekimlerinin örgütlenme çalışmaları ve TDB'nin Kuruluşu", http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/solmenu_goster.php?yer_id=1&id=79
18. Yırcalı A. Türkiye ' de dış çürüklerini istatistik olarak inceleyen. araştırmalara genel bakış. İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 1986 sayı 1.2. 3. 4:167-179.
19. Ünlüoğlu İ, Şahin Ü. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun' un kalite açısından değerlendirilmesi. http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=Cevap&TopicID=147
20. Darendeli H. Ülkemizde yapılan çürük epidemiyolojik çalışmaların toplanması. Ege Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi bitirme tezi 2006.
21. Resmi Gazete. Ağız ve diş Sağlığı hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik. 14.10.1999 tarih sayı. 23846.
22. Saydam G, Oktay İ, Möller, I. Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1990.
23. Oktay İ. Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık Sigortası Taslağı. Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi, 2003, Sayı 78:58.
24. Gökalp S, Güçiz Doğan B. Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004. 2. Basım. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. ISBN: 978–975–491–270–8, 2009.
25. İlhan D, Fişekçioğlu E, Nur B, Oktay İ. The evaluation of periodontal diseases in epidemiological surveillance analysis. 5th International Meeting on Methodology in Oral Health Research, 2012 10-14th April; Graz, Austria.
26. Fişekçioğlu E, İlhan D, Nur B, Oktay İ:Is DMF-T a sufficient measurement for caries risk profile of the population, . 5th International Meeting on Methodology in Oral Health Research, 2012 10-14th April; Graz, Austria.
27. Tezel A. Ülkemizde halk sağlığı hizmetleri,. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/7781/mod_resource/content/0/4.Hafta-%C3%9CLKEM%C4%B0ZDE%20HALK%20SA%C4%9ELI%C4%9EI%20H%C4%B0ZMETLER%C4%B0.pdf
28. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf
29. Resmi Gazete. Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 13.1.1983 tarih, No: 17927 Mük.
30. Sağlık Bakanlığı istatistik Analiz ve Raporlama Başkanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Raporu (2013 - 2015). 2015 sayı 12
31. Resmi Gazete. Tababet ve şuabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun değişikliği. 22 Aralık 2010 tarih sayı 27793.
32. Sağlık Bakanlığı: Stratejik plan 2013-2017, https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html
33. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Stratejik plan 2014 – 2017 http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/05/Stratejik_Plan_2014-2017.pdf
34. Oktay İ. Koruyucu ağız-diş sağlığı stratejisi çalışma grubu başkanı, 20. TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi: 2014 26-28 Mayıs Kuşadası-Aydın.
35. Sağlık Bakanlığı istatistik, analiz ve raporlama daire başkanlığı: Ağız diş sağlığı hizmetleri (TKHK, 2013 2015), Rapor bülteni, 13.11.2015 sayı 121.
36. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye Sağlık Raporu 2014. Trakya Üniversitesi Matbaası, Ocak 2015.
37. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistik yıllığı 2015. 2016 sağlık bakanlığı yayın no.1054.
38. Sağlık Bakanlığı: 2023 yılı sağlık iş gücü hedefleri ve sağlık eğitimi. 2014 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 958
39. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı: Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik. 27 Şubat 2017 sayı:29280

40. Resmi Gazete. Sağlık bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/belge/esh_yonerge.pdf
41. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair yönetmelik, 27 Haziran 2015, Sayı : 29399
42. Sağlık Bakanlığı:Sağlıkta Akreditasyon, güncellenme tarihi : 07/08/2017 http://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html
43. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta kalite standartları ADSH(3. Versiyon). 1. Baskı 2017 Anıl Reklam Matbaası Ankara
44. Oktay İ, Bermek G, Doğan F. Oral health promotion program at schools. 5th International Meeting on Methodology in Oral Health Research; 2012 10-14th April; Graz, Austria.
45. Oktay İ. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı çalışma grubu başkanlığı, TDB 1. Toplum Ağız Diş Sağlığı Kurultayı; 1996 20-21 Eylül Bursa.
46. Oktay İ. Diş hekimliği eğitiminde stadardizasyon ve Avrupa Birliği, TDB I. Diş Hekimliği Eğitimi Kurultayı; 1968-9 Mart 1996.
47. Sağlık reform tasarılarında diş hekimliği hizmetleri paneli içinde; Birinci basamak sağlık hizmetleri ve diş hekimliği, TDB 3. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 16-22 Haziran 1996 Ankara.
48. Ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması, TDB Bilimsel Toplantısı; 3-4 Mart 1997 Bursa.
49. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, Çalışma grubu başkanlığı, TDB VII. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi; 19-24 Haziran 2000 Mersin.
50. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, Çalışma grubu başkanlığı, TDB VII. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi; 19-24 Haziran 2000 Mersin.
51. Sağlık sisteminin ağız diş sağlığı açısından değerlendirilmesi ve ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması çalışma grupları koordinatörlüğü, TDB 17. Uluslararası Kongresi; 21-23 Haziran 2010, Bursa.
52. Ulusal ağız diş sağlığı politikasının oluşturulması, TDB 18. Kongre; Haziran 2011 Ankara.
53. Türk Dişhekimliği Birliği. Sosyal sorumluluk projeleri http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=90
54. Akar Ç. Türkiye'de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin strateji değerlendirmesi. 2014 Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi: 9, ANKARA.
55. Birleşmiş Milletler. Bin yıl kalkınma hedefleri. https://www.harburg21.de/tr/guendem-21/bm-milenyum-hedefleri/
56. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N: Global goals for oral health 2020, International Dental Journal (2003) 53, 285–288
57. Sağlık Bakanlığı. 21 hedefte Türkiye sağlıkta gelecek. 2007 Tasarım & Baskı: HM Yayın No : SB-HM-2007/13

ÇEVRE SAĞLIĞI

Dr. Ahmet Soysal

Ülkemizde çevre sağılığı hizmetlerinin bir kamu görevi olarak kabul edilerek gelişimi tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi Cumhuriyet ile birlikte başlamıştır. 1921'den 1937'ye kadar Sağlık Bakanlığı görevini sürdüren Dr. Refik Saydam döneminde çevre sağlığı hizmetlerinin başlatılması ve geliştirilmesi konusunda ciddi adımlar atılmıştır.

1923-1960 DÖNEMİ

Cumhuriyetin ilk yıllarındaki temel sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklar olduğu ve bulaşıcı hastalıklarla savaşıma ağırlık verildiği için çevre ile ilgili konular kısmen geri planda kalmıştır. Yine bu dönemde ülkemizde toprak kirliliği, pestisit kullanımı, elektromanyetik kirlilik, nükleer tehditler gibi günümüz çevre sorunları görülmediği için çevre sağlığı hizmetlerinin geri planda kalması doğal karşılanabilir. 1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası olarak kabul edilen '1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu' çıkarılmıştır. Bu yasanın içinde o dönemin önemli çevre sorunları ile ilgili başlıklar yer almıştır. Çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili dönemin gereksinimlerine uygun olarak gıda ve su güvenliği ile ilgili bölümler ve sıhhi ve gayrisıhhi müesseselerin ruhsatlandırılması ve denetimi ile ilgili maddeler bu yasada yer almıştır.

Elimizde bu dönemle ilgili '1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu' dışında çok az yazılı belge var ve bu belgelerden anladığımız kadarı ile cumhuriyetin ilk yılları özellikle belediyeler eli ile içme ve kullanma suyu alt yapısının geliştirilmesi ve tuvalet yapımına ağırlık vermiştir. Adı 1983'de Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına dönüştürülen ve 27 Mayıs 1928 de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bünyesinde kurulan Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi başlangıçta çeşitli aşı ve bazı ilaçları üretmiştir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi zamanla gelişmiş ve bünyesinde 1973'den itibaren pestisit laboratuvarı kurulmuştur. Refik Saydam'ın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından 1937 yılında ayrılması ile tamamlanan bu dönemde sıtma mücadelesi çerçevesinde bataklık alanların kurutulması, sağlık örgütünün köylere kadar uzatılması ve bu örgütün köylerde de temiz içme suyu sağlama ve hela alışkanlığını geliştirmeye çalışmaları dönemin çevre alanında yapılan en önemli çalışmalarıdır. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunun çıkarılması ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi kurulması Refik Saydam'ın bakanlığı dönemindeki çevre alanındaki büyük adımlarıdır.

Dr. Refik Saydam döneminden sonra en dikkat çekici girişim 1946-50 arasında Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Behçet Uz döneminde hazırlanan *'Milli Sağlık Planı'*dır. 6 ana maddeden oluşan planın ilk maddesi koruyucu hekimlik hizmetleri örgütünü kurmak ve geliştirmektir. Planda yer alan ifadelerden özellikle o dönem nüfusun %75'inin yaşadığı köylere kadar koruyucu hizmetlerin ulaştırılması hedeflenmektir. Çevre sağlığı açısından bu plandan sonra yapılanlar Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı dönemine benzerdir; temiz iç suyu altyapısının geliştirilmesine öncelik verilmiş ve köylerde örnek tuvaletler yapılarak tuvalet kullanma alışkanlığının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Yine bu plana göre ülkemiz 7 bölgeye ayrılmış ve her bölgede 21 çeşit sağlık kurum ve kuruluşu bulunması hedeflenmiştir. Her 10 köyde bir sağlık merkezi oluşturulması hedeflenmişse de özellikle hekim dışı sağlık personelinin yetersizliği ve finansman sorunları nedeni ile bu hedef yakalanamamıştır. Bu sağlık merkezlerine tanımlanan görevleri içinde anne-çocuk hijyeni, kişisel hijyen, okul sağlığı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu ve çevre sağlığı ile ilintili tanımlar yer almıştır. Özellikle bataklıkların kurutulması sıtmanın önlenmesi açısından bu döneminde en önemli hedefi olmuştur.

1950-60 döneminde iktidara gelen Demokrat Parti döneminde sağlık merkezlerinin sayısı artırılmışsa da çevre sağlığı alanında yeni bir adım atılmamıştır. 1954'de ise yeniden Sağlık Bakanı olan Behçet Uz bu sefer 1946'da yaptığı plandan daha dar kapsamlı olarak 'Milli Sağlık Programı' adını verdiği bir program hazırladı ve gerçekleştirmeye çalıştı. Ancak daha önceki plan gibi bu programda yasalaşmadı. Buna karşın programda belirtildiği gibi sağlık merkezlerinin sayısı artırıldı. Bu sağlık merkezlerinde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında özellikle tuvaletlerin ve forsepstik çukurların yapılması, güvenli içme suyunun temini konusunda eğitim verildi. Sıtma ile savaş doğrultusunda bataklıkların kurutulma çabalarına devam edildi. Ancak finansman sorunları ve eğitimli personel eksikliği nedeni ile bu çalışmalar çok sınırlı bölgelerde yürütülebildi.

1960-1980 DÖNEMİ

1960 sonrası yeni çevresel tehditlerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Güvenli içme suyu sağlama; atık suların toplanması ve arıtılması gibi alt yapı sorunlarının başta başkent Ankara olmak üzere hava kirliliği, tarımda kimyasalların bilinçsiz kullanımına bağlı tüketicilerde sağlık sorunlarının ortaya çıkması, yeraltı ve yerüstü su kaynaklarımızın çarpık sanayileşme ve kentleşme nedeni ile her

gün artan miktar ve nitelikte kirlenmesi eklendi. Ayrıca bu dönemde kentleşmenin hızlanması özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük kentlerimizde katı atık sorununun büyümesine neden oldu.

Bu dönem ülkemizde *'halk sağlığı ve toplum hekimliği'* kavramlarının ortaya çıktığı dönemdir. Bu dönemde Prof. Dr. Nusret Fişek bu kavramları ilk kez gündeme taşıyarak; uygulamaya sokmuştur. 1961 Anayasası'nın 48 ve 49. maddeleri ile, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devlete bir görev olarak verilmiştir. Bu maddeler doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin yeniden ve bu anlayışla düzenlenmesi / örgütlenmesi öngörülmüştür. Bu amacı gerçekleştirmek üzere, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Prof. Dr.Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde 'Sosyalleştirme Dönemi' başlamıştır. Yine 1960'lı yıllardan itibaren çevre kirliliği ve kaynakların tükenebilir olduğu kaygıları toplumlarda çoğalmaya başlamış ve bu durum insanların ilgisinin daha çok hava, su ve toprak kirliliği üzerinde yoğunlaşmasına neden olmuştur. İlk kez bu yıllarda dünyamızda ve ülkemizde sağlıklı çevreyi korumak için kamu dışında örgütlenmelerde başlamıştır. Bunun en önemli örneği çeşitli illerimizde kurulan 'Hava Kirliliği ile Mücadele Dernekleri'dir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yine bu yıllarda *'çevre sağlığı'* hizmetleri daha görünür hale gelmiştir.

Özellikle 1970'li yıllara doğru ülkemizde en çok tartışılan çevre sağlığı sorunlarının başında hava kirliliği, gıda güvenliği ve asbest sorunu gelmektedir. İlk kez bu yıllarda başta kömür olmak fosil yakıtların kullanılması nedeni ile hava kalitesinin bozulduğu; bu kullanım sonucu ortaya çıkan SO2, NOX ve partikül maddelerin hava kirliğine neden olarak insan ve çevre sağlığı üzerine olumsuz etki yaptığına dair üniversitelerimizin özellikle 1965'den sonra kurulan toplum hekimliği ve halk sağlığı bölümlerinden bilimsel yayınlar yapılmaya başlanmıştır. Bu yayınların etkisi ile kamuoyunda kömür kullanımı tartışılmaya başlanmış ve kömür kullanımı için başta ateşçiler olmak üzere çalışanların meslek içi eğitimden geçirilmeleri gibi çeşitli kurallar bu dönemde ortaya çıkmıştır. Yine bu dönemde tartışılan diğer bir konuda asbest kullanımı olmuştur. Asbest'in kullanımı ve insan sağlığı üzerine etkileri bu yıllarda tartışılmaya başlanmışsa da asbest kullanımının ülkemizde tamamen yasaklanması 2010 yılını bulmuştur.

Bu dönem ayrıca dünyada çevre konusunda ilk toplantıların yapıldığı ve ilk uluslararası antlaşmaların imzalandığı dönemdir. Bu toplantıların başında sonucunda Stockholm Deklarasyonun yayınlandığı Birleşmiş Milletler (BM) 1. Çevre Konferansı gelir. Yine bu dönemde kentleşme ve meydana getirdiği çevresel sorunların tartışıldığı 1. Habitat (1976) yapılmıştır. Stockholm Deklarasyonu'nda, çevrenin korunması ve geliştirilmesi tüm insanlığın esenliği ve ekonomik gelişmenin temel öğesi olarak nitelendirilmiş, bunun tüm hükümetlerin görevi olduğu ifade edilmiş ve bu bağlamda, uluslararası işbirliği ve dayanışmanın önemi vurgulanmıştır. Bu konferans ve uluslar arası antlaşmaların ülkemize yansıması ise 1980'li yıllardan sonra olmuştur.

1980-2000 DÖNEMİ

Bu dönem sağlıklı bir çevrede yaşama mücadelesi ve çevresel kaynakları koruma duyarlılığının gerek dünyada gerekse ülkemizde yükseldiği bir dönemdir. Bu dönemde ülkemizdeki üniversitelerde halk sağlığı anabilim dallarında görev alan akademisyenlerin dünyadaki ve ülkemizdeki çevre sorunlarına ilgilerinin arttığı bir dönemdir ve bu üniversitelerde düzenli olarak çevre sağlığı eğitiminin yapılmaya başlanmıştır. Hava, toprak ve su kirliliği; pestisitlerin artarak kullanımı; 90'lı yıllardan sonra ortaya cep telefonu kullanımı sonucu artan elektromanyetik kirlilik; 26 Nisan 1986'da meydana gelen Çernobil Nükleer Kazası sonucu geniş alanları kapsayan radyoaktif kirlilik gibi konular çevre sağlığı alanında yapılan bilimsel araştırmaları artırdığı gibi; toplumun da ilgisini bu konular üzerine yoğunlaştırmasını sağladı. Ayrıca bu dönemde özellikle çevre sağlığı alanında çalışan halk sağlığı uzmanları bu alanda çok sektörlü bir çalışmanın gerekliliğini anladılar. Özellikle çevre mühendisleri ve hukukçularla halk sağlığı uzmanları ülkemizdeki çevre sorunlarına karşı geniş tabanlı bir işbirliği oluşturdular.

1988'de Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri de düzenlenmeye başlamıştır. İlk konre Antalya'da yapılırken ikinci kongre 1990'da İstanbul'da, üçüncü kongre 1992'de Ankara'da, dördüncü kongre 1994'de ve beşinci kongre 1996'da yapılmıştır. 1998'de altıncı kongre Adana'da, 2000 ise yedinci kongre yapılmıştır. Kongre kitaplarının incelemesinde ise çevre sağlığı alanında çok bildiri olduğu; bildirilerin başlangıçta daha çok su ve katı atık yönetimi üzerinde yapılırken; 1994'den itibaren sık olarak hava kirliliği ile ilgili bildiriler görülmeye başlanmıştır.

1992'de Rio De Janerio kentinde yapılan ve 'yeryüzü zirvesi' olarakta bilinen BM Çevre ve Kalkınma Konferansında 'Gündem 21' başlığı altında bir eylem planı yapıldı ve daha sonraki çevre mücadeleleri aşamalarında önemli bir dönüm noktası olacak olan 'ihtiyatlılık' ilkesi ortaya kondu. İhtiyatlılık ilkesinde 'insan sağlığına yönelik risklerin varlığı veya boyutu hakkında bilimsel şüphe varsa; karar vericiler durumun tam olarak gerçekleşmesini veya ciddileşmesini beklemeden gerekli önlemleri almalıdır.' denilmektedir. İhtiyatlılık ilkesi, sağlık ve ekosistem risklerine yönelik bilimsel bilginin belirsiz olduğu durumlarda, sağlığa ve ekosisteme zararlı etkilerin önlenmesi için politik sorumluluk almayı sağlamak amacıyla, politika ve karar verme sürecinde kullanılan bir araç olarak da ifade edilmiştir. Bu ilkenin yeryüzü zirvesinde kabul edilmesi ülkemizde de çevre alanında önemli kazanımlar sağlamıştır.

Bu dönem dünyadaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde de çevre alanında çok sayıda yasal düzenlemenin

yapıldığı dönemdir. Bu yasal düzenlemelerin bazıları şunlardır:

- Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu (1983)
- Milli Parklar Kanunu (1983)
- Çevre Kanunu (1983)
- Maden Kanunu (1985)
- Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (1991)

Yine bu dönemde gerek üniversite halk sağlığı anabilim dallarında görev yapan gerekse Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan çok sayıda halk sağlığı uzmanı; toplum ve diğer kurum temsilcileri ile birlikte bu yıllarda sayıları artmaya başlayan kömürlü termik santrallere, altın madenlerine karşı sürdürülen hukuksal ve toplumsal mücadeleye katıldı. Özellikle İzmir Aliağa'da yapılan Gencelli Termik Santraline karşı eylem, Bergama Altın Madenine karşı yürütülen mücadele bu dönemin önemli olaylarıdır.

1992'de yeryüzü zirvesinde alınan gündem 21 kararları aslında bu dönemin çevre ve çevre sağlığı konularına ilk kez bu kadar kapsamlı bakıldığını gösterir. Bu kararlara göre; 2000 yılına kadar yapılması gerekenler şöyle özetlenmiştir:

- Kirliliğin bertaraf edilmesi için ortak çaba göstermek
- Ormanların korunması için ulusal örgütlerin güçlendirilmesi
- Yenilenebilir enerji kaynaklarının teşvik edilmesi
- Kentlerde günlük en az 40 litre güvenli suya ulaşmalı
- Kent alanlarda atık sorunları çözülmeli; atık standartları geliştirilmeli; atık dönüşümü için planlama yapılmalı

Bu hedeflerin tamamına 2000 yılında ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak ülkemizde bugün bile bu hedeflerin önemli bir bölümünü gerçekleştirmekten oldukça uzağız. Bu hedeflere ulaşılamamasında çevre sağlığı alanında gerek üniversitelerde gerekse Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan halk sağlığı uzmanlarının sorumluluğu yoktur. Aksine bu yıllarda başlayan ve 'sağlıkta dönüşüm' olarak nitelendirilen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hamlesi ile Sağlık Bakanlığının çevre sağlığı alanındaki yetkileri daraltılmıştır. Bu yetkilerin devir edildiği Çevre ve Tarım Hayvancılık Bakanlıkları ise 1992'de yeryüzü zirvesinde alınan gündem 21 kararlarını dikkate almadan ve çevre ve bunların sonucu olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarını dikkate almadan tamamen özelleştirmeye dayalı politikalar izlemiştir.

1997 yılında Japonya'nın Kyoto şehrinde 160 Birleşmiş Milletler ülkesi iklim değişikliği ile mücadelede için özellikle gelişmiş ülkelerin sera gazı emisyonlarını, 2008-2012 yılları arasında 90'lı yılların seviyelerinin en az %5 altına indirmeleri öngören bir protokol üzerinde anlaşmıştır. Protokolün dünya çapında geçerlilik kazanması için global düzeyde sera gazı emisyonunun %55'in salımına neden olan sanayileşmiş ülkelerden en az 55'nin bu sorumluluk altına girmesiydi. Protokolü 39'u sanayileşmiş, 140'dan fazla ülkenin imzalamış; ancak ülkemiz uzun bir süre ABD ile birlikte hareket ederek protokolü imzalamaktan kaçınmıştır. Bu dönemde özellikle küresel iklim değişikliği konusunda gerek halk sağlığı kongrelerinde gerekse diğer bilimsel toplantılarda oturumlar konarak halk sağlığı akademisyen ve uzmanları tarafından bilimsel yayınlar ışığında ülkemizin Kyoto Protokolünü imzalaması ve yeryüzüne karşı yükümlülüklerini yerine getirmesi konusunda çalışmalar yürütülmüştür.

2000 YILI VE SONRASI

2000'li yılların hemen başında 2002 yılında Johannesburg Zirvesi yapılmıştır. Bu zirvede Rio Konferansı'nın son on yıllık değerlendirmesi yapılmış ve ileriye dönük kalkınma stratejilerini belirlenmeye çalışılmıştır. Bu toplantıda görülmemiş boyutlara tırmanan çevresel tahribatı önleyebilmek için eylem planına ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmiştir. 2012'de toplanan Rio konferansında da 'arzuladığımız gelecek' başlığı altında daha önceki konferansların hedefleri tekrar edilmiştir.

Ancak bunların ülkemize yansımaları olumlu olmamıştır. Bu dönem ülkemizde çevre ve çevre sağlığı sorunlarının büyüdüğü ve büyümeye de devam ettiği bir dönemdir:

- Gıda güvenliği sorunu büyümüş; Sağlık Bakanlığı; dolayısıyla halk sağlığı uzmanları bu alanda yetkisizleştirilmişlerdir.
- Enerji alanında hava kirliliği ve ülkemizin sera gazı emisyonlarının giderek yükseldiği dikkate alınmadan kömürlü termik santral kurulumuna ağırlık verilmiştir
- Madenlere; özellikle de altın madenlerine karşı açılan davalar büyük oranda kazanılmasına karşın mahkeme kararları uygulanmamış; üstelik yeni altın madenleri açılmıştır.
- Yer altı ve yerüstü su kaynaklarının kirletilmesinin önüne geçilememiştir. Bunun en tipik örneği Trakya Ergene havzasındaki kirliliktir.
- Pestisit kullanımı kontrol altına alınamamıştır
- Katı atık sorunu çözülemediği gibi; tehlikeli atıklar ve tıbbi atıklarında kaçak bertarafına engel olunamamıştır.

15.05.2016; kömür kullanımının yasaklanması için yapılan küresel eylemin Aliağa bölümüne çok sayıda halk sağlığı uzmanı da katıldı.

Tüm bu sorunlar karşısında üniversitelerin halk sağlığı anabilim dallarında çalışan halk sağlığı uzmanlarının kongre ve bilimsel toplantılardaki konuşma ve bildirileri dışında diğer alan uzmanları ile birlikte meslek odaları ve toplum temsilcileri ile birlikte toplumsal eylemlerin ve hukuksal mücadelenin içinde yer almışlardır.

Bu dönemdeki halk sağlığı uzmanlarının bilimsel destek verdiği ve halen hukuksal boyutları devam eden çevre mücadeleleri şunlardır:

- Artvin Cerratepe maden girişimi,
- İzmir-Aliağa, Bursa, Çanakkale, Eskişehir, Manisa ve Trakya'daki kömürlü termik santral projeleri
- İzmir Bergama, Efemçukuru ve Uşak Eşme altın madeni uygulamaları
- Ergene nehrinin Trakya'da kurulu çarpık sanayi tarafından kirletilmesi
- Mersin Akkuyu, Sinop ve Kırklareli İğneada Nükleer Santral girişimleri
- Orman alanlarına zarar veren özellikle Ege ve Akdeniz bölgelerinde yoğunlaşan taş ocağı girişimleri

Bu dönemde halk sağlığı kongreleri yapılmaya devam edilmiştir. 2002'de Diyarbakır'da yapılan kongre 2004'de ise Ankara'da halk sağlığı eğitiminin ilk başladığı ve birçok Tıp Fakültesinde yetiştirdiği akademisyenlerle halk sağlığı eğitiminin başlamasına öncülük eden Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının ev sahipliğinde Ankara'da yapılmış ve ülkemizde halk sağlığının ve dolayısıyla çevre sağlığı eğitiminin 40 yılı irdelenmiştir. Van'da 2006'da düzenlenen kongre daha sonra her yıl yapılmaya başlanmıştır. 2007'de Denizli'de, 2008'da yine Ankara'da 2010'de İzmir'de, 2012'da Bursa'da yapılmıştır. 2013'de Antalya, 2014'de Edirne'de yapılan Halk Sağlığı kongreleri bundan sonra sürekli Antalya'da yapılmaya başlanmıştır. Bu kongrelerde tartışılan çevre sağlığı konularının başında küresel iklim değişikliği ve sonuçları, elektromanyetik kirlilik, katı atık ve tehlikeli atık yönetimi, hava kirliliği ve sonuçları, su kaynakları ve yönetimi gelmektedir.

Trakya'daki kömürlü termik santral girişimlerine karşı toplumu aydınlatma toplantılarına Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri de destek veriyor.

Bu dönemde halk sağlığı uzmanlarına iki yıl süre ile çevre sağlığı alanında yan dal uzmanlığı yapma olanağı sağlanmıştır. Bu olanaktan şu ana kadar az sayıda halk sağlığı uzmanı faydalanmıştır. Ancak gelecekte bu sayının artması beklenmektedir.

SONUÇ

Cumhuriyetimizin ilk kuruluş yıllarında su ve atık yönetimi ile başlayan; daha sonra vektör mücadelesi kapsamında bataklık alanların kurutulma çabaları ile devam eden çevre sağlığı yolculuğu 1960'lı yıllardan sonra halk sağlığı uzmanlarının yetiştirilmesi ile güç kazanmıştır.

Ancak 1980'li yıllardan sonra çevresel tehditlerin boyut değiştirmesi; kimyasal, elektromanyetik kirlilik gibi yeni tehditlerin ortaya çıkması; küresel iklim değişikliğinin gün geçtikçe etkisinin daha artması ve insan sağlığı üzerindeki sonuçlarının daha görünür hale gelmesi; Dünya Sağlık Örgütünün yıllık ölümlerin %25'e yakınını olumsuz çevresel koşullara bağlaması bu alanda çalışmanın önemini daha çok artırmıştır. Ayrıca mevcut yönetimlerin 'çevre koruyucu politikaları' 'yatırımlarının' önünde engel görmesi bu alanda sadece bilgi üretmenin yeterli olmadığını; toplumsal ve hukuksal mücadelenin de geçmişte ve bugün olduğu gibi gelecekte de önemli bir çaba göstermemiz gereken alan olduğunu bize göstermektedir.

KAYNAKLAR

1- Aydın E. Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara, Naturel Kitap Yayıncılık

2- Bayram T T., Altıkat A., Torun F. E. Avrupa Birliği ve Türkiye'de Çevre Politikaları. Iğdır Üni. Fen Bilimleri Enst. Der. / Iğdır Univ. J. Inst. Sci. & Tech. 1(1): 33-38, 2011

3- Türk B., Erçiş A. Türkiye'de Çevre Politikası ve Çevre Sözleşmeleri Number: 54 , p. 351-362, Spring I 2017

4- Çamur D., Vaizoğlu S. **Çevreye İlişkin Önemli Toplantı ve Belgeler.** Kor Hek 2007; 6 (4): 297-306

5- Aktur R., ***Çöl M., Işık A., İdil A.,*** Durmuşoğlu M., Tunçbilek A. Halk Sağlığı. Antıp; Ankara; 1998. Sayfa: 35-52.

6- Dünya Sağlık Örgütü; http://www.who.int/phe/en/ (erişim tarihi: 16.10.2018)

7- Sağlık Bakanlığı; https://www.saglik.gov.tr/TR,10358/kanunlar.html (erişim tarihi: 16.10.2018)

ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI

Prof. Dr. Hilal Özcebe

Toplum içinde en kırılgan nüfus gruplarından birini oluşturan çocuk yaş grubuna yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu öncelik alması gereken alanlardan biridir. Cumhuriyetin ilk dönemlerinden bugüne kadar olan değerlendirme sırasında çocuk sağlığını etkileyen yasal düzenlemeler, hizmet alanları ve ilişkili konulara ilişkin sonuçlar bu yazıda özetlenmeye çalışılmıştır. Çocuk ve ergen yaş grubu oldukça geniş bir konu olduğu kadar, pek çok farklı alandaki uygulamalardan da etkilenebilmektedirler. Bu nedenle konuya ilişkin değerlendirme genel olarak Sağlık Bakanlığının sunduğu kapsamda ele alınmıştır.

1923 – 1960 DÖNEMİ

Mustafa Kemal Atatürk tarafından Türk çocuklarına hediye edilen "23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı" bu dönemde çocuklara verilen önemin göstergesi kabul edilmektedir.(1) Bu önemin ikinci göstergesi ise çocukların haklarına yönelik kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesinin imzalanmış olmasıdır. Bu Sözleşmenin önemli bir özelliği de uluslararası alanda çocukların korunmasına yönelik yapılan ilk sözleşme olmasıdır. Çocukların ve çocuk haklarının korunması alanında olan bu Sözleşme, Etfâle Muâvenet-i Beynelmilel İttihadı (Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği) tarafından hazırlanmış, Milletler Cemiyeti Genel Kurulu tarafından 26 Eylül 1924 tarihinde kabul edilmiştir. Aynı yıl Mustafa Kemal Atatürk tarafından Türkiye Cumhuriyeti adına imzalayıp kabul edilen bu bildiriye göre bütün milletlere mensup erkek ve kadınlar, çocuklara azami özen sarf etmeye borçlu olduğunu kabul ederek din, ırk ve milliyet farkı gözetmeksizin bu görev ile sorumlu olduklarını tasdik etmektedirler. Cenevre Bildirgesinde; çocukların doğal biçimde gelişmesine olanak sağlanması, aç çocukların beslenmesi, hasta çocukların tedavi edilmesi, terk edilmiş çocukların korunması, felaket anında yardımın öncelikle çocuğa yapılması, çocukların her türlü istismara karşı korunması ve kardeşlik duyguları içinde eğitilmeleri gerektiği belirtilmektedir.(2,3)

Resim 1. *Cenevre Bildirgesi ve Türkiye tarafından Kabulü*

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde sorumlu olan Sağlık Bakanlığının kuruluşu, TBMM açılmasının hemen sonrasındadır (2 Mayıs 1920, 3 sayılı yasa). Cumhuriyetin kurulduğu dönemde savaşların neden olduğu maddi imkânsızlıklar ve halkın yoksulluğu, devlet hizmetlerinin alt yapı ve insangücü açısından yetersiz olması gibi nedenlerden dolayı toplum sağlığı açısından pek çok sorunun mevcut olduğu bilinmektedir. Bu dönemlerde (1920-1923) sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt tutulması sağlanamamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.(4) Türkiye Cumhuriyeti 1923-46 yılları arasında belirlemiş olduğu sağlık politikaları arasında koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması" yer almaktadır. (5)

Cumhurbaşkanı Mustafa Kemal Atatürk himayesinde 1-3 Eylül 1925 tarihinde düzenlenen 1. Milli Türk Tıp Kongresi yeni Cumhuriyet'in karşı karşıya olduğu temel sağlık sorunlarının tanımlandığı ve çözüm önerilerinin tartışıldığı önemli bir platform olarak kabul edilmektedir. Bu kongrede Müderris Doktor Asaf Derviş Paşa ve Doktor Hamid Osman tarafından sunulan, "Süt Çocuklarında Ölüm" adlı bildirge de, Osmanlı Devleti'nin sağlık hizmetlerinin yetersizliği sonucu, nüfusun günden güne azaldığı, her 1000 doğumdan 355'inin 15 yaşına kadar öldüğü, bu ölümlerin tahminen yarısının da ilk bir yılda olduğu ifade edilmektedir. Çocuk ve bebek ölümlerinin temel nedeni olarak, çocukların ve bebeklerin hatalı yöntemlerle beslenmesi öne sürülmüştür. Çözüm önerileri olarak, Sağlık Bakanlığında çocuk ölümlerine karşı bir şube açılması, büyük şehirlerimizde ve İstanbul'da doğum evleri ve çocuk hastanelerinin çoğaltılması, ebe ve hasta bakıcı yetiştirilmesi, çocuk ölümleri ile ilgili mücadele cemiyetlerinin kurulması, tabiplerin çocuk hastalıkları konusunda eğitilmesi öne sürülmüştür. (6) Çocukların yoksulluk, açlık ve kimsesizlik sorunlarıyla karşı karşıya olması ilk olarak beslenme ve korunmaya ilişkin hizmetleri başlatmıştır. Ankara ve Konya'da 1925 yılında Adana, Çorum, Erzurum, Kars ve Malatya'da 1929 yılında Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmıştır. (4) Sağlık Bakanı Refik Saydam tarafından ülkenin sağlık hizmet planlaması sırasında "doğum ve çocuk bakımevleri açılması öncelikli bir müdahale olarak ele almıştır. (4)

Cumhuriyetin kurulmasından önce Şişli Etfal Hastanesi tarafından çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmeti verilmekte olup, ülke genelinde toplam 86 sağlık kuruluşunda sadece 150 çocuk yatağı bulunmaktadır (toplam 6.437

yatak). Çocuk hastaların muayenelerinin artırılması ile ilgili ilk girişim 1921 yılında Ankara'da Çocuk Hastalıkları Muayehaneleri açılması şeklinde olmuştur. Ülke genelinde hastanelerin kapasiteleri arttıkça çocuk doktoru kadroları yerleştirilmiş, ilk çocuk doktoru kadrosu açılan hastane ise Ankara Numune Hastanesi olmuştur. Ayrıca hastanelerde çocuklara özel yatak sayıları artmaya başlamıştır, İstanbul Tıp Fakültesi hastanesinde çocuk hastalar için 10 yataklı servis açılmıştır. Bu dönemde, özel idareler tarafından yönetilen hastaneler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına devredilmiş, bu şekilde devredilen hastanelerde de çocuk servisleri açılmaya başlamıştır. Örneğin İstanbul Haseki Hastanesinde 1924 yılında çocuk poliklinik hizmetleri başlatılmış, 1927 yılında çocuk hasta yatak sayısı 10 olmuş, 1950 yılında 50 yataklı bir servis haline gelmiştir. Bu dönemde sadece çocuklara yönelik hizmet sunan hastaneler de açılmaya başlamıştır, İzmir'de 1946 yılında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi ve Ankara'da 1950 yılında Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi hizmet sunmaya başlamıştır. (4)

Osmanlı Dönemi zamanında kimsesiz ve korunmaya muhtaç çocukların olması bakım, beslenme ve korunmaya ilişkin hizmetlerin organize olması gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Bakıma muhtaç olan çocuklar arasında sağlık, beslenme ve hastalık sorunlarının daha fazla olması da bu gereksinimi karşılanmasının hızlandırılmasını gerektirmiştir. İstanbul Himaye-i Eftal Cemiyeti 6 Mart 1917 tarihinde kurulmuş, 1 Kasım 1917 tarihinde Şehzadebaşı Muayenehanesinin Dispanseri açılmış ve 28 Kasım Firuz Ağa'da ilk Çocuk Misafirhanesi açılmıştır. (8)

Harp sahasından gelen çocuklardan bir grup
(Geldikleri kıyafetle)

Cemiyetin uluslararası tanınmasından (1920) sonra Ankara'da 30 Haziran 1921 tarihinde Himaye-i Etfal Cemiyeti kurulmuş ve 1 Ağustos 1921 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Reisi Mustafa Kemal, Himaye-i Etfal Cemiyetinin koruyuculuğunu kabul etmiştir. (8)

Himaye-i Etfal Cemiyetinin Tüzüğünde yer alan amaçlar şu şekildedir:

- Evleneceklerin beden ve ruhça denk olmaları lüzumunu telkine çalışmak,
- Gebelik ve çocuk bakımını öğretecek yayınlar hazırlamak
- Çocuk bakım kursları açmak, çocuk bakım hemşireleri yetiştirmek,
- Doğum evleri açmak, doğum sonrası bebek bakımı için ana bakımevleri açmak
- Yoksul ve emzikli annelere gıda ve giyecek sağlamak, bu amaçla aşevleri kurmak
- Yoksul anne ve çocuklar için ücretsiz banyolar inşa etmek
- Hasta ve muhtaç anne ve bebekleri için süt damlaları kurmak
- İşe giden annelerin bebek ve çocuklarına bakmak için bakımevleri kurmak, çocuklar için yuvalar kurarak onlara bakıp büyütmek
- Çocuk poliklinikleri, hastaneleri, prevantoryum ve sanatoryumları açmak, ihtiyaç sahiplerine ücretsiz ilaç sağlamak
- Çocuk tiyatro, sinema ve benzeri yerleri açmak, çocuk kitapevleri ve okuma odaları açmak
- Velisiz ve vasisiz çocukların mahkemelerde haklarını savunmak
- Çocuk mahkemeleri, çocuk ıslahevleri açılmasını sağlamak
- Çalışabilecek çocukları uygun işlere yerleştirmek
- Çocuk ölümlerini azaltmak için tedbirler almak
- Çocuk düşürmeyi önleyici tedbirler almak
- Yardıma ve korumaya muhtaç çocuklar için bir sigorta fonu oluşturmak

Çocukların korunma ve bakımı için Cemiyetin geliştirilmesine ilişkin çalışmalar yurtiçinde ve yurtdışında yürütülmüştür. Muayene, tedavi, para yardımı ve koruma hizmetleri 1922 yılında başlatılmıştır. İlk Süt Damlası 1923 yılında İzmir'de açılmış, 1924 yılında paralı ve parasız süt dağıtımı başlamıştır. Kurum, 30.757 çocuğa hizmet sunmuş, 1925 yılında Keçiören'de 39.000 metrekarelik bir alanda yuva hizmetlerini sürdürerek hizmet alanını geliştirmiştir. Cemiyet, 1926 yılında yiyecek, doğum yardımı, okul yardımı ve diğer yerleştirme hizmetlerini; 1927 yılında anne ve çocukların ücretli veya ücretsiz yararlanabilecekleri sıhhi banyo hizmetlerini başlatmıştır. Cemiyet 1928 yılında çocuk bahçelerini açmaya başlamıştır. Çocuk Esirgeme Kurumu olarak 1928 yılında hizmet vermeye devam etmiş, ağız ve diş muayeneleri 1929 yılında başlatılmıştır ve çocuk bakıcı okulu 1929 yılında açılmış, 1937 yılında kamu yararına bir dernek olarak kabul edilmiştir. Dernek gelir amaçlı pek çok etkinlikte bulunmuştur. (8)

Kurum tarafından yayıncılık çalışmaları da yapılmıştır. Klasik kitapların yayınlanmasının yanı sıra anne ve çocuk sağlığı konusunda toplumun bilgilendirilmesine yönelik dergi yayıncılığı da yapılmıştır. Kadınlara yönelik Ana Dergisi, çocuklara yönelik Çocuk Mecmuasının yanı sıra on adet bilgilendirme dokümanı hazırlanmıştır.

o Dişlerimizi niçin temizleriz?

o Memedeki çocuk nasıl beslenir?

o Hasta çocuk bakımı ve bulaşıcı hastalıklar

o Çocuklarda ishal ve inkibaz (kabızlık)

o Hamile kadınlara öğütler; kadınların hamilelik sırasında dikkat etmesi gereken hususlar

o Çocuklarda kemik hastalığı

o Sıtma hastalığı

o Çocuk ruhu ve bedeni bünyesi

o Annelere nasihat

o Büyük çocukların beslenme usulleri (Kutu 1)

"İyi beslenmiş, sıhhatli, neşeli bir yavru"

1930'lu yıllara kadar sahada sağlık, bakım ve korunmaya ilişkin hizmet planlama ve uygulamaların sürdürülmesi sürecinde sağlıkla ilgili henüz bir yasa bulunmamaktadır. Türkiye Cumhuriyetinin sağlık hizmetlerinin planlanmasına ilişkin hizmetlerin planlandığı yasa olan Umumi Hıfzıssıhha Kanununda (No. 1593, 1930) çocukluk dönemine ilişkin tanımlar ve hizmet çerçevesi yer almaktadır. Bu kanunda çocuklarla ilgili maddeler aşağıda

Türkiye Himâye-i Etfâl Cem'iyyeti Hıfz-ıs-sıhha ve Neşriyyât Şu'besi numero:10

BÜYÜK ÇOCUKLARIN BESLENME USÛLLERİ

Muharriri: Doktor Ali Vâhid

Resimli Ay Matbaası - Türk Limited Şirketi

"Gıdâ kâfî gelmezse bu gibi şeyler görilir

(1) Çocuğun tabîatında tahavvül (değişim) başlar. Faaliyeti azalır, mahzûnlaşır.

(2) Ensicesinin (dokularının) faaliyeti azalır. Adalât (adaleler, kaslar) gevşer, fakr-üd-dem (anemi) başlar.

(3) Neşv ü nemâ tevakkuf ider (durur), buna rağmen bazen boy uzar.

(4) Çocuğun ale-l-umûm (genele ait) hastalıklara karşı mukâvemeti (dayanıklılığı) azalır.

(5) Cihâz-ı hazmîde (sindirim organlarında) atâlet (tembellik) başlar."

özetlenmiştir (9):

• Doğumun sağlık kuruluşlarında olması önerilmekte (Madde 153), hükümet ve belediye tabipleri tarafından yardım mecburi olarak tanımlanmaktadır (Madde 154). Sütninelik yapmak için tanımlar yer almıştır, sütninelik yapmak için kendi çocuğunun yedi aylıktan büyük olması ve sağlık muayenelerinin yapılması gerektiği Kanunda yer almaktadır. (Madde 157 ve Madde 125)

• Yedi yaşından küçük kimsesiz, öksüz ve zor koşullarda olan çocukların bakımının Devlet tarafından yapılması (Madde 158), yedi yaşından küçük çocukların bakımını para karşılığı üstlenen ailelerin bazı koşulları sağlama durumunun belediye tarafından değerlendirilmesi (Madde 159), çocuk bakımını üstlenen aile ve bakımevlerinde sorun olduğu zaman aileden müsaadenin alınması ya da işletmenin kapatılması (Madde 160) ve altı yaşından sonra eğitim kurumlarının vekâletine verilmesi de kanunda yer alan maddeler arasındadır (Madde 161).

• Nüfusu 10.000 den fazla olan belediyelerde süt çocuğu muayene ve bakım evleri tesis edecekleri, kurumların şartları sağlık kuruluşlarınla belirleneceği belirtilmektedir. Nüfusu 40.000 den fazla olan yerlerde ise her mahallede "süt damlası" tesis edileceği, nüfusu 100.000 den fazla ise gereksinime göre sayı belirleneceği Madde 162'de yer almaktadır.

• Okulların sağlık koşullarının belirlenmesinin sağlık kurumları tarafından yapılacağı, öğrenci sağlığının okulların bağlı oldukları kurumlar tarafından üstlenileceği Madde 163'de yer almaktadır. Öğrencilerin beden, ruh, göz ve kulak muayenelerinin yapılması ve kayıt tutulmasının gerekli olduğu Madde 164'de belirtilmiştir.

• On yaşından küçük çocukların ebeveynleri ya da velileri tarafından fena muameleye maruz kalması durumunda devlet tarafından korunma altına alınacağı Madde 165'de yer almaktadır.

• Şehirlerde küçük çocukların temiz hava almasına uygun bahçelerin ve spor meydanlarının yapılması zorunlu kılınıp (Madde 168), kız öğrencilere haftada bir saat çocuk bakımı üzerine ders verileceği de kanunda yer almaktadır (Madde 169).

• Oniki yaşından küçük çocukların ebeveynleri ve velileri olduğu halde meyhaneye girmesi, onsekiz yaşından küçüklere alkollü içki verilmesi (Madde 166), oniki yaşından küçük çocukların sinema, tiyatro ve dans salonuna getirilmesi (Madde 167) yasak olup altı yaşından küçük çocukların ise gündüzleri uygun sinema ve tiyatroya gitmesi uygun görülmüştür. (Madde 167)

• Bu kanunun yedinci bölümü işçi sağlığı hakkındadır. Oniki yaşından küçük çocukların fabrika ve imalathane gibi her türlü sanat müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çıkar olarak çalışmayacağı, oniki-onaltı yaş arasındaki kız ve erkek çocukların günde azami sekiz saatten fazla çalıştırılamayacağı belirtilmektedir (Madde 173).

Umumi Hıfzıssıhha Kanununda yer alan maddelerin uygulamalardan edinilen deneyimlerle geliştirildiği ve uygulamaların yasal bir çerçeve içinde yer almaya başladığı görülmektedir. Ancak bazı uygulamalarda sorunlar da ortaya çıkmıştır. Nüfusu 10.000 den fazla olan belediyelerin Süt Çocuğu Muayene ve Müşavere Evleri ismi altında dispanserler açmaları yükümlü kılınmakla beraber, ekono-

mik nedenlerden dolayı belediyeler bu görevi yürütememişlerdir. Bakanlığın isteği üzerine İstanbul'da Beşiktaş, Edirnekapı ve Üsküdar'da olmak üzere sadece üç merkez açılabilmiştir. Çocukların beslenmelerine destek olabilmek amacıyla, devletin çözüm önerileri bulmaya çalıştığı görülmektedir. UNICEF'den 1952 ve 1954 yıllarında alınan destek ile Ankara Atatürk Orman Çiftliğinde Pastörize Süt Fabrikası kurulması, 1959 yılında Okul Beslenme Projesinin geliştirilmesi söz konusudur. (4)

Anne ve çocuk sağlığında halen beslenme sorunlarının olması, bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümlerin devam etmesinin yanı sıra, çocuk bakımevlerinin tedavi edici hizmetlere kayması nedeniyle koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. DSÖ ve UNICEF ile 1952 yılında yapılan anlaşmalar sonucunda Bakanlık bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı (AÇS) Örgütü kurulmuştur. Bu örgütün amaçları anne ve çocukların sağlık düzeylerini yükseltmek olarak belirlenmiştir. Çocuk sağlığına yönelik verilen hizmetlerin kapsamı anneleri çocuk sağlığı konusunda bilgilendirmek, çocukların bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak, çocukların belli yöntemlerle belli aralıklarla aşılarını yapmak, 0-6 yaş grubu çocukların fiziksel ve ruhsal gelişmelerini izlemek, tıbbi kontrollarını yapmak, bakım ve beslenme konusunda anneye yardımcı olmak ve sosyal yardımlarla desteklemek olarak belirlenmiştir. Ana ve çocuk sağlığı hizmet modelinde ilk olarak 1954 yılında Ankara'da bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekamül Merkezi kurulmuştur, hizmet içi eğitimlerle personel yetiştirilmiş ve 1957 yılında Kızılcahamam'da ilk örnek uygulama başlamıştır. Ana çocuk sağlığı merkezleri (30-50 bin nüfusa), şubeleri (10-30 bin nüfusa) ve köy istasyonları (2500-4000 nüfusa) şeklinde kurularak hizmet vermişlerdir. Hizmet birimlerinin yerlerinin belirlenmesi sırasında anne ve çocuk sağlığı sorunlarının çok görüldüğü bölgelere öncelik verilmiştir. Bu hizmetin yaygınlaştırılmasını desteklemek amacıyla 1955 yılında Sağlık Bakanlığı teşkilatında Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Şubesi kurulmuştur. 1960 yılında 26 AÇS merkezi ve 19 AÇS şubesi anne ve çocuk sağlığı hizmetleri vermektedir.(4)

Bu dönemde çocukluk yaş grubuna ilişkin bir tanım bulunmamaktadır. Çocukların medeni hakları ve cezai yükümlülükleriyle ilgili yaş sınırları kanunlarla belirlenmiştir. Türk Medeni Kanununda çocukların yaşam haklarına ilişkin maddeler olup, evlenme yaşı için de sınırlar belirlenmiştir.(10) Türk Ceza Kanununda çocuklara kötü muamele ilgili cezaların belirlenmesi kadar, suça itilmiş çocukların cezai ehliyeti ile ilgili yaş sınırları belirlenmiştir. (11) Bu yasalarda bulunan maddeler çocukluk yaş grubunun sınırlarının belirlenmesine ilişkin görüşleri belirtmektedir.

Türk Medeni Kanunu (10) ve Türk Ceza Kanunu (11)

Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının medeni haklarının tanımlandığı Türk Medeni Kanununda vatandaşlık hakkı ve evlenme yaşı ile ilgili maddeler tanımlanmıştır.

– Türk Medeni Kanununa göre çocuk, sağ doğmak şartıyla ana rahmine düştüğü andan itibaren medeni haklarından istifade etmektedir. (Madde 27) Türk Medeni Kanununa göre rüşt, on sekiz yaşın ikmaliyle başlamaktadır. Ancak, evlenmenin kişiyi reşit kıldığı kanunda belirtilmektedir. Diğer taraftan on beş yaşını tamamlayan çocuklar, kendi rızası ve ana ve babasının muvafakatiyle reşit sayılabilir. Çocuk vesayet altındaysa, vasinin de görüşü alınarak karar verilir.

– Türkiye'de 1926 yılında asgari evlilik yaşını erkekler için 18, kadınlar için 17 olduğu bir düzenleme yapılmış (12), 1938 yılında yeniden tanımlanmıştır. Erkeklerin on yedi, kadınların on beş yaşını tamamlamaları belirlenmekle beraber, hâkim tarafından olağanüstü durumlarda on beş yaşını tamamlamış erkekler ve on dört yaşını tamamlamış kadınlar, karar öncesi ana, baba veya vasinin dinlenmesi şartıyla, evlenme kararı verilebilir. (Madde 88).

Türk Ceza Kanununda farklı cezalar için farklı yaş sınırlarının olduğu görülmektedir:

– Madde 53- Fiili işlediği zamanda on bir yaşını bitirmemiş olanlar hakkında takibat yapılamaz ve ceza verilemez. Ancak işlenen suç ağır ceza gerektiriyorsa devlet tarafından bakıma alınması ya da koşullu olarak vasisine teslim edilmesi gerektiği de belirtilmektedir.

– 1953 yılında bu maddede değişiklik yapılarak (Değişik madde: 09/07/1953 - 6123/1 md.) fiili işlediği zaman on bir yaşını bitirmiş olup da on beş yaşını doldurmamış olanlar, farik ve mümeyyiz olmadıkları surette haklarında hiçbir ceza tertip olunamayacağı belirtilerek çocukluk döneminde daha geniş bir tanım kabul edilmiştir.

– Özel bir grup olarak tanımlanan sağır ve dilsizler için, fiili işlediği zaman henüz on beş yaşını bitirmedilerse işlem yapılmayacağı belirtilmektedir. (Madde 57). 15 yaşını tamamlayan ancak suçun neticesinin farkında olmayan sağır ve dilsizler için de herhangi bir işlem yapılmayacağı belirtilmiştir (Madde 58). Bu maddede sağır ve dilsizlerin koruma altına alınması için değişik zamanlarda değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, 1936 yılında yapılan bir değişiklikler "işlenen suç ağır ceza gerektiriyorsa, 24 yaşını tamamlamayan sağır ve dilsizlerin devlet tarafından bakıma alınması ya da koşullu olarak vasisine teslim edilmesi gerektiği" eklenmiştir.

– Türk Ceza Kanununda 18 yaşın altına kaçırmak, uyuşturucu madde kullandırmakla ilgili yaş sınırlarının da olduğu görülmektedir. (Madde 430 ve Madde 403)

– Türk Ceza Kanununda ırza geçme ve cinsel taciz suçlarında belirlenen yaş sınırı "15 yaş" olarak tanımlanmıştır. (Madde 414-418). Cezanın ağırlaştığı durumlarda ayrıca belirtilmektedir. On beş yaşını dolduran bir kız ile evlenme vaadiyle kızlığını bozma ve reşit olmayan kızın kaçırılması ile ilgili cezalar tanımlanmaktadır. (Madde 423, Madde 430-431) Çocukların fuhuşa teşvik etmede

belirlenen yaş sınırı 15 yaşını doldurmamış olarak belirlenmiştir. (Madde 435)

– Ceza Kanununda çocukların terk edilmesi ile ilgili olarak da yaş sınırı belirlenmiştir, belirlenen yaş sınırı ise 12'dir. (Madde 473). Yine 7 yaşın altında terkedilmiş çocukların bulunduğunda, yetkili makamlara teslim etmeyen kişiler için de ceza belirlenmiştir. (Madde 476)

– Çocukların kötü muameleye maruz kalması ile belirlenen yaş sınırı 12 olup (Madde 478), 15 yaşından küçük çocuklara dilencilik yaptırma (Madde 545) ve 15 yaşından küçüklere silah kullandırmak (Madde 549) da Kanun içinde yer almaktadır.

1960-1980 DÖNEMİ

Türkiye Cumhuriyetinin 1961 yılında kabul edilen Anayasasının 49. Maddesinde "devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamak ödevi" olduğu belirtilmektedir. (13) Planlı kalkınma dönemi olarak tanımlanan 1960'lı yıllarda pek çok sistemde olduğu gibi sağlık sisteminde de önemli düzenlemeler yapılmıştır. Bu dönem Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kapsamında hizmet sunum modeliyle sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmet modeli çerçevesinde temel sağlık hizmetleri, nüfus tabanlı olarak bir ekip tarafından sunulmaktadır. (14)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun uygulamasına ilişkin çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelikle hizmet sunum planı belirlenmiştir. İl düzeyinde İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlükleri bünyesi altında kurulan halk sağlığı hizmet başkanlıklarından olan ana-çocuk sağlığı başkanlığı tarafından çocuk sağlığı hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi başlatılmıştır. Bu yönetmelik çerçevesinde sağlık ocaklarında istihdam edilen halk sağlığı hemşireleri, ocak hekimine karşı sorumlu olarak ve köy ebelerinin yardımıyla ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, hemşirelik ve ebelik hizmetlerini yürütülmekle görevlendirilmişlerdir. Halk sağlığı hemşiresi halka yönelik eğitimlerden, köy ebelerinin yaptıramadıkları doğumları yaptırmaktan, gıda yardımlarının dağıtımının planlanmasından ve ilkyardımdan sorumludurlar. Halk sağlığı hemşirelerinin okul mezunu hemşire olması belirtilmekte, ancak mümkün olmadığı durumlarda kurs görmüş, değerlendirmeleri geçen deneyimli ebelerin de bu görevi yapabileceği belirtilmektedir. Sahada çalışan köy ebeleri ise halk sağlığı hemşiresinin yardımcısı olarak tanımlanmakta, halk sağlığı hemşiresinin direktiflerine göre, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapmakla görevlendirilmişlerdir. Köy ebelerinin, doğum, ölüm ve yer değiştirme gibi nüfus olaylarını da takip etme sorumlulukları bulunmaktadır. Yönetmelikte, hizmetlerin haftalık, aylık ve yıllık olarak planlanması ve gezi programlarının hazırlanmasına ilişkin maddeler de yer almaktadır. (15)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge kapsamında hizmetlerin nasıl sunulacağı belirtilmektedir. Nüfusa göre örgütlenme modeli olarak kurulan sağlık ocaklarında

koruyucu ve iyileştirici hizmetler bir arada ekip hizmetiyle yürütülmüştür. Yönerge kapsamında çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri de toplum tabanlı olarak bir ekip tarafından sunulmaktadır. Sağlık ocaklarında sunulan çocuk sağlığı hizmetleri, bebeklerin anne rahminden başlayıp okula gidinceye kadar altı yıl boyunca izlenmesi şeklindedir. Çocuk sağlığı hizmetleri sırasında bebeğin doğumdan sonra ilk 48 saat içinde bir kez, 15'nci günde bir defa, 41'nci günde bir defa, 2, 3, 4, 6, 9 ve 12'nci aylarda, 1-3 yaş arasında 6 ay ara ile, 4-6 yaşları arasında 1 yıl ara ile izlenmesi planlanmıştır. Muayeneler sırasında çocukların aşıları yapılmakta , büyüme ve gelişmeleri izlenmekte, beslenme ve gelişme bozukluğu olanların tedavileri yapılmakta, akut solunum yolu ve ishalli hastalıklar hakkında bilgilendirilmekte, ağız sağlığı konusunda bilgilendirilmekte, hemoglobin düzeyleri ölçülmektedir. Ayrıca, çocuk bahçeleri ve spor alanlarının, çocuk ve gençlerin sağlığının korunması bakımından sağlık şartlarına uygun olmaları için gerekli her türlü tedbir alınmalı ve aldırılmalıdır. Konuya ilişkin sürekli ve periyodik denetimler yapılmalıdır. Çocukların beslenmesinin yanı sıra ruh sağlığı hizmetleri açısından da bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca, okul sağlığı hizmetleri de yürütülmektedir. Bu hizmetler sağlık ocaklarında ebeler tarafından yürütülmektedir. (16)

Ana Çocuk Sağlığı ve Merkezlerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları istihdam edilmesi ve çocuk sağlığı hizmetleri sunulması yönergede belirtilmektedir. Çocukların sağlığı ile ilgili izlemlerin yanı sıra birinci basamak tarafından sevk edilen çocukların muayenelerinin yapılması, tedavilerinin planlanması gerekirse ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi planlanmıştır. Bu kurumlarda çalışan uzmanlar tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin eğitiminin yapılması planlanmış ve yürütülmüştür. (16)

Türkiye'nin kalkınma planlarının olduğu bu dönemde birinci (1963-67), ikinci (1968-1972), üçüncü (1973-1977) ve dördüncü (1978-1983) kalkınma planlarında genel olarak ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Kalkınma planlarında ana ve çocuk sağlığının bir bütün olarak ele alındığı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin güçlendirilmesiyle hedeflere ulaşılabileceğine ilişkin görüşün hakim olduğu görülmektedir. Kalkınma planlarında yer alan durum analizi ve hedefler aşağıda sunulmuştur:

Birinci Kalkınma Planı (1963-67) (17)

Durum analizinde çevre sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, beslenme sorunlarından bahsedilmekte, koruyucu hekimliğin önemi vurgulanmaktadır. Diğer taraftan en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve başka bulaşıcı hastalıklar sıra-

lanmaktadır.

Hedeflerde ise ana - çocuk sağlığı ve özellikle çocuk sağlığının, genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu, bu sebeple sağlık ocaklarının ana ve çocuk sağlığının geliştirmesi hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca doğum ve çocuk bakım evlerinin de bu hizmet kapsamında alınacağı belirtilmektedir.

Birinci Kalkınma Planında korunmaya muhtaç çocukların bakımı ve yetiştirilmeleri, çocuk suçluluğunun önlenmesi, intibaksız çocuklar ve geri zekâlı çocuklar meselesinin çözümü, çocuk emeğinin kötüye kullanılmasının önlenmesi, çocuk refahının sağlanmasına ilişkin maddeler de yer almaktadır.

Kalkınma planında ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten sağlık personeli dağılımının bölgeler arası eşitsizliğinden bahsedilmekte, hemşire ve ebelerin sayıları ve nüfus oranları değerlendirilmekte, okulların açılmasına ilişkin hedeflere yer verilmektedir.

İkinci Kalkınma Planı (1968-72) (18)

Durum analizinde çocuk ölümlerinin beslenme bozukluğu, yetersiz bakım, bulaşıcı hastalıklar gibi nedenlerle yüksek olduğu belirtilmekte, il ve ilçe merkezlerinde dahi ölümlerin %30'unu bir yaşından küçük çocukların ölümlerinin teşkil ettiği belirtilmektedir. Bir yaşından küçük çocuk ölümlerine ilişkin kesin bir sayı olmamakla birlikte araştırmaların bu hızın binde 120-150 arasında olduğu bilgisi yer almaktadır

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin, eleman azlığı ve sınırlı mali imkânlar yüzünden yeterli olmadığı ve sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmadığı belirtilmektedir. Hedeflerde ise sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulamanın devam edeceği, sağlık hizmetleri seviyesi düşük olan illerin bu öncelikle ele alınarak yaygınlaştırılması planlandığı belirtilmektedir. Sağlık ocakları, çeşitli sağlık programlarının ayakta ve evde tedavi hizmetleri şeklinde uygulandığı kuruluşlar olup kuruluşlar arasında işbirliği sağlanmasına ilişkin hedef de planda yer almaktadır.

Üçüncü Kalkınma Planı (1973-1977) (19)

Durum analizinde beş yaşından küçük nüfusun ölüm oranının erişkinlerden daha yüksek olduğu, çocuk ölümlerinin içinde bir yaşından küçük ölenlerin ağırlık taşıdığı, 1966-67 yılında bin doğan çocuktan beş yaşına kadar yaşayan sayısının 789 (kırda 773 ve şehirde 853) olduğu belirtilmektedir.

Sağlık personeli sayısında gelişme olduğu belirtilmiş, ancak hedeflerin gerisinde kaldığı vurgulanmıştır.

Hedeflerde ise ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde ve okul ve okul öncesi çağdaki çocuklara yönelen ve dış kuruluşların yardımlarıyla yürütülen beslenme programlan, görülen eksik beslenmeye ve beslenme eğitimine ağırlık verecek şekilde yeniden düzenlenecek ve bu programların gereği gıdaların giderek millî kaynaklardan sağlanması gerçekleştirilecektir.

Dördüncü Kalkınma Planı 1979-1983 (20)

Durum analizinde çevre sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, halkın sağlık eğitimi gibi koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmesine karşın, değişik birimlerce bağımsız olarak yürütülmesinin hizmetin etkinliğini sınırlandırdığı, böylece iyileştirici hizmetlere olan aşırı talebin de sınırlanmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir. Yine sağlık personelinin yetersiz olması ve dağılım sorunu vurgulanmıştır.

Durum analizinde vurgulanan konulardan biri de beslenmenin özel dikkat istediği doğum sırası ve küçük çocukluk yaşlarının, Türkiye'de beslenme sorunlarına en sık rastlanan devreler olduğu şeklindedir. Okul öncesi çocuklar (0 - 5 yaş) arasında yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak yüzde 20 oranında büyüme ve gelişme gerilikleri ne rastlandığı belirtilmiştir. Çocuk ölümlerinin nedenlerinin yüzde 50'sinin beslenme bozuklukları olduğu söylenebileceği planda yer almaktadır.

Hedefler arasında her düzeyde eğitimi Türk Ulusunun özdeğerlerini koruyarak geliştirmek, çağın teknolojik olanakları da değerlendirilerek, tüm yurda yaymak, eğitimden yararlanmada olanak eşitliği sağlamak, eğitimi hızlı ve sağlıklı gelişme gerekleriyle uyumlu kılmak üzere ana - çocuk sağlığı ve aile planlamasına da, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü içinde etkinlik kazandırılacağı yer almaktadır.

1980 – 2000 DÖNEMİ

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre "herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" ifadeleri yer almaktadır. (5,21)

Bu dönemde kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı düzenlemelerden hizmetler de etkilemiştir. 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur; 1982 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü ile Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 27.2.1982 tarih ve 814334 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile birleştirilerek "Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü" adını almıştır. 14 Aralık 1983 tarih ve 18251 Sayılı Resmi Gazete'de yayın-

lanan 181 Sayılı Kanun Hükmündeki Kararnameye göre, Genel Müdürlüğün adı "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" olmuştur. (22)

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yapısı içinde yer alan sağlık ocakları hizmetleri içinde çocuk sağlığı hizmetleri sürdürülürken, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü hizmet birimleri olan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tarafından da ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. (22)

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri Merkezlerinde çocuk ve adolesan hizmetlerinin sunumuna ilişkin 1997 yılında çıkarılan Yönetmelikle Çocuk ve Adolesan Sağlığı Hizmetleri sunulması planlanmıştır. (23) Yönetmelikte belirlenen hizmetler aşağıda sıralanmıştır:

- Merkeze getirilen/başvuran bebek ve 18 yaşından küçük çocuklara Bakanlığın belirlediği standartlara göre hizmet vermek,
- Bağışıklama ve büyüme-gelişmenin izlenmesi hizmetlerini, sağlık ocakları ile işbirliği ve koordinasyon içinde vermek,
- Merkezlere getirilen bebek ve çocukların ayaktan tedavi ve bakım hizmetlerini yürütmek,
- Çocuk sağlığı ve hastalıkları konularında, çocuklara ve ailelerine yönelik olarak bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- Coğrafya ve mevsim şartları gibi etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bebek ve çocuk sağlığına tehdit oluşturan hastalıklara karşı, Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimleri ile hazırlanmış olan programları uygulamak,
- Okul, kreş, çocuk bakımevi, ıslahevi gibi kurumları, ilgili kişi kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ziyaret etmek; bu yerlerde sağlık açısından risk faktörlerini tesbit etmek ve tanımlamak ve ihtiyaç duyulan tedbirlerin alınması için gerek duyulan işbirliği ortamını sağlamak,
- Çocuk sağlığı konusunda, çocuk ruh sağlığı, ağız ve diş sağlığı, çocuk ihmali, hırpalanması ve istismarı gibi özel yaklaşım gerektiren durumlarla ilgili olarak, ilgili kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Çocuk sağlığına yönelik hizmet sunan diğer birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlar ve özellikle sağlık ocakları ile hizmet sunumunda koordinasyon sağlayarak işbirliği yapmak,
- Diğer birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşların sevkettiği çocuklara hizmet vermek, muayene etmek ve çocuk sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti vermek,
- Sağlık personeline eğitim hizmetleri vermek,
- Çocuk sağlığı konusunda verilen diğer görevleri yapmak.

Bu dönemde yer alan kalkınma planlarında ana-çocuk sağlığı birlikte ele alınarak bebek ölümleri üzerine yoğunlaşıldığı görülmektedir.

Beşinci Kalkınma Planı (1985-1989) (24)

Bu kalkınma planı ilkeleri arasında çocuk ölümlerinin azaltılması yer almaktadır. Çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşların katıldığı yüksek seviyeli bir kurul kurulması, işbirliği ve dayanışma sağlanarak bebek ölüm oranının gelişmiş ülkeler düzeyine düşürülmesine ilişkin bir model önerilmiştir.

Hedefler arasında özellikle aile ve ana - çocuk sağlığının korunması amacıyla aile planlaması diğer sağlık hizmetleri ile bütünleştirileceği, bu alanda eğitim ve uygulama için gerekli tedbirler alınacağı ve yeterli teşkilatlanmaya gidileceği belirtilmektedir.

Bebek ölüm hızının azaltılması, çocukların sağlık ve sosyal durumlarının iyileştirilmesi için doğum öncesi safhadan başlamak üzere ilgili kamu kuruluşları ve özel kuruluşların desteğiyle yeni teknolojik gelişmelere uygun ana - çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleriyle birlikte götürülmesine önem verileceği vurgulanmaktadır.

Sosyal politikalar içinde muhtaç çocuğa öncelik verilmektedir. Korunmaya muhtaç çocukların sosyal, psikolojik ve kültürel gelişmelerinin sağlanması için çocuk yuvalarının ve yetiştirme yurtlarının niteliklerinin yükseltilmesi ve sayıca artırılması hususunda gerekli çalışmalar yapılması yer almaktadır. Bakıma muhtaç çocuklar için koruyucu aile programı ve evlat edinmenin şartları konusunda gerekli çalışmalar yapılacağı belirtmektedir.

Beşinci Plan döneminde bebek ölüm hızının da binde 83 den binde 65 dolaylarına düşürülmesi halinde, doğuşta hayat ümidi süresinde artışlar olabileceği belirtilmektedir.

Altıncı Kalkınma Planı (1990-1994) (25)

Durum analizinde koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde etkinlik sağlanamayışı ve birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin yetersizliğinin tedavi hizmetlerine olan talebi artırdığı; tedavi kurumları arasındaki koordinasyonun yetersizliğinin yanısıra, etkin bir iletişim ve hasta sevk sisteminin kurulmamış olması neticesinde, tedavi hizmetlerinin arzu edilen rasyonelliğe kavuşamadığı belirtilmiştir. Ayrıca çevre şartlarındaki olumsuzlukların yeterince giderilemeyişinin sağlık üzerindeki etkilerini sürdürdüğü vurgulanmıştır.

Planın hedefleri arasında temel sağlık hizmetleri sistemi içinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hizmet açığı bulunan; özellikle doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranları yüksek olan, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamayan kesimlere ulaştırılmasına öncelik verilmesi yer almaktadır. Ayrıca hizmetin etkinliği ve sürekliliği sağlanması da vurgulanmaktadır.

Geleceğin güvencesi olan çocukların yaşatılması, bedenen ve fikren sağlıklı bir biçimde yetiştirilmesi temel ilke olarak belirtilmiştir. Çalışan çocukların çalışma şartlan

ve iş güvenliği, sağlık, sosyal güvenlik ve mesleki eğitim konularındaki sorunları üzerinde önemle durulacağı ve uzun dönemde çalışma hayatından çıkarılmalarını sağlayacak ortamın oluşturulmasına çalışılacağı vurgulanmıştır. Çocukları zararlı alışkanlıklardan koruyucu ve suça itilmelerini engelleyici önlemlerin bir bütün olarak ele alınması, çocukların oyun ve spor alanlarının artırılması, okuma alışkanlığı ve beceriler kazandırılmasına yönelik kültürel faaliyetlere ağırlık verilmesi, bir alanda eğitici ve öğretici yazılı ve görüntülü yayın araçlarından etkin şekilde yararlandırılması, korunma ve bakıma ihtiyacı olan daha çok sayıda çocuğun kurum bakımı ve koruyucu aile uygulamasından yararlanmasının sağlanması, özel eğitime ihtiyacı olan daha fazla çocuğun bu imkânlardan yararlanması için gerekli tedbirlerin alınması yer almaktadır. Korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili düzenlemeler yapılarak hizmetlerde bunlara öncelik tanınacaktır. Kreş, gündüz bakımevi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlan, özürlüler için rehabilitasyon merkezleri yapımında vakıflar ve özel kesim girişimlerinin teşvik edileceği planda yer almaktadır.

Yedinci Kalkınma Planı (1996-2000) (26)

Durum değerlendirmesinde 1985-1990 döneminde binde 67 olan bebek ölüm hızının binde 46,8'e düştüğünün tahmin edildiği belirtilmektedir. Büyük kısmı önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, çocukların sağlıklı gelişimlerini ve temel eğitimlerini engelleyen sorunların giderilmesi ve korunmalarını amaçlayan kurumsal yapının etkinliğinin artırılması ihtiyacının devam ettiği, planda yer almaktadır. Ayrıca çocuk ıslahı konusunda istenen gelişme sağlanamadığı vurgulanmıştır.

Bu planda ayrıca bebek ve çocuk ölümlerinin yaklaşık yüzde 60'ının önlenebilir hastalıklardan kaynaklandığı, çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı gelişim bozuklukları, vitamin ve mineral eksikliğinden kaynaklanan beslenme hastalıklarının görüldüğü belirtilmektedir. Bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamadığı; bu yetersizliğin sadece sağlık sektörüyle ilgili sorunlardan değil çevre, beslenme, eğitim, konut, gelir dağılımı, temiz kullanma ve içme suyu temini gibi faktörlerden kaynaklandığı açıklanmıştır.

Çalışan çocukların sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, çalışma şartları konularında mevzuat, organizasyon ve denetim yetersizliğinden kaynaklanan sorunlarının önemini koruduğu planda yer almaktadır.

Bu planda yer alan hedeflerde, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin götürülmesinde, hizmetten yeterince yararlanamayan kesimlere öncelik verileceği, hizmetin niteliğinin yükseltileceği, ulaşılabilirliği ve sürekliliğinin sağlanacağı belirtilmektedir. Planda çocukların yaşatılması, sağlıklı gelişimlerinin, eğitimlerinin ve her bakımdan korunmalarının sağlanması esas olarak alınmıştır. Çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla, çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına, çocukların sağlıklı beslenmesine, anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verileceği belirtilmiştir.

Çocukları kötü muamele ve kötü alışkanlıklardan koruyucu, suça itilmelerini engelleyici önlemlerin bir bütün olarak ele alınacağı; suça eğilimli, sorunlu, evden kaçan ve sokakta risk altında yaşayan çocuklar için koruyucu ve önleyici hizmetler geliştirilmesi; suça yönelen ve suç işleyen çocukların yeniden topluma kazandırılmasının sağlanacağı belirtilmiştir.

Çocuğun bakımı ve yetiştirilmesinde ideal ortamın aile olduğu ilkesinden hareketle, aileyi destekleyici önlemlere, koruyucu aile ve evlat edindirme uygulamalarına ağırlık verilecek, kurum bakımının iyileştirilmesi sağlanacaktır.

Bu plan kapsamında ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edileceği, tedavi hizmetlerinin bedelinin ise kullanıcılar tarafından ödeneceği belirtilmektedir.

Görüldüğü gibi 1980-2000 yılları arasında çocuk sağlığının geliştirilmesine yönelik hedeflerin bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik olduğu, ancak risk altında bulunan çocuklara yönelik koruma müdahalelerine de yer verilmeye başladığı gözlenmektedir.

Bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından bazı özel programların da başlatıldığı gözlenmektedir (22, 27). Bu programların kapsamları aşağıda yer almaktadır:

- **Genişletilmiş Bağışıklama Programı**: Bu program 1985 Ulusal Aşı Kampanyası ile başlatılmış olup aşıyla korunabilir hastalıkların belirgin bir şekilde azalmasını sağlamıştır.
- **İshalli Hastalıklar Kontrol Programı:** Bölgesel yapılan çalışmalarda ishalli hastalıkların sık görülmesi, bebek ölüm nedenleri arasında önemli bir yeri olması nedeniyle bu program 1986 yılında başlatılmıştır. Program sırasında tüm sağlık kuruluşlarına yönelik müdahaleler bulunmaktadır. Hizmet içi eğitimler, sağlık kuruluşlarında ishal köşeleri kurulması gibi pek çok müdahalelerin yanı sıra ağızdan sıvı tedavisi, sağlık eğitimi gibi topluma yönelik eğitim yaklaşımlarının da yer aldığı programda ishalli hastalıklardan ölümlerin azaltılması sağlanmıştır.
- **Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Programı:** Bebek ölümlerinin içinde önemli bir yeri olan akut solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesi ve etkili tedavilerinin yapılmasına yönelik program 1987 yılında pilot olarak başlatılmış, daha sonra öncelikli illerden başlayarak 1996 yılında tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. Önlemeye ilişkin müdahalelerin (aşılama, el hijyeni, ka-

palı ortam hava kirliliğine yönelik önlemler gibi) yanı sıra erken tanı ve tedaviye ilişkin standartlar geliştirilmiştir. Yine hizmet içi eğitim, müdahalenin önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

• **Beslenme ve Büyümenin İzlenmesi (Anne Sütünün Teşviki) Programı:** Anne sütünün teşviki için 1987 yılında başlatılan bu program kapsamında özellikle DSÖ ve UNICEF tarafından geliştirilen bebek dostu hastaneler yaklaşımının hastanelere tanıtımı ve yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

• **İyot Yetersizlikleri Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı:** İyot yetersizliğinin neden olduğu hastalıkları önlemek amacıyla 1994 yılında başlatılan bu program kapsamında özellikle tuzun iyotlanması ve toplumun iyotlu tuz tüketimi konusunda eğitimine ilişkin müdahaleler yer almaktadır.

• **Fenilketonüri Programı:** Hacettepe Üniversitesinde başlatılan yenidoğanlarda fenilkentonüri tarama programı, 1993 yılına kadar sadece devlet hastanelerinde doğan bebeklerde yapılırken,1993 yılında tüm hastane ve ev doğumlarını kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır.

• **Yenidoğan Ölümlerinin Azaltılmasında Neonatal Resüsitasyon Programı**: Perinatal mortalitenin azaltılması amacıyla başlatılan bu program 1998 yılında başlatılmıştır. Yenidoğan ölümlerinin azaltılması amacıyla doğum salonlarında yenidoğanın canlandırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programları şeklinde planlanmıştır.

• **Genetik Hastalıklardan Korunma Programı:** Genetik hastalıklardan korunma ve erken tanısının yapılmasının amaçlandığı bu programa ilişkin alt yapı çalışmaları bu dönemde başlamıştır. Bu hastalıklar arasında fenilkentonürinin yanı sıra hipotirodi, biyotinazve galaktozemi yer almaktadır.

• **Büyümenin İzlenmesi Programı:** Beslenme bozukluklarının sorun olması nedeniyle 1995 yılında 7 ilde ön çalışmalar başlatılmıştır.

• **Temel Sağlık Hizmetleri Yoluyla Çocuğun Psikososyal Gelişiminin Desteklenmesi Programı:** Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin çocukların psikolojik ve sosyal gelişimlerini izlemesi amacıyla 1992 yılında pilot illerde çalışma başlatılarak dokuz ilde yaygınlaştırılmıştır.

• **Ağız ve Diş Sağlığını İyileştirmede Florür Kullanımı Programı**: Ağız ve diş sağlığı çalışmaları suda flor miktarının düşük olduğu 7 ilde 1995 yılında başlatılan bu programda topikal flor uygulaması yapılmaktadır; 1999 yılında 6 il daha kapsam altına alınmıştır.

Bu dönem başında bebek ölüm hızı %078 iken 1995-2000 yıllarında %034'e düşmüştür. İl ve ilçelerden gelen ölüm istatistiklerine göre 1980 ve 2000 yıllarında perinatal mortalite ilk ölüm nedenini oluştururken, 1980'lerde ikinci ölüm nedeni olan akut solunum yolu enfeksiyonlarının 4. sıraya düştüğü, 3. ölüm nedeni olan ishalli hastalıkların 4. sıraya düştüğü görülmektedir. Ancak, 2000 yılında konjenital anomaliler 2. sırada ve diğer enfeksiyon hastalıkları (ağırlıklı olarak menenjitler) 3. sıradaki ölüm nedeni olarak yer almaktadır. (28)

Bu dönemdeki en önemli hukuksal kararlardan biri de Çocuk Haklarına dair Sözleşmenin ülkemiz tarafından imzalanması ve onaylanmasıdır. Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında imzaya açılan Çocuk Haklarına dair Sözleşme, 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesinde geniş bir kesime tanıtılmıştır. Tanıtımının yapıldığı gün 61 devletin zirveye katılan en üst yetkilisi tarafından imzalanmıştır. Türkiye, Birleşmiş Milletler Genel Merkezi'nde düzenlenen "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi"nde sözleşmeyi imzalamış, sözleşme 27.1.1995 gün ve 22184 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye Sözleşmenin 17., 29. ve 30. maddelerine Anayasa ve Lozan Anlaşması çerçevesinde çekince koymuştur. Bu Sözleşme ile çocuk yaş grubu tanımlanmış olup, 18 yaşın altında herkes çocuk yaş grubunda kabul edilmektedir. Ayrıca, Sözleşme çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının olduğunu belirtmekte, Sözleşmeyi onaylayan tüm ülkeler çocukların haklarını savunacaklarını taahhüt etmektedirler. Sözleşme ile ilgili koordinasyon kurulu Çocuk Esirgeme Kurumu olarak belirlenmiştir. Bu şekilde Türkiye'de çocuğa hukuksal olarak bakış açısının değişmeye başladığı bir dönem başlamıştır. Türkiye Çocuk Haklarına dair Sözleşmeye ilişkin ilk ulusal raporunu 1999 yılında sunmuştur. Yorum raporunda öne çıkan görüşler arasında ülke içinde eşitsizliklerin devam etmesi, bebek ve çocuk ölüm hızının yüksek olması, ergen sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması, korunmaya ilişkin önlemlerin alınmasına özen gösterilmesi şeklindedir. (8)

Ayrıca bu dönemde, Türk Ceza Kanununda suça itilen çocuklar ile ilgili bir değişiklik yapılmıştır. Madde 53'de 1983 yılında (Değişik fıkra: 21/01/1983 - 2787/4 md.), eğer çocuk işlediği fiilin bir suç olduğunun farkındaysa ceza verilmesi, ancak yarı yarıya azaltılması eklenmiştir. Cezanın ıslah evinde geçirileceği de belirtilmektedir. (11)

2000 YILI SONRASI

Bu dönem, Hükümet tarafından uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" müdahalelerinin yer alması özelliğini taşımaktadır. Hükümetin 2002 yılında Acil Eylem Planında "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bu hedefler arasında Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasının değiştirilmesi, genel sağlık sigortasının getirilmesi, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, kalkınmada öncelikli bölge-

lerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi ve sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yer almaktadır. (5)

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilat yapısında değişiklikler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2 Kasım 2011, RG28103) ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuş olup (29), birinci basamak sağlık kuruluşlarına ilişkin hizmet planlaması ve yürütülmesi bu kurum tarafından yapılmıştır. Daha sonra 25 Ağustos 2017'de yayınlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlük olarak değiştirilmiştir (30). İl düzeyinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı olarak yapılanan İl Halk Sağlığı Müdürlükleri, sağlık müdür yardımcılığı şeklinde yapılandırılmıştır. Merkez teşkilat yapıda bulunan Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından planlanan ve koordine edilen hizmetler, illerde çocuk, ergen, kadın üreme sağlığı hizmetleri şube müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. İl düzeyinde özellikle bebek ölümlerinin değerlendirilmesi, yenidoğan tarama programlarının uygulanması, anne sütünün teşviki, bebek, çocuk ve adolesan sağlığı eğitim ve danışmanlık programları ve şiddet önleme ve mağduru koruma programları yürütülmektedir.(32)

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen programlar aşağıda yer almaktadır:

- **Perinatal ve Neonatal Ölümlerin Azaltılması:** Yenidoğan canlandırılması programının devamı niteliğinde olan bu programa gebelik izlemleri ve doğum hizmetleriyle ilgili müdahaleler de eklenmiştir.

- **Türkiye'de Çocuk Sağlığının Aşılama Yoluyla Geliştirilmesi:** Genişletilmiş Bağışıklama Programı niteliğinde olan bu program, ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir.

- **Anne ve Çocuk Beslenmesi Çalışmaları içinde yer alan İyot Yetersizlikleri Hastalıklarının Önlenmes:** Emzirmenin Desteklenmesi ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları programları daha önceden yapılandırılmış programlardır. Bebek dostu hastaneler programı kapsamı geliştirilerek bebek dostu sağlık kuruluşları haline getirilmiştir. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarında çocuklara demir ve vitamin D desteği yapılmasına ilişkin Demir Gibi Türkiye Programı ve Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projeleri eklenmiştir.

- **Erken Çocukluk Gelişiminin İzlenmesi Desteklenmesi:** Yenidoğan döneminden itibaren psikososyal gelişimin izlenmesine ilişkin protokollar geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur.

- **Çocukluk Hastalıklarına Entegre Yaklaşım (IMCI-Integrated Management of Childhood Illness) Projesi:** Sağlam çocukların izlenmesinin yanı sıra sağlık sorunu olan çocukların sistemik muayenesinin yapılması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verildiği bu program bazı sınırlılıklar nedeniyle bir süre yürütülebilmiştir.

Sahada kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda aile sağlığı birimleri, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda ise Toplum Sağlığı Merkezleri hizmet vermektedir. Sağlık ocaklarında hemşire ve hekimler tarafından yürütülen çocuk sağlığı izlemleri aile hekimleri tarafından yürütülmeye başlamıştır. Yukarıda belirtilen programların yürütülmesinden aile hekimleri sorumludurlar. Bebek izlemlerinin ilk bir hafta içinde bir defa, 15. gün, 41. gün, 2. ay, 3. ay, 4. ay, 6. ay, 9. ay ve 12. ayda olmak üzere toplam dokuz kere yapılması önerilmektedir. 13-36 ay arasındaki çocukların 6 ayda bir, 4-6 yaş arasındaki çocukların her yıl en az bir defa izlenmesi önerilmektedir. Çocukların sistemik muayenesinin yapılmasının yanı sıra genetik hastalık (fenilkentonüri, hipotiroidi, biyotinaz, kistik fibrozis, görme, konjenital kalp hastalığı, gelişimsel kalça dizplazisi, obezite, yaygın gelişimsel bozukluk taramaları yürütülmektedir. Büyümenin izlenmesi, bağışıklama, D vitamini desteği, Demir desteği, çocuklarda tütün ve diğer bağımlılık yapan maddelerin kullanım durumunun ve tütün dumanından pasif etkilenimin değerlendirilmesi, bilişsel gelişim, dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişim, kaba-motor ve ince-motor gelişimin taranması, çocuk ihmali ve çoğua kötü muamelenin sorgulanması programları yürütülmekte, çocukların yaş gruplarına göre sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri de yürütülmektedir. Aile hekimleri tarafından 10-21 yaş grubu ergen/genç izlemlerinin de yapılması önerilmektedir. Bu izlemler sırasında sistemik muayene yanı sıra, fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme, psikolojik gelişme, sosyal gelişme, kişisel hijyen, beslenme, fiziksel aktivite, üreme sağlığı, sigara, alkol ve madde kullanımı, şiddet davranışları, kaza ve yaralanmalar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılması önerilmektedir. (31)

Bu dönemde çocukların istismarı durumunda ruhsal sağlıklarının korunması amacıyla çocuk izlem merkezleri uygulaması başlatılmıştır. Çocuk izlem merkezlerinde çocuk ruh sağlığını koruyacak şekilde ifade alınmakta, alınan ifade kayda geçirilerek hakim tarafından izlenmesi sağlanmaktadır. Bu şekilde çocuğun defalarca örselenmesinin önüne geçilmektedir. (31)

Sekizinci Kalkınma Planı (2001-2005) (32)

Sekizinci Kalkınma Planının durum analizinde genç bir nüfus yapısına sahip olan ülkemizde 0-14 yaş grubu nüfusun payının 1995 yılındaki yüzde 32,8 seviyesinden 2000 yılında yüzde 30,0'a gerilediği, buna karşılık aynı dönemde 15-64 ve 65 + yaş gruplarının payının arttığı tahmin edilmektedir. Doğurganlık düzeyi ve anne ve çocuk sağlığına ilişkin göstergelerde yerleşim yerleri ve bölgeler itibarıyla farklılıkların devam ettiği, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin önemini koruduğu belirtilmektedir. 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızının 2000 yılında binde 35,3'e düşmüş olduğu vurgulanmıştır.

Bu planın hedefleri arasında, bebek ve çocukların yaşama sağlıkla başlama, ergen ve gençlerin sağlıklarını koru-

ma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, kişilerin özürlülükten ve hastalıktan uzak yaşam süresinin artırılması ve kalitesinin yükseltilmesi, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanacağı belirtilmektedir. Ayrıca, ana ve çocuk, üreme, ağız ve diş, beslenme, çevre, iş, sporcu sağlığı, yaşlı sağlığı ve afet sağlığı gibi halk sağlığı hizmetleri ile halkın sağlık eğitimine yönelik çalışmalara ağırlık verileceği belirtilmiştir. Bu planda ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacağı ve birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemelerin gerçekleştirileceği belirtilmiştir.

Bebek ölümlerinin, VIII. Plan dönemi sonunda binde 28,8 seviyesine düşmesi beklendiği de hedefler arasında yer almaktadır.

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) (33)

Durum analizinde bir önceki plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, henüz istenen düzeye ulaşılamadığı belirtilmektedir. Bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 28,9 iken 2005 yılında binde 23,9 olarak verilmiştir.

Çocuk işçiliğinin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar ve zorunlu eğitimin 8 yıla çıkarılması ile çalışan çocuk sayısında azalma olmasına rağmen, çocuk işçiliği, sokak çocukları ve sokakta çalışan çocuklar sorunu önemini koruduğu belirtilmiştir.

Kalkınma planının hedeflerinde önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği vurgulanmaktadır.

Şiddet ülkemizde daha çok kadın ve çocukların maruz kaldığı bir sorun olarak tanımlanmıştır. Kadınlara karşı şiddetin ve istismarın önlenmesi için toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmaları devam ettiği belirtilmiştir.

Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliğinin artırılacağı, gerekli altyapı ihtiyacının karşılanacağı ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesinin sağlanacağı hedeflerde yer almaktadır.

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) (34)

Durum analizinde Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedildiği belirtilmektedirr. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmelerin sağlandığı yer almaktadır. Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmelerin kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranlarının hızla düşürülmüş ve doğuşta beklenen yaşam süresinin yükselmiş olduğu vurgulanmıştır.

Onuncu Kalkınma Planının hedeflerinde, bireylerin bedenen ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirileceği; Sağlıklı hayat tarzının teşvik edileceği ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacağı; sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirileceği vurgulanmaktadır. Bebek ölüm hızının 2006 yılında %016 iken 2014 yılında %06'ya düşürülmesinin hedeflendiği belirtilmektedir.

Bu dönem içinde çocuk haklarını ilgilendiren önemli yasal değişiklikler de olmuştur. Çocuk Esirgeme Kurumunun kapatılarak, görev ve sorumlulukları, bu dönemde kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı altında yer alan Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. Türkiye'de halen çocuk hakları koordinatör kuruluşu Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüdür. Birleşmiş Milletler tarafından imzaya açılan Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye Ek Çocuk Satışı, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi ile İlgili İhtiyari Protokol, ülkemiz tarafından 9.05.2002 tarihinde 4755 sayılı kanun olarak onaylanmıştır. Birleşmiş Millet tarafından imzaya açılan "Çocukların Silahlı Çatışmalar ile ilgili İhtiyari Protokol" ise 8 Eylül 2000 tarihinde imzalanmış, Bakanlar Kurulunun 16 Ekim 2003 tarih ve 4991 sayılı kararıyla onaylanmış, 18 Mart 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Çocuk Haklarına dair Sözleşmeye ait ikinci ve üçüncü ülke raporları, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi ile İlgili İhtiyari Protokole ilişkin ülke raporu, Çocukların Silahlı Çatışmalar ile ilgili İhtiyari Protokol Ülke Raporu Birleşmiş Milletlere sunulmuş, değerlendirme raporları ve sonuç gözlemleri tamamlanmıştır. Raporlarda ülke içi eşitsizliklerin sürdüğü, medeni kanunda evlenme yaşının çocuk yaş grubu içinde olması, ergen sağlığı hizmetlerinin halen yetersiz olması, korunma hizmetlerine ilişkin yetersizliklerin devam ettiği, terör olaylarında çocukların yer almasının üzücü olduğu gibi konular ön plana çıkmaktadır. (8)

Ayrıca Türkiye'de bu dönemde Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanununun yenilendiği ve ilk olarak Çocuk Koruma Kanununun kabul edildiği görülmektedir.

Türk Ceza Kanununa göre çocuklar "18 yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmıştır. Suça itilen çocukların 12 yaşından küçük olması durumunda ve 12-15 yaş arasında ve sonuçlarını algılamıyorsa yine ceza sorumlulukları bulunmamaktadır. Çocuğun yaşının 15-18 arasında olması durumunda cezanın gerektirdiğine göre indirim yapılarak uygulanır. Çocukların cinsel istismardan korunmasına yönelik maddelerde değişiklik yapılmıştır, cezalar

ağırlaştırılmıştır. Mağdurun yaşı ve cinsel istismarın şekli de cezanın süresini etkilemektedir. Yine cinsel ilişkide mağdurun yaşı, şekli de ceza süresini önemli şekilde etkilemektedir. Çocuklara uyuşturucu ve uyarıcı madde satmak ya da kullandırmak, müstehcen görüntü göstermek ya da çocukları kullanmak, kumar oynamasına uygun ortam sağlamak, suç sırasında bilişim sistemlerinin kullanılması, dilencilik yaptırmak da ceza verilmesini gerektiren maddeler arasında yer almaktadır. (35)

Çocuk Koruma Kanunu: Bu Kanunun amacı, korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir. Bu kanunun getirdiği en önemli maddelerden biri "çocuk yaş grubunun" tanımlanmasıdır. Kanunun açıklamalarında "çocuk yaş grubu daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişi" olarak tanımlanmaktadır. Çocuk Koruma Kanunu kapsamında korunma ihtiyacı olan çocuklara sağlık tedbiri verilebileceğinden bahsedilmektedir. Sağlık tedbirinıin açıklamasında "çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılması" bulunmaktadır. Sağlık tedbirinin alınmasında sorumlu kuruluş ise Sağlık Bakanlığıdır. (36)

Türk Medeni Kanununda yine kişiliğin başladığı zaman tanımlanmıştır. Çocuğun hak ehliyeti, sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde edeceği Madde 28'de belirtilmektedir. Erginlik 18 yaşın doldurulması ile olurken, evlenmenin kişiyi ergin kıldığı belirtilmektedir. (Madde 11). Diğer taraftan onbeş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabileceği de Madde 12'de belirtilmektedir. Madde 124'e göre "Erkek veya kadın onyedi yaşını doldurmadıkça evlenememekte; ancak, hâkimlerin olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebileceği belirtilmektedir. Böyle bir durumda olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasinin dinlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. (37)

Bu üç kanunun da, Türkiye tarafından imzalanan Çocuk Haklarına dair Sözleşme maddelerine daha uygun hale getirilmesi söz konusuysa da, halen değişiklik yapılması gereken maddeler ve uygulamalara gereksinim vardır.

Sonuç olarak, Türkiye'de çocuk sağlığı hizmetlerinde gelişme sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen bu hizmetlerde üniversitelerin, sivil toplum kuruluşlarının önemli katkısı bulunmaktadır. Bugün hedefimiz bebek ve çocuk ölümlerinin "0" düzeyine inmesini sağlamanın yanı sıra çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmelerini sağlayacak ortamlarda yaşamasını sağlamak olmalıdır. Bu şekilde sağlığın geliştirilmesine ilişkin sağlık davranışlarının kazanılması da sağlanabilir. Çocukların sağlıklı olması sadece sağlık hizmetlerinin sunumuyla değil tüm sektörlerin sağlık hakkına ilişkin bakış açısını hizmetlerine katmasıyla mümkün olacaktır. W

KAYNAKLAR

(1) TBMM. Kültür Sanat ve Yayın Kurulu Başkanlığı. 23 Nisan. Adres: https://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/23_Nisan.htm, Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(2) Paşahan A. İstanbul'un Taşı Toprağına Sığınan Biçare Altın Çocuklarımız. 34Sanathaber. Adres: http://34sanathaber.com/Yazilar/133/istanbul%E2%80%99un_Tasi_Topragina_Siginan_Bicare_Altin_cocuklarimiz.html.

(3) İnan A. Çocuk Hukuku. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları No:3, İstanbul 1968: 96-98. Adres: http://www.cocukvemedyahareketi.org/Files/pdf/sozlesmeler/1924_Cenevre_cocuk_Haklari_Bildirgesi.pdf. Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(4) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları; Ayyıldız Matbaası; 1973:51-249.

(5) Sağlık Bakanlığı. Tarihçe. Adres: https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html, Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(6) Ekmekçi PE, Arda B, Acıduman A. Tıp tarihi açısından Çocuk Esirgeme Kurumu'nun kuruluş dönemi etkinliklerine bir kitap bağlamında bakış: "Büyük Çocukların Beslenme Usülleri (1927) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 57-69.

(7) Aydın E. Türkiye Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri Ankara Ecz. Fak. Derg, 2002;31(3):183-192.

(8) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Çocuk Hizmetleri Daire Başkanlığı. Tarihçe. Adres: https://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/hakkimizda/tarihce, Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(9) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Kanun Numarası: 1593, Kabul Tarihi: 24/04/1930, Yayımlandığı R.Gazete: 6/5/1930 Sayı: 1489.

(10) Türk Kanunu Medenisi. Kanun Numarası: 743, Kabul Tarihi: 17/02/1926, Yayımlandığı R.Gazete: 04/04/1926 Sayı:339.

(11) Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 765, Kabul Tarihi: 01/03/1926, Yayımlandığı R. Gazete: 13/03/1926 Sayı:320.

(12) Oktay EY. Türkiye'de Cumhuriyet'in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 7 / Ekim 2013 - Nisan 2014: 31-51

(13) 1961 Anayasası. Kurucu Meclis Kabul Tarihi: 27/05/1961, Tasarının Resmi Gazete ile İlanı: 31/5/1961, Kanunun Resmi Gazete ile İlanı: 20/7/1961 / Sayı: 10859, Kanun No:334, Kabul Tarihi: 09/07/1961.

(14) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun. Kanun Numarası: 224, Kabul Tarihi: 05/01/1961, Yayımlandığı R. Gazete: Tarih: 12/1/1961, Sayı: 10705.

(15) Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: 09.09.1964 Sayı:11802

(16) Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.

(17) T.C. . Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl). 1963-1967. Ocak 1963.

(18) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(19) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(20) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(21) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kurucu Mecliste Kabul Tarihi : 18.10.1982; Halkoyuna Sunulmak Üzere Tasarının Resmî Gazetede İlanı: 20.10.1982-17844; Kanunun Halkoyu ile Kabul Tarihi: 7.11.1982; Halkoyu Sonucunun Yayımlandığı Resmî Gazete Ta-

rihi: 9.11.1982-17863 Mükerrer) Kanun No. : 2709, Kabul Tarihi: 7.11.1982

(22) T.C. Hükümeti – UNICEF İşbirliği Programı. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ülke Programı 1991-1995. ISBN: 92-806-1008-2. Yeniçağ Matbaası, 1991.

(23) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği R. Gazete Tarihi:06.02.1997 R.G. Sayısı:22900

(24) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(25) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(26) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx. Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(27) T.C. Hükümeti – UNICEF İşbirliği Programı. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ülke Programı. ISBN: 975-8088-26-2. Pelin Ofset, 1996.

(28) Tezcan S ve Özcebe H. "Türkiye'de Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri". 47. Milli Pediatri Kongresi, 21-23 Ekim 2003, İstanbul.

(29) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Kanun Hükmünde Kararnamenin Tarihi : 11/10/2011 No : 663, Yetki Kanununun Tarihi : 6/4/2011 No : 6223, Yayımlandığı Resmî Gazetenin Tarihi : 2/11/2011 No : 28103.

(30) Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Karar Sayısı: KHK/694. Adres: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf. Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(31) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. Adres: http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1033,bebekcocukergenizlemprotokolleripdf.pdf?0, Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(32) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 12001-2005. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx. Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(33) Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013). Resmi Gazete: 1 Temmuz 2006, No. 26215.

(34) T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Adres: http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx. Erişim Tarihi: 09.10.2017.

(35) Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası : 5237 Kabul Tarihi : 62/9/2004 Yayımlandığı R.Gazete Tarihi : 12/10/2004 Sayı : 25611.

(36) Çocuk Koruma Kanunu. Kanun Numarası : 5395 Kabul Tarihi : 3/7/2005 Yayımlandığı R.Gazete : Tarih: 15/7/2005 Sayı : 25876.

(37) Türk Medeni Kanunu. Kanun Numarası : 4721 Kabul Tarihi : 22/11/2001 Yayımlandığı R.Gazete Tarihi : 8/12/2001 Sayı : 24607.

BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ / BÖLÜM SUNUŞU

Prof. Dr. Ayşen Bulut / Bölüm Editörü

Bakterilerin hastalıklara yol açan mikroorganizmalar listesine eklendiği 1850 lerden çok önce de salgın hastalıklar dünya nüfusunu kırıp geçiriyordu. Günümüzde de varlıklarını sürdürüyorlar. Bu bölümde, Türkiye'nin Halk Sağlığı Tarihinde öğünülecek aşamalar olan bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yapılan mücadele bilgilerini derledik. Bu bilgiler bize sırasıyla; tarihte Sıtma, Lepra, Verem ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan sifilisin kontrolü için ülkede harcanan emeğin geçmişte az sayıda sağlık çalışanının sınırlı kaynaklarla, ancak dirayetli yöneticilik becerileri ile donatılmış dikey örgütlenme sayesinde karşılığını bulduğunu gösteriyor. Örnek uygulamalar olarak öncelik taşıdılar. Kuşkusuz, Türkiye'de risk altındaki nüfusa bulaşıcı hastalıklara karşı aşı ile bağışıklık kazandırma çabası ile aşı sağlama ve aşı üretimi için kurumlar oluşturma, başka ülkelere örnek olacak kadar da değerli oldu geçmişte. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü tarihinde önemli olan geçmişle ilgili ayrıntılı arşiv bilgisi, insan kaynağı sınırlı da olsa, istek ve kendine güven olduğunda ne kadar çok şey yapılabileceğini sergiliyor, öğretiyor. Gelecek başarılar için özendirici olmalı.

Tek bir etkenden söz edilmeksizin, sağlık kuruluşlarında yapılan girişimler aracılığıyla çalışanlar ve kullanılan araçlardan bulaşan pek çok etken, hizmet alan nüfus için enfeksiyon kaynağı olabiliyor. Tıbbın ilk ilkesi olan "Önce Zarar Verme" buyruğuna uymayan bu durum, "hastane enfeksiyonları" da, bulaşıcı hastalıklar arasında, kontrolünün sistemli hale gelmesine katkı yapan halk sağlığı uzmanlık alanına bir saygı olarak, bu bölümde yer aldı. Sağlık hizmetleri küresel olarak yaygınlaşıyor, kurumsal olarak daha da gelişiyor. Sağlık için iyilik hizmeti sunarken, kimi zaman zarar da verilebiliyor.

Günümüzde HIV/AIDS etkisi en çok korkulan bulaşıcı hastalık. Virulans kazanan yeni etkenlerle, karmaşıklaşan nüfus hareketleri ve yaşam biçimleri artık bulaşıcı hastalıkların dikey yapılarla kontrol edilemeyeceğini küresel olarak fark etmemizi sağlıyor. Artık bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gereken temel bilgiler arasında sosyal bilim alanlarının önemi artıyor. Küresel politikalardan bağımsız yaşamak neredeyse imkansız. Pek çok disiplinin ve kuruluşun ilgisi ve işbirliği gerekli. Son bölüm, geniş bir zaman perspektifiyle ülkemizde bulaşıcı hastalıkların denetiminde yaşanan değişimi ve bu değişimin günümüze nasıl geldiğine eleştirel bir bakışla ve kaybolan hastalıklar kadar yeni ortaya çıkanları da bir arada kapsayan örneklerle, kimi zaman diğer metinleri tamamlayıcı tekrarlarla, işlendi. Bu metin içeriği en bol derleme oldu. Yazarların tümüne gösterdikleri özen için teşekkür borçluyuz.

TÜRKİYE'DE AŞI ÜRETİMİNİN TARİHÇESİ

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

GİRİŞ

Aşı üretiminin tarihi, aynı zamanda tarihsel süreç içinde hastalık oluşumunu engellemeye yönelik çabaların mucizevi ürünü olan aşının metalaşma, piyasalaşma ve ticarileşmesinin öyküsüdür.

Tarihte ilksel arayışlarla başlayan aşı üretimi giderek karmaşıklaşır. Günümüzde aşının geliştirilmesi, epidemiyolojik verilerin ışığında gereksinim belirlendikten sonra, hedef nüfusta teknik açıdan uygulanabilirlik gözden geçirilerek gerçekleştirilir. Antijenin tanımlanması ve saflaştırılması, formülasyon seçimi, deney hayvanlarında immünoloji çalışmaları preklinik değerlendirmelerle olur ve bunlar uzun yıllar sürer. İmalatın nasıl gerçekleştirileceği özen isteyen başka bir süreçtir. Faz 1, Faz 2 ve Faz 3 klinik değerlendirmeleri onay ve ruhsat süreçleri izler. Aşı geliştirmenin tamamlanmasının ardından ruhsat sonrası güvenlilik analizlerinin uygulanması zorunludur. Aşı imalatı sürecinde ilk basamak, aşı suşu olan virüs, bakteri veya diğer mikroorganizmaların kültürde üretilmesi olan bulk imalatıdır. Bu süreç pek çok ince teknik içeren çok sayıda işlemle gerçekleşir. Aşının tipine göre değişen seyreltme, inaktive etme gibi işlemlerden sonra imalatın tamamlanması için bir dizi işlemin yapılması gerekir (1).

Türkiye aşıların keşfedildiği ilk yıllarda gelişmeleri ilgiyle ve yakından izler, aşı üretmeye başlar. Zaman içinde aşı üretimi yapan kamusal kurumların çağın gelişmelerinin gerisinde kaldığı izlenir. Dünyada büyük ilaç firmalarının aşı üretiminde tekelleştiği dönemde ise karmaşıklaşan üretim sürecinin içinde son ürünün paketlenmesi ve dağıtımına ilişkin bir rol üstlenir.

Aşıların üretimi, dört zaman diliminde irdelenebilir. Bunlar; destansı dönem (1930'lar ve öncesi), gelişme ve farklılaşma evresi (1940-1980), özelleştirme evresi (1970-1990) ve sonrasında, üreticilerin birleşmesi evresi-kamu özel ortaklıklarıdır (2). Türkiye'de aşı üretiminin tarihçesini de dünyada aşı gelişiminin gerçekleştiği dört dönem içinde ve bu dönemlerin kendilerine özgü özellikleri çerçevesinde tartışmak olanaklıdır. Her bölümde önce dönemin özellikleri sunulacak, sonra ülkemizde bu dönemde aşı üretimi açısından yaşanan gelişmeler irdelenecektir.

DESTANSI DÖNEM

Dönemin Özellikleri:

1930'lu yıllardan önceye ait bu dönem, risk/yarar ikilemine cesaretle yaklaşıldığı bir dönemdir, aşıların kişilerde risk oluşturabileceği öngörülebilmektedir, ancak bulaşıcı hastalıklar kitlesel olarak can almakta, sakat bırakmaktadır. Bir çare bulma çabası başat bir biçimde ortaya çıkar. Aşıların sağlayacağı olası yararın çok daha fazla olması umuduyla cesaretli ve riskli girişimlerde bulunulur. İnsanlık, 1798'de Jenner'in Çiçek aşısını, 1885'te ise Pasteur'ün Kuduz aşısını geliştirmesine ve bir çocuğa uygulayarak yaşamını kurtarmasına tanık olur. Bu başarının ardından 1887'de Pasteur Enstitüsü kurulur (3). Paris'te kurulan bu ilk enstitünün ardından, Avrupalı sömürgeci güçlerin, asimilasyon olarak bilinen sömürge ideolojisi ve "geri halklara Batı Uygarlığını götürmek" misyonu doğrultusunda önce Saygon ve sonra diğer Asya ülkelerinde Pastör Enstitüleri kurulur. Bu evrede aşı araştırma ve geliştirme çalışmaları ve üretiminde Pastör Enstitüsü ve benzer enstitülerin ön plana çıktıkları izlenmektedir.

Bu dönemde aşıların geliştirilmesinin maliyeti düşüktür. Kullanılan teknoloji kolayca taklit edilebilir niteliktedir, aşı üreticileri kendi emeğini ve sermayesini kullanan, yanında az sayıda işçi çalıştıran kişilerdir, sektör küçük sermaye sahibinin kontrolünde kalabilecek yapıdadır (4).

Osmanlı Devletinde Aşı Üreten Kurumlar ve Aşı Üretimi:

Osmanlı devletinde bakteriyoloji ve viroloji alanında çalışmalar yürüten dört kurumsal yapı vardır. 1887'de Dersaadet Daü'l Kelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi, 1892'de Telkihhane, 1894'te Bakteriyolojihane-i Şahane, 1901'de Bakteriyolojihane-i Baytari kurulur. Bu dönemde kurumlar kendi dikey örgütlenmelerini oluştururlar.

Bu kurumlar Avrupa'da bakteriyoloji, viroloji ve aşı üretimi alanındaki çalışmaları yakından izlerler, çalışanlar eğitimlerini Avrupa'daki kurumlarda tamamlar ve öğrenilenleri uygulamaya çaba harcarlar. Bulaşıcı hastalık mücadelesine, aşı araştırmalarına ve üretimine emek veren insanların Osmanlı İmparatorluğunun çoklu ve renkli et-

nik yapısını yansıttığı izlenir. Türk, Rum, Yahudi, Ermeni, Arap kökenli hekim ve veteriner hekimlerin çalışmalar yaptıkları görülür. Ancak alanda çalışma yapanlar sadece erkeklerdir.

Dersaadet Daü'l Kelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi ve Kuduz aşısı ile ilgili çalışmalar:

1887 yılında Dr. Zoeros Paşa tarafından dünyanın üçüncü, doğunun ilk Kuduz ve Bakteriyoloji Enstitüsü olarak kurulan Dersaadet Daü'l Kelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesinde 3 Haziran 1887'de Pasteur metoduyla ilk kuduz aşılaması uygulandığı tıp dünyasına duyurulur (5). Pasteur fırını ve otoklavların mangal kömürü ile ısıtıldığı bu kurumda suların ve buzların bakteriyolojik incelemesi yapılır, influenza ve sığır vebası üzerine çalışmalar yayınlanır.

Bakteriyolojihane-i Şahane kurulunca bu kurumun çalışmaları tümüyle ve sadece kuduza odaklanır. Dr. Zoeros Paşa yanı sıra Dr. Ahmet Sadi, Dr. Celalettin Muhtar, Dr. Hayim Nayim, Dr. Remlinger ve Dr. Simond kurumda yöneticilik yaparlar.

Ayrıca 1905'te Selanik'te, Birinci Dünya Savaşı sırasında Sivas'ta Daülkelp tedavihaneleri, Şam Merkez Hastanesinde Daülkelp laboratuvarı kurulur.

Telkihhane-i Şahane ve Çiçek Aşısı ile İlgili Çalışmalar:

18. yüzyılın başlarında Edirne'de hafif çiçek çıkaranlardan alınan cerahat çiçek çıkarmayanların derisi çizilerek sürülür. Bu işleme telkih-i cüderi, çiçeklendirme, variolation, inoculation adları verilir. İstanbul'lu doktor Emanuel Timonius 1714'te yayınlanan eserinde bundan söz eder, Lady Montagu aracılığıyla İngiltere'de ve Avrupa'nın farklı ülkelerinde duyulur. Avrupa'lı hekimler tarafından hükümlüler üzerinde denenerek olumlu sonuçlar alındığı bildirilir. Jenner" Vaccination"'u bulana dek bu teknik kullanılır (6). 1811'de Dr, Şanizade Ataullah Efendi, Ayazağa köyünün ineklerinin çiçek lezyonlarından telkih yoluyla aşılama yapar. II. Mahmut'a bir aşı müessesesi kurmayı önerir; ama, başarılı olamaz.

1840'dan başlayarak Mekteb-i Tıbbiyei Adliye-i Şahane'de başvuranlara aşı yapılabilmesi için iki aşıcı tayin edilir. Bunlardan biri Dr. İstefanaki'dir, 1845-1846 yıllarında Anadolu'da aşının uygulanabilmesi için aşıcılar yetiştirilir, aynı yıl Viyana'dan çiçek aşısı getirtilir. 1847'de İsmail Paşa yerli hayvanlardaki virüsle aşıyı yeniler. 1868'de ilk rutin aşı takvimi hazırlanır, 1872'de aşı enspektörlüğü kurulur. 1889'da Dr. Hüseyin Remzi'nin hazırladığı kanun tasarısı ile 1892'de kurulan Telkihhanede Çiçek aşısının üretimi gerçekleştirilir (7). Bu kurumda Dr. Hasan Zühtü Nazif, Dr. Rıfat Hüsamettin ve Dr. Kemal Muhtar (Özden) müdür olarak görev yapar.

Telkihhane içinde 1900 yılında bir aşı okulu açılır, burada haftada iki gün uygulamalı, bir gün de kuramsal dersler verilir (8, 9). Aynı zamanda son sınıf tıp öğrencilerine de aşı dersleri verilir.

Telkihhane'de 1892-1912 döneminde 7,2 milyon, 1914-1919 döneminde 27,6 milyon doz aşı üretilir. Dr. Ahmet Refik (Güran) I. Dünya Savaşı sırasında binlerce litre aşı ve serum üretir, düşük maliyetle üretim yaptığı için ödül alır. Şerefeddin Mustafa, Çanakkale savaşında bir süre için Afyonkarahisar'a giderek çiçek aşısı üretir. Kurtuluş Savaşı sırasında, Anadolu ile posta iletişimi kesik olduğu dönemde Kemal Muhtar ve ekibi telkihhanede ürettikleri 3,5 milyon doz çiçek aşısını Hilaliahmer (Kızılay) aracılığıyla Anadolu'ya gönderirler. Kemal Muhtar bir nişanla ödüllendirilir. 1917'de Sivas'ta çiçek ve kuduz aşısı üretimi için bir kurum kurulur (10).

Mütareke zamanında (1922) İstanbul'da ve Beyoğlu'nda çiçek olguları artar. 1922'ye dek 300.000 kişiye yapılan çiçek aşısının tamamı İstanbul telkihhanesinde hazırlanır ve yurtdışından aşı getirilmesine gerek kalmaz. Mütarekede işgal orduları da telkihhaneden 211.020 doz çiçek aşısı alarak askerlerini aşılarlar.

Bakteriyolojihane-i Şahane:

1894'te Mekteb-i Tıbbiye-i Şahanenin bahçesinde Bakteriyolojihane-i Şahane kurulur (6). Dr Refik (Güran), Dr. Ziya Seyfullah, Dr. Süleyman Nuri, Dr. Aristidi bu kuruma emek veren kişilerdir. 1895'te Osmanlı Devleti'nin ilk bağışık serumu olan difteri serumu o dönemde kurumun yöneticisi olan Dr. Nicolle'ün adıyla burada üretilir. Dr. Mustafa Adil Difteri serumu üretiminde önemli isimlerden biridir. 1897'de Dr. Nicolle ve veteriner Adil Bey sığır vebasına karşı serum geliştirirler (11).

Dr. Reşat Rıza henüz etkenin üretilemediği bir dönemde tifüs aşısı ile ilgili çalışmalar yapar. Hastanın ateşli döneminde alınan kanı 60 derecede bir saat ısıtır ve 5 cc enjekte edilirse koruyucu olacağını iddia eder. 1915 yılında Dr. Tefvik Bey (Sağlam) Kafkas cephesinde, Dr Hamdi Suat ve Dr. Abdülkadir (Noyan) Irak cephesinde askerlere bu aşıyı uygular ve iyi sonuç aldıklarını bildirirler. Ancak Dr. Hamit Osman'ın kanı aldıktan sonra olduğu gibi enjekte ettiği ve uygulama yapılanlarda tifüse yakalanan ve ölenlerin olduğu bildirilir (12).

Bakteriyolojihane-i Şahane'de 1913 yılına dek sadece Difteri serumu üretilir, bu yıldan sonra Tifo, Dizanteri, Kolera, Veba ve daha sonra Gonokok aşıları üretilmeye başlanır. 1915'te Difteri, Dizanteri, Tetanos serumları, Tüberkülin ve 1920'de ise Meningokok serumu üretilir. Veteriner hekimlere ve hekimlere yönelik kurslar düzenlenir. Birinci Dünya Savaşı sırasında Erzurum'da Hilaliahmerin (Kızılayın) bir aşı hazırlama kurumu vardır. 1916'da İzmir'de Bakteriyolojihane kurulur, Dr. Memduh yönetiminde Tifo ve Dizanteri aşılarının üretimi başlar.

Gülhane Tatbikat Mektebi:

Osmanlı devletinde ilk tifo aşısı Dr. Mustafa Hilmi (Sağun) tarafından Gülhane Tatbikat Mektebinde hazırlanır. Balkan Savaşı sırasında Dr. Reşat Rıza ve Dr. Mustafa Hilmi kolera aşısı üretirler. Aşının başarılı olması üzerine Birinci

Dünya Savaşı sırasında da kullanılır (6). 1919 yılında burada bir aşı laboratuvarı açılır, 1920 'de Veba salgınında Bakteriyolojihane'nin aşı ihtiyacını karşılayamayacağını bildirmesi üzerine Gülhane'ye başvurulur, Dr. Mustafa Hilmi, Dr. Kazım (Lakay) ve Dr. Cevdet (Kapandakik) Gedikpaşa Hamamı'nda boza şişeleri içinde istenen miktarda aşıyı hazırlar. 1922'de bu laboratuvar Dr. Fahri (Mökay) tarafından Ankara'ya taşınır, ancak Cumhuriyetin kurulmasından sonra tekrar İstanbul'a alınır ve işlevlerini burada sürdürür.

Hamidiye-i Etfal Hastane-i Alisi:

1900 yılında İstanbul Şişli'de kurulan bu hastanede Dr. İbrahim, Dr. Ömer Fuat ve Dr. Süleyman Nuri; kızıl, difteri serumları ve çiçek aşısı üretirler (13).

Bakteriyolojihane-i Baytari:

Veteriner hekimlikle ilgili çalışmalar başlangıçta Bakteriyolojihane-i Şahanede yürütülür. O sıralar sığır vebası salgınları görülür ve bakteriyolojihane, insanların kolera ve difteri hastalıklarıyla birlikte sığır vebası sorununu da ele alır. 1896'da Dr. Refik Güran, Dr. Ziya, Dr. Rıfat, Aristidi Paşa ile Alfort Yüksek Veteriner Okulu'nu bitirerek yurda dönen Vet. Dr. Mustafa Adil (Şehzadebaşı) ile Vet. Osman (Eralp)'dan oluşan ekip, sığır vebası üzerine yoğun bir çalışma başlatırlar ve 1897'de sığır vebası serumu üretimini gerçekleştirirler. 1898 yılında çıkan salgında serum Veteriner Refik, Ali Rıza (Uğur) ve Nikolaki Beyler tarafından uygulanır ve olumlu sonuçlar elde edilir. 1901'de, Bakteriyolojihane-i Şahane ikiye ayrılır, Veteriner Hekimlik Bölümü Bakteriyolojihane-i Baytari adıyla Sultanahmet'te Kabasakaldaki Tunuslu M. Hayrettin paşanın konağına taşınır. Burada sığır vebası serumu ile Tüberkülin ve Mallein üretimi gerçekleştirilir. Dr. Ahmet Refik, Nikolaki Mavridis Barbon aşısı üretimi yaparlar. 1910 yılında barbon aşısı, koyun çiçeği aşısı, I. Dünya Savaşı sırasında sığır vebası serumu üretilir. Dr. Ahmet Refik ve Dr. Ahmet Şefik koyunlar için şarbon serumu üretirler. Dr. Refik Bey'in yöntemiyle tavuk kolerası ve Şarbon aşısı hazırlanır. 1913'te kurum Pendik'e taşınır, Bakteriyolojihane-i Baytari'nin günümüzdeki adı Pendik Veteriner Kontrol Araştırma Enstitüsü'dür.

Değişen Koşullarda ve Savaş Yıllarında Aşı ve Serum Üretimi:

1910 yılında yeni kuruluşların Anadolu'da yapılanması teklif edilir, yeni bir bakteriyolojihane yeri olarak Erzincan seçilir. Ali Kazım (İnan) ve Nikolaki Zuhri Erzincan'a atanır. Erzincan'ın Ruslar tarafından işgalinde; Serum Laboratuvarı Muzaffer (Bekman) ve yardımcısı Nikolaki Zuhri tarafından 1916'da Halep'e, oradan Niğde'ye ve Sivas'a taşınır, daha sonra tekrar Erzincan'a getirilir. Erzincan depreminde yıkılıncaya kadar çalışmalarını sürdürür.

Bakteriyolojihane-i Şahane, Bakteriyolojihane-i Baytari ve Telkihhanede özveriyle çaba harcayan insanların, savaş çatışma demeden işlevlerini sürdürdüklerine, gereğinde üretim yaptıkları kurumları Anadolu'nun daha güvenli bölgelerine taşıdıklarına, risk alarak ve cesaretle mücadelenin hiç görünmeyen bir boyutunu adım adım ördüklerine tanık oluruz. İnsanların ve hayvanların hastalanmamaları, ya da erken müdahale ile yaşama tutunmaları için aşı ve serum üretirler.

1920'de Kurtuluş savaşının başlamasıyla Bakteriyolojihane-i Baytari'nin bir bölümü, Veteriner Şefik (Kolaylı) idaresinde önce Eskişehir'e sonra Eskişehir'in Yunanlılar tarafından işgali üzerine Kırşehir'de Boztepe'ye ve sonra Şefik Bey'in Ankara'da kurduğu Etlik Bakteriyoloji Enstitüsüne taşınır. Diğer bölümü de Enstitü'de Nikolaki Mavridis yönetiminde sığır vebası serumu üretimini sürdürür. Üretilen serumlar gizlice Anadolu'ya gönderilir. İstanbul işgal altındadır, Anadolu'ya kinin, aşı, serum göndermek yasaktır. Dr. Zekai Muammer'e (Tunçman) Anadolu'dan bir yazı gelir, acil olarak yüz bin kişilik çiçek aşısı, kolera ve veba kültürleri istenmektedir. Dr. Zekai Muammer o sırada Bakteriyolojihanede çalışmaktadır, gizlice kolera ve veba kültürlerini hazırlayabilir ama çiçek aşısı başka bir kurumda üretilmektedir. Sıhhiye Genel Müdürü Abdullah Cevdet'e başvurur, onun göz yummasıyla aşıları alır, yeni evlendiği eşiyle birlikte, fırtınalı bir deniz yolculuğu sonrasında İnebolu'ya varır. Yanında bol miktarda aşı, serum ve deney hayvanları vardır. Oradan Kastamonu'ya geçer ve Kuvvay-ı Milliye'ye katılır, dört yıl Kastamonu'da aşı ve serum hazırlar (14). Nuran Yıldırım zamanla ortaya çıkan malzeme yetersizliğinin ve sık sık yer değiştirilmesinin bu kurumların gelişmesini engellediğini, ancak uygun yerlere yerleştirilenlerin sürekli bir gelişme gösterebildiğini belirtir (6).

Cumhuriyetin İlk Yıllarında Kurumlaşma ile Aşı ve Serum Üretimi:

Osmanlı Devletinde aşı ve serum üreten kurumlar Cumhuriyetin kurulmasından sonra da üretime devam ederler. 1926 yılında Prof. Dr. Ahmet Refik'in Albert Calmette'den alınarak getirttiği suşla Bakteriyolojihanede BCG aşısı hazırlanır ve 50 çocuğa ağız yoluyla uygulanır. Aynı yıl Dr. Refik (Saydam) Bey'in çabalarıyla Diyarbakır'da Kuduz Müessesesi kurulur, Dr. Cafer Sadık ve 1927'de Pasteur Enstitüsü'nde iki yıl eğitim aldıktan sonra Diyarbakır Kuduz Enstitüsüne dönen Zekai Muammer (Tunçman) uzun yıllar boyunca Semple tipi kuduz aşısını vakalara uygulayarak hayatlarını kurtarır (14).

24.05.1928 tarih ve 1267 sayılı Kanunla İstanbul ve Sivas'taki Bakteriyolojihaneler ve Ankara'daki Kimyahane birleştirilip Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulur. 1934 yılında İstanbul'daki Telkihhane ve Kuduz Enstitüsü kapatılır ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü'ne bağlanır. 1930 yılında 1539 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" ile her türlü aşı ve serumun üretilmesi ve ithalinin denetlenmesi bir kurala bağlanır. Aynı yıl toksoid aşısı üretimi başlar. 1931 yılında bağımsız bir BCG Aşı Laboratuarı kurulur, 1935 yılında toksoid tetanoz aşısı ve

	Dağıtımı Yapılan Kuduz Aşısı (kg)	Dağıtımı Yapılan Çiçek Aşısı (doz)	Hazırlanan BCG Aşısı (doz)
1931			2
1932			15
1933	41000		31
1934	93850	2691100	20
1935	134700	3290712	17
1936	160350	3460913	17
1937	174800	2766802	17

Tablo 1: Dağıtımı Yapılan Kuduz, Çiçek ve BCG Aşı Miktarları

1939'da pnömokok aşısı üretilir. 1936-1940 döneminde üretilen aşı miktarı 10 bin litreyi geçer. Üretilen aşıların arasında yukarıda sayılanlara ek olarak kolera, BCG, veba, meningokok, çiçek, kuduz ve difteri aşıları da vardır.

Cumhuriyetin ilk 15 yılında Sağlık Hizmetleri adlı kitapta bu dönemde aşı ve serum üretimine ilişkin çarpıcı bilgiler paylaşılır (15). Bilgiler arasında üretilen ve dağıtımı yapılan aşı ve serum miktarları, aşı ve serumların maliyetleri, kuduz aşısı üretimi için kullanılan tavşan sayıları, fenni ahırlarda bulunan hayvan çeşitleri ve sayıları vardır . Naifmiş gibi görünen bu bilgiler, şeffaf ve hesap verebilir bir yönetim anlayışını işaret etmesi açısından ayrıca önemlidir.

Bu süre içinde üretilen aşıların tutarı 300,284 Liradır ve tamamının dağıtımı (meccanen) bedelsiz yapılmıştır, serumların tutarı ise 43,594 Liradır ve bunlar da büyük oranda bedelsiz dağıtılmıştır. Aşıların bedelsiz dağıtımı dönemin sosyal devlet anlayışını yansıtır. Kuduz ve çiçek aşılarının dağıtım yapılan miktarlarının yıllar içinde artış gösterdiği izlenir ancak BCG için durum farklıdır. Calmette'in BCG aşısı, o dönemde talep olduğunda hazırlanan bir aşıdır, 1931 yılında sadece 2 doz, 1937 yılında sadece 17 doz hazırlanabilir. Aşıların toplum bağışıklığı sağlayacak düzeyde yaygınlaşması için daha çok zaman vardır (15).

Sonuç olarak destansı dönem bulaşıcı hastalıkların salgınlar yaptığı, kitlesel olarak insanların ve hayvanların ölümüne yol açtığı, ama aynı zamanda bakteriyoloji ve virolojinin hızla geliştiği, aşı ve serum geliştirmeye yönelik yoğun biçimde çaba harcandığı bir dönemdir. Henüz araştırma geliştirme çalışmalarına ilişkin etik kurallar tanımlanmamıştır. 18. Yüzyılda Avrupa'da tutuklular üzerinde variyolasyonun denenmesi, Osmanlı Devletinde tifüs aşısının askerlere uygulanması gibi, karar verme yetkisi sınırlı nüfus gruplarında, zararlı olup olmadığı kesin olarak kanıtlanmamış ürünlerin uygulanmasına tanık olunur. İnsanlık, ikinci dünya savaşı sırasında yaşanan olumsuz deneyimler sonrasında etik ilkeleri tanımlayacaktır.

GELİŞME VE FARKLILAŞMA EVRESİ

Dönemin özellikleri:

1940-1980 yılları arasında olan bu dönemde doku kültürü, konjuge aşı üretim teknolojisi gibi yeni teknolojiler aracılığıyla kızamık, kabakulak, meningokok, hepatit B gibi pek çok aşı kullanıma girer. İkinci Paylaşım Savaşı, bir anlamda sömürgeciliğin yerini ulusallaşmaya bırakmasına yol açarak, aşılar ve bağışıklama hizmetleri üzerinde de etkisini gösterir. Gelişme ve farklılaşma evresi aynı zamanda sosyal devletin de geliştiği bir dönemdir. Bu dönemde aşı üretimini kamusal kurumlar yapar. Devletler, vatandaşlarını korumak ve ulusal yeterlilik konusuna odaklanır (16).

Bağışıklama hizmetlerinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) en önemli aktör kimliğini kazanır. 1950'de Amerika kıtasında, 1967'de de küresel olarak çaba gösterilen çiçek eradikasyonu çalışmaları, 1974'te aşı kampanyaları ve 1985'te polio eradikasyonu çalışmaları DSÖ tarafından başlatılır. Ancak maliyetlerin artması ile kaynak kıtlığı tartışmaları baş gösterir. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun, Yapısal Uyum Programı adı altında, devlet bütçelerine yönelik olarak sağlığa ayrılan payın azaltılması konusundaki baskıları gündeme gelir. 1980'e gelindiğinde DBT aşısı kapsayıcılığı Sahraaltı Afrika'da, Doğu ve Güney Asya'da % 5, Orta Doğu'da % 25 ve Latin Amerika'da % 38'lerdedir (16). Bu evrede aşı üretimi devletler tarafından gerçekleştirilir. Pek çoğu küçük üreticidir. Örneğin, 1984 yılında 74 tane kuduz aşısı üreticisi vardır. Gelişmekte olan ülkeler kendi gereksinimlerinin % 80'ini karşılayabilmektedir (16). Üreticiyi sınırlayan teknolojiye erişim değil, sermayenin yokluğudur (4).

İkinci Dünya Savaşı, savaşa girmemeyi başarmakla birlikte genç Türkiye Cumhuriyeti için de zor bir dönemdir. Zorluklara karşın devletin sosyal yapısındaki gelişmeler kapsamında, sağlık alanı da gelişmektedir. 1941 yılında Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ile ilgili yasa, değişen gereksinimler nedeniyle yeniden düzenlenir. Kurum, Enstitü ve Mektep olarak iki ayrı kuruluşa dönüştürülür. Bu yasal değişiklikle ülke içinde yeni teknolojilerin üretilmesi ve kullanımına olanak sağlanır, bilimsel gelişmeler için ortam oluşturma hedeflenir. Bu dönemde aşı üretimi belirgin olarak artar. Çiçek aşısı üretimi 2,5 milyon dozdan 7,5 milyon doza, tifo aşısı üretimi 273 bin dozdan 426 bin doza ve difteri aşısı üretimi 100 bin dozdan 106 bin doza yükselir. (15).

1941'de Tifo-Tetanoz karma aşısı üretilir. Savaş yıllarıdır, 1942 yılında tifüs artmaya başlar. Cox tipi Tifüs aşısı Dr. Kemal Plevnelioğlu tarafından Gülhane Hastanesi'nde hazırlanıp uygulanır (6). Aynı yıl Enstitüde tifüs aşısı ve akrep serumu üretimine başlanır. 1947 yılında "yerli veyahut yabancı müstahzarların, serum ve aşılarla sair hayati terkip veya kimyevi maddelerin kontrollerini yap-

Aşı Türleri	Üretilen Aşılar
Bakteri Aşıları	BCG, Boğmaca, Brucella, Nezle, Kolera Stafilokok, Tifo, Veba
Anatoksin Aşıları	Difteri, Tetanoz
Virüs, Riketsiya Aşıları	Çiçek, Enfluenza, Kuduz, Lekeli humma
Karma Aşılar	Boğmaca-Difteri, Difteri-Tetanoz-Boğmaca, Difteri-Tifo-Tetanoz, Difteri-Tifo, Enfluenza-Nezle, Lekeli Humma-Kolera-Veba, Tifo-Tetanoz, Tifo-Lekeli Humma, Tifo-Lekeli Humma-Kolera, Tifo-Kolera-Veba
Serumlar	Akrep, Difteri, Dizanteri, Kuduz, Gangren, Kızıl, Şarbon, Tetanoz

Tablo 2 : 1958 Yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsünde Aşılar

mak" amacıyla Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulur. Hemen ardından da Enstitü bünyesinde bir aşı istasyonu açılır. Bu yıldan başlayarak intra dermal BCG aşısı üretimine geçilir, 1948 yılında ülkemizde ilk Boğmaca aşısı üretimine başlanır. Aynı yıl içinde, Viroloji ve Virüs Aşıları Şubesi kurulur ve İnfluenza, New-Castle virüsleri ve tavuk vebası ile ilgili araştırmalar yapılır.

1948 yılında BCG aşısı deri içine uygulanmaya başlanır, 1952 yılında DSÖ, UNICEF ve Sağlık Bakanlığı arasında bir anlaşma imzalanır ve 1953 yılında Uluslararası BCG kampanyası başlatılır. Gerekli aşı Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü tarafından üretilir. 1956 yılında Mektep bünyesindeki tetanoz aşısı laboratuvarı modernleştirilir, 1957 yılında Difteri-Boğmaca-Tetanoz karma aşısı hazırlanır (17,18). 1958 yılında enstitüde üretilen aşı, serum ve preparatlara ait bilgi Tablo 2'de sunulmuştur (19).

İkinci Dünya Savaşından sonra ne yazık ki Diyarbakır Kuduz Müessesesi kapatılır, ancak Zekai Muammer Tunçman'ın ifadesiyle doğu illerinde bu kurumun eksikliği hissedilir. Daha sonra 1954 yılında bu kez Elazığ'da bir Kuduz Müessesesi kurulur (20).

Hayvan sağlığının korunması, hayvanlarda görülen nedeni bilinmeyen hastalıklara ilişkin araştırma yapılması, aşı ve biyolojik madde gereksinimlerini karşılamak amacıyla da, 1948 yılında Elazığ'da Bakteriyoloji ve Seroloji Enstitüsü kurulur. Enstitü, 1957 yılında uzmanlık kurumu olarak kabul edilir. 1960 yılında Irak'tan ülkemize sıçrama eğilimi olan At Vebası salgını nedeniyle bir laboratuvar açılır ve at vebası aşısı üretilir (21). 1965 yılında komşu ülkelerde insanlarda kolera epidemisinin başlaması üzerine Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının isteği üzerine Tarım Bakanlığı aşı üretim için Enstitü'yü görevlendirir. Bu amaçla bir Kolera Laboratuvarı kurulur. İki yıl içinde 6 milyon doz kolera aşısı üretilir. 1968 yılında tavuk hastalıkları laboratuvarı kurulur ve canlı virüs olan NewCastle aşısı üretimi başlatılarak, üretim 1987 yılına kadar sürdürülür (21).

Pendik Veteriner Araştırma Enstitüsü başlangıçta yalnız sığır vebası ve Pasteurella laboratuvarları ile hizmet verirken, zaman içinde, 1926'da Anaerob ve Teşhis, 1946'da Keçiciğer Ağrısı, 1947'de Yanıkara ile müstakil bir Teşhis, 1949'da Patoloji, 1950'de Parazitoloji, 1954'de Enterotoksemi, 1957'de Brucellosis ve 1958'de Tavuk Hastalıkları Laboratuvarlarının eklenmesi ile Enstitü kapsamlı bir işlev kazanır. 1965 yılında FAO ile yapılan anlaşma gereğince burada ortak yürütülen bir Koyun Hastalıkları Araştırma Laboratuvarı da kurulur. Ayrıca, 1976 yılından itibaren Dünya Bankası, FAO ve Türkiye Kalkınma Vakfı desteği ile Tropikal Theileriosis'e karşı canlı atenüe bir aşı geliştirilerek 1981 yılında uygulamaya sokulur (22).

ÖZELLEŞTİRME EVRESİ

Dönemin Özellikleri:

1980'li yıllar kapitalizmin dönemsel yapısal krizi nedeniyle sosyal devletin küçültülmesi tartışmalarının yapıldığı yıllardır. Yapısal Uyum Programları ülkelere dayatılmakta, sosyal devlet tasfiye edilerek sermayeye yer açılmaktadır. Aşı açısından bakıldığında 1984 yılında UNICEF, DSÖ ve Dünya Bankası bağışıklama programlarını polio, kızamık, boğmaca, tetanoz, difteri ve tüberküloza karşı aşılamayı yüksek öncelikli olarak tanımlar. Bu yıllarda üretim özelleştirilmiş eski kamu kurumlarının elindedir. Aşı üreticileri yüksek maliyetler, rekabet, araştırma geliştirme çalışmaları ile karşı karşıyadır (16). 1978'de Rotary Kulüp tarafından desteklenen UNICEF, dünya çocuklarının acil gereksinimlerini karşılamaya yardımcı olmak amacıyla yeni bir aşı sağlama sistemi uygulamaya başlar. Evrensel Çocuk Bağışıklama yaklaşımı ile aşılama kapsayıcılığı % 20'lerden % 80'lere yükselir ve on yılda 15 milyon çocuğun yaşamı kurtarılır (23). Ancak aşı üreticileri UNICEF'e gelişmekte olan ülkelerin tümüne değil sadece en yoksul ülkelere düşük fiyata aşı sağlaması konusunda baskı yaparlar (24). 1990'larda Kanada'nın en büyük aşı üreticisi olan lAF BioChem International'ın üst düzey yöneticilerinden Claude Vezeau "... geçmiş yıllarda bütün aşılar para kaybettiriyordu", Connaught Antitoxin Laboratuarlarının Başkanı da "...insanlar, onları hastalanmaktan koruyacak bir aşıya verecekleri paradan daha çoğunu bir kutu başağrısı ilacı için vermeye istekliydiler" sözleriyle aşı hizmetlerini küçümsemişlerdi. Bu ve benzeri söylemler neoliberal politikalar çerçevesinde yeni bir strateji gerekliliğine işaret eder. DSÖ ve UNICEF, merkez kapitalist ülkeler dışında kalan ülkeleri, kişi başına düşen gelir ve nüfus büyüklüğü üzerinden; A: Mali destek gereken, B: kademeli müdahale gerekecek, C: kendi kendine yeterli, D: hızla bağımsızlaşan olarak dört gruba ayırırlar ve öncelikle A, kademeli olarak B grubuna aşı sağlanması öngörülür, bu yaklaşımın adı Bant Stratejisidir. Türkiye "hedef pazar" olarak da nitelenen C bandında yer alır (16).

Türkiye'de Aşı Üretimine Özel Yaklaşım:

Bu dönemde Türkiye'de geleneksel aşıların üretimine devam edilir, 1971 yılında tifüs, 1980'de çiçek hastalığı eradike edilir ve bu aşıların üretimine son verilir. Ancak sonraki yıllarda, araştırma geliştirme çalışmalarına yeterli kaynak ayrılmadığı, yeni aşı üretim tekniklerine ilişkin gelişmelerin izlenemediği, bu yöndeki çabaların da desteklenmediği belirtilir (25, 26). Böylece kurumların ehlileştirilmesi de denilebilecek edilgin bir yaklaşım ile kamusal kurumlar zaman içinde işlevlerini kaybetmişlerdir (27). Önce yatırımlar azaltılır, sonra çağın gerisinde kalmalarına göz yumulur, sonra da yeterince işe yaramadığı ifade edilip kapatılırlar (25).

TBMM'ne 2003 yılında verilen verilen bir soru önergesine dönemin Sağlık Bakanı'nın verdiği yanıt bu sürecin özeti niteliğindedir. "Sayın milletvekilleri, aşı üretimi, ileri biyoteknoloji ve ciddî altyapı gerektiren bir alandır. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitümüz, yıllarca, ülkemizin bazı aşılar için ihtiyaçlarına üretim yoluyla karşılık vermişse de, kullanılan teknoloji, tam olarak gelişmiş ülkelerdeki ileri teknolojiyi yakalayamamış ve takip edememiştir. Bugün, dünyada aşı ve yan ürünler, modern tesislerde, uygun işletmecilik anlayışı çerçevesinde ve uluslararası kabul gören iyi üretim tekniklerine bağlı ileri biyoteknoloji yatırımlarında üretilmektedir. Mevcut haliyle Hıfzıssıhhanın, aşı üretiminde gelişmiş ülkelerle aynı kalite ve performansı yakalaması, bugün için cidden zor görünmektedir" (28).

ÜRETİCİLERİN BİRLEŞME EVRESİ KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

Dönemin Özellikleri:

1990'lı yıllar, sağlık alanının hızla piyasalaştığı yıllardır. Hizmet sunumundan tıbbi teknolojiye, sağlığı ilgilendiren tüm alanlar bir yandan özelleştirilmekte öte yandan kamu kurumları işletmeler haline dönüştürülmektedir. Kamu hizmetlerinin metalaştırılması ve sermayenin değerlenme alanları olarak işlev kazandırılması, kamu hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmekte; sonuçta, toplumsal yaşamın bütün alanları sermayenin kar maksimizasyonu amacı doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır (29). Aşı üretimi açısından bu süreci hızlandıran en önemli unsurlardan biri de 1994 yılında Dünya Ticaret Örgütü'nün kurulması ve fikri mülkiyet hakları ile ilgili olarak TRIPS anlaşmasının gündeme gelmesidir. Bir başka adıyla patent anlaşması olarak bilinen bu anlaşma, ürünün formülünü elinde bulunduran sermaye grubuna en az 20 yıl süreyle üretim, dağıtım, pazarlama konusunda tekel olma olanağı sağlar. Kuşkusuz aşı üretimi, dağıtımı ve uygulanması da bundan payını alır (30). DSÖ, UNICEF ve Dünya Bankası patent korumasının yoksul ülkelerde milyonlarca çocuğun ölümü anlamına geldiğinin farkındadır (31).

Patent koruması, 1990'lara kadar, üreticiler için para kaybettiren ama itibar kazandıran ürün olan aşıları birden-bire karlı bir alana dönüştürür. Aşıların üreticiler için ne kadar kazançlı bir iş olduğu önceleri, genelde, göz ardı edilmiştir. Çünkü 2000 yılı öncesinde, ilaç ve biyoteknoloji firmaları aşıyı sınırlı gelir fırsatları olan bir pazar olarak kabul etmektedirler (2). Aşıya sadece gelişmiş ülkeler kaynak aktarmaktadır. 1993 yılında az gelişmiş ülkelerin çocuk başına aşıya harcadığı para 0.64 Dolar iken, ABD'nin harcaması bu miktarın 200 katıdır (4). Aşıların yararlarına ilişkin farkındalığın artması, biyoloji ve insan bağışıklık sistemi bilgilerinin artması, aşı yan etkilerine karşı üreticiyi kollayan mevzuatın oluşturulmasıyla, aşı üretimi cazip hale getirilir (32). Üreticiler talebi karşılayabilmek, üretimi artırabilmek amacıyla adjuvan teknolojisini devreye sokarlar (33). Yeni aşı üretim ve adjuvan teknolojileri üretim hacminin birden artmasını sağlayarak aşı pazarına ilgiyi artırır. Kamu sektörü güvenli ve etkili aşı geliştirilmesinin tartışılmaz ve olmazsa olmaz bir bileşenidir denmektedir (34). Kuşkusuz bu doğrudur, ancak deneyimler gösteriyor ki uzun yıllar süren, maliyeti ve riski yüksek temel bilim araştırmalarının "kamu" kurumlarında yapılması sermaye açısından güvenli ve tercih edilen bir yaklaşımdır. Çünkü araştırma ile geliştirilen formül ürüne dönüşme potansiyeli taşıyorsa, patent alınması aşamasına kadar en az 20 yıl geçmekte, bu süre sonunda her türlü hakkı özel sektöre devredilmektedir. Sonuçta patent korumasının desteğini alarak aşı pazarının şekillendirilmesi, özel sektör için uygun hale getirilmesi süreci başlar.

2000 yılında DSÖ, UNICEF, Dünya Bankası, ulusal hükümetler, uluslararası kalkınma bankaları, hükümet dışı kuruluşlar, Bill ve Melinda Gates Vakfı, aşı endüstrisinin temsilcilerinden oluşan GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization/ Bağışıklama için Küresel İşbirliği) kurulur. Bretton Woods sisteminin bir parçası olan Dünya Bankası, GAVI aracılığıyla Birleşmiş Milletler sisteminin önemli bir bileşeni olan DSÖ'nü etkileyerek, bir parçası olmadığı halde, Birleşmiş Milletler sistemi içinde daha etkin bir rol üstlenmeye başlar (30). GAVI ve benzerlerinin amacı aşıya talebi artırmak, üreticileri teşvik etmek, aralarında rekabeti sağlayarak fiyatları düşürmek olarak tanımlanır (35). GAVI'nin hedefi bir yandan temel aşılar ile ilgili kazanımları korumak ve genişletmek, diğer yandan finansal krizin ortasında, gelişmekte olan yeni aşıların yaygın sunulmasını sağlayabilmektir (35).

2003 yılında H5N1 kuş gribi korkusunun tüm dünyayı sarmasıyla, ülkelerin pandemilere karşı hazırlıklı olmak için yaptıkları çalışmalar da büyük ilaç şirketleri için yeni bir itici güç olur. Kuş gribi salgını büyük şirketlere devasa bir kar kapısı açar. Maliyetinin 1 Dolar olarak tahmin edildiği bir doz grip aşısı 8 Dolara satılır (33). Böylece koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri olan bağışıklama hizmetlerinde, halkın gereksinimine göre değil, pazar dinamiklerine göre bir işleyişin ve tekelleşmeye gidişin ilk adımları atılmış olur. Özetle UNICEF'in de belirtmiş olduğu gibi, aşı pazarı aynı diğer pazarlar gibi gelişir (16). Aşı gereksinimi olan insanlar da birden müş-

teri kitlesine dönüşürler.

Müşterileşme sürecinde, 1990'lara kadar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kullandıkları aşılar farklı değildir (2). 1990'lara gelindiğinde gelir durumu farklılık gösteren müşteri grupları oluşur. 1998-2001 yılları arasında 14 gelişmiş ülke aşı üreticisi karlı olmayan geleneksel aşıları üretmeyi ya azaltır, ya da tamamen bırakır. Gelişmiş ülkelerin yeni, pahalı ve sofistike aşıları yeğlemeleri pek çok üreticinin sadece gelişmekte olan ülkelerde kullanılan, kar oranı daha düşük olan geleneksel aşı üretimini durdurmaları, bir yandan polio, kızamık ve tetanoza karşı sürdürülen aşı kampanyaları, aşıda yokluk yaşanmasına yol açar. Alım gücü düşük müşterilerin hedef dışında kalmasıyla, uluslararası pazarda bir boşluk oluşur, oysa onlar için de aşı üretmek gereklidir. Böylece gelişmekte olan ülke üreticilerine kendi kullandıkları aşıları üretme "fırsatı" doğar. Günümüzde UNICEF'in gereksinim duyduğu geleneksel aşıların büyük çoğunluğu Latin Amerika ve Asya'daki gelişmekte olan ülkelerde üretilmektedir (36). Bu aşıların üretimi göreceli daha basit teknoloji kullanılarak yapılır, araştırma ve sermaye yatırımı gerektirmez. UNICEF aşı gereksinimini 12 gelişmiş ülke, 9 gelişmekte olan ülke üreticisinden almaktadır. Gelişmekte olan ülke üreticileri geleneksel aşı gereksiniminin %64'ünü sağlarken, kar oranı yüksek diğer aşıların %27'sini sağlamaktadır (37). 2016 yılında UNICEF'in 95 ülke için 1,6 milyar Dolar değerinde 2,5 milyon doz aşı sağladığı bildirilmektedir (36).

Kısaca kar oranı düşük aşıların üretiminin, gelişmekte olan ülkelere bırakıldığı varsayılabilir. Geleneksel aşılar açısından Kuzey Amerika ve Avrupa pazarlarının doyması sonucu, şirketleri yeni pazar arayışlarına yönlendirmiş, daha yüksek hastalık yükleri ve geleneksel aşılar için bile karşılanmamış gereksinimi olan azgelişmiş ülkeler aşı üreticileri için yeni bir pazar umudu olmuştur (2). Bu ülkelerin yönetimleri aşı sağlamak ve aşılama oranlarını artırmak için giderek daha fazla çaba göstermekte, sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu iki öğenin bir arada olması Hindistan, Çin ve Brezilya gibi ülkelerde büyük aşı üreticileri ve yerli aşı üreticileri arasında anlaşma ve ittifaklar doğurur. (38). Büyük ilaç şirketlerinden Novartis, Sanofi Pasteur, GlaksoSmithKline (GSK), Merck ve Sanofi Aventis"in pek çok Asya ve Güney Amerika ülkesinde bulunan aşı üreticileriyle farklı ittifakları vardır.

Bu ittifakların kapsamı; devralma, üretim, teknoloji transferi, pazara yeni giren veya girecek bir ürün, marka veya şirketin reklam, halkla ilişkiler ve diğer satış geliştirme araçları ile tanıtılması, pazarlanması ve satılması ile ilgili faaliyetlerin bütününü kapsayan tutundurma anlaşması, pazarlama, dağıtım ve çoğunlukla da ortak girişim anlaşmalarıdır (2). Brezilya'da GlaxoSmithKleine'ın 1985'te, Sanofi Pasteur'ün ise 1999 yılından beri, zaman içinde değiştirilen anlaşmalarla yürüttükleri çalışmalar en eski örneklerdir. Ortak girişim, iki ya da daha fazla tüzel kişinin bir araya gelerek, kararlaştırdıkları belirli bir yatırım projesinde birlikte hareket etmek için oluşturdukları ortak işletme yapısıdır. Örneğin, Novartis'in Oswaldo Cruz Enstitüsü'yle değişik hisse oranlarıyla, Arjantin'de kurdukları "yeni firma" bu kapsamdadır (38). Gerçekte geleneksel aşı üretimi gelişmekte olan ülkelere bırakılmamaktadır. Yapılan işbirlikleri, sadece büyük şirketlerin maliyetleri düşürmek için yaptığı girişimler olarak değerlendirilebilir. Bu mantık çerçevesinde 1990'lardan sonra, kamu sektörü aşı araştırma, geliştirme ve tanıtımında giderek, daha çok yer almaya başlar (39).

Türkiye'de Aşı Üretimine Yeni Yaklaşım:

Türkiye'de 1996 yılından itibaren akrep, şarbon, tetanoz, difteri serumları dışında tüm aşı ve serumların üretimi kademeli olarak durdurulur (40). Bu kapsamda difteri-boğmaca-tetanoz aşılarının üretimi 1996, BCG aşısı üretimi de 1998 yılında sona erdirilir. Ancak eski teknolojilerin yerini alacak yeni teknolojiler için yürütülen araştırma geliştirme çalışmaları tamamen sonlandırılmaz. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Aşı-Serum Üretim ve Araştırma Bölümü'nde, 1990'larda hücresiz boğmaca aşısı üretimi ve çeşitli komponentler üzerine patojenite ve immunojenite geliştirilmesi gibi çalışmaların yapıldığı yeni bir araştırma laboratuvarı kurulur ve tetanoz aşısı üretim birimi yenilenerek ilk kez fermentör teknolojisine geçilir ve tetanoz (TT), difteri-tetanoz (DT /çocuk), difteri tetanoz (Td/erişkin) ve difteri-tetanoz-boğmaca (DTB) adsorbe aşıları için deneysel çalışmalar gerçekleştirilir. Bu dönemde Özcengiz ve ekibi adsorbe tetanoz aşısı (TT) geliştirir (25), ancak dolum tesisi kurulmadığı için bu aşının üretimi gerçekleştirilemez. Aynı dönemde, aşı üretim tesisi kurulmasıyla ilgili bir proje önerisi de hazırlanır. Bu önerinin etüt-projesi, Bayındırlık Bakanlığı tarafından tamamlanmasına rağmen, bu proje de hayata geçirilemez (26).

TBMM'de bir milletvekilinin bu konuda verdiği soru önergesine Sağlık Bakanı'nın verdiği yanıt izlenen yol haritasını açıklıkla işaret eden bir belge niteliğindedir: *"Sayın milletvekilleri, Bakanlığımız, aşı ve serum gibi yüksek biyoteknolojiye dayalı ürünlerin üretimiyle ilgili olarak planlama, düzenleme ve denetleme çerçevesinde, özel sektörü özellikle bu alanda yatırıma teşvik eden ve uluslararası alanda rekabet unsurlarını geliştiren bir politika izleyecektir"* (28).

Bu arada 2004 yılında Manisa Tavuk Aşıları Üretim ve Tavuk Hastalıkları Araştırma Enstitüsü kapatılır. TBMM'ne verilen soru önergesine dönemin Tarım ve Köyişleri Bakan Vekili'nin verdiği yanıt şöyledir; *"Enstitü'de aşı üretim maliyetlerinin yüksekliği, fabrikasyon yerine atölye şeklinde faaliyetle aşı üretimi yapması, son yıllarda sektörün hızlı gelişimi ve aşı üretim teknolojisinde dünya ile bütünleşememesi, ülke ihtiyacının sadece % 10'unu karşılayabilir durumda olması nedeniyle faaliyetine son verilmiştir"* (41). Yine bu konuda 2005 yılında verilen bir soru önergesine Tarım ve Köyişleri Bakanı bu konuya yaklaşımlarını *"Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de özel sektörün gelişimini teşvik etmek ve özel sektörün*

gelişimini tamamladığı alanlarda devletin özellikle üretimden çekilmesi ve yalnızca denetim görevini yapması ilkesi benimsenmiştir" sözleriyle açıklamıştır (42). Soru önergelerine verilen yanıtlar birbiriyle tutarlı ve "kamu yararı" konusunda piyasa mekanizmasını temel alan liberal yaklaşımla uyumludur (29).

Nitekim 2006 yılında kurulan VBR Aşı Biyolojikler Araştırma Sanayi ve Ticaret A.Ş recombinant proteinleri geliştirmeye, üretmeye yönelik çalışmalar yapan bir AR-GE kuruluşudur ve çiftlik hayvanlarının hastalıklarına karşı veteriner aşıları geliştirir. (43). Hayvan hastalıklarından korunmaya yönelik aşılarda da kamu sektörü sahneyi özel sektöre devretmektedir.

Ortak Girişimler:

Türkiye'de aşı üretimi konusu 2006'da yapılan aşı ihaleleri ile ilgili bir tartışma üzerinden yeniden gündeme gelir, Bakanlık aşının temin edilmesi, dolumu ile ambalajlanması ve etiketlenmesinin belirli bir süreç içerisinde Türkiye'de yapılmasını şart koşacağını açıklar. 4 Aralık 2010 tarihinde Sanofi Pasteur'ün Mefar AŞ'deki beşli aşı üretim ve dolum tesisinin açılışı yapılır. Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de aşı üretimini geliştirme felsefesine uygun olarak beşli aşıların üretim ve dolum operasyonunu bu şirketle birlikte Türkiye'de yürütecekleri, proje kapsamında Ulusal Bağışıklama Programına 2007 yılında dahil edilen beşli karma aşının, iki yıl süresince toplam 12 milyon doz olmak üzere Türkiye'de üretileceği ifade edilir (26). Bu ihale, birinci evresi blister ambalajlama, ikinci evresi aşı dolum sürecine ilişkin teknoloji ve teknik bilgi transferini içeren bir kapsama sahiptir (43).

Mefar aşı projesine Sanofi Pasteur ile başlar. Pentaxim beşli karma aşı ihalesini, önce ambalajını daha sonra da üretimini Türkiye'de yapmak üzere Sanofi alır. Aşılar şişeli olarak gelir, burada etiketlenir, ambalajlanır. Sanofi Pasteur Haziran 2011'de Tetraxim dörtlü karma aşısının ihalesini alır. Şirket yöneticisi yapılan işin " SanofiPasteur firması ile yaptığımız ilk fason aşı üretimi aşının kendisi değil; bulk olarak özel kazanlarda soğuk zincir şeklinde gelen inaktif solüsyonun yine soğuk zincir içinde kullanıma hazır şırıngalara dolumunu ve ambalajını yapmaktır" ifadesiyle açıklar. 2012 yılı ihalesini ise GSK alır. Üstelik bu kez, Türkiye'de üretim şartı da yoktur (26).

Pfizer 2010 yılında Mefar'a Prevenar 13'ün formülasyon, dolum, tam analiz ve ambalajlama işlemleri için teknoloji transferi başlatır ve aynı yıl içinde pnömok aşısının ihalesini de alır. Bu ihalenin şartına göre Pfizer ve Mefar; birinci aşamada 2012 yılı için toplam 8.6 milyon doz ürünü soğuk zincir içinde ambalajlayarak Mart 2012'de Bakanlığa sevk edecek; ikinci aşamada da Eylül 2012-Mart 2013 tarihleri arasında ise 2.2 milyon doz Prevenar 13'ün formülasyon, dolum ve ambalaj işlemi gerçekleştirecektir. Ayrıca aşının tam analiz ve stabilite takibinden de Mefar sorumlu olacaktır (26, 44).

Hem Sanofi Pasteur hem de Pfizer, Mefar'a yatırım ve teknoloji transferi yaparlar. Sanofi Pasteur 1.5 milyon Avroluk ek ekipman yatırımının yanı sıra Mefar ekibinin yurtdışındaki eğitimleri, validasyon çalışmaları gibi harcamaları da üstlenir. Pfizer'in de Prevenar13 Yerli Üretim Projesi için yaptığı yatırımlar 7 milyon Avroya yaklaşır. Bu yatırımların büyük bölümü ek binalar, soğuk odalar, ek üretim ve laboratuar ekipmanları için gerçekleştirilir. Pfizer Türkiye'ye ilk kez formülasyon aşamasından itibaren aşı üretim teknolojisi transfer eder, bu şirketin Amerika ve İrlanda dışında dünya üzerindeki üçüncü uygulamasıdır (26).

2010 yılında GlaxoSmithKline Hacettepe Üniversitesi Teknokent A.Ş.'de yurt dışında preklinik araştırma evrelerinden geçmiş aşıların faz 1 ve faz 2 klinik çalışmalarını yapmaya başlar (26). Öncelikleri yeni geliştirilen aşıların etkinlik ve güvenilirlik verilerinin oluşturulmasıdır (45).

2013 yılında TÜBİTAK Viral, Bakteriyel patojen ve Parazitlere karşı aşı geliştirilmesi ve toplum sağlığı açısından önemli viral hastalıklara karşı koruyucu aşıların üretilmesi başlıkları ile proje çağrısı yapar (46, 47). Yıldız Teknik, TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi, Erciyes ve Fatih Üniversiteleri'nden araştırmacıların proje önerileri desteklenir (48). Yine 2013 yılında, Hacettepe Üniversitesi ve Keymen İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş arasında, Türkiye'nin ihtiyacı bulunan ve ülkemizde üretilmeyen bakteriyel ve viral aşıların Eczacılık Fakültesi laboratuvarlarında geliştirilmesi amacıyla, "Aşı Araştırma, Geliştirme ve Üretimi İşbirliği Sözleşmesi" imzalanır. Sözleşme kapsamında, çeşitli aşı ürünlerinin geliştirilmesi amacıyla aşı antijenlerinin üretimi, aşı formülasyonlarının geliştirilmesi, bunların laboratuvar ve pilot ölçekli üretimleri, kalite kontrolleri, klinik öncesi, klinik çalışmaları ve bir ürüne ulaşılmasına kadar olan tüm süreçlerde yapılacak işbirliği bulunmaktadır (49). 2015 yılında Erciyes Üniversitesi Rektörü, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığına karşı aşı geliştirdiklerini, patenti alınan aşının gönüllülerde denemesinin başlayacağını açıklar (50). Mayıs 2016'da, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nin yürütücülüğünde, Keymen firması ortaklığında, ülkemizde ilk kez Hepatit B antijeni üretildiği duyurulur (51).

Bu arada Ortadoğu Teknik Üniversitesi Teknokent'te üç yıllık bir Ar-Ge çalışmasının sonucunda bir gen tabancası geliştirilir. "Gen Tabancası"nın ticarileşmesi için; BIOLAB şirketiyle ortak olunur; ODTÜ Teknopark'ta OBİTEK (Ortadoğu Birleşik Teknolojiler) adlı bir firma kurulur, sistemin dünya çapında ticari dağıtımını yapan İngiliz firması ürünün distribütörlüğünü yapar. Gen tabancası kullanılarak yenilebilir Hepatit B aşısı geliştirmeye yönelik çalışmalar bu merkezde yürütülmektedir(52).

Özetle, son yılardaki bu girişimlerle, aşı üretiminde kamu özel ortaklıklarına tanık olunur. Pahalı temel bilim araştırmalarının kamu sektöründe yürütülmesine devam edilir, ürün patent alıp piyasaya sürüleceği dönemde özel sektör devreye girer. Üniversite sanayi işbirliği adı altında hem bilimsel araştırmaların piyasalaştırılması, hem de geliştirilen ürünün ticarileştirilmesi sağlanır.

SONUÇ

Aşı üretimi ile ilgili bu küresel tablo, Türkiye'de gerçekleşen gelişmeleri de anlaşılır kılar. Aşı süreç içinde metalaşmış ve aşı pazarı karlı bir pazara dönüşmüştür. UNICEF'in uyguladığı "bant stratejisi" en yoksul ülkelerin aşı gereksinimini GAVI üzerinden sağlarken, zengin ülke pazarı için daha çok sayıda antijen ile, daha sofistike tekniklerle geliştirilmiş aşılar üretilmektedir. Ülkelerin aşı politikalarının ve zorunlu tuttukları gerekliliklerin çeşitliliği, aşı üretiminde ve arzında yaşanan karmaşayı daha da arttırmaktadır. Pazarın segmentasyonu, farklı "müşteri" topluluklarına farklı aşıları pazarlamayı olanaklı kılmıştır.

Türkiye gibi genç ve kalabalık nüfusu olan ve göreceli olarak daha yüksek alım gücüne sahip ülkeler aşı pazarının genişlemesi için büyük bir fırsat olarak algılanmaktadır. Bu durumda üretimin son aşamalarını nüfusu sayesinde iyi bir pazar özelliği taşıyan ve toplu aşı alımı nedeniyle talepte dalgalanma riski taşımayan ülkelere aktarmak ve aşının dolumunu, ambalajlanmasını, kalite kontrolünü bu ülkelerin zorunlu tuttukları gerekliliklere ve kullanılan dile uyumlu olarak gerçekleştirmek oldukça akılcı bir strateji gibi görünmektedir (26). Kuşkusuz sürecin bütününde dolum, ambalaj ve kalite kontrolü kritik basamaklardır, ancak aşı üretiminin asıl temeli on yıllar süren bir araştırma-geliştirme birikimi ve bulk imalat teknolojisine dayanır. Bu koşullarda Türkiye'de aşı üretildiğini ifade etmek oldukça zordur.

Üretimin son aşamalarını talep garantisi olan ülkelere aktararak firmalar hem üretimdeki karmaşayı kısmen de olsa azaltmakta, hem de soğuk zincirin korunmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca yapılan yatırımlarla da, gelişmekte olan pazarlara yerleşmenin yeni bir yolunu bulmaktadır. Bu yaklaşım, GSK' nin Asya Pasifik ve Gelişen Pazarlar Başkanı Abbas Hüseyin tarafından şöyle ifade edilmektedir: *"Ne olursa olsun Türkiye'den çıkmak istemiyoruz, Türkiye'nin geleceği o kadar parlak ki, fırsat kaçırmamak için şirket satın alarak büyümeyi planlıyoruz"* (53).

SONSÖZ

Her şeyin hızla metalaştığı, piyasalaştığı, ticarileştiği, insanların vatandaş değil müşteri olduğu bir dönemde; toplumsal ve kolektif iyiliği önceleyenlerin savunma hattını yaşamın ve sağlığın metalaşmasına, ticarileştirilmesine karşı çıkmak oluşturmalıdır. Sosyal devletin çökertilmesi nasıl uluslararası bir saldırı ile gerçekleştiriliyorsa, sosyal devleti savunan güçlerin de uluslararası bir dayanışmayla, ideolojik bir netlikle ve sınıfsal çıkarları gözeterek mücadele etmeleri gerekir (54).

KAYNAKLAR

1. leroux-Roels G,Bonnani P, Tantawichien T.,Zepp F. (2011) Vaccine Development, Perspectives in Vaccinology .1, (1):115-150
2. Taner, Ş., Aksu Tanık, F. (2012) Aşı Kutsalın Metalaşması, Toplum ve Hekim, Cilt 27, Sayı 1, S. 14-26.
3. Institut Pasteur web History in movement (2001). http:// www. pasteur-international.org/ip/easysite/pasteur- international-en/ institut-pasteur-internationa1- network/the-network ((Erişim Tarihi: 06.08.2017)
4. Barton, J. H. (2006). Vaccine Technology in Developing Nations, CHP/PCOR, CHPINTl Research in Progress Seminar
5. Zoeros, A. (1889) Da-ül Kelp Ameliyathanesi, Nevsal-i Afiyet 1: 96-98. ; (Unat, E. K. (1970) Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 1568, dekanlık No: 4.) içinde
6. Yıldırım, N. (1985) Tanzimattan Cumhuriyete Koruyucu Sağlık Uygulamaları, Tanzimattan Cumhuriyete Türkiye Ansiklopedisi, 1995, Cilt 5, s. 1310-1338.
7. Gencer, R.T. (1942) Memleketimizde çiçek aşısı tarihçesi, Ünver, S. (1957) Türkiye'de Çiçek Aşısı ve Tarihi içinde, s.107, 1848
8. Hüseyin Remzi. (1894) Aşı Dersi Risale; (Unat, E. K. (1970) Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 1568, dekanlık No: 4.) içinde
9. Rıfat Hüsamettin Paşa (1903). Telkihhane-i Şahanenin 1318 senesine mahsus istatistik risalesi, (Unat, E. K. (1970) Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 1568, dekanlık No: 4.) içinde
10. Sağlam, Tevfik. (1941) Büyük harpta 3. Orduda Sıhhi Hizmet. Genel Kurmay X.S. Yayınlarından, (Unat, E. K. (1970) Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük No: 1568, dekanlık No: 4.) içinde
11. Besim Ömer (1899). Bakteriyolojihane-i Şahane. Kuşpalazı serumunun sureti istihzarı. Veba-i bakari serumu Nevsali Afiyet. 1: 99-107, Osmanlı İmparatorluğunda Bakteriyoloji ve Viroloji içinde
12. Reşat Rıza, Refik, Akil Muhtar, Vasfi, Ömer Fuat, Zeki, Neş'et Ömer. (1919) Harp Esnasında orduda tatbik edilen tifüs aşısı hakkında. Ceride-i Tabb. Ask. 48 (26): 736-746).
13. Yıldırım, N. (2010) Hamidiye Etfal Hastanesi, http://www.sislietfal.gov.tr/111.pdf (Erişim Tarihi: 24.08.2017)
14. Gümüşoğlu, F. (2001) ,Türkiye'nin Pasteur'u Dr. Z. Muammer Tunçman
15. Cumhuriyetin ilk 15 yılında Sağlık Hizmetleri, (1998), İstanbul, s.338-341
16. UNICEF (2003). The Vaccine Market, and developments in Vaccine Supply, Geneva. https://apps.who.int/vaccines-access/ supply/vaccine_supply_ seminar. html (Erişim Tarihi: 16.08.2017)
17. Unat, E. K. (1987) Koruyucu Aşıların Gelişim tarihçesi, Dünya Bağışıklama Günü, Aşı Bilgisi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
18. Unat, E. K. (1988) İnfeksiyon Bilimi ve Klinik Mikrobiyoloji , Dünya'da ve Türkiye'de 1850 yılından sonra tıp alanlarında ilerlemelerin tarihi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları, İstanbul; 234, 241, 244).
19. TC Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü (1958). Neşriyat Sayısı: 21, Ankara, Üçüncü Baskı, Aşılar, Serumlar, Antijenler, Allerjenler ve Serolojik Teamüller, 33-122
20. Tunçman, Z.M. (1957), "Türkiye'de Kuduz Savaşı ve Kurulan Enstitü ve İstasyonlar" Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti, İstanbul,

Kuduz Tedavi Müessesesi Neşriyatı, İstanbul Kuduz Müessesesinin Kuruluşunun 70. Yıldönümü Münasebetiyle, 1887-1957, 66-71, 84

21. Elazığ Veteriner Kontrol Enstitüsü, www.elazig.vet.gov.tr/tarihce.htm.7k (Erişim Tarihi 5 Ağustos 2017)
22. Pendik Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü, http://vetkontrol.tarim.gov.tr/pendik/Menu/5/Hakkimizda (Erişim Tarihi 08 Ağustos 2017)
23. UNICEF (1978). https://www.unicef.org/about/history/files/Child-First-CH-02-p033-062-Global-Drive-Immunization.pdf
24. De Roeck, D. (2001). Immunization financing in developing countries and international vaccine market, Asian Development Bank
25. Özcengiz, E. (2003) Türkiye'de Aşı Araştırmaları Toplum ve Hekim, 18(5):384-394
26. Öcek, Z., Çiçeklioğlu, M. (2012) Türkiye'de Aşı Üretiminde Neler Oluyor? Toplum ve Hekim, 27(1): 53-63
27. Loeppky, R., (2010) Kusursuz Servet: Sağlık endüstrisinde sermaye birikimi, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, Socialist Register içinde
28. TBMM (2003) Yazılı Soru Önergesine Yanıt https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/Tutanak_B_SD.birlesim_baslangic_yazici?P4=8745&P5=B&page1=20&page2=20 (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
29. Ataay, F., (2005). Kamu Reformu İncelemeleri, Ankara Tabip Odası Yayını, S. 63-82.
30. Aksu Tanık, F., Taner, Ş (2012). Aşıda Paradigma Değişimi, Toplum ve Hekim, Cilt 27, Sayı 1, S. 4-13.
31. WHO, UNICEF, WB., (2002). State of the World's Vaccines and Immunization.
32. Kresse, H. Shah, M. (2010). Strategic trends in the vaccine market, Nature Reviews Drug Discovery 9: 91 3-914
33. Waldie, P., Robertson, G. (2009). How vaccines became big business, http://www.theglobeandmail.com/life/health/new-health/conditions/cold-and-flu/h 1nl-swine-flu/how- vaccines-became-big-business/article1414474/
34. Eskola, J., Kilpi, T. (2011). Public-private collaboration in Vaccine research The Lancet, 378: 385 - 386
35. GAVI (2009). http://fr.gavialliance.org/media_centre/ press_releases/2009_11_18_vaccine_market_i mpact.php
36. WHO (2017) http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/analyses/Brief_15_Vaccine_Market.pdf (Erişim Tarihi: 08.08.2017)
37. Suresh, S. J. Manish, G. G. (2009). Emerg- ing markets &: emerging needs: Developing coun- tries vaccine manufacturers' perspective &: its cur- rent status, Biologicals 37: 165-168
38. Kresse, H. Shah, M. (2010). Strategic trends in the vaccine market, Nature Reviews Drug Discovery 9: 91 3-914
39. Mahoney, R.T. Krattiger, A. Clemens, J.D. Curtiss, R. (2007). The introduction of new vaccines into developing countries IV: Global Access Strate- gies, Vaccine 25: 4003-4011
40. TBMM (2005-1) Yazılı Soru Önergesine Yanıt http://www2.tbmm.gov.tr/d22/7/7-4707c.pdf (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
41. TBMM (2006) Yazılı Soru Önergesine Yanıt http://www2.tbmm.gov.tr/d22/7/7-12184c.pdf (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
42. (TBMM, 2005-2) Yazılı Soru Önergesine Yanıt http://www2.tbmm.gov.tr/d22/7/7-9894c.pdf (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
43. (Mefar, 2017-1) http://www.mefar.com/hakkimizda/haberler/tuerkiye'de-pentavalan-aşi-ueretimi.aspx (Erişim tarihi: 03.09.2017)
44. (Mefar, 2017-2) http://www.mefar.com/hakkimizda/haberler/tuerkiye-art%C4%B1k-kendi-zatuerre-aşısını-kendi-ueretecek.aspx (Erişim tarihi: 03.09.2017)
45. Hacettepe Üniversitesi, (2010) https://www.haberler.com/hacettepe-universitesi-glaxo-smith-klinik-asi-2246523-haberi/ (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
46. TÜBİTAK, 2013- 1 http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/sb0101.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2017)
47. TÜBİTAK, 2013-2 http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/saglik-_asi_cagri_duyurusu.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2017)
48. Taner, Ş. (2015) http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/06/Türkiye'de-Bağışıklamanın-Tarihi-Yapılanlar-ve-Yapılamayanlar-Şafak-Taner.pdf) (Erişim Tarihi: 03.09.2017)
49. Hacettepe Üniversitesi, (2013) (https://www.hacettepe.edu.tr/hakkinda/protokol/hu_keymen_sozlesme171213.pdf). (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
50. Habertürk, (2015)
http://www.haberturk.com/saglik/haber/1044225-erciyes-universitesi- rektoru-profdr-fahrettin-kelestemur-kirim-kongo-kanamali-atesi-kkka-hastaligina-karsi-asi-gelistirdiklerini-acikladi (Erişim Tarihi: 04.09.2017)
51. Eczacı Dergisi (2016). (https://eczacidergisi.com.tr/turkiyenin-ilk-yerli-hepatit-b-asisi-hazir/) (Erişim Tarihi: 05.09.2017)
52. http://www.oba.metu.edu.tr/gentabancasi.php
53. Hürriyet Gazetesi, (2012) http://www.hurriyet.com.tr/3-yildir-para-kazanamiyoruz-ama-geleceginiz-parlak-diye-turkiye-de-sirket-alacagiz-19795383 (Erişim Tarihi: 10.12.2017)
54. Navarro, V. (1987) The Welfare State And Its Distributive Effects: Part Of The Problem Or Part Of The Solution? International Journal of Health Services, Volume 17, Number 4, 1987

CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLARIN TARİHİ

Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR

Günümüzde 30'dan fazla etkenin sorumlu tutulduğu cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve bunların önlenmesine yönelik çabalar ülkemizde cumhuriyetin ilk yıllarında ağırlıklı olarak sifilisin (frengi) kontrolünü hedefleyen dikey örgütlenme biçiminde aktif olarak yürütülmüştür. Günümüzde cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı, tedavi ve bildirimi nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlar aracılığıyla yapılmaktadır. Bu bildirimler ağırlıklı olarak HIV/ AIDS'e odaklanmakta, ayrıca gonore, sifilis ve klamidya bildirim sistemi içinde yer alırken, pek çok diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonla ilgili bildirim yapılmadığından bilgiler sınırlı kalmaktadır. Ayrıca tarihsel süreç içinde bu hastalıkların isimlendirilmesinde değişiklikler olmuş, ahlaki yargılamaları çağrıştıran "zührevi hastalıklar" terminden, "cinsel yolla bulaşan hastalıklar" terimine geçilmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar terimi belirtisiz vakaları içermediğinden 1998 yılından itibaren "cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar" terimi kullanılmaya başlamıştır. Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze uzanan süreç, bu kitabın oluşturulmasına yönelik ilkelerde belirlenen dönemlerde; tanı, tedavi ve mücadele yöntemleri göz önüne alınarak incelenecektir. Metin içinde cinsel yolla bulaşan hastalık/ enfeksiyon terimlerine döneminin diline uygun olarak yer verilecektir.

1923-1960 DÖNEMİ

Ülkemizde cinsel yolla bulaşan hastalıklarla savaşı dönemler içinde incelerken, başlangıç olarak, 23 Nisan 1920 tarihini hatta daha öncesini ele almak uygun bir yaklaşım olacaktır. Bu başlangıcı kabul etmenin temel nedenini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın (Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti) kuruluşu sonrası 1921'de kabul edilen Frengi Savaş Kanunu (90 Nolu Frenginin Men ve Tahdidi Sirayeti Hakkında Kanun) oluşturmaktadır. Bu kanunun hazırlığına neden olan Dr. von Düring'in 1896 yılında yaptığı ilk taramaya dayanan raporudur. Rapor sonucuna dayanarak, bir talimatname ile, "Frengi ile Mücadele Teşkilatı"nın kurulması daha önceki tarihleri de dikkate almayı gerektirmektedir (1, 2). Bu kanun ve teşkilat yapısı Cumhuriyetin kuruluşundan sonra da cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele yöntemlerini etkilemiştir. O yıllarda bilinen etkin bir tedavisi olmayan frenginin Bolu ve Kastamonu'da yaygın olması nedeni ile 1897'de kurulan "Kastamonu Vilayeti ve Bolu Sancağı Frengi Mücadelesi Teşkilat-ı Sıhhiyesi"nin ilk talimatnamesi de Dr. von Düring tarafından hazırlanmıştır. Dr. Von Düring raporunda frengi hastanelerinin yenilenmesi, yeni hastanelerin açılması, ödeneklerin genel bütçeden karşılanması, hastaların bildirimi, hastanelerde askeri ve sivil hekimlerin çalışması ve hastalara çağdaş tedavi yöntemlerinin uygulanması gibi öneriler yer almaktaydı. Rapor doğrultusunda yürürlüğe giren bu yapılanma "Frengi İlletinin Men-i Sirayetiyle Tedavisine Mahsus Talimat" adı ile bilinir ve 1910 yılına dek yürürlükte kalır. Ayrıca bu örgütlenme yapılanması Kastamonu ve Bolu dışında da diğer bölgeler ve dönemler için de örnek teşkil etmiş (2); 1921 yılında yerini, 90 Nolu Kanun'la kurulan yapıya bırakmıştır. 90 No'lu Frengi Savaş Kanunu 12 maddeden oluşmakta ve frengi ile mücadele yöntemlerini belirlemekteydi. Frengi vakası belirlendiğinde hekime 24 saat içinde bildirim yükümlülüğü, vakalarda tedaviye uyum, frengili olduğunu gösterir bir belgeyi taşıma (Vesayayı Sıhhiye Varakası) yükümlülüğü, hasta tedaviyi karşılayamıyorsa bunun devletçe karşılanmasını, cinsel eşe bilerek bulaştırması durumunda veya tedaviye devam etmeyenler için para ve hapis cezası verilmesi bu kanunla belirlenmiş mücadele yöntemleri idi (1). Bu kapsamda 1925 yılında Frengi tarama ekipleri ve savaş kurulları kurularak özellikle hastalığın yoğun olduğu bölgelerde taramalar yürütülmüştü (3).

Frengi kanunu zaman içinde yerini 1930'da çıkarılan ve günümüzde de geçerli olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununa bırakmıştır. Bu kanun da diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları kapsamakla birlikte temelde sifilise odaklanmış, başvuru ile tedavi ve ihbarı zorunlu kılmaktaydı (4). Umumi Hıfzıssıhha Kanunundaki sifilis üzerinden cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele yaklaşımı günümüzde değişiklikler olsa da güncelliğini sürdürmektedir. Bu kanun sifilis dışında gonore, yumuşak şankr'ı da içerecek şekilde 11 maddede (103-112 ve 122,123 ve 128-132 nolu maddeler) temel yaklaşımları ortaya koy-

maktadır. Kanun hastalara tedavi zorunluluğu, tedaviyi reddederse zorlama, hastalığı gösteren belge taşıma, bilerek hastalık bulaştıranlara cezai yaptırım, hastalığın mahremiyete özen göstererek resmi bildirim yapılması, hastaların ücretsiz tedavisi ve hastalık hakkında bilgilendirme yapılmasını öngörmekteydi. Aynı kanun hastalığın sık bulunduğu bölgelerde "mücadele heyetleri teşkil ve lazım gelen müesseseler" açmayı, erkek ve kadınlara evlenmeden önce tıbbi muayene ve hastalık belirlenirse iyileşme gerçekleşmeden evlenmenin engellenmesi gibi maddeler yanı sıra fuhuş ve fuhuşla geçebilecek hastalıklar ve alınacak muayene, kontrol gibi önlemleri de içermektedir (4). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu seks ticaretini ve seks işçiliğini düzenleyecek tüzükler yayınlanması gerektiğini de belirtmektedir. Bu doğrultudaki yayınlanan ikincil mevzuat 1930 yılında yürürlüğe giren "Fuhuşla Mücadele Hakkında Tamim"dir. Bu genelge ile genelevlerin ve vesikalı kadınların sayısı sınırlandırılmak istenmiştir. Bundan üç yıl sonra yine Umumi Hıfzıssıhha Kanunu esas alınarak "Fuhuşla ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Nizamnamesi" yürürlüğe girmiştir (5,6). 1931 yılında çıkarılan diğer bir mevzuat ise "Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname" olup, bu tüzükle günümüzdeki yasal mevzuata da dayanak olarak erkek ve kadındaki evlenme muayenelerinin nasıl yapılacağı ve ne tür işlemlerle yapılacağını tanımlamaktadır (6, 7). Günümüzde evlilik muayeneleri sonucu verilen "sağlık raporu" ve kullanılan "Evlendirme Yönetmeliği" adı ile bilinen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve kanunun uygulanması ile ilgili olarak hazırlanmış "Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname"ye dayanmaktadır (8,9).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemeye yönelik önlemler arasında 1938 yılında yayınlanan "Frengi Tedavi Talimatnamesi"ile frengi hastalarının tanı ve tedavileri için düzenlemeler yapılması, zaman içinde, güncellenerek kullanılması önem taşır (3, 10).

Cumhuriyet döneminin sağlık politikalarında sifilisle savaş öncelikli hedeflerden birini oluşturmuştur. Bu amaca ulaşmak için sifilis tedavisinin Devletçe yapılması ilk ilkelerden biri idi. Frengi tarama ekipleri oluşturulması, Zührevi Hastalıklar Hastanesi, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri kurulması yine bu amaç doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (10). Frengi kanunu çerçevesinde uzman doktorlar ile toplum taranarak frengililer belirlenip, ücretsiz olarak hastanelerde tedavi altına alınmışlardır (11). Cumhuriyet döneminin sağlık yöneticilerinin uygulamaya koyduğu ilk önlemler, ağırlıklı olarak, hastane açılması, doktor tayini, ücretsiz ilaç dağıtımı, tıbbi malzeme desteği ve seks ticaretinin kontrol altına alınmasıydı. Zührevi hastalıklardan korunma için halkın eğitilmesi gerektiği de uğraş alanlarından birini oluşturmuştu. Meslek hayatının ilk yıllarından beri dermatoloji ve zührevi hastalıklar uzmanı olarak çalışmış Dr. Hulusi Behçet'in çabaları bunun en iyi örneğidir. Dr. Hulusi Behçet "daha ilkokuldan başlayarak sırasıyla orta, lise ve öğretmen okulları ile yüksek tahsildeki gençler cinsî terbiye üzerine bilgilendirilmelidir" sözleri ile ilgililere yol göstermiştir (12). Ancak toplumu ve kişileri koruma açısından yapılan en temel programlar seks ticareti ile ilgili önlemler olup, bununla ilgili ilk yöntem de seks işçilerinin kayıt ve nezaret altında bulundurulmaları idi (10).

1927 den başlayarak iki deri ve tenasül hastalıkları tedavi evi,16 deri ve tenasül hastalıkları dispanseri, 7 zührevi hastalıklar hastanesi hizmete açılmış ve 1945 de gezici frengi tedavi istasyonları kurulmaya başlanmıştı (10). 1926-1947 arasında Tokat, Çorum, Giresun, Samsun ve Uşak'ta Frengi Savaş Kurullarınca 2.247.561 kişinin muayene edildiği, bunlardan 86.231 inde (%3,8) frengi bulunarak tedaviye alındığı bildirilmektedir (6,10). Cumhuriyetin ilk yıllarından 1959 yılına ait dönemde frengi dışında diğer cinsel yolla bulaşan hastalık vakalarının da fazla olduğu, örneğin gonorenin 10-15 kat fazla görüldüğü belirtilse de, bu sayılara ulaşmak mümkün olamamıştır. Cumhuriyetin ilk yılları 85 000 civarında olan frengili vaka sayısı 1930-1940 yılları arasında 170 000'lere ulaşmıştır. 1940 yılında frengi ile tüm yurda yayılmış, önceki yıllardan 152 245 frengi olgusu ile birlikte 185 092 vakanın iyileştirilerek kayıtlardan silindiği bildirilmektedir (13). 1949-50 yılları arasında kurum sayıları artırılarak frengi mücadelesine hız verilse de, 1957 yılına dek frengi tedavisi 4-5 yıl süren civalı (Neosalvarsan gibi) ve Guaiacum türü ilaçların kullanıldığı eski metotlarla yapılmakta idi. Güncel tedavi biçimleri takip edilerek 1957 yılından itibaren 2-3 ay süren penisilin tedavisi kullanılmaya başlanmıştır. Penisin tedavisinin kullanılmaya başlaması ile vaka sayılarında hızla düşüşler olmuştur. Zührevi hastalıklarla savaş teşkilatında 1959 yılında 52 hekim, 162 sağlık memuru ve 16 hemşire çalışmaktaydı (13).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar Hıfzıssıhha Merkezi (Enstitüsü) ve Hıfzıssıhha Kanunu sayesinde kontrol altına alınabilmiştir (2,10). Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Kurumu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Zührevi Hastalıklar, Serolojik İncelemeler ve Laboratuvar Teknikleri Eksperler Komitesi üyesi olarak DSÖ ile işbirliği yapmakta, istatistik raporlar göndermekte, serum vs değişimi yaparak uluslararası süreçte de cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolüne destek sağlamıştır (13, 14).

İncelenen bu dönem içinde nüfusun sağlığını ve biyolojik varlığını korumaya odaklanan sağlık politikaları ve bu kapsamda geliştirilen stratejiler frenginin etrafında yoğunlaşmaktaydı. Sağlık politikalarının stratejileri içinde ahlaki kontroller ve sağlıklı yaşam için yapılan belirlemeler ağırlık taşımaktaydı (14). Hastalığın sorumluluğu çoğunlukla kadınlara, özellikle seks işçilerine yüklenerek sorun hastalık kaynağı olarak gösterilen seks işçilerine atfedilmiştir. Bu durumun sonraki dönemlerde de sürdüğünü meclis tutanaklarından izlemek mümkündür (18). Frengi, bir anlamda, döneminin AIDS'i gibi algılanmaktaydı.

1960-1980 YILLARI ARASINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR:

Sifilis:

1960-1980 yılları arasındaki süreç değerlendirildiğinde önceliğin yine sifilisle ilgili çalışmalarda olduğu görülmektedir. Bu yıllarda Frengi savaşı çalışmaları Bakanlık bünyesindeki Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmüştür. Sifilisin yoğun olduğu illerde hastalıkla savaş çalışmalarını yürütmek için hizmet, dikey örgütlenme ile frengi savaşı müşavirlikleri, deri ve tenasül hastalıkları dispanserleri ve geçici tedavi istasyonları kurularak sürdürülmektedir. Ayrıca il ve ilçe merkezlerinde hükümet tabiplikleri ve sosyalleştirilmiş illerde sağlık ocakları frengi savaşı çalışmalarını paylaşmaktadır. Hükümet tabiplikleri, frengi savaş müşavirlikleri ve Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde Frengi Lepra Savaş Başkanlıklarınca yürütülen mücadele hizmetlerinde hastalar ve şüpheliler "devamlı takip, tedavi ve kontrol altında" idiler. Frengi tedavisinde de o gün için geçerli olan güncel tedavileri uygulanmaktaydı. Frengi takibinde bu kurumlarda kayıt sırasında kullanılan "kara kaplı defter" (6), ismi ile hem halk arasındaki korku ve kaygıyı göstermekte, hem de dikkatli bir izlemin yapıldığını yansıtmaktadır.

Bu çalışmalar sonunda, 1960'da yeni vak'a sayısı 100.000 nüfusta 15 iken bu oran 1972'de 3,6 olmuştur (15, 16). Yeni frengi vaka sayılarında azalma ile birlikte örgütlenme modelinde değişikliklere gidilerek hizmet sunum birimlerinin sayısının azaltılmaya başlandığı görülmektedir. 1967 yılında 7 müşavirlik 19 dispanser ve 176 geçici tedavi istasyonu ve belediyelere bağlı 3 deri ve tenasül hastalıkları dispanseri ile 2 zührevi hastalıklar hastanesi hizmet sunmuştur (15). 1972 yılında 7 müşavirlik ve 2 hastane varlığını korurken, 3 ü belediyeye ait 16 dispanser ile 5 tedavi istasyonu kalmıştı (16). Penisilin kullanımı ve alınan önlemlerle 1960 yıllarında yaklaşık 40 000 olan vaka sayısı azalmaya başlayarak 1979 yılında 10 000 vakaya kadar inmiştir (17).

Meclis toplantı tutanakları incelendiğinde Frengi ile ilgili hem vaka sayıları hem de ahlaki normlarla ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Meclisin 19 Şubat 1969 tarihli oturumunda, 1967-1969 yılları arasında 1 824 yeni sifilis vakası olduğu, 8 433 vakanın tedavi edildiği, toplam sayının 17.000 e indiği bilgisi kayda geçmiştir. Ayrıca tutanaklarda yer alan "Seks olan yerde frengi de olacaktır. Arkadaşlarım bunu kabul edeceğiz, ama bunun da mücadelesini yapacağız, bunun başka yolu yoktur" ifadesi korunmada çaresizliği yansıtmaktaydı (18).

Gonore:

Sağlık istatistik yıllıklarında gonore teşhisi ve bildirimi 1957 yılından sonra hastanede yatan vaka bildirimleri arasında yer almaya başlamış ve bildirimler sağlık kayıtlarından izlenir olmuştur. Umumi Hıfzıhha Kanununun 103-112 maddeleri uyarınca gonore vakalarının tanı, tedavi, bildirim, önlem ve müdahale yöntemleri 1960-1979 yılları arasında uygulanmaktaydı (19). Sağlık ocaklarında "frengi kayıt defteri" tutularak frengililerin kayıt altına alındığı ve tedavilerinin yapılıp izlendiği ve evlenme muayeneleri yapılırken frenginin araştırılmasına özellikle önem verilirken (20), gonorenin yalnızca hastane kayıtlarından takip edildiği anlaşılmaktadır. Gonore 1964 yılından başlayarak, sağlık istatistik yıllıklarında yatan hastalar ICD C listesinde 4 kodu ile bildirimlerde yer almaya başlamıştır (15).

1980-2000 YILLARI ARASINDA CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

1980 ve sonrası sosyalleştirme tüm illerde yaygınlaşmış ve birinci basamak hizmetleri sağlık ocakları ile yürütülmeye başlamıştır. Sağlık ocaklarında 1980-2000 yılları arasında da "frengi kayıt defteri" tutulmakta, sifilis vakaları kayıt altına alınmakta, tedavileri yapılmakta ve evlenme muayenelerinde sifilis varlığı araştırılmaktaydı (19,20). Bu vakalar için tanı, tedavi ve izlem yaklaşımı 1983 yılında yayınlanan "Frengi savaş yönetmeliği" ile belirlenmiştir. Bu yönetmeliğin amacı da "ülkemizde, frengi hastalığı ile mücadele ederek, sağlıklı bir neslin yetişmesi" idi (21). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uyarınca çıkarılan bu yönetmelikte de bildirim, tedavi zorunluluğu, tanı konanlara karne ya da defter verilmesi, tedavi bitince kaydın silinmesi öngörülmekte, tedavi şemaları yer almaktadır. Günümüzde evlilik öncesi ve sırasında izlenecek adımları içeren protokol, bu yönetmeliğe göre uygulanmaktadır.

1980 yılı ve sonrasına ait meclis tutanaklarından daha önceden olduğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara yaklaşım ahlaki değerlerle birlikte ele alınmaktaydı. Bu tutanaklardan 1980 yılında 11 207 frengilinin kontrol ve tedavi altına alındığı anlaşılmaktadır. Frengi ile olan mücadelede "Turistik otel ve motellerde nikâhsız birleşmeleri teşvik eden Batı Külüp'e bağlı turizm politikasıyla frenginin kökenini kesmek mümkün değildir; o, sosyete mensupları arasında frengiye musap nispeti yüksektir" ifadesi hastalıkla ilgili benzer bir önyargıyı yansıtmaktadır (22).

Başta frengi olmak üzere diğer zührevi hastalıkların teşhis ve tedavisi amacıyla açılan ve 1945'de sayıları 7 olan hastanelerin 5'i 1980 li yıllarda kapatılmış sadece İstanbul ve Ankara'daki hastaneler faaliyetini sürdürmüştür. İstanbul'daki hastane 1982 yılına kadar İstanbul Belediye'sine bağlı olarak hizmet vermiş, daha sonra Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (17). 1981 yılında 377 si yeni olan 10.317 frengili vakanın 734'ünün tedavi edildiği, 5'inin öldüğü, 10.145'inin tedavi altında olduğu bildirilmektedir. 1989 yılında da ise 340'ı yeni olmak üzere toplam 4.125 frengi saptanmış, 40'ı tedavi edilmiş, 21'i ölmüş, 3.364'ünün tedaviyi sürdürdüğü kaydedilmiştir (10). 1990-2000 yılları arasında yılda ortalama 2600-3475 yeni sifilisli vaka ol-

duğu Sağlık Bakanlığının verilerinden anlaşılmaktadır (3).

Diğer Enfeksiyonlar:

Sifilis dışında, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gonore ve klamidya ile ilgili bildirimler sağlık yıllıklarında yeterince yer almamaktadır. Bu durumda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) epidemiyolojik özellikleri hakkında, ilgili sağlık kurumlarında ve toplumda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, sınırlı da olsa bilgi edinilebilmektedir. İstanbul'da 1993-1994 yılları arasında topluma dayalı bir örnekte 15-44 yaş arası kadınlarla yapılan araştırmada, kadınların %7,9'inde CYBE (%5 klamidya, %2,9 trikomonas enfeksiyonu) olduğu belirlenmiştir (23). Bu araştırmanın sonuçları sağlık kurumlarına başvurmamış olan, evlerinde görüşülerek muayeneye davet edilen bir gruba ait olması nedeniyle özellikle önemlidir. Klamidya enfeksiyonları açısından hala toplumda ya da sağlık kurumlarında yapılan bazı araştırmalardan ipuçları elde edilmekte, resmi bildirimlerde olgu sayılarına rastlanmamaktadır.

Pelvik enfeksiyon hastalığı açısından önem taşıyan ve sentinel sürveyans olarak bilinen, bir örnek grup incelenerek tanı konan Chlamydia trachomatis (24) vakalarının bildirimlerinin yapılması da gereken önlemlerin değerini yansıtması açısından önem taşımaktadır.

Cinsel yolla bulaşan bir hastalık olan, Hepatit B vakalarının ülkemizde artan sayılarına paralel, dünyada olan değişimler bu hastalığa karşı korunma yaklaşımlarını etkilemiştir. Hepatit B 1990 yılından bu yana bildirimi zorunlu bir hastalık konumuna geçmiştir. 1996 yılında Bağışıklama Danışma Kurulunun önerisiyle Hepatit B aşısı rutin çocuk aşılama programlarına dahil edilmiş, sağlık personeline ve yüksek risk gruplarına aşı uygulamaları başlamıştır (24). Ülkemizde en az üç kişiden birinin Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaştığı, nüfusun %4-10'unun taşıyıcı olduğu tahmin edilmektedir (25).

HIV/AIDS

HIV/AIDS vakalarının Dünyada ilk kez belirlenmesinden sonra Türkiye'de görülmeye başlaması ile, önemli bir sağlık sorunu olarak ele alınması cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi yaklaşımında da önemli değişikliklere neden olmuştur. HIV/AIDS'in önlenmesinde cinsel eğitimin önemli yeri olduğu ve birden fazla sektörün ve gönüllü kuruluşların işbirliği ile başarı kazanılabileceği vurgulanmıştır. 1985 yılından itibaren vakalara yapılan ayırımcılıkla bir tür damgalanma olarak tanımlanabilecek, stigmatizasyon artık frengi için olduğu gibi, HIV/AIDS vakaları için de ortaya çıkmıştır.. Türkiye, Dünya'da, 1985 yılında AIDS'i bildirimi zorunlu hastalıklar listesine koyan ilk ülkeler arasındadır (24,25). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün genelgesi ile 1986 yılından itibaren tüm kan ve kan ürünlerinin HIV yönünden taranmaya başlamış, 1987 yılında HIV doğrulama merkezleri açılması gerçekleşmiş ve "AIDS Yüksek Danışma Kurulu" oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı dünyadaki gelişmeler ve Dünya Sağlık Örgütünün ve AIDS Danışma Kurulunun önerileri doğrultusunda kan ve kan ürünlerinin test edilmeksizin kullanılmaması, tek kullanımlık enjektör ve iğne uçlarının kullanılması, seks işçilerinin rutin olarak taranması, sağlık merkezlerinde kondom bulundurularak dağıtılması gibi önlemler alınmaya başlamıştır (24-27).

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi doğrultusunda, HIV/AIDS vakalarının bildirimleri zorunludur. 1994 yılından beri Sağlık Bakanlığı HIV ile enfekte olan kişileri ve enfeksiyon riski taşıyan kişileri ortaya koymak için HIV/AIDS e özel bir bildirim sistemi kullanmakta ve aktif koruma programına ihtiyacı olan alt grupları belirlemektedir. Bu bildirim sisteminde bireylerin ayırımcılık ve damgalanmaya uğramalarına engellemek için tanı konulan hastaların bildirimleri, isim belirtilmeden kod kullanılarak yapılmaktadır (27). Bir bireye HIV pozitif olduğu ilk test sonucuna göre değil doğrulama testi yapıldıktan sonra test öncesi ve sonrası danışmanlık yapılarak bildirilme zorunluluğu konmuştur. Yine bu yıllarda sağlık personelinin her hasta HIV ya da Hepatit B olabilir yaklaşımı ile hastane enfeksiyonu kontrol yöntemlerini uygulayarak kendisini koruması gerektiği yönünde önlemler alması zorunluluğu getirilmiştir (24, 25).

Bu çalışmaların hedefe ulaşmasında sorunlar yaşanmış, "HIV/AIDS Yüksek Danışma Kurulu" sadece iki kez toplanabilmiş, bu kurula diğer sektörlerin katılımının sağlanmasında güçlükler yaşanmış ve pek çok laboratuvarda bireye kimlik bilgilerinin sorulması gibi olumsuzluklar yaşanmıştır. Gönüllü kuruluşlarla işbirliği içinde yapılan çalışmalar HIV/AIDS'e yönelik mücadelede önemli roller üstlenmiştir. 1991 yılında İzmir'de kurulan "AIDS ile Mücadele Derneği" ve 1992 'de İstanbul'da kurulan "AIDS Savaşım Derneği" toplum eğitimi, sağlık personeli eğitimleri, lise ve üniversite öğrencilerini eğitimleri, HIV pozitif bireylerin haklarının korunması, ayrımcılığı önlemek ve tedaviye ulaşımda eşitlik sağlamak alanlarında önemli çalışmalar yürütmüştür (25). Ancak derneklerin çabaları 2010'lardan günümüze gelindiğinde duyarlıkla yürütülmesi gereken bu etkinlikler için, mali destek bulmada sorunları nedeniyle sürmemiştir. 1996 yılında Sağlık Bakanlığı'nın onayı ve Sağlık Bakanlığı başkanlığında çeşitli sektörlerden 33 farklı kuruluşun (Kamu kurumları, Sivil Toplum Kuruluşları ve Özel Sektör) Türkiye Aile Planlaması Derneğinin sekreteryasında çalışmaya başlayan "Ulusal AIDS Komisyonu" öncelikle korunma, tanı, tedavi, sosyal destek ve araştırma alanlarında hedefler belirleyerek ulusal eylem planı oluşturulması sürecini yürütmüştür. Komisyon 1996-2001 dönemi için Ulusal HIV/AIDS Program Çerçevesi'ni oluşturmuştur. Bu program çerçevesinde HIV/AIDS'e karşı korunmada savunuculuk, tanıtım ve toplum eğitimi, sosyal danışma ve dayanışma, bilimsel çalışmalar ve mevzuat oluşturma alanında çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sırasında ilgili kurumlarda eğitici eğitimleri, yaygın ve örgün eğitimde HIV/AIDS'i önleme

ve üreme sağlığı eğitimleri, üniversitelerde eğitimlerin yaygınlaştırılması, savunmasız grupların eğitiminde gönüllü kuruluşlara görevler verilmesi, turizm çalışanlarının bilgilendirilmesi ve kondom kullanımı ve ulaşılabilirliğinin yaygınlaştırılması gibi yöntemler öncelik kazanmıştır. Test öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, doğrulama merkezlerinde AIDS danışmanlık hizmetlerinin verilmesine yönelik çabalar sürdürülmüştür. Komisyona katılan sivil toplum kuruluşları çeşitli düzeyde tanımlayıcı, izleme ve müdahale araştırmaları yürütmüştür. Ulusal AIDS Komisyonu bu yıllarda ulusal düzeyde çeşitli kurumların işbirliği içinde çalışmasına etkili bir örnek oluşturmuştur (25, 28).

Ülkemizde cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı, bildirim ve tedavilerine yönelik çabalara katkı sağlamak için sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi amacıyla rehber kitaplar oluşturma uzun yılların birikimidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün rehber kitaplarını Türkiye'ye uyarlama çabaları içinde bu alanda seks işçileri için araştırma ve sağlık hizmeti değerlendirme birikimi olan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı tarafından "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi' önem taşır. İlk baskısı 1997 yılında olan bu rehberin ikinci baskı 2003'te ve yenilenmiş üçüncü baskısı 2006 yılında yapılmıştır (29). Sağlık Bakanlığı işbirliği ile JHIPEGO (John Hopkins Information and Education for Gyn/Obs) desteğinde geliştirilen Ulusal Aile Planlaması rehberleri içinde de cinsel yolla bulaşan hastalıklara önem verilerek, kontrol önlemlerine özel bölüm ayrılmıştır (30). Rehber kitaplarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesinde hızlı tanı ve tedavi yaklaşımları, cinsel eşleri için tedavi uygulamaları, danışmanlık, kondom kullanımı ve sağlık eğitimi ile ilgili yönlendirmeler yer almaktadır.

2000 YILI SONRASI CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR:

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara güncel yaklaşım, 2004 yılında oluşturulan bulaşıcı hastalıklar ve sürveyansına yönelik yaklaşımların izinde, (31) 2007 yılında kabul edilen bir yönetmelik çerçevesinde yapılmaktadır. "Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği" ve " Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" kapsamında Chlamydia trachomatis enfeksiyonları, Gonore, Sifiliz, AIDS ve HIV enfeksiyonu bildirime esas cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak gruplanmış, tanı ve olası tanı kriterleri belirlenmiştir (32, 33). Klamidya ve Gonore enfeksiyonları ise 2005 yılından beri bildirimi zorunlu hastalıklar kapsamına alınmış olup sürveyansı yürütülmektedir. Hepatit B ve (Hepatit A, C, D ve E) diğerleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar altında incelenmemektedir.

2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi" tanı ve tedavi için uygulanması gereken standart yaklaşımlarla hizmet sunucularına yol gösterici olmuştur (34). Bu rehber içindeki bilgiler geçerli yeni bilgiler ışığında güncellenerek hizmet sunumuna katkı sağlamaktadır. Türk Dermatoloji Derneği Veneroloji Çalışma Grubu tarafından, Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin 2015 yılında yayınladığı Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberi'nin sık görülen hastalıklarla ilgili bölümleri de Türkçe'ye çevirilerek "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri-2015" başlığı ile ile bu alana katkı sağlamıştır (35).

Günümüzde bildirimi zorunlu hastalık gruplamasında Sifilis, Gonore ve Hepatit B "A grubu" Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar listesinde yer almakta, nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlar tarafından bildirimleri yapılmaktadır. AIDS "C grubu" Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar listesindedir, bildirimi kurum tabanlı veya sentinel olarak seçilmiş noktalardan günlük olarak yapılmaktadır. Chlamydia trachomatis ise "D grubu" Bildirimi Zorunlu Hastalıkların (Enfeksiyon Etkenlerinin) bildirimi listesinde yer alıp, laboratuvarlardan ve sentinel olarak enfeksiyon etkeninin bildirimi için seçilmiş laboratuvarlardan yapılmaktadır. Tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen sağlık hizmetleri sonucunda üretilen elektronik sağlık verileri kurumların kullanmakta oldukları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bilgi sistemine (Sağlık. NET-Online) aktarılmaktadır (34, 36-38)

Sifilis vakalarının bildirim esasları, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında da değişmemiş, hastanın açık kimlik bilgilerinin yer aldığı Frengi bildirge fişi ile resmi bildirim yapılması sürdürülmektedir (36). 2006-2015 yılları arasında ortalama her yıl 500 vakanın sifilis tanısı aldığı, 2015 yılı için sifilis morbidite hızının yüz binde 0,65 olduğu Sağlık Bakanlığınca bildirilmektedir (39). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 yılı Faaliyet Raporuna göre cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar olarak takibi yapılan hastalıkların başında sifilis gelmektedir. Bu raporda 2016 yılında 633'ü erkek ve 203'ü kadın olmak üzere toplam 836 yeni sifilis vakası tespit edilmiştir. 2016 yılında bildirilen Klamidya enfeksiyonu 38'i erkek, 87'si kadın, toplam 125 vakadır (40). Gonore açısından durum, 2003 yılından sonrasına ait sayılara ulaşılamasa da, hastanelerden yapılan bildirimlere göre belirlenmekte, 1986 yılında olgu sayısının 3411 vaka ile pik yaptığı, 2003 yılına dek her yıl ortalama 300-1000 arasında vaka bildirimi olduğu yayınlanmıştır (39). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 Faaliyet Raporuna göre 2016 yılında olası Gonore vaka sayısının 88, Gonore kesin vaka sayısının ise 82 olduğu belirtilmektedir (40).

HIV/AIDS vakalarının bildirimleri zorunlu olmakla birlikte, hasta kişilerin damgalanmalarını engellemek amacıyla özel sürveyans yürütülmekte, bildirimler isimsiz olarak yapılmaktadır. Ulusal AIDS komisyonu tarafından hazırlanan ikinci ve üçüncü Ulusal HIV/AIDS Program Çerçeve-

lerinde, 2002-2006 ve 2007-2011 yıllarında Avrupa Komisyonu ve Küresel Fon (AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş, Global Fund) desteği ile yapılan çalışmalarla yeni fırsatlar yaratılmış; ülkemizde ikinci kuşak sürveyans çalışmaları ve seks işçileri başta olmak üzere savunmasız gruplara yönelik geniş çaplı aktif önleme girişimleri başlatılmıştır. Bu iki kapsamlı ulusal programla sürdürülen çabalar, Türkiye Üreme Sağlığı Programı ve Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programının oluşturulmasını izleyen dönemde etkisini yitirerek, HIV bulaşını önleme çabalarının aksadığı ileri sürülmüştür(28). Bu bağlamda Ulusal AIDS Komisyonu toplantıları 2008-2015 yılları arasında sivil toplum kuruluşlarının katılımı olmadan gerçekleştirilmiş, Komisyonun işlevi ağırlıklı olarak akademisyenlerden oluşan bir Kurul tarafından yürütülmüştür. 2015 yılında tekrar eski üyeleri ile birlikte toplanan Komisyon, Halk Sağlığı Kurumu önderliğinde 2016-2020 yıllarında yürütülecek yeni bir HIV/AIDS Ulusal Stratejik Planı hazırlamıştır.

2013 yılında Türkiye'de kesin bir kaynak bulunmamakla birlikte genel izlenim HIV enfeksiyonuna tanı koymada gecikme olduğu yönündedir ve Ulusal Tarama Stratejilerinde, enfekte olduğu hâlde henüz tanı konmamış kişilere bir an önce tanı konması gerektiği amacı doğrultusunda HIV / AIDS Tanı Tedavi Rehberi hazırlanmıştır. Bu rehberde HIV/AIDS tanısı alanların izleme alındıklarında sifilis yönünden taranması ve risk, devam ediyorsa daha sonra da periyodik tarama önerilmektedir. Periyodik tarama yılda bir kez; çok sayıda partneri olanlarda, korunmasız cinsel ilişki hikâyesi verenlerde, uyuşturucu ile birlikte seks yapanlarda veya bu davranışları sergileyen bir partneri olanlarda daha sık (3-6 ayda bir) yapılması gereken bir tarama planıdır. Ayrıca Hepatit A, B ve C için de taramalar yapılması gereği öngörülmüştür (41). Sağlık Bakanlığın temel yaklaşımı "Tek çare tek eşliliktir" sloganı ile de ifade edilmekte, riskli cinsel temas varlığında doğru kondom kullanımına yoğunlaşmaktadır. Yapılan çalışmaların toplumda ve yüksek riskli davranışta bulunan gruplarda korunma ve önlemeye öncelik verildiği, şüpheli teması olan kişilerin HIV/AIDS hastalığı, bulaşma ve korunma yolları konusunda bilgilendirildiği ve HIV ile yaşayan kişilerin tedaviye kolay ve kesintisiz biçimde ulaşmasının sağlamayı amaçlayan etkinlikler olduğu bildirilmektedir (27).

Sağlık Bakanlığı verileri değerlendirildiğinde Türkiye'de HIV/AIDS olgularında bir artış olduğu gözlenmektedir. İlk iki HIV/AIDS olgusunun 1985 yılında bildirilmesinden günümüze kadar 01 Aralık 2016 tarihi itibarı ile doğrulama testi ile bildirilen 12.281 HIV ve 1.485 AIDS vakası olmak üzere toplam 13.766 vaka mevcuttur. Bu vakalardan son 11 ayda (2016 yılı içinde) doğrulama testi ile tesbit edilenlerin sayısı (1.661 HIV, 73 AIDS vakası olmak üzere) toplam 1.734 tür. Bu bilgi HIV/AIDS vakalarında artış olduğunu yansıtan bir bulgudur (40).

SON SÖZLER:

Cumhuriyetin kuruluşundan başlayan cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele ve önleme süreci ilk 40 yıllık dönemde dikey örgütlenme ile sifilisin kontrolüne yönelik çalışmalar olarak yürütülmüştür. Mücadele için yeni sağlık kurumları açılması, güncel tedavinin uygulanması, ücretsiz tedavi, tıbbi malzeme desteğinin sağlanması ve hastaların kaydedilip bildirimlerinin yapılması, tedaviye uyumlarının takip edilmesi önemli adımlardır. Başlangıçtan beri iyi bir kayıt sisteminin varlığı bugün bile vaka sayılarına ulaşmayı ve alınan önlemleri değerlendirmeyi kolaylaştırmaktadır. Ancak bu hastalıklarda nerdeyse tek sorumlunun kadınlar ve seks işçileri olarak algılanarak toplumda sağlıklı bir nesil yetiştirme gereği vurgusuyla ifade edilen ahlaki normlar bu dönem için temel karakteristikler olmuştur. Dikey örgütlenme modeli, sistem içinde izlenen kişilere karşı stigmatizasyon oluşmasını kolaylaştırmış, toplumda kaygı ve korkuyu artırmıştır.

Sonraki yıllarda, 1960-1980 döneminde dikey örgütlenme ile yürütülen özel birimlerin sayısında olan azalma ile birlikte hükümet tabiplikleri ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde sağlık ocakları ve burada çalışan sağlık personeli ilgili hizmetleri paylaşmıştır. Hizmet sunumunda yatay ve dikey örgütlenmenin karışık olduğu bu dönemde kayıtların düzgün tutulduğu ve bildirimlerin yapıldığı "kara kaplı defter" in kaygı oluşturmaya devam ettiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerin tüm yurtta sosyalleştiği 1980-2000 yılları arasında dikey örgütlenme örgütleri nerdeyse tamamen kapatılarak hizmet sunumu sağlık ocakları ve hastaneler üzerinden yürütülmüştür. HIV/AIDS'in ilk vakalarının belirlenmesi ile toplumdaki sifilis stigmazisyonu ve korkusunun yerini HIV/AIDS almıştır. Ancak, sağlık hizmetlerinde küresel boyutta HIV/AIDS'e yaklaşımın ülkeye yansıması olarak ifade edilebilecek, önemli değişimler olmuştur. Özellikle kurumlar arası işbirliği, sivil toplum kuruluşların önleme, eğitim faaliyetlerine katılımı, test öncesi ve sonrası danışmanlık, tanı, tedavi, kondom kullanımının desteklenmesi, savunmasız gruplara önem verilmesi, vakalarının isimsiz, kodla bildirilmesi, örgün ve yaygın eğitimde bilgilendirme çalışmalar yapılması etkili örneklerdir. Başta sifilis olmak üzere diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda bu tür yaklaşımların ihmal edilmesi, sifiliz vakaları için hala "frengi bildirim fişi" kullanılması cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele sürecinde daha çok yol alınması gerektiğini düşündürmektedir.

2000'li yıllardan günümüze gelindiğinde Sağlık Bakanlığının bildirim ve sürveyans sisteminin önceliği ve önemine vurgu yapan mevzuat değişikliklerinin yapılması ve ilgili görevin her sağlık kurumunda gerçekleştirilmesi öngörülerek yaygınlaştırılması önemli bir gelişmedir. Zaman içinde uluslararası fonların maddi desteğinde stigmatizasyonun azaltılması için savunuculuk, önleme, korunma çalışmalarında Sağlık Bakanlığı ile sivil toplum kuruluşların işbirliği yaparak bunu başarılı şekilde sürdürebilmesi, potansiyel olarak geleceğe ümit veren bir bulgu olarak değerlidir.

Sağlıkta dönüşüm uygulamalarında hastalık bildirimlerinin nüfus tabanlı sistem temelinde ülke genelinde hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları tarafından yaygın olarak yapılması beklentisinin tam olarak gerçekleştiğini söylemek güçtür. Sağlık bilgi sistemleri, CYBE/HIV/AIDS i de içerecek şekilde, bulaşıcı hastalıklarla ilgili doğru, zamanında ve eksiksiz bilgi akışını sağlamak için geliştirilmelidir. Son yıllarda sivil toplum kuruluşları ile işbirliği, topluma yönelik eğitim, savunmasız grupların desteklenmesi gibi konularda önemli gerilemeler olduğu ifade edilmektedir. CYBE/HIV/AIDS ile ilgili davranış bilgilerini içeren araştırmalar neredeyse yoktur. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları arasında işbirliğinin yeniden başlatılması gerekmektedir. Olguların kişisel bilgilerinin saklanarak yürütüldüğü CYBE/HIV/AIDS durumlarının değerlendirildiği sentinel sürveyans, ikinci kuşak sürveyans, davranışsal sürveyans, pasif sürveyans, (olgu raporlama), pediatrik olgu raporlama, ölüm kaydı vb değerlendirilmelerin yapılması, bulguların paylaşılması, gelecek programlar için alınması gereken önlemlerin yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1-Frenginin men ve tahdidi sirayeti hakkında kanun, 07.03.1921, RG:5, https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc001/kanuntbmmc001/kanuntbmmc00100090.pdf [Erişim Tarihi: 23.03.2017]

2-Şenel Ş. 19.yüzyılda Kastamonu vilayetinde frengi hastalığıyla mücadele, Sosyal Bilimler Dergisi, Beşeri Bilimler Sayısı. 2015, 13(1):256-274.

3-Ağaçfidan A, Akın L. Türkiye'de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'in sürveyans sistemine ilişkin durum analizi, Sağlık Bakanlığı/Avrupa Topluluğu Sürveyans Çalışması, 2004 (Yayınlanmamış Rapor).

4-Umumi hıfzıssıhha kanunu http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf [Erişim Tarihi: 23.03.2017]

5-Küntay E, Çokar M. Ticari seks medya dosyası, CETAD, İstanbul, 2007:3-59 http://www.ikgv.org/sws_dosyalar/CETAD_resimli.pdf [Erişim Tarihi: 25.03.2017]

6-Okyay E, Doğan F, Tokgöz M. Türkiye'de 1926-1986 yılları arasındaki frengi kontrol çalışmalarının epidemiyolojik incelenmesi. Ege Üniv. Tıp Fak. Derg. 1989, 28(1): 47-55.

7-Evlenme muayenesi hakkında nizamname, R.G., No:21, Eylül 1931, Sayı: 1904, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=-com_content&view=article&id=70:evlenme-muayeneshakkinda-namname&catid=4:t&Itemid=31 [Erişim Tarihi: 25.03.2017]

8-Evlendirme yönetmeliği. R.G. No: 07/11/1985 – 18921 http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.859747.pdf [Erişim Tarihi: 25.03.2017]

9-Evlendirme yönetmeliği'nde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. R. G. No: 06/09/2003 – 25221 http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/09/20030906.htm#7 [Erişim Tarihi: 25.03.2017]

10-Ege R. Atatürk ve Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri 1923-1998 (83. Kitap), İzmir, 1998:5-116.

11-Meliha Özpekcan, Türkiye Cumhuriyetinde sağlık politikaları (1923-1933) İstanbul Üniversitesi, Atatürk İlke ve İnkılapları Tarihi Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,1999.

12-Rüya KILIÇ, Türkiye'de frenginin tarihi, KEBİKEÇ, 2014, 38:291-306.

13-Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı çalışmaları ve tıbbi istatistik yıllığı, 1956-1959, Hazırlayan: Yusuf Tunca, Ankara 1961. http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/85b06c5ae3a141e5a4844365f1817b52.pdf [Erişim Tarihi: 25.03.2017]

14- M Arpacı, Hastalık, Ulus ve Felaket: Türkiye'de Frengi İle Mücadele (1920–1950), Toplum Ve Bilim, 2014, Sayı: 130 s:59-86. https://www.academia.edu/7257868/Hastal%C4%B1k_Ulus_ve_Felaket_T%C3%BCrkiye_de_Frengi_%C4%B0le_M%C3%BCcadele_1920_1950_

15- Türkiye sağlık istatistik yıllığı 1964-1967, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yayın No:413, Ankara, 1971. http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/731d8b8143b440a583d3e7f326d474fb.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

16- Sağlık istatistik yıllığı 1968-1972, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1975. http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/731d8b8143b440a583d3e7f326d474fb.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

17-80 Yılda Tedavi Hizmetleri, (1923 - 2003) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004. https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1l20kitap-sonpdf.pdf?0 [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

18- Millet Meclisi toplantı tutanakları, B: 56 19 . 2 . 1969 O : 3, https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MM__/d02/c034/b056/mm__020340560130.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

19- Eren N. Sağlık yönetimine giriş, Feryal matbaacılık, Ankara, 2000.

20-Eren N, Öztek Z. Sağlık ocağı yönetimi, Genişletilmiş 4. Basım, Palme yayınları, Ankara, 1990

21-Frengi savaş yönetmeliği. RG: 12.04.1983 tarih ve 1806 sayı http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18016.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

22- Millet Meclisi toplantı tutanakları, B : 51 23 . 2 . 1980 O : 2 https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MM__/d05/c015/b051/mm__050150510083.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

23- Bulut A; Yolsal N; Filippi V; Graham W. In search of truth: comparing alternative sources of information on reproductive tract infection. Reproductive Health Matters. 1995 Nov; (6):31-9.

24- Akın L. Türkiye'de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:655-665.

25- Başer Z.Türkiye'de HIV/AIDS mücadelesinde yapılanma. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS, s:275-284.

http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/hiv_aids/17.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

26-Muzaffer Fincancı, Berna Eren. Aşı ile önlenebilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi, 2006 yenilenmiş 3 basım, Ed: Neyzi O, Özgülnar N. Aşama matbaası, İstanbul.

27-Dünya AIDS Günü 2016. https://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/198-bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-haberler/dunya-aids-gunu.html [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

28- İncinebilir Gruplara Yönelik HIV ile İlgili Biyo-Davranış Araştırması, İstanbul 2010; Araştırma Raporu. AIDS Savaşım Derneği, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 2010.

29- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi, Düzenleyenler: Olcay Neyzi, Nuray Yolsal, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, UNFPA İstanbul, 1997.

30- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt 1. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.

31 - Bulaşıcı hastalıkların bildirimi sistemi yönergesi, 2004, https://www.saglik.gov.tr/TR,11238/bulasici-hastaliklarin-ihbari-ve-bildirim-sistemi-yonergesi.html [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

32- Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği, R.G:30.5.2007 – 26537, http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530.htm [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

33- Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 2011. R.G: 02/04/2011 – 27893 http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110402.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110402.htm [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

34- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, 2004. http://shsm.gov.tr/public/documents/legislation/bhkp/bh/bhibs/BulHastBilSistStanSurveLabReh.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

35- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi rehberleri, 2015, Galenos yayınevi, İstanbul, 2016 http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/20/slider/tan%C4%B1%20rehberi/cinsel-yolla-bulusan-hastal%C4%B1klar-tedavi-rehberleri.pdf [Erişim Tarihi: 25.07.2017]

36-Frengi bildirge fişi. http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/bulasici_hastaliklar_db/dokumanlar/formlar/FIRENGI_BILDIRGE_FISI.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

37-Hastanelerde bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim mekanizması, http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/bulasici_hastaliklar_db/dokumanlar/hastane/hastanelerde_bulasici_hastalik_bildirimi.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

38-Form 014-D, Grup D enfeksiyon etkenleri bildirim fişi, http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/bulasici_hastaliklar_db/dokumanlar/formlar/FORM_014D.pdf [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

39- Bulaşıcı hastalıklar istatistikleri http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html [Erişim Tarihi: 25.04.2017]

40- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 faaliyet raporu, Şubat 2017, Ankara. http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/strateji-db/birimler/stratejik-yoneti-planlama/idari-faaliyet-raporu/2016_faaliyet_raporu-13.03.2017.pdf [Erişim Tarihi: 25.07.2017]

41-HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No 919, Ankara, 2013. http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/hiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf [Erişim Tarihi: 25.07.2017]

HASTANE ENFEKSİYONLARI

Prof. Dr. Selma KARABEY, Uzm. Hem. Hatice KAYMAKÇI

GİRİŞ

Hastane enfeksiyonlarıyla sistemli mücadelenin başlatılması için önce öneminin, yani yol açtığı can kayıplarının anlaşılması gerekmiştir. Bu da gerekli verilerin toparlanıp derlenmesi ve sonuçların sayısal olarak gösterilebilmesi sayesinde olmuştur. Bu yönüyle hastane enfeksiyonlarıyla mücadelenin tarihçesi halk sağlığının temel çalışma ilkelerinin gelişimiyle paralellik göstermektedir. Nitekim araştırma yöntemlerinin daha çok yetkinlik kazanmaya başladığı 1950'li yıllarda hastane epidemiyolojisi bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır.

Hastane epidemiyolojisi alanında kilometre taşı niteliğindeki çalışma Ignaz Philipp Semmelweis tarafından gerçekleştirilmiştir. Semmelweis, 1847 yılında Viyana Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin doğum kliniğine asistan olarak atandığında klinik iki servisten oluşuyordu: birinde ebelik, birinde tıp öğrencileri eğitim görüyordu. Semmelweis her iki servisin ölüm kayıtlarını incelediğinde hekim ve tıp öğrencilerinin servisinde anne ölümlerinin %10, ebelerin doğum yaptırdığı serviste ise %3 civarında olduğunu belirledi. Birçok seçeneği içeren uzun araştırmaları sonucunda; tıp öğrencilerinin otopsi yaptıktan sonra servise gidip, gebeleri muayene ettikleri için ölü et sürüntülerinin gebelere geçtiğini belirledi. Hemen ardından kadavranın başından gebe muayenesine gelen tıp öğrencilerine kadınları muayene etmeden önce ellerindeki kadavra kokusu gidinceye dek klorlu suyla fırçalamalarını şart koşan bir emir yayınladı. Bu müdahalenin sonucu çok çarpıcı oldu: Hekimlerin servisindeki 3556 doğumdan yalnızca 45 tanesinde (%1.3) anne ölümü saptandı. O dönemde ebelerin servisindeki mortalite hızı %1.2 idi (1).

Ardından, Florence Nightingale askeri hastanelerde güvenli gıda, su ve temiz bir çevrenin ölüm hızlarında büyük bir azalma yaratacağını gösterdi. Çok kararlı bir şekilde hastane hijyeni konusunda mücadele etti ve bunun sonucunda da önemli gelişmelere vesile oldu. Nightingale, Britanya sağlık hizmetlerinde önemli izler bırakmış olan "Hastaneler Üzerine Notlar" kitabında bir hastanenin sanitasyon koşullarıyla gangren, erizipel, piyemi gibi ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu savundu. Servis hemşirelerinin hastanelerdeki ölümler için kapsamlı bir bildirim çalışması yürütmelerini önerdi. Bu fikre günümüzde enfeksiyon kontrol hemşirelerinin yürüttüğü sürveyans çalışmalarının öncülü denebilir. Kitabında Farr'ın sağlık çalışanlarındaki ölümlerle ilgili analizlerine de yer verdi. Hemşire ve başhemşirelerde bulaşıcı hastalıklardan ölüm riskinin daha yüksek olduğuna işaret etti (1).

1800'lü yıllarda cerrahide en önemli problem operasyon sonrası meydana gelen enfeksiyonlar ve bu sebeple hastanın ölümü idi. İngiliz cerrah Joseph Lister (1827-1912) hava kaynaklı mikroorganizmaların cerahatlenmeye neden olduğu varsayımından yola çıkarak ameliyathane havasına karbolik asit püskürtmeye başladı. Antiseptik uygulanmayan 1864-1866 yılları arasında ampütasyon sonrası mortalite hızı %46 iken, antiseptik uygulanan 1867-1869 yılları arasında %15'e gerilemişti (2).

20.Yüzyılın ilk yarısında peşpeşe eldiven, önlük, maske kullanımı yaygınlaşmaya başladı. Giderek hastaya temas edecek tüm malzemenin sterilize edilmeye başlanmasıyla gerçek bir asepsi yaklaşımı ortaya çıkmış oldu. Böylece cerrahi yara enfeksiyonları kontrol altına alınmaya başlandı (1).

Antibiyotiklerin icadı da enfeksiyon kontrolünde büyük değişim yarattı. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra penisilin bulundu. Enfeksiyonlar görülse bile artık tedavi edilebiliyor, sepsis oluşumu önleniyordu. Ameliyat sonrası yara enfeksiyonlarını önlemek için profilaktik antibiyotik kullanımı başladı (1). Ancak antibiyotiklerin dikkatli kullanılmazsa faydadan çok zarar vereceği çok değil, 15-20 yıl içinde anlaşıldı. Tıp dünyasının önünde artık antibiyotiklere direnç geliştiren mikroorganizmalarla mücadele etmek gibi daha önceden karşılaşılmayan karmaşık bir sorun belirmişti.

ABD'de 1960'lara dek az sayıda hastanede yürütülen enfeksiyon kontrol programları 1970'lerde yaygınlık kazanmaya başladı. Hastanelerde uygulanmaya başlanan enfeksiyon kontrol programlarında CDC'nin çabalarıyla halk sağlığı modelinin hakim kılınması ve giderek bu programların ayaktan hizmet sunan sağlık kuruluşlarını da içine alması çok değerli oldu. Sözü edilen model, hastane enfeksiyonlarını saptamak için sistemli veri toplanması, bu verilerin sürekli olarak analiz edilmesi, epidemik

ve endemik hastane enfeksiyonları için salgın inceleme tekniklerinin uygulanması, risk altındaki hasta, personel ve ziyaretçileri koruma için hastanelerde önleyici müdahaleler geliştirilmesi olarak özetlenebilir. Hastanelerde çalışan personel halk sağlığı ve epidemiyoloji alanında eğitilerek enfeksiyon kontrol programlarında görevlendirildiler. Enfeksiyon kontrol görevlisi görevine çoğunlukla hemşireler ve laboratuvar teknisyenleri atandılar. Bu görevliler genellikle iç hastalıkları uzmanı veya diğer klinisyenlerden seçilen ve eğitim almış hastane epidemiyologlarının denetimi altında çalışıyorladı. Bu süreçte resmi olarak değilse bile uygulamada halk sağlığı modeli standart haline geldi. Aktif ileriye dönük sürveyans, veri analizi ve raporlama programın temel bileşenlerindendi. Ayrıca hastane çalışanlarının enfeksiyon kontrolü hakkında eğitilmeleri ve bu yolla enfeksiyon önleme yöntemlerinin uygulamaya konuşu programın önemli bir diğer bileşenleri oldu (3).

1970 lerin ortalarına dek hastane enfeksiyonlarının sağlık hizmetleriyle ilişkili önemli bir tehdit olduğu yaygın kabul görmesine karşın, tüm hastaneler enfeksiyon kontrol programı uygulamıyordu. Uygulamaların etkinliğini kanıtlayan çalışmalar henüz yapılmamıştı. CDC önemli bir kilometre taşı olan Nozokomiyal Enfeksiyon Kontrolünün Etkinliği Çalışması'nı (SENIC-surveillance and central programs in preventing *nosocomial infections)* başlattı. Bu çalışmanın sonuçlarına göre örgütlü sürveyans ve kontrol faaliyetlerini yürüten, eğitimli bir enfeksiyon kontrol hekimine, 250 yatağa bir enfeksiyon kontrol hemşiresine ve cerrahlara enfeksiyon hızlarını bildiren bir sisteme sahip olan programları yürüten hastanelerde hastane enfeksiyonu hızları %32 düzeyinde azalıyor, etkili bir programa sahip olmayan hastanelerin ise 1970-1976 yılları arasında genel enfeksiyon hızları %18 civarında artıyordu (4-5). Son yıllarda çeşitli enfeksiyon kontrol önlemlerinin birarada uygulanmasıyla bazı enfeksiyonları "sıfır"a indirmenin dahi mümkün olabileceği de gösterildi (5-6-7).

Özellikle Batı ülkelerinde nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların ve sürekli bakıma ihtiyaç duyan insanların artması gibi nedenlerle sağlık hizmet sunumu hastaneler dışında geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Hastalar, evde veya bir sağlık kuruluşunda çok sayıda sağlık çalışanıyla ve enfeksiyon riskleriyle karşılaşmaktadır. Hastane enfeksiyonlarıyla ilgili literatürde sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon (SHİ) terimi 2000'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır (8).

Ülkemizde hastaneler hala sağlık hizmetinin odak noktasını oluşturuyor olsa da, önümüzdeki süreçte bizde de ABD ve batı ülkelerine benzer bir eğilimin ortaya çıkacağı tahmin edilebilir. Özel sağlık kuruluşlarının, engellilere yönelik merkezlerle diyaliz merkezlerinin ve evde bakım hizmetlerinin özellikle büyük kentlerde hızla yaygınlaşması bu ihtiyacın önemli işaretleridir.

CUMHURİYET TÜRKİYESİ'NDE ENFEKSİYON KONTROLÜ

Ülkemizde tıpta uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri alanında gelişmiş ülkeler yakından takip edilmesine rağmen, hastane enfeksiyon kontrol çalışmalarında aynı başarının sağlandığını söylemek mümkün değildir. Önceki bölümlerde bahsedildiği gibi başta ABD ve İngiltere'de enfeksiyon kontrolü alanında 1950'li yıllarda başlatılan sistemli çalışmalar bizim ülkemizde 30-40 yıl sonra başlayabilmiştir. Oysa bilimsel çalışmalara bakıldığında Prof. Dr. Enver Tali ÇETİN'in 1958 yılından başlayarak potansiyel patojen bakteriler konusunda gerçekleştirmiş olduğu yayınlar önemli kaynaklardır (97). Batı ülkelerinde de hastane enfeksiyonlarıyla ilgili kurumsallaşma sürecinin o yıllarda başladığı dikkate alındığında; Çetin'in dünyadaki gelişmeleri o dönemin kısıtlı koşulları içinde bile ne denli yakından izlediği anlaşılabilir. Çetin sonraki yıllarda da bu konuya ilgisini hiç azaltmamış; deneyimlerini yayına dönüştürme konusunda en üretken bilim insanlarından birisi olarak yayınları aracılığıyla sürekli olarak gelişmeyi hedeflemiştir (108).

Enfeksiyon kontrol çalışmalarının ülkemizde neden bu denli geç başladığı irdelenirse ilk göze çarpan neden uzun yıllar hastane enfeksiyonlarının önlenmesi alanında güçlü bir yasal dayanak bulunmayışı olabilir. Konu ile ilgili ilk yasal düzenleme 22/05/1974 tarihli 14893 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Tababet Uzmanlık Yönetmeliği"-dir. Yönetmelikte uzmanlık eğitiminin yapılacağı kurumlar tanımlanırken küçük bir bölüm halinde enfeksiyon komitelerinden de bahsolunmuştur. Ancak, aşağıda ilgili maddeleri görülen bu yönetmelikte komitelerin oluşturulması zorunlu tutulmadığı, ve de yapması gerekenlerin ayrıntıları belirtilmediği için olsa gerek, enfeksiyon kontrolünün gelişmesi için yeterli olamamıştır (119).

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği (1974)

Enfeksiyon Komitesi:

Madde 17 - Genel Tedavi Kurumlarında Enfeksiyon Komitesi, kurum amir yardımcısı başkanlığında biri iç hastalıkları veya yan dalları, biri genel şirürji (çocuk şirürjisi, göğüs kalp ve damar şirürjisi, plastik ve rekonstrüktif şirürji, kulak-burun-boğaz, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji de olabilir), biri bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı, birisi de başhemşire olmak üzere 5 kişiden oluşur. Özel Dal Tedavi Kurumlarında ise kurum amiri yardımcısı başkanlığında biri özel dal uzmanı, biri bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıklar uzmanı ve biri de başhemşireden olmak üzere dört kişiden oluşur. Gerektiğinde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, eczacı, hastane müdürü, diyetçi, çamaşırhane sorumlusu ve diğer kısımlar temsilcileri de toplantılara çağrılırlar. Kararlar, karar defterine geçirilir, komite başkanı tarafından yürütülür.

Komitenin Görevleri:

Madde 18 - Enfeksiyon Komitesi, kurum içinde infekte

hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vektör ve hava aracılığı ile asepsi ve antisepsi yetersizliği, araç gereç ve başka nedenlerle meydana gelebilecek enfeksiyon ve yayılmalara karşı gerekli tüm tedbirleri alır.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik daha ayrıntılı kurallar 13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde tanımlanmıştır. Ancak burada da hastane enfeksiyonu kontrol komiteleri ile ilgili hiçbir hüküm yer almamaktadır (120).

Ülkemizde hastane enfeksiyonlarının kontrolü için özel çalışmalar yapmak için komitelerin kurulması 1980'li yıllarda görülen etkinliklerle olmuştur. Yasal zorunluluktan değilse bile, bilimsel sorumluluktan olsa gerek 1984'de Prof. Dr. H. E. AKALIN Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde, Prof. Dr. E. T. ÇETİN de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitelerinin kurulmasına öncülük etmişlerdir. Bu iki kurumu takiben 1989'da Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi ve İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi'nde enfeksiyon kontrol komiteleri kurulmuştur (131). Daha sonra başka üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri de komitelerini oluşturma çabalarına başlamıştır. İlerleyen yıllarda bu komitelerin çoğu konu ile ilgili yeterli ve kapsamlı yasal dayanak bulunmaması, lisans (mezuniyet öncesi) ve uzmanlık dönemi eğitimlerinde hastane enfeksiyonlarının yeterince yer almaması ve konuyla doğrudan ilgilenecek hekim ve hemşirelerin özel eğitimlerinin (sertifikasyon programı vb.) yapılamamış olması ve hastane yönetimlerinin ilgisizliği nedeniyle aktif olarak çalışamamıştır (142). Hastane idareleri enfeksiyon kontrolüne kaynak ayırmayı gereksiz bulmuş, konuyla ilgili çalışmak isteyenlere yeterli destek verilmemiş, hatta bazı kurumlarda çalışmalara engel bile olunmuştur (153).

Tüm bu olanaksızlıklar içinde konunun önemine yürekten inanmış olan bir avuç hekim ve hemşire ısrarla çalışmaya ve savunuculuk yapmayı sürdürmüşlerdir. Tam bu noktada Selma Karabey'in ilgili paylaşımına yer vermek anlamlı olacaktır (108):

"Prof. Dr. Haluk Eraksoy'un danışmanlığında hazırladığım "Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Staphylococcus aureus'un Burun Taşıyıcılığının Prevalansı" isimli uzmanlık tezimle 1990 yılında Halk Sağlığı uzmanı olduktan sonra aynı yılın sonbaharında Londra'da yapılan Hastane Enfeksiyonları Kongresi'ne tezimden hazırladığım bildiriyle katılmıştım. Kongreye Semra Çalangu Hocam'ın kişisel çabalarıyla sağladığı destekle gidebilmiştim. Kongrenin kahve aralarından birinde E.T.Çetin Hocam'la karşılaştık. Hocam, 1985 yılında kurulmuş olmakla birlikte arzu ettikleri düzeyde aktif hale getiremedikleri enfeksiyon kontrol komitesini Türkiye'ye döndüğünde yeniden canlandırmak istiyordu. Ben de bu konuda çalışmak için yanıp tutuşuyordum. Böylece Çetin ve K.Töreci Hocalarımla İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda çalışmaya başladım. O dönem bütün mesaimi bu konuya ayırabildiğim için şanslıydım, yoğun okuma süreci ve yurt dışındaki çalışmalarla deneyim kazanma gayreti içindeydim. Komiteyi yeniden yapılandırdık. Komitede tam zamanlı çalışan bir enfeksiyon kontrol hemşiresi edinebildik. Önce el yordamıyla, gönüllü üç klinikte pasif sürveyansa başladık. Ancak toplanan veriler güvenilir olmaktan çok uzak olduğu için bir süre sonra bu yöntemden vazgeçerek, kitaplarda önerilen aktif, prospektif sürveyans çalışmalarına Genel Cerrahi Kliniği'nde başladık. Kendi olanaklarımızla geliştirdiğimiz bir yazılımla veri analizlerimizi yapmaya başladık….."

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Enfeksiyon Kontrol Komitesi'ne katılan A. Bulut, on yıl süre ile 2000 yılına kadar komitede epidemiyolog üye olarak görev yaptı. Enfeksiyon Kontrol Komitesi başkanlık görevlerini büyük bir özenle yerine getiren,

sırasıyla E.T.Çetin, K.Töreci, E.Öngör, S. Çalangu, Ş.Yenen ve H.Eraksoy'un adlarını da bu satırlarda görünür kılmak gerekir.

Enfeksiyon kontrolü alanındaki çabaların bir örneği olarak 7-10 Ocak 1992 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitesi ile Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği'nin işbirliğinde 1.Türk Hastane Enfeksiyonu Kongresi yapıldı. O tarihe dek ülkemizde hastane enfeksiyonları konusu diğer kongreler içinde "oturum" olarak yer alabilmekte iken, ilk kez

1992'de müstakil bir kongre olarak ele alındı ve bu kongre Türkiye'nin dört bir yanından, ilgili tüm disiplinlerden insanı bir araya getirerek deneyimlerin paylaşılmasını sağladı. Böylece kendisinden sonraki gelişmeler için bir tür itici güç, "rüzgar" görevi gördü (108).

Kongre programında hastane enfeksiyonlarının kontrolü, mikrobiyolojisi, çeşitli birimlerde görülen hastane enfeksiyonlarının kontrolü, enfeksiyon kontrolünde hemşireliğin rolü gibi konular yer almıştır. Kongrede ayrıca 28 adet sözlü, 50 adet poster olmak üzere toplam 78 adet bildiri sunumu gerçekleşmiştir. Bu kongre kendi alanında düzenlenmiş ulusal düzeydeki ilk kongredir (164).

Resim 1. 1.Türk Hastane Enfeksiyonu Kongre Duyurusu

Yayın Yılı	Kılavuz Adı
2004	Üriner Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi
2005	Damar İçi Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi
2006	İzolasyon Önlemleri
2008	El Hijyeni
2008	Sağlık Hizmeti ile İlişkili Pnömoninin Önlenmesi
2011	Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon
2012	Üriner Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi

Kongreden bir yıl sonra merkezi Londra'da bulunan Hospital Infection Society'nin sağladığı burs ile İstanbul Tıp Fakültesi Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitesi üyeleri Y.

Doç. Dr. Selma Erbaydar ve Uzm. Hem. Asiye Eksik 1993 yılında beş hafta süreyle eğitim ve gözlem çalışmaları için Londra North Middlesex Hospital'a gittiler. Public Health Laboratory Service'i de kapsayan çalışma sonrasında edindikleri bilgileri Türkiye'deki enfeksiyon kontrol çalışmalarına taşıdılar.

Resim 3. Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Tarafından Yayınlanan El Hijyeni Kılavuzu (186)

Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği

1996 yılındaa Hacettepe Tıp Fakültesi Enfeksiyon Bölümü önderliğinde elliden fazla kurumun katılımıyla yürütülmeye başlanan NosoLINE projesi hastane enfeksiyonu kontrol çalışmaları için önemli adımlardan biridir. Bu proje ile yakın zamanlarda Hastane Enfeksiyonları Dergisi yayınlanmaya başlamış, 2000 yılında ise Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği kurulmuştur. Projenin hayata geçmesini sağlayan kişilerin derginin ve derneğin kurulmasına da liderlik ettiğini söylemeliyiz.

Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği'nin her yıl dönüşümlü olarak düzenlediği kongre ve eğitim programları, yayınladığı kitaplar ve Tablo 2 de sıralanan enfeksiyon kontrol kılavuzları ülke düzeyinde konu ile ilgili çalışmaların yaygınlaşmasında büyük rol oynamaktadır.

Tablo 1. Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Tarafından Yayınlanan Kılavuzlar (18)

Resim 2. Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Tarafından Yayınlanan Kitaplar (175)

El Hijyeni Kılavuzu Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği'nce oluşturulan çalışma grubu tarafından hazırlanarak 2008 yılında yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından da dijital ortamda paylaşımı yapılan kılavuzun güncellenmesi çalışmaları sürdürülmektedir.

Enfeksiyon Kontrolünde Bir Milat: Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği

Yukarıda sözü edilen tüm bu çabalarla artan toplumsal duyarlılık yasal alanda da sonuç vermiştir. Eski Ulaştırma Bakanı Veysel Atasoy'a plevral efüzyon tetkiki esnasında MRSA bulaşması ve uygun tedavilere rağmen MRSA enfeksiyonlarının daha sonra tekrarlaması ve ölümünün ardından Sağlık Bakanlığı harekete geçmiştir. Bakanlığın daveti ile Ankara'da 3 Eylül 2004 tarihinde eğitim ve araştırma hastanelerinden, tıp fakültelerinden, ilgili derneklerden uzman hekimlerin, bilim insanlarının davet edildiği bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantıda hastane enfeksiyonları alanındaki başlıca sorunlar, mevzuattaki eksiklikler, hizmete uygun eğitim almış personel sayısındaki yetersizlikler, standart bir eğitim programının bulunmayışı, hastane enfeksiyon hızlarının ülke çapında saptanması ve karşılaştırılmasına imkan sağlayacak bir ulusal sürveyans sisteminin kurulmamış olması, ulusal standartların ve rehberlerin olmayışı olarak belirlenmiştir. Hemen ardından hastane enfeksiyonları alanında Bilimsel Danışma Kurulu oluşturularak kısa vadeli ve uzun vadeli hedefler saptanmıştır (142). Bilimsel Danışma Kurulu sekreteryasını yürütmek, koordinasyonu sağlamak ve ulusal sürveyans verilerini toplamak üzere Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında oluşturulan "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans ve Kontrol Birimi" ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde

yer alan "Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı" ile aktif çalışmalara başlanmış, "Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu (BDK)" kararları hızla hayata geçirilmiştir. Daha sonra bu çalışmalara "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" dahil edilmiştir (153).

2005 yılında bazı üniversite ve devlet hastanelerinin yenidoğan ünitelerinde yaşanan hastane enfeksiyonu salgınları medya ve kamuoyuna yansımış, konu ile ilgili çalışmaların hız kazanmasına neden olmuştur. Öncelikle hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi çalışmalarının etkili bir şekilde yürütülebilmesi için gerekli yasal düzenleme ivedilikle yapılmıştır. "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" (Resmi Gazete; 05/05/2005/25806) ile "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği" (Resmi Gazete; 11/08/2005/25903) yayımlanarak yürürlüğe girmiş, böylece yıllardır ihtiyaç duyulan yasal destek kapsamlı şekilde sağlanmıştır. Yönetmelikte enfeksiyon kontrol komitesinin, enfeksiyon kontrol ekibinin, enfeksiyon kontrol hekiminin ve enfeksiyon kontrol hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları kapsamlı ve açık bir şekilde belirlenmiş; hastane şartlarına göre ihtiyaç duyulan konularda alt komitelerin oluşturulabileceği belirtilmiştir. Yönetmelik gereği tüm kamu hastaneleri ile özel hastaneler kurdukları enfeksiyon kontrol komitelerini etkin bir şekilde çalıştırmak, enfeksiyon kontrol hekimi ile, her 250 yatak için bir enfeksiyon kontrol hemşiresini görevlendirmek, uygun bir enfeksiyon kontrol programı oluşturmak, enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, sağlık personelini eğitmek, sürveyans yapmak, sürveyans verilerine göre enfeksiyon kontrol politikalarını belirlemek, sürveyans sonuçlarını hastane yönetimine ve Sağlık Bakanlığına bildirmek, antibiyotik ve dezenfektan kullanımı ile sterilizasyon uygulama politikalarına yardımcı olmak gibi temel görevleri yerine getirmekle sorumlu tutulmuştur. Yönetmelik, hastane enfeksiyon kontrol komitesi kararlarının uygulanması için idarelere görev yüklemiştir (142). Türkiye'de hastane enfeksiyonlarıyla mücadele tarihi bu yönetmelikten önce ve sonra olmak üzere ikiye ayrılabilir.

Yönetmelikte 25 Haziran 2011 tarihinde değişiklik yapılarak "Yıllık ortalama yatak doluluk oranı dikkate alınarak her yüz elli dolu yatak için bir enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi zorunludur." ibaresine yer verilmiştir (197).

Resim 4. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğine Göre (2005) Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları (2018)

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI	
EK Programı	Hastane için EK programını belirleyerek uygulamak.
EK Hedefleri	EK programı için hedefler koymak, yıllık çalışma raporunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek.
Sürveyans	Hastaneye uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak.
Sürveyans Raporu	Üç ayda bir, hastane yönetimine sürveyans raporu sunmak.
Eğitim	Hastane personeline, HE ile ilgili sürekli eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek.
Enfeksiyon Kontrolü	Bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek.
Karar-Görüş	EK ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve hastane yönetimine iletmek.
İnşaat-Onarım	Görev alanı ile ilgili hususlarda, hastanenin inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde hastane yönetimine görüş bildirmek.
Satın Almalar	EK ile ilgili her türlü mal, sarf malzeme ve demirbaş ile antibiyotik alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek.
DAS İlkeleri	Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon (DAS) işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek ve kullanımını denetlemek.
EK Standartları	Hastane için EK standartlarını yazılı olarak belirlemek.
Antibiyotik	Antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek.
Faaliyet Raporları	Yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını hastane yönetimine sunmak.

Türk Tabipleri Birliği Komisyon Raporu

Ülkemizin yeni doğan ünitelerinde ardarda gelen bebek ölümlerinin ardından Türk Tabipleri Birliği tarafından ilgili uzmanlık dernekleri yöneticileri, tıp fakülteleri ve hemşirelik yüksek okulları öğretim üyeleri, eğitim hastanelerinden uzmanlar ve ilgili hemşirelik dernekleri temsilcilerinden bir komisyon oluşturularak 8 Ağustos 2005 tarihinde çalışmalarına başlamıştır.

Resim 5. TTB Yenidoğan Yoğun Bakım Birimlerinde Bebek Ölümleriyle İlgili Komisyon Raporu (2119)

Komisyon çalışması, yenidoğan yoğun bakım birimlerinde ölümle sonuçlanan nozokomiyal enfeksiyonların oluşumundaki temel ve ara nedenleri/etkenleri saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yenidoğan ölümlerinin sık görüldüğü hastanelerde yenidoğan yoğun bakım birimlerinin;

fizik yapısı ve olanakları,

yönetim ve organizasyonu,

hizmet verilen hastaların özellikleri,

hijyen, dezenfeksiyon ve sterilizasyon hizmetleri ve olanakları,

personelin durumu, özellikleri ve yönetimine ilişkin mevcut durum, sorunlar ve sorunlara ilişkin öngörülen çözüm önerileri ile ilgili veriler toplanmıştır.

Her bir başlık altında varolan sorunlar ve çözüm önerileri ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Raporun sonuç bölümünde ise yataklı tedavi kurumlarının nitelik ve nicelik açısından

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM BİRİMLERİNDE BEBEK ÖLÜMLERİYLE İLGİLİ KOMİSYON RAPORU

2 Aralık 2005

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM BİRİMLERİNDE BEBEK ÖLÜMLERİYLE İLGİLİ KOMİSYON ÜYELERİ

- Dr. Metin Bakkalcı
  Türk Tabipleri Birliği II. Başkanı
- Prof. Dr. Gencay Gürsoy
  İstanbul Tabip Odası Başkanı
- Dr. Güray Kılıç
  İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi
- Dr. Ali Öğüzer
  Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu Genel Sekreteri
- Prof. Dr. Haluk Kraksoy
  Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı
- Prof. Dr. Selma Karabey
  Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Başkanı
- Prof. Dr. Nahit Çakar
  Yoğun Bakım Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
- Prof. Dr. Aysun Çoban
  Türk Neonatoloji Derneği Üyesi
- Prof. Dr. Yıldız Perk
  Türk Neonatoloji Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
- Prof. Dr. Saadet Ülker
  Türk Hemşireler Derneği Genel Başkanı - Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Başkanı
- Prof. Dr. Seçil Aksayan
  Türk Hemşireler Derneği ve Hemşirelikte Araş. ve Geliştirme Derneği Mevzuat Komisyonu Üyesi
- Doç.Dr. Sunan Yıldız
  Pediyatri Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
- Yard.Doç.Dr. Ülkü Baykal
  İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Öğretim Üyesi

Türk Tabipleri Birliği

hekim ve hemşire gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayacak sağlık politikalarının geliştirilmesinin temel koşul olduğu vurgulanmış, enfeksiyonların önlenmesi için buna ek olarak raporda belirtilen alt yapı ve donanımın sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Hastanelerin ancak bu koşullar yerine getirilirse hastalar için daha güvenli hale gelebileceği ifade edilmiştir (2119).

Sayıştay Raporu Hazırlanması

2005 yılında yayınlanan yönetmeliğin ardından önemli bir gelişme daha oldu: Sayıştay Başkanlığı tarafından ülkemizdeki hastane enfeksiyonları ile mücadele faaliyetleri;

Hastane enfeksiyonları ile mücadele faaliyetlerinin planlanması ve organizasyon yapısının yeterliliği,

Hastane enfeksiyonlarını izleme ve önleme çalışmalarının etkinliği, ana başlıkları altında incelenerek kapsamlı bir rapor hazırlandı.

Bu incelemenin amacı, hastane enfeksiyonları konusunda yürütülen çalışmaların verimliliğinin ve etkisinin artırılmasına, sürekliliğinin sağlanmasına katkıda bulunmak olarak tanımlandı. Sayıştay Performans Denetim Grubu; 10 ayrı ilde beşi üniversite, 14'ü Sağlık Bakanlığı hastanesi olmak üzere toplam 19 hastanede yerinde denetim yaptı, 119 kamu hastanesinden 91 adet sorudan oluşan anket yolu ile bilgi topladı. Sayıştay Genel Kurulunun 30/11/2007 tarihli ve 5205/1 sayılı kararı ile uygun bulunan "Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele" başlıklı "Performans Denetim Raporu" Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunuldu (2018).

Raporda;

Sağlık Bakanlığınca ülkemizde hastane enfeksiyonları ile ilgili istatistikî veriler ve hastane enfeksiyonları ile mücadele için mevcut imkânlar konusunda durum analizi yapılmadığı; amaç, hedef ve stratejilerin belirlenmemiş olduğu,

Sağlık Bakanlığınca ülkemizde hastane enfeksiyonları nedeniyle ortaya çıkan ekonomik maliyetlerin hesaplanmadığı,

Hastanelerin önemli bir kısmında enfeksiyon kontrol programı oluşturulmadığı, mevcut enfeksiyon kontrol programlarının ise içerik olarak yetersiz olduğu,

Hastanelerde yürütülen sürveyans sistemi konusunda uygulama standartlarının bulunmadığı,

Hastane enfeksiyonları ile ilgili faaliyetler konusunda, Bakanlık bünyesinde etkin çalışabilecek, güçlü bir yapı kurulmadığı vb gibi toplam 48 madde halinde eksikler ve bunlara yönelik ayrıntılı öneriler yer almaktadır (2018).

"Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi; Türkiye Deneyimi" bir kitap olarak yayımlandı. Bu kitapta Sayıştay raporunda belirlenen eksikliklerin çoğunun ülke genelinde yürütülmekte olan çalışmalar neticesinde kısmen veya tama yakın başarıldığı ifade edilmektedir. Örneğin; hastane enfeksiyonları kontrolü konusunda gerekli standartların ("Hizmet Kalite Standartları", "Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi" ile "Hasta ve Çalışan Güvenliği" standartları) belirlenip uygulanmasında önemli adımlar atılmış; hastanelerin çoğunda içerik olarak uygun enfeksiyon kontrol programları oluşturulmuş; sürveyans standartları belirlenmiş ve hastanelerin çoğunda uygulamalar ve geri bildirimler başlamış; hastane enfeksiyonları konusunda koordinasyon geliştirilmiş; öncelikle yenidoğan yoğun bakım birimlerinde olmak üzere denetim çalışmaları başlatılmış; eğitimli hemşire sayısı çok önemli miktarda artırılmış; enfeksiyon uzmanlarının enfeksiyon kontrolü konusunda bilgileri güncellenmiş; enfeksiyon kontrol komitelerine diğer uzmanlık alanlarının katılım ve desteğinde kısmi artış sağlanmış; hastane enfeksiyonları konusunda müfredat kısmen güncellenmiş; mikrobiyoloji laboratuvarlarından yararlanma kısmen artmaya başlamış; enfeksiyon kontrol talimatları hastanelerin çoğunda hazırlanmış; el yıkama ve kişisel hijyen kurallarına uyum konusunda kısmi düzelme sağlanmış; enfeksiyon kontrol komiteleri kısmen kurumsal kimlik kazanmış; hastane genelinde sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilme düzeyinde ilerlemeler olmuştur (142).

Öte yandan kitapta "hastane enfeksiyonlarının neden olduğu maliyetler konusunda çalışmalar halen yetersiz; hastane enfeksiyon komitesi alt komitelerinin çalışmaları halen beklenen düzeyde değil; antibiyotiklerin akılcı kullanımı konusunda eğitimler ve hekim uyumunun sağlanması yetersiz; enfeksiyon kontrol talimatlarına uyum

yeterli düzeye ulaşmamış; mesleki risklere karşı alınan önlemler yetersiz; mal ve hizmet alımlarında enfeksiyon kontrol komitelerine yeterince danışılmamakta; hastane mimarisi konusunda çalışmalar yetersiz; hastanelerde bakım ve onarım ortamlarında gerekli önlemlerin alınmasında halen sorunlar vardır" denmiştir (142)

Sertifikalı Enfeksiyon Kontrol Hemşire ve Hekimleri

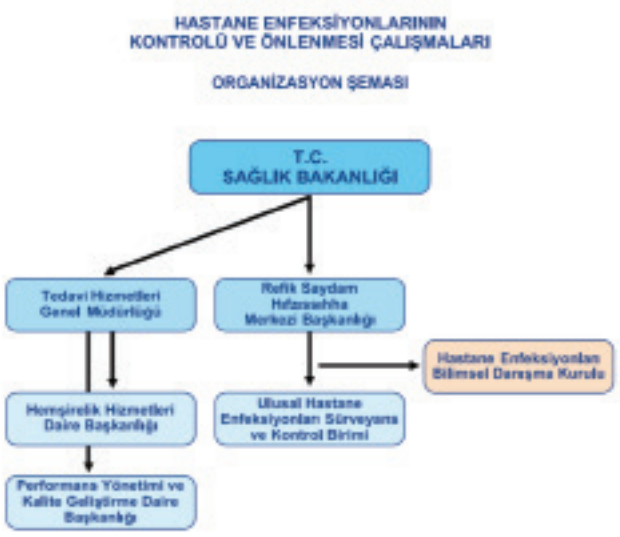
Yataklı tedavi kurumlarında görev yapacak enfeksiyon kontrol hemşirelerinin eğitimi ve sertifikalandırılması ile bu personele eğitim verecek olan eğitim merkezlerinin taşıması gereken niteliklere ilişkin usul ve esaslar 18/11/2006 tarihli 26350 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ" ile belirlenmiştir. Enfeksiyon kontrol hemşireliği eğitimleri bir haftası kuramsal, üç haftası uygulama olmak üzere toplam bir ay süre ile verilmektedir. İlgili Tebliğ'in 14 üncü maddesi (12.12.2007-26728 RG) ile 13 üncü ve 21 inci maddeleri (17.07.200826939 RG) "Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ"ler ile değiştirilmiştir. Değişiklik maddelerine göre sınavlar yılda iki defa yapılmaktadır (142). Hastane enfeksiyonları kontrolü açısından alt yapısı yeterli bulunan tıp fakültesi ve eğitim-araştırma hastanelerinden oluşan toplam 20 eğitim merkezi, 4 partner hastanede hemşireler hazırlanan standart bir eğitim paketi ve tebliğdeki esaslar çerçevesinde eğitime alınmakta, daha sonra yine merkezi sınavlarda başarılı olanlar sertifika almaya hak kazanmaktadır. 2007 - 2014 tarihleri arasında eğitimlerini bitirip, sınavda başarılı olan ve sertifika almaya hak kazanan hemşire sayısı 1569'dur. Sertifika eğitimi alan hemşireler kurumların kapasitesi dikkate alınarak üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerden seçilmiştir. Tüm yataklı tedavi kurumlarında 150 yatağa bir 'Ulusal Sertifika' sahibi enfeksiyon kontrol hemşiresi bulunması hedefine ulaşmak için eğitim ve sertifikasyon çalışmalarına devam edilmektedir (153, 220).

Enfeksiyon kontrolünde, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının tamamının "Ulusal Sertifika" sahibi enfeksiyon kontrol hekimi yapılması hedeflenmektedir. İlgili hekimlere beş günlük kuramsal ve uygulamalı bir eğitim verilmekte olup, hekimler herhangi bir sınava tabii tutulmamaktadır. Bu şekilde 2007 - 2014 tarihleri arasında 719 hekime sertifika verilmiştir. Bu eğitimlere devam edilmektedir (153, 220).

Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sisteminin Geliştirilmesi

Yönetmeliğin yürürlüğe girmesini takiben ülkemizdeki mevcut durumu saptamak amacıyla Kasım 2005'de 85 hastaneden (40 Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, 43 Üniversite Hastanesi, 2 Askeri Hastane; ortalama yatak sayısı: 579) hastane yatak sayısına, enfeksiyon kontrol hekimi bulunma durumuna, enfeksiyon kontrol hemşiresi sayısı ve eğitim durumlarına, uygulanan sürveyans yöntemlerine yönelik soruları içeren veriler standart bir anket formu ile toplanmıştır. Ülke genelini temsil edecek sayıda hastaneye ulaşılmamış olmasına rağmen çalışmalardan elde edilen sonuçlar enfeksiyon kontrol hemşire sayılarının yetersizliğini ve eğitim açığını, doğru sürveyans yapılmadığını, acilen standart bir enfeksiyon kontrol hemşireliği ve enfeksiyon kontrol hekimliği eğitim programına ve ulusal bir sürveyans sisteminin oluşturulmasına ihtiyaç bulunduğunu göstermiştir (142). Bu ihtiyacı karşılamak üzere Sağlık Bakanlığı 2006 yılında bilimsel danışmanların desteği ile uluslararası standartlar ve epidemiyolojik ilkeler temelinde "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi"ni geliştirmiştir. Böylece hastane enfeksiyonlarına ait sürveyans verilerinin sistematik bir şekilde tek merkezde toplanıp analiz edilmesi ve yorumlanarak ilgili kişilere/kurumlara iletilmesi, hastane enfeksiyon hızlarının, morbidite ve mortalitesinin azaltılması yönünde stratejilerin, ulusal politikaların geliştirilmesi amaçlanmıştır (142).

Ülkemizde kamuya ait ya da özel tüm hastaneler hastane enfeksiyonları sürveyansını, CDC standart tanı kriterlerine göre, "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Stan-



Resim 6. Sağlık Bakanlığı Hastane Enfeksiyonları Kontrolü ve Önlenmesi için Organizasyon Şeması

dartları" temelinde yapılmaktadır. 2005-2007 yıllarında ulusal sürveyans verileri standart formlarla toplanmış, 2008 yılından itibaren elektronik sürveyans sistemine geçildiği için, veriler web tabanlı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) üzerinden toplanmaya başlamıştır (142). 2017 yılında yeni bir programın kullanılmasına başlanmıştır. "infline" isimli bu yeni programla hastaneler kendi hastane enfeksiyon hızlarını, çoklu dirençli mikroorganizma sıklıklarını kendi kategorilerindeki ulusal değerler ile karşılaştırarak, hangi persantilde yer aldıklarını belirleyebilmektedirler. Bilimsel danışmanların desteğiyle 2006 yılında geliştirilen "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi" ile hastane enfeksiyon hızlarına, çoklu dirençli mikroorganizma sıklıklarına ait

ilk ulusal veriler toplanmaya başlanmış; 2006-2007 yılları sürveyans sonuçlarını içeren ilk rapor: "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Raporu 2006-2007" Türk Hastane Enfeksiyonları Dergisi'nde, 2008-2009 raporu RSHMB web sayfasında yayımlanmıştır. 2011 yılından itibaren her yıl düzenli olarak Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) Raporları yayınlanmaktadır (231). 2010 yılında yayınlanan "Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi" hastanelerde yürütülecek sürveyans çalışmalarında izlenecek yöntemi detaylı olarak açıklamaktadır (242). Sürveyans çalışmalarında kullanılan hastane enfeksiyonları tanı kriterleri CDC'nin yaptığı güncellemelere paralel olarak değiştirilmektedir.

2005 yılında ulusal ölçekte ilk kez toplanan veriler irdelendiğinde; bildirim yapan 1090 hastanenin % 70'inde sürveyans yapılmadığı, sürveyans yapanların ise % 15'inde doğru sürveyans uygulandığı, % 56'sında enfeksiyon kontrol hemşiresinin, % 95'inde enfeksiyon kontrol hekiminin bulunduğu belirlenmiştir. Beş yıllık çalışma neticesinde % 15 olan doğru sürveyans uygulama oranı % 90'ların üzerine çıkmış olması kuşkusuz sevindirici bir gelişmedir (142).

Yine 2005 yılında ameliyat sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyonları hastanelerimizin % 90'ından fazlasında takip edilemezken, beş yıl içinde ulusal standartlar çerçevesinde her hastanenin en az bir ameliyat tipi belirleyerek cerrahi alan enfeksiyonlarını sürveyans çalışması kapsamına alması sağlanmıştır. Önemli bir başka gelişme de hastane enfeksiyonlarından korunma ve kontrol için yapılan çalışmaların kalite geliştirme ve performans yönetimi ile ilişkilendirilmesi olmuştur (142).

Hastane enfeksiyonları bilimsel danışma kurulunun oluşturulmasına dair yönerge Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği çerçevesinde ulusal politika ve protokollerin belirlenmesi, hastane enfeksiyonlarının izlemine yönelik ulusal sürveyans programının oluşturulması, yataklı tedavi kurumlarındaki uygulamaların takip edilmesi, konu ile ilgili eğitim, program, kılavuz ve benzeri faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonu hususlarında Sağlık Bakanlığı'na bilimsel tavsiyelerde bulunmak ve rehberlik etmekten sorumlu "Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulunun Teşkili, Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" Bakanlık Makamının 16/05/2007 tarihli ve 7716 sayılı onayı ile yürürlüğe konulmuştur (142).

Sağlık Bakanlığı hastanelerde sağlık çalışanlarının el hijyenine uyumlarını artırmak için eğitim ve izlem çalışmalarının yürütülmesini şart koşmaktadır. Hastanelerde el yıkama konusunda farkındalık yaratmak ve uyumu artırmak için Şubat 2009'da ülke çapında "Tehlike ellerinde" kampanyası başlatılmış, bu kampanya ile birlikte el hijyenine uyumu izleme çalışmalarında artış olmuştur. Yine son 15 yıl içinde susuz el antiseptiklerinin hastanelerde kullanımının önemli ölçüde yaygınlaşmış olması da sevindirici hususlardan biridir.

Türkiye'de Hastane Enfeksiyonları Açısından Gelecek

Ülkemizde enfeksiyon kontrolünün son 30 yılına tanıklık etmiş kişiler olarak eksikliklerimizi görmekle birlikte nereden nereye geldiğimizin, nasıl ilerlemeler sağlandığının da kıymetini bilmek gerektiğini düşünmekteyiz.

Ancak, bir yanda bütün bu olumlu gelişmeler olurken diğer tarafta hastanelerde sağlık çalışanı, özellikle de hemşire sayılarında yıllar içinde azalma yaşanması, daha az sayıda hemşire ile daha çok iş yapılmaya çalışılması geleceği tehidt eden önemli bir sorundur. Özellikle kritik birimlerde çalışan hemşirelerin niteliğinde de sorunlar yaşanmaktadır. Son yıllarda başta üniversite hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerine kadrolu hemşire sayısında kısıtlamalar nedeniyle, sözleşmeli, işgüvenceleri ve ücretleri yetersiz hemşirelerin çalıştırılması, özel nitelikle sorumluluk gerektiren enfeksiyon kontrolü işlemleri için önemli bir risktir. Bu nedenle işten ayrılmalar sık yaşanmakta, yenidoğan servisi, yoğun bakım ünitesi gibi kalifiye hemşire gerektiren birimlerde büyük sıkıntı yaşanmakta, sunulan sağlık hizmetinin niteliği açısından olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütmüş olduğumuz "Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Çalışanlarının İş Yükünün Hastane Enfeksiyonu Hızları Üzerindeki Etkisi" isimli çalışmada personel iş yükündeki azalmanın invazif aletlerle ilişkili enfeksiyon hızları üzerindeki, azaltıcı olumlu etkisi belirlenmiştir. Ünitede yatak sayısının azaltıldığı ve hemşire başına en fazla iki hasta düşecek şekilde düzenleme yapıldığı ve temizlik personeli sayısının ikiden sekize çıkarıldığı döneminde santral venöz kateterle ilişkili dolaşım sistemi enfeksiyonları ve idrar sondasıyla ilişkili üriner sistem enfeksiyon hızlarında daha belirgin olmak üzere, invazif gereçle ilişkili enfeksiyon hızlarında önceki döneme göre azalma saptanmıştır. Yanısıra sürdürülen eğitim çalışmalarıyla invazif alet kullanım oranları düşürülmüş ve ortam temizliğinde iyileşme sağlanmıştır (253).

SONUÇ olarak hala yapılması gereken çok şey olmasına karşın, hastane enfeksiyonlarının kontrolünde son yıllarda kayda değer ilerlemeler olmuştur. Sağlık Bakanlığı ilgili kuruluşların ve bilim insanlarının desteğini alarak ülkemizdeki enfeksiyon kontrol stratejileri konusunda kararlı adımlar atmaktadır. Sertifikalı enfeksiyon kontrol hemşiresi sayısı giderek artmakta, enfeksiyon kontrol hekimliği eğitimleri kısa süreli de olsa yapılmakta, ulusal sürveyans çalışmaları daha etkin şekilde yapılarak hastanelerin kendi hızlarını karşılaştırabileceği ulusal raporlar yayınlanmakta, enfeksiyon kontrol komitelerinin daha fazla kurumsallaşmaktadır.

Öte yandan, hem sertifika eğitimlerinin hem de sürveyans çalışmalarının niteliği ile ilgili değerlendirmeler yapılarak izlenmesine, gelecekte programların sürekli olarak iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için çalışmaların sürdürülmesine gereksinim vardır.

ABD'deki enfeksiyon kontrol deneyimini değerlendiren uzmanlar "enfeksiyon kontrolü alanı farklı disiplinlerden, farklı uzmanlık alanlarından kişilere açık olsaydı daha hızlı ilerlemek için itici bir güç olurdu" yönünde eleştirel yaklaşımı dillendiriyorlar (3). Bu yaklaşım Türkiye için de tümüyle doğrudur. Enfeksiyon kontrolünün ivme kazanarak geliştiği 1990'lı yıllardan itibaren Halk Sağlığı alanından konuya ilgi duyan uzmanlar diğer disiplinlerle işbirliği içinde kayda değer çalışmalar yapmışlar, kimi üniversite hastanelerinin enfeksiyon kontrol komitelerinde yer almışlar, alana önemli katkılar sağlamışlardır. Çünkü Halk Sağlığı uzmanları enfeksiyon kontrolünün temel bileşenleri olan epidemiyoloji (sürveyans), sağlık yönetimi, sağlık eğitimi, program planlama/yürütme/değerlendirme alanlarında ülkemizde kilinik branşlardaki uzmanların sahip olmadığı donanıma sahip olarak yetişmektedir. Oysa ülkemizde 2005 yılında çıkan yönetmelikte enfeksiyon kontrol komitesinde görevlendirilecek kişiler arasında Halk Sağlığı uzmanının adı geçmememektedir. Bu yönetmelik uyulması gereken minimum kuralları belirliyor, komitelerde halk sağlığı uzmanı görevlendirilmesine engel yok diye düşünenler olabilir. Ne var ki ülkemizde mevzuatta adı belirtilmeyen bir uzmanlık alanının komitelerde görevlendirilmesi uygulamada geçerli olmamaktadır. Öte yandan kapsamlı (en azından Halk Sağlığı/Epidemiyoloji yüksek lisansı düzeyinde) bir eğitime gereksinim varken, hali hazırda ülkemizde enfeksiyon kontrol hekimleri beş günlük kurslarla bu unvanı alıp komitelerde görevlendirilmektedir. Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nde Halk Sağlığı uzmanlarının da enfeksiyon kontrol komitelerinde görevlendirilmesini içerecek şekilde genişletilmesi yerinde olacaktır.

Yüksek gelir grubundaki ülkelerde uygulamaya konan "hastane enfeksiyonlarına sıfır tolerans" anlayışının benimsenmesi, ülkemiz için henüz pek mümkün görünmemekle beraber, bu yaklaşımın geçerli olabilmesi için hastane enfeksiyon kontrolü konusunda yürütülmekte olan çalışmalara özenle devam etmemiz geleceğe ümitle bakmamızı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. LaForce FM. The Control of Infections in Hospitals: 1750-1950 In: Wenzel RP (ed). Prevention and Control of Nosocomial Infections. s. 3-37. 3rd ed. Williams and Wilkins, Baltimore (1997).
2. Haeger K. The Illustrated History of Surgery, AB Nordbok, Gothenburg (1988).
3. RE Dixon. Control of Health-Care-Associated Infections, 1961-2011. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Suppl October 7, 2011 / 60 (04);58-63.
4. Haley RW, Quade D, Freeman HE, et al. The SENIC project: Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC PROJECT): summary of study design. Am J Epidemiol 1980;111:472-85.
5. Haley RW, Culver DH, White J, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985;121(2):182–205.
6. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006;355:2725-32.
7. Warye KL, Murphy DM. Targeting zero health care–associated infections. Am J Infect Control 2008; 36(10):683-684.
8. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA: CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008;36(5):309-32.
9. Prof. Dr. Enver Tali Çetin'in Biyografisi. http://www.ankemdernegi.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_6_2_123.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
10. Karabey S. Türkiye'de Enfeksiyon Kontrolü: 20 Yılda Biriken Kişisel Tanıklıklarım. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Cilt 12, ek 1, 121-127, 2010.
11. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği 22/05/1974 tarihli 14893 sayılı Resmi Gazete. http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/mevzuat/1974.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
12. http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
13. Arman D. Türkiye'de hastane enfeksiyonu kontrolüne yönelik çalışmalar. Hastane Enfeksiyon Derg 1997;1:144-151.
14. Öztürk R, Çetinkaya Şardan Y, Kurtoğlu D. Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu Üyeleri(eds). Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi, Eylül 2004-Aralık 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 825, Ankara, (2011).
15. Öztürk R. Türkiye'de Enfeksiyon Kontrolü ile İlgili Son Gelişmeler. ANKEM Derg 2011;25(Ek 2):9-16.
16. 1.Türk Hastane Enfeksiyonu Kongresi, 7-10 Ocak 1992. Kongre Kitabı, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul (1992).
17. http://www.hider.org.tr/content.aspx?menu_id=34&main_menu_id=4 (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
18. http://www.hider.org.tr/global/Dernek_Kilavuzlari/2008-12-Ek1-003-029.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
19. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110625-2.htm (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017)
20. TC Sayıştay Başkanlığı Performans Denetimi Raporu: Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2007. http://www.hider.org.tr/yeniden/2007-2hastaneenfeksiyon.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
21. Yenidoğan Birimlerinde Bebek Ölümleriyle İlgili Komisyon Raporu. Türk Tabipleri Birliği, 2 Aralık 2005, Ankara file:///C:/Users/ASUS/Desktop/HALK%20SAGLIGI%20KITAP/bebek_olumleri.pdf (Erişim tarihi: 14 Eylül 2017).
22. Öztürk R. Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Eğitim Merkezleri Koordinasyon Toplantısı Sunumu, 22-23 Aralık 2017, Ankara.
23. http://www.hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/TR,5040/uhesa---ulusal-hastane-enfeksiyonlari-ozet-raporlari.html (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
24. http://hastaneenfeksiyonlari.saglik.gov.tr/dosya/rehber.pdf) (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
25. Halıcı E, Karabey S, Özdemir A. ve ark. Yoğun bakım ünitesinde sağlık çalışanlarının iş yükünün hastane enfeksiyonu hızları üzerindeki etkisi. III. Ulusal Yoğun Bakım Enfeksiyonları Simpozyumu, 21-24 Haziran 2007, Trabzon. KLİMİK Derg 2007;20(Özel sayı 2): 76.

LEPRA

Prof. Dr. Ayşe Yüksel

1923-1960 YILLARI

Osmanlı İmparatorluğu zamanında, Zambaco'ya göre memlekette 600.000'den fazla lepralı vardı. İstanbul, Edirne, Kayseri, Safranbolu, Kastamonu, Konya, Gelibolu ve Marmara Adası'nda "Miskinler Tekkesi" adında "Leprozori"ler kurulmuş. Lepralılar buralarda tecrit edilir ama insanca muamele görürlerdi (1).

Üsküdar'da, Karacaahmet yanındaki tekkede hasta sayısının 25-40 olduğu kaydedilmişti. Bekarlar tekkeye kabul edilmezdi. Hastaların çoğunun 3-4 çocuğu vardı. Sağlam bireylerde aileden ayrılmamak için buralarda birlikte beraber kalırlardı. Şehrin sokaklarında 400 kadar hasta da serbestçe dolaşırdı.

Miskinler tekkesi yaklaşımı zamanla bakımsız kalarak harap olmuş , hastalar da toplum içine dağılmıştır. Üsküdar'daki Miskinler Tekkesi'nin varlığı, Gülhane Hocalarından Dayke Paşanın ilmi merakından başka kimsenin de dikkatini çekmemişti. Daha sonra, Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman, hastaları Toptaşı Bimarhane'sinin bir koğuşuna taşımıştır. Bu hastane 1919 yılında Bakırköy'e taşınınca, lepralılar da hastaneden epey uzakta inşa edilen 28. Servis adı verilen bir bölüme yerleştirilmiştir. Yurtdışı seyahatlerinde öğrenip getirttiği "Antileprol" denilen ilaçlarla ilk modern tedaviyi uygulayan Dr. Mazhar Osman, Sağlık Bakanlığı işbirliği ile 1941 yılında Elazığ Cüzzam Hastanesi'ni de inşa ettirmiştir. Hastanenin kuruluş aşamasında ilk Başhekimlik görevini, 1942-1946 yılları arasında yapan Dr. İsmail Hakkı Günhan, kuruluşu izleyen yılda, modern lepra savaşının esaslarını anlatan "Lepra ile Mücadele" broşürü yayınlamıştır (1-2).

Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü Araştırma Şubesinde görev yapan , Elazığ Devlet Hastanesi'nde görevli olduğu yıllarda ilgilendiği lepralı hastalarla yeniden ilgilenmek, modern lepra savaşını gerçekleştirmek için Doç. Dr. Etem Utku, 1957 yılında Ankara'da "Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği" ni kurmuştu (1).

1960-1980 YILLARI

Sağlık Bakanlığı işbirliği ile, 1962 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Yerleşkesi'nde yer alan, hastalar için tecrit ve tedavi işlevi olan Lepra Merkezi binasını 1962 yılında yaptıran Dr. Ethem Utku, Bakanlıkla bir anlaşma yaparak aynı bina içinde "Lepra Dispanseri" de kurmuş, ayaktan tanı ve tedavi hizmeti de başlatmıştır. Zaman içinde (1963) bu etkinliklere, "Lepra Eğitim ve Araştırma Enstitüsü" nün kuruluşu ile bütünleşerek bilimsel nitelik kazandırılması için çalışılmıştır (3).

Ankara'da Lepra Eğitim ve Araştırma Enstitüsü'nün kuruluş amaçları, Lepra ile ilgili her konuda araştırmalar yapmak, eğitim vermek, lepra araştırmaları ve savaşı konusunda yurtiçi ve yurtdışında ulusal ve uluslararası komisyon, konferans, kongre ve her türlü bilimsel faaliyetlere katılmak, bunları düzenlemek, ülkemizin lepra savaşı problemi ile yakından ilgili, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer resmi ve özel uluslararası bilim ve araştırma kuruluşları ile ortak çalışmalarda bulunmak olarak belirlenmiştir.1963-1964 yılları arasında 66 hekim, 71 tıp öğrencisi, 81 sağlık memuru, 7 hemşire, 5 yardımcı personel bu merkezde eğitilerek konusunda bilgi ve deneyim kazanmıştır (3).

1964 yılında, bu merkezin bir etkinliği olarak, Elazığ, Erzurum, Kars, Van, Ağrı ve Hakkari illerinde lepra savaş taramaları yapılmıştır. Bu çalışmalar sırasında Dr. Etem Utku Van-Başkale yolu üzerinde geçirdiği trafik kazasında hayatını kaybetmiş, yerine 1968 yılında Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği Başkanı olarak seçilen Ankara Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Akçaboy ilgili etkinlikleri sürdürmüştür. Enstitü, Ankara ve dışındaki birçok ilde sağlık çalışanları için lepra kursu düzenlemiştir. Ankara'da bulunan tıp fakültelerinin öğrencilerine dermatoloji stajı içinde tam gün lepra eğitimi verilmiştir. Ayrıca Dermatoloji Araştırma Görevlileri de 1-3 aylık rotasyonlarla Lepra eğitimi almışlardır.

Bechelli'nin raporuna göre, 16-18 Kasım 1966 tarihinde, Dünya Sağlık Örgütü'nden Dr. Martinez Türkiye'ye gelerek, 3551 vaka tespit etmiş; Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliğinde, 7 Ağustos 1968 tarihinde "Türkiye Cüzzam Kontrol Projesi"ni başlatmıştır (6).

İstanbul'da Bakırköy Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi'nin 28. Servisinde, 1960 yılında kadın ve erkek koğuşlarında toplam 90 kadar hasta kaldığı bildirilmiştir. Hastaların çoğu ileri derecede sakat ve sahipsiz hastalardı. Bunlar arasında, üç aylık tedavileri tamamlandıktan sonra bile gidecek bir yeri olmadığı için hastanede kalanlar vardı. Ancak hasta koğuşları bakımsızdı. Haseki Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr. Mustafa Onur, burada görevlendirildikten sonra hasta koğuşlarını düzene sokmuş, Sağlık Bakanlığı'nın, o yıllarda Amerika'dan sağladığı Ciba 1906 ve Dapsone adlı yeni ilaçlarla tedavi edilmeye başlan-

mıştı (4).

Dünya Sağlık Örgütü Bulaşıcı Hastalıklar Cüzzam Bölümü Direktörü Dr. L. M. Bechelli, 7-15 Ekim 1970 tarihleri arasında Türkiye'de İstanbul, Yozgat, Bingöl ve Elazığ'da incelemeler yapmış ve yerel çalışanlarla etkileşerek ortak çalışmaları geliştirmiştir.

Hastalarla İlgili Kayıtlar:

Zamanın Hasta Kayıtlarına Göre;

1. Cüzzam Hastalarının Sayısı: Türkiye'de, 1963 yılında 2544 , 1966 yılında 3551 vaka, 1970 yılında da müşade altında 4000 olarak belirlenmişti.
2. Yeni Vakalar Arasında Bol Basilli Lepra Tipi: Lepromatöz olanlar % 55 -% 60 arasında idi.
3. Tahmini Vaka Sayısı: Farklı uzmanlara göre değişmekteyse de, toplam cüzzam sayısının 8000-15000 arasında olduğu yansıtılıyordu. Farklı illerde yapılan taramalarla belirlenen hasta sayısı Tablo 1 de gösterilmiştir.
4. Cüzzamın Bölgesel Dağılımı: Hastalık daha çok doğu bölgelerinde yaygındı.1966 yılında Van'da binde 1.5, Ağrı'da binde 1,2, Adıyaman'da binde 0,9, Bitlis'te binde 0,8, Tunceli'de 0,6, Bingöl'de 0,5 sıklıkta olduğu belirlenmişti.
5. Cüzzamlıların Cins Dağılımı: Hastaların çoğu erkekti.1966 yılında kaydedilen 3585 vakadan % 67.3'ü erkek, %32.7'ü kadındı.
6. Tespit Edilen Vakalarda Mikrobun Alındığı Kaynaklar: Hemen tüm hastaların etkeni aldıkları kaynak yakınlarıydı (6).

Tablo 1.*1962-1967 Cüzzam Kampanyası İçin Seçilen Köylerde Taramada Belirlenen Hasta Sayısı*

YILLAR	YER	ÖNCEKİ VAKA SAYISI			YENİ VAKA SAYISI			TOPLAM VAKA SAYISI		
		E	K	T	E	K	T	E	K	T
1962	Sivas	45	19	64	53	26	79	98	45	143
1964	Van	99	33	132	137	67	204	236	100	336
1965	Tunceli	32	8	40	33	17	50	65	25	90
1965	Bingöl	45	13	58	20	9	29	65	22	87
1966	Malatya	74	43	117	10	10	20	84	53	137
1967	Afyon-Dinar	34	10	44	35	44	79	69	54	123
TOPLAM		329	126	455	288	173	461	617	299	916

Ankara Cüzzam Enstitüsü'ne ait Bilgiler:

1970 yılında, Prof. Dr. Ahmet Akçaboy sorumluluğunda enstitüde 30 kadar lepromatöz lepra yatarak tedavi görmekte iken dispanserde 49 kayıtlı hasta vardı. Yeni tanı konan hastaların aile bireyleri de dispanserde muayene edilmekteydi.

1. İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıklarının 28. Servisinde aynı yıllarda, tedavi gören hasta sayısı 21 idi.
2. Elazığ Dispanseri'nde Dispanser Sorumlu Hekimi, Dr. Mesut Baykent 59 hastayı tedavi etmekteydi, kayıtlı olan 79 hasta vardı (6.)

İstanbul'da, 1976 yılında, uzun yıllar verem savaşında da görev yapmış, örgütlenmeyi çok iyi bilen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Seyhan Çelikoğlu ve 1958 yılında henüz bir tıp öğrencisi iken 15-20 metre uzaktan gösterilen lepralı hastaların tedavisi için çalışabileceğine inanan Doç. Dr. Türkan Saylan yerel bir dernek kurma çalışmalarına başlarlar. Kurulan, Cüzzamla Savaş Derneği'nin ilk çalışmaları Unkapanı Fil Yokuşu'nda bir dispanserde başlar. Öncelikle erken tanı ve tedavi ile birlikte bu hastalık hakkındaki ön yargıyı ve duyulan korkuyu yenmek için çalışmak gerekmiştir. Resmi ve özel kuruluşlar, okullar, basın, televizyon, öğrenciler, esnaf ve benzeri herkesin bu derneğin amacına ulaşmasında büyük katkıları olmuştur. Saylan, 1976 yılında leprayı ilk kez bir televizyon programında topluma tanıtır. Aynı günlerde Türkiye ziyaretinde bulunan devrik İran Şah'ının eşi Ferah Diba'nın sosyal faaliyetleri içinde lepralılardan çekinmediğini, onlara destek verdiğini söylemesi ve bu iki programın arka arkaya yayınlanması kamuoyunda etkili olur. 20.10.1976 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı ve Cüzzamla Savaş Derneği'nin kendi aralarında yaptıkları protokol ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları içindeki 28. Lepra servisinin ve çalışmaların reorganizasyonu yapılır(4). İstanbul derneği ilgilileri, lepra konusunda uluslararası finans desteği yapan bir kuruluş olan EMMAUS Vakfı'nın Türkiye Temsilcisi ile görüşerek işbirliği oluştururlar. Aynı yıl EMMAUS Vakfı'ndan Mösyö Farine ile birlikte Dr. Seyhan Çelikoğlu ve Dr. Türkan Saylan, Ankara Lepra Merkezi'ne inceleme amaçlı olarak giderler, deneyim paylaşırlar. İzleyen zaman içinde, Dr. Türkan Saylan Londra Tropikal Hastalıklar Hastanesinde bir ay boyunca eğitim ve incelemelerde bulunur. Saylan, hastaların toplumla entegrasyonu için ilk adımların atılmasını sağlamış, iyileşmiş hastaların çalışma sigortası güvencesi ile dernek çalışanı olarak farklı etkinlikler için çalışabilmesini başlatarak toplumsal yaşama katılmalarını sağlar. Elazığ Cüzzam Hastanesi ve Ankara Lepra Enstitüsü ile işbirliği ve iletişim sürmektedir. İşbirliği ile, Malatya ilinde lepra tarama çalışmaları yapılır (5).

Doç. Dr. Türkan Saylan, 1978 yılında, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde "Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi"nin kuruluşunu da gerçekleştirir. Bu merkezin amacı, cüzzamın en çok görüldüğü bölgelerde tarama çalışmalarının yapılması, sağlık ocaklarında bulunan hekimlerin lepra için yapabilecekleri çalışmaların gözden geçirilmesi, tanıtıcı ve eğitici seminerlerin yurtiçi ve yurtdışında düzenlenmesidir. Dernek, Merkez'in de işbirliği ile, 1978 yılında Niğde ve Muş illerinde taramalar yapar. İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Haluk Alp'in ve Koç

Vakfı'nın desteği ile sağlanan bağışlarla, kadın ve erkek koğuşları onarılır. Kadın hastalar için ayrıca, yeni bir bina yapılır. 1978 yılında, Cüzzamla Savaş Derneği Kamu Yararına Çalışan bir dernek statüsü kazanır. 1979 yılında tamamlanan bu binaya ilk lepra savaşçısı Doç. Dr. Etem Utku'nun adı verilir. Dr. Türkan Saylan Elazığ Lepra Hastanesi'ne giderek incelemeler yapar ve yeni tanı alan hastaların tedavisinin İstanbul'da yapılmasını sağlar .

O yıllarda, ülkemizde lepra hastalığı ile mücadele, İstanbul, Ankara ve Elazığ'da lepra hastalığı için kurulan sağlık kurumlarında yapılıyordu. Bu mücadele, tanı konmuş hastaların tedavileri, yeni vakaların bulunması için prevalansın yüksek olduğu illerde taramalar, lepra hastalığı ile ilgili toplumda var olan damgalanmanın ortadan kalkması için topluma yönelik eğitim, iletişim çalışmaları, kampanyalarla sürdürülüyordu. Hastalığın modern tedavisini planlamak için İngiltere'den 1979 yılında, Dr. T. Ryan ve ekibi İstanbul'a gelir, hastalar yararına bir minübüs bağışlanır. EMMAÜS Vakfı, hastaların ayaklarında gelişen duyu kaybının sakatlığa yol açmaması için gerekli olan koruyucu ayakkabıların yapılabilmesi için Elazığ Cüzzam Hastanesi'nde ayakkabı atölyesi kurulması ve masraflarının karşılanmasını da sağlamıştır(5).

1980-2000 YILLARI:

Ankara Lepra Merkezi'nde, Prof. Dr. Atıf Taşpınar, 1980-1996 yılları arasında hem dernek başkanı hem de merkez müdürü olarak görev yapmış, lepra konusunda birçok hastanın tedavisini yaparken diğer taraftan da eğitimlere devam edilmiştir(3).

1980 yılından itibaren, İstanbul Tıp Fakültesi Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne çok sayıda hekim ve hemşire alınır ve 28. Serviste çalışmaya başlarlar. Prof. Dr. Türkan Saylan, 9-11 Nisan 1980 tarihleri arasında Türkiye'den isteyen tüm ilgililerin katılabileceği, 1. İstanbul Lepra Semineri'ni uluslararası destekle gerçekleştirir. Seminerin ardından "Merhaba Yaşamak" broşürü ile lepraya yönelik damgalanmanın iyileştirilmesi için çalışmalar sürdürülür. Hastaların hastalığa özgü cerrahi gereksinimleri için ameliyathane kurulma çalışmaları başlatılır. Prof. Dr. Türkan Saylan, hemşire ve hekimleri, Dünya Sağlık Örgütü ve EMMAÜS'ten aldığı desteklerle, Ethiopia Addis Ababa'da bulunan ALERT, Lepra Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'ne gönderir. Görevliler hastalıkla ilgili, tıbbi ve cerrahi tedavi, rehabilitasyon eğitimleri alıp, İstanbul'da çalışmalarını geliştirirler. Sık Sık Elazığ Cüzzam Hastanesi ziyaret edilir, hastaların takipleri yapılır. Diğer taraftan uluslararası ilişkilerin devamı ile destekler sağlanır.1983 yılında Sağlık Bakanlığı, İstanbul Tıp Fakültesi ve Cüzzamla Savaş Derneği arasında imzalanan bir protokolle, ilgili kuruluş "İstanbul Lepra Hastanesi" adıyla özel dal hastanesi olarak tanınır.1983 yılında, Prof. Dr. Türkan Saylan Van'da, Yöreyi Kalkındırma Vakfı ile lepra tarama çalışmaları yürütür.

1983 yılında Elazığ Cüzzam Hastanesi'nde lepra kursu düzenlenir. 1984-2000 yılları arasında en fazla kayıtlı hastası olan Van ili başta olmak üzere lepra hastalarının yaşadığı bütün illerde hasta ve yakınları evlerinde ziyaret edilmiş, hastaların tedavileri düzenlenmiş, sosyal sorunlarına yönelik çözüm önerileri geliştirilmiştir.1984 yılında Cüzzamla Savaş Derneği "Hekimin Lepra El Kitabı", "Ebe ve Hemşirelerin Lepra El Kitabı", "Sağlık Memurunun Lepra El Kitabı" adlarında sağlıkçılara yönelik yayınları oluşturmuştur. İstanbul Lepra Hastanesi doktor ve hemşireleri daha sonra da Etiopia, Hindistan ve ABD'deki Lepra Merkezleri'nde lepra, cerrahi ve rehabilitasyon konularında eğitim görmüşlerdir. Lepra Konusunda bilimsel çalışmalar yürütülmüş, her beş yılda bir yapılan uluslararası Lepra Kongrelerinde çalışmaların sonuçları paylaşılmıştır.1976-1998 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından lepra konusu ile ilgili 103 ulusal ve uluslararası yayın gerçekleşmiştir (7).

Prof. Dr. Türkan Saylan, Türkiye'de Lepra Hastalığı ile verdiği mücadele için 1986 yılında, Hindistan'da "Uluslararası Gandhi Ödülü" ne layık görülmüştür (5).

1997 yıl sonu itibari ile Lepra Hastalarının yaşadığı bütün iller en az bir kez ziyaret edilmiş, hasta ve yakınları muayene edilmiştir. Kayıtlara göre bu tarihte ,Türkiye'de, özellikleri Tablo 2 de görülen 2866 hasta vardır. Bu hastaların % 65'i izlenmiştir(5).

2000-2017 YILLARI:

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Lepra Eğitim ve Araştırma Ünitesi, Prof. Dr. Nihal Kundakçı'nın başkanlığında, l96l yılında açılan Lepra Enstitüsü Binasında lepralı ve dermatolojik sorunları olan hastalara 30 yatak ile Cebeci Yerleşkesi'nde hizmet vermekte, yatan hastaların ve personelin lepra ve dermatoloji poliklinik hizmetleri karşılanmaktadır (8)

Elazığ Cüzzam Hastanesi yıllar içinde Dermatoloji ağırlıklı bir devlet hastanesine dönüşmüştü, lepra hastaları gereksinimleri ölçüsünde yatarak tedavi olabilmektedir.

Prof. Dr. Türkan Saylan, 2002 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ve Lepra Hastanesi Başhekimliği görevlerini tamamlamış, Cüzzamla Savaş Derneği Başkanı olarak yaşamının son günlerine kadar lepra hastaları için emek vermiş, İstanbul Lepra Hastanesi çalışmalarına da gönüllü olarak desteğini sürdürmüştür. Tablo 3 te

Tablo 2: *1997 Yılı Kayıtlı Olan Lepra Hastalarının Özellikleri(5)*

Tedavisi Devam Eden Hasta Sayısı	83
Tedavisi Biten Hasta	2783
Toplam Hasta	2866
Çocuk Hasta (0-14 yaş)	3
Sakat Hasta	1618
Çok İlaçla Tedavi Uygulanan	1727
DDS ile Tedavi Alan	1139

2005 yılı sonunda Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda kayıtlı hastaların durumu belirtilmiştir. Yıllar içinde süren mücadele sonunda tüm ülkede lepra hastalarına en az bir kez ulaşılmış, tıbbı tedavileri ve rehabilitasyonları sağlanmıştır. Hastaların yaş ortalaması oldukça yüksektir.

Prof. Dr. Türkan Saylan, Merhaba Yaşamak "20 yıllık Savaşımız" kitabının önsözüne aşağıdaki cümleleri yazarak, lepra çalışmalarını toplumla paylaşmıştır (7).

"Sevgili İnsanlar,

20 yılı aşkın bir süredir "Tanısı kolay, tedavisi kesin, çağdışı bir hastalığı yok etmek istiyoruz, bize yardım ediniz!" diye haykırdık durduk. Azdık, çoğaldık, dal budak saldık. Ülkemizin her köşesinde bizden bir parça var şimdi, yıllar bize çok şeyler kazandırdı. Sabırla, bıkmadan usanmadan çalıştık. Şimdi, 2000'li yıllara başlarken "Ülkemizde Cüzzam-Lepra kontrol altındadır" diyebiliyoruz. Halkımız bu sözleri duyunca hemen "Cüzzam tehlikeli, korkulacak bir hastalık değildir" diyor. Hastalarımıza artık tıbbi tedavi yerine sosyal destek veriyoruz. Yüzlerce çocuğumuz okuyor, yüksek öğrenimi bitirip sakat ana babalarına sahip çıkanlar az değil.

Tablo 3. *2005 yılı Verilerine Göre Lepra Hastalarının Özellikleri*

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE %
Kadın Hasta	920	35.53
Erkek Hasta	1669	64.47
Toplam	2589	100.0
Yaş Ortalaması	61.90	-
Sakat	1572	60.58
Sakat Ortalama Yaş	64.56	-
Çocuk (0-14 yaş)	3	Binde 1.156

Size bu yirmi yılın öyküsünü anlatmak istedik; çünkü güzel yurdumuzun herbir sorunu, bizim örneğimizde olduğu gibi devlet, üniversite ve gönüllü kuruluşlarca ortak olarak ele alınırsa çözüme ulaşabilecektir.

Bizim, çok kişiye aykırı ve uzak gelen serüvenimiz, eminim birilerine ışık tutacak, birilerine yol açacaktır.

O nedenle bu kitabı karıştırın, Türkiye'mizde her şeye olumsuz bakma, her şeyi devletten bekleme ve çözüm yerine yalnız ve yalnız acımasız eleştiri üretme alışkanlığımızdan vazgeçmememiz için belki yararlı olacaktır.

Unutmayalım ki her sorun, ciddiye alınırsa beraberinde çözümünü de getirir ve insan denen yaratığın beyniyle yüreği, diğer insanlarınkiyle birleşirse üstesinden gelinmeyecek konu yoktur.

Tüm sağlıkçılarla, tüm insanlarla bu deneyimimizi paylaşmak dileği ile(7)."

Prof. Dr. Türkan Saylan ve çalışma arkadaşlarının yıllar boyu süren tarama çalışmaları ile yeni vakalara ulaşılmış, tedavileri yapılmıştır. Tablo 4 1998-2017 yılları arasında tanı konulan yeni vakaların cinsiyet ve yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

Prof. Dr. Türkan Saylan 18 Mayıs 2009 tarihinde aramızdan ayrıldı. Cüzzamla Savaş Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Ayşe Yüksel olmuştur, Dernek etkinliklerini sürdürmektedir.

Her yıl Ocak ayının son haftası dünyada "Uluslararası Lepra Günü" olarak anılmaktadır. 2010 yılı anma etkinliği için Dünya Sağlık Örgütü Lepra Daire Başkanı Dr. Denis Daumerie'nin Türkiye için yazdığı mektupta Türkiye'nin cüzzamla savaşı için övgü dolu ifadelerle, kazanılan başarıyı, T.Saylan'ın katkısını da vurgulayarak özetliyor;

"Bu yıl ki, Dünya Lepra Günü'nün diğerlerinden bir farkı var, çünkü Profesör Türkan Saylan ne yazık ki artık bede-

Tablo 4. *1998-2016 Yıllarında Saptanan Yeni Lepra Vakaları (7,9)*

YILLAR	KADIN	ERKEK	TOPLAM
1998-2007	38	58	96
2008-2016	12	19	31
TOPLAM	50	77	127

nen bizlerle değil. Hepinizin bildiği gibi, Profesör Saylan lepraya müthiş bir katkıda bulunmuştur ve katkısı Türkiye'nin sınırlarının çok ötesine uzanır. Uzak görüşlü, öncü ve etkileyici bir kişiliğe sahipti. Lepra hastalarının – sadece lepra için değil, diğer durumları için de- tedaviye erişebilmelerini sağlamak için kararlılıkla mücadele etti ve çok müthiş başarılı oldu. Ücra bölgelerde yaşayan hastalara erişmek için yerel halkı dahil ederek ve seyyar ekipler kurarak yenilikçi stratejiler uyguladı. Lepra imajının değişmesi, özellikle de lepradan etkilenen kişilerin toplumca dışlanması ve itilmesini durdurmak için mücadele verdi. Çabaları Türkiye'de meyvelerini verdi ve bütün dünyada başkalarına da ilham kaynağı oldu (10)."

GÜNCEL DURUM

Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Lepra Hastanesi, Zührevi Hastalıklar Bölümleri de eklenerek, artık Lepra ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi adı altında, lepra ve lepradan etkilenmiş kişilere hizmet vermeye devam ediyor. Son beş yıl da yirmi iki yeni tanı bulunmuş ve çok ilaçla tedavileri yapılmış ya da yapılmaktadır. Hastalar, zaman zaman, diğer sağlık sorunlarının tedavisi ve sosyal nedenlerle hastanede kalmaktadırlar. Prof. Dr. Türkan Saylan'ın kıymetlileri olarak bilinen hastalar için tıbbı ve sosyal rehabilitasyon programları sürmektedir. Hastalara ortopedik ayakkabı üreten atölye çalışmalarını sürdürmekte, ülkemizin her yöresinde yaşayan hastaların var olan ölçüm ve kalıpları ile ayakkabılarını üretip kargo ile göndermektedir.

Cüzzamla Savaş Derneği, Bakırköy İncirli Caddesi adresindeki yerinde lepradan etkilenmiş kişilerin çocukları ya da torunlarına eğitim bursu sağlayarak, SGK primlerini ödeyerek, ekonomik sorunlarına çözümler üreterek çalışmalarını sürdürmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Lepra Eğitim ve Araştırma Ünitesi ve Cüzzam Savaş ve Araştırmaları Derneği 2016 yılında kapatıldı. Lepradan etkilenmiş kişiler kontrol ve tedavileri için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD etkinlikleri Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nihal Kundakçı'ya ulaşmaktadırlar (11).

Elazığ Cüzzam Hastanesi Devlet Hastanesine dönüştü, hastane bahçesi içinde yer alan bir binada, palyatif tedavi kliniği olarak tanımlanan bir bölümde lepradan etkilenmiş kişiler, daha çok sosyal endikasyonla kalmaktadırlar (12).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığına bağlı, Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi illerde lepradan etkilenmiş kişilerin takibini yapmakla görevlendirilmiştir. Ölenlerin bildirimi ve kayıt düşümü, yeni tanıların kaydı gibi etkinlikler bu yapının sorumluluğundadır.

KAYNAKLAR

1-Utku E:Lepra Tarihi. İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:9-13.

2-Edis AF: Elazığ Cüzzam Hastanesinin Tarihçesi. İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:37.

3-Kundakçı N:Ankara Lepra Eğitim ve Araştırma Merkezi ve Ankara Cüzzam Savaş dispanseri. İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:39-40.

4-Başer S.İstanbul Lepra Hastanesi. İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:55-62.

5-Sütlaş M:Cüzzamla Savaş Derneği Tarihinden Kısa Notlar. . İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:91-108.

6-Bechelli LM:Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ziyareti Hakkında Rapor. . İç: Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006:29-34.

7- Saylan T, Sütlaş M, ed. Merhaba Yaşamak Türkiye'de Cüzzamla Savaşın Dünü-Bugünü-Yarını."20 Yıllık Savaşımız". İstanbul: Özgün Ofset 2006.163-65.

8-www.medimagazin.com.tr.Erişim Tarihi 26.02.2017.

9-Son Yıllarda Türkiye'de Yeni Lepra Vakaları. Dr. Ümmühan Kaya, yayınlanmamış.

10-Daumerie,D.: Dr. Denis Daumerie'nin bildirisi.Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre,2010.

11.Prof. Dr. Nihal Kundakçı ile yazışma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD.28.03.2017.

12.Elazığ Devlet Hastanesi Başhemşiresi ile telefon görüşmesi. 27.04.2017.

SITMA

Prof.Dr.MuhsinAkbaba

Sıtma insanlık çağı boyunca salgınlar yaparak Eti, Mezopotamya gibi birçok uygarlıkların yıkılmasında etkili olmuştur. Modern parazitolojinin ülkemizde kurucusu sayılan İsmail Hakkı Bey topraklarımızda sıtmanın durumunu anlatmak için; ''Memleketimizin büyük bir kısmı humay-ı merzağı'dan (Sıtma) bir salhane hükmündedir. Nüfusumuzun en azından dörtte üçü humay-ı merzağının darbe-i kahharanesi altında eziliyor.''ifadesini kullanmıştır. (1)

Sıtma, Osmanlı Devleti'nin zayıfladığı dönemde sıklığını arttırıp, birçok insanın ölümüne neden olmuştur. Osmanlı devleti bataklıkları kurutmaya çalışıp* ve kinin** dağıtılması ile ilgili kanun çıkarmıştır. (MM ZC, 198: 148) Fakat, Balkan ve Birinci Dünya Savaşları nedeniyle hem eğitimli insan kaybı, hem de sağlıkla ilgili uygulamaların tam olarak yapılamamasından dolayı sıtma yaygınlığını arttırmıştır. 1914-1918 yılları arasında ordumuzda 412.671 sıtmalı saptanmış ve 20.568 ölüm olmuştur. (2)

Milli Mücadele döneminde askerlerin yüzde 40, halkın ise yüzde 50 oranında sıtma hastası olduğu biliniyordu. Antalya ve Çukurova çevresinde bu oranlar daha da yüksek olmuştur. Yaklaşık 13 milyon nüfusa sahip Türkiye Cumhuriyetinin yarısı sıtma hastalığına yakalanmıştı. 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Adnan Adıvar tarafından doktor,ebe, sağlık memuru yetiştirilmesi ve trahom, verem, frengi ve sıtma gibi toplumun en büyük halk sağlığı sorunları karşısında mücadele etmek ile ilgili projeler oluşturulmuştur.(3)

Cumhuriyetin ilanı sonrasında ülkenin varlığını sürdürmesi ve kalkınabilmesı için sağlıklı bir nüfusa sahip olması gerektiği bilinmekteydi. 1923 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bunun için 1328 kg kinin dağıtmıştır. (TBMM ZC, 1923: 123)

İstanbul'da 1924 yılında Bakteriyolojihanede kurslar düzenlenip elemanlar yetiştirildi. Yetişen elemanlar öncelikle Ankara, Afyon ve Adana illerinde birer mücadele merkezi açarak faaliyetlere başlamışlardı.(4)

2 Eylül 1925'te Ankara'da toplanan 5. Milli Tıp kongresinin başta gelen konusunu sıtma oluşturmuş, bunun sonucu olarak 1926 yılında 839 sayılı ''Sıtma Mücadelesi Kanunu'' kabul edilmiştir. Bu kanuna göre mücadele, kanında parazit bulunan hastaların tedavi edilmesi, hastaların hastalığın yayılmasını engellemek için anofellerden uzak tutulması ve anofellerin üremesine engel olma ile bataklıkların kurutulması olmak üzere 3 temel alanda yürütülmesi öngörülmüştü. (4)

1926 yılında sıtma savaşında dikey örgütlenmeye geçilmiş ve kurulan 5 merkez ile sıtma savaşına başlanmış, bölge sayısı 1949 yılında 20'ye, daha sonra 34'e çıkarılarak, çalışmalar yurt genelinde yaygınlaştırılmıştır. Bu tarihlerde dalak indeksi*** ile bulunan sıtmalıların oranı Ankara'da yüzde 40-90, Antalya'da yüzde 86, Denizli'de yüzde 90, Diyarbakır'da yüzde 80, Çukurova'da yüzde 78, Trabzon'da yüzde 68,5 olarak bulunmuştur ve kabaca nüfusun yüzde 50'sinin sıtma hastası olduğu kabul edilmiştir. (6)

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele ederken bir yandan da koruyucu sağlık hizmetlerine yoğunlaşmak amaçlanmıştır. "24 Nisan 1930 tarihinde, Türkiye'de, bugün bile en önemli sağlık kanunu olan Umumi Hıfzısıhha Kanunu kabul edilerek" halk sağlığı kanunen güvence altına alınmıştır.(7)

Her mücadele merkezi kendisine bağlı nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak, 5-10 şube halinde çalışmıştır. Bu şubelerde sağlık memurları bulunurdu. Sıtma Mücadele Teskilatı'nda toplam 150 kadar doktor, 400'den fazla sağlık memuru görev yapmaktaydı. Teşkilat, yılda iki kez bölgesinde bulunanları genel muayeneden geçirmekte, dalağı büyük olup ateşi olanlara hemen, şüpheli olanlar ise kan muayenesi sonucuna göre kinin tedavisine almaktaydi. Her şubede bulunan 5–10 yataklı dispanser vardı, ayrıca Adana'da 40 yataklı bir hastane bulunmaktaydı. Ayaktan tedavi olamayacak durumda olanlar bu kuruluşlarda yatarak tedavi olurlardı. (8)

1925-1932 yılları arasında Sıtma Mücadele Kanunu çerçevesinde sıtma bölgelerinde, sivrisineklerin yaşam alanı olan bataklıkların kurutulması amacıyla, belediyelerin ve özel idarelerin yardımıyla, 338.875 m. uzunluğunda

(*) Alyuvarlara yerleşen bir parazitin sıtmaya neden olduğunu 1880'de Fransız doktor C. L. A. Laveran keşfetti. Dr. Laveran'a bu nedenle 1907'de Nobel Tıp Ödülü verilmiştir, Hindistan'da 1897'de, sıtma salgınlarında dişi bir sivrisinek türünün taşıyıcılık yaptığını kanıtlayan İngiliz asıllı Dr. Ross da Nobel Tıp Ödülü'nu 1902 yılında aldı. Yalnızca Anofel türü dişi sivrisineklerin sıtmayı bulaştırdığı, 1889'da İtalyan doktor G. B. Grassi tarafından kanıtlandı. (4)

(**)Avrupalı misyonerler 1600'lerde, Peru'da doktorların sıtma olanlara bir toz içirip onları iyileştirdiğini görmüştü. Bu ilaç kınakına ağacının kabuğunu öğüterek yapıyorlardı. Ancak Perululular kınakına kabuğunun ülke dışına çıkışını yasaklayıp para karşılığı ihraç ettiler. Fransız kimyacı P. J. Pelletier ve eczacı J. B. Caventou, kinin etkin maddesini kınakına kabuğundan 1820 yılında izole ettiler. (5)

kanal kazılmış, 208.763 metreküp çukur doldurulmuş, 1.150 m uzunluğunda baraj yapılmış, bu sayede 32.903 bataklığın kurutulduğu belgelenmiştir. (9) Altyapı ve tıbbi tedavilerle birlikte, halk eğitimi için sinema faaliyetleri, sağlık çalışanlarının geliştirilmesi için kurslar, kongreler düzenlenmiş, sıtma savaşında yol alınmış, ancak 1940'lı yıllarda DDT'nin**** bulunması sıtma savaşına büyük ivme kazandırmıştır.

1926 yılında başlayan sıtma savaşının birinci dönemi 1944 yılına kadar devam etti. Bu mücadele ile birlikte kanında sıtma bulunanların oranı yüzde 11'e kadar düşürüldü. Fakat İkinci Dünya Savaşı sırasında sıtma ilaçlarının ve sivrisinek öldürücülerinin temin edilememesi, halkın göçü ve askeri hareketlerin artması sıtmanın yurtta yeniden yayılmasına neden olmuş ve geniş ölçüde salgınlar görülmüştür. 1941'de, kan alınan grupta belirlenen sıtma oranı, kan endeksi, binde 231.2'ye, 1942'de 321.3'e çıkmış, 1943'de binde 306.2'ye 1944'te 281.5'e yükselmiştir. (12)

İkinci Dünya Savaşı sırasında sıtma vakalarının çoğalması üzerine 1946 tarihinde yenilenen 4871 sayılı Sıtma Savaşı Kanunu ile yeniden mücadele kararı alındı. Buna göre,

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu hükümlerine de dayanarak gerekli gördüğü yerlerde sıtma hastalığı ile savaş başlattı. Bakanlık savaşta laboratuvar, hastane, enstitü kurmaya ve memurların yetiştirilmesi için eğitimler düzenlemeye ve halkın sağlığı için her türlü ilacı parasız vermeye yetkilendirildi. (12)

Savaş sonrası 352.395.910 Türk Lirası olan Marshall yardımının 3.706.000'i sıtma ile mücadeleye ayrıldı, 1949–1952 yılları arasında da doğrudan 3.970.000 TL. yardım olarak aktarılmış, bunlarla tıbbi gereçler ithal edilmiştir. (13) 1945-46'larda sıtma hastalığı oranı % 20'ye 1950'de ise bu oranı yüzde 1 seviyesine kadar düşmüştür.(14) Ancak, 1954 yılında sıtmadan ileri gelen yıllık ölüm vakalarının 3500'e çıktığı, yeni sıtma vakalarının 2,5 milyonu aştığı tahmin edilmekteydi. (15)

1953 yılında İstanbul'da toplanan Milletlerarası Tropikal Hastalıklar ve Malatya Kongresi'nde sıtmanın bütün dünyada yok edilmesi tartışıldı ve bu fikir 1955'te DSÖ Asamblesi'nde kabul edilerek hükümetlere çağrıda bulunuldu. Türkiye bu çağrı gereği 1957 başından itibaren DSÖ Teşkilatı ve UNlCEF'le yapılan iş birliği ile ülkemizde sıtma eradikasyon programının uygulanmasına geçildi. (16)

1957 yılında ülkemizin de katılımıyla, 1958 yılında başlatılan ve ülkemizin 67 ilini kademeli şekilde kapsayan sıtma eradikasyon kampanyası ülkemiz topraklarında yaşayan nüfusun çoğunu sıtmadan kurtarmayı, sıtma hastalığını ve ölüm oranlarını azaltmayı başarmıştır. 1960 yılında çıkartılan 7402 sayılı ''Sıtmanın imhası hakkında kanun'' la çalışmalar sürdürülmüştür. Bu kapsamda 3 milyon USD bir fon ile sıtma mücadelesi için tıbbi gereçler ve 1260 ton DDT alınmıştır.

1970'e kadar bu program enfeksiyon kontrolünü sürdürülmüş, kampanyanın ikinci döneminde, 1970'de spesifik hastalık oranı sıfıra düşürülmüş, yıllık hastalık oranı 100.000 nüfus için 0,33 ve aynı yıl içinde hastalık geçişi saptanan 36.779 lokaliteden yalnız 652 lokalitede (%1,7) toplam 1.263 sıtma vakası bulunmuştur. (15). Çoğunlukla Çukurova bölgesindeki (Doğu Akdeniz Bölgesi, Türkiye) 1970'li yıllarda olan mevsimlik işçilerin hareketi, 1970'lerde ülkenin diğer bölgelerine taşınması, sıtmanın tüm Türkiye'ye yayılmasının nedeni olmuş ve 1977 - 1978

Tablo 1. 1971 – 1977 yılları arasında Türkiye'de sıtma vakalarının dağılımları

Yıl	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Vaka Sayısı	2.046	2.892	2.439	2.877	9.828	37.327	72.000

yıllarında salgınlara neden olmuştur. (17)

1983'te eradikasyon programı "Sıtma Kontrol Programı" olarak değiştirildi. Bu programın uygulanmasından sonra, en yüksek sıtma vaka sayısı 1994'te 84.345 olarak bildirildi. 1994'deki salgının, planlanmamış kentleşmenin ve özellikle Güneydoğu bölgesindeki kontrolsüz göçün sıtmanın yayılmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. 1995 yılından sonra, sıtma vakalarının sayısı 2002'de 10.224'e kadar düzenli bir düşüş göstermiştir. (18)

2003 yılında 9.182 olan yerli sıtma vaka sayısı 2009'da 38'e, yıllık sıtma insidansı ise 100.000 nüfusta 13,1'den 0,05'e düşmüştür.2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanan Taşkent Bildirgesi ile mevcut program ''Türkiye Sıtma Eliminasyon Programı'' olarak değiştirilmiştir. (17) 2010 yılından itibaren yerli yeni sıtma vakası tespit edilmemekte sadece nüks vakalar ile yurtdışı kaynaklı sıtma vaka bildirimleri yapılmaktadır. (19) Ticaret, turizm ve göçlerin artışına bağlı olarak halen yurtdışı kaynaklı (importe) sıtma vakaları varlığını sürdürmektedir. Bu nedenle yurtdışından gelenler aracılığıyla hastalığın ülkemizde yayılmasını önlemek için erken tanı ve tedavi büyük önem arz etmektedir.

Ülkemizde sıtma savaşımında kanlar; aktif sürveyans, pasif sürveyans ile toplanmaktadır. (20) Aktif sürveyans ''Toplum Sağlığı Merkezi'' (TSM) personeli, pasif sürveyans hastane personeli tarafından yürütülmektedir. Sıtma tanısı ise 2012 yılından itibaren il Halk Sağlığı laboratuvarları tarafından konmaktadır.

Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı: 2011 yılında yenilenen organizasyon yapısıyla Türkiye Halk

(***) Sıtmanın varlığını ve yaygınlığını ölçmede kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde dalak, büyüklüğüne göre, 0 (normal) - 5 arasında derecelendirilir. Dalak büyüklüğü ve bunun derecelerinin toplumdaki yaygınlığına göre değerlendirilerek, sıtma sıklığı belirlenir.(10)

(****)1874'de ilk kez sentezlenen DDT'nin böcek öldürücü etkisi 1939 yılında İsviçreli kimyager Paul Hermann Müller tarafından keşfedilmiş, II. Dünya Savaşı'nın ikinci yarısında DSÖ tarafından sıtmayı kontrol altına almak için yoğun olarak kullanılmıştır. 1962'de Rachel Carson'ın 'Silent Spring' adlı kitabında DDT'nin zararlı etkilerinden bahsedilmesi ile kullanımının güvenliği tartışılmaya başlanmış ve 1972 yılında A.B.D.'de daha sonra Avrupa'da DDT kullanımı yasaklanmıştır.(11)

Sağlığı Kurumu içinde Sıtma Savaş Birimi olarak, Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına bağlanmıştır ve sıtma savaşı hizmetlerinin etkin bir şekilde yapılmasını sağlamak üzere gereken görevlerde bulunur. Taşrada 37 tane Sıtma Savaş Birimi ile TSM personeli tarafından bu hizmetler verilmektedir. (21)

Günümüzde sıtma vakalarının erken teşhisini sağlamak amacıyla sürveyans çalışmaları yapılmakta, sıtma tanısı alan hastaların tedavilerinin ve kontrollerinin yapılması Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Zoonotik ve Vektöriyel Hastalıklar Dairesi tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca tespit edilen her bir sıtma vakasına yönelik detaylı epidemiyolojik inceleme Halk Sağlığı Müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubesi koordinasyonunda TSM personeli tarafından yapılmaktadır.

Ülkemizin bulunduğu coğrafyadaki gelişmelerin etkisiyle, Ortadoğu ülkelerinden, gelen göçmen-mülteciler icin oluşturulmuş Barınma Merkezi bulunan illerde (Adana, Adıyaman, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye, Kilis, Şanlıurfa, Malatya, Mardin ve Şırnak..vb) nüfustan alınan kan yaymaları sıtma açısından Halk Sağlığı Müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubesi koordinasyonunda TSM personeli tarafından değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalığın tanısı ve tedavisi konularında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla hizmet içi eğitimler de düzenlenmektedir. (21)

KAYNAKLAR

1- Akbaba M, 1970-1977 yıllarında Adana'da sıtma epidemisi ve bu epidemiyi etkileyen faktörler, Çukurova Üniversitesi 1978

2- Noyan A, İntan Hastalıkları, İstanbul, 1. Cilt, 2. Baskı, 1953

3- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 1998, s.334.

4- Aksu L, 1943. Malarya (Sıtma)-Tarihçe, Coğrafya, Türkiye'de Sıtma, Entomoloji, Bakteriyoloji, Biyoloji, Klinik, Patoloji, Tedavi, Mücadele ve Profilaksi, s.26, 34, 189.

5- Akbulut U, Kinin, Kınakına ağacı, sıtma ilacı, cin tonik, 30 Temmuz 2014

6- Akalın B, Sıtma Savaşımı, Ankara, 1977

7- Özpekcan M, (2001). Büyük Millet Meclisi Tutanaklarına Göre Türkiye Cumhuriyeti'nde Salık Politikası, (1923-1933), Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları (7): 163- 274.

8- Frik F, 1938. Türkiye Cumhuriyetinde Tıp ve Hıfzısıhha Hareketleri 1923–1938, Leverkusen, s.8.

9- Alkan A, 1946. "Niçin Sıtmanın Önüne Geçemiyoruz", Bakış Mecmuası, I, S.4, s.2

10- Akdur, R, Sağlık Bakanlığı, Sıtma Eğitim Notları

11- Lear L, (1 April 2009). Rachel Carson: Witness for Nature

12- Tuğluoğlu F, Türkiye'de Sıtma Mücadelesi, Türkiye Parazitoloji Dergisi, 32 (4): 351 - 359, 2008

13- T.C. Hariciye Vekâleti Milletler Arası iktisadi işbirliği idaresi Teşkilatı, Türkiye'de Marshal Planı (1952): Başbakanlık Devlet Matbaası, (9): Ankara.

14- "Umumi Hıfzısıhha Kanunu Çıktı", Cumhuriyet Ansiklopedisi 1923-1940, C. I, s. 158. YKY İstanbul.

15- Dünya Sağlık Örgütü ile Bakanlık temsilcilerinin yaptığı toplantı (26-30.9.1977)

16- Sağ. Hiz. 50 Yıl, a.g.e., s. 78.

17- Özbilgin A, Topluoğlu S, Es S, İşlek E, Mollahaliloğlu S, Erkoç Y, Malaria in Turkey: Successful control and strategies for achieving elimination, Acta Tropica Vol 120, s:15-23

18- Özcel, M.A., 2007. In: Ali Ozcel, M. (Ed.), Sıtma, Özcel'in Tıbbi Parazit Hastalıkları. Turkish Society for Parasitology, Bornova, Izmir, pp. 79–134 (in Turkish) Publication No: 22.

19- Elaldı N, Ülkemizde Sıtmanın değişen Epidemiyolojisi ve tedavisi, Ekmud Bilimsel Platformu, 2013

20- Yıldırım C, Yıldırım U, Dünyayı ve Türkiye'yi Tehdit Eden Bir Hastalık: Sıtma, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Ağustos 2000

21- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015 Faaliyet Raporu

TÜBERKÜLOZ

Prof. Dr. Ferit Koçoğlu

Ülkemizde veremle savaş çalışmaları 1918 yılında Prof. Dr. Besim Ömer (Akalın) Paşanın Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti'ni kurmasıyla başlamıştır. Bunu 1923 yılında Dr. Behçet Salih Uz'un kurduğu İzmir Veremle Mücadele Cemiyet-i Hayriyesi ile aynı yıl kurulan Balıkesir Veremle Mücadele Cemiyeti izlemiştir. Bu gönüllü kuruluşların amacı, halkı verem hastalığı konusunda aydınlatmak ve dispanserler kurulmasına öncülük etmek idi. Bilindiği üzere, 1920'lerde tüberkülozun ilaçla tedavisi mümkün değildi. O tarihlerde yayınlanan bir broşürden anlaşıldığına göre dispanserlerden beklenen, «hastaların tesellisi, hastalığın çevreye bulaşmasını önlemek için hastaların ve sağlam kişilerin eğitimi, hastalara tükürük hokkası ve gıda yardımı yapılması» idi (1).

Atatürk'ün 1 Mart 1923 tarihinde TBMM'ni açış konuşmasındaki sözlerinden, o günlerde veremin çok yaygın olduğu, buna karşılık devletin pek bir şey yapamadığı anlaşılmaktadır. (**) Atatürk'ün bu konuşmasından sonra, İstanbul'da Özel İdare tarafından bir dispanser ve Heybeliada'da 50 yataklı verem hastanesi kurulmuştur.

1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda verem hastalığına geniş yer ayrılmış, verem hastalığının ve ölümlerinin bildirimi zorunlu kılınmıştır.

1948 yılında çıkarılan ve Belediye 'eğlence – resmi' gelirlerinin % 10'unun veremle mücadeleye tahsisini öngören 5237 sayılı "Belediye Gelirleri Kanunu" ile 1949 yılında çıkarılan,'SSYB'nın verem savaşı derneklerince kurulan dispanser ve hastanelere araç, gereç ve personel yardımı yapacağına ilişkin' 5368 sayılı "Verem Savaşı Hakkında Kanun" devlet-dernek işbirliğini oldukça güçlendirmiştir.

Bu arada sayıları hayli artan mahalli verem savaşı derneklerinin (1980'lerde 270 civarında, günümüzde 114) bir çatı altında toplanması amacıyla, 1948 yılında Ulusal Verem Savaşı Derneği kurulmuştur. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUAT)'ın kurucu üyeleri arasında yer alan Ulusal Verem Savaş Derneği özellikle bilimsel hüviyeti ile Türkiye'de verem savaşı çalışmalarına çok uzun yıllar önderlik etmiştir.

1950 yılında İstanbul'da açılan "Tevfik Sağlam - Uluslararası Eğitim ve Gösteri Merkezi"nde başlatılan personel eğitimi çalışmaları, bilinçli bir savaşın ilk adımlarını teşkil ettiği gibi, uluslararası niteliği ve dünyadaki benzeri kuruluşların ilki olması nedeniyle ülkemiz açısından haklı bir gurur kaynağı olmuştur.

İlk defa Fransa'da 1921'de uygulanmaya başlayan 'oral BCG', ülkemizde de 1931 yılından itibaren üretilmeye ve kullanılmaya başlamıştır. 1948 yılından itibaren 'deri içi uygulamaya mahsus BCG' üretimine başlayan Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü/ BCG Üretim Laboratuvarı 1952 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından sertifiye edilmiştir.

II. Dünya Savaşı sırasında büyük bir kitlenin uzunca bir süre, zorunlu olarak silah altında tutulması ve ülke genelinde çekilen sıkıntılar, hastalığın yaygınlaşmasına ve verem ölümlerinin artışına yol açmıştır. Etkili bir savaşımla sıtma hastalığının kontrol altına alınmış olması da veremi, göreceli olarak, 'en önemli hastalık' durumuna getirmiş ve SSYB'nın dikkati bu hastalık üzerinde yoğunlaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün önerileri ve UNICEF'in de katkıları ile 20.12.1952 tarihinde «BCG Kampanyası Teşkilatı» kurulmuş, 1 Ocak 1953 tarihinde de planlı, programlı BCG kampanyaları başlatılmıştır.

Enfekte kimselere BCG uygulamanın riskli olacağı düşünülerek, tüberkülin kontrolüyle başlatılan ve 1959 yılında tamamlanan birinci devir kampanya çalışmaları, ülkemizde tüberküloz (TBC) enfeksiyonunun yaygınlığı konusundaki ilk güvenilir bilgileri sağlamış olması nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır.

1960 tarihinde Verem Savaşı Genel Müdürlüğü kurulmuş (***) ve sayıları hayli artan dispanserler vasıtasıyla teşhis ve tedavi çalışmaları belirli bir program çerçevesinde yürütülmeye başlanmıştır.

1960 yılında pilot çalışmalar şeklinde başlatılan mikrofilm taramaları, 1966 tarihinden itibaren tüm haneleri kapsayacak şekilde yapılmaya başlanmıştır. 1976 yılına kadar (3000 köy dışında) tüm yerleşim yerleri bu şekilde mikrofilm taramasından geçirilmiştir.

EnfeksiyonOranları:

Ülkemizde TBC enfeksiyonunun yaygınlığı ile ilgili ilk veriler 1953-59 yılları arasında gerçekleştirilen birinci devir BCG kampanyası çalışmalarından elde edilmiştir. Bu verilere göre, o yıllarda tüm nüfusun % 56'sı TBC basiliyle enfekte idi ve çalışmanın başladığı 1953 yılında BCG aşısı uygulanmış kimse neredeyse yok iken, 1953-59 arasındaki yedi yılda, tüberkülin negatif bulunan 6.724.000 kişiye BCG yapılarak, o zamanki nüfusun % 25'i aşılı hale getirilmiştir. 1981 yılında yapılan prevalans araştırmasında tablonun oldukça değişmiş olduğu görülmüştür. Toplum genelinde aşısız - enfekte kişilerin oranı % 56'dan % 25'e

(*) F.Koçoğlu 5 yıl Verem Savaşı Dispanseri hekimliği, 1984-85 yıllarında 1,5 yıl Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, 1996-2011 yılları arasında Türkiye Ulusal Verem Savaş Dernekleri Federasyonu başkanlığı görevlerinde bulundu.

(**) Atatürk'ün sözleri: «Tahripkar emraz-ı belediyemizden şüphesiz başlıcası olan verem hastalığına karşı, şimdiye kadar ahval ve şeraitin maateessüf tatbikatına müsaade ve imkan bahşetmediği tedabire başlangıç olmak üzere İstanbul'da «veremliler tedavihanesi» açmak ve bu suretle yeni ve pek lüzumlu bir mücadelenin ilk temel taşını koymak mutasavverdir» (2).

düşmüş, aşılıların oranı ise % 65'e kadar yükselmiştir (3).

Günümüzde, tüberküloz enfeksiyonunun yaygınlığı konusunda bir veri bulunmamakla birlikte her yıl tedaviye alınan hastaların büyük çoğunluğunun 50 yaşından küçük oluşu bulaşmanın yaygın olarak sürdüğünü göstermektedir.

Morbidite Hızları:

Türkiye'de verem hastalığının yaygınlığı konusundaki ilk bilgiler 1960-64 yılları arasında Ankara ve Yozgat'ta Hıf-

Resi.1. *1966-1976 yılları arasında (4+yaş) tüm nüfusa gezici röntgen ekiplerince akciğer mikrofilmi çekilmiştir.*

ZAMAN İÇİNDE TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYON MORBİDİTE VE MORTALİTESİNİN SEYRİ

zıssıhha Okulunun yaptığı araştırmalardan elde edilmiştir. Bu araştırmaların verilerine göre, o tarihlerde akciğer TBC prevalansı binde 21-30 arasında değişmekte idi (5,6). SSYB-Verem Savaşı Genel Müdürlüğü'nce yayınlanan bir broşürde (muhtemelen işyeri taramalarından elde edilen sonuçlara dayanarak), akciğer TBC prevalansının 1969-

Resim 2. Gözetimli tedavi; Sağlık Memuru bir hastaya ilaçlarını içiriyor. (Nazilli Verem Savaş Derneği)

70'de binde 5, 1976 yılında ise binde 1 olduğu belirtilmektedir (7).

Bu tarihlerde SSYB'nın "veremi bitirdik" sanrısıyla rehavete kapılması sonucu çalışmalar gevşetilmiş, 1974-83 yılları arasında 73,000 hasta "akıbeti meçhul" ve "işbirliği yapmıyor" kodlarıyla takipten çıkarılmıştır (8).

1981-82 yıllarında sekiz coğrafik bölgede 80 bini aşkın kişi üzerinde yapılan prevalans çalışmasında akciğer tüberkülozunun yaygınlığı binde 3.58 bulunmuştur. (3) Günümüzde hastalığın insidans ve prevalansı hakkında, Tüberküloz Daire Başkanlığının dispanserlerden topladığı verilere dayanan raporlardan başka bir bilgi bulunmamaktadır. (****) Bu raporlara göre ülkemizde tüberküloz insidansı sürekli azalmakta olup, 2005 yılında yüzbinde 28,5'ten, 2013 yılında yüzbinde 17,5'e düşmüştür (9).

Mortalite Hızları:

1944'te Streptomisin, 1949'da PAS (para-aminosalisilik asit) ve 1952'de INH (izoniazid)'in kullanımı başladıktan sonra bütün dünyada verem ölümleri çok belirgin bir düşüş göstermiştir. 1916-18 yıllarında, İstanbul'da verem ölümlerinin yüzbinde 370 olduğu ve tüm ölümlerin % 10,8'ini oluşturduğu belirtilmektedir (1). 1950'li yıllarda birinci ölüm nedeni olan verem hastalığı günümüzde ilk 10 ölüm nedeni arasında yer almamakta(10), ve fakat veremden ölenlerin sayısı ile ilgili bir bilgi de bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1-Akalın, B.Ö., Verem Tehlikesi — Veremle Mücadele, Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti Yayını No.1, 1919.

2-Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, SSYB Yayını, No 422, Ankara,1973.

3- Türkiye'de Akciğer Tüberkülozu Prevalansı Araştırması, SSYB- Verem Savaşı Genel Müdürlüğü (Yayınlanmamış çalışma) 1982.

4-http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/yillik-raporlar (Erişim tarihi: Ocak 2017).

5-Türkiye - Yozgat ili, ilçe ve köylerinde örnekleme ile yapılan tüberküloz prevalansı raporu, SSYB-Hıfzıssıhha Okulu Yayını. No 13, 1964.

6- Başkök, C, Türkiye'de tüberkülozun epidemiyolojik durumu ve bazı dış ülkelerle kıyaslama, Tüberküloz, ve Toraks Mecmuası, Vol 15, No 2, 1967.

7-Türkiye'de Verem Savaşı, SSYB Yayını, No.462, Ankara, 1977.

8-Türkiye'de verem hastalığının seyri üzerinde bir araştırma, SSYB Yayını. 84/2, 1984.

9- Türkiye'de Verem Savaşı 2015 Raporu, SB- Halk Sağlığı Kurumu Yayını, 2016

10-Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet/Etkililik Projesi Sonuçları, RSHM, Ankara, 2004.

11- Koçoğlu, F., Enson, B. Verem Savaşı Dispanserlerinde kayıtlı hastaların ikametgahlarına ve dispanserle işbirliği yapıp yapmama durumlarına göre dağılımı (Yayınlanmamış çalışma), 1984.

(***) Verem Savaşı Genel Müdürlüğü önce 14.6.1960 tarihinde, 16996 sayılı Makam Onayı ile, kurulmuş ve 1965 yılında çıkarılan 225 sayılı kanunla örgüt şeması kesinleşmiştir. BCG Kampanyası Teşkilatı da bu tarihte Genel Müdürlüğe bağlanmıştır. Verem Savaşı Genel Müdürlüğü'nün statüsü 1982 yılında Daire Başkanlığı şekline dönüştürülmüştür. 2011 yılında Sağlık Bakanlığının teşkilat şemasında yapılan geniş çaplı bir değişiklik sonunda, Verem Savaşı Daire Başkanlığı, 2012 yılında, Halk Sağlığı Kurumu içinde Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Başkan Yardımcısına bağlı "Tüberküloz Daire Başkanlığı" şeklini almıştır. (4)

(****) Dispanser kayıtlarına göre insidans/prevalans hesapları yapmak doğru değildir. 1982 yılında yapılan prevalans çalışmasında ülke genelinde prevalans binde 3,54 bulunmuş iken, o yılın dispanser kayıtlarına göre prevalans binde 1,76 idi. Bu rakam dispanser bulunan yerlerde binde 2,03, dispanser bulunmayan yerlerde ise binde 1,30 idi (11). Tüberküloz Daire Başkanlığı, dispanser örgütlenmesini "her ilde en az bir ve 500 bin kişiye bir dispanser" olacak şekilde yeniden düzenleme yoluna giderek 70'ten fazla dispanseri kapatmıştır. (Günümüzde 53'ü ilçelerde olmak üzere toplam 179 Verem Savaş Dispanseri bulunmaktadır.(8) Bu durumda ister istemez akla şöyle bir soru geliyor: Acaba tüberküloza yakalananlar mı azaldı, yoksa dispanserlerin yakalayabildiği tüberkülozlular mı?

TARİHSEL BAKIŞLA BULAŞICI HASTALIKLARIN DENETİMİNDE TEMEL YAKLAŞIMLAR

Dr. Umur Gürsoy

GİRİŞ

İnsanlar çok eski çağlardan beri bulaşıcı hastalıkların getirdiği ölümden korkmuşlar ve kutsal kitaplarında bunlara simgesel anlamlar yükleyecek kadar kimi önlem ve karantina benzeri denetimler geliştirmişlerdir (1). **Tevrat**'ta **(Eski Ahit)** onlarca kez salgın hastalıkların tanrının cezası olduğu, **Tanrı'nın (Rab**) dediklerini yapmazlarsa salgın hastalık ve ölümcül hastalıkların İsrailoğullarının başına bela edileceği, salgın hastalıktan ölenlerin sayısına kadar anlatılmaktadır (1,2). Hıristiyanların kutsal kitaplarından olan **İncil**'in **(Yeni Ahit)** Vahiy bölümünde geçen 'Mahşer'in Dört Atlısı'ndan sonuncusu olan soluk renkli at ve binicisi, ölümü ve salgın hastalıkları simgeler (3,4,5). Veba, cüzzam, çiçek bunların en başında gelir (6,7). Müslümanların kutsal kitabı Kur'an'da da salgın hastalıklardan daha örtülü bir dille ve eski metinlerdeki olanların yeniden anlatılması şeklinde (örn. Bakara suresinde Musa kavminin başından geçenlerin anlatılması vb.) söz edilir (8). **Hz. Muhammet'**in hadisleri içerisinde veba, kolera (ishal), verem gibi bulaşıcı hastalıklardan ve salgından ölenlerin Allah yolunda öldükleri ve şehitlik mertebesine ulaştıkları; vebadan (taun) korunmak ve sağlam toplumu korumak amaçlı hastalık çıkan bölgelere gitmemek ve kişi hastalıklı bölgede ise hastalık bulanan bölgeden ayrılmamak gibi günümüz bireysel izolasyon ve karantina önlemlerine benzer öğütler vardır (1,9,10). Bunların bilinmesinin günümüz toplumlarında bulaşıcı hastalık denetimi çalışmalarının başarılı olmasında önemi vardır (bkz. yazının Kuş gribi (H1N1) ve Domuz gribi (H1N1) pandemileri bölümü).

Bulaşıcı hastalıkların önemine dair en ilginç örnek, 1966 yılında **A.B.D. Atom Enerjisi Komisyonu**nun o zamanki Avrupa nüfusunun 1/3'ü demek olan 30 milyon köylüyü öldüren 1348 yılındaki veba salgınını inceleyen bir raporudur. Raporda, tarihte geniş ölçekli bir nükleer savaşın olası yıkımıyla tam anlamıyla karşılaştırılabilecek bir kıran kaydı olmadığı için; veba: "Belki kuramsal olarak coğrafi açıdan bir nükleer savaşa, başlangıcının keskinliği ve kayıpların büyüklüğü bakımından, benzeşir" denmektedir. Rapora göre vebanın nükleer savaştan tek farkı mala zarar vermemesi idi (7,11).

Türkiye'nin bulaşıcı hastalıklar denetimi ile ilgili bilmemiz gereken pek çok ilginç tarihi bilgi var. Bunlardan belki de en önemlisi Türkiye Cumhuriyeti'nin, Osmanlı Devleti (O.D.)'nden (1299-1922) kalan parasal borçların ve devasa bir bulaşıcı hastalık yükünün de mirasçısı olmasıdır (12). Bu nedenle bulaşıcı hastalıklar denetimi tarihimizi, O.D'nden devralınan ağır bir bulaşıcı hastalık mirası yokmuş gibi, 23 Nisan 1920 ya da 29 Ekim 1923 tarihinden başlatamayız.

O.D'nin hüküm sürdüğü çağlarda, bulaşıcı hastalıkların etkenleri ve özgül tedavileri bilinmiyordu. Aşılar, hastalıkların bir kaçı hariç geliştirilmemişti ve toplumsal uygulamaları yaygın değildi. Tüm dünyada ve O.D.'inde antibiyotik, asepsi ve antiseptik malzemeler ve enfeksiyon etkenleri, konak ve arakonak (enfeksiyon zinciri, sterilizasyon vb.) konularında yeterli tıbbi bilgi henüz oluşmamıştı. Bu yüzden, sadece,"Bulaşıcı bir hastalığa maruz kalmış veya hastalığın kuluçka süreci içinde hastalığa yakalanmış olma potansiyeli olan insan veya hayvanların (örn. Fareler) hastalığı yaymalarının önüne geçmek için hareketlerinin kısıtlanması, hastalığın görüldüğü bölgeden dışarı çıkmalarının engellenmesi" (13) için, hasta insanların hasta olmayan insan ve bölgelere değinmemesi, ulaşamaması için kişi ve taşıtların (özellikle gemilerin) bir süre toplumdan tecrit edilmesi amacıyla adına karantina denilen uygulamaları yapılıyordu. Başlangıçta süresi 40 gün kadar uzun olan bu uygulamaların adı kökeni Latincede 'kırk' sözcüğünden gelen İtalyanca 'quarantena' sözcüğünden gelmektedir. (Osmanlıcada: usûl-i tehaffuz) (1,14).

Her ne kadar Türkiye devlet arşivlerindeki 150 milyon belge halen incelenmemiş olsa da; bilinenlerin ışığında O.D., son dönemine kadar sayısı ve cinslere dağılımı dâhil; tarihinin hiçbir döneminde nüfusunun toplumsal ve ekonomik nitelikleri hakkında kesin sayılabilecek ve günümüz kuşaklarının öykünmesini, örnek almasını gerektirecek yeterli bilgi ve istatistiğe sahip değildir (15,16). İmparatorlukta görülen bulaşıcı hastalık salgınları ile ilgili bilgilerin çoğu 18. ve 19. yüzyıllara aittir ve yabancı misyoner kaynakları, anılar, askeri kaynaklar ve son yıllarda yapılan kimi Osmanlı arşivi çevirilerine dayanan yayınlar kökenli olup bu bilgiler bilimsel anlamda genel toplumdaki salgın hızı ve görülme sıklığı yönünden değerlendirilemez (1,16,17).

Osmanlı Devleti'nin bulaşıcı hastalık mirası:

O.D'den borç olarak devralınan bulaşıcı hastalık yükünün büyüklüğünün anlaşılması için şunların bilinmesinde yarar vardır:

1. O.D.'de sivil hekim kavramı ve istatistikleri neredeyse yoktur. Osmanlı ordusunda 1914 yılında sadece 1202 hekim vardı. Ayrıca 1353 kişi de yedek (sivil ?) doktor olarak görev almaktaydı. Yedek hekimlerin 528'i Türk, 755'i Müslüman olmayan (331 Rum, 229 Ermeni, 116 Yahudi ve 79 Katolik Maroniten) tebaa idi. I**. Dünya Savaşı**'nda ordudaki hekimlerin yaklaşık %13'ü başta salgın hastalıklar olmak üzere çeşitli nedenlerle ölmüşlerdir (18,19). Bu dönemde yabancı misyonerlik kuruluşlarının 15 hastane ve 18 dispanserindeki 26 hekim vardır. O yıllarda **Ordu Sağlık Bürosu**'nun yaptığı bir incelemeye göre, köylerin %80'inin sağlığa uygun olmayan çevrelerde kurulmuş olduğu, evlerin %97'sinde helaların sağlıksız olduğu anlaşılmıştı. Ancak %7'si okuryazar olan halkın yaklaşık % 9'u frengiliydi. Köylülerin %72'si ise bitli olup her an tifüse yakalanabilecek durumdaydılar (17).

2. **I. Dünya Savaşı** sırasında **Anadolu'**da ve diğer cephelerde kolera, tifüs, veba, verem, humma-i racia, frengi, sıtma, tifo, dizanteri vs. gibi salgın hastalıklar yaygınlaşmıştı. Bulaşıcı hastalıklar sadece cephedeki askerleri değil, sivil halkı da çok etkiliyordu. Sivil halk arasında salgın hastalıklardan ölümler, yine hastalıklar dolayısıyla cephede hayatını kaybeden askerlerin sayısından fazlaydı. 1915-1918 yılları arasında dokuz ayrı Osmanlı ordusunda hastalık ve yaralanma nedenli ölümlere başka cephelerde bulunan askeri birliklerdeki ölümler eklendiğinde hastalık ölümlerinin, yaralanmaya bağlı ölümlerden yaklaşık 7 kat fazla olduğu anlaşılmaktadır (19).

3. 1403 yılından başlayarak 1844 yılına kadar Anadolu coğrafyasında ve İstanbul'da önemli sonuçlar doğuran, İstanbul nüfusunun %5 ila 50 arasındaki oranlarda ölümüne neden olan veba salgınları görülmüştür. 1467 ve 1625 yılındaki salgınlarda İstanbul nüfusunun en az yarısının öldüğü tahmin edilmektedir. 16. Yüzyılın başı ile 19. yüzyıl ortalarında en az bir Osmanlı vilayetinde veba görüldüğü anlaşılmaktadır. 1812 yıllarında İstanbul'da etkili olan veba salgınlarında en az 100.000 kişinin ölmüş olduğu düşünülmektedir. 1844'den sonraki zaman içinde Osmanlı'da veba salgınları yerini koleraya bırakmıştır. **Balkan Savaşı** (1912-1913) sırasında veba salgınına karşı 9-10 yaşındaki çocukların akşam ya da yatsı namazlarında minare ya da yüksek yerlerde Rahman Suresi okumalarının hastalıktan koruduğuna inanılıyordu (20).

4. **3.Ordu** istatistiklerine göre 1915 Mart ayından 1918 Eylül ayına kadar lekeli humma (tifüs) hastalığına 19.619 kişi yakalanmış ve bunlardan 7.310 kişi hayatını kaybetmişti. Bir başka kaynakta, dört yıllık savaş sırasında 3. Ordu'da tifüsten 93.000 kişinin hastalandığı, bunlardan 26.322'sinin öldüğü belirtilmektedir (19).

5. 1853 yılında başlayan çiçek vakalarının 1909'da çok fazlalaştığı vilayetlerin aşı talepleri kayıtlarından anlaşılmaktadır (21).

6. Balkan Savaşları sırasında O.D. nüfusunun neredeyse dörtte üçü sıtmadan kıvranırken **I. Dünya Savaşı**nın çıkması, durumu daha da kötüleştirmiştir. Bu dört yıl içinde Osmanlı ordusunda 412.000 erin sıtmaya yakalandığı; bunların 20.000 kadarının öldüğü anlaşılmaktadır. Ordudan terhis olan askerlerin bir bölümü de sıtmayı köylerine, memleketlerine taşımışlardır (19). 1919'da halkın % 14'ü sıtmalıydı (17).

7. 1713'den beri, arasında Anadolu ve **Hicaz Eyaleti**'nin de olduğu tüm Osmanlı topraklarında, koleranın daima var olduğu, ancak hastaların ve ölenlerin sayısı hakkında yeterli bilgi olmadığı anlaşılmaktadır. İlk kez, 1817-1923 arasındaki altı kolera pandemisinden 1817-1823 yılları arasında hüküm süren ilkinde Osmanlı ülkesine giren kolera; İstanbul'da ve Osmanlı coğrafyasında 1817, 1829, 1830-1837, 1852-1855, 1863,1865-1878, 1881, 1883 ve 1899'da salgınlar, 1893 ve 1910'da iki epidemi ve 1911-1917 yılları arasında 11 salgın daha yapmış ve kitle halinde ölümlere yol açmıştır (1,22,23).

8. 1883 yılında Osmanlı ordusunun yeniden örgütlenmesi için **Almanya**'dan getirilen **Baron von der Goltz,** pek çok askerimizin frengili olduğunu tespit ederek frengiyle mücadele edilmesi gerektiğini öğütlemiştir. 1889-1902 yıllarında **Dr. Ernst von Düring**; 16 doktor ve 2 eczacıdan oluşan bir ekiple Anadolu'da çalışmalar yapmış, yaptığı öneriler doğrultusunda **Kastamonu, Bolu, Bartın, Düzce** v**e Cide**'de yeni frengi hastaneleri yapılmasına karar verilmiştir (19,24). 1925 yılında Güneydoğu Anadolu bölgesi en az frengi hastasının bulunduğu bölge iken, en fazla frengili, onbinde yüz civarında görülme sıklığı ile **Zonguldak, Sinop** ve **Tokat** illerinde ve onbinde elli ile **Kastamonu, Samsun, Ordu** ve **Giresun** illerindeydi (24).

9. **Selçuklular**'ın Kayseri, Sivas, Konya, Adana, Amasya, Kastamonu ve Tokat'ta kurdukları cüzzamhânelerden yararlanan Osmanlılar ayrıca Bursa, Edirne, İstanbul, Kıbrıs, Sakız, Girit ve Sömbeki (Nimöz) adalarında cüzzamhâneler açmıştı. Cüzzamhânelerden en ünlüleri Kayseri'deki **Meczûmîn Zâviyesi**, 1514'te yapılan ve 1927'ye kadar hizmet verdikten sonra 1938'de tamamen yanan **Üsküdar (Karacaahmet) Miskinler Tekkesi** ve Konya'daki Miskinler Tekkesi'ydi. Bursa'da da 1551 'den 1817'ye kadar faaliyet gösteren ünlü bir cüzzamhane vardı. Miskinler tekkelerinde tecrit edilen cüzzamlılar (lepralılar) aileleriyle birlikte yaşardı (25,26).

10. **I. Dünya Savaşı**'na kadar yalnız güney ve güneydoğu illerinde belirli bir nüfusu etkisi altına alan trahom, bu savaşın doğurduğu insan hareketleri nedeniyle artarak, İç Anadolu'ya ve İstanbul'a kadar yayılmıştır (27,28). Osmanlı'da trahomla ilgili ülke veya bölge genelini ilgilendi-

[1] Yazımızdaki Osmanlıca sözcük ve isimler kaynakçalarındaki yazıma göre verilmiştir (Yazarın Notu) (Y.N.).

[2] Bu paragrafın kaynakçada belirtilmeyen kaynakları şöyledir: a) Turna N. İstanbul'un Veba ile İmtihanı:1811-1812 Veba Salgını Bağlamında Toplum ve Ekonomi. Studies of the Ottoman Domain (Osmanlı Hakimiyet Sahası Çalışmaları), 2011; (1):1: 1-36. http://www.thestudiesofottomandomain.com/dergi/istanbulun-veba-ile-imtihani-1811-1812-veba-salgini-baglaminda-toplum-ve-ekonomi20160919102756.pdf . Erişim Tarihi: 28.06.2017. b) İnalcık H. Türk Devri, İstanbul. İç: İslâm Ansiklopedisi. Cilt: 23. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 2001:220-39. http://www.islamansiklopedisi.info/ . Erişim Tarihi:28.06.2017 (Y.N.).

ren sayısal bilgi veren kaynak bulunamamıştır.

11. Her ne kadar "Harbin son senelerinde … erler" arasında "enfilûanza" isimli bir hastalığın yayıldığı ve ölümlere neden olduğu" hakkında 31 Ekim 1918 tarihli kayıtlar gibi bazı kayıtlar olsa da; **I. Dünya Savaşı**'nın askeri kayıplarıyla (ölen asker sayısı 8,5 milyon, askeri kayıpların sayısı 7,7 milyon) karşılaştırıldığında 1918-1920 yılları arasındaki pandemide ölenlerin sayısı, tüm dünyada 50-100 milyon civarında olduğu bilinen **İspanyol** gribinin (H1N1), O.D.'inde nasıl bir etkiye yol açtığı tam olarak aydınlatılamamıştır (19).

Sağlık kapitülasyonları:

Genellikle kabul edilen görüşe göre, kapitülasyonların kapsamı içine O.D.'de yabancılara tanınan kişisel, ekonomik, idari ve adli ayrıcalıklar girmektedir. Bununla birlikte sağlık konularındaki ayrıcalıklar (yabancıların ülke topraklarında doktorluk yapmaları, özel hastane açmaları, karma sağlık örgütlerinin karar alma aşamalarında vb. yer almaları); O.D.'nde hiçbir antlaşma ve kapitülasyon hükmüne dayanmıyordu (29). Ancak, ünlü Türkolog **Roux**'un O.D.'nin gerileme nedenleri içerisinde dile getirdiği özellikler (devlet yönetimine hâkim olan hesap/kitapsızlık, ilgisizlik, hak edilmeyen ödüllendirmeler ki ünlü Osmanlı Tarihçimiz **Halil İnalcık,** buna 'rüşvet' demiştir; vb. gibi) yüzünden; yukarıda sayılan bütün ayrıcalıklar, uygulamada, Osmanlı'nın aleyhine aşama aşama yaşama geçmişti (15,30).

Sonuçta yabancılar Osmanlı'da hastane açabilmişler, hekimlik mesleğini uygulayabilmişler ve en önemlisi karma sağlık meclislerine asil üye olabilmişlerdir. Örneğin salgın hastalıkların O.D.'ni tehdit etmeye başladığı 19. yüzyıl başlarında bilimsel gelişmeler ışığında bazı tedbirler alınarak bu hastalıkların yayılmasının engellenmeye çalışılması kapsamında **II. Mahmut**'un kurdurduğu Karantina Meclisi'nin toplam 12 üyesinden sadece 2'si Osmanlı uyruğu idi (tebaa). 1838 yılında Karantina Meclisi yerine kurulan "Meclis-i Tahaffuz-Ula" ve "Meclis-i Sâni" adlarıyla iki yeni sağlık kurulunda görev alan on yabancıdan beşi doktor olup; bu beş üye, sağlık ve tıp alanındaki gelişmeleri göstermek için, diğer beş üye ise Avrupalı devletlerce, O.D.'nin uygulayacağı sağlık politikasının bu devletlerin çıkarına aykırı olmamasını sağlamak amacıyla zorla kabul ettirilmişti. Sonuç olarak O.D.'nin sağlık politikası nedeniyle içişleri olarak başlatmış olduğu karantina sistemi, uygulamada Avrupalı devletlerin istekleri ve çıkarları doğrultusunda çalışan karma bir sağlık komisyonu tarafından imtiyaz (kapitülasyon) haline getirilen bir nitelik kazanmıştı (31).

Bir başka kitap bölümünün konusu olacak kadar geniş olan, Osmanlı Devleti'nin bulaşıcı hastalıklar savaşı ve denetim çalışmaları, bu kısa değinmeler dışında yazımızın kapsamı dışı bırakılmıştır.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NDE BULAŞICI HASTALIKLARI DENETİM ÇALIŞMALARI

1923-1960 DÖNEMİ

23 Nisan 1920'de **Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Hükümeti** kurulduğunda hükümet, sağlık örgütü ve sağlık hizmetlerine ait hiçbir kayda ve bilgiye sahip değildi (32). **Mustafa Kemal'in (Atatürk), İsmet Paşa**'ya (İnönü) sunduğu 30 Ekim 1923 tarihli bir rapora göre ise, Cumhuriyetin ilanı öncesinde Türkiye'de 340 hekim, 430 sağlık memuru, 140 da ebe vardır (29). Lozan Barış Konferansı'nda sağlık kapitülasyonlarının kaldırılması söz konusu olduğu zaman Avrupalılar buna itiraz ederek İstanbul Sıhhiye Meclisi'nin yerine doktorluk komitesini kurmak istediler, ancak bu istek Türk temsilcilerince reddedildi ve O.D.'nden kalan sağlık kapitülasyonları kaldırılarak sağlık işleri millîleştirildi (1). TBMM Hükümetinin kurulmasından yaklaşık üç yıl sonra, Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılında Türkiye'de çoğu büyük illerde olan sadece 86 hastane ve 554 doktor, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 60 eczacı bulunuyordu (24,29,33). Başta sıtma ve frengi olmak üzere verem, çiçek, difteri, lekeli humma, kolera, veba, dizanteri, tifo, tifüs, trahom, barsak hastalıkları ve diğer bazı bulaşıcı olan/olmayan hastalıklar halk sağlığını tehdit eden en önemli problemlerdendi ve I. Dünya Savaşı'ndan sonra yaygınlaşmışlardı.

Yasal düzenlemeler ve mevzuat:

TBMM'nin açılışından 27 gün sonra 20 Mayıs 1920'de kabul edilen 3 numaralı kanun ile Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti, yani güncel adıyla **Sağlık (ve Sosyal Yardım) Bakanlığı**'nın kurulmasını ve "sağlık hizmetlerinin anayasaya girmesi"ni ("…….Sıhhiye…….. işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet şûralarının salâhiyeti dahilindedir" (Teşkilâtı Esasiye Kanunu, Şubat – 1337 (1921); Madde 11) başlangıç alırsak; ülkemizin bulaşıcı hastalıklar denetimi tarihinin en önemli temel yaklaşımı: Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam dönemine denk gelen 1923-1938 yılları arasındaki ilk 13 yıl içinde Cumhuriyetin ilanı sonrasında vazgeçilemez 'genel sağlığı koruma' yasamız olan 1930 tarihli **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)** başta olmak üzere sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla 50 yasa ve 18 tüzüğün uygulamaya sokulmasıdır (29,34).

28 Ekim 1928 günü Cumhuriyet tarihinin ilk nüfus sayımı yapılmış; 63 vilâyet (il), 328 kaza (ilçe), 40.600 köy ve belde sayılmış ve Türkiye'nin nüfusu 7.065.541'i kadın, 6.584.404'ü erkek olmak üzere toplam 13.649.945 kişi olarak bulunmuştur (35,36,37).

UHK 'nun uygulandığı ilk yıllarda bildirimi zorunlu 19 adet hastalık, kanunda yazılan isimleriyle "1-Kolera, 2-Veba (bübon veya zatürree şekli ile), 3-Sarı Humma, 4-Lekeli Humma (tifüs), 5-Kara Humma (tifo) daimi surette basil çıkaran mikrop hamilleri dahi -paratifoit humması veya

her nevi gıda maddeleri tesemmümatı, 6-Çiçek, 7-Difteri (kuşpalazı) -bütün tevkiatı dahi, 8-Sarî beyin humması (iltihabı sahayai dimağii şevki müstevli), 9-Uyku hastalığı (iltihabı dimaiğii sarî), 10-Dizanteri (basilli ve amipli), 11-Lohusa humması (hummayi nifasi), 12-Ruam, 13-Kızıl, 14-Şarbon, 15-Felci tıflî (Çocuk felci) (iltihabi nuhaii kuddamii sincabii haddı tıflî), 16-Kızamık, 17-Cüzam (miskin), 18-Hummai racia, 19-Malta humması (Bruselloz)" olarak sıralanmıştı (38).

Yukarıda belirtildiği gibi çıkartılan mevzuatla oluşturulan sağlık sistemi sonucunda:

- Nüfusa ve hizmetin azlığına - çokluğuna bakılmaksızın her ilçeye bir hükümet tabibi atanması;

- 220 ilçe merkezinde kurulan muayene ve tedavi evlerinde ücretsiz muayene yapılması ve yoksullara ilaçların parasız verilmesi;

- 1925'den başlayarak Ankara, Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars'ta Doğum ve Çocuk Bakım Evleri açılması;

- 1924'de Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'ta, 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'da hekimliğin bütün uzmanlık dallarının bulunduğu Numune Hastaneleri kurulması yanı sıra;

- Adana'da uzman hekim yetiştirecek bir Sıtma Enstitüsü, yurdun değişik bölgelerinde 11 Sıtma dispanseri açılması ve 17 milyon insanın sıtma yönünden kontrolden geçirilip 5 milyonunun tedavi edilmesi için 70 ton kinin ilacının parasız dağıtılması; 350 km2'lik bataklık alanın kurutulması ve bunun için 1000 km uzunluğunda bir kanal açılması (1924-1931);

- Frengi Talimatnamesi (1925) ile tedavi metotlarında modernleşme ve standartlaşma sağlanması ve İzmir ve Ankara'da Deri ve Tenasül Hastalıkları Tedavi evi açılması(1927);

- 1925 yılında Adıyaman ve Malatya'dan başlayarak Urfa, Maraş ve Siverek'te kalıcı; Gaziantep, Kilis ve Besni'de gezici birer trahom hastanesi açılması (1923-1925);

- 1930'da özellikle Doğu Karadeniz'de yaygın olan ölümcül Ankilostom parazitine karşı mücadele başlatılması;

- 1924'de Heybeliada'da bir verem sanatoryumu, Ankara, Bursa ve İstanbul'da verem Dispanserleri açılması;

- İstanbul'da var olan Darülkelp Tedavihanesi'ne ek olarak kuduzu önlemek için Sivas, Diyarbakır ve Erzurum'da Kuduz tedavi müesseseleri açılması ve yerli kuduz aşısı üretiminin başarılması;

- 2 Eylül 1925'te Ankara'da I. Milli Türk Tıp Kongresi toplanması ve

- Hekim sayısında hızlı artış (1940'da, 1923'e göre 4,4 katı) gibi Cumhuriyetin ilk 15 yılında alınan önlemlerle özellikle sıtma, trahom, verem, kuduz ve kancalı kurt parazitine (ankilostoma) karşı başarılı bir kontrol yapılmış ve devrim sayılacak sayısal ve niteliksel bir başarıya ulaşılmıştır (29). Bununla birlikte başta hekimler olmak üzere sağlık ve yardımcı sağlık personeli sayısında yetersizlik vardı. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetlerinin 1950-1960 yılları arasında tekrar T.C. Sağlık Bakanlığı (SB)'na bağlanması ile hastanelere olan sağlık personeli yığılması, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin ve diğer sağlık personeli sayısının belirgin olarak azalmasına neden olmuştur (39).

Türkiye, **II. Dünya Savaşı**'na girmemekle birlikte savaş süresince askere alınan erkekler dört yıla varan sürelerle askerlik yapmışlar (40); ekonomik sıkıntılar nedeniyle ülkenin sağlık durumu bozulmuş ve bu dönemde sıtma, tifüs ve çiçek salgınları yeniden hız kazanmıştır. Refik Saydam zamanındaki, yukarıda belirtildiği gibi, sıtma, trahom, frengi ve lepra ile savaşım için usul olan ayrı ayrı dikey örgütlenme kuruluşlarına 1949 yılında **Verem Savaş Dernekleri** ve 1960 yılında **Verem Savaş Genel Müdürlüğü** eklenmiştir (39).

Nüfusumuzu 20.947.188 kişi olarak belirleyen 1950 nüfus sayımı, 22 Ekim 1950 tarihinde, 63 il merkezi, 422 ilçe ve 34.252 köy ve beldede yapılmıştı. Yıllık nüfus artış oranı %2,17'di (41). Bu dönemde, 0-6 yaşları 1950'lerin sonlarına gelen çocuklar; Bursa gibi Türkiye'nin bir Batı ilinde yaşasalar dahi, ülkenin bütün diğer çocukları gibi hekime muayene olmaksızın ve sağlık kayıtlarına girmeksizin kızamık, kızamıkçık, boğmaca, kabakulak, suçiçeği ve hepatit-A gibi hastalıkların hemen hepsini geçirir, ama çiçek, verem, tetanoz ve tifoya karşı aşılı olurlardı (40). Çoğu ilçenin nüfusu şimdiki gibi onbinli-yüz binli olmasa da çoğu zaman "her ilçeye bir Hükümet Tabibi görevlendirme" temelinde örgütlenen ve "resmi belge imzalamaktan öte işi olduğu söylenemeyecek olan" hükümet tabipleri tam gün çalışmazlar ve özel muayenehanelerine daha fazla önem vermeleri nedeniyle 1958 yılında dahi bulaşıcı hastalık salgınlarına geç müdahale edilirdi (42,43).

1923-1960 yılları arasında ülke genelinde ilk aşılama hizmeti 1930'da çiçek aşısıyla başlamış; buna 1952 yılında BCG aşısı eklenmiştir (44).

Türkiye Cumhuriyeti'nin trahom seferberliği:

Trahomla savaşım, genç Türkiye Cumhuriyeti'nin bulaşıcı hastalıklar denetimi çalışmaları konusunda örnek alınası başarılarından birisidir (45). Bu nedenle ve bu kitapta ayrı bir konu başlığı ile yazılmayacağı için ayrıntılı olarak hatırlanmaya değerdir. Cumhuriyet'in ilk yıllarında trahomla ilgili veri ve istatistikler tutarsızdır. Örneğin, kaynaklarda belirtildiğine göre, 1920'de trahomlu sayısı tahminen 3 milyon idi. 1920 yılında ülkenin tahmini nüfusu 12,5 milyon olduğu dikkate alınırsa; genel nüfusun %24'ünün; bir başka kaynağa göre de ülke nüfusunun 1/5'inin trahomlu olduğu söylenebilir (24,46). Bu yıllarda, özellikle, yaşayanların % 70'inin trahomlu olduğu Ağrı'dan İskenderun'a çizilen çizginin doğusuna "trahom bölgesi" denilirdi. Tedavi edilmez ise hastalananların % 2-3'ünün

kör olmasına neden olan bu hastalık Adıyaman gibi bazı illerimize "körler diyarı" dedirtecek kadar çok görülürdü. İstanbul'daki yetimhanelerdekilerin %70'i trahomlu idi (46).1948 yılı Kasım ayı tarihli, dönemin Sağlık Bakanı **Dr. Behçet Uz** tarafından Başbakanlığa trahom hastalığı ile ilgili olarak gönderilen raporda, 1948 yılı itibarıyla trahomun görüldüğü bölgelerde yaşayan nüfusun yaklaşık 3 milyon olduğu, bunların ise %60'nın trahomlu olduğu ifade edilmiştir (47).

1934 yılında Sağlık Bakanlığı'nca beş il ve dört kaza merkezinde ve merkezlere bağlı 400 köyde kapı kapı nüfus sayımı gibi yapılan trahom taraması sonucu halkın % 25'i muhtelif sebeplerle bu muayene dışında kalmış olmasına rağmen, muayene edilen 204.472 kişiden 133.547'ünün (%65,3) trahomlu olduğu saptanmıştır (28). Daha sonraki verilerin de hastane ve trahom dispanseri kayıtları olduğu, belli bir örneklem sonuçları olmadığı düşünülmelidir.

Türkiye'de çağdaş anlamda trahomla mücadele kararı 1924'de verilmiş; 1925 yılında başlatılan planlı çalışmalarla bu sayılar hızla düşmüştür (24,32). Eski bir Osmanlı subayı ve hekimi olan Sağlık Bakanı (vekili) Refik Saydam, o zamanki milletvekili maaşının üç katı (500 TL) maaşla göreve çağırarak trahom savaş teşkilatının başkanı yaptığı **Dr. Nuri Fehmi Ayberk** ve 300 TL maaş verilen **Vefik Hüsnü Bulat** vd. gibi en başarılı göz hastalıkları uzmanlarını Anadolu'ya trahom mücadelesine göndermiş, kendilerinden raporlar istemiştir (47,48). Aynı yıl, Adıyaman ve Malatya'da birer trahom hastanesi ve dispanseri açılmış; daha sonra Adana'da 40, Adıyaman'da 20 yataklı, Urfa Merkez ve Gaziantep'de 15 yataklı; Siverek, Kahraman Maraş, Gaziantep, Kilis, Urfa, Besni, Mardin, Siirt'te 10-20 yataklı birer trahom hastanesi ve 100 kadar trahom dispanseri açılmış; Gaziantep, Kilis, Malatya, Besni, Urfa ve Siverek'teki 426 köye hizmet veren gezici ekipler oluşturulmuştur (28,47). 1925 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde trahom savaş örgütü **(Trahomla Mücadele Teşkilatı)** kurulmuş; 1966 yılında da Bakanlık bünyesinde Trahom Savaş Müdürlüğü haline getirilmiştir (47).1927 yılında toplanan **2. Milli Tıp Kongresi**, bir anlamda trahom kongresi olmuş, dönemin Sağlık Bakanı (vekili) Refik Saydam'ın görevlendirdiği **Ankara** Numune Hastanesi Göz Doktoru Bulat, Güney ve Orta Anadolu'da farklı yerlerde yaptığı 3 aylık kısmi gözlem, inceleme ve tarama sonuçlarına dayanan raporu "Türkiye'de Trahom Coğrafyası" adıyla bu kongrede sunmuştur (28).

1930 yılında çıkan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 97 ila 102. Maddeleri trahom mücadelesine ayrılmıştır. Kanuna göre oluşturulması istenen mücadele heyetlerine ahalinin muayene edilmesinden tedavisine kadar geçen süreç içerisinde geniş yetkilerle donatılmıştır. Trahom tedavisi için yapılan bütün işlemlerin ücretsiz olduğu belirtilerek trahom bildirimi zorunlu kılınmış; gerek trahom mıntıkalarında gerekse memleketin diğer yerlerinde, trahomun yayılma devresinde olan hastaların, bu devre devam ettiği müddetçe mektep, fabrika, imalathane gibi işyerlerine devam etmeleri yasaklanmıştır. Askeri makamların kıtalarda ve askeri kurumlarda trahom mücadelesi yapmaları emredilmiştir (38).

1934 yılında okullarda yapılan taramada okul çocuklarını %1 ila %0,5'i trahomludur (28). 1934'den itibaren S.B., Trahom savaşı yapılan il sayısını dokuz vilayete çıkarmış, şehir ve kazalardaki dispanserlerin yatak sayısını arttırmış, at ve merkeple yapılan köy seyyar mücadelesi kısmen motorize bir hale getirilerek, okullardaki mücadele daha esaslı ve muntazam bir sisteme bağlanmıştır. Ayrıca trahom tabibi ve sağlık memuru yetiştirmek için kurslar düzenlenmiş, konferans, broşür ve gazete makaleleri ile hastalığa karşı mücadele edilmiş; mücadele 1940'dan sonra da önemli bir sağlık sorunu olarak varlığını devam ettirmiştir (28).

1935 yılında nüfusu 16 milyon olan Türkiye'de 1933 yılında basılan *"Sağlık Bakanlığı Sıhhiye Mecmuası Fevkalade Nüshası: Vekaletin 10 yıllık Mesaisi"* başlıklı resmi rapora göre, 1925-1932 arasında 1,9 milyonu ayakta tedavi olmak üzere toplam 2 milyon hasta tedavi edildiği; en as 38 bin kişinin ameliyatla iyileştirildiği, bu sayının en az üç katı körlük vakasının da tedavi edilemeden geri çevrildiği belirtilmişti (32). 1938 yılında Dr. Nuri Fehmi Ayberk, yapılan hatayı düzelterek 2 milyon trahom hastası anlamına neden olan ifadeyi 2 milyon tedavi ve sadece 700 bin hasta olarak düzeltmiştir (48). Trahomun o yıllardaki tedavisi hastaların göz kapaklarına 3 gün ara ile 5 kez (tetrasiklin) göz pomadı uygulaması ile yapılıyordu. **Öztek'e** göre de, 1925-1935 yıllarında dispanserlerde tedavi edilen hasta sayısı 600 bine yakındı; ancak, bu hastalar 10 milyon kere ilaçlanmışlardır (olması gerekenin 3,3 katı). Trahomla savaşta başarı, çevre ve kişisel temizlik önlemlerini iyileştirilmesi kadar o yıllardaki ismiyle 'sağlık savaş memurları' denilen 'trahom ilaçlayıcıları'nın at sırtında köy köy, kapı kapı dolaşması ile de başarılmıştır (46). Açılan köy tedavi evler¬inde, 15 günde bir gelen hekim tedaviyi verirdi. Seyyar teşkilat ise atlı sağlık memurundan oluşup, bunları da teftiş eden hekimler mevcuttu. Bu teşkilat bazı yerl¬erde seyyar hastane olarak da görev yapmaktaydı (34).

1950'ye kadar genel bir trahom taraması yapılmamakla birlikte **Dünya Sağlık Örgütü'**nün (DSÖ) **UNICEF** ile 1958 yılında imzaladığı protokolde Türkiye'de 1,5 milyon trahomlu olduğu tahmin edilmiştir. 1951'den 1964 yılı sonuna kadar düzenlenen istatistiklerin incelenmesi sonucunda bu tahminin doğru olduğu kanısına varılmıştır.1954 yılından sonra, trahom hızla düşmeye başlamıştır. 1960'larda önemini kaybetmekle beraber, 22 ilde trahom mücadelesi devam etmekte idi. 1925'te tespit edilen trahomlu sayısı %69,9 iken, bu oran 1972'de %2'ye kadar düşmüştür. En son kayıt olarak 1988'de sadece 98 vaka tespit edilmiştir (34).

2010 yılına gelindiğinde son otuz yıldır bazı bölgelerinde % 40 görülme sıklığına varan ve dünyada trahoma bağlı körlük görülen tek ülke olan **Avustralya** ile karşılaştırıldığında, Türkiye'nin trahomla mücadele başarısının ülkenin insani gelişmişlik düzeyine değil (2010'da Türkiye

79'uncu, Avustralya ise 2'inci sıradadır) başarılı sağlık politikalarına bağlı olduğu anlaşılır (28,49). 1997 yılında güncellenen Trahom Kontrol Programı doğu ve güneydoğu Anadolu'nun tamamı ile Akdeniz Bölgesinin doğusundaki yer alan 30 ilde hâlâ uygulanmaktadır. Son yıllarda olgu bildirilmemiş olup trahomda eliminasyon aşamasına gelinmiştir (50).

1960-1980 DÖNEMİ

1960 yılına gelindiğinde Türkiye Cumhuriyet'inde üç tıp fakültesi (Ege, İstanbul ve Ankara), 67 il, 570 ilçe; 35.441 köy ve belde vardı ve genel nüfus ilk kez yapılan 1928 nüfus sayımına göre 1960 nüfusu yaklaşık iki kat artmış; 27.754.820 olmuştu (36,51). 05.01.1961 tarihinde kabul edilip 12.01.1961 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, başlı başına bir sağlık devrimi yapmıştır (52). Kanun, sağlık hizmetlerinin pek çok alanında olduğu gibi bulaşıcı hastalıklarla savaşım için de getirdiği uygulamalarla, önceki dönemlere göre, hastalıkları daha başarılı olarak denetleme olanağı vermiştir (39,53). Bunlardan en önemlisi istatistik formları ile veri toplama ve önemli sağlık istatistiklerinin nitelikli hale getirilme çabasıdır. Beş yılda bir yapıldığı için genel nüfus sayımları yanı sıra sayımın yapılmadığı ara yıllarda da, daha güvenilir olan ve her yıl haziran ayında Evhalkı Tespit Formlarının (EFT) gezici sağlık ocağı personelince hane temelinde doldurulması sonucu elde edilen yıl ortası nüfusu; sağlık ocağı ve yerleşim yeri düzeyinde yaş, cins ve diğer demografik özelliklerle birlikte belirlenmesine ve bu yolla, *karşılaştırılabilir* hastalıklılık (morbidite) ve ölümlülük (mortalite) oranlarının hesaplanmasına olanak sağlamıştır (39,42,53,54). Yasanın ilk uygulandığı illerde sağlık ocağı hekimleri sağlık ocağının bulunduğu bölgedeki bir özel hekimin kazancına yakın bir ücretle, sözleşmeli olarak tam gün çalışıyorlar ve maaşlarına ek yoksunluk ve gezici hizmet ödenekleri alıyorlardı. Hastanelerde tam gün çalışan uzman hekimlere de ayrıca dengeleyici bir uzmanlık ödeneği veriliyordu. Ancak, özellikle uzmanların tam gün çalışmayı kabul etmemesi nedeniyle 1969'da, önce uzmanlardan başlayarak Sosyalleştirme yasasının tam gün çalışma hükümleri kaldırılmıştır (53,54). Kamu (üniversiteler dâhil) hekimlerinin muayene açmalarının sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklar denetimlerine olan etkileri bu derlemenin konusu dışındadır (55,56).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin ilk uygulaması 1963'de Muş iliyle başlamış, başlangıçta komşu illerin katılımı, Karadeniz Bölgesinde sürdürülmüştür (57,58). Ayrıca, 1964'de Ankara Etimesgut, 1967'de Ankara Abidinpaşa ve 1968'de İzmir Selçuk-Torbalı, 1975'de Ankara-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgeleri Üniversitelerin Tıp Fakültelerinin işbirliğinde, hizmete girmiştir (58,59).

Bu dönemde, DSÖ'nün hastalıklılık istatistikleri için kullandığı 17 başlıklı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) -kodlama- listesi ülke genelinde sağlık ocaklarında, 150 başlıklı sınıflandırma listesi Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde bulunan sağlık ocaklarında ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kullanılmaktaydı. Zaman içinde, üniversite hastanelerinde, hastalıkların sınıflandırılması için 999 başlıklı ICD listesi kullanılmaya başlanmıştır (60,61).

1960-1980 yılları arasında Türkiye'de dört başlık altında aşağıda sıralanan 37 hastalığın bildirimi zorunluydu (61):

1. Uluslararası Bildirimi Zorunlu Hastalıklar (6 adet): Çiçek (Dünyada 1987 yılında eradike edilmiştir), Hummai Racia (Bitle geçen), Kolera, Sarı Humma, Tifüs (Bitle geçen), Veba.

2. Türkiye Düzeyinde Bildirimi Zorunlu Hastalıklar (24 adet): AIDS, Amipli Dizanteri, Basilli Dizanteri, Besin Zehirlenmeleri, Boğmaca, Brüsollozis, Difteri, Hepatit (enfeksiyöz), Kalaazar, Kızamık, Kızıl ve Streptekok Anjini, Kuduz (ya da kuşkulu ısırık, hangisi olduğu belirtilmeli), Lepra (cüzzam), Leptospirozis, Lohusalık Humması, Menenjit (meningokok etmenli), Meningoansefalitler, Paratifolar, Poliomiyelit (SB, poliomiyelit eradikasyon programı çerçevesinde "flask paralizi" vakalarının da bildirimini zorunlu yapmıştır), Ruam, Tetanos, Tifo, Tifüs (pireyle geçen), Şarbon.

3. Bildirimi Sağlık Müdürlükleri ve İllerdeki İlgili Kuruluşlara Yapılan Hastalıklar (4 adet): Frengi (sifilis), Sıtma, Tüberküloz, Trahom.

4. Bildirimi Andemik Bölgelerde Yapılanlar (3 adet): Bilharziasis (Mardin, Nusaybin), Filariasis (Antalya, Alanya, Elazığ, Karakoçan), Kancalı kurt (Karadeniz Bölgesi, Hatay, İçel, Adana)(Haziran 2002'de ilin İçel ilinin adı, Mersin olarak değiştirilmiştir).

1960-1980 döneminde 1963'de canlı oral polio aşısı (OPA), 1968'de Difteri, Boğmaca, Tetanoz (DBT); 1970'de kızamık aşıları ulusal aşı takvimine girmiştir (44).

1980-2000 DÖNEMİ

1980 yılına gelindiğinde Türkiye'nin nüfusu 43.905.790'e (62), tıp fakültelerinin sayısı 18'e çıkmış; 1960'a göre hekim sayısında %277, hemşire sayısında %1111, sağlık memuru sayısında %214 ve ebe sayımızda % 550 artış olmuştur. Ancak, başta bulaşıcı ve enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin azalmasına yol açan sağlık hizmetlerinin giderek iyileşmesi ile birlikte, barış içinde olan ülkede; nüfus hızla artmıştır. Bu nedenle 1980 yılında kişi başına düşen hekim sayısında ancak %58,3'lük bir artış gerçekleşebilmiştir (33,37,51).

12 Eylül 1980 Darbesi sonrası süreçte Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 20. Maddesi hükümlerine göre 1982 yılına kadar bütün illerde sosyalleştirilmeye geçilmesi öngörüldüğü için; o tarihe kadar sosyalleştirilme kapsamına alınamamış ve çoğu ileri derecede kentleşmiş, çoğu Türkiye'nin batısında; gecekondulaşmış mahallelerinin çok bulunduğu ve ülke nüfusunun % 47,8'inin bulunduğu diğer 22 il, alt yapısı

hazır olmasa da, 1983 yılında sosyalleştirme kapsamına alınmıştır (52,54).

Ülkemizde son çiçek hastalığı olgusu 1957 yılında görülmüş ve çiçek aşısı 1980 yılında ulusal aşı programından çıkarılmıştır (34).

Çok kullanımlıklardan tek kullanımlık tıbbi malzemelere:

1986'da, Türkiye'nin birçok kentinde olduğu gibi, başkent Ankara'da da evlenmek isteyen çiftler Maltepe'deki belediyenin ilgili sağlık biriminde kan verirlerdi. Hemşire, çok kullanılmaktan ucu iyice körelmiş kalın bir iğneyle, enjektörü olmaksızın ve eldivensiz çıplak eli ile kişinin kol damarına girer ve akan kanı elindeki cam tüpe doldurup iğneyi çekerdi. Bu kandan sadece frengi (VDRL) ve hepatit-B taşıyıcılığı (Hbs Ag-Au Antijeni) bakılırdı. O dönemde bütün enjeksiyon yapma ve kan alma hizmeti verilen birinci basamak sağlık kurumlarında (sağlık ocaklarında vb.) metal aksamlı cam enjektörler, tamamı metalden olan enjektör iğneleri ve metal cerrahi aletler ve metal cerrahi dikiş malzemeleri çoğunlukla, ev tipi elektrikli ızgara büyüklüğünde bir su kaynatma haznesi bulunan; elektrikli cihazlarda su içinde kaynatılarak sterilize edilirdi. 80'lerin sonu, 90'ların başında Türkiye'de HIV ve AIDS testleri, sadece birkaç büyük merkezdeki üniversite hastanelerinde yapılabiliyordu. Kızılay kan merkezleri ve taşra hastanelerinde rutin olarak ve hızlı sonuç veren HIV ve AIDS testleri henüz uygulamada değildi (40). Anlatılanlardan anlaşılacağı gibi, 1980'lerin öncesinde çoğu az gelişmiş ve gelişmekte ülke gibi Türkiye'de de maliyet ve kırsal kesimde kolay sterilizasyon yapamama gibi nedenlerle iğne, enjektör, eldiven, kateter, sonda vb. malzemeler birden fazla kullanılabilecek şekilde planlanır ve tekrar tekrar kullanılırdı. 1980 sonrası HIV ve AIDS'in artması, yeni sterilizasyon yön¬temlerinin gelişmesi, hastanelerin daha az sorumluluk alma isteği, hastaların tek kullanım¬lık malzeme fiyatlarına itiraz etmemesi, hasta ve hekimlerde oluşan kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma için bilinçlenme ile tek kul¬lanımlık malzeme kullanımı artmıştır (63). Kan yoluyla bulaşan hastalıklarla en önemli denetim girişimi olan tek kullanımlık enjektör fabrikası Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı işbirliği ile 1988 yılında kurulmuş ve Türkiye'de, tek kullanımlık iğne ve enjektörlerle tanışma bu sayede olmuştur (64).

Bulaşıcı hastalıkların bildirimi:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde bütün (özel ve kamuda çalışan) hekimler zorunlu olarak bulaşıcı hastalıkların bildiriminden sorumluydular. UHK'na göre hekimlerden başka diş hekimi, eczacı; ebe, hemşire; sağlık memuru ve diğer sağlık personeli de hastalık bildirimi yapmakla yükümlüydü. Ayrıca okul, fabrika; imalathane, ticarethane; dernek, otel; pansiyon, han; hamam, hapishane sahip ve çalıştırıcıları ya da müdürleri ile apartman kapıcıları; köy ihtiyar heyeti üyeleri ve muhtarlar, ölü yıkayıcılar; tabutlayıcılar, mesleği gereği hasta ile ilişkisi olanlar ve gemi kaptanları da bulaşıcı hastalıktan kuşkulandıklarında durumu en yakın sağlık kurumuna bildirmekle yükümlüydüler (61). Kolera, veba, çiçek, hummayı racia, sarı humma ve tifüs gibi telefon, telgraf gibi en hızlı araçlarla, uluslar arası düzeyde bildirimi zorunlu olanlar dışında tedavi edici kurum ve özel muayene hekimleri hastalık bildirimlerini "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi" (Form: 014) ile ilgili sağlık ocağına göndermekle yükümlüydüler. Hızlı araçlarla bildirimi zorunlu olanlar dışında, bulaşıcı hastalık bildirimleri, kontrol türüne göre, günlük, haftalık ve aylık olarak bildirilirlerdi. Her vaka hakkında bilgi içeren Form 014'ler sağlık ocağında arşivlenir; sağlık ocakları kendilerine yapılan bildirimleri günü gününe Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişine (Form: 016) kayıt ederler ve hastalığın seyri izlenirdi. Her haftanın ilk iş günü ise form 014'lerle bildirilen hastalıklar Form: 015 numaralı "Haftalık Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Fişlerine iki kopya olacak şekilde kayıt edildikten sonra bir kopyası grup başkanlığına veya sağlık müdürlüğüne gönderilirdi. Hastane başhekimlikleri de bildirimlerini varsa sağlık grup başkanlıklarına, yoksa sağlık müdürlüklerine aynı düzenle iletmekle yükümlüydüler. Bu yükümlülük düzeni günümüzde (2017) de sürmektedir (52,61).

2010'ların başına kadar yukarıda açıklanan yarı zamanlı çalışma düzenlemesiyle devlet görevinde çalışan bütün hekimler isterlerse özel muayenehane de açabiliyorlar; dolayısıyla devlet maaşına ek özel gelir kazanabiliyorlardı. Tabip Odasından alınan bir poliklinik defteri dışında özel hekim muayenelerinde bir kayıt sistemi yoktu ve özel muayenelerde bakılan hastaların ayaktan muayene ve tedavi kayıtları (vergi denetimlerinden kaçınmak için) genellikle (iyi) tutulmaz; kimi kamu kurum ve kuruluşlarında (örn. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı bütün hastane ve sağlık kuruluşlarıyla Milli Eğitim Bakanlığı, Devlet Demiryolları vb gibi kurum polikliniklerinde ve SB'na bağlı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde) muayene olanların sayıları ile ilgili bilgi verilmez ya da kurumların yayımladıkları istatistik verilerin yılları eşleşmezdi (Örn. İki yılda bir yayımlanan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastane ve dispanserlerine ait istatistikleri ile SB istatistiklerini yayımlanma yılları aynı olmazdı). Özel hekim muayene sayıları gibi bilgiler örneklem araştırmalarına dayandırılırdı (40,65).

1980-2000 arasında Bildirimi *Zorunlu Hastalıklar Listesi*nde ve bildirim sisteminde bir değişiklik olmamasına rağmen yukarıda belirtilenler gibi, pek çok nedene bağlı olarak, hastalık bildirimleri tam olarak yapılamamıştır. Bu durum günümüzde (2017) de sürmektedir (40,66). Kolera gibi kimi hızlı yayılan ve sosyo-ekonomik yaşamı etkileyen hastalıkların bildirimlerine yasak veya sansürleme konusu ilgisi nedeniyle yazının ilerleyen bölümlerinde ayrıca ele alınacaktır.

İlki, 1967 yılında kurulan Ankara-Etimesgut'ta, daha sonra 1975 yılında kurulan Ankara-Çubuk'ta olduğu gibi her halk sağlığı anabilim dalı için en az bir tane olmak üzere

sayıları giderek artmaya başlayan ve üniversite rektörlükleri ile SB arasında imzalanan protokollerle çalışan; öğrencilerin toplumda çalışma ilgi ve bilgisini artıran örnek sağlık hizmetlerinin verildiği eğitim ve araştırma sağlık bölgeleri, Anavatan Partisi'nin tek başına iktidarlar olduğu 46. ve 47. hükümetlerinde Sağlık Bakanı olan Dr. Halil Şıvgın döneminde 1989 yılında kapatılmıştır (67). Böylece hekimlerin, uzmanlık/doktora ve diğer sağlık meslekleri öğrencilerinin ilk basamak sağlık hizmetlerinde uygulamalı halk sağlığı eğitimlerinin ve toplumu temsil gücü yüksek ve doğru verilere dayalı halk sağlığı araştırmaların yapılması engellenmiştir. Bu olumsuzluktan en çok da sosyalleştirme yasası uygulamaları doğrultusunda, tüm sağlık hizmetleri gibi, güvenilir ve eksiksiz veri toplamanın çok önemli olduğu bulaşıcı hastalık denetimleri yara almıştır. Ulusal sağlık veri ve istatistiklerinin doğruluğunun sorgulanması, denetlenmesi ve yeni yönetimsel girişimlerin denenmesi için gerekli bilimsel ve tarafsız kontrol grubu olabilecek araç(lar) yok edilmiştir.

1999 yılında 53'ü devlet toplam 76 üniversitemizdeki 47 tıp fakültesinde 34 halk sağlığı anabilim dalı vardı (68). 1980-2000 döneminde koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlanan kimi başarılar 12 Eylül askeri darbesinin hekimlere hediyesi olan, zorunlu hizmet uygulamasına atfedilebilir. Bu hizmetin pek incelenmemiş dolaylı etkilerinden biri de, bütün diğer yeni mezun hekimler gibi halk sağlığı uzmanlarının da yavaş yavaş Anadolu taşrası ile buluşmasıdır. Demokrasisini felç ettiği ülkesinin çocuklarının ağızlarına ilk çocuk felci aşısının, 12 Eylül askeri darbesinin lideri Kenan Evren tarafından uygulanmasıyla 1981 yılında başlatılan *(Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki)* polio eradikasyon kampanyalarını bu dönemde planlayan ve yöneten ekipteki Dr. Derman Boztok, Dr. Ümit Kartoğlu, Dr. Levent Eker, Dr. Levent Akın gibi nitelikli halk sağlığı uzmanlarının elinde yücelmiş, bu etki SB'nda halk sağlığı uzmanlarının değer kazanmasına yol açmıştır.

1999-2002 tarihleri arasında Bülent Ecevit'in başbakanlığını yaptığı Demokratik Sol Parti-DSP, Milliyetçi Hareket Partisi-MHP ve Anavatan Partisi koalisyonu ile kurulan 57. Hükümette MHP'den Sağlık Bakanı olan Dr. Osman Durmuş'un söylediği anlatılan*: "Bunlar solcu oluyorlar, ama iyi çalışıyorlar"* sözleri, şüphesiz yukarıda bazılarını belirttiğimiz bu ikinci ve üçüncü kuşak halk sağlığı uzmanlarımızın olumlu izleniminin kanıtıdır (40). 1999-2001 yılları arasında T.C. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, 2001 yılında T.C. SB Proje Koordinatörü, 2001 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Başkanı olarak da çalışmaları bulunan ve 2001-2002 tarihlerinde SB Müsteşarlığı da yapan Dr. Sefer Aycan; Nusret Fişek'ten sonra bakanlık müsteşarı düzeyinde görev yapan ikinci halk sağlıkçı ve ilk halk sağlığı uzmanıdır. Aycan, halk sağlığı uzmanlarının istihdam politikalarında olumlu yönde yapılan önemli değişiklerin başlangıcını oluşturmuştur. Daha önceki yıllarda, SB'nda sadece sağlık müdürü (tercihen), ana çocuk sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarı müdürlüklerinde standart kadrolarına sahip olan halk sağlığı uzmanları, günümüzde il nüfuslarına orantılı olarak standart kadro sayıları değişen 81 ildeki sağlık ve halk sağlığı müdürlüklerine gerek sağlık ve halk sağlığı müdürü gerekse uzman doktor ve 957 ilçemizde birer tane olan Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne TSM başkanı ve halk sağlığı uzmanı olarak atanabilir hale gelmişlerdir .

1998'de Hepatit B aşısı ulusal aşı takvimine girmiştir (44).

2000 YILLARI VE SONRASI

2000 yılında Türkiye'nin nüfusu da 63.174.483 olmuştu (62). 2000'li yıllar sağlık hizmetlerinde değişimin çok hızlandığı yıllardır. Sağlıkta reform ve sağlıkta dönüşüm programı başlıklarıyla söylemleri 1990'lardan başlayarak tasarlanan üçayaklı sağlık politikalarından (aile hekimliği-hastanelerin özelleştirilmesi ve genel sağlık sigortası) ya hiç pilot bölge çalışması yapılmadan (hastanelerin özelleştirilmesi ve genel sağlık sigortasına geçiş) ya da 2004 yılında sadece Düzce gibi küçük bir batı Anadolu ilinde bir yıl gibi kısa bir süreyle ve bilimsel olmayan bir pilot bölge çalışmasından sonra üstelik ortaya çıkan olumsuz yönlerine rağmen aile hekimliği; 2006 yılında 21 ilde hızla uygulamaya sokulmuştur (70). 2010 yılı itibariyle Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi yasasının en küçük örgütlenme birimi olan tüm *'Sağlık Ocakları', 'Aile Sağlığı Merkezi'ne* (ASM) dönüştürülerek Aile Hekimliği Düzeni bütün yurda yayılmıştır (71). Aile hekimleri tam gün temeline göre ancak iki yıllık sözleşmeli bir yapıda çalışmaktadırlar.

21.06.2002 tarihinde *"Poliodan Arındırılmış Bölge"* Sertifikası alan ülkemizin poliodan arındırılmışlık durumu sürmektedir (72).

Bulaşıcı hastalıklar bildirimi ve sürveyans sistemi sağlık alanındaki uluslararası gelişme ve düzenlemelere uyum sağlamak amacıyla güncel bilgiler ışığında 2004 yılında, "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi" (Genelge-2004/129) ile yenilenerek; 01.01.2005 tarihinden sonra uygulamaya başlamıştır (73). Yeni bildirim sisteminin tanıtımı ve uygulanması için gerekli olan eğitim materyallerinden biri olarak yayınlanan *"Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sür-*

[3] Ayşe Akın, Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Bölgesinin 1964 yılında kurulduğunu yazmaktadır (bkz. 58 Nolu kaynakça).

[4] 2011'e kadar ildeki sağlık hizmetlerinden bakanlık adına sorumlu tek kurum il sağlık müdürlükleri, 2011 yılındaki Bakanlık taşra örgütlenmesinde yapılan düzenlemelerle, sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastaneleri kurumu genel sekreterliği adlarıyla üç parçaya bölündü. Yazımızın hazırlığı sürerken 25.08.2017 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 694 numaralı KHK ile bakanlık merkez ve taşra yapılanmasında yaklaşık yedi yıl sonra tekrar bir düzenleme yapıldı. Kamu tüzel kişiliğini haiz bulunan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastane Birlikleri kapatıldı, bu kurumların il müdürlükleri lağvedildi ve bunların görevleri il sağlık müdürlüklerine devredildi. Böylece taşra örgütlenmesi, tamamen aynı olmasa da, 2011 yılı öncesine benzer tek il müdürlüklü yapıya tekrar dönüştürüldü. Bazı il ve ilçelerdeki toplum sağlığı merkezleri kapanarak yerine ilçe halk sağlığı müdürlükleri kuruldu. Bu konuya yazımızın "Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütlenmesinde önemli değişiklikler ve aile hekimliği uygulamasına geçişin bulaşıcı hastalıklar denetimine etkileri" alt başlığında daha ayrıntılı değinilmiştir (Y.N.).

veyans ve Laboratuvar Rehberi", sahadaki bulaşıcı hastalık çalışanları için çok yararlı bir kaynak olmuştur (74). Yönergenin 13. ve 14. Maddelerinde: *"… ihbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği taktirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre cezai müeyyide uygulanır." ve "Sorumlu olduğu halde bildirim yapmayan ve bu yönerge hükümlerine uymayan, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşların ilk tespitlerinde İl (Halk) Sağlık Müdürlüğü tarafından uyarı yazısı yazılır ve 1 ay içinde düzenlemelerin yapılması talep edilir. Hata nevi gözetmeksizin yönerge hükümlerine aykırı davranışlara ısrarla devam eden kişi veya kurum sorumluları hakkında yürürlükteki mevzuatın ilgili maddeleri gereği, "Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranışlardan dolayı"… "İl Sağlık Müdürlükleri tarafından Cumhuriyet Savcılıklarına suç duyurusu yapılır"* hükümleri vardır. 2005'e kadar 39 adet olan bildirimi zorunlu olan bulaşıcı hastalıklar (1996'da bu sayı 37'dir; sonradan Kızıl ve Streptekok Anjini ile Kuduz ya da Kuduz kuşkulu ısırık bildirimleri de eklenmiştir), bu genelgeyle bildirimi yapan sağlık hizmeti basamakları sürveyans ve tanı ölçütlerine göre dört başlık (A Grubu, B Grubu, C Grubu ve D grubu) altında toplanmış ve hastalık sayısı 51'e çıkartılmıştır. 2004/129 sayılı *Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi'* ana metninde hastalıkların hangileri olduğu ve toplam kaç hastalıktan oluştuğu belirtilmemektedir, ama hastalık isimleri ve sayıları genelge ekindeki *"Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi"*'nden ve 6 Kasım 2004 tarihli ve 25635 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ'deki Ek 1'deki hastalık listesinden anlaşılabilmektedir. Bununla birlikte Rehberde C grubu içinde *toksoplazmoz* bildirimi zorunlu hastalık gözükmesine rağmen ilgili tebliğde listede yoktur (75). Sehven olduğu düşünülen bu durum, yazar ve hizmet sunucuları için kafa karıştırıcı olmuştur.

2007'de yapılan bir başka yönetmelik değişikliği ile Bildirimi Zorunlu Hastalıklar: 1. Aşı ile önlenebilir hastalıklar; 2. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar; 3. Viral hepatitler; 4. Gıda ve su kaynaklı hastalıklar ve zoonozlar; 5. Solunum (hava) yolu ile bulaşan hastalıklar ve 6. Diğer hastalıklar biçiminde altı grupta sınıflanmıştır. Yeni listede bazı hastalıkların bildirimi zorunlu olmaktan çıkarılmış (Subakut sklerozan panensafalit (SPEE), Salmonella SP) veya adı tamamen veya kısmen değiştirilmiş (Poliyomiyelit/çocuk felci; Tifo/Salmonella Typhi enfeksiyonu ve Non-tifoidal salmonelloz,; Akut viral hepatitler/Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D, Hepatit E; Akut Hemorajik Ateş/ Akut Hemorajik Ateş Sendromu; Creutzfeldt-Jakop's Hastalığı/Varyant Creutzfeldt-Jakop's Hastalığı) ve yeni hastalık veya hastalık etkenleri (Meningokol Hastalık, Non-Tifoidal Salmonelloz, Salmonella Typhi Enfeksiyonu, Botilismus, Yersinia Enfeksiyonu, Trişinoz, Ekinokokoz ve Q Ateşi) eklenmiş, sonuçta bildirimi zorunlu hastalık ve durum sayısı 55'e çıkarılmıştır (76).

24 Nisan 2009 tarihinde maternal ve neonatal tetanozun Türkiye'de elimine edildiği kabul edilmiştir (72).

02.04.2011 tarihli ve 27893 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan bir değişiklikte de bildirimi zorunlu hastalık grupları değişmeden, bildirimi zorunlu hastalık ve durum sayısı 74'e çıkarılmıştır (77). 2011'de yapılan bu son değişikliklerle 2007 listesine göre bazı hastalıkların isimleri tekrar değişmiş (Pnömokok enfeksiyonları yerine: İnvaziv pnomokokkal hastalık(lar), Akut kanlı ishal yerine: Akut Gastroenterit Enfeksiyonu) ya da yeni hastalık ve durumlar (Suçiçeği, Subakut sklerozan panensafalit (SPEE), Avian influenza, Batı Nil virüs enfeksiyonu, Hantavirüs enfeksiyonu, Norovirüs enfeksiyonu, Rotovirüs enfeksiyonu, Akut solunum yetmezliği sendromu (SARS), Kene kaynaklı enfalit, Chikungunya enfeksiyonu, Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA), Lyme hastalığı, Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, Antimikrobial direnç ve Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları) eklenmiştir. Listeye yeni giren İnfluenza, Kızamık, Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu'nun Vaka Tanımları yapılmıştır (66).

Sağlık Bakanlığı, *"Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim*" amacıyla 01.01.2009 tarihinde ülke *genelinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'*nın temel bileşenlerinden biri olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) adıyla bir proje başlatmış ve Türkiye'deki bütün sağlık kurumlarının merkez ve taşra teşkilatından veri toplamayı hedefleyen; saatlik bilgi ve hastalık bildirimlerinin raporlanabildiği bir elektronik veri sistemi olan "Sağlık-Net 2" programını uygulamaya başlamıştır. 01.08.2012 tarihinde sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlardan veri gönderilmesi zorunlu olmuştur. 01.01.2013 tarihinden itibaren de tüm muayenelerin ve polikliniklerin (Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sözleşmesi olmayan özel sağlık kuruluşları, muayenehaneler, aile hekimlikleri, cezaevi hekimlikleri) verilerinin de sisteme girilmesi zorunlu tutulmuştur (78). Böylece, Sağlık-NET'in amacı olan Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veri tabanı oluşturularak gelişmiş çözümlemeler yapma olanağını sağlayacak *bir Veri Madenciliği ve Karar Destek Sistemi* (KDS) oluşturulmuştur (72,78).

Kuş gribi (H5N1) ve domuz gribi (H1N1) pandemileri :

Yakın dönemde ülkemizin en önemli bulaşıcı hastalıklar denetleme deneyimi 2005-2010 yılları arasında yaşanan kuş gribi *(Avian Influenza)* ve domuz gribi *(Swine Flu)* pandemileri nedeniyle olmuştur. Avian Influenza virüsünün H5N1 isimli türevinin insandan insana da geçmesi, özgül tedavisinin olmaması ve 10.09.2008'e kadar tüm dünyada doğrulanan insan vakalarında (387 kişi) fatalitesinin (öldürücülüğünün) (245 kişi) çok yüksek (% 63,3) olması; izleyen yıllarda oluşabilecek bir H5N1 salgınına karşı çok ciddi bir hazırlık yapılmasına yol açmıştır (79). Böylesine yüksek fataliteli yeni bir olayda, dünya deneyimi içinde, ülkemizde yaşanan ilginç durumlar konuyla ilgili ayrıntılı bilgi verme isteğimizi açıklayabilir:

Türkiye'de referans laboratuvarında doğrulanmış ilk *Kuş Gribi* hayvan olgusu, **Balıkesir** ili **Manyas** ilçesinde bir hindi çiftliğinde, 06.10.2005'te saptanmış; ilk insan vakası nedenli ölüm ise 05.01.2006'da **Ağrı-Doğubeyazıt**'ta olmuştur. Türkiye'de 12 kişinin kuş gribine yakalandığı doğrulanmış ve bunların aynı aileden çocuk olan 4 tanesi ölmüştür. Hastalığın Türkiye'deki öldürücülüğü %33,3 olmuştur. Türkiye'de 2006'daki bu olgulardan başka insan olgusu ve ölümü görülmemiştir. Türkiye'de görülen son kuş gribi hayvan olgusu 18.03.2008'de saptanmıştır (79,80).

11-12 Temmuz 2005 tarihinde ilgili bakanlıkların, üniversitelerden Halk Sağlığı, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Klinik Mikrobiyoloji uzmanı bilim insanları ve aşı ve antiviral ilaç ithal eden firmaların temsilcilerinin katılımıyla yapılan toplantıda *"Gelecekte bir gün…"* diye başlayan, altı alarm evresine göre ve çeşitli hastalık ve ölümlülük vb. hızlarına (Örn: kümülatif atak hızı %25, sağlık kurumlarına başvuru hızı % 50, hastaneye yatış hızı % 5,5, fatalite hızı %3,7) göre bir grip salgınında yapılacakları belirten Ulusal İnfluenza Pandemi Planı örneği oluşturulmuş ve planın ülke genelinde tüm sağlık müdürlükleri tarafından iller için yapılması sağlanmıştır (81,82,83).

Sağlık Bakanlığı ile DSÖ ve *Tarım Köy İşleri Bakanlığı* ile UNICEF işbirliği ile illerde aile hekimlerine *'Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyansı'* konulu eğitici eğitimleri (2007 yılı içinde) ve her ildeki özel ve kamu kurum ve kuruluşlarındaki sayıları binleri bulan meslek sahiplerine (veterinerler, ziraat mühendisleri, öğretmenler, imamlar, muhtarlar vb.) kuş gribinden korunma (eğitici) eğitimleri (2008 yılı içinde) verilmiş; *İl İnfluenza Pandemi Planları her yıl* (2016 dahil) güncellenmiştir (40).

24.04.2009 tarihinde **Meksika**'daki ilk domuz gribi *(swine flu- Influenza A H1N1)* vakasında insandan insana bulaş olduğunun gösterilmesi ve başlangıçta fatalite hızının %50'lerde olması nedeniyle üye ülkelere çok sıkı önlemler almalarını öğütleyen *DSÖ; 29.04.2009 tarihinde İnfluenza Pandemi Alarm Düzeyini "Evre 5" (insanlar arasında sınırlı yayılım geniş gruplarda, lokalize)* ve ardından 11.06.2009'da "Evre 6" *(genel toplumda artmış ve devamlı yayılım)* olarak ilan etti. Meksika'da salgının bitiminde fatalite hızının (hastalığa yakalananlarda ölüm yüzdesi) %6,9 olarak gerçekleşmesi dahi, alınan öğütleri ve önlemleri haklı kılar (84,85,86).

Pandemi planlarına göre Türkiye, hastalığı, önce *'domuz gribi'* olarak isimlendirdi. DSÖ'nün gereksiz hayvan itlaflarını önleme amacıyla, *'2009 pandemisi'* olarak isim değişikliğine rağmen başta SB olmak üzere çeşitli bakanlıkların genelgelerinde, ulusal kamuoyunda ve medyada ismi domuz gribi olarak anılmaya devam eden hastalığın yayılmasını denetlemek için yaygın olarak grip aşılaması çalışmaları başlatıldı (87). Böylece, SB'nın bulaşıcı hastalık çalışanlarının *'aşıya karşı toplumda gelişen direnç'* çilesi de başlamış oldu. Bu çilenin nedeni, başta risk grupları ve sağlık personeli olmak üzere vatandaşların, Sağlık Bakanı tarafından yazılı ve görsel medya aracılığıyla grip aşısı olmaya davet edilmesine rağmen; dönemin iktidar partisinin lideri ve başbakanı **Recep Tayyip Erdoğan**'ın ve muhalefet partisi (MHP) liderlerinden **Devlet Bahçeli**'nin ve Milli Eğitim Bakanı Nimet **Çubukcu**'nun grip aşısı olmayı reddetmeleriydi (88,89). Bu durum, toplumda büyük bir 'güvenlik ahlâkı' sorunu doğurdu. Çünkü aynı zamanda çocuk sağlığı ve hastalıkları profesörü de olan **Dr. Recep Akdağ**'ın bakanı olduğu SB ve bilim insanları ile dönemin dominant karakterli başbakanı ters düşmüşlerdi. Risk iletişimi ve algılamasında görülen bu durum, Türkiye'de yoğun polemiklere neden olmuştur; zira temsilcileri iktidarda olan İslami kesim için "*domuz*" sözcüğü '*adı ağıza alınamayacak kadar'* kötü bir sözcüktü (o kadar ki pandemi eğitimlerinde örn. imamların, domuz sözcüğü söylendiğinde yüzlerini buruşturarak 'adı batasıca hayvan' şeklinde tepki vermeleri yaşanan bir deneyimdi) (40). Sonuçta toplumda grip aşısına karşı (sonuçları gelecekteki diğer aşılama çalışmalarını da etkileyen) büyük direnç gelişti. Aslında, aşının her yıl yapılagelen aşıdan farklı olmadığı ve içinde 'domuz yağı ve katkı maddesi' yoktur bilgisi kamuoyuna paylaşıldı, ama aileler çocuklarına; başta sağlıkçılar olmak üzere kamu personelleri kendilerine aşı yaptırmak istemediler.

Uluslararası aşı üreticilerinden Novartis 12.06.2009 tarihinde A(H1N1) pandemi aşısını üretimini başardığını duyurdu (85). Grip aşıları ilk FDA (Amerika Besin ve İlaç Dairesi- **US Food and Drug Administration**) onayını 2009 Eylül'ünde aldı (86). DSÖ aşı dağıtımı için belirlediği (Türkiye'nin içinde olmadığı) ülkelere 22 Eylül 2009'da aşı taleplerini karşılayabileceğini bildiren yazıyı yolladı. Aşı en erken 29.03.2010'da Moğolistan'ın eline geçti. Yani mevsimsel olmayan pandemik grip aşısının resmi dağıtımının başlanma tarihi 2010 yılının Mart ayıdır (90). Türkiye aşı alım bağlantılarını DSÖ'dan bağımsız yapmış ve 500 bin dozluk ilk parti H1N1 pandemik grip aşısı Novartis firmasından alınarak 02.11.2009 tarihinde "sağlık personeline ve henüz yola çıkmamış hacı adaylarına'' uygulanmaya başlanmıştır (91).

2009 grip pandemisi sırasında erken davranan SB büyük miktarlarda aşının ülkeye ulaşmasını garanti altına alarak halk sağlığı açısından önemli bir başarıya imza atmıştır. Bir bulaşıcı hastalık salgınının hastalıklılık ve ölümlülük hızları salgın sona ermeden bilinemez. Bu tip salgın durumlarında *'no regrets'* ilkesi vardır. Yani *"gerekenden fazla önlem al ki; sonradan önlem almamış olmaktan dolayı pişman olma!" (86).* Eğer 2009 pandemisi, Türkiye'de de, 1918 pandemisinin dünyadaki fatalite hızına (%2,4)

[5] *Yazının domuz gribi (H1N1) (2009 grip pandemisi) ile ilgili bölümlerine yaptığı katkılardan dolayı halk sağlığı uzmanı Prof. Dr. Hande Harmancı'ya teşekkür ederiz. Hande Harmancı, DSÖ'nün 2007'de Küresel Gribi Programına Bilgi Yönetimi, Eğitim ve Pandemik Hazırlık ekibinin Ekip Lideri olarak katılmış ve DSÖ'nün H1N1 (2009) pandemisine verdiği yanıtı çerçevesinde Toplumsal ve Kişisel Önlemler Fonksiyonel Takımında Takım Lideri olarak atanmıştır. Halen (2011 yılından beri), DSÖ Küresel Hepatit Programında politika, strateji, savunma, ülke istihbaratı, planlama ve ülke teknik desteğinden sorumlu bir görevli olarak çalışmaktadır. Dr. Harmancı aynı zamanda hepatit üzerinde DSÖ İşbirliği Merkezlerinin odak noktasındadır (bkz. http://www.worldhepatitissummit.org/2017/testspeakers/handeharmanci) (Y.N.).*

veya **Meksika'**daki salgının fatalite hızına (%6,9) ulaşmış olsaydı; Sağlık Bakanlığı aldığı önlemlerle, ülke nüfusunun önemli bir kısmını koruyabilmiş olacaktı (84,85,86). Konu halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde, SB yapılması gerekeni yapmıştır. Ancak, bir kamu kurumu olan SB'nın olay ertesinde kamu kaynaklarını doğru ve yerinde kullanıp kullanmadığı konusunda herhangi bir denetime tabii tutulup tutulmadığı konusu ayrı bir tartışma konusudur (84,85,86,90). Zira pandemi Türkiye'de Kasım 2009 ayı içerisinde hızla tepe noktasına ulaşmıştı. Yine de hastalık için 1-14 gün olan (ortalama 2-3 gün) kuluçka süresinin kısalığı ile pandemik aşı, henüz hasta olmamışken aşılananlara hızla faydalı olabilirdi.

Başlangıçta (ilk olgunun çıktığı 15.05.2009 ile pandemik aşının Türkiye'ye gelmeye başladığı Kasım 2009 arasındaki yaklaşık ilk altı ay içerisinde) yapılan mevsimsel grip aşılamalarının genel amacı olan, başka bir mevsimsel grip vakasına karşı ayırıcı tanıyı kolaylaştırarak, yanlış pandemi alarmını önlemek, vücudun bağışıklık sistemini güdülemek, kritik görevdeki personelin iş gücü kaybının olabildiğince azaltmak yanı sıra aynı insandaki iki tip gribin (kuş gribi ve mevsimlik grip) karşılaşmasını engelleyerek kuş gribinin şift yapmasını (mevsimlik grip haline gelmesini) önlemek idi. Pandemik aşılama kampanyasının bir amacı da elbette, grip hastalığına karşı bağışıklamayı sağlamaktı. Bu özellikle genç yaş grubu için önemliydi. Çünkü farklı H1N1'lerle daha önceden karşılaşmış olan ileri yaş gruplarında hastalık parsiyel (kısmi) bağışıklık nedeniyle daha hafif geçiyordu. Ama bu amacın toplumsal önemi, zamanın başbakanına ve temsil ettiği kesime algılatılamamıştı. Mevsimsel grip aşısının içinde her sene değişen iki tip A, bir tip B virüsü bulunur. Pandemiye özel aşı A(H1N1) virüsüne karşı yapılan tek şuşlu bir aşıydı ve üretimi 6 ay sürdüğü için başlangıçta mevsimsel grip aşısı yapıldı, ama aşılamanın toplum algısındaki nedeni *'Domuz Gribi'* olduğu için toplumda aşıya karşı oluşan direnç değişmedi (86). Başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere sağlık personeli ve laboratuvar personeli, ambulans şoförleri; aşı dağıtımından sorumlu personel, kamu yönetimi açısından anahtar rol oynayan kişiler; telekomünikasyon, elektrik temini; su temini ve toplu taşıma hizmetlerinin sürdürülmesinde anahtar rol oynayan kişiler, itfaiye personeli; polis teşkilatı, askeri personel ve sivil savunma teşkilatında çalışanlardan oluşan yüksek risk altında bulanan görevlilerde grip aşılanma yüzdesi çok düşük olmuştur (83). Örn. pandemi sürecinde nüfusu 452.880 (2008) olan Osmaniye ilinde, sağlık personelinde aşılama yüzdesi %57,73; yukarıda belirtilen kritik görevlerde bulunan personellerde ise %11,92 oldu. Okul (Okul öncesi, İlköğretim, Orta öğretim ve mesleki orta eğitim) öğrencilerinde toplamda aşılanma oranı %4,64, 6 ay-5 yaş arasındakilerde %1,0, 6-9 yaş arasında %0,39 ve Okul Öncesi Eğitim Okullarına gider çocuklarda ise %6,0 oldu. Ağırlığını imam hatip liselerini oluşturduğu mesleki öğretim okulu öğrencilerini il genelindeki aşılanma oranı %0,16 oldu (92). Bu konuda ülke genelini yansıtan bir başka bilgi ve yayın online tarama ortamlarında bulunamamıştır.

2009 pandemik A(H1N1) daha sonra mevsimsel aşıların içine alınmıştır (86).

Türkiye'de saptanan ilk pandemik grip olgusu 15.05.2009'da, ilk yerli olgu da 18.06.2009 tarihinde bildirildi. İlk okul salgını ve ilk ölüm olgusu beş ay sonra Ekim 2009 ayı içinde gözlendi. 2009 Aralık ayından başlayarak sönen salgına bağlı son ölüm olgusu 06.03.2010 tarihinde bildirilmiştir (66,85).

Domuz gribi pandemisinin şiddetlendiği Kasım 2009'da bütün olası grip vakaları SB tarafından pandemik grip (H1N1)(Grip Benzeri Hastalık) olgusu olarak kabul edildi. DSÖ önerileri doğrultusunda *'olgulardan süruntü örneği alınarak vaka doğrulaması yapılması'*ndan vazgeçildi. DSÖ; laboratuvarlardaki yığılmayı önlemek açısından ilk birkaç yüz olguda laboratuvar çalışmalarını yeterli görmektedir (85,87). Başlangıçta vaka yığılması ve sonrasında artan bildirim yükü ve laboratuvara örnek yollanmasındaki zorluklar gibi nedenlerle aile hekimlerinden bildirim toplanmasında vb. büyük sıkıntılar oldu. Olgu sayımı (bildirimi) bırakıldı (40,85). 10 ilden hiç ölüm bildirimi yapılmadı (89). Başbakanın tutumundan dolayı valiler ve il yöneticileri toplumun haber almasını, örneğin, ölüm sayısının açıklanmasını engellediler (40). Bu nedenle toplumda sahte bir "salgın yok" algısı ve buna bağlı olarak da toplumsal ve bireysel korunma önlemlerinde gevşeme oldu.

Türkiye, 2009-2010 yıllarında yaşadığı pandemik gribin atak hızını, ölüm hızını vb. hiçbir zaman tam olarak bilemedi; bildikleri de doğrulanmış (konfirme) ve bildirilen olgularla sınırlı kaldı. Her şeye rağmen, pandemi sonunda, önceden tasarlandığının aksine korkulduğu gibi yüksek fatalite görülmedi. Resmi olmayan raporlara göre hastalığın mortalitesi milyonda 3,8 gibi inanılması zor olan bir sayıda kaldı (93).

Karşılaştırma amacıyla bir örnek olarak incelersek: İlk yerli olgusu 04.11.2009 tarihinde, son pandemik grip olgusu 11.03.2010 tarihinde görülen ve 2009 yılsonu nüfusu 471.804 olan Osmaniye ili genelinde 4'ü doğrulanmış (H1N1) 5 adet pandemik grip ölümü olmasına rağmen bu verinin 02.12.2009 tarihi itibarıyla illerin pandemik ölümlerini gösteren haritalarında bir ölüm olarak sunulması bu iddiayı doğrulayabilir (93). Son haftalarda bildirim ve sürüntü örneği alınma ve laboratuvara gönderme sorunları olmasına rağmen bilinen olgulardan hareketle Osmaniye'nin pandemik grip mortalite hızı milyonda 8,48 olmuştur. Toplam Grip Benzeri Hastalık vaka sayısı 30.869 kişi ve doğrulanmış dört ölüm olgusuna göre de fatalite hızı milyonda 129,6 ve mortalitesi milyonda 8,48 yani Türkiye için ulaşılan tek kaynaktaki mortalite hızından yaklaşık 2,23 kat fazla oldu (86,93).

Bugüne kadar SB tarafından Türkiye'nin Pandemik Grip Raporu yayımlanmadı. Türkiye'nin ilk yerli olgusunun, salgının ilk ve son ölüm olgusunun tarihini biliyoruz, ama

son vakanın görüldüğü tarihi, toplam hasta ve toplam ölüm sayısını bilmiyoruz. Türkiye'nin 2009-2010 yıllarında yaşadığı grip pandemisine ait mortalite ve fatalite bilgilerine (pandemi planlarına uygun ulusal pandemi raporuna) tam olarak ulaşabilir değiliz. Bu yönüyle 1918-1920 yıllarında hüküm süren İspanyol Gribi Pandemisi'nden yaklaşık 90 yıl sonra kapımızı çalan 2009 Grip Pandemisi'nde Türkiye Cumhuriyeti'nin, Osmanlı İmparatorluğu'nun durumundan istatistiksel olarak pek farkı olamadı. Yaşanan bu durum, büyük bir raslantı eseri, Çin Halk Cumhuriyeti'nde bir başka biçimde yaşanan kırana yol açmasa da, Türkiye'nin öğünülecek olan bulaşıcı hastalıklarla savaş tarihi ile bağdaşmayan bir anı olarak zaman içinde daha da büyük bir utanç olarak hatırlanacaktır (94).

Polio denetiminde son gelişmeler:

- Sağlıkçı geldi! Sıhhiye! Hemşire! Mumarridah! Mumarridah!

  -Aşı, nugah, nugah!!

  - Evde küçük çocuk var mı? Veled? İbn? Velet, velet? Çocuğun doğum tarihi ne?

  Tarihül vilade? Beş yaşın altında mı: Beyne sıfır ve hamse fakat?

  - Çocuğun adı ne? İsmi; ismil veled? Soyadı ne? Nesebuhu? Babasının adı? İsmul eb'i ne?

  - İki saat su içmeyecek! Saateyn la yuşrap mey! Anladın mı?..."

Vahşi polio virüsüyle savaşmak için Türkiye'nin güney ve güney doğu illerinde 2013-2014 yıllarında yürütülen polio aşısı *mop-up* (sil-süpür) kampanyası nedeniyle ilin bütün sokaklarında evlerin tek tek kapısını çalıp 0-59 aylık yerli ve Suriyeli çocuk arayan hemşire ve ebeler; bir evin bahçesindeki odunluktan bozma odasından çıkan çekingen Suriyeli kadına kendini ve yapacağı işi anlatmak için işte böyle çabalıyordu. Eğer Suriyeli olduğu söylenen evde kimse bulunamazsa dış kapıya Türk abecesi ile yazılmış: "Lütfen aile hekiminize başvurunuz" yazısı yapıştırılıyor, ama aşı kartlarının açıklama bölümleri iki dilde; Türkçe ve Arapça yazılıyordu. İl müftülüğü aracılığıyla bulunan ve konuşulan Arapçayı anlayacak ve konuşacak kadar iyi bildiği söylenen üç imamdan sadece birisinin yaşayan Suriye Arapçasını bildiği fark edilince; kimi zaman onun çevirmenliğinden ve bilgisinden yararlanılarak yapılan ve aşı ekiplerinin dosyalarına konulan 8-10 sözcüklü bir Arapça-Türkçe sözlükten yararlanılıyordu (40).

Bütün bunların nedeni **Suriye İç Savaşı'**nın Türkiye'deki sonuçlarından birisi olarak, yaklaşık beş yıldır yerli olgu görülmeyen vahşi polio virüsünün Türkiye'ye tekrar girme olasılığının ortaya çıkmasıydı. Zira, Nisan 2011 tarihinde başlayan Suriye İç Savaşı'ndan Türkiye'ye kaçan göçmenlerin sayıları 2017 başlarında Türkiye nüfusu içinde önemli bir yere ulaşmıştır (Türkiye nüfusunun %4,5'i, 3.551.078 kişi) (95).

DSÖ'nün 29.10.2013 tarihli *"Suriye'de vahşi çocuk felci virüsünün varlığı ve buna bağlı vakaların olduğu"* açıklaması üzerine SB, Suriye ile sınırı olan 7 ilimiz ***(Şırnak, Şanlıurfa, Mardin, Gaziantep, Kilis ve Hatay*** ve geçiş yolu üzerindeki ***Adana***) ile göçmen kamplarının bulunduğu 4 ilde ***(Malatya, Kahramanmaraş, Osmaniye ve Adıyaman)*** 18-24 Kasım 2013 ve 10-29 Aralık 2013'de büyük bir polio destek aşılama kampanyası (1. ve 2. mop-up/sil-süpür aşılaması) başlattı. Bu durum aile hekimliği sisteminin ilk önemli ulusal sınavıydı. Aile hekimlerinin coğrafi bölgeleri dışından da (hatta ilçe dışı) aile kaydı yapabilmeleri ve özellikle sayıları nüfus artışına bağlı olarak gittikçe çoğalan sayıda yeni açılmış (boş/sanal) aile hekimliği durumlarına (pozisyon) atanan aile hekimlerinin bütün mahallelerden ve hatta başka ilçelerden de kendi bölgelerine aile kaydı alabilmeleri nedeniyle aşılama ekiplerinin coğrafi mahalle ve sokak paylaşımları ile ilgilileri izlemeleri çok zorlaşmıştır. Bir başka sorun da artık gezici hizmet ve evde gebe ve çocuk ziyareti yapmayan aile sağlığı elemanlarının (ASE) mahalle ve sokakları bilmeyişleri idi. Örn. Osmaniye'de ilin aile hekimliğine geçtiği 2008 yılındaki mahalle paylaşımı temel alındı ve aşılama tarihindeki durum ne olursa olsun, aile hekimleri 2008'deki mahalle ve sokakların aşılamasından sorumlu oldular. Şimdi de sokak isim ve numaralarının 2013 yılında olan değişime göre, neredeyse hepsinin nerede olduğunu bulmak ve ekiplerin eline vermek gerekiyordu. Çünkü belediyeler Avrupa Birliği standartlarına uyum nedeniyle 2010 yılından sonra eski sokak isimlerini kaldırarak neredeyse tüm sokaklara yeni numara vermişler ve yeni mahalleler oluşturulmuşlardı. Belediye'nin ilgili dairesindeki personelden ellerinde (iyi ki) var olan karşılaştırmalı, eski ve yeni sokak numaraları ve yeni mahalle bölünmelerini gösteren elektronik ortamdaki Excel listesinin bir kopyası alınarak *Merkez'de Toplum Sağlığı Merkezi* (TSM) Bulaşıcı Hastalıklar Birimi sorumlusu olan yazar tarafından aile hekimlerinin bölgelerindeki mahalle isimleri ve sokak numaraları güncellenerek bu sorun çözülmüş, ekipler sorumlu oldukları mahalle ve sokakların eski ve yeni isimleri listesi ile sahaya çıkmışlardır. Ne var ki mop-up kampanyasına sağlık ve halk sağlığı müdürlüğünün araçları yetmemiş; başka kurumlardan gelen ve taşaron firma şoförleri ilçenin ne mahallelerini, ne de eski-yeni sokak isimleri ile sokaklarını biliyorlardı. Bu tip sorunlar sağlık personelinin aşkın ve özverili çalışmasıyla; özellikle sağlık ocağında çalışmış olup henüz emekli olmamış ve yerli (Osmaniyeli) ebe-hemşirelerle, müdürlük ve TSM de çalışan şoförler yardımıyla kısmen

[6] "1958-1961 yılları arasında Mao, ülkesini hızla süper güce çevirmek için tarım üretim fazlasını askeri ve endüstriyel projelere finanse etmek için tarım üretimini ikiye hatta üçe katlanması emrini verdi. Karşılanması imkânsız isteklerine itiraz etmeye korkan ve üstlerine yaranmak isteyen yerel yöneticiler, tarım üretiminde etkileyici artışlar beyan ettikleri raporlar düzenledi. Uydurulmuş rakamlarla dolu raporlar bürokrasinin her hiyerarşik kademesinde bir sıfır daha eklenerek abartıldı. 1958'e gelindiğinde Çin'in yıllık tarımsal üretim raporundaki üretim miktarı, gerçek rakamın % 50 üzerindeydi ve raporlara inanan hükümet Çin nüfusunun doyuracak kadar yiyecek ayırdığını düşünerek silah ve ağır iş makineleri karşılığında milyonlarca ton pirinç sattı. Sonuç: Tarihte yaşanan en korkunç kıtlık felaketinde milyonlarca Çinli canından oldu." (94).

çözülebilmiştir (40). Aile hekimlerinin ve ASE'larının neredeyse yarısının aile hekimliğine geçmeden önce çalıştığı kurumlar ikinci basamak ve acil servisler olan daha büyük illerde durumun nasıl olacağını tahmin etmek güç olmasa gerek?

2000 sonrası dönemde Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib (Hemafilus influenza tip b) aşıları 2006 yılında; 7 bileşenli Konjuge Pnömokok aşısı (KPA) Kasım 2008'de, 13 bileşenli KPA Nisan 2011'de, Hepatit A aşısı Eylül 2012'de son olarak da Suçiçeği aşısı Şubat 2013'de Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında ulusal aşı takvimine girmiş; böylece GBP kapsamında aşı ile konulabilir hastalık sayısı 13'e çıkmıştır (44).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı uygulamaları (GBP):

Ülkemizde etkin bir Hastalık Kontrol Programı uygulaması ile pek çok hastalıkta başarılı sonuçlar alınmıştır. 1981 yılında başlatılan GBP aşıyla korunulan hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları denetim altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile duyarlı yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir. GBP 2009 yılında bir genelgeyle güncellenmiştir (96).

GBP'nın temel amacı: Doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan hastalıklara karşı bağışık kılınmasıdır. Genişletilmiş deyimi ise aşısız veya eksik aşılı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak içindir.

GBP'nın hedefleri:

- Her bir antijen için ülke genelinde %97 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak;
- 12-24 aylık bebeklerin %90'ını tam aşılı hale getirmek;
- 5 yaş altı (0-59 ay) aşısız ya da eksik aşılı çocukları tespit edip aşılamak;
- Okul çağı çocuk aşılamalarında her bir antijende %95 aşılama hızına ulaşmak;
- Tespit edilen tüm gebelere uygun Tetanoz-difteri (Td) aşısı uygulamak;
- Ülkenin poliodan arındırılmış durumunu sürdürmek;
- Maternal ve Neonatal Tetanozu elimine etmek;
- Kızamık Eliminasyon Programını yürütmek;
- Diğer Kontrol Programlarını yürütmek,
- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek ve
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir (96,97).

Ne var ki, GBP Genelgesi 2009 yılından sonra güncellenmemiş ve o tarihten sonra program kapsamına alınan 13 bileşenli Konjuge Pnömokok Aşısı (KPA), Hepatit A ve Suçiçeği aşıları 13.03.2009 tarihinde yürürlüğe giren "Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi"ndeki Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sistemi ve GBP genelgesi dışında kalmıştır (98). Yürütülen kontrol Programlarının başarıya uğrayıp uğramadığı konusunda ayrıca, "Sağlık istatistiklerinde bilgiye erişimde belirsizlikler" başlığına ve Tablo: 1 ve 2'ye bakılmalıdır. 2016 Nisan sonu itibarıyla, GBP kapsamında uygulanmakta olan ve sayıları 14 adete ulaşan Hastalık Kontrol Programları şunlardır (96,99):

1. Polio Eradikasyon Programı (PEP):

1989 yılı sonunda başlatılmıştır. "Programın amacı, vahşi polio virüsü ile oluşan tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmak ve polio virüsünü eradike etmektir." (96).

2. Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Rubella Sendromunun Kontrolü Programı:

Türkiye'de Kızamık Eliminasyonu Ulusal Faaliyet Planı (2002-2010) yapılmıştır. Planın ve programın amacı ülkede Kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmektir. Bu amaca ulaşma yolunda belirlenen hedefler:

I. 2010 yılına kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak,

II. Ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virüslerin yerleşmesini engellemek ve

III. Kızamığa bağlı ölümleri engellemektir (96).

3. Maternal ve Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyon Programı:

Bu programın amacı Türkiye'de 2007 yılı sonuna kadar Maternal Tetanoz (MT) ve Neonatal Tetanozun (NT) ve bunlara bağlı ölümlerin elimine edilmesi ve bu düzeyin sürdürülmesi idi. Hedef, her bölgede 1000 canlı doğumda 1'in altında NT vakasının görülmesi ve MT'un hiç görülmemesi ve bu durumun devamlılığının sağlanmasıdır Daha önce de belirtildiği gibi; 24 Nisan 2009 tarihinde maternal ve neonatal tetanozun Türkiye'de elimine edildiği kabul edilmiştir (72,96).).

4. Hepatit B Kontrol Programı:

Programın temel amacı; kronik hepatit B virüs enfeksiyonunun önlenerek, Hepatit B virüs enfeksiyonu ile ilişkili kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatosellüler kanser insidansını azaltmaktır. Programın hedefi 2010 yılına kadar 5 yaş altı çocuklarda Hepatit B hastalığı insidansını en az yüz binde 1'in altına düşürmekti (96).

5. Difteri Kontrol Programı:

Difteri hastalığının kontrolü saha rehberi kapsamında yürütülmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 2000 yılına kadar yerel (indigenous) difteri vakalarının eliminasyonu hedefine göre toplumsal bağışıklık düzeyinin çocuklarda en az %90, erişkinlerde ise %75 olması öngörülmekteydi. Bu-

günün teknolojik ve bilimsel olanaklarına rağmen difterinin eradikasyonu henüz hedeflenememektedir. Bunun nedeni; toksoid aşı ile aşılamanın hastalığı önlemesine rağmen taşıyıcılık durumunu ortadan kaldıramamasıdır (100). 2003 yılında ve 2011'de görülen bir olgudan sonra 2015 sonuna kadar Türkiye'de difteri olgusu bildirilmemiştir (101).

6. Boğmaca Kontrol Programı:

Boğmaca hastalığının kontrolü saha rehberi kapsamında yürütülmektedir (88). Rehberde Programın amacı ve hedefleri belirtilmemiştir (102). Bu program için GBP amaç ve hedefleri geçerlidir.

7. Tüberküloz Kontrol Programı:

Türkiye Tüberküloz Kontrol Programı'nın temeli "Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi-artı"dır (DGTS-artı). Çok ilaca dirençli TB'un (ÇİD-TB) önemli boyutlarda olduğu bölgelerde önerilen stratejidir. Uygulama, DGTS stratejisinin başarıyla uygulanmasına ek olarak ilaç duyarlılık testlerinin yapılmasını ve ikinci-grup TB ilaçlarının kullanılmasını içeren bir programdır. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ise, hastaya ilaçlarını eğitimli ve denetlenen bir kişinin gözetim altında hastanın uygun bulduğu bir ortamda içirilmesinin sağlanmasıdır (103).

8. Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı:

1996 yılından beri yürütülen Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı'nın amacı: Hastalığın tanısının konulması ve sürveyansının daha sağlıklı yürütülmesi için ülke standartlarının belirlenmesi, hastalığı önlemeye ve hastalıkla mücadeleye yönelik uygulanması gereken yöntemlerin güvenilir ve daha etkili yapılmasının sağlanması ile kurumlar ve sektörler arası iletişim ve işbirliğinin güçlenmesine katkı sağlamaktır (104,105).

9. Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) İzleme Sistemi:

Aralık 2003 tarihinde yürürlüğe girmiştir (98). Halen 13.03.2009 tarihinde yayımlanan güncellemesi kullanılmaktadır. Genelge ve programın (izleme sisteminin) amacı, GBP kapsamında uygulanan, özel aşılar dahil, tüm aşılardan sonra gelişen istenmeyen etkilerin sürveyansını yürütmek için: "…

- Meydana gelen istenmeyen olguları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlamak,

- Ciddi istenmeyen etkiler görüldüğünde bunların aşıya bağlı olup olmadığını ortaya koymak,

- Program uygulama hatalarına neden olan sorunlara müdahale etmek,

- Aşı yan etkilerinde beklenenin üzerinde bir yükseliş görülürse müdahale etmek ve

- Müdahaleler ve uygun iletişim kanalları ile halkın aşılama programına güvenini sağlamak" olarak belirlenmiştir (98,99,106).

10. Hepatit A, 11. Kabakulak, 12. Hemofilus influenza tip b, 13. İnvaziv Pnömokokal Hastalıklar (107) ve 14. Suçiçeği Kontrol Programları:

Bu hastalıklar için kontrol programlarını açıklayan ve varsa programların amaç ve hedeflerini gösteren hastalığa özel ulaşılabilir resmi bir bakanlık dokümanı internet kaynaklarında bulunamamıştır. Programlar için yukarıda anlatılan GBP amaç ve genel hedefleri geçerlidir.

Diğer bulaşıcı hastalık kontrol uygulamaları:

GBP genelgesi kapsamında:

1. Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar sürveyansı;

2. KKKA/Tularemi web tabanlı bildirim sistemi;

3. Akut Flask Paralizi (AFP)/Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) sürveyansı ve

4. Enterohemorajik E. Coli (EHEC) / Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) sürveyansı uygulamaları yapılmaktadır (66).

2013 grip sezonundan başlayarak belirlenmiş 17 ilde seçilmiş merkezlerde seçilmiş 180 aile hekiminin her hafta İnfluenza benzeri hastalık vaka tanımına uyan bir hastadan aldıkları numunenin ve kendilerine başvuran kişiler içerisinde "Grip Benzeri Hastalık" geçiren hasta sayılarının değerlendirilmesi ile influenza, yurtçapında sentinel (örnekleme dayalı) bir aktif sürveyans sistemi ile izlenmektedir (108).

Aktif HIV/AIDS sürveyansı amacıyla ülkemizde 1986 yılından bu yana kan ve kan ürünleri ile olan bulaşmaya karşı korunma amacıyla tüm kan ve kan ürünleri ve kayıtlı seks çalışanları HIV yönünden zorunlu test edilmekte ve 1987 yılından beri organ ve doku nakilleri öncesinde de gerekli testler yapılmaktadır (109,110).

Yeni Düzenlemeler;

23.10.2015 tarihli ve 2015-18 sayılı Genelge ile Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar listesinde yeniden eski gruplamaya dönülmüş ve liste güncellenerek A Grubunda 25, B Grubunda 5; C Grubunda 27, D Grubunda 13 olmak üzere toplam 70 hastalık ve durum bildirimi zorunlu olmuştur (111). Listedeki Kuduz ve Kuduz riskli temas, iki ayrı hastalık; meninkokkal hastalık, Meningokoksik hastalık; Çocuk felci (poliyomiyelit), Poliyomiyelit; İnfluenza, İnfluenza (grip benzeri hastalık); Kene kaynaklı ensafalit, Kene kaynaklı ensefalit (tick Borne ensf.); İnvazif pnömokokkal hastalık(lar), İnvazif pnömokokkal hastalık (Streptococcus Pneumonia); Viral Hemorajik Ateş sendromu, Viral hemorajik ateş şekline dönüşmüştür. D grubu hastalıkların ilk listede sonlarında bulunan 'enfeksiyon(ları)' sözcükleri kaldırılmıştır. Listeye Tifo, Salmonella Sp., Shigella Sp., Karar aracına göre değerlendirilen durum ve Yeni bir alt tipte insan gribi (Human İnfluenza) hastalık veya durumları girmiştir. Eski listedeki Non tifoidal salmonelloz, Salmonella typhi enfeksiyonu, Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, Antimikrobial direnç ve Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları listeden çıkarılmış-

tır.

15.12.2016 Tarihli ve 2016/23 sayılı Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi ile ile invaziv menengokokal ve pnemokokal hastalıklar ile H. İnfluenza hastalıklarının bildirimi zorunlu olmuştur (112).

21.06.2017'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Mücadele Rehberi hakkındaki GENELGE 2017/11'nin yürürlüğe girmesiyle aynı başlıklı 12.02.2006 tarihli "Sağlık Müdürlüğü Tarafından Hastalık Çıkmadan Önce ve Hastalık Çıktıktan Sonra Alınması Gereken Önlemler" başlıkları altında salgınlarla mücadelede yapılacaklar ve salgın raporunun nasıl olması gerektiği ile ilgili GENELGE 2006/23 kaldırılmıştır (113,114). GENELGE 2006/23'de, bulaşıcı hastalıklarla savaşımda yapılacaklar (Epidemiyolojik ölçütler, sürveyans çeşitleri, salgın inceleme raporu hazırlanması ve salgın raporlanması, klinik ve çevresel örnek alma kılavuzu ve sahada uygulanacak ilgili formlar) toplam beş sayfada anlatılmaktaydı. Yerine yayımlanan GENELGE 2017/11'in ekinde "Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi" yürürlüğe sokulmuştur. Bu rehber, eskisine kıyasla 85 sayfalık ayrıntılı bir saha rehberidir. Rehberde, Sürveyans Kapsamında Yapılacak Çalışmalar: İhbar, Bildirim, Saha incelemesi ve filyasyon, Vaka incelemesi ve Salgın incelemesi başlıklarında sınıflandırılmış ve 75 hastalık için bunlardan hangilerinin yapılacağı belirtilmiştir. Örneğin içinde bildirim zorunlu olmayan akut gastroenteritlerin de olduğu 75 hastalık için 'saha incelemesi/filyasyon' şartı getirilmiş; rehberde kullanılan isimleriyle: SARS, Avian Influenza, Çiçek, Epidemik tifüs, Kolera, Poliomiyelit, Sıtma, Şistozomiyazis, Veba, Viral hemorajik ateş sendromu (KKKA, Ebola, Dang, Hanta, Sarı Humma hariç), Yeni bir alt tipte human influenza, Ebola ve Lenfatik filariasis için "tek vaka bile olsa salgın incelemesi" yapılması öngörülmüştür. Bulaşıcı Hastalıklar Mücadele Rehberi'nin "Salgın İncelemesi Sırasında Yapılması Gerekenler" başlığının "Gıda ile ilişkili örneklerin alınması" alt başlığında: "…

- Gıda örneklerinin alınması için ilgili sektörlerle işbirliğinin sağlanması,

- Salgın şüphesi olduğunda gıdalardan hızla örnek alınmasının sağlanması,

- Gıdaların ne zaman ve hangi noktada kontamine olduğunun tespit edilebilmesi için şahit numunelerin yanı sıra gıda örnekleri alınırken salgına neden olduğu düşünülen öğünde yenilen gıdaların tamamından da örnek alınmaya çalışılması ve

- Gıda örneklerinin sadece mikrobiyolojik açıdan değil, salgının özelliğine göre gerekirse ve şüpheleniliyor ise kimyasal ve toksik açıdan analiz edilmesi için uygun laboratuvarlara gönderilmesinin sağlanması"ndan söz edilmekte, ancak 'ilgili sektörlerin' kimler olduğu belirtilmemektedir. Besin zehirlenmeleri konusunda en önemli ilgili sektör olan Tarım ve Köy işleri Bakanlığı'nın il ve ilçe teşkilatlarının gerek personel gerek ekipman, gerekse tam gün çalışmaya uygun olmayan personel çalışma saatleri mevzuatları açısından özellikle yukarıda yazar tarafından altı çizilen konularda çalışma saatleri (akşam 16-17'den sonra) dışında ve tatil günlerinde bu işbirliğini sağlanması zordur (40,113,114,115).

Portörlük muayenelerinin kaldırılması:

Ülkemizdeki bulaşıcı hastalıklar denetimlerine ait son değişikliklerin en önemlisi UHK'nun 11.10.2011 tarihli ve 663/58 sayılı Kanunu Hükmünde Kararname ile 126 ve 127. Maddelerinin değiştirilerek "Yenilecek ve içilecek şeyler satan veya veren veyahut taharet ve nezafete müteallik san'atlar ifa edenler her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sıhhî rapor almağa mecburdurlar" hükmünün gerektirdiği, toplumda ve sağlıkçılar arasında 'portör muayenesi' olarak bilinen akciğerde verem, dışkıda parazit, tifo, dizanteri; burun ve boğazda stafilokok aereus taşıyıcılığıyla kanda viral hepatit taşıyıcılığı tetkiklerini de içeren hekim fizik muayenesinin, herhangi bir kanıta ve gerekçeye dayalı olmaksızın kaldırılması ve yerine zorunlu hijyen eğitiminin getirilmesidir (bkz. Hijyen Eğitimi Yönetmeliği) (38,116,117). Her ne kadar UHK Madde 126'daki "Bulaşıcı bir hastalığı olduğu belgelenenler ile iş yerinin faaliyet ve hizmetlerinden doğrudan yararlananları rahatsız edecek nitelikte ve görünür şekilde açık yara veya cilt hastalığı bulunanlar, bizzat çalışan iş yeri sahipleri ve işletenleri de dâhil olmak üzere, alınacak bir raporla hastalıklarının iyileştiği belgeleninceye kadar, birinci fıkrada belirtilen iş yerlerinde çalışamaz ve çalıştırılamazlar." hükmü varlığını korusa da; değişiklik öncesi yapılması zorunlu kılınan "Yenilecek ve içilecek şeyler satan veya veren veyahut taharet ve nezafete müteallik san'atlar ifa edenler her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sıhhî rapor almağa mecburdurlar." hükmü kaldırıldığı için 'bulaşıcı hastalığın belgelenmesi'nin maddi temeli, gerekli hekim muayenesi zorunluluğu koşulu kalmadığı için Madde 126'daki yükümlülük yerine getirilemez olmuştur (38,117,118). Ortaya çıkan bu durum halk sağlığı biliminin ileri uzmanlık alanlarından biri olan Sağlık Hukuku'nun ve 'yasa yazımı'nın ne kadar önemli bir uzmanlık alanı olduğunun ülkemizdeki bir örneği; belki de kanıtıdır.

Yazar, kamu kurumlarında ve 2017 Mayıs ayında aynı askeri birlikte dört kez tekrarlanan ve toplam olgu sayısının binden fazla olduğu ifade edilen salgınlar örneğinde görüldüğü gibi askeri birlikler ve yemek veren şirketler kökenli besin zehirlenmesi salgınlarını, portör muayenelerinin kaldırılmasıyla ilgili yapılan düzenlemelerin erken görülen olumsuz sonuçları olarak değerlendirmektedir (119,120).

Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütlenmesinde önemli değişiklikler ve aile hekimliği uygulamasına geçişin bulaşıcı hastalıklar denetimine etkileri:

11.10.2011 tarih ve 663 numaralı "Sağlık Bakanlığı ve

Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" (KHK) ile 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"deki eski merkez ve taşra teşkilatlanmasında büyük bir değişik yapıldı. Merkez örgütlenmesinde eskiden beri var olan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden başka, kamu tüzel kişiliğine sahip Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kuruldu. 2011'e kadar ildeki sağlık hizmetlerinden bakanlık adına sorumlu tek kurum il sağlık müdürlükleri iken merkez teşkilatındaki düzenlemeler nedeniyle taşra örgütlenmesi, il düzeyinde sağlık hizmetlerinden sorumlu birimler sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastaneleri kurumu genel sekreterliği adlarıyla (herhangi bir 'pilot' şehir uygulaması vb. yapılmadan) üç parçaya bölündü (121,122).

Yazımızın hazırlığı sürerken 25.08.2017 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 694 numaralı KHK ile bakanlık merkez ve taşra yapılanmasında yaklaşık yedi yıl sonra tekrar bir düzenleme yapılarak kamu tüzel kişiliğini haiz bulunan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastane Birlikleri kapatıldı. Bu kurumların il müdürlükleri lağvedildi ve bunların görevleri il sağlık müdürlüklerine devredildi. Adı geçen kurumların görevlerini yapmak üzere, Bakanlık teşkilatı içinde Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlükleri oluşturuldu ve taşra teşkilatında yeni düzenlemeler yapıldı (123,124) .

Yedi yıl önce yapılan düzenlemelerin iyi yönü sosyalleştirme çalışmalarından beri halk sağlıkçılarının istediği yatay örgütlenmenin sıtmada da başarılması ve 2011'e kadar dikey örgütlülüğü devam eden sıtmanın diğer bulaşıcı hastalıklar mücadelesi içine entegre edilmesi idi. SB'nın Merkez teşkilatında bulaşıcı hastalıklar, Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Başkan Yardımcılığına bağlı bir daire başkanlığı şeklinde örgütlenmişti. Verem savaşı örgütlenmesi yeni modelde de bulaşıcı hastalıklar daire başkanlığından ayrı bir daire başkanlığı halinde dikey örgütlenmesini sürdürmekteydi. Üstelik yeni bir dikey örgüt (zoonotik ve vektöryel hastalıklar) daire başkanlığı oluşturulmuş ise de; SB'nın taşra örgütlenmesinde, halk sağlığı müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezi bünyesinde bütün bulaşıcı hastalıkların yatay örgütlenmesi sağlanmış ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerine entegre edilmişti (125). Yeni örgütlenme şemasının ayrıntıları yazımızın yayınlanma (Aralık 2017) aşamalarında henüz belirlenmiş değildi.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'da kendinden önceki örgütlemenin birinci basamağı olan hükümet tabiplerinin görevleri sağlık ocağı hekimine devredilmişti. Birinci basamakta aile hekimliği uygulaması ile sağlık ocağı tabipliklerinin varlığına fiilen son veren 9.12.2004 tarihli 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununda (AHK) hükümet tabibi veya sağlık ocağı (tabipliği) sözcüklerine ve görevlerinin devrine dair bir düzenleme yapılmamıştır. AHK ile kişiye yönelik koruyucu hizmetler aile hekimlerini çalıştıkları aile sağlığı merkezlerine (ASM); topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) devredilmiş, ancak hükümet tabipliğinden sağlık ocağı hekimlerine devredilen ölüm bildirimi, bulaşıcı hastalık filyasyonları ve bulaşıcı hastalık bildirimi ile ilgili yürürlükteki Form 014, Form 015, Form 016 ve Form 017/A gibi formları'nın hangi kurumun hekimi tarafından yapılacağına (belediye hekimi dışında, belediye hekimi olmayan yerlerde) bir atıf yapılmamıştır. Aynı atıf eksikliği aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesi 2004 yılında yayımlanan ve sağlık ocağı hekimine yüklenen birçok bildirim ve kayıt işinde, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinde ve sonraki ilgili mevzuatta da bulunmamaktadır. "Bulaşıcı hastalıklar bildirimi konusundaki yönetmelik hükümlerinin bir kısmı güncel uygulamalar içinde yer bulamamakta iken; güncel uygulamaların bir kısmı ise yasal düzenlemelerden yoksun olarak yapılmaktadır" (66). Nitekim, 20.05.2015 ve 01.01.2016 tarihlerinde yayımlanan "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Prosedürleri" başlıklı SB dokümanlarında: "Grup A olarak belirtilen hastalıkların tanısı, ilgili hekim tarafından www.saglik.gov.tr adresindeki "Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi" butonu açılarak, kesin ve olası tanı kriterleri kullanılarak konur…. Hastalığın bildirimi, ilgili hekim tarafından Form 014-Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu günlük olarak doldurularak yapılır. Hekim tarafından Hastanenin İstatistik Bölümüne teslim edilmesi sağlanır… İstatistik görevlisi, Form 014-Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formunu günlük olarak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir." ibareleri dışında bilgi yoktur. Hastane dışı hekimler için de "ilgi hekim ve istatistik görevlisi"nin kimler olduğu belirtilmemiştir.

Öte yandan taşra örgütlenmesinin üçe bölünmesi nedeniyle polio sil-süpür aşılamaları veya pandemik/besin zehirlenmesi vb. salgın mücadelesi ekiplerin hızlı müdahalesini gerektiren durumlarda, personel görevlendirmelerinde ve sorumluların belirlenmesi, eğitimi, yazışmalar, salgın sürveyansı ve incelemesi ve personel hiyerarşisine bağlı disiplin (örn. Sürveyans programının emrettiği bildirim ve çalışmaları yapmayan hastane personeli ve hekimlere yönelik) vb. gibi işlerde yavaşlama olduğuna ilişkin izlenimler vardı (40). SB'daki son örgütlenme değişikliği ile şimdilik en azından taşra örgütündeki tekrar birleşme ile bu sakıncaların giderileceği umulabilir.

[7] 04.01.2012 tarihli ve 28163 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği" ve bu yönetmelikte değişiklik yapan 7 Ekim 2017 tarihli ve30203 sayılı Resmi gazetede yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile nüfusu 30 bin ve üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması gereği, 25.08.2017 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 694 numaralı KHK ile uygulamaya sokuldu ve bazı ilçelerde toplum sağlığı merkezleri kapatılarak yerine ilçe sağlık müdürlükleri kuruldu. İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve hizmet birimlerinin kadro ve pozisyon standardı ile birim adları ve görev tanımları belirleyen yönetmelikler ve ayrıntılar yazının baskıya girdiği tarihe (Şubat 2018) kadar kesinleşmemişti (Y.N.).

Küresel eğilimlerin bulaşıcı hastalık denetimlerine etkileri

Günümüzde (2018) dünyaya egemen olan ve toplumların sağlığı üzerine olumlu ve olumsuz etkileyen pek çok büyük eğilim (megatrends) vardır. Bunların temel başlıkları şöyle sıralanabilir: Küresel nüfus artışı ve artış eğilimlerinin farklılaşması, Kent yaşamında artış; Sağlıklı yaşam, Bireyselleşme; Hastalık yüklerinin ve pandemi risklerinin değişmesi, Teknolojik değişimin hızlanması; Veri çağı (Gerçek yaşam verisinin çokluğu), Güvensizlik (toplumu); Ev ve iş dışı elektronik ağlar, Ekonomik büyümeyi sürdürme çabaları; Küresel rekabet, Ekosistemler üzerinde büyüyen baskılar ve Çevresel kirliliğin artması, Yönetişimde yaklaşım çeşitliliği ve Ülke içinde ve ülkeler arasında kalıcı sağlık eşitsizlikleri (126,127,128,129,130). Bu büyük eğilimlerin Türkiye'deki yansımaları da: Demokrasinin ve hukukun üstünlüğünün azalması, Sağlık sisteminde ve eğitimde sürekli bir yeniden yapılanma; Sağlık eşitsizlikleri, Artan genç işsizliği; Kayıtdışı çalışma ve Kayıtdışı ekonomi, Taşeronla iş yapma; Tarım işçiliği, Aile işletmeleri; Çocuk işçilik, Göçmen işçiler; Bölgesel savaş ve göçler, Nüfus artışının sağlık hizmetlerine artan yükü; Hastalık yükleri ve pandemi risklerinin değişmesi ve Çalışanların yönetişimsel ve bilişimsel hıza ayak uydurma sorunları olarak sayılabilir. Bu eğilimlerin bütün sağlık sorunlarına olduğu gibi bulaşıcı hastalıkların denetimine de getirdiği olumlu ve olumsuz etkiler var. Bunlara kısaca değinelim:

Bulaşıcı hastalıklar denetimindeki olumlu değişimler

1. Tüberkülozda bildirimlerin standartlaştırılması, Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (ETYS) ve Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT):

2010 yılına kadar **Türkiye**'de Tüberküloz bildirimi zorunlu olmakla birlikte standart bir yönetim ve denetim sistemine sahip değildi. Örneğin devlet hastanesindeki göğüs hastalıkları uzmanı tanıladığı yeni bir tüberküloz olgusunu uygulamadaki *resmî Bildirim Zorunlu Hastalıklar Formu* (Form: 014) ile değil de verem savaş dispanserine yazılmış ve hasta eli ile yolladığı küçük bir kağıda yazdığı not ile bildirebiliyordu; ki bu durum, azımsanmayacak kadar sayıda hastanın tedaviden kaçmak için dispansere başvurmayıp bulaştırmaya devam etmesine yol açıyordu. Hastalığın toplumda sosyal dışlanmaya yol açması nedeniyle kimi zaman hasta tedavisini ikamet adresi dışındaki bir başka kentteki dispanserde yaptırdığı zaman bu hasta, tedaviyi veren dispanser tarafından çoğu kez hastanın ikamet ettiği, yaşadığı ildeki halk sağlığı müdürlüğüne ve dispansere bildirilmiyordu (40,66).

İlk kez 2000 yılında **Nazilli'**de, daha sonra **Denizli ve Aydın Verem Savaşı Dispanserleri** ile uygulamaya başlayan Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulamasında 2003 yılında pilot uygulamaya geçilmiş ve 2006 yılında tüm ülke genelinde yaygınlaşmaya başlanmıştır (131). 2009 yılında Türkiye'de kayıtlı tüberküloz hastalarının %96,6'sına tedavileri doğrudan gözetim altına alınmıştır (132). 2011 yılında uygulamaya giren Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi ve 2012 yılında geçilen Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (ETYS) tüberküloz hastalarının bildirimleri ve tedaviden kaçmalarının ve ilaca dirençli Tüberküloz (İDT) ve Çoklu İlaca Dirençli Tüberküloz (ÇİD-TB) olgularının gelişmesinin engellenmesinde yararlı olmuştur. ETYS: Kayıt, VSD, Bildirim, Tüberküloz (TB) hasta, Çoklu İlaca Dirençli Tüberküloz hastaları (ÇİD-TB), Tetkik, Tedavi, Temaslı, Koruma, Tüberkülin Deri Testi (TDT), BCG, Mobil Tarama, Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ve istatistik modüllerinden oluşan; Tüberküloz Kontrol Programı'nın veri kalitesi ve tamlığını arttırmak, programın izleme ve değerlendirmesinin anlık olmasını sağlayan ve sadece hizmetin çeşitli aşamalarındaki sorumlulara verilen şifre ile giriş yapılabilen ulusal bir elektronik bilgisayar ağıdır (133).

2. Kuduz ihbar sistemindeki aksaklıkların düzeltilmesi

09.05.2001 tarihinden beri uygulanan Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi'ndeki "tedavi protokollerine uyum göstermeyen ve tedavilerini aksatan kişiler aranmalı, eğer hâlâ aksatıyorlarsa hastanın kolluk kuvvetleri eşliğinde getirilmesi için ilgili birimlere resmî yazı yazılmalıdır (Umumî Hıfzıssıhha Kanunu Madde 65). Bütün bunlara rağmen ulaşılamayan hastalar için basın ve yayın organları kanalı ile duyuru yapılması işlemi, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanmalıdır" zorunluluğu büyük bir yazışma ve zaman kaybına yol açıyor, ama bu çabanın kanıta dayalı bir sonucu (aşılaması tamamlanan vaka sayısının bilinmesi) olmuyordu (134). Bir dönem çalıştığımız Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi kayıtlarında tarafımızdan yapılan ve SB'nın ilgili birimiyle paylaşılan bir incelemede 2009 yılında Osmaniye Devlet Hastanesi'ne yıl içinde başvuran ve hepsi de aşı proflaksisine alınan toplam 489 olgunun 210'sinin (%42,9'u) proflaksiyi yarım bıraktığı; aynı yıl, aşılanmaların yarı bırakıldığına dair şubemize resmi yazıyla yapılan geri bildirimlerin (geri bildirimin bulaşıcı hastalıklar şubesine ulaşma tarihi temel alındığında) en geç 267 gün (Osmaniye Devlet Hastanesi), en erken ise 13 gün (Tokat Valiliği) içinde şubenin eline geçtiği belirlenmiştir. Aşıya başlama tarihi ile aşıyı yarım bırakma geri bildirimlerinin şubeye gelme tarihleri arasında geçen ortalama süre 132,6 gündü. Üstelik aşıdan kaçan vakaların hiçbirinde kuduz gelişmiyordu (135). Bu düzenlemedeki aksaklıklar SB'nın 12.11.2014 tarihli ve 10712557 sayılı 2014/30 numaralı genelgesi ekindeki Kuduz Saha Rehberi ile kaldırılmış ya da yeniden düzenlenmiştir. 2001 yılı Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi'ndeki "C-Kuduz ile ilgili Sorumluluklar ve Hukuki Düzenlemeler" bölümü ve dolayısıyla bu bölümün, sehven UHK'nun 65. Maddesine (aslı 75. Maddedir. Y.N.) dayandırılan "Hastaların tedavi protokollerine uyumu takip edilmelidir. Bu uyumu göstermeyen ve tedavilerini ak-

satan kişiler aranmalı, eğer hâlâ aksatıyorlarsa hastanın kolluk kuvvetleri eşliğinde getirilmesi için ilgili birimlere resmî yazı yazılmalıdır… bunlara rağmen ulaşılamayan hastalar için basın ve yayın organları kanalı ile duyuru yapılması işlemi, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlanmalıdır." şeklindeki 5. bölüm maddesi tamamen kaldırılmıştır. Yeni Kuduz Saha Rehberi'nde, tedaviden kaçanlar için sadece "Bir veya birkaç doz aşısı yapıldıktan sonra, aşıya ara vererek tekrar başvuranlarda aşılama şemasına kalınan yerden devam edilir" uygulaması getirilmiştir (136,).

3. Elektronik izleme

SB, 2004'de uygulamaya soktuğu Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı (e- sağlık) gereği, önceki bölümlerde bazıları belirtildiği gibi pek çok elektronik bilgi ağıyla gerek hastaneler ve yataklı tedavi kurumlarda (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi-HBYS, Medikal Ulak-MEDULA, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi-AHSB, Halk Sağlığı Yönetim Sistem-HSYS vb.), gerekse aile hekimliği kayıtlarında elektronik veri sistemi oluşturarak pek çok veri gibi bulaşıcı hastalıklar verilerini de otomatik olarak il ve bakanlık merkezli olarak almakta ve değerlendirmektedir (138,139). Bununla birlikte, sistemde bazı eksiklikler oluşmaktadır. Örneğin, 01.01.2015 tarihinden itibaren 1., 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarında oluşturulan sağlık verilerini, ortak bir veri tabanı üzerinden, kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak toplamayı amaçlayan sisteme milyonlarca lira yatırım yapılmasına ve yedi yıldır başka hiçbir sistemden bilgi istenmemesine rağmen SB'na bağlı Halk Sağlığı Kurumu, Ağustos 2017 içinde taşra teşkilatına yazdığı yazı ile Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'nden verileri düzenli almadığını belirterek Temel Sağlık İstatistikleri (TSİM) isimli sisteme verilerin girilmeye devam edilmesini istemesi bu durumlara bir örnektir (140,141).

Son olarak ölüm bildirimleri de Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) adıyla elektronik bilgi ağına kavuşmuş ve 01.01.2013 tarihinden itibaren ülke genelinde kullanılmaya başlanmıştır. Böylece, Türkiye çapında bütün ölümlerin (adli ölümler dâhil) kesin temel, ara ve son tanıları yarıya yakın oranda ICD-10 kodlamaları yapılarak elde edilmeye başlanmıştır (142).

4. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi

*S*tandart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinin uygulamaya sokulması:

Önceki bölümlerde belirtildiğinden başka, rehberin adından da anlaşıldığı gibi bildirim sistemine getirdiği standartlaştırma ile bulaşıcı hastalıkları tanılama, bildirimleri ülkenin her yerinde aynılaşmış; başlangıçta uyum zorluğu yaşansa da bulaşıcı hastalıklar konularında çalışan sağlıkçıların konuya özel karışıklığı sona ermiştir. Rehberdeki yeni bildirim sisteminde, farklı kaynaklardan gelen verilerin karşılaştırılabilir olması için "standart vaka tanımları" esas alınmış ve artık enfeksiyon hastalığı bildiriminin klinik gözleme dayalı (opinion based) değil, daha ziyade laboratuvardan elde edilmiş somut bulgulara dayalı (evidence based) olması öngörülmüştür. Bu şekilde önceki bildirim sisteminde bulunmayan bir uygulamayla, laboratuvarın da enfeksiyon tanısında (geçerli standart tekniklere göre inceleme yapmak koşuluyla), sisteme dolaylı (A, B ve C Grubu hastalıklar) ve doğrudan (D grubu hastalık etkenleri) dahil olmasını sağlamayı uygulamaya sokmuştur. C grubu hastalıklar için "sentinel sürveyans" anlayışı ile izleme yapılacağı tanımlanmıştır. "Özet olarak, bildirim sistemi; a) Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesinin güncellenmesi, b) Standart vaka tanımlarının getirilmesi, c) Hastalıkların bildiriminde bazı özelliklere göre gruplandırmalara gidilmesi, d) Bazı enfeksiyon etkenlerinin de bildirim listesine dahil edilmesi, e) Laboratuvarların doğrudan ve dolaylı olarak sistem içinde rol alması şeklinde yapılan değişiklikler ve düzenlemeler ile yenilenmiştir" (74).

5. Kamuda çalışan hekimlere özel muayene açma yasağı

Aile hekimliği sisteminde büyük çoğunluğu pratisyen hekimlerden oluşan birinci basamak (sağlık hizmeti) hekimlerine getirilen tam süre çalışma ve muayenehane açma yasağı kamuda çalışan diğer basamak hekimlerine de (üniversite öğretim üyeleri dahil) aşamalı olarak getirildi (143,144). Böylece ülke çapında kamudaki hekimlerin neredeyse tamamı tam gün çalışmaya başlamış oldu. Bu düzenlemelerin bulaşıcı hastalıklar denetimine nasıl bir katkı yaptığının kanıta dayalı araştırılması, geçmişteki ve bugünkü sağlık kayıtlarının güvenilirliğinin azlığı nedeniyle zor bir konudur. Son yıllarda hastalık bildirimlerinin azalması ve bulaşıcı hastalıklar verilerini yayımlamaması bu konuda yorum yapmayı zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte teorik olarak istatistiklerde, bildirim ve sürveyansa ayrılan hekim zamanının artmasına bağlı kimi sayısal ve niteliksel iyileşmeler beklenmelidir.

Bulaşıcı hastalıklar denetiminde olumsuz değişimler:

1. Bulaşıcı hastalıkların bildirimi hizmetlerinde ergonomik zorluklar:

Eğer ergonomik bir yaklaşımla bakılırsa, başta bulaşıcı hastalıklar denetim ve bildirimlerine değinenler olmak üzere, Türkiye'nin sağlık çalışanlarının, 1960'dan günümüze yapılan sağlık hukukundaki büyük değişikliklere ve 2000'li yıllardan başlayarak bilgisayar ve elektronik veri izleme ağlarının gündelik iş yaşamında kullanımına (gerek hacimsel gerekse sayısal olarak) uyum sağlama zorluğu çektiği savlanabilir. Bunun en belirgin göstergesi, çalışanların bulaşıcı hastalık şube ve birimlerinde çalışmaya pek istekli olmamalarıdır (40,66). Bulaşıcı hastalıkların denetlenmesi çalışanları diğer alanlardakilere göre çok daha fazla sayıda (20'ye yakın) istatistik ve bildirim (veri toplama) formu ve halen yürürlükte olan 2015-18 sayılı Genelge ile Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar lis-

tesine göre 70; 21.06.2017'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Mücadele Rehberi hakkındaki GENELGE 2017/11 ekindeki "Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi"ndeki 75 hastalık için değişebilen sürveyans farklılıklarından ve son yıllarda sık sık değişen bildirim listelerinden ve ilgili mevzuattan sorumludurlar. Yeni bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasının getirdiği eğitim ihtiyacı, olası pandemi hazırlıkları, sonunda gelişen domuz gribi pandemisi ve son olarak göçmen aşılamaları; bulaşıcı hastalıklar hizmetleriyle az veya çok ilgisi olan çalışanlarını yormuş ve bu hizmetlerdeki her aşamadaki çalışanın en önemli ergonomik zorluğu olmuştur (145,146).

2. Hangi hastalığın bildiriminin zorunlu olacağına karar verme:

UHK'nun 64. Maddesine göre: "Sağlık Bakanlığı bildirimi zorunlu hastalıkların bir bölümünü listeden çıkarabileceği gibi, gerekli gördüğü bazı hastalıkların bildirimini zorunlu kılabilir" (38,60). Cumhuriyetin ilk yıllarında daha çok ülke ihtiyaçlarına göre tasarlanan ve değiştiril(mey)en Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar *L*istelerinin küresel eğilimlerin de zorunlu kılmasıyla, ama ülkemizin sık görülen bulaşıcı hastalıklarını pek gözetmeyen, hastalıklılıktan ziyade ölümlülüğü ve ticari kaygıları gösterge alan bir yapıya dönüştüğü ileri sürülebilir. İnsan acıları ve hastalık maliyetlerinin bireysel ve toplumsal boyutu dikkate alınmadan yapılan değişiklikler kanıta ve gerekçeye dayandırılmamış ya da toplumsal örneklem araştırmalarına değil, küçük deneysel çalışmalara dayandırılmıştır (66). Örnek olarak, bildirimi zorunlu olmaktan çıkarılmamasına rağmen tanı ölçütü değiştirilmeyen ve amipli dizanteriye benzer epidemiyolojiye sahip Giardia Entestinalis'in görülme sıklığı 2010 yılında yüzbinde 20,07 iken; deneysel araştırmalar dışında Türkiye sağlık kurumlarında (üniversiteler de dahi) rutin olarak yapılmayan Trikrom boyama tekniğinin, bildirim zorunluluğu için kesin tanı kriteri olması nedeniyle; bildirim sistemi değişikliği öncesinde 2004 görülme sıklığı yüzbinde 20,46 olan Entemeoba Histolitica (amipli dizanteri) ve Giardia Entestinalis; 2010 yılından başlayarak kağıt üzerinde (sanki) eradike edilmiştir (bkz. Tablo:1)(147,148,149). Benzer biçimde kâğıt üzerinde eradikasyon durumu kazanan Kızıl ve Streptekok anjini ve aynı etkene bağlı olan Lohusalık Humması'nın bildirim zorunluluğunun kalkmasıyla diyaliz makinası sayısı ve diyaliz merkezleri sayısı artışları arasındaki ilişki araştırılmalıdır. Aynı şekilde çoğu amipli dizanteri tedavisinde kullanılan ilaçların ve bildirimi yapılmasa bile MEDULA vb. sistemlerde tanı alan amipli dizanteri tanılarının araştırılması ile de bu sav sınanabilir.

Özellikle staphilokok aereus, basilli ve amipli dizanteri ve tifo-paratifo taşıyıcığı açısından önemli olan ve 01.01.2005'de uygulanmaya başlayan bildirim listesiyle bildirimi zorunlu olmaktan çıkarılan Besin Zehirlenmeleriyle ve sonrasında portör muayenelerinin kaldırılması arasındaki ilişki de araştırılmalıdır (72). Bildirim listelerinin değiştirilmesi ve yenilenmesi sırasında 'bildirimin yokluğunun bazı bulaşıcı hastalıkların yokluğunun kanıtı olmadığı' göz ardı edilmiştir. "Portörlük muayenelerinin kaldırılması" başlığında da değinildiği gibi kimi hastalıkların bildirim sisteminden çıkarılması kanıta ve gerekçeye dayandırıl(a)mamıştır (bkz. Tablo: 1 ve 2). Bu konu **"Bazı bulaşıcı hastalık sorunlarının hortlaması, bazılarının yok sayılması ve hafife alınması ya da öncelikler sıralamasında hatalı yaklaşımların oluşması" alt başlığında ayrıca incelenmiştir.**

3. Bildirimi zorunlu hastalıkların bildirimine ve tanılarına baskılar

70'li, 80'li yıllarda Türkiye gibi ekonomisi tarım ürünleri dışsatımı ve turizme dayalı olan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en korktuğu bildirimi zorunlu hastalık kolera idi. Hac coğrafyasında görülen kolera salgınları nedeniyle İçişleri Bakanlığı tarafından 1971 yılında hacca karayoluyla gidilmesi yasaklandı (150,151). 1977 yılında SB Yüksek Sağlık Şurası, Ortadoğu ülkelerinde baş gösteren kolera salgınının Türkiye'ye sıçramaması için "Bu yıl hacca gidilmemesi"ni kararlaştırdı, ama yasak, bir önceki yasakta görülen toplum baskısı ve tepkiler nedeniyle uygulanmadı ((152). Oysa, Türkiye'ye koleranın girmesi halinde kimi ürünlerin dışalımı ve turist gelmesi salgın dönemi geçinceye kadar azalırdı. Bu yüzden hükümetler kolera gibi ülke ekonomisini sarsabilme olasılığı olan bulaşıcı hastalık tanılarını sevmezler. Bu nedenlerle SB ve hekimler çoğu zaman resmi olmayan bir özsansür uygularlar ve kimi zaman salgın haline gelip saklanamaz oluncaya kadar pek çok kolera vakasını 'akut barsak enfeksiyonu' şeklinde bildirirlerdi. Nitekim her iki yasak kararı döneminde de Türkiye iki kolera salgını yaşadı. Pek çok ülke Türkiye'den özellikle besin ürünleri almaktan vazgeçti. 1970'deki İstanbul-Sağmalcılar ve 1977 Ankara kolera salgınları DSÖ kayıtlarına geçen Türkiye'deki son kolera salgınlarıdır (147). 1994'de Ankara'da görülen salgın kolerayı gündeme getirmiş, fakat resmi açıklamalar bunu yalanlamıştır (153,154). Yine 1994 yılında Danimarka'da görülen kolera olguları ve 2005 yılında tanısı, Türkiye ziyaretleri sonrasında Belçika'da konan; ikisi doğrulanmış (V. cholerae O1 El-Tor); dördü olası kolera olgusundan oluşan toplam altı hastadan oluşan son kolera salgını; Türkiye kökenli son olgu bildirimleridir (22,23,147,154). En son Eylül 2015 Irak'ta görülen kolera salgını ve Suriye üzerinden Türkiye'ye atlaması tehlikesi ülkemizi kolera yönünden hep uyanık tutmuştur (155). Ülkemizin demokrasisinin eksiklerin sonucu; başta tıp meslekleri olmak üzere bütün bilim insanları ve meslek üyelerinin mesleklerini 'etik ilkeler' ve 'mesleki bağımsızlık' içerisinde sürdürmeleri üzerindeki idari ve toplumsal baskılar sürmektedir. Kolera gibi çok hızlı yayılan ve yerel ölçekte de olsa benzer örneklerini domuz gribi pandemisinde gördüğümüz gibi bulaşıcı hastalıklar dünyada var oldukça; bildirimlerinin öz ya da resmi sansürüne günümüzde de her an rastlanılabilir.

TARİHSEL BAKIŞLA BULAŞICI HASTALIKLARIN DENETİMİNDE TEMEL YAKLAŞIMLAR

TABLO VE GRAFİKLER

Tablo: 1- Türkiye'de En Çok Görülen Bildirimi Zorunlu Hastalık Sayıları (2005-2016)

GRUP A										
YIL	Boğmaca [b/c]	Bruselloz[a/c]	Gonore[c]	HIV Enfeksiyonu [c]	Kabakulak[b/c]	Kızamık[b/c]	Kızamıkçık[b/c]	Kuduz (ölen) [a/b/c]	Sifiliz (toplam)[c]	Sıtma [b/c]
2005	272/272	14644/14639	986	271	19754/19754	6200/6200	2245/2245	?/?/?	794	?/2084
2006	57/57	10790/10790	1568	276	19726/19726	34/34	1058/1058	?/?/1	707	767/796
2007	63/63	11803/?	518	348	16524/16524	3/3	644/644	1/?/?	940	313/358
2008	17/25	9818/9818	493	395	9514/9514	0/4	139/159	?/?/?	661	166/215
2009	11/11	9324/9364	152	470	2180/2180	4/4	97/97	2/?/?	702	38/84
2010	48/48	7658/7702	?	523	1525/1525	7/7	64/64	1/0/?	?	0/87
2011	242/242	7177/?	?	653	1609/1609	111/111	1734/1734	?/2/?	?	0/132
2012	18/18	6759/?	?	?	834/?	349/349	43/43	1/1/?	?	0/376
2013	33/33	7225/?	?	?	597/597	7405/7405	81/81	1/2/?	?	0/285[e]
2014	68/?	4475/?	?	?	457/?	565/?	31/?	4/?/?	?	0/249
2015	322/?	4173/?	?	?	322/?	342/?	16/?	2/?/?	?	221[e]
2016	22/?	5148/?	?	?	544/?	9/?	7/?	3/?/?	?	?

Tablo: 2- **GRUP A devam**

YIL	Suçiçeği[c]	Şarbon [a/c]	Şark Çıbanı[a/b/c]	Toplam Tetanoz[b,c]	Tifo[c]	Tüberküloz[c,d,e]	Hepatit A[c]	Hepatit B[c]	Hepatit C[c]
2005	?	319/320	2595/1926/2563	51	10514	?	9229	8659	?
2006	?	272/272	1831/1892/1831	28	1518	Formun Üstü 19629 Formun Altı	7137	?	1065
2007	?	262/?	1511/1499/?	19	?	Formun Üstü 18878 Formun Altı	?	?	?
2008	?	?/235	1143/1161/1133	19	185	Formun Üstü 17600 Formun Altı	7036	5849	941
2009	?	148/143	1649/1696/1695	12	421	15943[d]	4935	4975	11
2010	?	93/94	2273/2237/2237	25	404	?	2787	3099	604
2011	1579	165/165	1839/1803/?	24	?	15054[e]	?	?	?
2012	246965	135/135	1911/1898/?	11	?	14139[e]	?	2695	?
2013	7712	197/197	2301/2268/?	15	?	13170[e]	?	2403	?
2014	?	150/150	1700/1678/?	13	?	13108[e]	?	?	?
2015	?	139/139	2009/1986/?	18	?	12550[e]	?	?	?
2016	?	32/32	2600/1471/?	?	?	?	?	?	?

Tablo: 1- **GRUP C**

YIL	AIDS[c]	Ekinokokoz[a]	H. İnfluenza Tip b (Hib) [c]	Kalaazar[b]	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi[a/c]	Lej-yoner Hasta-lığı[c]	Leptospiroz [a/c]	Toksoplaz-moz[a/c]	Tularemi[a/c]
2005	32	175	28	32	?/289	5	7/5	33/?	?/319
2006	30	280	8	20	438/438	2	6/6	18/18	126/126
2007	30	379	11	41	717/717	?	12	?	89/?
2008	55	379	5	13	1315/1315	10	5/5	26/26	66/66
2009	67	434	0	23	1318/1318	59	12/13	55/47	428/312
2010	60	381	?	36	868/868	37	26	41/41	1519/1531
2011	80[e]	579	?	30	?	?	7	80/80	2151/1251
2012	89[e]	572	834	13	796/796	?	14/14	95/95	607
2013	93[e]	616	0	33	910/910	?	11/11	119/119	217/217
2014	126[e]	449	?	22	967/967	?	26/26	109/109	132/132
2015	118[e]	544	?	23	718/718	?	20	147	347/347
2016		787	?	23	432/432	?	29/29	200/200	491/491

Tablo: 1- **GRUP D**

YIL	Campylobac-ter Jejuni/ Coli[a/c]	Clamidia Tra-chomatis[c]	Cryptospori-dium Sp.[c]	Enterohemorajik E. Coli[a/c]	Giardia İntestinalis[c]	(Salmonel-los) Salmo-nella Sp.[a/c]	Shigella Sp.[c]	Ame-biazis[c]
2005	76/79	149	31	13/21	6663	2717/2098	549	1609
2006	37/37	282	31	16/46	8059	2561/2566	347	16095
2007	431	205	?	61	?	1481	?	15680
2008	182/182	163	53	65/434	14239	1279/963	352	?
2009	158/158	103	65	35/393	15387	2397/1313	309	22462
2010	313/313	?	233	115/183	14605	2435/1200	367	?
2011	191/191	?	?	5	?	?	?	?
2012	?	?	?	?	?	?	?	?
2013	?	?	?	?	?	?	?	?
2014	?	?	?	?	?	?	?	?
2015	?	?	?	?	?	?	?	?
2016	?	?	?	?	?	?	?	?

Kaynakların açıklaması: a) World Animal Health Information (WAHIS). Zoonotic diseases in humans. Turkey. http://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Countryinformation/Zoonoses . Erişim Tarihi: 22.12.2017.

b) Global Health Observatory data repository. http://apps.who.int/gho/data/node.home . Erişim Tarihi: 22.12.2017.

c) CISID. Centralized Information System for Infectious Diseases.http://data.euro.who.int/cisid/ . 22.12.2017.

d) Bakar C., Baysan P., Ertem M. Hava Yolu İle Bulaşan Hastalıklar. İç: Bulaşıcı Hastalıklar. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö, böl. ed. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ertem M. ve ark., ed. Ankara: HASUDER;2013:35.

e) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016:31. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf . Erişim Tarihi: 26.07.2017.

Tablo: 2- Türkiye'de En Çok Öldüren Bildirimi Zorunlu Hastalıklar ve Ölüm Sayıları (2005-2016)

YIL	Kuduz[a/b/c]		Sıtma[b/c]		Şarbon[a/c]		Tüberküloz		AIDS[c]		Kırım Kongo Kanamalı Ateşi[a/c]	
	Hasta	Ölen	Hasta	Ölen	Hasta	Ölen	Hasta [b/c]	Ölen [b]	Has-ta	Ölen	Hasta	Ölen
2005	?/?/?	?/?/?	2084/?	0/?	319/320	1	23000/?	990	32	4	?/289	?
2006	1/?/1	?/?/1	767/796	0/?	272	1	23000/Formun Üstü 19629 Formun Altı	710	30	2	438	27
2007	1/0/?	1/?/?	313/358	1/?	262	0	22000/Formun Üstü 18878 Formun Altı	760	30	0	717	33
2008	?/?/0	?/?/?	166/215	3/?	235	1	20000/Formun Üstü 17600 Formun Altı	820	55	0	1315	63
2009	2/?/2	2/?/?	38/84	1/?	148/143	1	19000/15943[d]	850	67	0	1318	63
2010	1/?/1	1/0/?	0/87	0/?	93/94	0	18000/?	740	60	?	868	50
2011	?/?/?	?/2/?	0/132	4/?	165	0	17000/15054[e]	960	80[e]	0	?	?
2012	1/?/?	1/1/?	0/376	0/?	135	0	16000/14139[e]	830	89[e]	?	796	37
2013	1/?/?	1/2/?	0/285[e]	3/?	197	2	15000/13170[e]	760	93[e]	?	910	37
2014	4/?/?	4/?/?	0/249	1/?	150	1	15000/13108[e]	750	126[e]	?	967	44
2015	2/?/?	2/?/?	?/221[e]	?/?	139	0	14000/12550[e]	740	118[e]	?	718	29
2016	3/?/?	3/?/?	?/?	?/?	32	1	14000/?	480	?	?	432	16

Kaynakların açıklaması:

a) World Animal Health Information (WAHIS). Zoonotic diseases in humans. Turkey. http://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Countryinformation/Zoonoses . Erişim Tarihi: 22.12.2017.

b) Global Health Observatory data repository. http://apps.who.int/gho/data/node.home . Erişim Tarihi: 22.12.2017.

c) CISID. Centralized Information System for Infectious Diseases. http://data.euro.who.int/cisid/. Erişim Tarihi: 22.12.2017.

d) Bakar C., Baysan P., Ertem M. Hava Yolu İle Bulaşan Hastalıklar. İç: Bulaşıcı Hastalıklar. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö, böl. ed. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ertem M. ve ark., ed. Ankara: HASUDER;2013:35.

e) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016:31. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf . Erişim Tarihi: 26.07.2017.

,

4. Bazı bulaşıcı hastalıkların hortlaması, bazılarının yok sayılması ve hafife alınması ya da öncelikler sıralamasında hatalı yaklaşımların oluşması:

"Elektronik izleme" başlığında olumlu olarak betimlediğimiz gelişmeler ve tanı koymada artan analiz ve laboratuvar yöntemleri sayesinde istendiğinde (düşünülerek, şüphelenildiğinde; sadece bakmayıp aynı zamanda görüldüğünde) bütün diğer hastalıklarda olduğu gibi bulaşıcı hastalıkların kesin tanılanması ve bildirimlerindeki iyileşme bazı hastalıkların istatistiksel olarak daha çok görülmesine ve erken saptanmasına yol açabilir (örn. pandemik grip ve aktif sürveyanslar). Ancak uygulamada bu böyle olmamış; tam tersine bildirimlerde azalma, bulanıklık ve tutarsızlık görülmüştür (66,156). Bunlara küresel ve yerel büyük eğilimlerin "Haz ve Hız" eksenli yaşam tarzını önceleyen sonuçları da eklenirse hastalıkların kişisel ve toplumsal öneminden ziyade ülkenin dışarıdan görünümü, sağlık istatistiklerinin niteliksel değil niceliksel iyileşmesi ve kimi ekonomik (turizm) kaygılar adına halk sağlığı bilimi ilkelerini dışına çıkılarak (en çok görülmeyen, en çok sakat bırakmayan ve en çok öldürmeyen) bazı bulaşıcı hastalıkların önemi büyütülmüştür (örn. Lejyoner Hastalığı). Bunun aksine "Portörlük muayenelerinin kaldırılması", "Hangi hastalığın bildiriminin zorunlu olacağına karar verme" ve "Bildirimi zorunlu hastalıkların bildirim ve tanılarına baskılar" başlılarında sonuçlarını incelediğimiz amipli dizanteri, tifo, paratifo, şigella, staphilokok aereus ve dışkı (su ve besin) yoluyla bulaşan kimi mikrobik ve paraziter hastalıkların ise önemliliği görece ve resmiyette azaltılmış; hafife alınarak bildirim sistemi dışına çıkarılmıştır. Tablo 1 ve 2'den anlaşıldığı üzere Brusella, Şark çıbanı, Kızamık, Kızamıkçık, Sıtma, Şarbon, Tularemi, Salmonella, Enterohemorajik E. Coli ve Kuduz bildirimlerinde birbirini tutmayan ve konunun hafife alındığının göstergesi olan çok sayıda tutarsız (birbiriyle çelişkili) veri vardır. Verilerdeki bulanıklık ve bildirimlerdeki azalma nedeniyle bazı hastalıkların yeniden ortaya çıkıp çıkmadığı bilinemez.

5. Sağlık istatistiklerinde bilgiye erişimde bulanıklık:

S.B., Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı veri paylaşımını 2006 yılı itibarıyla sonlandırılmıştır. Her yıl yayımlanan **S.B. İstatistik Yıllıklarındaki** "Yıllara Göre Bazı Seçilmiş Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı" listesinde yer alan çok az sayıdaki bulaşıcı hastalık dışındaki hastalıklar hakkında ayrıntılı yerli bilgiye ve özellikle hastalığa yakalananlardaki ölüm sayılarına (fatalite hızlarına) ulaşmak artık mümkün değildir (147). Öte yandan Tablo:1'nın dip notunda verdiğimiz DSÖ kaynaklarındaki Türkiye verilerine bakılırsa; kimilerinin varlığı sağlık çalışanları, halk ve basın tarafından bilinmesine ve bildirimi zorunlu hastalıklardan olmalarına rağmen akut gastroenterit enfeksiyonları (Noro ve rota virüsler dahil), kuduz şüpheli ısırık ve amipli dizanteri hakkında hiçbir veri yoktur (157,158). SB, bu önemli hastalıklar hakkında bir sürveyans ve denetim programı uygulamamakta ya da var olan Akut Barsak Enfeksiyonu (ABE) erken uyarı sistemini ve işleyişini (örneğin Akut Flask Paralizi uygulaması kadar) iyi denetlememektedir (40,66,145).

Gerek ulusal, gerek uluslararası kaynaklarda Türkiye'nin 2005 yılından önceki bulaşıcı hastalıklar verilerine ulaşmak mümkün değildir. "bildirim sisteminin değişimine denk gelen 2005" yılından sonra olgu sayılarında hızlı düşüşler (bkz. Tablo 1: Boğmaca, Brucelloz, Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık, Sıtma, Şark çıbanı, Tifo, Viral hepatitler) dikkati çekmektedir (147). Bu tarihler, aynı zamanda halen (2018 Ağustos) sürmekte olan **Adalet ve Kalkınma Partisi**'nin tek başına iktidar oluşunu (2002) ve aile hekimliği sisteminin başladığı yılları (2006) izleyen yıllardır. Özellikle 2009-2013 yıllarından sonra bildirimi zorunlu olan 70 hastalıktan özellikle çok görülmesi olası olan 18'i (Gonore, HIV Enfeksiyonu, Sifiliz, Suçiçeği, Tüberküloz, Tifo, Viral Hepatitler (A-B-C), H. İnfluenza tip b (Hib), Lejyoner hastalığı, Campylobacter Jejuni, Clamidia Trachomatis, Cryptosporidium, Enterohemorajik E. Coli, entemoeba histolitica (amebiazis), Giardia İntestinalis, Şigella sp., Salmonella sp., Menengokoksik menenjit, Suçiçeği, Lepra, İnvazif Pnemokokkal Hastalık (Streptokoccus pneumonia), SSPE), kağıt üzerinde eradike edilen (veri olmayan) diğer bildirimi zorunlu hastalıklardır. 14 Aralık 2016 tarihinde güncellendiği anlaşılan 2015 yılına ait S.B. Sağlık İstatistikleri Yıllığında bildirimi zorunlu hastalıklardan sadece AIDS, Kızamık, Tüberküloz ve Sıtma hakkında bilgi vardır (159). Bir ülke, bir iktidar ve onun sağlık bakanlığı, eğer hastalık sayıları ve istatistikleri iyiye gidişin kanıtlarını gösteriyorsa; neden onları yayınlamaktan kaçınsın ki?

Bunun yanında elektronik izleme sisteminin erken uyarıyı kolaylaştırması nedeniyle eskiye göre hızla saptanabilmesine ve raporlanabilmesine rağmen; bulaşıcı hastalık salgınları kamuoyuna duyurulmamakta ya da tam olarak açıklanmamakta; muhtemelen resmi istatistiklere de sokul(a)mamaktadır. Bunun en önemli nedenleri elektronik izleme sisteminin merkezileşmesi ve sağlık istatistiklerinin SB'nın tekelinde olması, çalışanlar üzerinde giderek oluşan idari baskı, olağan üstü hal uygulamaları, demokrasinin ve hukukun üstünlüğünün azalması (örneğin: Mayıs-Haziran 2017'de Manisa'daki askeri kurumlardaki zehirlenme vakalarının sorumlusu olarak gösterilen yemek şirketi hakkında ana muhalefet partisi milletvekilinin Meclis'e verdiği araştırma önergesinin reddedilmesi), çalışanların ve bilim insanlarının iş güvencesinin olmaması ve muhtemelen sağlıkta işlerin göründüğü kadar iyi gitmemesidir (115,120,147,160).

SONUÇ

Bilimsellik, bir olay ve durumla ilgili bir değişkenin var oluşuyla yok oluşu arasındaki farkın karşılaştırılmasıyla üretilebilir. Toplumda görülen olaylarla sosyal bilimler ile tıp ve halk sağlığının da içinde olduğu çevre ve sağlık bilimleri arasındaki ilişki, geçmiş zaman dilimlerine ait değişkenlere ve aynı kaynaklardaki hastalık vb. verilerin

birbirleriyle karşılaştırılmasıyla yorumlanır. İyiye veya kötüye gidişin kanıtları bu karşılaştırmalardan elde edilir (66). Değişkenlerden bir veya birkaçına ait bir veriyi oluşturan hesaplama veya veri toplama yol ve yöntemlerinde yapılan her (yeni) değişiklik; veri ve istatistiklerin karşılaştırılabilirliğini bozar. Karşılaştırılabilirliğin bozulması kötüye veya iyiye gidişin kanıtlarını yok eder; denetimi ve sağlık politikalarının etkinliğini azaltır ve bilimin en çok aradığı şey olan "neyin doğru olduğu?" bilinemez hale gelir. Böylece, halk sağlığı biliminin önerdiği biçimde sağlık politikalarının yapımı ve uygulanması zorlaşır ve "iktidarların basitçe görmezden gelerek, müdahale etmede yetersiz kalarak, önlem almayı reddederek, hukuki biçimciliğin ve politik felcin birbirini takviye ettiği karmaşık ve mükemmeliyetçi uygulamaların arkasına sığınarak baskı oluşturmasının" yolu açılır (161). Derlememizde, Tablo:1 ve Tablo:2'deki bulaşıcı hastalık sayılarına ait ulusal verilerin, ulaşılabilir resmi ulusal kaynaklardan değil, çok yerde ve çok zamanda birbirini tutmayan, birbirini desteklemeyen DSÖ vb. yabancı kaynaklarından alınmış olması bu alıntıda anlatılmak istenenlerin neredeyse kanıtıdır.

Son dönemde ulusal sağlık verilerinin karşılaştırılabilirliğini bozan önemli bir girişim de, Türkiye'de 2014 yerel ve 2015 genel seçimleri öncesinde, iktidardaki **Adalet ve Kalkınma Partisi'**nin oylarıyla 06 Aralık 2012'de yürürlüğe giren "14 İlde Büyükşehir Belediyesi ve 27 İlçe Kurulması" ile ilgili kanun nedeniyle bu il ve ilçelerde büyük nüfus değişiklikler yapılmasıdır (162). Böylece, eski istatistiklerin toplandığı yerleşim yerlerinin nüfuslarında kağıt üzerinde bir gecede dijital halde oluşan büyük göç hareketleri nedeniyle eski ve yeni ilçelerin nüfuslarındaki sağlık sorunları uzunca bir dönem karşılaştırılamaz ya da karşılaştırılması özel araştırma gerektirir hale gelmiştir (163). Küresel büyük eğilimlerden "Yönetişimde yaklaşım çeşitliliği"nin ülkemize yansıması maalesef olumsuz olmaktadır.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde, sağlık sisteminin yaklaşımları yanı sıra, temelde, bireyin içinde bulunduğu çevre ve yaşam alışkanlıkları önemlidir. Bedensel bağışıklık düzenimiz olumsuz çevrenin etkisine maruz kalarak hastalıkların kontrolünü ayrıca etkilemektedir. Bu açıdan, Dünya'da ve de bağlı olarak ülkemizde, çok önemli üç değişiklik yaşanıyor:

Birincisi, insanlığın uyum göstermesi çok zor, doğal olmayan (yapay) kimyasal maddelerin artışındaki çılgınlıktır. **Amerikan Kimya Birliği (American Chemical Society)** kayıtlarına göre 1998 yılında 18 milyon adet olan insan yapısı kimyasal maddenin sayısı 13.02.2018 tarihi itibariyle alaşımlar, koordinasyon bileşikleri, mineraller, karışımlar, polimerler ve tuzlar gibi 137 milyondan fazla organik ve inorganik kimyasal maddeyi bulmuştur (19 yılda %761,1 artış) (164).

Bağışıklık düzenimizi olumsuz etkileyen ikinci durum, ülkemizde 1995'ten sonra toplumsallaşan cep telefonları, internet (kablosuz) ve bunların baz istasyonları sayısındaki devasa artışa bağlı istek dışı maruz kalınan elektromanyetik radyasyon (EMR) artışıdır. Ağustos 2015 itibarıyla, cep telefonun çekmediği sadece 76 yerleşim yeri kalan Türkiye'de; Mart 2016 itibarıyla 2G teknolojisi için 60.807, 3G teknolojisi için ise 57.917 olmak üzere toplam 118.724 baz istasyonu bulunuyor. Bir habere göre 4.5G teknolojisi için kurulan baz istasyonlarının Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu tarafından onaylanmasının ardından baz istasyonu sayısı 126 bin 776'ya çıkması tasarlanmaktadır (165,166). Kullanımı çocuk yaş gruplarına inen cep telefonlarının (toplam mobil abone) ülkemizdeki sayısı 2017 yılı üçüncü çeyreği itibarıyla 77.882.845 adet olmuştur (167). Oysa yaklaşık 17 yıl önce Haziran 2000'de baz istasyonlarının toplam sayısı 3000 ve Haziran 2001'de cep telefonu abonesi sayısı ülkemizde 20 milyondu (168,169).

Üçüncü durum: 1980'li yıllarda çocukluk (15 yaş altı) çağındakiler ve 1986 doğumlu olanlardan oluşan en az 30 yıllık bir yaş kohordundaki milyonlarca yurttaşımız başta olmak üzere tüm toplumun bağışıklık düzenini olumsuz etkileyen; 26 Nisan 1986 tarihinde, şimdiki Ukranya'nın Kiev kenti yakınlarındaki olan Çernobil Nükleer Santralı Kazası kaynaklı istek dışı maruz kalınan düşük seviyeli iyonize radyasyondur (170,171,172).

Bulaşıcı hastalıklarla savaş, her yönüyle, sosyo-ekonomik ve fiziksel çevrenin olumlu hale gelmesi ile başarılacaktır. Gelecekte Türkiye, yukarıda belirtilen var olan ve gelecekte oluşabilecek bütün bulaşıcı hastalıklar denetimleri sorunlarına ek olarak demokrasi, bilim ve hukukun üstünlüğünün azalmasıyla birlikte artması beklenen birçok güvenlik ahlâkı sorunları ile karşı karşıya kalabilir. Bu ortamda denetimler daha da zorlaşacaktır ve bizi, dirençli bulaşıcı hastalıklar, artan pandemi riskleri, pandemiler, antibiyotiklere dirençli enfeksiyonlar ve küresel ısınmanın, hava kirliliğinin, manyetik kirliliğin ve tarımsal üretimden soframıza kadar bizi saran kimyasalların bulaşıcı hastalıklar denetimlerini zorlaştırabilecek etkileriyle dolu bir gelecek beklemektedir. Paul Feyerabend'in sözleri ne yazık ki demokrasi için de geçerlidir: "Doğduğu ortamdan koparılmış bilgi yıkıcı eğilimler taşır ve doğanın seyri bedelsiz değiştirilemez" (173).

KAYNAKLAR

1) Sarıyıdız G. Karantina. İç: İslam Ansiklopedisi. Cilt 24. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 2001:463-5. http://www.islamansiklopedisi.info/dia/ayrmetin.php?idno=240463 . Erişim Tarihi: 31.05.2017.
2) Tevrat-Zebur. https://drive.google.com/file/d/0B5P9lVUjiRQBNmpONTBPYk81UmM/edit . Erişim Tarihi: 25.04.2017.
3) Wikipedia. Mahşerin Dört Atlısı. https://tr.wikipedia.org/wiki/Mah%C5%9Ferin_D%C3%B6rt_Atl%C4%B1s%C4%B1 . Erişim Tarihi: 20.04.2017.
4) Eren N. Bazı Salgın Hastalıkların Öyküsü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 1989: 20-32.
5) İncil. http://www.hristiyanforum.com/forum/showthread.php?t=341101. Erişim Tarihi: 25.04.2017.
6) Tarih Boyunca "Veba-Taun". http://www.yaklasansaat.com/eski_kavimler/yaklasansaat/tarih_boyunca_veba_taun.asp . Erişim Ta-

rihi: 20.04.2017.

7) Türkben M. ed: Mahşerin Dördüncü Atlısı Salgın Hastalıklar. Focus, 2003; 3: 58-65.

8) Kur'an-ı Kerim Meali. Diyanet İşleri Başkanlığı. https://kuran.diyanet.gov.tr/ . Erişim Tarihi: 26.01.2017.

9) Kocaer AF. Müttefekun Aleyh Hadisler. 2. Baskı. Konya: Hüner Yayınevi; 2013: 439-93.

10) Kimler Şehittir? http://www.sahihhadisler.com/?pid=p&id=65 . Erişim Tarihi: 24.05.2017.

11) Hirshleifer J. Disaster and Recovery. California: The Rand Corporation, 1966:iii. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM4700.pdf . Erişim Tarihi: 24.04.2017.

12) Lozan Barış Antlaşması (24 Temmuz 1924). http://www.tarihiolaylar.com/tarihi-olaylar/lozan-baris-antlasmasi-24-temmuz-1923-911 . Erişim Tarihi: 27.06.2017.

13) Karantina. Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü. TDK. http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a339c1e846b78.26180204. Erişim Tarihi: 15.12.2017.

14) Vikipedi. Karantina. https://tr.wikipedia.org/wiki/Karantina . Erişim Tarihi: 09.06.2017.

15) İnalcık H. Osmanlı Tarihinde Dönemler: Devlet-Toplum-Ekonomi. İç: İnalcık, H., Renda, G. ed. Osmanlı Uygarlığı-I. İstanbul: Kültür Bakanlığı; 2003: 40-153.

16) İhsanoğlu E. Osmanlı İmparatorluğu'nda Bilim. İç: İnalcık, H., Renda, G. ed. Osmanlı Uygarlığı-I. İstanbul: Kültür Bakanlığı; 2003: 320-39.

17) Çavdar T. Milli Mücadele'ye Başlarken Sayılarla Durum ve Genel Görünüm-I. İstanbul: Cumhuriyet Gazetesi Yayını; 2001: 16-7.

18) Öztek Z. 14 Mart Bayram mı? İçinde Öztek Z.(der), Sağlıkta Altın Olaylar. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı;2014:29-31.

19) Çalık R, Tepekaya M. Birinci Dünya Savaşı Esnasında Anadolu'daki Salgın Hastalıklar ve Ermeniler. http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/521. Erişim Tarihi: 24.04.2017.

20) Öztek Z. Sendromlar Arasında Bir Türk Adı. İçinde Öztek Z.(-der), Sağlıkta Altın Olaylar. Ankara:Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı;2014:45-6.

21) Eroğlu H, Dinç G, Şimşek F. Osmanlı İmparatorluğunda Telkîh-i Cüder"i (Çiçek Aşısı). http://www.millifolklor.com/PdfViewer.aspx?Sayi=101&Sayfa=190 . Erişim Tarihi: 08.06.2017.

22) Erdem H. Kolera, Etken, Epidemiyoloji. http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/98201116229-9fsx4UieIE9l.pdf . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

23) Kurtaran B. Layşmanyaz ve Kolera. http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2016/03/LAY%C5%9EMANYAZ-VE-KOLERA-Behice-KURTARAN.pdf . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

24) Gümüşçü O. Osmanlı'dan Cumhuriyete Geçiş ve Cumhuriyetin İlk Yıllarında Türkiye Halk Sağlığı. http://www.atam.gov.tr/dergi/sayi-55/osmanlidan-cumhuriyete-gecis-ve-cumhuriyetin-ilk-yillarinda-turkiye-halk-sagligi . Erişim Tarihi: 12.04.2017.

25) Sarı N. Tıp (Osmanlı Dönemi). İç: İslâm Ansiklopedisi. Cilt 41. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 2012: 101-111. http://www.islamansiklopedisi.info/ . Erişim Tarihi: 08.06.2017.

26) Palalı MZ. Cüzzam. İslâm Ansiklopedisi. Cilt: 8. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı; 1993: 150-52. http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c08/c080118.pdf . Erişim Tarihi: 29.06.2017.

27) Sadet A. Bulaşıcı ve Müzmin Bir Sosyal Afet: Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Trahom Hastalığı ve Mücadele Çalışmaları (1924-1938), CTAD, Yıl:12, Sayı 23 (Bahar 2016), s. 167-211.

28) Özer S. Türkiye'de Trahomla Mücadele (1925-1945). Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi. S 54, Bahar 2014, s. 121-15. http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/45/1993/20819.pdf . Erişim Tarihi: 19.09.2017.

29) Özakman T. Cumhuriyet'imizin Sağlık Kazanımları. http://ahmetsaltik.net/arsiv/2012/06/Cumhuriyetin_saglik_kazanimlari_ve_devrimler_Turgut_Ozakman.pdf . Erişim Tarihi: 12.04.2017.

30) Roux JP. Türklerin Tarihi. 3. Basım. İstanbul: Kabalcı; 2007: 316.

31) Konan B. Osmanlı Devletinde Yabancıların Kapitülasyonlar Kapsamında Hukuki Durumu. Doktora Tezi. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuk Anabilim Dalı,2006: 86-92.

32) Öztek Z. Sağlık Bakanlığı Kuruluyor. İçinde Öztek Z.(der), Sağlıkta Altın Olaylar. Ankara:Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı;2014:41-3.

33) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html . Erişim Tarihi: 13.04.2017.

34) Özkaya H. Cumhuriyet döneminde bulaşıcı hastalıklarla mücadele. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2016;20 (2):77-84. http://www.turkailehekderg.org/makaleler/tip-tarihi/cumhuriyet-doneminde-bulasici-hastaliklarla-mucadele/. Erişim Tarihi: 13.02.2018.

35) Wikipedia. 1927 Türkiye Nüfus Sayımı. https://tr.wikipedia.org/wiki/1927_T%C3%BCrkiye_n%C3%BCfus_say%C4%B1m%C4%B1 . Erişim Tarihi: 13.04.2017.

36) TÜİK: İstatistik Göstergeler Statistical Indicators 1923-2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2012.

37) TÜİK. Sağlık İstatistikleri. Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı.

38) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. İç: Sağlık Mevzuatımız. Demirel N, Yiğit İ, Gözenman F, Tuncay L, der. İstanbul: Garanti Matbaası; 1969: 5.

39) Öztek Z, Üner S, Eren N. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. İç: Güler, Ç., Akın, L. ed. Halk Sağlığı. 3. Cilt. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015: 1514-5.

40) Gürsoy U. Yazarın Yaşamboyu Tanıklık, Gözlem ve Deneyimleri. 2017.

41) Vikipedi. 1950 Türkiye Nüfus Sayımı. https://tr.wikipedia.org/wiki/1950_Türkiye_nüfus_sayımı. Erişim Tarihi: 18.12.2017

42) Aksakoğlu G. Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. (Memleket siyaset yönetim dergisi 2008; 8: 7-62'de yayımlanmıştır). http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf . Erişim Tarihi: 14.04.2017.

43) Dirican MR. Bir Hekimin Anıları. 3. Baskı. İzmit: Kocaeli Üniversitesi; 2004:118.

44) Türkiye Milli Pediatri Derneği. Ülkemizde Güncel Aşılama. http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/asilama.pdf . Erişim Tarihi: 17.05.2017.

45) Sayek F., Çakmak NO., Önder F., Oktay N. Trahom Kontrol Programı:Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin. Ankara;Sağlık Bakanlığı;1996:1-8.

46) Öztek Z. "Karasinekle Gelen Körlük". iç: Sağlıkta Altın Olaylar. Ankara:Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı;2014:51-4.

47) Doğan H. Cumhuriyet Döneminde Adıyaman ve Besni'de Trahom (1925-1975). Gaziantep University Journal of Social Sciences,16 (2), 461-489.

48) Yanıkdağ Y. Healing the Nation: Prisoners of War, Medicine and Nationalism in Turkey,1914-1939. Edinburg University Press, Edinburg, 2013;119-170. https://books.google.com.tr/books?id=bD-rBgAAQBAJ&pg=PA152&lpg=PA152&dq=dr+nuri+fehmi+ayberk&source=bl&ots=0M6d2C-WY5&sig=2uIg-lU-COCpXqLytUrYEQPeoOK4&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKEwj8x6nq4s-LWAhXPaVAKHfpUAN0Q6AEIUTAL#v=onepage&q=dr%20nuri%20fehmi%20ayberk&f=false . Erişim Tarihi: 26.09.2017.

49) Alp A. Türkiye ve Avustralya'da Trahom – İki Ülkenin Hikayesi. TJO. 2010; 40(5): 300-303. http://www.abstractagent.com/home/jvi.asp?pdir=tjo&plng=tur&un=TOD-79188 . Erişim Tarihi: 13.09.2017.

50) Trahom. Bulaşıcı Hastalıkların Laboratuvar T anısı için Saha Rehberi. http://mikrobiyoloji.thsk.saglik.gov.tr/ums/T-U-U/

Trahom.pdf . Erişim Tarihi: 26.09.2017.

51) Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. ed. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp eğitimi Raporu-2010. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2010:14. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf .Erişim Tarihi: 14.04.2017.

52) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. İç: Sağlık Mevzuatımız. Demirel N, Yiğit İ, Gözenman F, Tuncay L, der. İstanbul: Garanti Matbaası; 1969: 506.

53) Aytekin AH. 224 ve Sağlık Yönetimi. İç: Türkkan A, ed. Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyum Kitabı. Bursa: Türk Tabipleri Birliği; 2009: 3.

54) Aksakoğlu G. Seksen Sonrası: "Sosyalleştirmeye Darbe". İç: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2011: 96.

55) İstanbul Tabip Odası. Gerçek Tam Gün Yasasını açıklıyoruz. http://www.istabip.org.tr/1150-gercek-tam-guen-yasasini-aciklyoruz-.html . Erişim Tarihi: 25.05.2017.

56) Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. 31.12.1980 Tarih ve 17207 sayılı Resmi Gazete (Mükerrer). Erişim Tarihi: 25.05.2017.

57) Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Lokman Hekim Journal, 2012; 2 (1): 21-30.

58) Akın A. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamalarından Örnekler, İzlenimler. İç: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2011: 96.

59) Ovalı K. 224-Sosyalizasyon. http://haber.sol.org.tr/blog/sinifin-sagligi/kurtulus-ovali/224-sosyalizasyon-182078 . Erişim Tarihi: 13.04.2017.

60) T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sosyalleştirilme Özel Daire Başkanlığı): Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Uygulanan İstatistik Formları ile İlgili Açıklama. No: 355. Ankara: Gürsoy Basımevi;1967: 36-9.

61) Öztek Z, Eren N. Sağlık Ocağı Yönetimi. Düzeltilmiş 7. Baskı. Ankara: Palme Yayınları;1996: 102-4.

62) Yıllara göre Türkiye Nüfusu. https://www.nufusu.com/ulke/turkiye-nufusu. Erişim Tarihi: 18.12.2017.

63) Zenciroğlu D. Tek Kullanımlık Malzemelerin Kullanılmasıyla İlgili Gerçekler. ANKEM Derg, 2014;28(Ek 2):67-69.

64) Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı. http://ssyv.org.tr/?page_id=294 . Erişim Tarihi: 13.04.2017.

65) Gürsoy U. Enerjide Toplumsal Maliyetler ve Temiz ve Yenilenebilir Enerji Kaynakları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2004: 60-1

66) Aksakal FNB., Durusoy R., Alkoy S. Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi. İç: Bulaşıcı Hastalıklar. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö, böl. ed. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ertem M. ve ark., ed. Ankara: HASUDER;2013:143-159.

67) Öztürk Y. Anılarla Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Raporu (1977-2010). http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/ANILARLA%20CUBUK%20SAGLIK%20EGITIM%20VE%20ARASTIRMA%20BOLGESI%20RAPORU_1977-2010.pdf . Erişim Tarihi: 26.04.2017.

68) Gürsoy U. Türkiye'nin Halk Sağlığı (Bilimi) Sorunu İnkârcılıktır. http://hsicinhakemsiz.blogspot.com.tr/2017/04/turkiyenin-halk-sagligi-bilimi-sorunu.html . Erişim Tarihi: 15.04.2017.

69) Kılıç B., Şahan C., Bahadır H. Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsan Gücü Planlaması (2013-2023). Turk J Public Health 2015;13(1).

70) Kayıhan P. Sağlık Politikası. İç: Türkiye Sağlık Politikaları ve İstihdam. Kılınç B, böl. ed. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ertem M. ve ark., ed. Ankara: HASUDER; 2013: 1-3.

71) Wikipedia. Aile Hekimliği. https://tr.wikipedia.org/wiki/Aile_hekimli%C4%9Fi . Erişim Tarihi: 26.04.2017.

72) Özlü A. Bulaşıcı Hastalıklar Konusunda Yürütülen Çalışmalar. http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/chbhastalik/sunum/AhmetOzlu.pdf . Erişim Tarihi: 26.04.2017.

73) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi (22.10.04 tarihli). GENELGE-2004/129.

74) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi. Ankara: 2004.

75) T.C. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ. 6 Kasım 2004 tarihli ve 25635 sayılı Resmi Gazete.

76) T.C. Sağlık Bakanlığı. Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. 30.05.2007 tarihli ve 26537 Sayılı Resmi Gazete.

77) Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi (Değişik:RG-2/4/2011-27893). www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/7.5.11347%20ekler.doc . Erişim Tarihi: 26.04.2017.

78) Ceylan F. Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri Ders Notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu;2015: 2-15.

79) Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü Hayvan Sağlığı Daire Başkanlığı. Dünya'da Kuş Gribi. http://www.kusgribi.gov.tr/ . Erişim Tarihi: 28.04.2017.

80) World Animal Health Information (WAHIS). Zoonotic diseases in humans. Turkey. Year: 2006). http://www.oie.int/wahis_2/public/wahid.php/Countryinformation/Zoonoses . Erişim Tarihi: 01.05.2017.

81) Aktaş F. Ulusal İnfluenza Pandemi Planı. http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/982011163733-XijxwSLMLLGL.pdf . Erişim Tarihi:28.04.2017.

82) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Pandemik İnfluenza Faaliyet Planı. Ankara: Nisan 2006. http://www.ihsm.gov.tr/genelgeler.aspx . Erişim Tarihi: 28.04.2017.

83) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ulusal İnfluenza Pandemi Planı. 15.06.2006 tarihli Genelge: 2006/67. http://www.ihsm.gov.tr/genelgeler.aspx . Erişim Tarihi: 28.04.2017.

84) WHO. Evolution of a pandemic: A(H1N1) 2009, April 2009-August 2010. 2nd ed. WHO, 2013:6. http://apps.who.int/iris/bitstre

85) Hızel K. 14.10.2009 Dünya'da ve Türkiye'de Güncel Durum. http://www.klimi k.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/DrKenan.pdf . Erişim Tarihi:30.06.2017.

86) Hande H. Hande Harmancı ile 12.06.2010-5.07.2017 tarihlerin arasında yapılan kişisel e-posta yazışmaları.

87) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Domuz Gribi. Genelge. http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/genelgeler/G_03052009_1.pdf . Erişim Tarihi: 28.04.2017.

88) CNNTürk. Erdoğan domuz gribi aşısı olmayacak. 03.11.2009. http://www.cnnturk.com/2009/turkiye/11/03/erdogan.domuz.gribi.asisi.olmayacak/550253.0/index.html . Erişim Tarihi:28.04.2017.

89) Eskiocak M, Özyurt A, ed. Türk Tabipleri Birliği Pandemik İnfluenza A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu Pandemik Çalışma Raporu. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği; Haziran 2010;77.

90) WHO. Report of the WHO Pandemic Influenza A(H1N1) Vaccine Deployment Initiative. Geneva :WHO,2012:39-43.http://apps.who.int/iris/bitst 99) Özlü A. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklara Genel Bakış ve Sürveyans Sistemleri. Antalya:2013. https://www.klimud.org/public/kongre2013pdf/klimud%20ahmet%20ozlu%2012112013.pdf . Erişim Tarihi: 17.05.2017.

91) İlk aşıyı Sağlık Müdürü Aksoy oldu. http://www.hurriyet.com.tr/ilk-asiyi-saglik-muduru-aksoy-oldu-12842059 . Erişim Tarihi:

30.06.2017.

92) Gürsoy U. Yazarın Pandemi Döneminde Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü olduğu ilde yaptığı yayınlanmamış çalışmaları. Aralık 2009.

93) Eker L. Pandemik Grip. http://www.hamer.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/h1n1.pdf . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

94) Harari YN. Homo Deus: Yarını Kısa Bir Tarihi. 5. Basım, Kolektif Yayınları, İstanbul, Mart 2017:174-5.

95) Sözcü Gazetesi. Son dakika: Türkiye'de kaç milyon mülteci var? Bakan Soylu açıkladı. http://www.sozcu.com.tr/2017/gundem/turkiyede-kac-milyon-multeci-var-bakan-soylu-acikladi-1680764/ . Erişim Tarihi: 12.04.2017.

96) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. GENELGE 2009/17:31-35.

97) Topaç O. Bağışıklamada Güncel Durum, Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar. Antalya:4.Ulusal Pediatri Kongresi,16-19 Kasım 2016. http://www.sosyalpediatri.org.tr/sunumlar/2017/4ulusalsosyalpe/osmantopac.pdf . Erişim Tarihi: 17.05.2017.

98) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi. 13.03.2009 tarihli 2009/18 sayılı GENELGE.

100) Difteri Hastalığının Kontrolu İçin Saha Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2003.

101) Diphtheria Reported cases by country. http://apps.who.int/gho/data/node.main.WHS3_41?lang=en . Erişim Tarihi:26.07.2017.

102) Boğmaca Hastalığının Kontrolu İçin Saha Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2003.

103) Bilgiç H. Türkiye'de Tüberkülozun Durumu ve Eradikasyon (Kontrol) programı. 21.Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu. Samsun: 11 Haziran 2003-12 Haziran 2003. http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/98201112419-Hayati_Bilgic.pdf . Erişim Tarihi: 17.05.2017.

104) Çelik H, Ötgün SN, Topal S, ed. Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.

105) T.C. Sağlık Bakanlığı. Lejyoner Hastalığı Kontrol Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 13.05.2015 tarihli 29354 sayılı Resmi Gazete. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.20750&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=lejyoner . Erişim Tarihi: 19.05.2017.

106) Torunoğlu MA. Ulusal Aşı Programı. 18.Pratisyen Hekimlik Kongresi Antalya, 2013. http://www.phd.org.tr/18kongresunum/ahmetozlu_ulusalasiprogvegunceluyg.pdf . Erişim Tarihi: 17.05.2017.

107) Tara A, Tezer H, Erdinç Ş ve ark, ed. Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı Rehberi. http://kocaeli.hsm.saglik.gov.tr/files/invaziv.pdf . Erişim Tarihi: 19.05.2017.

108) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Başkanlığı İstatiksel Verileri. https://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html?highlight=YTozOntpOjA7czo5OiJpbmZsdWVuemEiO2k6MTtzOjEyOiJzw7xydmV5YW5zxLEiO2k6MjtzOjIwOiJpbmZsdWVuemEgc3VydmV5YW5zaSI7fQ . Erişim Tarihi: 24.05.2017.

109) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Dünya AIDS Günü. 01.12.2016. https://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/198-bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-haberler/dunya-aids-gunu.html . Erişim Tarihi: 24.05.2017.

110) Özlü A. Türkiye'de Son Durum, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aktiviteleri. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/2013SempSunum/AHMETOZLU.pdf . Erişim Tarihi: 24.05.2017.

111) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi. 23.10.2015 tarihli Genelge: 2015-18.

112) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteryel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi. 15.12.2016 Tarihli Genelge:2016/23.

113) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi, GENELGE 2017/11. http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelge-Ustyazi-2017-11.pdf . Erişim Tarihi: 30.06.2017.

114) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. GENELGE 2006/23. http://shsm.gov.tr/public/documents/legislation/bhkp/genel/BulasiciHastaliklarlaMucadeleGenelgesi.pdf . Erişim Tarih: 30.06.2017.

115) Gürsoy U. Türkiye'de İşyeri Çevre Sağlığı. içinde Ertem M, İnandı T. ve ark. (der.), HASUDER Türkiye Sağlık Raporu-2012, Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, Aralık 2012:444-58.

116) T.C. Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı: Hijyen Eğitimi Yönetmeliği. 05.07.2013 tarihli ve 28698 Sayılı Resmi Gazete. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130705-3.htm . Erişim Tarihi: 01.05.2017.

117) Umumi Hıfsıssıhha Kanunu (Değişik: 11/10/2011-KHK-663/58 md.). http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf . Erişim: 01.05.2017.

118) HASUDER. Portör Muayenesi Yapılmalıdır. Halk Sağlığında Gündem, Ekim 2013-Eylül;2014;Özel Sayı:4:80-2.

119) Türk Tabipleri Birliği. Askerin Sağlığı Kime Emanet. http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/manisa-6714.html . Erişim Tarihi: 30.06.2017.

120) Şık B. Manisa'daki Askerler Neden Zehirleniyor? Bianet,18 Haziran 2017. https://bianet.org/bianet/saglik/187555-manisa-daki-askerler-neden-zehirleniyor . Erişim Tarihi: 01.07.2017.

121) 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

122) 11.10.2011 tarih ve 663 numaralı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

123) Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanunu Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/694.25 Ağustos 2017 Tarih ve 30165 Sayılı Resmi Gazete.

124) Göçmen E. Sağlık Bakanlığı teşkilat yasasındaki değişiklik ne tür düzenlemeler getiriyor?. https://www.medikalakademi.com.tr/saglik-bakanligi-teskilat-yasasindaki-degisiklik-ne-anlama-geliyor-ve-neler-getiriyor/ . Erişim Tarihi: 12.09.2017.

125) Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Yapısı. https://www.thsk.gov.tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html. Erişim Tarhi: 06.07.2017.

126) European Environment Agency. The European Environment State and Outlook 2015: Assessment of Global Megatrends. Copenhagen:2015.

127) European Environment Agency. Assessment of global megatrends-an update. Global megatrend 3: Changing disease burdens and risks of pandemics. Copenhagen:2014.

128) Trend One. Megatrends. http://www.trendone.com/en/trend-universe/mega-trends.html . Erişim Tarihi: 03.05.2017.

129) Dijk FV, Buijs P. Basic Occupational Health Services Worldwide. In.: Bildiri Özetleri Kitabı. Uluslararası Mesleksel ve Çevresel Hastalıklar Kongresi. Antalya;27 – 29 Mart 2017:48.

130) Singh S. Top 20 Global Mega Trends and Their Impact on Business, Cultures and Society. www.frost.com/prod/servlet/cpo/213016007 . Erişim Tarihi: 03.05.2017.

131) T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulaması. 06.07.2006 tarihli GENELGE 2006/78.

132) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğrudan

Gözetimli Tedavi. http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/tuberkuloz/795-do%C4%9Frudan-g%C3%B6zetimli-tedavi.html . Erişim Tarihi: 19.04.2017.

133) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tüberküloz Daire Başkanlığı. Elektronik Tüberküloz Yönetimi Sistemi Kullanım Kılavuzu. Ankara: Kasım 2014.

134) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi-2005.

135) Gürsoy U. Osmaniye İli İçi ve İl Dışı Kuduz Aşısı Proflaksisini Yarım Bırakanların Geri Bildirimlerinin Araştırılması-2009. Yayınlanmamış, Sağlık Bakanlığı ilgili dairesini gönderilmiş araştırma.

136) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kuduz Mücadele ve Proflaksi Uygulamaları. Genelge 2014/30.

137) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kuduz Saha Rehberi-2014.

138) T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf . Erişim Tarihi: 03.05.2017.

139) Savaş H. HBYS (Otomasyon) Firması Gözüyle Faturalandırma ve Medula Kullanım Klavuzu. 11.06.2015. www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/fbe20e30670d4428a52464ccddfe8779.pptx . Erişim Tarihi: 03.05.2017.

140) Paşayiğit Ş. Sağlık Bakanlığı'nın 100 Milyonluk Yatırımı Bozuk. Cumhuriyet Gazetesi, 10.08.2017.

141) Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu-2016. Yayın No: 1063: Şubat 2017.

142) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS). 26.12.202 tarihli GENELGE: 2012/05. Erişim Tarihi: 24.07.2017.

143) Oğan H. Muayene Hekimliği mi? Sosyal Güvenlik Kurumu Hekimliği mi? http://www.ttb.org.tr/ohk/index.php/haberler/86-guvenlik . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

144) Kamu Doktor Özel Muayene Kapanma Çalışma Ayrıntıları. http://www.kamudanhaberler.com/haber/saglik-hizmetleri/kamu-doktor-ozel-muayene-kapanma-calisma-ayrintlari/8678.html . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

145) Durusoy R. Özakbaş E., Saka G. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşta İnsangücü ve Örgütlenme. İç: Bulaşıcı Hastalıklar. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö, böl. ed. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ertem M. ve ark., ed. Ankara: HASUDER;2013:129-142.

146) Güler Ç. Sağlık Açısından Ergonomi. İş Yerlerinde Sağlığın Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı 3. İşyerlerinde Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi. 3-5 Nisan 2017; Ankara.

147) Aytaç N, Zencir M, Çalışkan D. Su ve Besinlerle Bulaşan Enfeksiyonlar. İç. Bulaşıcı Hastalıklar Böl. Ed. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ed. Ertem M. ve ark. Ankara: HASUDER:2013;52-83.

148) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2008. Ankara: 2011:26.

149) Türkiye Sağlık İstatistikleri-2006.Ankara: Türk Tabipleri Birliği: Aralık 2005:55.

150) Milliyet - 23 Aralık 1971 - MİLLİYET GAZETE ARŞİVİ. http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/Arsiv/1971/12/23 . Erişim Tarihi: 25.07.2017.

151) Cumhuriyet-3.10.1977 Günü 4. Sayfa - Cumhuriyet Arşivi. http://www.cumhuriyetarsivi.com/katalog/192/sayfa/1977/10/3/4.xhtml . Erişim Tarihi: 25.07.2017.

152) Türk Tabipleri Birliği. Devlet Sırrı Kolera. Tıp Dünyası. http://www.ttb.org.tr/TD/TD138/5.php . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

153) Kolera salgını:21 ölü. Cumhuriyet-13.8.1994 Günü. http://www.cumhuriyetarsivi.com/katalog/192/sayfa/1994/8/13.xhtml . Erişim Tarihi: 25.07.2017.

154) De Schrijver K, Boeckx H, Top G, Mertens A, De Mol P. Cholera in Belgian tourists after travel to Turkey. Euro Surveill 2005;10: E051012.2.

155) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Irakta Görülen Kolera Salgını.13588366/133.99-E-704 sayılı yazısı. http://www.antalyasm.gov.tr/DosyaIndir.ashx?Tip=1&Id=213&U=.pdf&DosyaAd=Irak . Erişim Tarihi: 30.05.2017.

156) Bakar C., Baysan P., Ertem M. Hava Yolu İle Bulaşan Hastalıklar. İç. Bulaşıcı Hastalıklar Böl. Ed. Maral I, Eskiocak M, Kurt Ö. İç: Türkiye Sağlık Raporu-2012. Ed. Ertem M. ve ark. Ankara: HASUDER:2013;72.

157) Global Health Observatory data repository. http://apps.who.int/gho/data/node.home. Erişim Tarihi: 25.07.2017.

158) CISID. http://data.euro.who.int/cisid /. Erişim Tarihi: 26.07.2017. Erişim Tarihi: 26.07.2017.

159) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016:31. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf . Erişim Tarihi: 26.07.2017.

160) Benos A., Bodini C., Cowan H., McCoy D., Milsom P., Sanders D. Defending academic and medical independence in Turkey. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32093-7/fulltext . Erişim Tarihi: 31.07.2017.

161) Mayor F, Forti A: Bilim ve İktidar. 4. basım. Ankara: TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları;1997.

162) Ondört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanunu ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (14/3/2013 tarihli ve 6447 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle değişik). 6/12/2012 tarihli ve 28489 sayılı Resmi Gazete.

163) Gürsoy U: Nükleer Santrallar İle İlgili Yanlışlar ve Biaslar, Yalanlara ve Safsatalara Nasıl Dönüşüyor? Toplum ve Hekim. 2016,31(3):201-11.

164) CAS REGISTRY - The gold standard for chemical substance information. https://www.cas.org/content/chemical-substances . Erişim Tarihi: 13.02.2018.

165) 4.5G ile birlikte 30 bin yeni baz istasyonu kurulacak. http://www.hurriyet.com.tr/4-5g-ile-birlikte-30-bin-yeni-baz-istasyonu-kurulacak-29954528 . Erişim Tarihi: 05.05.2017.

166) 4.5G'ye geçişte 127 bin baz istasyonu kurulacak. 03 Mart 2016 tarihli Akşam Gazetesi. http://www.aksam.com.tr/ekonomi/45g-ye-geciste-127-bin-baz-istasyonu-kurulacak/haber-494813 . Erişim Tarihi: 05.05.2017.

167) Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu: İletişim Hizmetleri İstatistikleri. https://www.btk.gov.tr/File/?path=ROOT/1/Documents/Sayfalar/Resmi_Istatistikler/2017_3.pdf. Erişim Tarihi: 13.02.2018.

168) Gürsoy U. Cep Telefonu Çılgınlığının Sonuçları: Baz İstasyonları ve İstek Dışı Sunuk Kalınan Elektromanyetik Radyasyon: Cep Telefonu ve Baz İstasyonları Konusunda Hekim Davranış ve Duruşu Ne Olmalı? Antalya Tabip Odası Yayın Organı: 2001, 15(6):19-20.

169) Gürsoy U. Güvenliğin Ahlâksızlığı ya da Güvensizlik Kültürünün Bir Göstergesi: Cep Telefonu ve Yer (Baz) İstasyonları. Antalya Tabip Odası Yayın Organı: 2001; 15(6):23-4.

170) International Peace Bureau, Permanent People's Tribunal, International Medical Commision on Chernobyl. Chernobyl: Environmental, Health and Human Rights Implications, 12-15 April 1996. Çernobil Halk Mahkemesi. Çev. Gürsoy U. İstanbul: Yeni İnsan Yayınları;Nisan 2012:167-174.

171) Gürsoy U. Halk Sağlığı Bilimi Açısından Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun Çernobil Kazası Sonrası Radyasyon Ölçümleri ve Doz Hesaplarının Doğruluk ve Güvenilirliği-I: Genel Değerlendirme, TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası Mersin Şubesi ve Mersin Üniversitesi, Nükleer Enerji Sempozyumu NÜKSEM 2007-19-20 Ekim 2007.

172) Gürsoy U. Halk Sağlığı Bilimi Açısından Türkiye Atom Enerjisi

Kurumu'nun Çernobil Kazası Sonrası Radyasyon Ölçümleri ve Doz Hesaplarının Doğruluk ve Güvenilirliği-II: Ölçümlerin Bilimsel Kullanılabilirliği, Doğruluğu ve Türkiye'yi Temsil Edebilirliği. TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası Mersin Şubesi ve Mersin Üniversitesi. Nükleer Enerji Sempozyumu NÜKSEM 2007, 19-20 Ekim 2007.

173) Feyerabend P: Akla Veda. İstanbul: Ayrıntı Yayınları;1995:39.

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN KONTROLÜ / BÖLÜM SUNUŞU

Prof. Dr. Ş. Reyhan UÇKU / Bölüm Editörü

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ölüm nedenleri sıralamasında hala önemini koruyan, temel olarak kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabeti içeren, uzun süreli ve düzenli izlem gerektiren hastalıklardır. Türkiye'de ölüm nedeni istatistiklerinin yayınlanmaya başladığı 1960'lı yıllardan beri kalp-damar hastalıkları, kanserler, beyin-damar hastalıkları ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Cumhuriyetin erken dönemlerinde Türkiye'de bu hastalıkların kontrolü ile ilgili çalışmalar Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, Türk Diyabet Cemiyeti gibi sivil toplum örgütleri tarafından başlatılmıştır. Ancak BOH ile ilgili Sağlık Bakanlığı (SB) içindeki ilk örgütlenme, 1967 yılında çıkarılan kanunla merkezde örgütlenen ve taşra örgütünde yer almayan Kanserle Savaş Müdürlüğü ve Ruh Sağlığı Müdürlüğü olmuştur

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Mayıs 2000'de gerçekleştirdiği 53. Dünya Sağlık Genel Kurulunda BOH'ın önlenmesi ve kontrol edilmesine öncelik verilmesi kararı alınmış ve üye ülkelerde de ulusal stratejik çerçevenin oluşturulması önerilmiştir. Benzer şekilde DSÖ'nün Herkese Sağlık Hedef ve Stratejileri'nin hedefleri içinde 2020 yılına kadar BOH sıklığını ve buna bağlı ölüm, sakatlık, işgöremezliği azaltmak yer almaktadır. Bu öne

riler ve hedefler çerçevesinde ülkemizde de 2000'li yıllarda BOH kontrol programları oluşturulmaya başlanmıştır. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri içinde BOH ile ilgili DSÖ hedefine yer verilmiştir; hedef başlığı BOH olarak geçmişse de, metin içinde kronik hastalık terimi yaygın olarak kullanılmıştır. BOH kontrolü konusundaki SB programlarının ilki, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından başlatılan Kronik Hastalıklar Kontrol Programı olmuştur. 2002 yılından itibaren 16 ilde devlet hastaneleri bünyesinde Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Merkezleri açılmış, ancak bu merkezler yaygınlaştırılmamıştır. BOH kontrolü çalışmaları, mevzuata dayalı olarak, birinci basamağın görevleri arasında da yer almaya başlamıştır. 2005 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi'nde toplum sağlığı açısından önemli olan ve sağlık ocakları tarafından izlenmesi gereken bazı kronik hastalıklar sıralanmışsa da izlem sıklığı, içeriği, sevk kriterleri gibi uygulamaların kapsamlı bir çerçevesi oluşturulamamıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalardan birisi de 2008 yılında gerçekleştirilen Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu'dur. Kronik hastalıkların kontrolü, risk faktörlerinin önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarını kapsayan bu sempozyum, DSÖ kararlarına paralellik içerisinde gerçekleştirilmiştir.

BOH kontrolü, SB'nin 2010-2014 arası beş yıllık dönemi kapsayan ilk stratejik planında yer almıştır. Bu planda BOH risk faktörlerini, görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak hedeflenmiş, performans hedefleri ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Bakanlığın 2013-2017 dönemi stratejik planında da BOH görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek, komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak yer almıştır. BOH kontrolü ile ilgili en güncel eylem planı ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025'dir; bütüncül ve yüksek düzeyde multidisipliner yaklaşımla BOH ve ortak davranışsal risk faktörlerinin azaltılmasını kapsayan bir eylem planıdır.

BOH kontrolü çalışmaları devam etmektedir, ancak BOH'ın toplam hastalık yükündeki ağırlığı ve etkisi artmaktadır; 2013 hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre, son on yılda BOH yükü artmıştır. Ülkemizde BOH kontrolünde uygulanan programların sonuçları ile ilgili değerlendirmeler DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin 2014 yılı raporunda ayrıntılı olarak sunulmuş ve bu artış vurgulanmıştır. Bu raporda, durum tespiti yanı sıra kapsamlı politika önerilerine de yer verilmiştir.

Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı kitabının bu bölümünde bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü on yazar tarafından dokuz başlıkta ele alınmıştır. Konuya genel bir giriş sunması açısından ilk üç bölüm dışında diğer bölümler kitabın genel yaklaşımı olan dört zaman dilimine göre organize edilerek sunulmaya çalışılmıştır. Ancak 1923-1960 döneminde BOH'ın öncelikli sorunlar arasında yer almaması ve yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle bazı bölümlerde dönemler birleştirilerek üç dönemde sunulmuştur. İlk bölümde Demograf Dr. Mümtaz Peker Türkiye nüfusunun dönüşümünü 'Nüfussal Dönüşüm Üzerine Bir Görüş' başlığı altında sunmuştur. İkinci bölümde 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolünde Genel İlkeler'i Prof. Dr. Rengin Erdal; üçüncü bölümde 'Türkiye'de BOH Kontrol Programları'nı Doç. Dr. Nazan Yardım özetlemiştir. Daha sonra Prof. Dr. Reyhan Uçku 'Kalp ve Damar Hastalıklarının Kontrolü', Doç. Dr. Sultan Eser 'Kanser Kontrolü', Prof. Dr. Mehmet Polatlı ve Prof. Dr. Ertürk Erdinç 'KOAH Kontrolü', Prof. Dr. Sibel Sakarya 'Diyabet Kontrolü', Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin 'Obezite Kontrolü'nde Türkiye'de yapılanları tarihsel bakış açısıyla aktarmıştır. En son bölümde de Prof. Dr. Hatice Şahin tarafından 'Engelliliğin Önlenmesi' benzer zaman dilimleri dikkate alınarak ele alınmıştır. Birikimlerini bizlerle paylaşarak Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı kitabının bu bölümüne katkı sunan tüm yazarlara verdikleri emek için içtenlikle teşekkür ederim.

Saygılarımla.

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN KONTROLÜNDE GENEL İLKELER

Prof.Dr. Rengin Erdal

Modern tıp bilimlerinin doğuşu ile hastalık nedenlerinin öğrenilmesi semptoma yönelik olan tedavi edici hekimlik uygulamalarının sonu olurken, nedene yönelik tedavi edici hekimlik ile koruyucu hekimlik uygulamalarını bir arada ele alan epidemiyoloji biliminin doğmasına yol açmıştır. Bu yüzyılın başlarında gelişmiş ülkelerde hastalıkların ve ölümlerin başlıca neden olan enfeksiyon hastalıklarının kontrol edilmesini amaçlayan koruyucu hekimlik çalışmaları; modern su ve kanalizasyon sistemlerinin kurulmasından, bağışıklama biliminin geliştirilmesine; daha iyi tıbbi bakım verilmesinden, beslenme programlarının yapılmasına kadar değişen bir yelpaze içinde bir dizi önlem ile beklenen yaşam süresinde beklenmeyen bir artış sağlanmıştır.

Bu gün ölüm nedenlerinin başında yer alan koroner kalp hastalıklarını, kanseri, serebrovasküler hastalıkları ve kazaları önleme konusunda koruyucu hekimlik çalışmaları ile inanılmaz gelişmeler sağlanmıştır.

Kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıkları hazırlayan risk faktörlerinin birden fazla olması, nedene yönelik olarak yürütülen koruyucu hekimlik çalışmalarında başlıca engeli oluşturmaktadır. Bu risk faktörlerinin büyük bir kısmının kişilerin yaşam biçiminden kaynaklanması, tedavinin bir parçası olarak, hastalara yaşam biçimlerinde değişiklik yapma sorumluluğunu getirdiğinden, hekim hasta ilişkisinin yapısını değiştirmiştir. Önlenebilen ölümlerin en önemli tek nedeni olan sigara içme alışkanlığından vazgeçme, sağlıksız beslenmeyi sonlandırma, spor yapma alışkanlığını kazanma vb. reçetenin ilk sırasına yerleşen birçok önerinin yerine getirilmesinde hastaların sorumluluğunu büyük ölçüde üstlenmek zorunda kalmaları, hekimin klasik görevinin, sağlık danışmanı olarak değişmesine yol açmıştır.

Hastanın yaşam biçimini değiştirmede sağlık danışmanı olarak hekimin başarısı, aşağıda sıralanan beş aşamanın gerçekleştirilmesine bağlıdır.

Birinci aşama başarılı bir görüşme için uygun bir ortamın hazırlanması ile sağlıklı alışkanlıkları olan bir hekim modelinin oluşturulmasıdır.

İkinci aşamayı hastanın kişisel özelliklerinin, risk faktörlerinin var olup olmadığı ve sağlıklı olmayan davranışlarının değiştirilip değiştirilemeyeceğinin araştırılması çalışmaları oluşturur.

Üçüncü aşama, hastalık ile risk faktörleri arasındaki ilişkinin bilimsel olarak ve çok açık bir anlatım biçimiyle hastaya anlatılmasıdır (örneğin sigara içmenin neden olduğu kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kardiyovasküler sistem hastalıklarının yüzde yüzlük bir olasılıkla kaçınılmaz olduğu).

Dördüncü aşama, hastaların sağlıklı olmayan davranış biçimlerini değiştirmeleri için gereken önerilerin sunulmasıdır. Burada yapılacak işler sırası ile değiştirilecek yaşam biçimi konusundaki karara hastayı ortak etmek, bu amaca ulaşmak için gerekli olan çevreyi hazırlatmak (örneğin buzdolabını boşalttırmak, kül tablalarını kaldırmak vb.), yeni davranış biçimlerini adım adım yerleştirmek (örneğin başlangıçta yalnızca sağlıklı bir kahvaltı ve ardından 10 dakikalık yürüyüş gibi), olumlu bir ısrar ile davranış değişikliği için zorlamak (örneğin ödüllendirmek) ve hastanın ailesi ile çevresindeki sosyal destekleri de işe karıştırmaktır.

Kişilerin alışkanlıklarını değiştirmek çok zordur. Sağlık danışmanlığı yapılırken beşinci aşamayı oluşturan "duruma el koyma" diye tanımlanabilen dönem hastanın isteksiz ve başarısız olma durumudur. Yaşam biçimini değiştirmeye direnen bu kişilere karşı hekimler, sabırla ve inatçı bir tutumla, diğer çeşitli yaşam biçimlerine ait seçenekleri sunmak durumundadır.

Bugün DSÖ tarafından her ülkenin sağlık sorunlarına özel olarak önerdiği koruyucu hekimlik uygulamaları, sigara, alkol ve ilaç bağımlılığı ile mücadeleyi, kazaların ve stresin önlenmesi çalışmalarını, aşılama ve beslenme programlarını, sağlık için spor yapılmasını, ana çocuk sağlığı, aile planlaması ve işçi sağlığı çalışmalarını, hipertansiyonun erken tanısı ve cinsel temas ile bulaşan hastalıkların tedavi edilmesi programlarını kapsamaktadır (1).

Koruyucu hekimlik uygulamalarının, hastalıkların erken tanıları ya da risk faktörlerinin saptanmasına yönelik, koruyucu sağlık muayeneleri veya sağlık taramaları için DSÖ tarafından belirlenen kriterlere göre; tarama yapılarak erken tanı konacak hastalığın önemli bir sağlık sorunu olması, belirli bir tedavi yönteminin bulunması, tanı ve tedavi kolaylıklarının olması, hastalığın tanımlanabilir bir presemptomatik ya da gizli döneminin olması, hastalık tanısı için uygun toplum tarafından kabul edilebilir bir testin varlığı, hastalığın doğal seyrinin bilinmesi, kimlerin hasta kabul edilebileceği konusunda görüş birliği bulunması, tarama harcamaları ile hastaların bakım harcama-

ları arasında bir dengenin varlığı ve hasta bulma çalışmalarının sürekli yapılabilmesi gerekmektedir. Herhangi bir yakınması olmayan sağlam görülen kişiler ile 19 yaş üzerinde risk grupları için önerilen basit tıbbi öykü içeren tarama programları Tablo 1'de, fizik muayene içeren tarama programları Tablo 2'de, laboratuvar muayenelerini içeren tarama programları Tablo 3'de görülmektedir.

Koruyucu sağlık muayenelerinin hangi sıklıkta yapılacağı belirgin değildir. Hekim, çok sık tekrarlanan muayenelerin sonunda erken tanı konulma olasılığı zayıf bir durumun maliyetinin yüksekliği ile yeterli sıklıkta yapılmayan bir muayene sonucu geriye dönüşü olmayan dönemde tanı alabilecek bir durumun, kontrol edilebilir dönemde yakalanması arasında denge sağlayacak bir muayene sıklığı bulabilmelidir.

Son yıllarda önerilen muayene sıklığı modelleri, yaşın ilerlemesi ile artan mortalitesi yüksek olan hastalıklar ile en fazla sakat bırakan hastalıkların insidansına göre bir sıklık saptanmasıdır.

Koruyucu sağlık muayenelerinin amacına ulaşması için uygun izleme ile desteklenmesi gerekir. Aksi durumda hastalıkların erken tanısının konulmasında ve sağlıklı yaşam biçimi ile risk faktörlerinin değişmesine neden olacak danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde bu muayenelerin değeri azalır. Hastaların sağlıklı olmayan davranışlarının saptanıp düzeltilmesi için harcanacak zaman, rutin biyokimyasal incelemelerin yapılması için gereken zamandan çok daha uzundur (2).

KAYNAKLAR

1.Erdal R. Koruyucu hekimliğin ilkeleri. İç: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç hastalıkları. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri Cilt 1.3. baskı 2012:3-4

2.Durukan E. Koruyucu sağlık muayeneleri. İç: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç hastalıkları. A nkara: Güneş Tıp Kitapevleri Cilt1.3.baskı 2012:4-7

Tablo 1. Tarama Testleri İçin Tanı Değeri Olan Basit Tıbbi Öykü İncelemeleri

Tıbbi Öykü	Yaş
Tütün, alkol ve uyuşturucu kullanma durumu	19 yaş üzeri
Düzenli fiziksel aktivite yokluğu	19 yaş üzeri
Aşırı doymuş yağ tüketimi	19 yaş üzeri
Güvenli olmayan seks	19-64 yaş arası
Arabada emniyet kemeri kullanmama	19 yaş üzeri
Aşırı güneş ışığında kalma	19 yaş üzeri
Post menapozal kanama	65 yaş üzeri
Bağışıklık durumu	19 yaş üzeri

Tablo 2. Tarama Testleri İçin Tanı Değeri Olan Fizik Muayene İncelemeleri

Fizik Muayene	Yaş
Obesite ölçümü	19 yaş üzeri
Kan basıncı ölçümü	19 yaş üzeri
Görme durumunun ölçümü	65 yaş üzeri
İşitme durumunun ölçümü	65 yaş üzeri
Meme palpasyonu	Ailede akrabalarda (anne ve kız kardeş te) premenapozal dönemde meme kanseri bulunması durumunda 35 yaş üzerinde her yıl
Testis muayenesi	Kriptorşit, orşiopeksi veya testiküler atrofi tanısı almış 19 yaş üzeri
Geçici iskemik atak belirtileri	65 yaş üzeri
Deri muayenesi	19 yaş üzeri ailede ya da kendisinde deri kanseri tanısı, mesleki ya da rekreasyon nedeniyle uzun süre güneş ışığına maruz kalan kişiler ve displastik nevüsler ile konjenital nevüsleri olanlar
Tiroidde nodül muayenesi	19 yaş üzeri vücudun üst kısmına radyasyon uygulanma öyküsü olan kişiler
Karotis oskültasyonu	40 yaş üzeri serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olan kişiler veya nörolojik belirti gösterenler (geçici iskemik ataklar, serebrovasküler hastalık öyküsü olanlar)
Ağız boşluğu muayenesi	19 yaş üzeri tütün veya yüksek dozda alkol tüketimi olan kişiler

Tablo 3. Tarama Testleri İçin Tanı Değeri Olan Laboratuar İncelemeleri

Laboratuvar incelemeleri	Yaş
Açlık kan şekeri	19 yaş üzeri, aşırı kilolu kişiler ile ailede şeker hastalığı bulunan ya da gebelik sırasında şeker hastalığı geçiren kadınlar
Mamografi	50 yaş üzeri, birinci derece akrabalarında premenapozal dönemde meme kanseri bulunması durumunda 35-49 yaş arası
Papanicolaou testi	19-64 yaş arası servikal kanser için
Serum kolesterol düzeyi	19 yaş üzeri
Tüberkülin testi	19 yaş üzeri, tüberküloz hastası ile aynı evde yaşayanlar ya da hasta kişiler ile yakın teması olanlar, HIV enfeksiyonu olanlar
Gaitada gizli kan/sigmoidoskopi	50 yaş üzeri, ailede birinci derecede yakın akrabalarda kolorektal kanser, endometriyum, over veya meme kanseri veya inflamatuar sindirim sistemi rahatsızlığı, adenom, polip olan kişiler
Kolonoskopi	19-39 yaş arası, ailevi polipozis hikayesi olan kişiler ile kanserli aile sendromu olan kişiler
Gaitada gizli kan/kolonoskopi	40 yaş üzeri, ailevi polipozis hikayesi olan kişiler ile kanserli aile sendromu olan kişiler
Kemik dansitometrisi	40-64 yaş arası, osteoporoz riski artmış, premenapozdaki (örneğin bilateral ooferektomi olanlar) ile östrojen tedavisi almayan menapozdaki kadınlar
Elektrokardiyogram	40 yaş üzeri, iki veya daha fazla kardiyak risk faktörü bulunan erkekler
Tiroid fonksiyon testleri	65 yaş üzeri kadınlar
Glokom testi	65 yaş üstü
İşitme testi	19-64 yaş arası, düzenli olarak aşırı gürültüye maruz kalanlar
VDRL, HIV için serolojik, klamidya testleri ve gonore kültürü	19-64 yaş arası, cinsel yolla bulaşan hastalıklar için başvuranlar ile çoklu cinsel temasta bulunan kişiler
Bakteriyemi için idrar tahlili	19-64 yaş arası, şeker hastaları, gebeler

NÜFUSSAL DÖNÜŞÜM

Dr. Mümtaz Peker

GİRİŞ, SORUNUN TANITIMI

Taş devrinden 1600'lere kadar nüfusun artışı çok yavaş oldu. Bu uzun dönem boyunca harp darp olmadığı, doğa koşullarının iyi olduğu dönemlerde nüfus artıyor, koşullar değişince (savaş, salgın hastalık, kıtlık, doğal afetler v.b.) nüfus kısa zamanda çok farklı biçimde birden azalıyordu. İnsanın yaşamasına uygun tüm coğrafi alanlarda görülen bu olgunun temel belirleyicisi yüksek doğum-ölüm hızına dayalı düşük hızlı nüfus artışıydı.

1600'lü yıllardan günümüze dünya nüfusu iki çan eğrisi büyümeyi gerçekleştirdi. Bunlardan ilki merkez (Avrupa) ülkelerde yaşandı. Aileler geçmiş uzun dönemdekinden farklı olarak çok sayıda çocuk sahibi olmayı başarmış; fakat doğum hızı değişmemişti. Beklenildiği gibi ilk çan eğrisi büyüme ölüm hızındaki düşüşten kaynaklanmıştı. 1600'lerden sonra Avrupa'nın nüfusu artmaya başlamış; insanlar göçle başka kıtalara yerleşmiş, Avrupalı ailelerin üreme başarıları o zamana değin hiçbir coğrafyada görülmemişti.

Merkez ülkelerde görülen nüfus artışını sanayileşme-kentlileşme ikilisi sağlamıştı. Bu ikili hem insanların alım gücünü artırmış hem de onları üretimi arttırmak için şehirlerde toplamıştı. Artan gelirle birlikte insanların satın aldığı besinler, onların hastalıklara karşı dirençlerini artırmış; ölümlerini azaltmıştı. Yeni yaptıkları konutların ısı geçirgenliği azalmış, güneş gören evlerin havadar alanları, insanları salgın hastalıklardan korumuştu. Yünlü giysiler yerine, dokuma sanayinin ürettiği yıkaması kolay pamuklu giysilerin kullanımı, insanları tifüs taşıyan bitlerden kurtardı. Yemek kaplarının pürüzsüz yüzeyli olması temizliği getirdi, dizanteriyi önledi.

Şehirlerde artan nüfusun refahı geçmişe göre farklılaştı. Şehirlerde nüfuslanma ile başlayan, salgın olarak görülen hastalıklar gelişen bilimle sonlandırıldı. Çiçek hastalığı için aşı geliştirildi. Tıp ilerledikçe ölümler azalıyor nüfus artıyordu. Avrupa'da milyonlarca insanın ölümüne neden olan vebayla ilgili her şey öğrenildi. Yiyeceklerde ve suda bulunan kolera bakterisi için gerekli önlemler alındı. Yerel yönetimler evlere temiz su getirmek, atık suları uzaklaştırmak için şehrin alt yapısını düzenlediler. Merkezi ve yerel yönetimler halk sağlığını kamusal bir sorumluluk olarak görmeye başladılar (1).

Artan nüfusun beslenmesi için çiftçiler gerekli ürünü yetiştirememeye başladı. Sorun iki yoldan çözümlendi. İlk olarak çevre ülkelerden beslenme için tahıl ile sanayi üretimi için hammadde gereksinimi deniz taşımacılığıyla çözümlendi (2). Deniz yolculuğunun kısalması için iki önemli kanal açıldı. İkinci olarak artan nüfus her ne kadar göçle Avrupa dışına gitse de kalanların üremeleri başta din kurumu olmak üzere kamu tarafından fazla bulunmuştu. İngiltere'de köylerden şehirlere gelen ya da kent fakirlerinin üremelerini önlemek için gerekli yasal düzenlemeler hemen yapıldı.

Toplumsal değişme sürecinde aile yapısındaki değişmenin, çekirdek aileye doğru olduğu, değişimin itici gücünün sanayileşme-şehirleşme (modernleşme) ikilisinden kaynaklandığı ileri sürüldü. Modernleşme süreci ve coğrafi hareketlilik (göç) geleneksel aile yapısını etkilemişti. Bu etkinin aile yapısını hangi yönde, ne zaman etkilediği araştırılmaya başlandı. Öte yandan maddi kültür öğelerinin, aile yapısını nasıl etkilediğini, aile içi ilişkilerdeki değişimin, teknolojik gelişimi bir gecikme ile izlediğini Ogburn gösterdi (3). Kabaca toplumda sanayileşme-şehirleşme ile geniş aileden çekirdek aileye dönüşüm arasında evrensel bağıntı olduğu kuramsal olarak ileri sürüldü.

Çevre ülkelerde de nüfusun yüksek doğum-ölüm hızına göre uzun dönemdeki düşük hızlı büyümesi 1935'e kadar sürmüştü. Nüfusun ikinci çan eğrisi büyümesi çevre ülkelerde 1935-1955 döneminde başladı. Merkez ülkelerin geliştirdiği tıbbi teknoloji ürünleri, çevre ülkelerde yaygın halk sağlığı hizmetleri ile uçlardaki ailelerin hizmetine sunulmuş; ölüm hızı birden düşmüş, sağlıkta bir devrim olmuştu (4). Çevre ülkelerde toplam nüfus içinde, 0-14 yaş grubunun 1960'lı yıllardaki oranı %40'ı aştı (5). Ulaşılan yeni doğum-ölüm dengesine göre oluşan nüfus artışından ötürü çevre ülkelerin nüfusunun 24-36 yıl arasında iki katına ulaşacağı öngörüldü. İlerleyen yıllarda bu öngörü tüm çevre ülkelerde gerçekleşti.

Çevre ülkelerde nüfusun büyük çoğunluğu (%80'nin üzeri) köylerde yaşıyordu. Köyde en küçük üretici birim olan ailenin işlediği toprağın büyüklüğü, kullandığı tarım teknolojisi, bilgisi, üretim biçimi değişmemiş; fakat bağımlı nüfusun (0-14 yaş grubu) oranı, azalan ölüm hızı nedeniyle beklenmeyen biçimde birden artmıştı. Köydeki aile şimdiye değin özendiği çok çocukluluğa kavuşmuş; ama tüketim harcamaları artmış, artan nüfustan ötürü aile yaşamında ekonomik baskı başlamıştı.

Yıllar çok çabuk geçmiş; gelenekler görenekler işlemiş, geniş ailenin çocukları erken yaşta evlendirilmiş, bunlar ortak tüketim ortamında çoluğa karışmıştı. Köydeki geniş ailenin yeterli biçimde artmayan üretimine karşın, oğulların evliliğiyle artan nüfusa orantılı çoğalan tüketim baskısından ötürü, geniş aile içindeki kırılganlığın boyutu

gün gün derinleşmişti.

Kaba ölüm hızının azalması, bebek ve çocukların yanı sıra yetişkinlerin de hayatta kalmalarından kaynaklanmıştı. Doğuştaki yaşam umudu, kısa zamanda neredeyse ikiye katlanmış; ailede otoritesi tartışılmayan babanın ömrü uzamıştı. Genç yaşta evlenen, çocuk sahibi olanlar karşılarında hep "her şeyi yapma hakkını kendinde gören" babaları olduğu gerçekliğini yaşamaya başlamışlardı.

Nüfuslanma nedeniyle evli çocukların baba evinden çok çocuklu çekirdek aile biçiminde ayrılmaları yapısal-işlevsel kuramı yadsırcasına çevre ülkelerin tüm köy yerleşmelerinde aynı nedenlerle aynı zaman diliminde göçle gerçekleşti. 1960'lı yılların evrimci kuramcıları "Modernleşmekte olan ulusların, göreli olarak çağdaşlaşmış bir toplumun kendi endüstrileşmesi sırasında geçirdiği aşamaları aşağı yukarı geçirmesi gerektiğini" ileri sürüyordu (6). Ne var ki çevre ülkelerdeki oluşum merkez ülkelerde görülen sanayileşme-şehirleşme kökenli modernleşmeye bağlı geniş aileden, çekirdek aileye geçişe benzemiyordu. Çekirdek aileye dönüşüm modernleşme ile bağıntısı sınırlı olan köy yerleşmelerinde bile çok çocuklu olarak gerçekleşiyordu. Ülkemizde 1968'de iki farklı kurum tarafından yapılan ulusal araştırmada köylerdeki çekirdek aile oranı anlamlı biçimde yüksek, çocuk sayıları üç dolayında bulunmuştu (7-8).

Yeni sorunlara, gereksinimlere yeterli çözüm üretmeyen geleneksel geniş aile tipinden uzaklaşılmış; toplumda önemli bir değişim gerçekleşmişti. Yeniliğin benimsenmesi konusunda temel koşul, aile kurumunun oluşturulması için mevcut değer hükümleriyle çatışmanın yaşanmaması olmuştu. Öte yandan çekirdek ailenin, mevcut olandan daha iyi olacağı, mevcut olanaklardan, ekonomik koşullardan, aile üyelerinin daha iyi yararlanabileceği görüldü. Çekirdek aile kurumunun özelliklerinin, toplumla olan ilişkilerinin kabul edilmesi, kültürel değişmenin temelini oluşturuyordu (9).

Çevre ülkelerde olduğu gibi ülkemizde çekirdek aileye geçiş, evrimci kuramda belirtildiği gibi merkez ülkelerde görülen modernleşme etkisiyle olmadı. Geniş ailede nüfus baskısından ötürü, baba evinden farklı bir yerde çalışma umudunu gören çok çocuklu genç ebeveynli çekirdek aileler kaynaklı nüfus dinamiği, ülkemizdeki nüfussal dönüşümü yeni bir forma yöneltti.

Kuramsal dayanağı evrimci görüşe dayanan nüfussal dönüşüm kuramı, merkez ülkelerin 1600-1930 dönemindeki değişimini açıklamaya çalışıyor. Çevre ülkelerde ise 1935-1955 döneminde maddi kültür kaynaklı ölüm hızının düşüşü ile, yine maddi kültür öğesi gebeliği önleyici kaynakların uçlardaki ailelere götürülmesiyle doğum hızının düşmeye başlaması 1970'lı yıllarda görüldü. Çevre ülkelerde doğum-ölüm hızının giderek azalabileceğini bu yıllarda yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması verileri ortaya koymuştu.

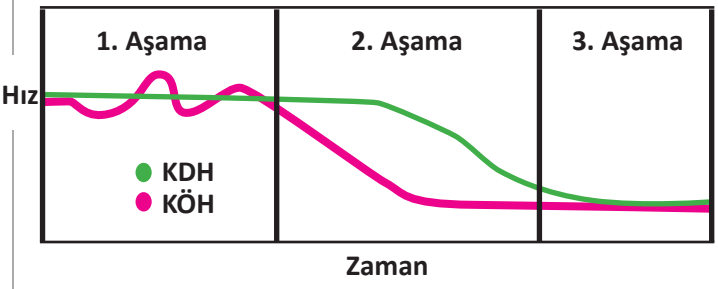
Modernleşme kuramlarında "düşük doğurganlık" düzeyinden sonra yeniden "orta doğurganlık düzeyine" geri dönüşümün olmayacağı savunuluyor. İleri sürülen görüşün yadsınabileceği ülkemizde 2000'li yıllarda yaşandı. Eğitimini herhangi bir nedenle terk eden, düşük gelirli, sürekli işi olmayan kadınların "kamunun doğurganlığı maddi yardımla özendiren politikası" sonucu, çocuklarına atfettikleri yeni bir değerin oluşmaya başladığı gözlendi. Doğurgan kuşaktaki üç kadından birinin doğurmak ve sahip olmak istediği çocuk sayısı ile halen sahip olduğu çocuk sayısı 3 çocuğu aşmış, yaklaşık olarak 4 çocuk düzeyine gelmişti. Bu bulgular önceki araştırma verilerine göre biçimlenen doğurganlık örüntüsüne benzemiyordu (10). Benzer olgu 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerinde de görüldü. Nüfus artış hızının önceki yıla göre az da (binde 13.5) olsa arttığı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileri temel alınarak açıklandı.

Nüfussal dönüşüm kuramı "doğum-ölüm hızındaki azalmayı" temel almış; ama nüfus dinamiklerinden olan göçü analiz dışında bırakmıştı. Ne var ki göçün ülkemizde olduğu gibi çevre ülkelerin kısa dönemdeki nüfus yapılarını belirleyen "doğum-ölüm" değişkenlerini aile temelinde önemli ölçüde etkilediği görüldü. Bu nedenle günümüzde nüfus dinamiklerinin (doğum-ölüm-göç) birlikte ele alınarak kurama katkı konulması zorunluluğu doğmuştu.

Nüfussal dönüşüm sürecinde toplumda görülen değişimi aile kurumu oluşturmuştu. Nüfussal dönüşüm kuramının evrelerine göre eşlerin, doğum-ölüm hızları bağlamında çocuğa verdiği değer değişmiş, çiftler yeni bir değeri benimsemişti. Bu noktada nüfussal dönüşümü ülkemiz için tartışırken "çiftlerin yaşadığı sosyoekonomik koşullar yanı sıra kamunun siyasal davranışından etkilenen ailelerin çocuğa verdikleri yeni değerin" oluşturduğu örüntü göz ardı edilmemelidir.

NÜFUSSAL DÖNÜŞÜM KURAMI

Görüş akademik ortamda ilk olarak 1929 yılında ABD'li nüfusbilimci Warren Thomson tarafından tartışıldı. Kuram, 1940'lı yıllarda, merkez ülkelerdeki dönüşümü beş evreli olarak ortaya koydu, daha sonra üç evreli olarak benimsendi (11). Kurama göre tarihte tüm toplumların uzun dönem olarak yaşadığı ilk evrede doğum-ölüm hızları çok yüksek olduğu için, düşük hızlı nüfus artışı gerçekleşmişti. İkinci evrede sanayileşmeye başlayan merkez ülkelerde sağlık koşullarının iyileşmesi, yaşam standardının göreli olarak artması sonucu ölüm hızı düş-

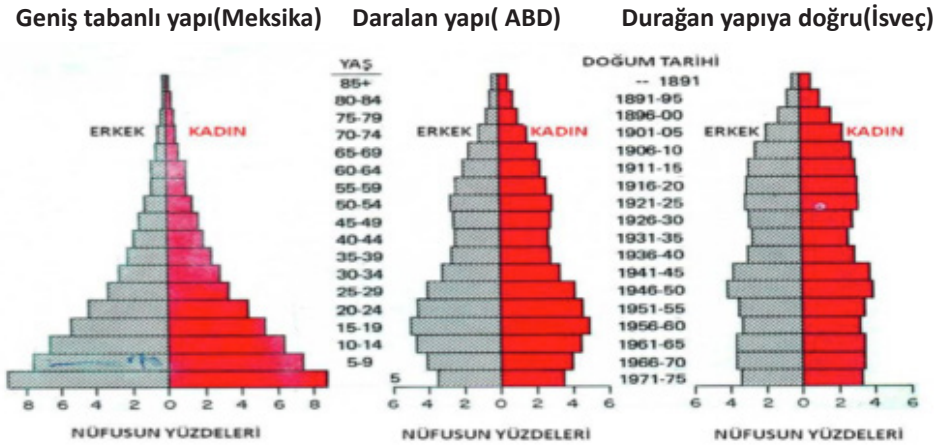


Şekil 1: Nüfussal Dönüşümün Hız ve Zaman Temelli Evreleri

meye başladı. Doğum-ölüm hızındaki farklılıktan ötürü ikinci evrede bu hayati hızlara bağlı olarak merkez ülkelerde orta dönemde nüfus artışı en çok %1.2 düzeyine erişebildi. Üçüncü evrede ise doğum-ölüm hızı arasında düşük düzeyde yeni bir denge kuruldu, nüfus artış hızı ilk evrede olduğu gibi azaldı, nüfus durağan konuma geldi (Şekil 1). Kuramın öngörüsüne göre bu evreden sonra doğum hızı, yaşlanan nüfusun ölümlerinden etkilenen, artan ölüm hızının altına inecek, göçe kapalı toplumlarda nüfus azalmaya başlayabilecekti (12).

1980'li yıllarda, doğum-ölüm hızının negatif (-) farkından ötürü merkez ülkelerde nüfusun azalması başladı. Ne var ki merkez ülkeler, çevre ülkelerin nitelikli genç nüfusunu (beyin göçünü özendirme) ülkelerine çekme politikaları ile nüfuslarının azalmasını şimdilik önledi. Öte yandan çevre ülkelerden gelişi önlenemeyen değişik nedenli sığınmacı nüfus da, bu ülkelerin günümüzdeki nüfusunun azalmasını öteliyor. Ancak merkez ülkelerin benimsediği, gerekli kaynağı ayırdığı nitelikli göç politikası yanında, duvar ördüğü istenmeyen sığınmacı olayı, bu ülkelerin yerel nüfusunun yaşlanmasını önleyemiyor. Önümüzdeki yıllarda merkez ve çevre ülkelerin nüfus dinamiğini, bu ülkelerde hızları farklı olan hayati olaylar kaynaklı göçlerin belirleyeceği söylenebilir.

Evrimci kuramı benimseyenler çevre ülkelerde de benzer bir dönüşüm olacağını ileri sürdü. Evrimci kuram taraftarları dünya nüfusunun önceki yıllarda görülen iki farklı hızı olan çan eğrisi büyümenin bir daha olmayacağı görüşünü benimsediler. Onlara göre aileler yeniden orta doğurganlık düzeyine dönmeyeceklerdi.



Grafik 1: *Doğum ve Ölüm Hızlarındaki Dönüşüme Göre Değişik Ülkeler Nüfusun Yaş Yapısının Görünümü (1971-1975) (13)*

Çevre ülkelerde nüfussal dönüşümün ne zaman gerçekleşeceğine ilişkin 1940'lı yıllarda bir öngörü yoktu. Çevre ülkeler için Şekil 1'de görülen aşamaların başlangıç zamanı, ne kadar süreceği, bu süre içindeki nüfus artış hızının ne olacağı belirgin değildi. Bu nedenle çevre ülkelerin sosyo-ekonomik koşulları, siyasal tutumları ve toplumsal süreçleri sonucunda nüfussal dönüşüm, bu ülkelerde farklı gerçekleşmiş ya da gerçekleşiyordu.

Bu süreçte ülkemizde olduğu gibi değişik ülkelerde alt nüfus grupları ile bölgesel düzeyde ailelerin doğurganlık davranışlarından ötürü bir gecikme yaşanabiliyor. Nüfussal dönüşümün üçüncü aşaması önkoşulu olan Toplam Doğurganlık Hızı(TDH)'nın 2.1 düzeyine gelmesi, nüfus artışının sona ermesi, görünür gelecekte bu ülkeler bağlamında aynı zaman diliminde olmayabilir.

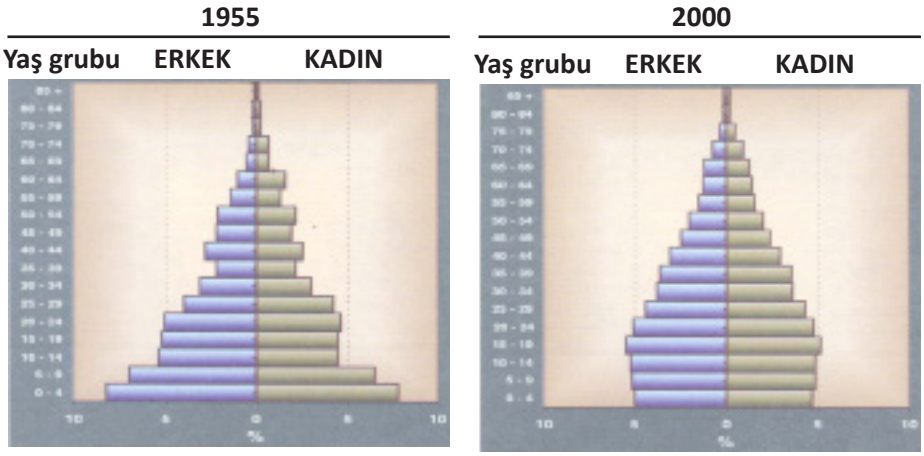
Türkiye için sorun TDH'nın 2.1 düzeyine gelmiş olmasına karşın, nüfus artış hızının sürmesi, bu hızı etkileyecek doğurganlığın siyasal bir tutum ve davranış olarak özendirilmesi oldu. Üzerinde fazla tartışılmayan daha önemli konu ise, ailelerin ve kamunun en çok kaynak aktararak yetiştirdiği varlıklı aile gençlerinin merkez ülkelere göçünde yaşanıyor. En iyi yetişen gençlerimiz ve onların aileleri arasında bir değer olarak görülen beyin göçüne katılma, ülkenin önemli sorunu olmasına karşın, günümüzde bunu önleyecek nüfus politikaları etkin biçimde uygulanmıyor.

Nüfussal dönüşümün evrelerini farklı yıllarda yaşamış, merkez ve çevre ülkelerin nüfus yapıları ile nüfusun nitelikleri arasında modernleşme göstergeleri açısından 1970'li yıllarda anlamlı farklılıklar oluştu. Ülkeler temelinde nüfussal dönüşümün belirlediği, nüfusun belli yaş gruplarındaki oranları ile doğuştaki yaşam umudu arasındaki fark açıldı. Merkez ve çevre ülkelerde doğumdaki yaşama ümidi farkı yirmi yıla ulaştı (Grafik 1). Bağımlılık oranları farklılaştı. Merkez ve çevre ülkelerde çalışma çağındaki nüfusun üretime katkısı değişti, ülkeler temelinde kişi başına düşen gelirin arası açıldı. Ülkeler açısından zenginliğin boyutu arttı, aile mirası önemli konuma geldi. Özellikle zenginliğin arttığı, mirasın önemli olduğu ülkelerde, çocuğa atfedilen psikolojik değerin içeriğinin zenginleşmesi nüfussal dönüşümde dördüncü evreye geçişi başlattı.

TÜRKİYE NÜFUSUNUN DÖNÜŞÜMÜ

Türkiye, çevre ülkeler arasında "Cumhuriyetçi/liberal ideoloji" öncülüğünde uyguladığı nüfus politikaları ile yüksek doğum-ölüm hızından düşük doğum ölüm hızına geçişi toplum için kısa bir zaman dilimi (75 yıl) içinde gerçekleştirdi. 2000'li yıllarda düşük doğum-ölüm hızları, nüfusun artışını düşük hıza getirdi. Nüfus dinamikleri açısından nüfus yapımız 1955-2000 döneminde kendi kendine benzemez bir konuma geldi (Grafik 2).

Ülkemiz, 2000'li yıllarda bu süreci tanımlayan "nüfussal dönüşüm kuramının" üçüncü evresine ulaşabilen çevre ülkelerden biri oldu. Ne var ki bu süreçte doğum ölüm hızının değişimini etkileyen sosyo-kültürel anlamlar, de-



Grafik 2: Türkiye Nüfus Piramitleri (14)

ğerler bütünü Cumhuriyet dönemi boyunca toplumun değişik katmanlarında çok kültürlülük açısından herkesin üzerinde uzlaşabildiği bir konu olmadı.

3.1. Ülkemizde yüksek doğum - ölüm hızlı ilk dönem (1923-1945):

Erken Cumhuriyet döneminde sağlık alanında aşağıdaki ilkeler belirlendi. Sosyal hayatta ailenin temel olduğu, nüfusu artıracak önlemlerin (evliliklerin özendirileceği, "bebek-çocuk-yetişkin" ölümüne neden olan hastalıklarla savaşılacağı) alınacağı, nüfusun niteliğinin artırılacağı (sağlam, gürbüz, çalışmaya elverişli, eğitilmiş bir nüfus yetiştirileceği) belirtildi. Sağlıktaki önceliğin "en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok öldüren" hastalıklarla mücadele olduğu açıklandı. Zamanın koşulları anımsandığında, kamunun kıt kaynaklarının dönemin yaygın olan ve salgın yapan hastalıkların önlenmesi için harcanması temel alındı. Toplumun gereksinim duyduğu bulaşıcı hastalıklarla savaşta hizmetin en uç noktaya kadar götürülmesi ilkesi benimsendi. Bu uygulamadan amaç, halkın benliğine yerleşen geleneklerin, göreneklerin etkilerini maddi kültür öğeleriyle kırmak, modernliği öngören sağlık kurumunun hizmetinin yararını göstermek, sağlık hizmetinin toplumda kabullenirliğini artırmaktı. Sağlık kurumunun bilimsel özde oluşturulması için evrensel değerleri benimsetecek, genelleştirecek, yaygınlaştıracak güçlü bağlantılara gereksinimi olduğu, sağlık hizmetlerini sunmayı hep koruyucu hekimlik hizmetleriyle götürülmesi savunuldu. Bu görüşe göre; sağlığın kâr edilecek bir eyleme dönüştürülmemesi gerekiyordu. Ülke halkı sağlıklı olduğu sürece üretimin artacağı, devlet sağlık hizmetlerini yurttaşa ücretsiz sunduğunda, bundan ülke ekonomisinin kârlı çıkacağı ileri sürüldü. Dayanak, sağlık ekonomisi yaklaşımıydı. Dönemin koşulları gereği, sorunları tedavi hizmetleri ile başarmanın parasal olanağı da yoktu. Cumhuriyet'i kuran kadronun belirlediği bu ideolojik kültürle, eğitim ve sağlık kurumları çalışanlarının ortaya koyduğu, gerçekleştirdiği eylemlerle toplumda davranışsal kültür yaratılmaya çalışıldı. İdeolojik kültürü, davranışsal kültüre dönüştürecek bütün araçların tümü olan maddi kültür öğeleri bu süreçte kurumsal etkinlik içinde kullanıldı.

1920'li yıllarda nüfusun çoğunluğunun (%85) köylerde yaşadığı ülkemizde, iç ve dış koşullardan ötürü doğurganlık siyaseten özendirildi, doğal doğurganlık düzeyine yaklaşan bir doğurganlık örüntüsü gerçekleşti. Erken Cumhuriyet döneminde TDH kadın başına 6,85 çocuğa ulaşmıştı. Buna karşın bebek-çocuk ölümlerinin fazlalığı (binde 400), doğuştaki yaşama umudunun 40 yıla ulaşmaması kaba ölüm hızını

Çizelge 1: Türkiye Nüfusunun Dönüşüm Evrelerine Göre Temel Göstergeler

Nüfus artış hızı	TDH	Bebek ölüm hızı	Doğuştaki Yaşama Umudu	Hanehalkı Nüfusu	Ortanca Yaş
İlk evre					
1923/ 1945	1945 Binde 17-10.6	6.7-6.8 Binde 400-274	Tüm nüfus için 30-3	.....	20
İkinci evre					
1946/2000	Binde 28.5-16.1	6.2-2.3 Binde 203-45	Tüm nüfus için 43.6-68	5.68-4.9	20.4-24.8
Üçüncü evre					
2001 Sonrası	Binde 12.1-13.5	2.16-2.26 Binde 29-10.7	Tüm nüfus için 72-79	4.5-3.6	25.2-32

Kaynak: Genel Nüfus Sayımları, DİE ve HNNE Araştırmaları, Nüfusbilimcilerin Tahmini, TÜİK ADNKS verileri

yüksek düzeye çıkarıyordu .

Güdülen politika açısından önemli olan yetişkin kadın nüfusun ölümlülük düzeyini; salgın hastalıklar, beslenme yetersizliği, sık gebelik ve yüksek doğurganlık, kadının tarımdaki çalışma koşullarının ağırlığıyla ilintili olarak "kadının tükenmişliği" artırıyordu. Bu nedenle erken Cumhuriyet döneminde (1925-1940) beş yaşındaki erkek nüfusun yaşama umudu kadın nüfusun beş yaşındaki yaşam umudunun üzerinde gerçekleşiyordu. Benzer olgu 1921-1931 ve 1941-1950 dönemleri nüfussal verisi olan Hindistan'da da görüldü. 1921-1931dönemi içinde erkeklerin doğuştaki yaşam umudu (26,9), kadınların yaşama umudundan (26,6) fazla tahmin edilmişti. Aynı şekilde 1941-1950 döneminde erkeklerin doğuştaki yaşama

umudu, kadınların doğuştaki yaşama umudundan 0,7 yıl daha fazla bulunmuştu. Bu dönemler içinde gerek merkez ülkeler (Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, İngiltere-Galler, Fransa) gerekse kalkış halinde olan ülkelerde (Japonya, Şili, Meksika ve S.S.C.B.) kadınların doğuştaki yaşama umudu, erkek nüfusun doğuştaki yaşama umudundan yüksekti (15) .

Büyük ölçekte bebek, çocuk ölüm hızının yüksekliğine bağlı olması ile birlikte yetişkin ölümlüğünün de yüksekliğinden ötürü, doğuştaki her iki cinsin doğuştaki ortalama ömrü 1930'lu yıllarda ülkemizde ancak 30 yıla ulaşabiliyordu (16)

Doğum-ölüm hızının yüksek olduğu bu dönemde kamunun halk sağlığı konusundaki uygulamaları için merkez ve yerel yönetim bütçelerine gerekli ödenekler konuldu. Uygulamada başarı sağlandı. Yüksek ölüm hızı çevre ülkeler içinde ilk önce düşürülmeye başlandı, salgın hastalıklara karşı gerekli koruyucu önlemler alındı. Bu hizmetler 1940'lı yıllardaki savaş koşullarından ötürü sürdürülemedi. Ekonomik kaynakların büyük ölçekte ülke savunmasına ayrılması, köylülerin tarım ürünlerine getirilen vergiden ötürü oluşan beslenme yetersizliği ve sağlık hizmetine ulaşamaması, ölüm hızının yeniden eski düzeyine doğru yükselmesine neden oldu.

3.2. Ülkemizde doğum ve ölümlerin farklı hızda azaldığı dönem (1946-2000):

Yukarıda değindiğimiz gibi Türkiye'nin de içinde bulunduğu çevre ülkelerde yüksek olan ölüm hızı, sanayileşmeye bağlı olmaksızın kimsenin beklemediği bir dönemde (1935-1955 yılları arasında) birden azaldı. Doğurganlık yüksek düzeyde sürdüğü için çevre ülkelerde nüfus artışı tarihte hiçbir coğrafyada görülmeyen hızla (%2,5-3 arasında) artmaya başladı. Çevre ülkelerde nüfusun ikiye katlanması için 24-30 yıl gibi bir zaman dilimi yeterli oldu. Tarıma dayalı kalkınma modelinin egemen olduğu dönemde nüfuslanan çevre ülkelerini bekleyen nüfus sorunları evrensel diyebileceğimiz biçimde 1960-1970'li yıllarda sanayileşmiş toplumlarda tartışılmaya başlandı. Tartışma, nüfusun bu denli yüksek hızla artması halinde "Ortak geleceğimiz ne olacak?" sorununa odaklandı.

Ülkemizin hızla nüfuslanmaya başladığı dönemde (1946-1960) konu ilk kez 1950'li yıllarda hekimler arasında tartışıldı. Konunun önemini belirten rapor Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına sunuldu. 1960'lı yıllarda hızlı nüfuslanmanın sosyal ve ekonomik hayatımıza getireceği sorunları önleyecek yeni bir nüfus politikası akıl ve bilim öncülüğünde oluşturuldu. Kanun, ailelerin istediği zaman, istediği kadar çocuk sahibi olmalarını sağlayacak aile planlaması hizmetlerini halka ücretsiz götürme görevini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verdi. Ne var ki 1965 yılında iktidara gelen liberal hükümet, yasanın uygulanması konusunda hemen ipe un serdi (17).

Yasa, 1983 yılında liberal bir anlayışla yeniden ele alındı, kapsamı genişletildi. Getirilen değişiklikler şöyleydi: On haftaya kadar olan istenmeyen gebelikler kürtajla sonlandırılabilecek; sosyo-ekonomik nedenlere bağlı olarak gönüllü kısırlaştırma yapılabilinecekti. Bu konuda özel olarak eğitilmiş ebe ve hemşirelere, kadınlar için rahim içi araç uygulaması yapma olanağı sağlandı.

1983'den günümüze ülkemizin karşılaştığı nüfus sorunları konusunda toplumsal bir uyum ve çok kültürlülük ölçeğinde uzlaşma değil farklılaşma başladı. Gerçekleşen farklılaşma her yönü ile 1983 öncesinden ayrıştı, iç göçün kalkış ve özellikle varış noktasındaki cemaat tipi örgütlenme ilişkileri bağlamında derinlik kazandı.

Bu dönemin başında bebek-çocuk ölüm hızları düşmüş, kaba ölüm hızı yüzde 2.4 düzeyine gerilemişti. Doğum hızı yüksek düzeyini koruduğu için TDH 6 çocuğun üzerinde gerçekleşmeye başlamıştı. Yetişkin ölümlerinin de azalması ile birlikte doğuştaki yaşam umudu 43 yıla ulaşmış, hanehalkı büyüklüğü 5.68 kişi olmuştu. Kırsal ailede üretim artmamış, nüfus baskısı başlamıştı.

Kırsal yapıdaki nüfus baskısı göçle çözümlenmeye başladı. Bu yıllarda göçün varış noktası olan üç büyük şehirde, göçmenlerin ilk kuşağında düşük ölüm-yüksek doğum hızlı nüfus artışı sürdü. Şehre yeni gelenlerin doğurganlık davranışındaki değişme göçmenlerin ikinci kuşaktaki ailelerinde 1970'li yıllarda başladı. 1970'li yılların başında 4.66 olan TDH, 30 yılda yarıdan fazla azaldı, 2000'li yılların başında 2.16 çocuğa düştü (Çizelge 1).

Nüfus baskısı kaynaklı göçle birlikte köy-şehir nüfusunun oranlarının değişimi, doğurganlık örüntüsünü 1970'li yıllardan sonra değiştirmeye başladı. Yaşa özel doğurganlık hızları, hekimlerin önerdikleri 25-34 yaş aralığında tepe değerine ulaştı. Ülkemizin TDH'nı büyük ölçekte artık şehirli kadınların belirlediği bir dönem başladı.

Doğurganlıkta görülen değişimi kadının eğitiminin artması, kentli davranışları benimsemesi, ilk evlenme yaşının artması, çalışma yaşamına katılması, sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, kabaca piyasadan haberdar olması gibi değişkenlerin etkilediği araştırma verilerinde görüldü. Sözgelimi ilk evreden farklı olarak ikinci evrede kadınların ilk evlenme yaşları daha yüksek yaşlara doğru kaymış, buna bağlı olarak genç yaşlardaki evlilik oranları azalmış, doğurgan kuşakta evli olarak geçirilen yılların sayısı, önceki döneme göre azalmıştı.

Eğitim değişkeni açısından ilk evlenme yaşındaki değişim incelediğinde, yaşa özel doğurganlığın yüksek olduğu 20-29 yaş grubundaki kadınların, daha geç evlenmeyi tercih etmelerinden ötürü, ilk evlenme yaşı örüntüsünün değişiminin 1980 sonrasında başladığı saptandı. Dönem içinde kadının ve toplumun artan eğitim düzeyi ile birlikte 1983 sonrasında kamu ve özel kesim tarafından verilen gebeliği önleyici eğitim çalışmaları, doğurganlığı düşürme başarısını sürdürdü. Toplumda değişik kesimler arasında toplumsal bir uzlaşma olması konusunda kamu sürekli olarak dolaylı bir önderlik yaptı. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü (HNEE) Araştırmalarında bu dönem boyunca saptanan küçük aile normunun gerçekleşmesi için ailele-

rin ve kadınların önemsedikleri değerin oluşması, onun toplumda değerli olduğu görüşüne, kamu tarafından hiç engel çıkarılmadı, ailelere başka bir seçenek sunulmadı. 1980 sonrasında başat olan konum az çocuklu çekirdek ailenin gerçekleşmesi oldu. Çekirdek ailenin ilk evlilikle ya da evliliğin ilk yıllarında baba evinden ayrılarak oluşması, toplumda bunun bir değer olarak benimsenmesi ülkemizde hanehalkı sayısının hızla büyümesini sağladı. 1980 yılında 8.522.499 olan hane halkı sayısı 2000 yılında 15.070.093'e ulaştı.1980 yılında 5.32 olan ortalama hane halkı büyüklüğü 2000 yılında 4.18'e geriledi (18).

Öte yandan 1980 sonrasında evli çiftlerin maddi kültür öğesi olan gebeliği önleyici etkin usullerin kullanımında başarı oranı da arttı. Gebeliği önleyici usullerin kullanım başarısı şehirli kadınların yaşa özel doğurganlık hızlarının düşmesini hızlandırdı.

Böylece istenen doğurganlık sayısı ve aile büyüklüğü konusundaki değerler toplumun çoğunluğunda ahlaki ve sosyo-ekonomik değişkenler bütününün işbirliğiyle oluşmuş, sosyo-kültürel değişim doğum, ölüm ve nüfus artış hızı konusunda gerçekleşmişti.

3.3.Ülkemizde düşük doğum-ölüm hızlı dönem (2000'li yıllar):

Düşük hızlı doğum-ölüm dönemine geçilmesi sürecinde sosyo-ekonomik büyümenin nüfus sorununu çözmede etkili olduğu görüldü. Nüfus planlaması programlarının maddi kültürel olanakları, sosyo-ekonomik kalkınma planının yerine geçmedi. Karşılıklı etki Türkiye'nin hem sosyo-ekonomik gelişmişliğini hem de nüfussal dönüşümünü öteki Müslüman ülkelerden farklı bir şekilde gerçekleştirmesini sağladı.

Nüfussal dönüşümün üçüncü evresinde gerçekleşen nüfus dinamiklerinin değişimine kabaca baktığımızda şunları görüyoruz. Nüfusumuz 2000'li yıllarda yapılan ulusal araştırmalar ile ADNKS verilerine göre düşük doğum-ölüm hızlı ve düşük nüfus artış hızının geçerli olduğu bir dönemi yaşamaya başlamış, TDH 2.16 düzeyine gelmişti. 2003 yılında binde 29 olan bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 11 düzeyine gerilemiş; benzer şekilde kaba ölüm hızı binde 9'dan binde 5'e gelmişti (Çizelge 1). Doğuştaki ve değişik yaşlardaki yaşama umudu, ilk döneme göre anlamlı biçimde artmıştı. Cinsiyete göre yaşam umudu, sanayileşmiş ülkelerin örüntüsüne benzemiş, kadınların doğuştaki yaşam umudu, erkeklere göre 5 yaş artmış 78 yıla ulaşmıştı.

Bu dönemin öncesinde ideolojik bağlamda küresel anlayışın ileri sürdüğü yaşam kalitesi merkeze alındı. Buna göre bireylerin karşılanamayan ihtiyaçları üzerinde duruldu, bireyin insan hakları, özellikle kadın hakları öne çıkarıldı. Bunların karşılanması, belirlenen hedeflere ulaşılması için hükümet dışı kuruluşlarla, özel kesimle, yerel yönetimlerle ve bireylerle birlikte hareket edilmesinin altı çizildi. Geleneksel aile planlaması yaklaşımı terk edildi. Politik hassasiyetleri asgari düzeye indiren sağlıklı üreme hakkı kavramı benimsendi. Kavramın içi, aile planlaması yanı sıra, cinsel yoldan bulaşıcı hastalıklar, anne ve çocuk sağlığı ile dolduruldu (19) .

Küresel ideolojinin ileri sürdüğü bu görüşler, siyaseten toplumumuzda egemen konuma getirildi. Özellikle 2000'li yıllarda sosyal devletin temel görevleri etkinlik bağlamında önceki yıllara göre farklılaştırıldı. Temel kamu hizmetleri, özel kesimin kâr güdüsü altında piyasalaşmaya başladı; ticari ilişki öncelikli oldu. Liberal ideoloji kaynaklı bu sosyo-kültürel ilişkilerin neden olduğu dönüşümün, ortaya çıkardığı yeni sorun alanları ülkemizde artık farklılaşıyordu.

Türkiye nüfusunun, nüfussal dönüşüm kuramının üçüncü evresine göre ulaştığı yeni denge döneminin başında, merkez ülkede üretilen küreselleşme görüşleri kaynaklı yasal düzenlemeler ülkemizde vakit geçirilmeden yapıldı. Yeni nüfus politikasının uygulamaları başta sağlık ve sosyal güvenlik olmak üzere eğitim örgütlenmesinin yeni kurgusunda görüldü. Eğitimin ideolojisi farklı yöne çevrildi, özellikle kadın nüfus bağlamında eğitimden erken terkler başladı.

1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda ülkemizin de imza koyduğu "kamunun ailelerin sahip olacağı çocuk sayısına karışmayacağı" ilkesi ülkemizde 2000'li yıllarda siyaseten boşlandı. Lider tarafından doğurganlığın özendirilmesi, sosyo-kültürel değişimi farklı kılacak, nüfussal dönüşümü öteleyecek biçimde her gün farklı biçimde dillendirildi.

Toplumda küçük aile normu genel kabul görmesine karşın, çok kültürlülük ve yürütülen politika nedeniyle bazı ailelerin doğurganlık davranışı bu dönem içinde değişmeye başladı. Yaşa özel doğum hızındaki artış ile TDH'da küçük ölçekte de olsa bir yükselme görüldü. Görünür gelecekte bu artışların, siyasal iktidarın hem algı yaratma hem de sağlık hizmetinde oluşturduğu kısıtlılık (isteyerek düşük hizmetinin kamuda sonlandırılması, uçlardaki ailelere gebeliği önleyici hizmet sunumunu en aza indirme) nedeniyle sürebileceği söylenebilir.

Bu süreçte görülen bir başka nüfussal olgu, toplumda ilk kez karşılaştığımız yaşlı nüfus oranının artışı oldu. Görünür gelecekte toplam nüfus içinde 65+ yaşlardaki nüfusun artması ile birlikte yaşlı nüfusun ölümleri, kaba ölüm hızını artırabilecekti.

Nüfusumuzun farklı kurumların yaptığı projeksiyon çalışmalarına göre yıl ve büyüklük açısından ulaşacağı tahminlerde bir tutarlılık görülüyordu. TDH'nın 2.1'in altına düşeceği; fakat nüfus artış hızının sona ereceği yıllara kadar nüfusun sayısal büyüklüğünün artacağı varsayılıyordu. Buna göre nüfusumuzun 2038-2043 döneminde 93-98 milyona ulaşacağı, bu dönemde durağan bir yapıya kavuşacağı öngörüldü. Bu dönemden sonra azalan doğum hızına karşın, yaşlı nüfusun ölümlerinden ötürü artacak ölüm hızı nüfusumuz azalmasına neden olabilecekti.

3.4. Ailede çocuğa atfedilen değerin değişimi:

Aile içi değişmeyi inceleyenler, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, kadının aile ve toplumda oluşan yeni konumundan ötürü bir dizi kültürel değişme yanında çocuğa atfettiği ekonomik değerin azaldığını, psikolojik değerin yükseldiğini saptadılar. Açıklayıcı gelir-eğitim değişkenlerinin karşılıklı etkisi nedeniyle zaman içinde çocuğun ailedeki işlevi ekonomik olmaktan çıkmış; sevgi sağlayıcı, aileyi tamamlayıcı yönde değişmişti. Sosyo-kültürel değişim süreci içinde ana-babanın temel gereksinmelerini ve yaşlılıklarına ilişkin güvencelerini kendi gelirleriyle karşılamaları sonucu, çocuğun işlevi, çocuğa verilen değerin türü ailede artık farklı algılanıyordu. Algının değişiminin, faydacı (ekonomik) değerden psikolojik değere doğru olduğu gözlendi. Bilindiği gibi faydacı değer, çocuk sayısı ile ilintili birikimli bir değer olarak kabul ediliyordu. Oysa psikolojik değer ilave çocukla artmıyor, hatta azalabiliyordu (20).

Çocuğa atfedilen kültürel değer konusunda 2000'li yıllarda yeni bir davranış biçimi ülkemizde filiz verdi. Kamu, ekonomik yönden muhtaç ailelere "sosyal yardım aktarımını" dinsel ağırlıklı bir uygulama ile doğurganlığı özendirici biçime getirdi. Bu süreçte, kadının çocuğa atfettiği "aileye maddi yardım sağlayıcı yeni bir ekonomik değer" oluşmaya başladı. Kadının doğurmak istediği, ideal bulduğu çocuk sayısı konusunda, toplumun rol model olarak benimsediği lider tarafından, medya aracılığı ile "algı-güdülenme" değişikliği yaratılmaya başlandı. Süreç içinde sağlanan algı değişikliği ve güdülenmenin etkisiyle geliri az, eğitimi yetersiz nüfus gruplarındaki kadınların, istenen, arzu edilen çocuk sayısı artışı kadar doğum yapmasının, muhtaç ailelere yapılan yardımla gerçekleşebileceği görüldü. Ülkemizde HNEE'nün 1968'den beri beş yıl arayla yaptığı araştırmalarda görülen ise "istenen, ideal bulunan, doğurmak istenen çocuk sayısı" ile "doğurulan çocuk sayısı" arasındaki farkın anlamlı olmasıydı. Lider'in oluşturduğu eylem bütününün etkisiyle HNEE'nün TNSA 2003 ve TNSA 2013 verilerine göre özellikle eğitimi olmayan, okuma-yazma bilmeyen, geliri alt gruplardaki ailelerde bu farkın kapandığı saptandı (21). Yeni değerin oluşum sürecinde kadının besleyebileceği, eğitebileceği çocuk sayısı nedense gündeme hiç getirilmedi.

Çok kültürlülük temelinde, sosyo-ekonomik büyüme sürecinde gerçekleşen nüfussal dönüşüm açısından Türkiye'nin sorunu burada düğümleniyor. Düşük eğitim ve düşük gelir dilimi içinde yer alan ailelerin hem sahip olmak hem de doğurdukları çocuk sayısı üçü aştı dörde yaklaştı. Böylece toplumda daha önce görülen küçük aile normundan kopuş başladı. Refah düzeyinin azalışı ile birlikte aileler kamudan aldıkları yardım ve doğurganlık konusunda oluşturulan algı değişikliği ile çocuklarına yeni bir değer atfetmeye yöneldiler. Çocuklarının beslenmesi, eğitimi, gelecekte üretici sistem içinde kendilerini memnun edecek biçimde yer almaları sağlayacak yatırımları, onlar nedense önemsemiyor ya da yoksul aileler nitelikli çocuk yetiştirmeyi dışlıyorlardı. Ayrıca bu ailelerin yeterli kaynağı olmadığı için, çocuklarını üretici sistemin istediği gibi yetiştirme olanakları da yoktu.

Bu süreç içinde çekirdek ailelerde çocuğa verilen değerin iki yönlü olması ülkemiz açısından yeni sorun alanını oluşturdu. Bunlardan ilki yukarıda anlatılanlardı. İkincisi ise gelir temelinde üst ve üst-orta tabakadaki ailelerin, çocuklarına atfettikleri değer bağlamında, çocuklarının yurt dışına göçünü özendirmeleri oldu. Ne var ki bu süreçte bazı ebeveynler, aile serveti ile birlikte kendilerinin de dışgöçünü gerçekleştiriyorlardı. Türkiye'nin nüfussal dönüşümün son evresinde karşılaştığı, ülkemizin çıkmaz sokağa doğru yöneldiği sorun alanı burası oldu. Türkiye üretimini bu işgücü ile nasıl arttırabilecekti?

Toplumda ister istemez yeni bir paradigma gündeme gelmişti. Yanıtlanması gereken soru " Türkiye'de düşük doğurganlık düzeyinden yeniden orta doğurganlık düzeyine bir dönüş olabilir mi?" biçiminde oldu. Bu soruya şimdilik net bir yanıt vermek güç olmakla birlikte Türkiye'de doğurganlığın önümüzdeki yıllarda "düşük-orta" arasında bir düzeye gelebileceği söylenebilir.

Bu yargının kaynakları şöyle açıklanabilir. Ülkemizde TDH ve istenen çocuk sayısı 1975'den beri düşmüş, toplumun kendisini yenileyebileceği doğurganlık hızına (TDH=2.1) 2000'li yıllarda ulaşılmıştı. 2000'li yıllarda ise doğurganlığın belli sınıflar bağlamında yeniden hız kazanmasından ötürü TDH artmış (TDH=2.26), nüfus artış hızı (r) yükselmiştir (r= binde 13.5). Özellikle HNEE'nün TNSA 2013'den önceki 0-4 yıl içinde 25-40 yaşları arasındaki kadınların doğurganlıkları artma yönünde gerçekleşiyor. Çekirdek ailede görülen bu değişim orta doğurganlık düzeyine geçişin işaret fişeği olabilir mi? Süreyi 2003-2013 olarak genişlettiğimizde, çekirdek ailelerin doğurmak istedikleri, ideal buldukları çocuk sayıları da artma yönünde olmuş; bu olgu ülkemizin şimdiye değin gösterdiği örüntünün dışına taşmıştır.

Doğurganlığın görünür gelecekteki artışını aşağıdaki nedenler etkileyebilir. Kamu sağlık örgütünün götürdüğü aile planlaması hizmet demetini daraltması, 25-40 yaş grubundaki evli kadınların istemeden gebe kalması halinde isteyerek yaptıkları düşükleri azaltabilir. Bu yaş grubundaki tüm çiftlerin önümüzdeki yıllarda cinsel yaşamlarında görülecek istenmeyen gebelikler, büyük olasılıkla canlı doğum olarak gerçekleşebilir.

Sağlık örgütü ile değişik sivil toplum kuruluşların 2000'li yıllar öncesinde birlikte çalıştıkları cinsel eğitim programlarının gençler üzerinde büyük etkisi olmuştu (22). Söz konusu programların dışlanması yanı sıra doğurganlığı özendirici politik tutum ve davranış, genç nüfus bağlamında sürdürülebilir kılınmaya çalışıldı. Bu etkilenme "aile gelirinin azlığını ve aile mirasını önemsiz gören" gençler arasında, ideal çocuk sayısının artışı yönünde bir algı olarak gerçekleşebilir.

Doğurganlık düzeyi önümüzdeki yıllarda yukarıda belirttiğimiz "düşük-orta" arası bir düzeye gelebilir. Doğurganlığın bu düzeye ulaşması, nüfussal dönüşüm konusunda

yeni bir tartışmayı başlatabilir. Sosyo-ekonomik büyümenin nimetlerinin tüm toplumu henüz sarmalamadığı ülkemizde doğurganlık artabilir, nüfussal dönüşümde bir gecikme yaşanabilir. Şimdiye değin yapılan nüfus tahminlerinin gerçekleşmesi, ulaşılacak yeni doğurganlık hızından ötürü ötelenebilir.

SONUÇ

Cumhuriyet dönemi boyunca yürütülen nüfus politikaları sonucu nüfusumuz yüksek doğum ölüm hızından, düşük doğum ölüm hızına geçişi açıklayan nüfussal dönüşümü toplum açısından kısa olan bir zaman dilimi içinde tamamlama aşamasına geldi. Ülkemizde doğum ölüm hızının 1923-1983 dönemindeki değişimi "modernleşme" ile bütünleşen Cumhuriyet projesi bağlamında tartışıldı. 1983 sonrasında izlenen liberal nüfus politikalarının amacı "küreselleşme" anlayışı ile örtüştü. Uygulamada, küreselleşmeden ideolojik ayrılıklar kendini 2000'li yıllarda hissettirdi.

Nüfusumuz 94 yıl gibi kısa bir zaman diliminde başlangıç nüfusunun (13 milyon) altı katını (yurt dışındaki misafir işçilerle birlikte 83 milyon) aştı, bu coğrafyada tarihte ilk kez sayısal olarak bu büyüklüğe ulaştı. Nüfusbilim açısından önemli olan nüfusun ikiye katlanması inceleme dönemimiz boyunca 2,5 kez (Başlangıç nüfusu=13-26-52-79) gerçekleşti.

Ölümleri azaltan sağlık hizmeti tüm aile bireylerini kapsadı, kaba ölüm hızı birden düştü. Doğurganlık hızını düşürecek maddi kültür öğesinin kullanımını başlatmak, yaygınlaştırmak, ailede yeni bir nüfus dengesini oluşturmak, doğurgan kuşağa eğitimli giren, bu nedenle ailede konumu farklılaşan kadın tarafından gerçekleştirildi. Çok çocukluluktan az çocukluluğa geçişi maddi kültür öğesi sağlasa da, kadının nüfussal dramını yaratan öteki değişkenler (geçim zorluğu, toprak yetersizliği, işsizlik v.b.) yanı sıra "hayırlı evlat" yetiştirme düşüncesi de bu süreçte hep etkili oldu. Hiç şüphesiz bu yeniliğin uyarlanıp yayılması sürecinde geleneksel değerlerin oluşturduğu engellerin aşılması zorunluluğu doğdu. Bu engelleri aşan kadın çocuğuna psikolojik değer atfetmeye başladı, onlara kendisinin yetiştiği dönemde olmayan biçimde kaynak aktarma gayreti içine girdi. Zaman içinde bunda başarılı olduğu da görüldü. Kabaca ülkemizde nüfussal dönüşümü kadın nüfus başardı.

Dönem içinde tüm yaş bölümlendirmelerine özgü yaşa özel ölüm hızında görülen azalma ile doğuştaki, değişik yaşlardaki yaşam umudu artışı arasındaki ters; fakat kuvvetli bir ilişki, incelediğimiz dönem sonuna doğru daha da belirgin konuma geldi. Bu durum, nüfussal dönüşümü ve geçmişe göre sosyo-ekonomik açıdan iyi oluşu daha doğru bir şekilde ölçen indeksler ile ortaya konuldu. Bu göstergelerden biri olan "doğuştaki yaşam beklentisi" ne göre 1930'larda 30-35 yıl arasında olan doğuştaki yaşam umudu, günümüzde iki katını aştı.

Yine bu değişkenlerden olan nüfusu ikiye bölen ortanca yaş nüfussal dönüşümün gerçekleştiği dönem boyunca 20'li yaşlardan 32 yaşa ulaştı, ekonomik bağımlılık oranları anlamlı biçimde değişti.

Nüfussal dönüşümün son evresine uygun, ülkemiz sanayi istihdamındaki artışı sağlayacak eğitimli, deneyimli beşeri sermayemiz olmadığı gibi, günümüzde kamunun bu nüfusu oluşturma gibi bir politikası da görülmüyor. Türkiye beşeri sermaye birikimini artırmadığı sürece, nüfussal kentleşme olgusu, tarımdan çözülmenin devam edeceği bir süreç içinde yaşanabilir. Bu süreç içinde günümüz genç nüfusuna özgü yaşam biçiminin temel olgusu olarak görülen "ne okuyan ne çalışan" genç nüfusun artışıyla birlikte, başta aile kurumu olmak üzere toplumun gelecekteki sorunları her yönü ile değişik kurumlar temelinde daha da ağırlaşabilir.

Demokratik yaşamda dinî kavramların ve dinsel söylemin nüfus siyasetiyle birleştirildiğinde, toplumun büyük bir açmazla baş başa kalabileceği öngörülüyor. İnsanın değerini ve erdemini gözeten çok kültürlülüğün yerine kültürcülüğün geçirilmesinin en önemli basamaklarından birinin bu olduğu ileri sürülüyor. Tarih, özgürlüğü öteleyen, dinsel kültürle yetişenlerin, çağdaş atılım konusunda başarılı olmadıklarını bize gösteriyor (23). Eğitimini buna göre kurgulayan toplumlar zaman içinde ötekilere hem ekonomik hem de sanat açısından bağımlı oluyorlar.

Nüfussal dönüşüm sürecinde nüfusun hem kendi dinamikleri arasındaki hem de doğa, çevre ilişkisinin tek yönlü olmadığı hassas dengesini yeni anlıyoruz. Nüfus-doğa ikilisinin dünde oluşturduğu sorun alanlarına dünde çözüm üretilmeye çalışıldı. Dünde bildiklerimiz, günümüz sorunlarını çözümlemede yeterli olmuyor. Öyleyse ne yapmalı? Öngörüler bilişim devrimi ile birlikte sınırsız bir dünyadan, sınırlı dünyaya geçiş olduğunu bize gösteriyor (24). Nüfus-doğa ve insan-insan ilişkilerin yarattığı sorunların çözümü, bilinmezi bilinir kılma çabası ancak sosyal bilimlerin değişik dallarının bileşimiyle sağlanabilir. Toplumun yaşamında görülen yoğun ilişkilerin anlaşılması bunu zorunlu kılıyor. Nüfus konusunda çözüm bekleyen yeni yapısal sorunlara çare bulmak sorumluluğu herkese düşüyor. Bu bağlamda çoğulculuk ve farklılık içinde birlikte yaşamın koşulları yaratılabilinir. Herkesin öz saygısını koruduğu; ama yaşamın gerçekleri karşısında işbirliği yaptığı barışçı bir düzen oluşturulabilinir. Günümüz gerçekliğinin değişim ve uzlaşmanın kaçınılmaz olduğu bir yaşamı sürdürebilmekten geçtiğini, demokrasi geleneğinin yaygın kabul gören ilkesinin temelinin bu olduğu unutulmamalıdır. Dönüşüm süreci içinde toplumun yaşamını çağdaş biçimde sürdürebilir kılmak için tarihi bir fedakârlık gerekiyor. Ancak çok kültürlülüğü benimsemek ve farklılıkları korumak, bizi toplum olarak düzlüğe çıkarabilir.

Doğadaki kaynakların sonsuz olmadığını kabul ederek, büyük insanlığın akıl ve bilim öncülüğünde yeni bir doğa-nüfus dengesini kurabileceğini varsayabiliriz. Bu yeni dengenin belirleyicilerinden birinin yeniden orta doğurganlık düzeyine dönüş olmayacağı açık. Nüfusun sürek-

li olarak genç kalacağı; sonsuza değin nüfuslanacağı bir yapıyı bu coğrafyanın bizlere sunduğu doğal kaynakların sınırlılığı bağlamında sürdüremeyeceğini ekonomi bilimi temel yasaları ileri sürüyor. Ülkemizin karşılaştığı yeni nüfus sorunlarını sosyo-kültürel değişim kuramları öncülüğünde incelememiz, sorunlara kurama dayalı çözüm bulmamız kaçınılmaz oluyor.

KAYNAKLAR

1. Davis, J. C. İnsanın Hikayesi. Çeviren: Barış Bıçakçı, 11.Baskı, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür yayınları; 2016: 273-280.
2. Peker, M. Sahil kasabasından büyükşehire evrimleşme sürecinde İzmir'e göç. İzmir: İzmir Büyükşehir Kent Kitaplığı; 2016: 35-56.
3. Ogburn, W. F. Social change: with respect to culture and original natüre. New York: B. W. Heusbsch; 1922.
4. Kingsley, D. "Az gelişmiş ülkelerde ölüm hızlarındaki büyük düşme", İktisadi kalkınma (seçme yazılar). Ankara: ODTÜ yayınları; 1966: 31-35.
5. United Nations, Demographic Yearbook, 1961, New York, 1962.
6. Levy, M J. Modernization and the structure of society 2. Cilt, Princeton, N.J, Princeton Universty Press,1965.
7. Timur, S. Türkiye'de aile yapısı Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını; 1972: 27-32.
8. Devlet Planlama Teşkilatı: Türk köyünde modernleşme araştırması. Ankara: 1970.
9. Barnett, H.G. The basis of cultural change. New York: 1953; 325-335.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013, Ankara: 2014; 66.
11. Blacker, C.P. "Stages in population growth", Eugenics Review, 1947, 39(3); 88-101.
12. Notestein, F. W. "Economic problems of population change", Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists, New York, 1953, s.13-31. ve Peterson, W. Population, 1961,New York, s.11-14.
13. Haupt, A. ve Kane, T. T. : Population handbook international edition, Population Reference Bureau's, , Washington,D.C. 1980, s.24.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü: 2000 Genel Nüfus Sayımı, Ankara, 2002, s.30,.
15. Metropolitan Life Insurance Company Statistical Bulletin, New York, 1958April, s.2.
16. Shorter, C. F. ve Macura M. : Türkiye'de nüfus artışı (1935-1975) doğurganlık ve ölümlülük eğilimleri, Yurt yayınları, Ankara, 1984, s.94.
17. Fişek, H.N. Halk sağlığına giriş, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara, 1983, s.166.
18. Devlet İstatistik Enstitüsü: Genel nüfus sayımı 2000, nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri, Ankara,2002.
19. Ünalan T. Nüfus ve kalkınma göstergeleri, TÜBA yayınları, Ankara, 2004, s. 3-9.
20. Kağıtçıbaşı, Ç. Çocuğun değeri, Türkiye'de değerler ve doğurganlık, Boğaziçi Üniversitesi yayını, İstanbul, 1981.
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013, Ankara, 2014, s.116-120
22. Nüfusbilim Derneği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu: 2007 Gençlerde sağlık ve üreme sağlığı araştırması, Ankara, 2007, s.11-27.
23. Buruma, I. Dinin demokrasiyle İmtihanı, çeviren Deniz Ali Gür, Boğaziçi Üniversitesi yayını, İstanbul, 2015, s. 93-120.
24. Millennium Board Bildirisi: İmkânlarımızın Ötesinde Yaşam, TÜBA, Ankara, 2009.

TÜRKİYE'DE KONTROL PROGRAMLARI

Doç. Dr. Nazan YARDIM

Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve kontrolünde aşağıdaki yaklaşımlar birlikte ele alınmalıdır.

- **Risk faktörlerine odaklanma**; düşük maliyetli çözümler
- **Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı;** erken tanı ve zamanında tedavinin güçlendirilmesi Temel BOH müdahalelerinde en yüksek etki
- **Çok paydaşlı kapsamlı yaklaşım;** sağlık maliye, eğitim, dış ilişkiler, tarım (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan BOH Önlenmesi ve Kontrolü Küresel Eylem Planı 2013-2020 kapsamında ülkeler için BOH önlenmesi ve kontrolüne öncelik verilmesi; modifiye edilebilir risk faktörlerinin azaltılması; ulusal kapasitenin güçlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve evrensel sağlık güvencesi kapsamında korunmasının güçlendirilmesi; araştırmaların desteklenmesi izleme değerlendirmenin yapılması hedefleri belirlenmiştir (2). Ülkemizde de BOH'a bağlı ölümler ve hastalık yükü ilk sıralarda olup dünya ile paralel risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Ölüm nedenlerinde 2016 yılında ilk üç sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8) -iskemik kalp hastalığı, serebro-vasküler hastalıklar- ilk sırada yer aldı. Bunu; %19,7 ile kanserler, %11,9 ile solunum sistemi hastalıkları izledi (3). Hastalık Yükü çalışmasında 2015 yılında ölüm nedenleri ve hastalık yükü ilk on neden içerisinde de kalp hastalıkları (ilk sırada), serebro-vasküler hastalıklar, kanserler, solunum sistemi hastalıkları ve diyabet yer almaktadır (4).

Genel olarak sağlık politikaları değerlendirildiğinde bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili çalışmaların dünya ile paralel olarak 1990'lı yıllarda başladığı ve 2000'li yıllarda hız kazandığı görülmektedir. Beş yılda bir hazırlanan ülke kalkınma planlarından sonuncusu olan Onuncu Kalkınma Planı'nda kronik hastalıklarla mücadele konusuna değinilmiş; 21. öncelikli hedef sağlıklı hayat olarak yer almıştır (5).

Ancak kanser ve ruh sağlığı hizmetleri daha erken dönemlerde çalışılmıştır. "Kronik hastalıklar" olarak ifade olunan kalp damar hastalıkları ile ilgili olarak ise (mülga) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Kronik Hastalıklar Şube Müdürlüğü" kurulmuştur. Daha sonra kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele ve bu hastalıklar konusunda ülke düzeyindeki durumun araştırılması, bu hastalıklar ve risk faktörlerine dair halkın bilinç ve farkındalık düzeyinin yükseltilmesi, bu hastalıklara yol açan risk faktörleriyle etkin mücadele ve halk sağlığına yönelik tehditleri azaltma amacıyla aynı Genel Müdürlük bünyesinde "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" olarak faaliyetlerine devam etmiştir. 2011 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığına bağlı "Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı 694 sayılı HKH ile Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı oluşturulmuştur (6,7). Ayrıca kronik hastalıklarla mücadele Kanser ve Ruh Sağlığı Daire Başkanlıkları yanısıra risk faktörleri ile mücadele için (obezite, sağlıksız beslenme, alkol, fiziksel inaktivite) de 2012 yılında Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı kurulmuş 694 sayılı KHK ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketi Hayat, Tütün, Alkol ve Bağımlılık Yapıcı maddelerle Mücadele Daire Başkanlıkları oluşturulmuştur.

Ülkemizde önlenebilir bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin engellenmesi için tütün ve sigara kullanımının, sağlıksız beslenmenin, fiziksel hareketsizliğin ve alkol kullanımının önlenmesine yönelik kanıtlanmış çözümlerin hayata geçirilmesi için hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi için çeşitli programlar hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bakanlık Stratejik Planında da önemli yer verilmiştir (8). Yürütülen aşağıdaki programlar farkındalık ve eğitim çalışmaları; mevzuat geliştirme, klinik rehberler ve ulusal rehberler standartlar geliştirme, sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu ve izleme değerlendirme başlıklarında faaliyetler içermektedir (9-18).

- Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2015 - 2018)
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017)
- Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)

- Türkiye Kanser Kontrol Programı (2013-2018)
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014 - 2017)
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011 - 2015)

Aşağıda yürütülen programlara ve programlar kapsamında yapılan tarama ve bazı önemli faaliyetlere yer verilmiştir.

1. ULUSAL TÜTÜN KONTROL PROGRAMI (2015-2018)

Tarihçe: Türkiye'nin tütün ve tütün ürünlerine karşı verdiği mücadele, Başbakan Necmettin Erbakan Hükümeti ve Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna zamanında 26.11.1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" ile başlamış olup "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)"nin ülkemiz adına dönemin Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep AKDAĞ tarafından 2004 yılında imzalanmasıyla birlikte ivme kazanmıştır. TKÇS, sigara kullanımının dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşmasına ve tütün şirketlerinin pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilmiş ilk uluslararası küresel sağlık anlaşmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde 21 Mayıs 2003 tarihinde kabul edilmiş, Türkiye tarafından da 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmıştır. Türkiye, 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren bu uluslararası sözleşmeyi imzalayan dünyadaki 43. ülke olmuştur. Bugün itibarıyla 181 ülke, TKÇS'ye taraftır . TKÇS kapsamında oluşturulan Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın bir bütün olarak uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi için 81 ilde İl Tütün Kontrol Kurulları kurulmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK), İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Maliye Bakanlığı gibi kamu kurum ve kuruluşlarının, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütlerinin temsilcilerinin bulunduğu Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi kurularak oluşturulan 10 alt çalışma grubuyla Eylem Planının amaç ve hedefleri doğrultusunda faaliyetlerin yürütülmesi sağlanmıştır. Tütün kullanımı ile mücadeleyi sürdürmek ve kullanımını azaltmak hususunda Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015 yılında güncellenmiş ve 2015/1 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe girmiştir.

4207 sayılı Kanun'un etkili şekilde uygulanmasını sağlamak için güçlü bir denetim mekanizması geliştirilmiştir. İlgili kamu kurum ve kuruluşlarda görevli personellerden (sağlık personeli, emniyet kuvvetleri, milli eğitim, belediye zabıtası vb.) denetim ekipleri oluşturulmuştur. Denetimler, Valilikler ve Kaymakamlıklarca yetkilendirilmiş denetim ekiplerince rutin denetimler ve ihbarlara yönelik denetimler şeklinde yapılmaktadır. Yasaklanmış alanlarda tütün ürünü tüketilmesine şahit olunması durumunda ihbarlar, ALO 184 Tütün İhbar Hattına yapılabildiği gibi, tütün ihbarını kolaylaştırmak ve alternatif kanalları geliştirmek için ihlal bildiriminin akıllı telefonlar aracılığıyla yapılmasını sağlayan ve Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi ile entegre çalışan "Yeşil Dedektör" mobil uygulamasına da ihbarlar iletilebilmektedir .

4207 sayılı Kanun'da yapılan düzenlemeyle tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara (bitkisel nargile, elektronik sigara) tütün ürünü kabul edilmiştir. Ayrıca aynı dönemdeki üçüncü ihlal tekerrüründe iş yerinin on günden bir aya kadar kapatılmasıyla ilgili değişiklikler yapılmıştır. Tütün kullanıcılarının bırakmasına yardımcı olmak amacıyla kurulan sistem; herhangi bir sağlık profesyonelinin yaptığı kısa müdahale olan bırakma önerisi, Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı ve eğitimli uzmanlar tarafından verilen psikososyal davranış desteği gibi daha yoğun yaklaşımları ve bilimsel etkinliği kanıtlanmış ilaçların kullanılmasını içeren Sigara Bırakma Poliklinik hizmetinden oluşmaktadır .

Türkiye'deki tütün kontrolü faaliyetleri, DSÖ'nün belirlediği MPOWER politika paketi kapsamında değerlendirildiğinde, ülkemiz, 6 temel uygulama başlığındaki kriterleri yerine getiren dünyadaki ilk ve tek ülke olmuştur. Tütün ile mücadele çalışmalarından dolayı DSÖ tarafından Cumhurbaşkanı Sn. Recep Tayyip ERDOĞAN'a DSÖ Genel Direktörü tarafından "Küresel Sigara ile Mücadele 2010 Özel Ödülü", Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü Margaret Chan tarafından 31 MAYIS 2013 tarihinde ise "Küresel Tütün Kontrolü Özel Prestij Ödülü" verilmiştir (9).

Resim 1. *Küresel Tütün Kontrolü Özel Prestij Ödülü Verilişi*

Tarama Programı: Sağlık Bakanlığı Tütün, Alkol ve Bağımlılık Yapan Maddelerle Mücadele Başkanlığı'ndan elde edilen bilgilere göre bağımlılıkla mücadele kapsa-

mında birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amacıyla hazırlanan "Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı" çerçevesinde 5 günlük eğitici eğitimini alan 193 eğitimci, 81 ildeki toplam 19.187 aile hekiminin eğitimlerini tamamladı. Bu eğitim programının sonunda aile hekimleri, tütüne yönelik kısa klinik müdahale kapasitesini, uyuşturucuya yönelik olarak da erken müdahale ve yönlendirme kapasitesini kazanmış oldu. Gelen hastalara sigara içme durumları sorularak ya aile hekimi tarafından tedavi veya sigara bırakma polikliniklerine yönlendirme yapılmaktadır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) içerisinde sigara durumu zorunlu alan olmadığı için sürekli veri akışı bulunmamaktadır.

2. TÜRKİYE SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT PROGRAMI (2014-2017)

Tarihçe: *''DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından obezite konusundaki ilk çalışma 1997 yılında yayımlanan obezitenin önlenmesi ve tedavisi konusundaki rapordur. Bu raporun ardından 1999'da 24 ülkenin imzaladığı "Milano Deklarasyonu" yayımlanmıştır. Giderek artan obezite epidemisi nedeniyle, ülkemiz ev sahipliğinde 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da "DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı" düzenlenmiş, açılışı zamanın Başbakanı Sayın Recep Tayyip Erdoğan tarafından yapılan konferans süresince obezite epidemisi masaya yatırılarak çözüm önerileri tartışılmıştır. Söz konusu konferans ulusal ve uluslararası boyutta, başta sağlık olmak üzere tarım, eğitim, spor, ulaşım, sosyal güvenlik gibi diğer ilgili Bakanlar ve devlet sektörlerinin üst düzey yetkilileri, hükümetler arası kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri, uzmanlar ve uluslararası kuruluş temsilcileri ve basın mensupları olmak üzere yaklaşık 500 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Konferans sırasında T.C. eski Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ ve DSÖ eski Avrupa Bölge Direktörü Sayın Dr. Marc DANZON tarafından "Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi" imzalanmıştır''*(10). 4-5 Temmuz 2013 tarihlerinde gerçekleşen, ev sahipliğini Avusturya'nın yaptığı Viyana Bakanlar Konferansı'nda da, Sağlık 2020 Kapsamında "Beslenme ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Viyana Deklarasyonu" üye ülkeler tarafından imzalanmıştır.

Bakanlığımızca hazırlanan "Sağlık 21 Herkes İçin Sağlık" programında obezitenin hipertansiyon, diyabet vb. hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Bakanlığımızın 2013-2017 yılı Stratejik Planında da "Toplumu sağlıklı beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak için destekleyici çevrelerle programlar oluşturmak" hedefler arasında yer almaktadır. Obezitenin önlenmesine yönelik faaliyetlere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek ve faaliyetlerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamak amacıyla "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)" 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete'de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmış ve program güncellenerek (2014-2017) uygulanmaya başlamıştır (10).Ayrıca "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015) hazırlanmış ve güncellenerek uygulanmaktadır. Obezite diyabet için önemli bir risk faktörüdür. Türkiye Diyabet Programı kapsamında da obezite ile mücadele edilmekte, halk farkındalık eğitim çalışmaları, uygun tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları (klinik tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi) ve izleme değerlendirme başlıklarında çalışmalar yürütülmektedir (11) .

Tarama Programı: "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberi 2015 yılında yayınlanmıştır (19)". Bu rehber sağlıklı görünen insanların görüşme, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, bağışıklama programları gibi bir dizi standart işlem kullanılarak yaşa, cinsiyete ve risk gruplarına göre belirli aralıklarla değerlendirilmelerini içeren ve ulusal programlarımıza göre zorunlu olarak yapılması gereken taramalardan oluşmaktadır. Rehberin içinde kronik hastalıklar da önemli bir bölüm olarak yer almaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yönelik olmak üzere Obezite ve Diyabetli bireyler için kontrol listeleri ve danışmanlık klavuzu (20) ve Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi (21) hazırlanmış; algoritmalar geliştirilmiştir. Halen söz konusu rehberler baz alınarak aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile diyetisyenler için obezite ve diyabet hastalarının takipleri ve hastalık yönetimi için performansa dayalı ödeme modelleri üzerinde çalışılmaktadır.

Fizik aktivite tarama programı uygulamaları içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi'nde (22) yer alan öneriler kapsamında ve Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile Sağlık Bakanlığı işbirliğinde öğrencilerde Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite farkındalığını arttırmak ve teşvik etmek amacıyla "Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi" geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği işbirliği ile NUTS-I düzeyinde 12 bölgede beden eğitimi ve spor dersi öğretmelerine "Sağlıkla İlgili Fiziksel uygunluk Karnesi Eğitim Programı" düzenlenmiştir. İlk Uygulama 15 Nisan-15 Mayıs 2017 tarihinde T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı tüm ortaokul ve liselerde başlatılmış, karne e-okul sistemine entegre edilmiştir. Fiziksel Uygunluk Karnesinin ülkemizde de uygulanması ile uzun vadede ortaokul ve lise öğrencilerinin gelişimlerinin izlenmesi hususunda faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca beslenme tarama programı olarak ulusal beslenme sorunlarına yönelik etkin, yararlı ve tutarlı besin ve beslenme plan ve politikalarının hazırlanabilmesi için Devlet Planlama Teşkilatı eşgüdümünde hazırlanan "Ulu-

sal Gıda ve Beslenme Eylem Planı" nda da (Mart 2003) öngörülen Ulusal Gıda, Beslenme ve Sağlık Araştırmaları yapılmaktadır. 1974, 1984 (3 ilde), 2010 Beslenme ve Sağlık Araştırmaları yapılmıştır (23). 2017 Mayıs ayında pilot çalışma Gaziantep'te yapılmış olup çalışma Eylül-Aralık 2017 sonbaharında tamamlanacaktır. Ayrıca DSÖ Avrupa bölgesi işbirliğinde Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI 2013 ve 2016) her üç yılda bir olmak üzere ilkokul 2. sınıf çocuklarında obezite, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarının periyodik tarama ve takiplerinde yapılmaktadır (24).

3. Türkiye Diyabet Pogramı (2015-2020)

Tarihçe: Sağlık Bakanlığı bünyesinde, önceki yıllarda da diyabetle programlı bir şekilde mücadele etme yaklaşımıyla çalışmalar yürütülmüştür. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nun girişimi ile hazırlanan ve 1989 yılında ilan edilen "St.Vincent Bildirisi" ülkemiz adına 1992 yılında imzalanmıştır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığı önderliğinde "Ulusal Diyabet Programı" adı ile geliştirilen program uygulamaya konulmuş, bu kapsamda 2003 yılında 15 diyabet polikliniği/merkezi oluşturulup yaygınlaştırılmıştır. St. Vincent Bildirisinin 10. yıl dönümüne denk düşen Beşinci Takip Toplantısı 1999 yılında Sağlık Bakanlığı ev sahipliğinde İstanbul'da düzenlenmiş ve neticesinde "İstanbul Bildirisi" yayınlanmıştır. Bu program 2003 yılında revize edilmiş ve "Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı" olarak düzenlenmiştir. Bu program diyabete yönelik mücadele ve diyabet yönetimi politikalarının, DSÖ'nün ilgili strateji ve eylem planlarına paralel ve günümüzün mücadele tekniklerine uygun olarak yeniden düzenleme çalışmasının bir sonucudur.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan 'Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014', toplumda diyabet farkındalığını arttırarak gelecek nesilleri diyabetten korumayı ve tanı alan hastalara sunulan diyabet bakım kalitesinin yükseltilmesini, komplikasyonların ve diyabete bağlı ölümlerin azaltılmasını amaçlamıştır. "Türkiye Diyabet Programı 2015-2020" bir önceki program kapsamında elde edilen tecrübeler ışığında ve bu program ile ilgili geri bildirimlerden yola çıkılarak Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından güncellenmiştir. Bu program ile bir önceki program aracılığıyla elde edilen kazanımların genişletilmesi ve yaygınlaştırılması amaçlanmıştır .

Tarama Programı: Program kapsamında aile hekimleri için klinik tanı tedavi izleme rehberi Tip 2 ve Tip 1 diyabet için hazırlanarak dağıtılmıştır. Rehberlerde tarama kriterleri yer almaktadır. Ancak obezite takiplerinde olduğu üzere zorunlu nüfus taramaları henüz başlatılmamıştır. Yılda iki defa hastane diyabet hemşire ve diyetisyenlerine Ankara'da eğitimler düzenlenmektedir. Birinci basamak diyetisyenler için de eğitimler 2018 yılında planlanmıştır (11).

4. Türkiye Kanser Kontrol Pogramı (2013-2018)

Tarihçe: Türkiye'de kanser konusunda ilk düzenleme 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneğinin kurulmasıyla başlamıştır. 1962 yılında Temel Sağlık Hizmetlerinde Şube Şefliği, 1970 Yılında Kanser Savaş Müdürlüğü kurulmuştur.1982 yılında kanser ihbarı zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. 1983 yılında, Bakanlığımız bünyesinde müstakil Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kurulmuştur (12). 02.11.2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile THSK bünyesinde ve Eylül 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü içerisinde Kanser Hizmetleri Daire Başkanlığı adı ile yeniden yapılanmıştır (6,7). Hazırlanan Ulusal Kanser Kontrol Programının ilk fazı 2008-2013 yılları arasında yürütülmüştür. Güncellenen program halen uygulanmaktadır (2013-2018).

Tarama Programı: Ülkemizde kanser taramaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. KETEM'ler meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedir. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni ve tıbbi teknologlar görevlendirilmiştir. Çalışanlar aynı zamanda kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitilmiştir. Serviks ve meme kanserleri için yürütülen taramalar çeşitli yöntemlerle (mektup, telefon) kadınlarımızın davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde devam etmektedir.

Meme kanseri taramalarını toplum tabanlı olarak 40-69 yaş arasındaki kadınlara 2 yılda bir mamografi çekilmesidir. Mobil ünitelerde ve KETEM'lerde çekilen mamografi görüntüleri Ankara'da Hacettepe teknokentte kurulan raporlama merkezine online olarak aktarılmakta ve her mamografi en az iki radyoloji uzmanı tarafından merkezi olarak raporlanmakta olup raporların kalitesi Avrupa Birliği kalite kriterleri doğrultusunda Türk Radyoloji Derneği ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu tarafınca denetimi yapılmaktadır. Sonuçlar görüntülerin merkeze ulaşmasından itibaren 10 gün içinde web tabanlı bir yazılımla hastalar tarafınca Türkiye'nin her yerinden görülebilmektedir. Pozitif çıkan olgular üst teknoloji cihazlara sahip teşhis merkezlerine yönlendirilmektedir. Serviks kanseri taramalarında 2014 yılı Ağustos ayından itibaren HPV-DNA testi kullanılmaya başlanmıştır. HPV-DNA taramaları her ilimizde Aile Hekimlikleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve KETEM'ler de 30 - 65 yaş arası tüm kadınlarımıza 5 yılda bir ücretsiz yapılmaktadır. Kolorektal kanser taramaları da 2013 yılında başlamıştır. 50-70 yaş arasındaki kadın ve erkeklere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile yapılmaktadır (12).

Palyatif bakım, ağrının ve acı veren diğer semptomların

giderilmesini sağlayan, ölümü olağan bir süreç olarak gören, ölümü hızlandırmayı ya da geciktirmeyi amaçlamayan bir yaklaşımdır. Ülkemizde palyatif bakım yaklaşımı ilk kez Kanser Kontrol Programı'nın bir parçası olarak 2008 yılında başlamıştır. Hastanelerdeki palyatif bakım merkezleri ile aile hekimleri ve evde sağlık ekiplerinin uyumlu çalışmaları önemlidir (12).

5. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)

Tarihçe: Ülkemizde ruh sağlığı alanı tarihi içinde ilk akla gelen kurum hiç kuşkusuz Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesidir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde ruh hastalarına bakım vermek üzere kurulmuş olan şifahane ve bimarhanelerden, 1927'de kapanan Toptaşı Bimarhanesinin yerine kurulan Bakırköy Emraz-ı Asabiye ve Akliye Hastanesi Türkiye'de bu alanda önemli işlev üstlenmiş bir kurumdur. Bugünkü adıyla Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cumhuriyet döneminin başlangıcından beri fiilen ülkenin ruh sağlığı hizmeti ve eğitimi veren en büyük kuruluşu olmuştur

Türkiye'de ruh sağlığı alanının tarihsel gelişimi, halk sağlığında yapılan reform çalışmalarına paralel olmuştur. Bunlardan en önemlisi, 1930'da çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda temel sağlık hizmetleri arasında ruh sağlığı konusunda da düzenlemelere yer verilmiş olmasıdır.

1950'den sonra bazı illerde kurulan ya da yeniden yapılandırılan Numune Hastaneleri de sağlık alanında önemli gelişmelere katkıda bulunmuştur. Bu hastanelerin psikiyatri servisleri ülkedeki psikiyatri eğitimine kayda değer katkılar yapmıştır. Eğitim konusunda Üniversitelere bağlı Tıp Fakülteleri ve bunların Psikiyatri Bölümleri de önemli işlevler yürütmüştür.

Cumhuriyet döneminde Bakırköy'ün yükünü azaltmak üzere ruh sağlığı hastaneleri açılmaya devam ederek, bölgelerine hizmet veren ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri sayısı dokuza çıkmıştır. Ayrıca her ile en az bir devlet hastanesi açılmış olup, mümkün olduğu ölçüde bu hastanelerde de psikiyatri servisleri oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi içinde ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu için 1984 yılında Sağlık Bakanı Mehmet Aydın zamanında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2011 yılı Kasım ayına kadar, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ruh sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinden sorumlu temel hizmet birimleri olarak hizmet vermiştir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yürütülen ruh sağlığıyla doğrudan ilgili hizmetler ağırlıklı olarak koruyucu ruh sağlığı çalışmalarına ayrılmıştır. Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ayrıca ülkede ruh sağlığı alanında politika, plan ve programlar geliştirmek amacıyla çalışmalarda da bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin hizmet merkezleri olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini daha da yaygınlaştırmak ve etkili hale getirmek için 1997'de bir genelge yayınlamıştır. Bu kapsamda, ruh sağlığı hizmetlerini de birinci basamaktan itibaren vermeyi ve ruhsal bozuklukları olan vatandaşları birinci basamakta izlemeyi benimsemiş ve bu doğrultuda birinci basamakta görev yapan hekimlere ruh sağlığı bozukluklarının tanı ve yönlendirilmesi konusunda hizmet içi eğitimler düzenlemiştir.

2 Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde, Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı kurulmuştur. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ruh sağlığı ve hastalıkları hizmetleri yürütülmektedir.

Ruh sağlığının geliştirilmesi için 2006 yılında "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metninin kabulü sonrasında "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" geliştirilmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, güncel sağlık stratejilerinin 2023 yılı itibariyle Türkiye'deki yansımalarına göre 2011–2023 dönemini üç aşamalı olarak kapsamaktadır. Eylem Planı'nda ruh sağlığı hizmetleri bir bütün olarak ele alınmış, bu hizmetlerin diğer sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde organize edilmesi ve planlanmasına çalışılmıştır.

Ulusal ruh sağlığı politika metninde 2006 yılında toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve Bakanlığımız ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı almıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında da toplum temelli hizmet modelinin ülke geneline yaygınlaştırılması için gerekli düzenlemeler ile açılacak Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin planlaması yapılmıştır.

"Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Hakkında Yönerge" 16.02.2011 tarihinde yürürlüğe girmiş, 06/03/2014 tarihinde revize edilmiştir.

Mevcut durumda ülkemizde tescil işlemleri tamamlanan 77 ilde toplam 156 TRSM bulunmaktadır. Bugüne kadar bu merkezlerde toplamda 50.500 hastaya ulaşılmış olup, 32.397 si kayıtlı olarak takip edilmektedir. Bu merkezler bugüne kadar 88.681 ev ziyareti yapmıştır.

Tüm illerde toplam 236 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin hizmet vermesi planlanmaktadır.

0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı: Bu programın amacı; çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını

birinci basamak sağlık hizmetleri içine entegre ederek, gebe ve çocuğun biyopsikososyal bakış açısı ile bütüncül olarak izlenmesini sağlamaktır. Program kapsamında; beslenme yetersizliği düzeyinde yoksulluk, çevresel gelişim gerilikleri, anne/baba ruhsal bozuklukları, şiddet, ihmal-istismar gibi risk faktörleri tespit edilmektedir.

"0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Projesi" Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Mülga) - Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 1994-1997 yılında; Adana, Ankara, Bursa, Eskişehir, Erzurum, Malatya, Manisa, Tekirdağ ve Trabzon'u kapsayan 9 ilde yapılmıştır. 28.01.1999 tarihinde Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, çalışmayı program olarak uygulayıp geliştirmekle görevlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığınca Bursa ilinde yürütülen programın işleyişi ile ilgili incelemeler sonucunda program 2005 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Program kapsamında; 2005 yılından günümüze 26 eğitici eğitimi düzenlenerek 836 personele eğitici eğitimi verilmiştir. Bu eğitimciler tarafından bugüne kadar 22.734 Aile Sağlığı Elemanı ve 21.360 Aile Hekimine eğitim verilmiştir.

Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM): Ülkemizde mevcut sistemde cinsel istismara uğrayan, ihmal edilen çocukların tanı, tedavi, bildirim, izlem ve adli işlem süreçlerinde çeşitli aksaklıklar ve bunun sonucunda da istismara etkin bir biçimde müdahalede sıkıntılar yaşanmaktadır. Tıbbi ve adli işlemler çocuğun yaşantılarını uygunsuz koşullarda defalarca dile getirmesine neden olmakta bu da çocuğun uğradığı travmayı şiddetlendirmektedir. Bu sebeple; çocuk istismarı ile etkin mücadele faaliyetleri kapsamında; cinsel saldırılara maruz kalmış çocukların korunmasını sağlamak, örselenmesini asgariye indirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı), Milli Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı'nın paydaş olduğu bir çalışma başlatılmış ve 18 Ekim 2010 tarihinde Ankara'da bir pilot merkez olarak "Çocuk İzlem Merkezi" (ÇİM) kurulmuştur. 04.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmi Gazete'de "Çocuk İzlem Merkezi Başbakanlık Genelgesi" yayımlanmıştır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda Çocuk İzlem Merkezleri Yönetmeliği Taslağı hazırlanmıştır. Çocuk İzlem Merkezleri'nde 0-18 yaş grubu cinsel istismara uğradığı düşünülen çocukların adli görüşmeleri, adli ve psikiyatrik muayene ve takipleri yapılmaktadır. ÇİM cinsel istismara uğrayan çocuklara multidisipliner hizmet veren bir yapıdır, 24 saat hizmet vermektedir.

Söz konusu merkezlerin 2017 yılı sonuna kadar Sağlık Hizmet Bölgeleri'ne yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Toplamda 27 ilde 30 ÇİM bulunmaktadır. Halen Ankara, Adana, İstanbul (4 adet), Edirne, İzmir, Kocaeli, Bursa, Denizli, Manisa, Antalya, Diyarbakır, Gaziantep, Elazığ, Sivas, Malatya, Van, Erzurum, Mersin, Trabzon, Samsun, Karabük, Konya, Kayseri, Eskişehir, Şanlıurfa, Afyonkarahisar, Zonguldak illerinde ÇİM hizmet vermektedir. ÇİM'lerde görev yapacak adli görüşmeciler için; 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında "Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı" standartlarına uygun olarak eğitimler düzenlenmektedir. Eğitime; çocuk gelişimcisi, psikolog, sosyal çalışmacı ile çocuk gelişimi, psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, sosyal hizmet, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ve adli hemşirelik alanlarında yüksek lisans yapmış hemşireler kabul edilmektedir.

6. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)

Tarihçe: Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi'ndeki kalp damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmak amacıyla "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'ni imzaya açmıştır. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme T.C. Sağlık Bakanı Prof Dr Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarınca imzalanmıştır . Söz konusu imza töreninde ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan kalp ve damar hastalıklarının önleme ve kontrolü için birincil, ikincil, üçüncül korumaya yönelik amaç ve hedefler yanı sıra örgütlenme, insangücü planlaması, eğitim, surveyans ve programa izlem ile ilgili amaç ve hedeflerin belirlendiği ulusal program kamuoyuna duyurulmuş ve uygulanmaya başlamıştır. (14).

Tarama Programı: DSÖ, Türk Kardiyoloji Derneği, Avrupa Kardiyoloji Derneği ortak çalışması ile SCORE-Türkiye ölçeği geliştirilmiştir. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi kılavuzu hazırlanmış olup birinci basamak sağlık hizmetinde uygulama standardizasyonu sağlanmaktadır.

40 yaşın üstünde olan bireylerde başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması tarama olarak planlanmıştır. Bu konuda 2011 yılında 15 yaş üzeri nüfusumuzda İstanbul, Ankara ve Erzurum illerinde pilot olmak üzere Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması yapılmıştır.

Diğer yandan kontrol programı kapsamında kalp ve damar hastalıklarına yönelik sağlık hizmet sunum kalitesini artırmak için 2011-2023 yılları için özellikli sağlık hizmet planlaması yapılmıştır. Acil sağlık hizmetleri, poliklinikler, yoğun bakım servisleri ve yatan hastalara sağlık hizmet sunumunu geliştirmek üzere kapasite geliştirme ve insan gücü planlama çalışmaları sürdürülmektedir.

Dolaşım sistemi hastalıklarının gelişiminin önlenmesine

yönelik olarak toplumun risk faktörleri ile ilgili farkındalığının artırılması için afiş, broşür, video vb. farkındalık materyalleri hazırlanmakta ve 81 ilde farkındalık çalışmaları yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık gelişiminin önlenmesi için sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler yapılmaktadır.

Kılavuzların aile hekimleri tarafından doğru bir şekilde uygulanabilmesi için, aile hekimlerine yüz yüze eğitim vermek üzere 81 il için eğitici eğitimleri yapılmaktadır.

7. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)

Tarihçe: Kronik Böbrek Hastalığı'nın (KBH) giderek artan tıbbi, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak için hastalığın tedavisinden çok gelişimini önlemeye, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleriyle ilerlemesini engellemeye, hastaların yaşam sürelerini uzatmaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik ilk defa Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017 hazırlanmıştır (15).

Tarama programı: Program kapsamında 2016 yılından itibaren ülkemizde kreatinin istenen her hastanın glomerüler filtrasyon hızı (CPK-Epi formülü ile GFR hesaplanması) hesaplanarak erken evre böbrek yetmezliği taraması yapılmaktadır. Ayrıca hipertansiyon kılavuzu hazırlanmış olup birinci basamak sağlık hizmetinde uygulama standardizasyonu sağlanmaktadır. 18 yaşın üstünde olan bireylerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda bir kez kan basıncı ölçümü yapılması tarama olarak planlanmıştır. Kılavuzların aile hekimleri tarafından doğru bir şekilde uygulanabilmesi için, aile hekimlerine yüz yüze eğitim vermek üzere 81 il için eğitici eğitimleri yapılmaktadır (15) .

Dolaşım sistemi hastalıklarının gelişiminin önlenmesine yönelik olarak toplumun risk faktörleri ile ilgili farkındalığının artırılması için afiş, broşür, video vb. farkındalık materyalleri hazırlanmakta ve 81 ilde farkındalık çalışmaları yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık gelişiminin önlenmesi için sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler yapılmaktadır.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 2017 yılında kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin tespitine yönelik Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasının saha çalışması tamamlanmıştır.

Hayati istatistiklerin güncellenmesi kapsamında ölüm bildirim sistemi kurulmuştur. İdari sağlık kayıtlarından (KDS) kronik hastalıkların sıklıklarına dair veriler elde edilmektedir.

8. Türkiye Kas ve İskelet Sistem Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)

Tarihçe: Kas ve iskelet sistemi hastalıklarının önlenmesi, erken tanısı, tedavisi için kalıcı ve etkili adımların atılması, rehabilitasyon hizmetlerinin arttırılması ve engelliliğin azaltılması amacıyla "Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı" hazırlanmıştır (16).

Tarama Programı: Program kapsamında osteoporoz taraması için kılavuz hazırlıklarına başlanmıştır. Ayrıca kas ve iskelet sistemi hastalıklarının gelişiminin önlenmesine yönelik olarak toplumun farkındalığının artırılması için afiş, broşür, video vb. farkındalık materyalleri hazırlanmakta ve 81 ilde farkındalık çalışmaları yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık gelişiminin önlenmesi için sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler yapılmaktadır (16).

Teşekkür: *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı, Kanser Daire Başkanlığı, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ve Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlıklarımıza Daire Başkanları Dr, Sertaç Polat, Dr. Ezgi Hacıkamiloğlu, Dr. Esra Alataş ve Dr. Banu Ekinci başta olmak üzere desteklerinden dolayı teşekkür ederim.*

KAYNAKLAR

1. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/ erişim tarihi 03.08.2017)
2. Global Action Plan for prevention and control of NCDs 2013-2020; ISBN 978 92 4 150623 6
3. TÜİK Haber Bülteni, 2016 ölüm nedeni istatistikleri, sayı 24572
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease (GBD) 2025
5. T.C Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018; Ankara 2013
6. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Karar Sayısı KHK/663 , Resmi Gazete
7. Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Karar Sayısı 694 25 Ağustos 2017 Tarihli ve 30165 Sayılı Resmi Gazete
8. T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017
9. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2015 - 2018)
10. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017)
11. T.C Sağlık Bakanlığı Diyabet Kontrol Programı (2015-2020)
12. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı (2013-2018)
13. T.C Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)
14. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
15. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014 - 2017)
16. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2016-2020)
17. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014 - 2017)

18. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011 - 2015)
19. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Ankara 2015
20. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Diyabet ve Obezite Kontrol Listeleri Ve Danışmanlık Klavuzu 2016
21. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Ankara 2017, ISBN: 978-975-590-644-7
22. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi Ankara 2014 ISBN : 978-975-590-492-4
23. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Şubat 2014
24. Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması 2013 (COSI-TUR 2013), Ankara 2014 ISBN : 978-975-590-494-8

DİYABET KONTROLÜ

Prof.Dr.Sibel Sakarya

1923-1960 DÖNEMİ

Türkiye'de diyabet konusundaki ilk bilimsel çalışmalar 1890-1925 yıllarında Dr. Kemal Cenap Berksoy (1876-1949) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kendisinin Diyabet ve Sekretin başlıklı kitabı bu alanda önemli bir eser olarak kabul edilmektedir (1). Berksoy'un sekretin ile ilgili çalışmaları yurtdışında yankı bulmuş, birçok araştırmacı daha sonra yaptıkları yayınlarda kendisine atıfta bulunmuş ve onun çalışmalarını doğrulayan ifadeler kullanmışlardır.

Türkiye'de diyabetin kontrolüne yönelik ilk çalışmalarda, öncelikle diyabet poliklinikleri açarak hastaların tedavisinin sağlanması amaçlanmıştır. Hastane bünyesinde verilen diyabet polikliniği hizmetlerinin ilki 1936-1940 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi'nde Prof. Dr. Ali İhsan Aksan tarafından başlatılmıştır. Prof. Dr. Eric Frank da, bugünkü adı ile Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi olan, o zamanki adı ile Vakıf Guraba Hastanesinde diyabet polikliniği ve diyabet mutfağını kurmuştur (2). Dr. Frank'ın adı Bezmialem Vakıf Üniversitesinde bulunan Eric Frank Amfisi ile yaşatılmaktadır.

Cumhuriyetin erken dönemlerinden başlayarak, Dernek ve Vakıfların Türkiye'de diyabetin kontrolüne yönelik çalışmalar açısından önemli bir rolü olduğu; hatta ilk çalışmaların bu tür sivil toplum kuruluşları tarafından başlatıldığı görülmektedir. Bu kuruluşların temel amacı toplumda diyabet farkındalığını artırmak, diyabetli kişilere hastalıklarının doğru yönetimi konusunda bilgi sağlamaktır. Bunun yanı sıra söz konusu dernek ve vakıflar, sağlık çalışanlarının eğitimine ve toplumda diyabetle ilgili durumun saptamasına yönelik saha çalışmalarının yapılmasına da öncülük etmişlerdir. Bunlardan ilki, 1955 yılında kurulmuş olan Türk Diyabet Cemiyeti (TDC)' dir (3). TCD kurulduğunda Türkiye'de yaklaşık 3000-3500 diyabet hastası olduğu belirtilmektedir (4); bugün bu sayının 7 milyona ulaştığını da belirtmek gerekir (5). TDC'nin kurulduğu dönemde yapmaya başladığı etkinlikler, bugün diyabetin kontrolüne yönelik müdahale stratejilerinin pek çoğunu kapsaması açısından önemli ve dikkat çekicidir. Cemiyetin amacı diyabet hastalığı, korunma yolları ve tedavisi hakkında halkın bilgilendirilmesi amacıyla eğitimler düzenlemek, bilimsel araştırmalar yapmak ve diyabet kontrolüne yönelik politikaların oluşturulmasına destek vermek olarak belirtilmiştir. TDC'nin diyabetin kontrolüne yönelik etkinlikleri arasında sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi de önemli bir yer tutmuştur. Türk Diyabet Cemiyeti, 1959 yılında 21. üyesi olarak Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)na katılmıştır. Derneğin başlangıç etkinlikleri daha çok diyabetin birincil (halkın hastalıktan korunma yolları konusunda bilgilendirilmesi gibi) ve ikincil (diyabet taramaları gibi) korumasına yönelik olmuştur. Türkiye'de diyabetin sıklığını belirlemek için yapılan ilk toplum tabanlı bölgesel çalışmalar da 1960'da yine TDC tarafından başlatılmıştır. O tarihte Türk Diyabet Cemiyeti Başkanı olan Prof. Dr. Celal Öker ve arkadaşları 28 ilde diyabet taraması yaparak ülkenin diyabet haritasını çıkartmışlardır; ilk diyabet taraması da Adapazarı'nın Karasu kazasında yapılmıştır (2).

1960-1980 DÖNEMİ

Bu dönemde diyabetin kontrolüne yönelik ulusal bir plan veya program henüz geliştirilmemiştir. Vakıf ve derneklerin çalışmaları devam etmektedir. Türkiye Diyabet Cemiyeti, 1961 yılında diyabetiklere yönelik olarak "Diabet" isimli ilk dergiyi yayımlanmıştır (o günlerde diyabet "diabet" olarak yazılmaktadır). 1961'de de sağlıkçılar için "Diyabet Tekamül Kursları" başlatılmış, 1969' dan sonra bu etkinlik "Diyabet Günleri" adını almış, 1991'de Ulusal Diyabet Kongreleri adı ile güncel haline kavuşmuştur (2).

TDC, 1965 yılında çocuk ve genç diyabetlilerin katıldığı, temel amacı diyabetin etkili biçimde yönetilmesi olan "Diyabet Yaz Kampları"nı başlatmıştır ve o zamandan beri bu kamplar her yıl düzenlenmektedir. Diyabet kampları çocuk ve genç diyabet hastalarının hastalıklarının kontrolünde etkin rol almalarını, aynı zamanda sağlıklarını geliştirmeye yönelik beceriler kazanmalarını eğlenerek ve ekip içinde öğrenmelerini amaçlayan bir etkinliktir. Diyabet Kampları bugün pek çok vakıf ve dernek tarafından düzenlenmekte olup çocuk ve gençler tarafından büyük ilgi görmektedir. Örneğin 1996'dan bu yana Türk Diyabet Vakfı'nın bir etkinliği olarak her yıl düzenlenmekte olan Diyabetle Güzel Yaşam Yaz Kampına yaklaşık 1200 Tip 1 diyabetli çocuk ve genç katılmıştır (6).

1980-2000 DÖNEMİ

Türkiye'de diyabetin kontrolüne yönelik çalışmalar 1990'lı

yılların başından itibaren hız kazanmıştır. Bu dönem, ülkemizde diyabetin kontrolüne yönelik ulusal düzeydeki politikaların ve buna bağlı programların geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi'nin ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF)'nun girişimi ile hazırlanan ve 1989'da ilan edilen "St.Vincent Bildirisi"-ne ülkemiz adına 1992 yılında imza atılmasının bir başlangıç noktası olduğu söylenebilir. St. Vincent Bildirgesi, hükümetlerin ilgili bölümlerinden ve hasta örgütlerinden temsilciler ile diyabet konusundaki uzmanların bir araya gelerek diyabet bakımının genel standartları konusunda ortak hedefler belirlediği, aynı zamanda bakımın niteliğinin iyileştirilmesine yönelik planların oluşturulduğu bir toplantının ürünüdür (7-8). Toplantıda 50 Avrupa ülkesinin Sağlık Bakanları Avrupa'da diyabetli hastalara sunulan bakım kalitesinin yükseltilmesi, böylece 5 yıl içinde diyabete bağlı körlüklerin 1/3 ve amputasyonların %50 oranında azaltılması, diyabetik gebeliklerdeki anne ve fetus risklerinin diyabeti olmayanlarla eşitlenmesi yönünde kararlar almış ve hazırlanan bildirge ülkelerin sağlık bakanları tarafından imzalanmıştır (9). Türkiye'de diyabetle mücadeleye yönelik ulusal programların oluşturulmaya başlaması, diğer ülkelerdeki çalışmaların başlamasıyla eş zamanlıdır. Bir başka deyişle Türkiye diyabeti önemli bir sağlık sorunu olarak vaktinde tanıyabilmiş, diyabetle mücadeleye yönelik ulusal eylem planlarını hazırlamış ve bu planlara diyabetle mücadele için önerilen uluslararası ilke ve standartları taşıyabilmiştir. Ne var ki ulusal düzeyde hazırlamış olan dokümanların ve eylem planlarının uygulamaya geçirilme aşamasında sorunlar yaşanacaktır (10).

St. Vincent Bildirgesi'nin ilanının hemen ardından, 14 Kasım 1991'de, 1922 yılında Charles Best ile birlikte insülini bularak diyabet hastası milyonlarca kişinin tedavisini mümkün kılan Fredrick Bantig'in doğum yıl dönümü anısına Dünya Diyabet Günü düzenlenmeye başlamıştır. Her yıl 14 Kasım'da kutlanan bu günde diyabetin sebepleri, belirtileri, tedavisi ve neden olabileceği organ hasarları açısından halkı aydınlatmak amacıyla çeşitli etkinlikler düzenlenmektedir. Dünya Diyabet Günü'ne dünyanın 125 ülkesinden, Uluslararası Diyabet Federasyonu üyesi 150'yi aşkın kuruluş katılmaktadır. Ülkemizde de Dünya Diyabet Günü Sağlık Bakanlığı ve 81 İl Sağlık Müdürlüklerince o tarihten bu yana her yıl çeşitli etkinliklerle kutlanmaktadır (11).

Ülkemizde diyabet kontrolüne yönelik ilk ulusal program Sağlık Bakanlığı önderliğinde hazırlanan ve 1994'de uygulamaya koyulan Ulusal Diyabet Programı" (UDP) dır. UDP başlatıldığında, Türkiye'de diyabetin prevalansına ait bir veri henüz bulunmamaktadır. Öte yandan, 1990'lı yılların başından itibaren ülkemizin çeşitli bölgelerinde topluma dayalı pek çok prevalans çalışması yapılmıştır. Ulusal düzeyde yapılan ilk diyabet prevalansı çalışması ise 1997-1998'de, 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen, random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişiyi kapsayan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması –TURDEP'dir (12). TURDEP sonuçlarına göre Türkiye'de tip 2 diyabet prevalansı % 7,2, bozulmuş glukoz toleransı % 6,7, yeni tanı sıklığı %2,3 bulunmuştur.

Ayrıca 1995'de Sağlık Bakanlığı tarafından İl Sağlık Müdürlüklerine bir veri toplama formu gönderilerek tüm yataklı tedavi kurumlarında diyabetin alt yapısına ilişkin bir durum saptama çalışması yapılmış; 551 hastaneden gelen sonuçlar değerlendirilerek "Diyabet Alt Yapı Tespit ve Tanılama Çalışmaları" başlığı ile Diyabet Bülteninin 2. sayısında yayımlanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti Veri Toplama (UÇADİVET) Çalışması yapılmıştır (1995). Burada da tüm Türkiye'ye yönelik olarak 19 bölgede diyabetli hastalar ile ilgili yaş, cinsiyet, başvurudaki klinik özellikler ve sosyal güvenlikle ilgili temel bilgilere yönelik veri toplanmıştır (9).

Ülkemizde tip 1 diyabet insidansı ile ilgili ulusal ölçekte yayımlanmış bir çalışma bulunmamasına rağmen, 1994 yılında yapılan bir ön çalışmada Türkiye'de çocukluk çağı tip 1 diyabet insidansının nispeten düşük olduğu (2.8/100 000/yıl) saptanmıştır (Prof. Dr. H. Gunoz, yayınlanmamış veriler) (9). 2017 yılı itibari ile Türkiye'de tip 1 diyabet insidansı 10/100 000 olarak bildirilmektedir. Buna göre Türkiye'de 18 yaş altında 20 000 tip 1 diyabetli çocuk olduğu tahmin edilmektedir (13).

1993 yılında ayrıca, diyabetin maliyetini saptamak üzere çok merkezli DiabCost çalışması yapılmış ve komplikasyonsuz bir diyabetlinin yıllık doğrudan maliyetinin 400 dolar civarında olduğu hesaplanmıştır (9). Komplikasyonlu diyabetlide ise maliyet yaklaşık 4 kat daha yüksek olarak hesaplanmıştır (14). Daha sonra yapılan bir çalışmada ise Türkiye'de 2010 yılı için diyabet nedeniyle kişi başı sağlık harcamasının ortalama 572 dolar olduğu hesaplanmıştır (15). Özetle, Türkiye ulusal düzeyde diyabet mücadelesine başladıktan 15 yıl sonra, diyabet maliyeti %40 artış göstermiş olacaktır (9). Aynı tarihlerde dünyanın çeşitli ülkelerinde diyabetin önlenmesinde hangi stratejilerin etkili olduğunu anlamaya yönelik müdahale araştırmaları başlatılmaktadır. Örneğin İsveç'te yapılan Malmo, Çin'de yapılan Da Qing, Finlandiya'da yapılan Diyabet Önleme Çalışması (DPS) ve Amerika'da yapılan Diyabet Önleme Programı (DPP) çalışmaları gibi. Bu çalışmalar, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) saptanan kişilerde 10 yıl içinde tip 2 diyabet gelişme riskinin yaklaşık olarak % 50 olduğu, buna karşılık basit yaşam tarzı değişiklikleri ile tip 2 diyabet riskinin %58'e varan oranlarda önlenebileceği veya ortaya çıkışının geciktirilebileceği gösterilmiştir (9). Bu sonuçlar, diyabetle mücadelede yaşam biçimine yönelik etkinliklerin önem kazanmasına neden olmuştur. Benzer biçimde, Türkiye'de de sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi daha sonra hazırlanan programlarda en çok önem kazanan etkinlikler olacaktır.

UDP'nin amacı mümkün olduğunca hızlı bir şekilde diyabete eğilimli olan kişi sayısını azaltmak, hastalara hizmeti tüm basamaklarda etkinleştirmek, hastaların yaşam kali-

tesini yükseltmek, diyabette koruyucu alana yönelik araştırmaları desteklemek, toplumu bilgilendirmek ve sağlık personeli ile hastaları eğitmektir. Program kapsamda 2003 yılında 15 ilde (Afyon, Bartın, Niğde, Nevşehir, İçel illeri yanı sıra Aksaray, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kayseri, Kırıkkale, Kahramanmaraş, Malatya, Muğla, Ordu ve Van) diyabet poliklinikleri /merkezleri oluşturulup yaygınlaştırılmıştır (9). Planlanan etkinlikler arasında Diyabet Merkezlerinin kurumlaşması ve işlevlerine ait yasal düzenlemelerin yapılarak koruyucu sağlık hizmetlerine ve yataklı tedavi birimlerine entegrasyonunun sağlanması da yer almıştır. Ayrıca DSÖ, UDF gibi referans sistemleri de dikkate alınarak programın kurumsallaşması amaçlanmıştır. UDP kapsamında sektörlerarası işbirliğinin diyabetle mücadelede önemi dikkate alınarak diyabet endüstrisindeki mevcut sektörlerin bu programdaki yerleri ve etkinlikleri Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmiştir (9).

Ulusal Diyabet Programı, o tarihteki örgütlenme şemasına göre Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Programa Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü de destek vermektedir. Programın ana politikalarının belirlenmesinde yönlendirici olarak Diyabet Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Diyabetle mücadelenin o tarihte Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında yürütülmesi, mücadele anlayışının daha çok yüksek riskli kişileri ve hastaları hedefleyen ikinci ve üçüncü korumaya yönelik olduğunu; sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin teşviki gibi bütün topluma yönelik sağlığı geliştirme etkinliklerinin henüz yeterince öne çıkarılmadığını göstermektedir. O tarihte Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde diyabet veya genel olarak kronik hastalıklarla ilgilenen bir birim de bulunmamaktadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında örgütlenmiş olan sağlık ocakları da daha çok anne-çocuk sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar odaklı hizmetler vermektedir (10, 16-17). Epidemiyolojik ve demografik değişikliklerle dünyada ve Türkiye'de öncelikli sağlık sorunu haline gelen BOH ve diyabetin, Temel Sağlık Hizmetleri anlayışı ile ele alınması ve birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında etkili yönetiminin sağlanmasına yönelik çalışmalar daha sonraki tarihlerde başlatılacaktır.

Dönemin ilk diyabete özel hastanesi ise 1990 yılında Özel Harbiye Diabet Hastanesi olarak açılmıştır. Bu hastane, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı (TUDOV)'nın Türk Diyabet Cemiyeti'nin işbirliği ile yaptırdığı bir hastanedir (2). Daha sonra Sağlık Bakanlığı önderliğinde geliştirilen "Ulusal Diyabet Programı" kapsamında ülke çağında pek çok diyabet poliklinik ve merkezi kurulup yaygınlaştırılacaktır (9). Yine bu dönemde diyabet konusunda çalışmak üzere pek çok dernek ve vakıf kurulmuştur; bu vakıf ve dernekler etkinliklerine halen devam etmektedirler: Türkiye Diyabet Vakfı (1996), Türk Diyabet ve Obezite Vakfı (1999), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği (1995) gibi. Eş zamanlı olarak çocukluk çağı ve adolesan diyabet hastalarına yönelik dernek ve vakıflar da kurulmuş, diyabetin kontrol altına alınması amacıyla hastalara, topluma ve sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli etkinlikler yürütülmüştür: Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği (1994), Çocuk ve Adölesan Diyabetikler Derneği (1994) gibi. Erişkin ve çocuk diyabet hastaları ile tüm toplumu hedef grup olarak alan dernek ve vakıfların yanı sıra, diyabet bakımına dahil olan meslek gruplarının bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik dernekler de kurulmuştur. Örneğin 1995'de kurulmuş olan Diyabet Hemşireliği Derneği, diyabetlilere bakım veren hemşireleri, diyabetli bireylerin bakım gereksinimlerini saptama, uygun girişimleri planlama, uygulama ve bakımın sürekliliğini sağlama konularında desteklemeyi ve hemşirelerin mesleki gelişmelerini teşvik etmeyi amaçlamaktadır (18).

Diyabet alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının öncülük ettiği bir başka önemli girişim de hizmete erişim başta olmak üzere diyabetlilerin hakları konusunda danışmanlık hizmeti vermek ve onlar adına savunuculuk yapmak olmuştur. Ülkemizde diyabet çalışmalarının UDP çerçevesinde yoğunlaşmasıyla birlikte kan şekeri kontrolü bakımından önemli başlıca iki konu kamuoyunun gündemine getirilmiştir. Bunlardan ilki gereksinimi olanlara ücretsiz insülin sağlanması, ikincisi ise diyabet eğitimi ile birlikte kendi kendine bakımın ön şartı olan evde kan şekeri ölçümünün yaygınlaştırılmasıdır. Başta diyabetli çocuklar olmak üzere insülin kullanan bütün diyabetlilerin sorunları 1995'den sonraki diyabet aktivitelerinde ve UDP Danışma Kurulu toplantılarında tartışılmıştır (19). Diyabetlilerin sorunlarına dikkat çekmek amacıyla Türkiye Diyabet Vakfı tarafından Uluslararası Diyabet Örgütleri ile 16 Kasım 1996'da Boğaz Köprüsü'nde ortak yürüyüş düzenlenmiş, Ekim-Kasım 1997'de diyabet örgütleri tarafından "Diyabetliler haklarını istiyor" isimli toplantı düzenlenmiştir.

Kan şekeri ölçüm çubuklarının ödenmesi konusunda Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nun aleyhine açılan dava 1997'de kazanılmıştır. Ekim 2002'de Türkiye Diyabet Vakfı bünyesinde diyabetlilerin hakları konusunda danışmanlık hizmeti vermek ve onlar adına hak savunuculuğu yapmak amacıyla "Hasta Hakları Hukuk Bürosu" kurulmuştur. Çocuk ve Adolesan Diyabetikler Derneği, Türkiye Diyabet Cemiyeti, Diyabetli Gençler Derneği gibi örgütler de, düzenledikleri çeşitli toplantılarda konunun gündemde kalmasını sağlamışlardır (19).

Diyabetin kontrolünde kan şekerinin düzenli ölçümü son derece önemlidir. Ülkemizde kan şekeri ölçüm aleti ve çubukları uzun yıllar geri ödeme kapsamı dışında kalmış; daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme desteği vermeye başlamıştır. Ancak süreç içinde birçok gelişme olmuştur. Bugün gelinen noktada şeker ölçüm aletleri geri ödeme kapsamından çıkarılmıştır, kan şekeri ölçüm çubukları ile insülin pompası ve aparatları için de hastalar fark ödemektedirler (20). Bütün bu gelişmeler sürecinde sivil toplum kuruluşları, hastaların şeker ölçüm cihazlarına, çubuklarına ve insülin pompalarına dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ücretsiz sahip olabilmeleri

amacıyla önemli bir çaba sarf etmiştir, bu çabalar hala da devam etmektedir.

Türkiye'de erişkin ve çocukluk çağı diyabetinin birincil, ikincil ve üçüncül korumasına yönelik çalışmalar sürdüren, hasta hakları adına savunuculuk yapan bu dernek ve vakıflar bugün, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, diğer sivil toplum kuruluşları, akademisyenler ve uzmanlarla işbirliği içinde çalışarak diyabetin ulusal düzeyde kontrol edilmesinde önemli paydaşlardan olmaya devam etmektedirler.

2000 VE SONRASI

St. Vincent Bildirisinin 10. yıldönümüne denk düşen Beşinci İzlem Toplantısı 1999 yılında Sağlık Bakanlığının ev sahipliğinde İstanbul'da düzenlenmiş ve toplantı kararları "St. Vincent İstanbul Bildirisi" adı ile 12 Kasım 1999'da ülkelerin sağlık bakanları tarafından imzalanarak yayımlanmıştır (8). Bu program 2003 yılında gözden geçirilmiş, diyabet için önemli risk faktörlerinden birisi olan obezitenin Türkiye'de hem çocuklarda hem de erişkinlerde giderek artması, kronik hastalıklar için pek çok risk faktörünün ortak olması ve uluslararası mücadele ilkelerinde entegre çalışmaların öneminin vurgulanması nedeni ile UDP'ye hipertansiyon ve obezite programları da eklenmiş ve Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı-2003 olarak devam ettirilmiştir. Makamın 10 Haziran 2003 tarihli ve 5929 sayılı Onayı ile Üniversiteler, Sosyal Sigortalar Kurumu, Sivil Toplum Örgütleri ve Sağlık Bakanlığı uzmanlarından oluşan bir Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Program kapsamındaki çalışmalar 2003 yılında Afyon, Bartın, Niğde, Nevşehir, İçel illeri yanı sıra Aksaray, Balıkesir, Edirne, Erzincan, Kayseri, Kırıkkale, Kahramanmaraş, Malatya, Muğla, Ordu ve Van illerine yaygınlaştırılmıştır (9).

1999 tarihli İstanbul Bildirgesi Kararları doğrultusunda ayrıca, Türkiye Diyabet Vakfı'nın desteği ile Güneydoğu Anadolu'da Adıyaman, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Kahramanmaraş, Kilis, Mardin, Malatya, Şırnak ve Şanlıurfa illerini kapsayan, diyabet bakım ve tedavisinin geliştirilmesini amaçlayan Güneydoğu Anadolu Destek Projesi (GAPDİAB) başlatılmıştır (21). Bu Proje, 2000 yılının Kasım ayı ile 2006 yılları arasında hayata geçirilmiş olan bir sivil toplum girişimidir. Aralarında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nden 6 adet üniversitenin de yer aldığı 30'u aşkın kurum ve Türk Tıp Derneği, Diyabet Hemşireleri Derneği, Türkiye Diyetisyenler Derneği ve Türk Eczacılar Birliği gibi çeşitli kuruluşların bir araya gelmesiyle oluşturulmuş; Sağlık Bakanlığı tarafından da desteklenmiştir. Proje kapsamında, diyabetin bölgede ne kadar ciddi bir kamu sağlığı problemi olduğunun saptanmasıyla beraber, 2000-2004 arasında diyabet merkezlerinin sayısı 5'ten 28'e, bu merkezlerin yıllık hasta kapasitesi de 30.000'den 182.000'e çıkartılmıştır. Bu süreçte bölgedeki üniversitelerle diğer hastaneler ve ayrıca bölgedeki diğer paydaşlar arasında diyabet sorununu ele almak adına kuvvetli bir işbirliği oluşturulmuştur. Birçok şehirde diyabet hastaları için dernekler kurulmuştur. Bu derneklerin bir kısmı bireysel oluşumlar iken bir kısmı ise ulusal "Diyabetle Yaşam Derneği"ne bağlıdır. Bu proje, St. Vincent

Şekil 1: Diyabet farkındalığının simgesi: Mavi halka (Kaynak no: 22)

Bildirgesi'nin bölgesel düzeyde hayata geçirilmesi için çok iyi bir örnek teşkil etmektedir (21).

Diyabet farkındalığını artırmak için yapılan etkinliklerde, diyabetin simgesi olarak mavi halka kullanılmaktadır. Mavi halka, diyabet için birleşmeyi ve bir araya gelmeyi temsil etmesi için Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından 2006'da oluşturulmuştur. Çoğu kültürde halka, yaşamı ve sağlığı temsil eder. Mavi renk ise tüm insanları altında birleştiren gökyüzünü çağrıştırır. Mavi halka diyabetin evrenselliğini ve küresel diyabet birlikteliğini sembolize eder (22).

Sağlık Bakanlığı, diyabet kontrol programı çalışmaları altında Türkiye çapında yapılan saha çalışmalarına da destek sağlamıştır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'nın ikincisi, ilkinden 12 yıl sonra (TURDEP-II) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ile birlikte 2009-2010 arasında yürütülmüştür. Çalışmanın sonucuna göre, TURDEP-I ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de 12 yıllık bir süreçte diyabet, prediyabet ve obezite prevalanslarında sırasıyla 90, %106 ve %40 oranında bir artış olduğu saptanmıştır (23).Yine, İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma-PURE (24)'nın Türkiye ayağı ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından düzenli olarak yapılan TEKHARF çalışması Sağlık Bakanlığı onayı ve desteği ile yürütülmüştür (25). Ayrıca 2004 ve 2013 Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkinlik Araştırmaları da diyabetin Türkiye için yükünün ve maliyetinin saptanmasında önemi olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalardır (26-27).

2010 yılında saha çalışması bitirilen ve 2014 yılında raporu yayımlanan Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) sonuçları hem diyabet hem de Türkiye'de beslenme profili hakkında kapsamlı bilgiler elde etmemizi sağlamıştır (28).

Türkiye'de 2003 tarihli Ulusal Diyabet- Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı çalışmaları devam ederken DSÖ, üye ülkelerle yakın ilişki içinde çalışarak diyabet ve diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kont-

rolü için rehberlik etmek üzere bir hareket planı oluşturmuş ve bu plan Mayıs 2008'de yayımlanmıştır. Bu plan diyabeti ulusal ve küresel düzeyde gündemde tutmak ve önleme çalışmalarına öncelik vermek için hükümetlere altı yıllık bir yol haritası sunmaktadır. Yol haritasında ilk adım ülkelerin ulusal diyabet programlarının mevcut durum ve olanaklar çerçevesinde yeniden gözden geçirilerek düzenlenmesini gerektirmektedir.

IV.1.Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde değişiklikler

Ülkemizde kronik hastalıkların önemli bir hastalık yükü oluşturduğuna işaret eden çalışmaların ardından Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında kronik hastalıklara özel bir birim kurulması gereği doğmuştur. Kronik hastalıklar konusunda ülke düzeyindeki durumu araştırmak, hastalık ve risk faktörlerine dair temel verilerin ve veri akışının elde edilmesini sağlamak; elde edilen bilgiler ışığında risk faktörleriyle mücadele etmek ve halk sağlığına yönelik tehditleri azaltmak amacı ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanmaya gitmiştir. Ocak 2008'de Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde iki yeni daire başkanlığı kurulmuştur. Bunlardan biri "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" olup yapısında Kalp ve Damar Hastalıkları, Metabolik Hastalıklar, Kronik Solunum Sistemi Hastalıkları, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Şube Müdürlüklerini bulundurmaktadır. Diğeri ise Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı'dır ve bünyesinde Epidemiyoloji Tarama Programları ve Araştırmalar, Ulusal ve Uluslararası Programlar Koordinasyon ve Sağlık İletişimi Şube Müdürlükleri oluşturulmuştur (29). Artık Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele bu yeni anlayışa göre temel sağlık hizmetleri kapsamı altına alınmıştır. Aynı dönemde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmış; 2003 yılında pilot olarak başlayan Aile Hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda bütün ülkeyi kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır (30). SDP'nın Türkiye'de sağlık hizmet sunumu üzerine önemli etkileri olmuştur; hekimlerin yaptıkları işlem başına performans ödemeleri almaları bunların en önemlilerindendir. Performans sistemi hastaya ayrılan zamanın kısıtlanmasına yol açması, ayrıca birinci basamakta kronik hastalıklara yönelik hizmetlerin performans kapsamında olmaması nedeni ile kronik hastalıkların kontrolü açısından önemli sorunlar yaratmıştır (30).

Sağlık Bakanlığı bu süreçte, politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde yol gösterici olan diyabet sürveyansı verilerinin edinilmesi konusunda da çalışmalar başlatmıştır. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Projesi bünyesinde Sağlık-Net veritabanı geliştirilmeye çalışılmış, Hastane Bilgi Sistemi (HBS) ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kullanılarak Minimum Sağlık Veri Seti (MSVS) içeriğinde yer verilen verilerin toplanması sağlanmıştır. Karar Destek Sistemlerinin (KDS) geliştirilmesi ile bu veriler kullanılarak istenen göstergelerin hesaplanması ve elektronik ortamda güncel sürveyans verisi sağlanması amaçlanmıştır (9).

Diyabetle mücadelenin Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülmeye başlamasından 3 yıl sonra, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Buna göre, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) kurulmuştur (31). Diyabetle mücadele bu tarihten sonra THSK altında yer alan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar-Programlar ve Kanser Dairesi altındaki Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından yürütülecektir.

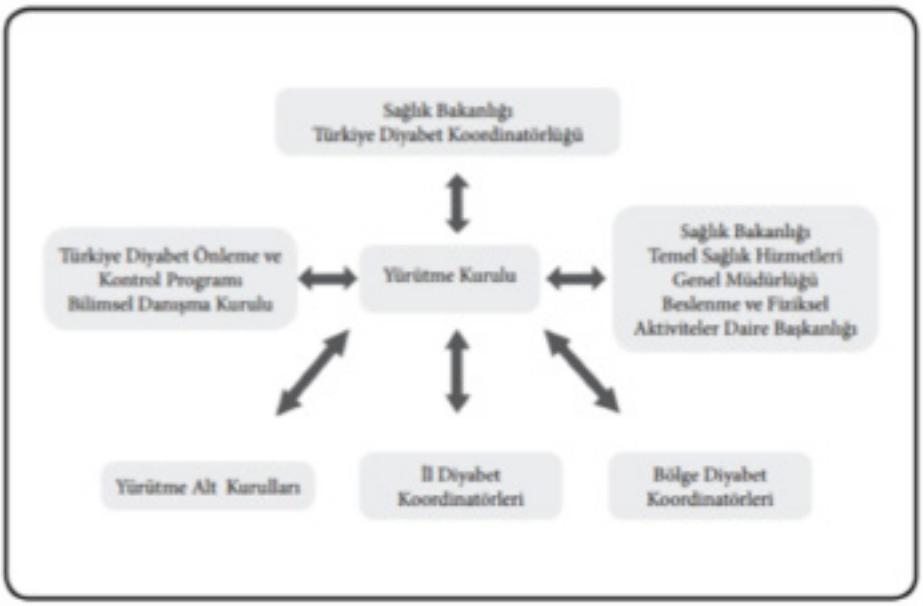
IV.2.Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014 metninin 'Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri' başlığı altında yer alan Stratejik Amaç 1 "Halkımızın sağlığına yönelik riskleri azaltmak, sağlığı korumak ve geliştirmek" şeklinde olup bu stratejik amaç altında bulunan Hedef 1.5 "Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri 2014 yılına kadar %25 azaltmak" olarak belirlenmiştir. Alt hedef 1.5.5. ise diyabetle ilgilidir ve diyabet hastalığının erken tanı ve tedavisinin sağlanması, diyabete bağlı komplikasyon (amputasyon, körlük, böbrek yetmezliği ve gebelik komplikasyonları vb.) insidansını 2014 yılı sonuna kadar azaltmak olarak belirlenmiştir (9).

Yapılan araştırmalarda diyabetin tahminlerin üstünde bir artış kaydetmesi sonucunda Sağlık Bakanlığınca gerek duyulan güncel bir diyabet, risk faktörleri ve komplikasyonları ile mücadele stratejisi geliştirme çalışması, 2009 yılının ilk çeyreğinde "Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı; Stratejik Plan ve Eylem Planı Hazırlama Çalışmaları" nı başlatmıştır. 17 Nisan 2009'da Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı başkanlığında I. Danışma Kurulu Toplantısı yapılarak "Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı Hazırlık Çalıştayı"nın temel çalışma çerçevesi belirlenmiştir.

Ulusal Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014, işte bu çalışmaların ardından Sağlık Bakanlığının yanı sıra diğer kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör dahil tüm paydaşların temsili ile Ankara'da düzenlenen ardışık toplantılarda hazırlanmıştır. Program hazırlanırken toplam 16 çalışma grubu faaliyet göstermiştir. Diyabetin önlenmesi, diyabetin komplikasyonlarının etkin tedavisinin sağlanması, diyabetlilerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, çocukluk çağı diyabetinin kontrolünün sağlanması ve diyabet yönetimine destek sağlayan alanlarda güçlendirme (elektronik kayıt ve sürveyans sistemleri, maliyet analizleri, insangücü planlaması, hizmetiçi eğitimler, STK lar ile işbirliğinin güçlendirilmesi) amaçlarını kapsayan program, 10 Şubat 2011 tarihinde uygulamaya koyulmuştur (32). Programın örgütlenme şeması Şekil 2. de gösterilmiştir.

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014 kapsamında çeşitli faaliyetler yürütülmüştür. Program boyunca her yıl '14 Kasım Dünya Diyabet Günü' aktiviteleri kapsamında toplumda diyabet farkındalığını arttırmak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Diyabet hastalığı ile ilgili güncel bilgilerin yer aldığı web sayfası hazırlanmıştır (www.diyabet.gov.tr). Diyabet Akran Eğitimi- DAKE (2011), Diyabeti Durduralım Projesi (2011), Diyabet Parlamentosu (2011) gibi etkinlikler STK lar ve hükümet işbirliği içinde hayata geçirilmiştir (21). MEB, Sağlık Bakanlığı ve Pediyatrik Endokrinoloji Derneği arasında imzalanan protokol çerçevesinde 'Okulda Diyabet Programı' başlatılmıştır.



Şekil 2. *Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Örgütlenme Şeması (Kaynak no: 9)*

Okulda Diyabet Programı, sağlıkta sektörlerarası işbirliğinin önemli bir örneğidir. Bu program Türkiye Diyabet Kontrolü çerçevesinde Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Diyabet çalışma grubu tarafından hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından kabul edilmiş ve 2011'de yürürlüğe girmiştir. Programın temel amacı, diyabetli okul çocuklarının okuldaki bakımlarını uygun biçimde gerçekleştirmek için öğretmenlerin, yöneticilerin, okul hemşiresinin ve personelinin diyabet konusundaki bilgi ve becerisinin artırılmasıdır (33).

Okulda Diyabet Programı kapsamındaki etkinlikler, sadece diyabetin okulda uygun yönetimine yönelik ikincil koruma önlemleri ile sınırlı olmayıp, diyabetin oluşmasına engel olmaya yönelik birincil koruma stratejilerini de içermektedir. Bu bağlamda diyabetin en önemli risk etkenlerinden birisi olan obezitenin önlenmesine yönelik olarak bazı yapısal değişikliklerin gerçekleştirilmesi de amaçlanmıştır. Okul kantinlerinde sağlıksız yiyecek-içecek satışının önlenmesi olarak özetlenebilecek olan bu etkinlik, 29.09.2010 da resmi gazetede yayımlanan genelge ile yürürlüğe giren Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017 ile ilişkilendirilmiştir (34). Nitekim Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'nın giriş metninde ulusal sağlık politikalarının toplum sağlığı açısından öneminden ve sağlık alanında sektörlerarası işbirliğini güçlendiren politikaların geliştirilmesine olan gereksinimden söz edilmektedir.

Okul kantinlerinde gıda satışı ile ilgili düzenleme Milli Eğitim Bakanlığı'nın 21.7.2011 tarih ve 1782 sayılı genelgesi ile ilgili yapılmıştır. Buna göre okul kantinlerinde enerji yoğunluğu yüksek, besin değeri düşük olan içeceklerle, kızartma ve cipslerin satışları yapılmayacak, otomatik satış yapan makineler bulundurulmayacaktır. Bunun yerine Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı tarafından üretilen veya ithalat izni bulunan süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkışmış meyve suyu ve tane ile satışı yapılabilen meyve bulundurulacaktır (34).

Yine Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014 kapsamında, 2012 yılı Aralık ayında üniversiteler, kamu kurumları ve ilgili STK'lar ile beraber 'Diyabetli Bireyler İçin Eğitim Rehberi Hazırlık Çalıştayı' gerçekleştirilmiştir. Yürütülen çalışmalar sonucunda 'Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi' ve 'Çocukluk Çağı Diyabeti Eğiticiler İçin Eğitimci Rehberi' hazırlanmış ve yayımlanmıştır. Bu rehberler diyabet eğitim hemşireleri ve diyetisyenlere tanıtılmış ve 'Eğitici Eğitimi Sertifika Programları'na başlanmıştır. Ek olarak HbA1c tayin yöntemleri ve glukometrelerin standardizasyonu için Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ev sahipliğinde bir çalıştay yapılmış ve ilgili kurumlarla gerekli çalışmalar başlatılmıştır.

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı kapsamında yapılan önemli etkinliklerden birisi de, 2013'de T.C. Cumhurbaşkanlığı himayelerinde, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu ev sahipliğinde İstanbul'da düzenlenen Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi'dir. Diyabetin her yönüyle ele alındığı iki gün süren Zirve, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın resmi ortaklığında, Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (ISSA), Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), Türkiye Diyabet Vakfı, Türk Diyabet Cemiyeti ile Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin desteği ve Novo Nordisk'in organizasyon desteği ile gerçekleştirilmiştir (21). Ayrıca, Program çerçevesinde 'İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma Türkiye Ayağı – PURE Çalışması' ve 'Diyabetik Ayak Tanısı Alan Vakaların Evde Takip Tedavi ve İzlenmesi Projesi – DIAFOOT' gibi çalışmalara destek sağlanmıştır. Bunların dışında 'Diyabet 2020: Vizyon ve Hedefler', 'Türkiye Diyabet Kontrol Projesi', 'Diyabet Sohbetleri Projesi' ve 'Ulusal İnsulin Eğitim Programı' gibi bazı çalışma ve projelere de destek verilmiştir (5).

Bu dönemde obezite ve kalp-damar hastalıkları ile mü-

cadele için ulusal eylem planları da hazırlanmış; ayrıca kronik hastalıkların etkin yönetimini sağlamak amacıyla hekimlere yönelik tanı ve tedavi rehberleri oluşturulmuştur:

- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar hastalıklarını Önleme ve Kontrol programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara 2008.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Obezite ile Mücadele Ulusal Eylem Planı 2010-2014. Ankara 2010.
- Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması. Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, Ekim 2009.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri. Ankara 2003 (ikinci basım).

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014 kapsamında elde edilen deneyimler ışığında ve bu program ile ilgili geri bildirimlerden yola çıkılarak 'Türkiye Diyabet Programı 2015-2020' hazırlanmıştır (5). Türkiye Diyabet Programı 2015-2020'de diyabetin Dünya'da ve Türkiye'de mevcut durumu ortaya konmuş ve diyabetle etkin mücadele edilebilmesi için ulaşılması gereken 5 amaç belirlenmiştir. Bu amaçlar;

- Etkin diyabet yönetimi için politika geliştirmek ve uygulamak,
- Diyabetin önlenmesini ve erken tanı konmasını sağlamak,
- Diyabet ve komplikasyonlarının etkin tedavisini sağlamak,
- Çocukluk çağında diyabet bakım ve tedavisini geliştirmek,
- Tip 2 diyabet ve obeziteyi önlemek ve diyabet ve diyabet programını etkin izlemek ve değerlendirmektir.

Programda yer alan etkinliklerin bir kısmı gerçekleştirilmiş, bir kısmı ile ilgili çalışmalar ise başlatılmış ve devam etmektedir. Bunlar arasında kamu farkındalık çalışmaları, halka yönelik farkındalık ve sağlık personeline yönelik eğitim çalışmaları yer almaktadır. 2015-2020 eylem planında, diyabetin birinci basamakta etkili kontrolünün sağlanmasına önem verildiği anlaşılmakta; diyabetin birinci basamak sağlık hizmetlerinde klinik yönetimi konusundaki çalışmaların tamamlandığı belirtilmektedir. Aile hekimlerinin riskli bireylerde yapacakları taramalar ile tanı alanlarda yıllık olarak yapılması gerekenler belirlenmiştir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının danışmanlık hizmeti verebilmeleri için obezite ve diyabet ile ilgili Danışmanlık Rehberi ve Kontrol Listeleri oluşturulmuştur. Birinci basamakta toplam 550 hekim/hemşire/diyetisyene hizmet içi eğitim verilmiştir. Birinci basamakta çalışan hekimler için Tip 1 Diyabet Tanı, Tedavi ve İzlem Rehberi hazırlanmıştır. Yine birinci basamak sağlık kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi basılmış ve 81 ilde dağıtılmıştır. Programda, diyabetin evde bakım hizmetleri kapsamında yer aldığı vurgulanmaktadır. Ayrıca Tıbbi Cihaz Piyasa Gözetim ve Denetimi kapsamında piyasadan numune toplanarak cihazların analitik performanslarının değerlendirilmesine yönelik yapılmaya başlanmıştır. HbA1c Tayin Yöntemleri ve Glukometrelerin Standardizasyonu Değerlendirme Raporu-2 hazırlanmıştır. Diyetisyen ve diyabet hemşirelerinin verdiği hizmetlere yönelik olarak eğitim hizmetlerinin ücretlendirmesi ve puanı SGK tarafından güncellenmiştir (5,22).

Diyabetin kontrolüne yönelik 2015-2020 Programının etkinlikleri bir yandan devam etmekteyken, bulaşıcı olmayan hastalıkların tümüne yönelik eylem planını içeren Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 yayımlanmıştır (35). Bu plan, Sağlık Bakanlığı kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenme ve kontrolüne yönelik olarak hazırlamış olduğu mevcut tüm programları kapsayan çerçeve bir belge niteliğindedir ve pek çok uluslararası ve ulusal dokuman göz önünde bulundurularak geliştirilmiştir. Eylem planı, Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri, ilgili kamu, kurum ve kuruluşlar, üniversiteler, sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından koordine edilmektedir. Bu plan, önleme ve kontrol faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkili müdahaleyi sağlayan öncelikli hedefleri içeren, bütüncül ve yüksek düzeyde multidisipliner yaklaşımı benimsemektedir. Plan hükümet düzeyinde sorumluluğun koordinasyonu için ulusal hedefler ve mekanizmalar içermektedir.

Eylem planının amacı, BOH'dan kaynaklanan önlenebilir ölümleri ve engellilik yükünü azaltmak yoluyla bireylerin her yaşta ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarına sahip olmalarını sağlayarak toplumun sağlık ve iyilik düzeyini yükseltmektir. Eylem planı, en çok ölüm ve hastalık yüküne yol açan bulaşıcı olmayan hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik kalp hastalıkları ve diyabet) ve ortak davranışsal risk faktörlerinin (tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı) azaltılmasına yönelik ulusal hedeflere ulaşmak amacıyla, her düzeyde koordineli ve uyumlu adımlar atılması konusunda tüm paydaşlarla ortak çalışmaya dair yol haritasını kapsamaktadır.

Türkiye'nin 2025 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıkların izleme ve değerlendirmesi için hedeflerini belirlemek amacıyla "DSÖ-Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesine İlişkin 9 Gönüllü Küresel Hedef" uzman akademisyenler tarafından gözden geçirilmiş ve ülkemize uyarlanmıştır (36). DSÖ tarafından belirlenen bu 9 hedefle uyumlu olarak ülke hedefleri belirlenmiş ve 8 hedef kapsama alınmıştır. Kronik hastalıkların (kalp ve damar hastalıkları, kanser, şeker hastalığı ve kronik akciğer hastalıkların) tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların temininde %80'lik bir iyileşme sağlanması hedefine ulaşıldığı için hedeflerimiz arasında yer almamaktadır. Aşağıdaki tabloda BOH için küresel hedefler ile

Küresel Hedefler		Ülke Hedeflerimiz
	Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik solunum hastalıklarından kaynaklanan erken ölümlerde %25 göreli azalma	Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 göreli azaltılması
	Ulusal bağlama bağlı olarak, zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 göreli azalma	Alkol kullanımının artışının önlenmesi
	Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 göreli azalma	Fiziksel inaktivite sıklığında %10 azalma
	Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 göreli azalma	Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 göreli azalma
	15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 göreli azalma	15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 göreli azalma
	Ulusal bağlama bağlı olarak, yüksek kan basıncı prevalansında %25 göreli azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının kontrol altına alınması	Kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması
	Diyabet ve obezite artışının durdurulması	Diyabet ve obezite artışının durdurulması
	Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için (glisemik kontrol dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50'sinin tedavi alabilmesi	Toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması
	Önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli makul fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler dahil temel ilaçların kamu kurumlarında ve özel kurumlarda sunulabilirliğinin %80 oranına çıkarılması	Kronik hastalıkların tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların sağlanmasında %80'in üzerinde bir iyileşme sağlanması nedeniyle hedeflerimiz arasında yer almamaktadır.

Tablo 1. *Bulaşıcı olmayan Hastalıklar için Küresel Hedefler ve Ülke Hedeflerimiz.*

ülke hedeflerimiz gösterilmektedir. Buna göre 2025 yılına kadar diyabet ve obezitedeki artışın durdurulması hedeflenmektedir.

SONUÇ

1990'lı yıllarda başlayan ulusal diyabet kontrol çalışmaları, DSÖ, UDF gibi uluslararası kuruluşların belirlediği ilkeler ve stratejiler dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde, vakıflar, dernekler, üniversiteler, uzmanlık dernekleri ve meslek örgütlerinin desteği ve işbirliği ile yürütülmeye devam etmektedir. Türkiye'nin bu anlamda önemli bir deneyimi birikmiş bulunmaktadır.

Bir hastalığın kontrolünde sürveyans, koruma ve hastalığın etkili yönetimi üç temel stratejidir. Bunun yanında eşitsizlikleri önlemek, var olanların da derinleşmesini engellemek için planlamalar yapılırken ve etkinlikler yürütülürken sağlığın sosyal belirleyicileri dikkate alınmalıdır. Bugün geldiğimiz noktada diyabetle ilgili zamanında, sürekli ve doğru veri elde edilebilecek bir sürveyans sistemi bulunmamaktadır. Korumaya yönelik çabalara karşınTürkiye'de diyabet ve diyabetin önemli risk faktörlerinden olan obezite ve fiziksel hareketsizlik hem çocuklar hem de erişkinler için önemli bir sağlık tehditi olmaya devam etmektedir. 2025 yılı hedefine ulaşabilmek için özellikle diyabetin insidansını azaltmaya yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçiminin tüm toplumda geliştirilmesi bunun için en önemli müdahaledir. Ancak bunun sağlanması için yalnızca toplumun bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması yeterli değildir; gerekli yapısal değişiklikler de yapılmalıdır. Destekleyici çevrelerin oluşturulması bunların başında gelmektedir. Okulda diyabet programı bunun için iyi bir örnektir. Hastalığın etkili yönetimi açısından da önemli sorunlar bulunmaktadır. Halen diyabeti olanlar arasındaki farkındalık ve glisemik kontrol oranları yetersizdir. Hastalığın etkili kontrolü için hastaların tedavide daha etkin bir rol almaları, bunun için de gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir. Sağlık sisteminin de, kişilerin ve hastaların gerek sağlıklı davranışları geliştirmeleri, gerekse tedaviye uyumlarını artırmaları için destekleyici bir yapıda olması gerekir. Hastaya yeterli zaman ayrılması diyabet gibi kronik hastalıklar açısından özellikle önemlidir. Mevcut performans sisteminin bu bağlamda yarattığı sorunlara ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (10, 30, 37). Sürveyansın sağlanmasına yönelik çalışmalar ile birinci basamağın kronik hastalıkların yönetimi açısından güçlendirilmesi, diyabetle mücadelede önümüzdeki dönemde öncelikli alanlar olarak görünmektedir.

KAYNAKLAR

1- Üsküdarlı Bir Hekim: Ord. Prof. Dr. Kemal Cenap Berksoy (1876-1949) Uzm Dr. Burhan Akgün. İstanbul Üniversitesi Kasım, 2010. https://issuu.com/uskudarbelediyesi/docs/ak1__82 (erişim: 12.11.2017)

2- Geçmişten günümüze, Yarım Asrı Aşan Tecrübesiyle Türk Diyabet Cemiyeti. http://www.diabetcemiyeti.org/c/gecmisten-gunumuze-yarim-asri-asan-tecrubesiyle-turk-diyabet-cemiyeti (erişim: 12.11.2017).

3- Türk Diyabet Cemiyeti. http://www.diabetcemiyeti.org/c/hakkimizda

4- TDC Kuruluş, Kurucuları ve Geçirdiği Evreler Nelerdir? Prof.Dr. Nazif Bağrıaçık ile Röportaj. http://www.diabetcemiyeti.org/c/onursal-baskanimiz-sn-nazif-bagriacik (erişim: 12.11.2017)

5- TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara 2014. http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyediyabetprogrami.pdf (erişim:

12.11.2017)

6- Türk Diyabet Vakfı. Diyabetle Güzel Yaşam Yaz Kampları. http://www.turkdiab.org/sayfa.aspx?m=16 (erişim: 12.11.2017)

7- The Saint Vincent Declaration. Acta Ophthalmologica Scandınavica, 1997. Diabetes mellitus in Europe: A problem of all ages in all countries. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0420.1997.tb00440.x/pdf (erişim: 12.11.2017)

8- Diabetes Care and Research in Europe: The St. Vincent Declaration, 1989. Istanbul Commitment 1999. http://www.codex.vr.se/texts/SVD.pdf (erişim: 12.11.2017)

9- TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) Ankara 2011. http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyediyabetprogrami.pdf (erişim: 12.11.2017)

10- Kilic B, Kalaca S, Unal B, Phillimore P, Zaman S. Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. International Journal of Public Health. 2015 Jan;60 Suppl 1:S47-53

11- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. 14 Kasım Dünya Diyabet Günü. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/onemli_gun/dunyadiyabet.asp (erişim: 12.11.2017)

12- Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Baştar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaca S, Özcan C, King H, The TURDEP Group. Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. Final Results of the TURDEP. Diabetes Care. September 2002 25 (9):1551-6

13- Prof. Dr. Şükrü Hatun ile Çocuklarda Diyabet. Çocuklarda diyabet görülme sıklığı nedir? Türk Diyabet Cemiyeti. 30.06.2017http://www.diabetcemiyeti.org/c/cocuklarda-diyabetin-gorulme-sikligi-nedir-10 (erişim: 13.11.2017)

14- EURODIAB-ACE Study Group. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. Lancet 2000;355:873-6

15- Satman I, Yilmaz C, Imamoglu S. Interrelationship among chronic complications, adherence of guidelines and degree of metabolic control in type 2 DNM patients in Turkey. 2009, 91th Annual Meeting ENDO 09, 10-13 June 2009, Washington DC, USA, Poster No. 515

16- Akman M, Sakarya S. Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: QUALICOPC Projesi Türkiye Sonuçları. Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV). İstanbul, 2017

17- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Ankara 2008 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t13.pdf (erişim: 12.11.2017).

18- Diyabet Hemşireleri Derneği. http://www.tdhd.org/amac_ve_hizmet.php (erişim: 12.11.2017)

19- Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabetli Hakları. http://www.turkdiab.org/page.aspx?s=8 (erişim: 12.11.2017)

20- Hayati Önem Taşıyan Ölçüm Cihazları ve Çubukları. Diabetic Living. 20 Nisan 2017. http://diabeticliving.com.tr/saglik/hayati-onem-tasiyan-olcum-cihazlari-cubuklari.html (erişim: 12.11.2017)

21- TC Cumhurbaşkanlığı. Türkiye'de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu. Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi. Istanbul, 2013.

22- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/14-kasim-2017-dunya-diyabet-gunu.html (erişim: 12.11.2017)

23- Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;28(2):169-180.

24- Oguz A, Altuntaş Y, Karşıdağ K ve ark. Prospective Urban and Rural Epidemiological Study. (PURE çalışması). 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi. 13-17 Ekim 2010 Antalya. Bildiri Özetleri Kitabı, sayfa 73, ref no: 288, no: 001.

25- TEKHARF Çalışması, 2007. http://tekharf.org/2007.html (erişim: 12.11.2017).

26- TC Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, 2002-2004. file:///C:/Users/asus/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_200704061339590_NBDtr.pdf (erişim: 12.11.2017).

27- TC Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal hastalık yükü-maliyet etkinlik çalışması, 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf (erişim: 12.11.2017)

28- TC Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Beslenme ve Diyetetik Bölümgü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Ankara, 2014. http://www.sagem.gov.tr/tbsa_beslenme_yayini.pdf (erişim: 12.11.2017)

29- Aydın S. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Ankara 2008. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t13.pdf (erişim: 12.11.2017)

30- Akman M, Sakarya S, Sargın M, Ünlüoğlu İ, Eğici MT, Boerma WG, Schäfer WL. Changes in primary care provision in Turkey: A comparison of 1993 and 2012. Health Policy. 2017 Feb;121(2):197-206

31- Resmi gazete. 02.11.2011. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm (erişim: 12.11.2017)

32- Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi. 11.05.2011. http://www.sdplatform.com/Dergi/463/Kronik-hastaliklar-ve-Saglik-Bakanligi-calismalari.aspx (erişim: 12.11.2017)

33- Okullarda Diyabet Eğitimi Programı. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2016_11/04024233_okulda_diyabet_egitimi_programi.pdf (erişim: 12.11.2017)

34- Milli Eğitim Bakanlığı. Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı. 2011/41 tarih ve sayılı Genelge. https://diyarbakir.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2015_01/05114300_12okulkantinlerindesatyyasakgdamaddeleregenelgese201141.pdf (erişim: 12.11.2017)

35- Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. TC Sağlık Bakanlığı. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Ankara 2017.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf?ua=1. (erişim: 12.11.2017)

36- World Health Organization. Global Action Plan. For the prevention and control of noncommunicable diseases. 2013-2020.

37- Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Turk M, Taner S. The influence of a market-oriented primary care reform on family physicians' working conditions: A qualitative study in Turkey. Eur J Gen Pract. 2014; 11:1-6.

ENGELLİLİĞİN ÖNLENMESİ

Prof. Dr. Hatice ŞAHİN

Her ulus çocuklarının sağlıklı ve gürbüz olmaları için yaşadıkları bölgenin sağlık şartlarını temin etmek, devlet halinde bulunan siyasal kuruluşların en birinci görevidir.

Mustafa Kemal ATATÜRK, 1937

GİRİŞ

Toplumsal değişimlerle birlikte engellilik kavramı da değişim göstermiştir. Yirminci yüzyıl ortasına kadar normal kavramından farklı olan her beden toplumlarda kabul görmemiş, dışlanmış, hatta yok edilme ile karşı karşıya gelmiştir. Görünümlerindeki, davranışlarındaki ve yaşam biçimlerindeki farklılıkları olanların "günah ürünü" olarak algılanması ve "normalite kavramı"nın da etkisi ile bireyler, toplumun kabul gördüğü hale dönüştürülmek istenmiştir. Bu toplumsal uyumlaştırmaya tıp bilimi de farklı düzeylerde hizmet etmiştir. Tıbbın etkisi ile kişinin birey olma ve topluma katkısı değil, toplum tarafından kabul görmeyen eksiklikleri, şekilsel bozuklukları düzeltilmeye çalışılmıştır. Engelli bireyin toplum tarafından kabul gören biçime dönüştürülme çabası "engellilikte tıbbi model" olarak adlandırılmaktadır (1). Son elli yılda anlayış farklılığı olmuş toplumsal kabul için yapılan düzeltmeler yerini, kişinin yararına organ fonksiyonlarını maksimum düzeye çıkarmaya bırakmıştır. Böylece bireyin eksikliği-farklılığı ile değil üretebildikleri ile kabul görmesi anlayışı gelişmiştir. Engelliliğin bu farklı algılanışına "engellilikte sosyal model" adı verilmektedir. Engelliliği algılamadaki bu anlayış değişikliği keskin bir değişim olmayıp her ikisinin de aynı toplum içinde aynı zaman diliminde yaşandığı görülmektedir.

Engelliliğin algılanmasındaki bu değişim toplumlarda halk sağlığı alanında yapılan faaliyetleri de yakından ilgilendirmektedir. Normalite kavramının hakim olduğu toplumlarda engelliliğin önlenmesine yönelik çalışmalar "farklılıkların ortaya çıkmasını önlemeye, ortaya çıkanları ise tıbbın katkısı ile düzeltmeye" odaklı iken, sosyal modelin hakim olduğu toplumlarda ise "farklılıkların ortaya çıkmasını önleme kadar farklılıkları olan bireyi düzeltmekten-normalleştirmekten-ayırmaktan çok, var olan hali ile topluma kazandırmaya" odaklıdır.

Dünya Sağlık Örgütü engelliliği; "yeti yitimi, aktivite kısıtlaması ve toplum yaşamına katılımda kısıtlılık için çatı-şemsiye bir kavram olarak tanımlamaktadır. Kavram, birey (sağlık durumu ile) ile bireyin bağlamsal faktörleri (çevresel ve kişisel faktörler) arasındaki etkileşimin olumsuz yönlerini göstermektedir. Bu nedenle "engelliliğin önlenmesi" de 'yeti yitimlerini, aktivite kısıtlamalarını ve yaşama katılım kısıtlılıklarını önlemeyi amaçlayan bireysel, toplumsal ve program düzeyindeki tüm faaliyetleri içeren bir kavram' olarak tanımlanabilir (2). Engellilik doğum öncesi, sırası ve sonrası nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta, bu nedenlerin kontrol edilebilmesi ile engellilik olgularını azaltmak, hatta ortadan kaldırmak mümkün olabilmektedir. Engelliliği ortaya çıkaran nedenleri ve oluş zamanlarını bilme, "engelliliğin önlenmesi"nde proaktif bir yaklaşımın sergilenmesini sağlayacak, böylece koruyucu-önleyici sağlık ve eğitim çalışmaları yürütülebilecektir.

Engellilik kavramının geniş kapsamı nedeniyle, bilgilerin derlenmesi sırasında bir algoritma oluşturma gerekliliği ortaya çıkmıştır. Çünkü engellilik konusu sağlık hizmetleri dışında diğer disiplinleri de (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı gibi) ilgilendirmektedir. Ayrıca halk sağlığı faaliyetlerinin engellilikle doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olması, önleme faaliyetlerinde birincil-ikincil ve üçüncül korunma basamakları da dikkate alınması gereken bileşenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda engellilikle ilgili disiplin, ilgi boyutu, korunma basamağı, tarihsel dönem bileşenleri birbirleri ile kombine edildiğinde çoklu bir algoritma ortaya çıkmaktadır. Örneğin 1923-1960 döneminde Sağlık Bakanlığı tarafından engelliliğin doğrudan önlenmesinde alınan birincil korunmayı hedefleyen faaliyetler gibi. Bu karmaşık tablo karşısında yazıda bir sınırlama yapma gereği ortaya çıkmıştır.

Bu yazıda Türkiye'de 1923'ten günümüze kadar farklı dönemlerde engelliliğin önlenmesi konusunda, Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan-dolaylı olarak engelliliğin önlenmesini hedefleyen ve halk sağlığını ilgilendiren faaliyetlerin aktarılması amaçlanmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yaygın biçimde sunulma-

sı 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) açılmasını takiben başlamıştır. Her ne kadar yazımızda dönem olarak Cumhuriyet'in ilanından itibaren bir dönem öngörülmüşse de engellilik ve sağlık alanındaki çalışmalar önceki yıllarda başlatılmıştır. Kurtuluş savaşı ülkemizde genç-yaşlı, kadın-erkek-çocuk tüm kesimlerin cephe ve gerisinde savaşın içinde olmasına yetersiz beslenme, ekonomik sorunlar ve hastalıklar da eklendiğinde nüfus yapısını değiştiren önemli bir etken olmuştur. TBMM'nin açılması ile birlikte savaşın her haliyle olumsuz etkilediği nüfusu korumaya yönelik olarak sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması ve yürütülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın kurulması amaçlanmıştır. 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 Sayılı Kanun'la Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş ve Dr. Abdülhak Adnan Adıvar da ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olmuştur. Bu dönemde sağlık örgütünü kurmak ve geliştirmek, salgın hastalıklarla mücadele, sağlık personeli açığını kapatmak, çocuk ölümlerini azaltmak ve nüfusu artırmak, gerekli yasal mevzuatı oluşturmak ve kurumlar arası işbirliğini sağlamak bakanlığın öncelikli çalışma hedefleri olarak belirlenmiştir (3). Dr. Abdülhak Adnan tarafından başlatılan sağlık hizmetleri örgütlenmesi sonraki yıllarda Dr. Refik Saydam ve Dr. Behçet Uz'un bakanlıkları döneminde de devam ettirilmiştir.

Resim 1: Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Kuran Bakanlar

1923 – 1960 DÖNEMİ

29 Ekim 1923'te cumhuriyetin ilanını takiben Dr. Refik Saydam Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olmuş ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. 1937 yılında Dr. Behçet Uz Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olmuştur. 1923-1937 yılları arasındaki sağlık hizmetleri o dönemin sağlık bakanlarının adı ile anılmıştır. Bu dönemde genel olarak sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve yasal dayanaklarla ilgili çalışmaların yapıldığı görülmektedir. 1923 yılından 1960 yılına kadar olan dönemde engelliliğin önlenmesi için yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

- Trahomla Mücadelenin Başlatılması

Trahom mücadelesine ilk olarak 1925 yılında "körler memleketi" olarak adlandırılan Adıyaman ve Malatya'da hastane ve dispanserin kurulması ile başlanmıştır. Bu hastanelerin sayısı 1930'da altıya, 1940'da 13'e ulaşmıştır (3,4,5). Hastane ve dispanserler dışında trahom savaş memuru kursları açılmış, gezici ekipler oluşturularak trahomdan kaynaklanan körlüklerin önlenmesi çalışmaları yoğun biçimde yürütülmüştür. Trahom dispanserleri 1984 yılında tamamen kapatılmıştır.

- Milli Tıp Kongreleri'nin yapılması

İlki 1925 yılında yapılan, Milli Tıp Kongreleri ile ülkenin öncelikli sağlık sorunları ele alınmıştır, bunlar içinde engelliliğe neden olan sağlık sorunları da vardır (7). Böylece engelliliğe neden olan önemli sağlık sorunları ülke gündeminde yer bulmuştur.

- Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi'nin kurulması

1267 sayılı yasa ile 27 Mayıs 1928 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuştur. Ülkemizde çok görülen salgın hastalıkları önlemede etkili olan aşı ve serumların üretilmesi ve kontrolü başta olmak üzere yürüttüğü faaliyetler ile doğrudan ve dolaylı olarak engelliliğin önlenmesinde etkili olmuştur (8).

- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un çıkarılması

1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çıkarılmıştır (9,10). Bu kanunda hekimler, diş hekimleri, ebeler, hemşireler, sünnetçiler ve hastabakıcılar için farklı hükümler vardır. 1943 yılında köy ebeleri ve köy sağlık memurları (11), 1954 yılında da hemşireler (12) hakkında özel kanunlar çıkarılmıştır. Böylece ülkemizde en ücra köşelerde bile gebe ve çocuk izlemi, doğum, lohusa ve bebek izlemleri ebelerin sorumluluğu olarak tanımlanmış ve engelliliğin önlenmesinde etkili olmuştur.

- Cumhuriyet Halk Partisi Parti Programlarında Engelliliğin yer alması

Resim 2: Trahom Göz Tedavi Evi (6)

1931 yılından itibaren Cumhuriyet Halk Partisi parti programlarında engellilik konusu yer almıştır (7). 1931 yılı programının 4. ve 6. maddelerinde, 1935 ve 1938 programlarının 57 ve 60. maddelerinde, sakatlar ve malüllerle ilgili hedefler bulunmaktadır.

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun çıkarılması

Resim 3: Köylerde trahom savaş memurlarınca yapılan ilaç uygulaması (5)

1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır (13). Halen yürürlükte olan kanun, engelliliğin önlenmesi açısından doğrudan ve dolaylı faaliyetlerin yürütülmesi açısından önemlidir. Anne, çocuk sağlığı, gebe izlemi, okul sağlığı, hastalık istatistiklerin tutulması, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi (Madde 3), bulaşıcı hastalıklarla mücadele (Madde 57), zorunlu aşı uygulaması (Madde 88), hastalık bildirimi (Madde 58-61), körlüğe neden olan Trahomla mücadele (Madde 99-102), Frengiyle mücadele (Madde 103-112) gibi doğumsal veya sonradan olan engellilik durumlarına odaklı kanun maddeleridir. Ayrıca hastalık istatistiklerinin tutulması ile ilgili düzenleme (Madde 276) meslek hastalıklarından ve farklı nedenlerden kaynaklanan engellilik durumlarının görülebilir olmasını sağlaması ve saptanan risklere göre önlemlerin alınmasına rehberlik etmesi adına önemlidir.

- Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu'nun (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu) çıkarılması

1936 yılında 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanununun çıkarılmış (14), böylece bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanmış, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve tek elden yönetilmesi, sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması ve sağlık hizmetlerinin, "geniş bölgede tek amaçlı hizmet"/ "dikey örgütlenme" modeli ile yürütülmesi bu dönemin en önemli özellikleridir (15). Sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik kavramının geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda hükümet tabiplikleri ve numune hastanelerinin açılması, sağlık personelinin yetiştirilmesine yönelik olarak yapılan düzenlemeler bu dönemde dolaylı olarak engelliliğin önlenmesine katkı sağlamıştır.

- Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı'nın yapılması

Cumhuriyet Dönemi'nin ilk yazılı sağlık planı olarak isimlendirilen "Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 yılında o dönemin Sağlık Bakanı olan Behçet Uz tarafından okunarak Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Bu plana göre sağlık merkezlerinin kurulması, koruyucu hizmetlerin yanı sıra tedavi edici hizmetlerin de verilmesi, hekim ve ebe başta olmak üzere sağlık personelinin bulundurulması ile engelliliğin önlenmesine katkısı olmuştur (15).

- İşçi Sigortaları İdaresi'nin (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulması

1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuştur (10,16). 1952 yılından itibaren de sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır. Böylece bu tarihten itibaren kazalar ve meslek hastalıklarından kaynaklı engellilerin oluşmasında önemli bir faktör olan çalışma hayatı ve sigortalı olmak kavramları da gündeme gelmiştir.

- Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü'nün kurulması

1952 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur (15). Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyona bağlı ölümlerin fazla olması nedeniyle sağlık hizmeti veren kuruluşlar da sorun odaklı örgütlenmiştir. Doğumevlerinin ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık kuruluşlarının kurulması ile bu kurumlarda hizmet verecek sağlık personelinin yetiştirilmesine yönelik politikaların belirlenmesi bu dönemin engelliliği önlemeye yönelik önemli faaliyetleridir.

- Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler'in açıklanması

8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur (15). Bu programın sonucunda takip eden yıllarda ülkemizdeki sağlık kurumlarının ve yatak sayılarında olumlu gelişmeler olmuş, içinde engelliliğin de olduğu sağlık göstergelerinde iyileşmeler gözlenmiştir. Sağlık bankası ile harcamaların finansmanının sağlanması, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşları kurmak amaçlanmıştır.

1960-1980 DÖNEMİ

Bu dönemin başlangıç ve bitiş tarihleri ülkemizde darbe dönemlerini ifade etmekte, sağlık hizmetleri açısından önemli değişiklikleri beraberinde getirmektedir. 1960-1980 döneminde engelliliğin önlenmesi için yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un çıkarılması

1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık hizmetinin ülke genelinde yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanma amaçlanmıştır. Böylece "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına gidilerek engelliliğe neden olacak risklerin er-

ken tespiti ve tedavisi konusunda güçlü bir hizmet örgütlenmesi oluşturulmuştur (10,17).

- Polio aşılamasının başlatılması

Ülkemizde gözle görülen engelliliğe neden olan etkenlerden biri de polio vakalarıdır. Bu amaçla ülkemizde ilk kez 1963 yılında canlı polio aşılaması başlatılmıştır (18).

- Aile planlaması programının başlatılması

Ülkemizde cumhuriyetin ilanını takiben yürütülen nüfusu artırmaya yönelik politika yerini nüfusu azaltmaya yönelik politikaya bırakmış ve 1965 yılında aile planlaması uygulaması başlatılmıştır. Çocuk sahibi olmak isteyen ailelere aile planlaması uygulamalarının sağlık kuruluşlarında sunulması ve danışmanlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Özellikle akraba evliliği olanlarda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi engelliliğin önlenmesinde önem taşımaktadır (19).

- Beş Yıllık Kalkınma Planları ve engelliliğin önlenmesi konusunun ele alınması

Bu dönemde dört kalkınma planı yapılmıştır. Planlarda engelliliğin önlenmesine yönelik hedefler incelenmiş ve aşağıdaki bilgiler derlenmiştir. Planlı dönemin ilk raporunda sağlık hizmetlerinde, Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Birinci plandaki hedeflere göre sağlık programları, tedavi hekimliğinden evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yönelecektir (20). İkinci planda "Sakatlığı olan veya az gelişmiş çocuklara özel eğitim verecek kurumlar açılacaktır. Bu okullarda iş eğitimi ağırlık taşıyacaktır" hükmü özellikle belirtilmektedir. (21). Üçüncü planda rehabilitasyon hizmetleri konusunda yaşanan sorunlar dile getirilmiş ve istihdama kazandırılması konusunda hedefler belirlenmiştir (22). Dördüncü planda "toplumsal güvenlik sisteminin yaygınlaştırılmasının yanı sıra, yaşlı, sakat, kimsesizler, korunmaya muhtaç çocuklar, toplumsal sorunları olan gençler, geri zekalılar ve diğer engelli gruplara sosyal hizmet ve sosyal yardımların götürülmesi, bu amaçla huzurevi, kreş, rehabilitasyon ve diğer toplumsal hizmet tesislerinin kurulması ve geliştirilmesi, bu hizmetleri tek elde toplayacak bir sosyal hizmetler kurumunun kurulmasıyla sağlanacaktır" hedefi (23) dile getirilmiştir.

- Genişletilmiş bağışıklama programının başlatılması.

1971 yılında başlatılan genişletilmiş bağışıklama programı ile ülke çapında aşı ile korunabilir hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltma, bu hastalıklara duyarlı toplum gruplarında aşılar ile yüksek aşılama oranlarına ulaşma ve bu yolla engelliliğin önlenmesi hedeflenmiştir (24).

1980 – 2000 DÖNEMİ

1980-2000 arasındaki dönem ülkemizde 12 Eylül darbesinin ve dünya çapında da küreselleşmenin izlerini taşımaktadır. Bu dönemde kalkınma planları dönemi devam etmiş, ancak sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye yönelik hedeflerin ön plana çıktığı görülmektedir. 1980-2000 döneminde engelliliğin önlenmesi için yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

- Vergi muafiyeti uygulaması

Ülkemizde engellilerin ihtiyacı olan tekerlekli sandalye, ortez, protez, özel bilgisayar programları vb. her türlü araç ve gereç katma değer vergisinden muaf tutulmuştur (25).

- Beş Yıllık Kalkınma Planları ve engelliliğin önlenmesi konusunun ele alınması

Bu dönemde üç kalkınma planı hazırlanmıştır. Planlar incelendiğinde beşinci ve altıncı planda engelliliğe dolaylı olarak değinilmiştir.

Beşinci planda engelliliğin önlenmesine yönelik hedef olarak sosyal hizmet programlarının düzenlenmesinden ve engelli bireylerin özel eğitim gereksinimlerinin karşılanması için benimsenen hedeflerden bahsedilmektedir (26). Altıncı planda ise engelli bireylere uygun rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması için hizmetlerin kapasitesinin artırılması, aşı kampanyaları başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi hedefleri belirlenmiştir (27).

- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunun çıkarılması ve güncellemeler.

1987 yılında çıkarılan kanunda 1997 yılında yapılan güncelleme ile "özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır" hükmü getirilmiştir (28).

- Genişletilmiş Bağışıklama Programının yaygınlaştırılması

Genişletilmiş Bağışıklama Programı ile ülkemizde aşılama çalışmalarına 1985 yılındaki "Aşı Kampanyası" ile hız verilmiştir (24). 1988 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde alınan karara uygun olarak, ülkemizde de polio eradikasyonu hedefi benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan Polio Eradikasyonu Programı (PEP) 1989 yılı sonunda başlatılmış, 1995 yılından itibaren altı kez ulusal aşı günleri ve sekiz kez "silme aşılaması" (mop-up) düzenlenmiştir. Türkiye 21 Haziran 2002 tarihinde poliomyelitten arındırılmış ülke sertifikası almıştır (24).

- Trahom Kontrol Programının Uygulanması

1997 yılında Trahom Kontrol Programı uygulamaya konulmuştur. Hastalığın değişen evreleme sistemine göre yeniden örgütlenen kontrol programı, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiş ve tüm sağlık personeli hizmetten sorumlu tutulmuştur. Bu dönemde yürütülen kontrol programı, daha çok göz sağlığı alanına kaydırılmış, hastalığın yoğun görüldüğü 30 ilde sağlık

Resim 4: Poliomiyelitten Arındırılmış Bölge Sertifikası (29)

personeli Temel Göz Sağlığı ve Trahom konusunda eğitim almış ve verilerin kayıtlanmasında yeni bir yöntem tanımlanmıştır (4).

- Genetik hastalıklar danışma merkezlerinin kurulması

10 Haziran 1998 tarihinde çıkarılan 23368 sayılı "Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği" ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesine eklenen hükümlerle genetik hastalıklarla ilgili merkezlerin kurulması ile gebelik döneminde daha planlı tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (4,28). Böylece gebelik dönemi tarama testlerinin yapılması ile başta Down Sendromlu bebeklerin saptanması çalışması başlatılmıştır.

- Kan uyuşmazlığı durumlarında Anti-D uygulaması

Dünya çapında 1960'lı yılların başında başlayan Anti-D uygulaması, ülkemizde ancak 1980'li yıllarda başlatılmıştır. Kan uyuşmazlıklarından kaynaklı, bebeklerde ortaya çıkacak olan gelişim sorunları ve zeka engelliliklerinin önlenmesi amacıyla ülkemizde de Rho(D) immune globülin uygulanması yapılmaktadır.

- Sağlık Bakanlığı Programlarının yürütülmesi

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bazı kontrol programları, doğrudan veya dolaylı olarak engelliliği önlemeyi hedeflemektedir (19,30).

a. 15-49 yaş kadın izlemlerinin başlatılması ile kadınlarda riski durumlar ve bunlardan kaynaklanan engelliliklerin önlenmesi,
b. Gebelik izlemi, doğum öncesi bakım hizmetleri ile gebelik ve doğuma ilişkin anne ve bebeğin izlenmesi ile riskli durumların saptanması,
c. Sağlıklı doğum programı ile tüm doğumların sağlık kuruluşunda yapılması veya sağlık personeli eşliğinde evde gerçekleştirilmesi ile doğum sırasında yaşanan sorunlardan olan hipoksiye bağlı spastik engelliliğin ve brakial plexus hasarlarına bağlı engelliliklerin önlenmesi,
d. Doğum sonu bakım hizmetleri programı ile ebelerin lohusa ve bebeğin rutin izlemlerini yapması ile erken dönem engellilik durumlarının saptanması ve önlenmesi,
e. Aile planlaması uygulamaları ve danışmanlık hizmetlerine devam edilmesi,
f. "İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programının başlatılması. Ülkemizde tuzların iyotlanması uygulaması 1968 yılında başlamasına rağmen, iyot eksikliğine bağlı zihinsel engelliliklerin önlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 29 Haziran 1994 tarihinde UNICEF işbirliğiyle "İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı" başlatılmıştır. Ayrıca her yıl toplum bilinci oluşturmak amacıyla Haziran ayının ilk haftası İyot Yetersizliği Hastalıkları Haftası olarak belirlenmiştir.
g. Büyümenin izlenmesi programının başlatılması. 1995 yılında başlayan program ile bebek ve çocukların rutin izlemleri yapılmakta, gelişim geriliğinden kaynaklı engellilik durumlarının erken dönemde saptanması ve önlenmesi hedeflenmiştir.
h. Anne sütünün teşviki ve bebek dostu hastaneler programının başlatılması. 1987 yılında başlatılan program ile beş yaş altı çocuklarda beslenme yetersizlikleri ve bundan kaynaklı durumların önlenmesi hedeflenmiştir.
i. Fenilketonüri tarama programının başlatılması. 1987 yılında başlatılan ve 1993 yılında ülke çapında uygulanan program ile yenidoğanların kalıtsal metabolik hastalık olan fenilketonüri açısından taranması, eksiklik saptanan bebeklerde destek tedavisi ile zihinsel engelliliğin önlenmesi hedeflenmiştir.
j. Ulusal diyabet programının başlatılması. 1994 yılında başlatılan program ile diyabetin erken dönem tespiti ve başta körlük, bacak ampütasyonu ve böbrek kaybı gibi komplikasyonlara bağlı engelliliklerin önlenmesi hedeflenmiştir.

2000 YILI SONRASI DÖNEM

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm projeleri ve Avrupa Birliği Müktesebatına uyum için çıkarılan kanunlar ile sağlık hizmet sunumundaki entegre hizmet anlayışı değişmiştir. Bu değişim ile toplumda engellilik algısı da değişmiş,

çalışmaların engelliliğin önlenmesinden ziyade engelli bireylere destek amacıyla yürütüldüğü dikkati çekmektedir.

- Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi

Birleşmiş Milletler Genel Toplantısı'nda 13 Aralık 2006 tarihinde kabul edilen "Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" Türkiye tarafından imzalanmış ve 3 Aralık 2008 tarihinde Kanun ile onaylanmıştır (31). Bu sözleşme ile ülkemizde ilk kez doğrudan engelliliği ele alan yasal bir metin yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin her maddesi doğrudan veya dolaylı olarak engelliliğin önlenmesi yönünde yoruma açıktır.

- Türkiye Özürlüler Araştırması'nın yapılması

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2002 yılında yapılan çalışmaya kadar engelli prevalansına ilişkin bir veri mevcut değildi. Türkiye Özürlüler Çalışması ile engellilik prevalansı, türleri, engelli bireylere ilişkin sosyodemografik veriler elde edilmiştir (32). Bu veriler sonraki yıllarda önlenmesi de dahil engellilikle ilgili yürütülen çalışmaların temelini oluşturmuştur

- Engelliler Hakkında Kanun'un çıkarılması

Avrupa Birliğine uyum çalışmaları sırasında eksikliği saptanan engelliler hakkındaki kanun kabul edilerek Temmuz 2005'te yürürlüğe girmiştir (33). Kanun 2005 yılında "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması" şeklinde çıkmıştır. 25 Nisan 2013 tarihli ve 6462 sayılı Kanunun 1. maddesiyle kanunun adında yer alan özürlüler ibaresi "Engelliler" kavramı ile değiştirilmiş ve bu tarihten itibaren de resmi metinlerde bu şekilde yer almıştır. Engelliler Hakkında Kanun'un tamamı engelli bireylerin hakları ile ilgili olmasına rağmen Madde 10'da engellilere en erken dönemde ve en yakın yerde habilitasyon veya rehabilitasyon hizmeti verilmesi hedefi ile engelliliğin önlenmesi vurgusu yapılmaktadır.

- Engelli bakımı hizmetlerinin verilmesi

Evde bakım hizmetleri mevcut engelliliği önlemekten ziyade ağırlaşmasını engellemeye yönelik hedeflenmiştir. Ülkemizde engelli bireylerin bakımının öncelikle evde ailelerin yanında sağlanması stratejisi benimsenmiş (34); evde bakım hizmeti için aileye maddi destek ve bakıcı personel desteği, rehberlik ve danışma hizmeti verilmesi öngörülmüştür (34,35,36). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları da "Anne Baba Okulu Seminerleri" ile aileleri desteklemektedir (37). Devletin sosyal hizmetlerle ilgili sorumluluğundaki değişim engelli bakımı konusunda sorumluluğu aileye aktarmıştır.

- Gebelere Demir Destek Programı

Gebelere demir destek programı, engelliliğe neden olabilecek anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla 1 Kasım 2005 tarihinden itibaren başlatılmıştır (38).

- Gebelere D Vitamini Destek Programı

Ülkemizde eksikliği yaygın olarak gözlenen, yetersizliğinin yarattığı sonuçların anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri bilinen D-Vitamini yetersizliğinin önlenmesi toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle 9 Mayıs 2011 tarihi itibari ile ülkemizde gebelik ve süt verme döneminde annelere D vitamin desteği sağlanması programı başlatılmıştır. Program ile anne ve bebeklerde D vitamini eksikliğinin önlenmesi amaçlanmıştır (39)

- Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)

Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı" ülkemizde görülme sıklığı giderek artan obezitenin önlenmesine yönelik bilimsel ve politik kararlılığın oluşturulması ve sektörler arası faaliyetlerin güçlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Obezite kaynaklı engelliliklerin önlenmesi de bu programın dolaylı hedeflerindendir (40).

- Sağlık Bakanlığı yenidoğan tarama programları

Yenidoğan tarama programları Sağlık Bakanlığı tarafından 2000'li yıllarla birlikte uygulanmaya başlanmıştır (41). Yenidoğan Tarama Programı ile tüm yenidoğanların Konjenital Hipotiroidi, Fenilketonüri ve Biyotinidaz Eksikliği yönünden taranması, oluşacak zeka geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenmesi hedeflenmektedir.

a. 2007 yılında başlatılan konjenital hipotroidi tarama programı ile bebeklerde ağır büyüme-gelişme geriliği ve mental retardasyonun önlenmesi hedeflenmiştir.
b. 2008 yılında başlatılan biyotinidaz eksikliği tarama programı ile bebeklerde görme, işitme kaybı yanında mental retardasyon dahil ölüme kadar değişen ciddi durumların önlenmesi amaçlanmaktadır.
c. Yenidoğan işitme tarama programı ile yenidoğanlarda işitme testlerinin yapılması ve erken dönemde işitme kayıplarının saptanması ile engelliliğin önlenmesi hedeflenmiştir (42).

- Beş Yıllık Kalkınma Planları ve engelliliğin önlenmesi konusunun ele alınması

2000 yılından itibaren üç adet kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu planlar incelendiğinde engellilikle ilgili fiziksel erişilebilirlik ile engellilik alanında yapılacak çalışmalarda devletin sorumluluğu yerine sektörler arası işbirliği kurmadaki aracı görevi vurgulanmaktadır. Sekizinci planda, kentlerde engellilere yönelik fiziki erişilebilirlik, yerel yönetimlerin engellilere yönelik hizmet planlaması hedefleri ile sağlığın korunmasıyla ilgili sorumluluğun bireylerde olduğu, devletin ise kurumlar arası işbirliğini sağlamak ile sorumlu olduğu vurgulanmaktadır (43). Dokuzuncu ve onuncu planda engellilere yönelik eğitim, istihdam ve bakım hizmetlerinin etkinliği ve denetiminin artırılması, evlilik öncesi eğitim ve aile danışmanlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi hedefleri belirlenmiştir (44,45).

SON SÖZ

Bu yazıda engelliliğin önlenmesi konusunda sağlık sektörü özelinde bilgi verilmeye çalışılmıştır. Oysa engelliliğin önlenmesi konusu yalnızca sağlık hizmetlerini ilgilendiren bir konu değildir. İş yaşamında çalışma koşullarının iyileştirilmesi, trafik kazalarının azaltılması, kronik hastalıkların önlenmesi, ortaya çıkan engellilik durumlarının uygun rehabilitasyonu ve toplumla entegrasyonu da engelliliğin önlenmesi kapsamında yer almaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında yapılan çalışmalar daha çok sağlık hizmetinin ülkemizde örgütlenmesine ve yaygınlaştırılmasına odaklı iken sonraki yıllarda özellikle gebelere ve bebeklere yönelik programlar ile engelliliğin önlenmesine yönelik olduğu görülmektedir. Böylece engelliliğin henüz daha prenatal dönemde önlenmesi, saptanması hedeflenmektedir. Ancak ülkemizde yıllar içinde sağlık hizmet sunumundaki değişiklikler ile koruyucu ve tedavi edici hizmetler birbirinden ayrılmış, entegre ve kapsayıcı sağlık hizmet sunumu zedelenmiştir. Bu değişiklik engelliliğin önlenmesi faaliyetlerini de Sağlık Bakanlığı'nın süreli sağlık programları ile sınırlamıştır. Ülkemizde son on yıldır uygulanan sosyal destek stratejileri engelliliğin önlenmesini değil tam tersine toplum bireylerini engelli olmaya özendirmeye dönüktür. Bu nedenle engelliliğin önlenmesine yönelik çalışmalar, çok taraflı (sağlık, ekonomi, sosyal hizmetler, eğitim vb.) katkıyı ve tarafların birbirinden haberdar olmasını gerektirmektedir. Ancak bu şekilde engelli olmanın değil, engeli önlemenin toplumsal yaşam ve birliktelik açısından değerli olduğu ortaya konabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Maria Berghs KAHGCHaCT. Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. Public Health Research Journal. 2016;: p. 4;8:1-194.
2. Consensus statement on prevention of disability. Lepr Rev. 2006;: p. 77;387–395.
3. Kayam C. Hükümet programları ve bütçe rakamları ışığında Atatürk dönemi sağlık politikaları. In Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi, 6-9 Kasım 2007; 2007; İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:156. p. 87-101.
4. Keskinbora K. Atatürk Döneminde Trahomla Mücadele Tarihçesine Bakış. In Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi, 6-9 Kasım 2007; 2007; İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:156. p. 419.
5. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ayyıldız Matbaası; 1973.
6. Cezayirlioğlu H. Memleket Hastanelerinde Hekimler, Hemşireler, Hastalar. [Online].; 2015. Available from: 11 Eylül 2017 tarihinde http://www.halduncezayirlioglu.com/2015/04/sunum-memleket-hastanelerinde-hekimler-hemsireler-hastalar/.
7. Çelik K. Atatürk Dönemi CHP ve Hükümet Programlarında Sağlık. In Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi, 6-9 Kasım 2007; 2007; İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:156. p. 287-305.
8. Merkez Hıfzıssıha Müessesesinin Teşkiline Dair Kanun. [Online].; 1940. Available from: 30 Ağustos 2017 tarihinde www.saglik.gov.tr.
9. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. [Online].; 1928. Available from: 10 Ağustos 2017 tarihinde www.mevzuat.gov.tr.
10. Fişek NH. Halk Sağlığı'na Giriş Ankara: Çağ Matbaası; 1983.
11. Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun. [Online].; 1943. Available from: 17 Ağustos 2017 tarihinde www.mevzuat.gov.tr.
12. Hemşirelik Kanunu. [Online].; 1954. Available from: 12 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6283.pdf.
13. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. [Online].; 1930. Available from: 17 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf.
14. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu. [Online].; 1936. Available from: 7 Ağustos 2017 tarihinde http://www.hukuki.net/kanun/3017.13.text.asp.
15. Sağlık Bakanlığı'nın Tarihçesi. [Online].; 2017. Available from: 21 Temmuz 2017 tarihinde http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html.
16. İşçi Sigortaları İdaresi. [Online].; 1946. Available from: 16 Ağustos 2017 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce.
17. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. [Online].; 1961. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf.
18. Ülkemizde Güncel Aşılama. [Online].; 2017. Available from: http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/asilama.pdf.
19. Sağlık Programları. [Online].; 1995. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde www.saglik.gov.tr.
20. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1963-1967. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tr/plan1.pdf.
21. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1968-1972. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tr/plan2.pdf.
22. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1973-1977. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tr/plan3.pdf.
23. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1979-1983. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tn/plan4.pdf.
24. Özmert EN. Dünya'da ve Türkiye'de aşılama takvimindeki gelişmeler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;: p. 51: 168-175.
25. KDV Kanunu. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 2 Kasım 1984, Sayı: 18563. [Online].; 1984. Available from: 12 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3065.pdf.
26. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1985-1989. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan5.pdf.
27. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 1990-1994. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.354 gov.tr/plan/plan6.pdf.
28. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. [Online].; 1987. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf.
29. Certification of Poliomyelitis Eradication. [Online].; 2005. Available from: 12 Eylül 2017 tarihinde http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/79374/E88105.pdf.
30. Sağlık Bakanlığı. İyot yetersizliği hastalıklarının önlenmesi ve tuzun iyotlanması programı. [Online].; 1994. Available from: http://www.saglik.gov.tr/TR,11063/iyot-haftasi-genelgesi-2005--72.

html.

31. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. [Online].; 2008. Available from: 23 Ağustos 2017 tarihinde https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanunlar/engellilerin-haklarina-iliskin-sozlesmenin-onaylanmasinin-uygun-bulunduguna-dair-kanun-ve-engellilerin-haklarina-i%CC%87liskin-sozlesme.
32. Türkiye Özürlüler Araştırması. [Online].; 2002. Available from: 17 Temmuz 2017 tarihinde www.tuik.gov.tr.
33. Engelliler Hakkında Kanun. [Online].; 2005. Available from: 15 Ağustos 2017 tarihinde http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf.
34. 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı. [Online].: TC Resmi Gazete 19 Ocak 2011, Sayı: 27820; 2010. Available from: 17 Ağustos 2017 tarihinde https://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yayinlar/bakim-hizmetleri/bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-plani-2011-%E2%80%93-2013.
35. Türkiye'de Engellilik ve Kalkınma: Son 10 yılın Raporu. [Online].; 2002-2013. Available from: 17 Ağustos 2017 tarihinde http://www.eyh.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/son-10-yilda-turkiyedeengellilik-ve-kalkinma-raporu-20022013.
36. 2013-2017 Stratejik Planı. [Online].; 2012. Available from: 13 Ağustos 2017 tarihinde http://www.sp.gov.tr/tr/stratejikplan/s/377/Aile+ve+Sosyal+Politikalar+Bakanligi+ 2013-2017.
37. Aydan Oral RAAKGADSAY. Dünya Engellilik Raporu: Türkiye'de engellilik ile ilgili konuların analizi ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon tıp uzmanlığının katkıları. Turk J Phys Med Rehab. 2016;: p. 1(62):83-97.
38. Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması Genelgesi. [Online].; 2007. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://saglik.gov.tr/TR,11100/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-2007--6.html.
39. Gebelere D Vitamini Destek Programı. [Online].; 2011. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://saglik.gov.tr/TR,11158/gebelere-d-vitamini-destek-programi.html.
40. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014. [Online].; 2010. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde www.saglik.gov.tr.
41. Yeni Doğan Tarama Programı. [Online].; 2017. Available from: 18 Ağustos 2017 tarihinde http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/taramalar/758-yenido%C4%9Fan-tarama-program%C4%B1.html.
42. Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi. [Online].; 2014. Available from: 18 Ağustos 2017 tarihinde www.saglik.gov.tr.
43. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 2001-2005. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/viii/plan8str.pdf.
44. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 2007-2013. Available from: 11 Ağustos 2017 tarihinde http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf.
45. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. [Online].; 2014-2018. Available from: 11 Ağustos 2017 terihinde http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf.

KANSER KONTROLÜ

Doç.Dr. Sultan Eser

Türkiye'de 1970'li yıllarda ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan kanser, tarihsel olarak önde gelen bir sağlık sorunu olarak kabul edilmemekteydi. Son 30 yılda, başta enfeksiyon hastalıkları ve doğum ile ilgili sorunlar olmak üzere, diğer ölüm nedenlerinin kontrol altına alınması, nüfusun yaşlanması, doğuştan beklenen yaşam beklentisinin artması ve kronik hastalıkların ön plana çıkması ile tanımlanan epidemiyolojik geçiş süreci ve yaşam tarzındaki değişimler nedeniyle çevresel risk faktörlerine maruz kalımın artması sonucunda, kanser ülkemizin başta gelen halk sağlığı sorunu haline geldi. Günümüzde kanser, Ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır ve bütün yaşlar birlikte değerlendirildiğinde beş ölümden birinin kanser nedenli olduğu görülmektedir (1).

Buna bağlı olarak da, ülkemizde kanser ile ilgili çabalar son 20-30 yıl öncesine kadar tedavi odaklı olup, kanser sürveyansı, birincil ve ikincil önleme alanlarında ancak 1990 sonrası önemli gelişmeler olmuştur. Bu nedenle, "Tarihsel Bakışla Ülkemizde Kanser Kontrolü" konusu "1923-1980", "1980 – 2000" ve "2000 yılı sonrası" olarak üç dönem halinde ele alınacaktır.

I. 1923-1980 Döneminde kanser kontrolü:

Bu dönemde kanser ile mücadelenin daha çok klinik alanı kapsadığı ve tedavi odaklı olduğu görülmektedir. Önemli gelişmeleri şöyle sıralayabiliriz:

1947 Ülkemizde kanser kontrolü alanında tanımlanabilecek ilk sistematik oluşum, bir sivil toplum kurumu olan Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun 1947 yılında kuruluşudur. Kurum daha sonra, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği adını aldı.

1962 Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, Türkiye'deki ilk kanser hastanesini kurdu (2).

1962 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetlerinde kanserle mücadele için Şube Şefliği kurulması ise kanser kontrolü ile ilgili ilk resmi örgütlenme olarak kabul edilebilir.

1970 Söz konusu Şube Şefliği, kanserle savaşta koruyucu ve sağaltıcı hizmetleri düzenlemek, hastanelerle ilgili tesisleri ve çalışma programlarını uygulamak, yürütmek ve denetlemek görev tanımı ile Kanser Savaş Şube Müdürlüğü haline dönüştürüldü.

1-7 Nisan Haftası Ulusal Kanser Haftası olarak kabulü yenilendi ve hafta etkinlikleri düzenlenmeye başlandı.

1972 Prof. Dr. Muzaffer Aksoy ve arkadaşları, klinik gözlemleri ile 1967 yılından itibaren ayakkabı ve terlik yapımında çalışanlarda lösemi olgularını rapor etti ve bu gözlemlerden yola çıkarak ayakkabı imalatı yapan işyerlerinde düzenledikleri epidemiyolojik çalışmaların sonucunda, benzene mesleki maruz kalımın insanlarda lösemi riskini artırdığına dair bulgularını yayımladı (3, 4).

1973 Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği tarafından ülkemizin ilk kanser dergisi "Turkish Journal of Cancer" Türkçe, 1978'den sonra ise İngilizce olarak yayımlanmaya başlandı.

1975 Prof. Dr. İzzettin Barış ve arkadaşları, Nevşehir Karain, Sarıhıdır ve Tuzköy'de görülen malign mezotelyom olgularından yola çıkarak yaptıkları çalışmalar sonucunda yöredeki jeolojik yapıda (toprak, kayalar) bulunan zeeolit/erionit mineralinin solunması sonucunda malign mezotelyom riskinin 1000 kat arttığını buldu. (5, 6, 7, 8)

1975 Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği tarafından ilk Ulusal Kanser Kongresi düzenlendi.

1975-1978 yıllarında hastanelerde yatan kanserli hasta bilgileri toplandı ve kanser örüntüsü tahmin edilmeye çalışıldı (9, 10)

1977 Ülkemizdeki kanser insidansını kabaca da olsa saptamak üzere hastane ve özel patoloji laboratuvarlarının çoğunu kapsayan patoloji tabanlı bir çalışma yürütüldü. On büyük ilde 39 patoloji merkezini kapsayan bu çalışmada yalnızca histolojik tanısı olan 14,696 olgu toplanmış (sitolojik tanılar da dahil edilmemiştir) ve Türkiye'deki kaba insidans hızı yüz binde 35, yaşa standardize insidans hızı (Dünya Standart Nüfusu, Segi) ise yüz binde 49 olarak bulunmuştur (11). Oysa aynı yıl saptanan tamlığı ve geçerliliği sorunlu olan ölüm hızları bile bu rakamların çok üzerindedir (12).

1964, 1975, 1976-79, 1977 yıllarında çeşitli çalışmalar ile kanser mortalitesi tahmin edilmeye çalışıldı (13, 14).

II. 1980-2000 Döneminde kanser kontrolü:

Bu dönemde, ülkemiz sağlık sorunları içinde kanserler,

özellikle de sigara ilişkili kanserler, giderek öne çıkmaya başladı. Bu da halk sağlığı alanında da önemli gelişmelerin yolunu açacak düzenlemelerin yapılmasına neden oldu. Bu dönemdeki gelişmeler, Genel Çatı, Kanser Sürveyansı, Birincil Önleme (Risk Faktörlerinin Kontrolü) ve İkincil Önleme (Erken Tanı Tarama) olarak dört grup altında; bir sonraki dönemde ise Palyatif Bakım başlığı eklenerek altı grup altında, gerektiğinde alt başlıkları açılarak incelenecektir:

II.1. Genel Çatı

1983 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde, Genel Müdürlük seviyesinde yapılanan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (KSD) kuruldu (14.12.1983 Tarih ve 18351 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile).

II.2. Kanser sürveyansı:

1982 Kanserin, 14.9.1982 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununu 64. Maddesi gereğince, aynı kanunun 57. Maddesinde belirtilen bildirimi zorunlu hastalıklar grubunun kapsamına alınması, daha sonrasında nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi (KKM) çalışmalarının da yasal alt yapısını oluşturan çok önemli bir gelişmedir.

1983 Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanser Savaş Daire Başkanlığı (KSD) kurulduktan sonra (bkz. Bölüm II.4), KSD tarafından bir form aracılığı ile bütün ülkede kanser tanısı koyan hekimlerin bildirim yapmasına dayanan pasif bildirim sistemi başlatıldı. Ancak uluslararası standartlar gözetilmeden yürütülen bu sistem ile beklenenin çok altında olgu bildirilmiş olup, toplanan veriler, yalnızca nicelik olarak değil nitelik olarak da yetersiz bir veri yığını olmaktan öte geçemedi ve bu sistemden ülkemizde kanser görülüşü açısından doğru ve geçerli herhangi bir bilimsel bilgi üretilemedi. Buna rağmen, yakın tarihlere kadar bu sistem yürürlükte tutuldu.

1990'lı yılların başlarında ülkede gerek kanser insidansını gerekse kanser türlerinin görece dağılımlarını tahmin etmek için hastane tabanlı çalışmalar da yürütüldü (13, 14). Ayrıca, yalnızca il ve ilçe merkezlerinden toplanıyor, nicelik ve nitelik açısından, özellikle ölüm nedeni kaydı açısından ciddi sorunlar barındırıyor olsa da ölüm sertifikaları kullanılarak kanser mortalitesi tahmin edilmeye çalışıldı (17, 18).

1992 İzmir Kanser Kayıt Merkezi kuruldu: Türkiye'de aktif veri toplamaya dayalı coğrafi sınırları tanımlanmış ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi 1992 yılında, ABD Massachusetts ve Ege Üniversiteleri ile TC Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanan bir protokol ile İzmir'de "Kanser İzlem ve Denetim Merkezi" (KİDEM) adıyla kuruldu. Öncelikle ana veri kaynağı olan kurumlardan kanser konusunda faklı uzmanlık alanlarından temsilcilerin yer aldığı Danışma Kurulu oluşturuldu. Kodlama kitapları ve rehberlerin Türkçe'ye uyarlanması, bilgisayar programının (CanReg 2) sağlanması ve uyarlanması, kanser hastası yükü fazla olan hastanelerde hastane tabanlı birimlerin kurulması, sağlık eğitimi olan (çoğu yüksek hemşire) çalışanların Kanser Kayıt Elemanı olarak eğitimlerinin tamamlanması, veri toplama formunun hazırlanması sonrasında 1992 Mayıs ayında, uluslararası standartlarda veri toplanmasına başlandı. Başlangıçta Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde yapılandırılmış olan proje koordinasyonu, 1994 yılında, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü altında kurulan koordinasyon merkezine devredildi (19). Uzun yıllar, bir şube altında olmadan, doğrudan bir müdür yardımcısına bağlı olarak çalışan KİDEM/İzmir Kanser Kayıt Merkezi, İl Sağlık Müdürlükleri (sonrasında Halk Sağlığı Müdürlükleri) altında Kanser Şubesinin yapılandırılmasından sonra bu şubeye bağlı bir birim olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Öte yandan, süre gelen, uluslararası standartların uygulanmadığı pasif bildirime dayalı sistem ile ülkedeki kanser insidans ve örüntüsünün doğru bir şekilde ortaya konamayacağı görüldü ve İzmir Kanser Kayıt Merkezinin kuruluşu temel alınarak, KSD tarafından, amacı "Bu güne kadar pasif olarak toplanan kanser verilerinin aktif yöntemle toplanarak ülkemizdeki kanser insidansını ortaya koymak" olarak tanımlanan "Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi" başlatıldı (20). Bu proje çerçevesinde 1993 yılından itibaren Trabzon, Edirne, Ankara, Antalya, Adana, Bursa, Diyarbakır, Sivas ve Erzurum'da Kanser Kayıt Merkezleri kurulduğu bildirilmişse de İzmir dışındaki merkezlerde bir nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin çalışması için gerekli ön koşullar sağlanmadığından, bu oluşumlar genelde kağıt üzerinde talimat verilmesinin ötesine pek geçemedi. Ülkemizde, İzmir Kanser Kayıt Merkezi liderliğinde sentinel sürveyans sisteminin kademeli olarak kurulması ise 2000 yılı sonrasını bekledi.

Fotoğraf 1: İzmir Kanser Kayıt Merkezi

IARC (International Agency Research on Cancer), Tanımlayıcı Epidemiyoloji Bölümü Müdürü Dr.Donald Maxwell Parkin'in İzmir Kanser Kayıt Merkezini ziyareti, 1999

II.3. Birincil önleme (risk faktörlerinin kontrolü):

1980 1970'lerin başından itibaren Prof.Dr. İzzettin Barış ve arkadaşları tarafından çevresel eriyonit maruz kalımı-

na bağlı malign plevral mezotelyom (MPM) epidemisinin görüldüğü yerleşim yerlerinde durumun incelenmesi ve sorunun çözümü yönünde çalışmalar yürütüldü (21). Sarıhıdır Köyü yeni yerleşim yerine taşındı. 1Aralık 1980'de Bakanlar Kurulu kararı ile Tuzköy ve Karain Köylerinin "Afete Maruz Bölge" olarak taşınmalarına karar verildi. Ancak köy halkının isteksizliği nedeniyle taşınma gerçekleşmedi.

1984 Yeni bir Bakanlar Kurulu kararı ile Tuzköy ve Karain Köyleri "Afete Maruz Bölge" olarak kabulü hakkındaki kararname iptal edilerek, "bulunduğu yerde ıslah" planlandı. Ancak bu ıslah çalışmalarından yeterli sonuç alınamadı.

2000 Tuzköy Beldesi ve Karain Köyü Islah Projesi başlatıldı.

1986 Çernobil Nükleer Santral Kazası: 26 Nisan 1986 tarihinde Ukrayna'da meydana gelen kaza sonucu ortama 131I, 137Cs, 90Sr ve 239Pu radyoaktif izotopları salındı, en çok Beyaz Rusya, Ukrayna ve Rusya Federasyonu olmak üzere Batı Sovyetler Birliği, Doğu Avrupa, Batı Avrupa, Kuzey Avrupa, hatta Kuzey Amerika'da 200 000 km² 'den daha büyük bir alan etkilendi.

Ülkemiz de kazadan etkilendi.

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK), halkın aldığı radyasyon dozunun doğal radyasyon dozunun yarısı kadar olduğunu, bunun da özellikle lösemilerde risk artışı oluşturmayacağını bildirdi (22). Özellikle Karadeniz bölgemizin kazadan etkilendiği ve yüksek radyoaktif maruz kalımına bağlı olarak kanser sıklığında artış olduğu, özellikle Halk Sağlığı alanındaki bilim adamları tarafından dile getirildi. Kazanın öncesinde ve sonrasında, bölgede nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi olmayışı bu yönde bir değerlendirme yapılmasını olanaksız kılmaktadır. Bölgedeki kanser sıklığını ortaya koyabilmek için hane halkı araştırması yöntemi kullanılarak bazı çalışmalar yürütülmüşse de, bu yöntem kanser görülüşünü (sıklığını) doğru olarak ortaya koymaktan uzaktır. Öte yandan 131I geçici gaz emisyonunun, etkilenen bölgelerde özellikle çocukluk çağında (<15 yaş) maruz kalanlarda, tiroit kanseri hızları üzerine etkileri iyi çalışılmış ve belgelenmiş olsa da, (23, 24), taramaların yol açtığı aşırı tanının ve iyot yetmezliğinin yol açtığı risk artışının da tiroit kanseri insidansında artışa yol açan güçlü karıştırıcı faktörler olduğu göz ardı edilmemelidir. Fukushima felaketinden sonra düzenlenen çalışmalar da, nükleer bir kazanın tiroit kanseri insidansı üzerindeki etkisini tahmin etmenin, potansiyel aşırı-tanı bağlamında çok güç olduğunu vurgulamıştır. IARC (International Agency for Research on Cancer) 2016 yılında aşırı-tanının tiroit kanseri insidansını tahmin ederken ana karıştırıcı faktör olarak göz önüne alınması gerektiğini bildirdi. Çernobil nükleer santral kazası sonrası risk artışı beklenen bir diğer kanser türü de bilindiği gibi lösemidir. Kaza yerinde çalışanlardan oluşturulan kohortlarda lösemi riskinde artış kanıtları gösterildi (25, 27). Ancak yapılan çalışmalarda, kaza yerinde çalışanlar dışında, çevresel olarak maruz kalanlarda (çocukluk çağı dahil) risk artışı saptanamadı (24, 27).

Veri yokluğu, durumu sağlıklı olarak değerlendirmemizi engelliyor olsa da, kaza sonrasında bölgede TAEK tarafından yapılan ölçümler sonucu bildirilen dozları ve konu ile ilgili yürütülen uluslararası bilimsel çalışmaları göz önüne aldığımızda, Çernobil nükleer santral kazasının ülkemiz Karadeniz Bölgesinde, az sayıda fazladan tiroit kanseri olgusu ortaya çıkmasına neden olmuş, lösemi riskinde ise saptanabilecek bir risk artışına neden olmamış olduğunu tahmin edebiliriz.

1996 4207 sayılı Tütün ve türevlerinin zararlarının önlenmesine dair kanun çıkarıldı (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

1998 Hepatit BV (HBV) aşılaması rutin aşı programına alındı (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

1I.4. İkincil önleme (erken tanı tarama):

1996 Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 1990'lı yılların sonuna kadar pasif verilerin toplandığı bir merkez olarak fonksiyon gördü. 1990'lı yıların sonunda, ülkemizde kanser erken teşhis ve tarama kavramları da gündeme gelmeye başlamıştır. 1996 yılında ise topluma dayalı yeni tip bir kanser kontrol merkezi geliştirme düşüncesi ile 25 ilde hastanelerin bünyesinde mamografi cihazı ve görevlendirilmiş personeli bulunan Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) açıldı (28). Ancak bu merkezlerin fonksiyonları, Kanser İnsidans Projesinde olduğu gibi, istenen düzeye ulaşamadı.

1999-2000 İzmir Sağlık Müdürlüğü ile İzmir Meme Hastalıkları Derneği arasında yapılan protokol ile Türkiye'deki ilk toplum tabanlı organize meme kanseri tarama programı İzmir Narlıdere'de uygulandı. Bölgede 50-64 yaş grubundaki 2177 kadın davet edildi, katılımı sağlanan 1570 kadına (%72,1) klinik muayene ve mamografi uygulandı.

2000 Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği ile Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri Projesi protokolünü imzaladı, proje faaliyetleri ise Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2003 Ekiminde başlatıldı. Projenin ana amacı 2003 yılında revize edilmiş haliyle: "Seçilmiş 11 ilde, kanser tarama için bir altyapı olarak Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri kurmak" olarak tanımlandı (29).

2000 Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) Yönetmeliği yayımlandı (14.12.2000 Tarih 24260 Sayılı Resmi Gazete, sayfa 7-11).

III. 2000 Sonrasında kanser kontrolü:

Ülkemizde etkin kanser kontrol programları hazırlayıp uygulama çabaları 2000'li yıllarla birlikte hızlandı.

III.1. Genel Çatı

2003 İl Kanser Kontrol Koordinatörlüğü yönergesi yayımlandı (01.10.2003 tarih 1009/1404 sayılı makam onayı

Tartışma-Editöre Mektup

ÇERNOBİL, KANSER OLAYLARI VE BİLİMSEL VERİ YOKLUĞU

Kanser kayıt merkezi şart!

Bir toplumda, kanser görülüşü ile ilgili bilimsel bilgileri araştırabilmek için kanser kayıt merkezine (KKM) gereksinim var. Batı'da olduğu gibi uluslararası standartlara uygun olarak işlev gören kanser kayıt merkezimiz olsaydı, Çernobil felaketinin bölgedeki kanser olgularını arttırıp arttırmadığı, radyasyonun nerelerde daha ciddi sonuçlara neden olduğu, kısa ve uzun vadedeki sağlık etkileri, vb. gibi konulardaki gerçeklerin neler olduğunu bilimsel olarak saptayabilirdik.

Fotoğraf 2: Çernobil ve veri yokluğu: 20.08.2005 tarihli Cumhuriyet Bilim Teknik

ile). 2006 yılında ise İl Kanser Kontrol Koordinatörlüğü yönergesinde değişiklik yapılmasına dair yönerge yayımlandı (21.01.2006 tarih 68 sayılı) .

2005 Ulusal Kanser Danışma Kurulu yönergesi yayımlandı (30.05.2005 tarih 5030/725 sayılı makam onayı ile). Kurulun temel işlevi "Kanser konusunda başta akademik çevreler olmak üzere, tüm birikimlerin değerlendirilmesi ve icra makamlarına sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin iletilmesi" olarak belirtilmiş olup, genelge ile yapılanması ve görev alanları belirlenen kurul, çalışmalarını esas olarak oluşturduğu alt kurullar ile gerçekleştirmektedir. Şu alt kurullar oluşturuldu: Preventif Onkoloji Alt kurulu, Epidemiyoloji ve Kayıt Alt Kurulu, Tıbbi Jeoloji Alt Kurulu, Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu, Tedavi ve Etik Alt Kurulu, Sosyal ve Psikososyal Destek ve Eğitim Alt Kurulu, Klinik (Onkolojik) Araştırmalar Alt Kurulu, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Alt Kurulu, İnsan Kaynakları Alt Kurulu. Sonrasında bunlara Palyatif Bakım, Radyasyon Güvenliği, Elektromanyetik Alanlar Sağlık Etkileri Değerlendirme, Hasta Okulları Alt Kurulları eklendi (30, 31).

2009 Geniş bir çalışma grubunun katılımı ile ilk Ulusal Kanser Kontrol Programı, 2009-2015 yılları için hazırlandı ve yayımlandı (32).

2011 Ulusal Kanser Kontrol Programı 2011-2015 için revize edildi, sonrasında program 2013-2018 için güncellendi (30).

2014 19.11.2014 tarih ve 6569 sayılı kanun ve sonrasında 18.12.2015 tarih, 29566 sayılı ve 17.12.2016 tarih, 29921 sayılı resmi gazetelerde yayımlanan yönetmelikler ile TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) ve bünyesinde Ulusal Kanser Enstitüsü kuruldu.

III.2. Kanser sürveyansı:

2000 - Bütün ülkeyi kapsayan ve pasif bildirim ile uluslararası standartlar gözetilmeksizin yürütülen kanser bildirim sisteminin ülkemizde kanser görülüşü açısından doğru ve geçerli herhangi bir bilimsel bilgi üretemediği saptandıktan sonra, 2000'li yılların başlarından itibaren, Ulusal Kanser Danışma Kurulu Epidemiyoloji ve Kayıt Alt Kurulunun da önerileri doğrultusunda, İzmir Kanser Kayıt Merkezi örnek model olarak kabul edildi ve İzmir Kanser Kayıt Merkezinin deneyimli ekibinin liderliğinde, sosyo-demografik açıdan bölgelerini temsilen seçilen Antalya, Trabzon, Samsun, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Bursa, Gaziantep ve Malatya kademeli olarak ulusal sentinel sürveyans sistemi kapsamına alınarak bu illerde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri kuruldu. Bir nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin çalışmasında yerel unsurlar önemli rol oynadığından, zaman içinde performansları incelenerek sisteme dahil edilen ya da çıkartılan merkezler de söz konusu oldu. Daha sonraki yıllarda ise Adana, Kocaeli, Mersin ve İstanbul sentinel sürveyansı sistemine dahil edildi. Ulusal sentinel kanser sürveyansı kavramına geçiş KSD kaynaklarında şöyle ifade edildi: "Kanser kaydında daha önce etkili olmadığı bilinen her kanseri her yerden kaydetme dönemi terkedilmiş, yeni bölgesel temsil özelliklerine göre kayıt merkezleri oluşturulmuş ve kanser insidanslarında son birkaç yılda ciddi

Fotoğraf 3, İleri Kanser Kayıtçılığı Kursu, İzmir, 2005

düzelme elde edilmiştir (33, 34, 35).

2001 1992'de kurulmuş olan İzmir Kanser Kayıt Merkezi'nin ilk sonuçları, "1993-1994 yıllarında İzmir'de kanser görülüşü, Türkiye için ilk bilimsel kanser insidans verileri olarak yayımlandı (19).

2006 Kanser Kayıt Merkezlerindeki çalışmaları düzenleyen genelge yayımlandı (24.01.2006 Tarih 35 Sayılı Genelge).

2006 İzmir Kanser Kayıt Merkezinin kullanmakta olduğu gizlilik yönergesi temel alınarak hazırlanmış olan Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi yayımlandı (24.01.2006 Tarih ve 60 Sayılı Yönerge).

2007 Kanser Kayıt Merkezleri ve Kanser Kayıt Birimleri Kanser Kayıtçılığı Eğitim ve Sertifika Programı Yönergesi çıkarıldı (31.08.2007 Tarih 1141 Sayı ile).

2007 İzmir ve Antalya Kanser Kayıt Merkezlerinin 1998-2002 verileri, ancak yüksek kalitede verilerin yayına kabul edildiği, IARC ve IACR'ın (International Association of Cancer Registries) ortak periyodik yayını olan Cancer Incidence in Five Continents (Beş Kıtada Kanser İnsidansı), CI5C'ın 1X sayısında yayımlandı (35).

2007 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS): TC Kimlik numarasına göre kişilerin ikamet adreslerinin eşleştirildiği kayıt sisteminden ilk nüfus tahminleri 2007 yılında yayımlandı.

2008 TC Kimlik Numarası: Her Türk vatandaşına tek bir numara atanması uygulaması 2000 yılında başlatıldıysa da, 2008 yılında kişi ile ilgili tüm kayıtlarda, sağlık kayıtları dahil, yaygın olarak kullanılmaya başlandı.

2008 yılından itibaren hastanelerde Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin yaygın olarak uygulanması ve bu sistemlerin ADNKS ile ilişkilendirilmesi söz konusu oldu.

2009 Ölüm Bildirim Sistemi, ölüm bildiriminde uluslararası standartlar gözetilerek yeniden düzenlendi, 2013 yılı itibarı ile ise ölüm bildirimleri elektronik olarak yapılmaya başlandı.

2010 Sentinel sürveyans sisteminde yer alan Kanser Kayıt Merkezlerinin 2006 yılı verileri değerlendirilerek tamlık ve geçerliliği uygun bulunan sekiz merkezin verilerinden oluşturulan ortak veri tabanı kullanılarak Türkiye için, bölge karşılaştırmalarını da içeren ilk kanser insidans tahminleri yayımlandı (37).

2010 Türkiye'den (İzmir'de seçilmiş 12 kanser türünden sağkalım) ilk nüfus tabanlı sağkalım verilerini de içeren çalışma yayımlandı. Bu makale ve ardından yayımlanan kitapta İzmir'de 1995-1997 yıllarında tanı almış kolon, rektum, larinks, uterus serviksi, over, mesane kanserleri, Hodgkin lenfoma, Non-Hodgkin lenfoma, multiple myelom, lenfoid lösemi, myeloid lösemi için cinsiyete, tanı sırasındaki evreye göre absolüt, rölatif ve yaşa standardize rölatif sağkalımları sunuldu (38, 39).

2013 CI5C Volume X'da İzmir ve Antalya'nın yanı sıra, Trabzon ve Edirne Kanser Kayıt Merkezlerinin 2003-2007 verileri yayımlandı (40).

2013 GICR IARC Izmir Hub, 30 Ekim 2013 tarihinde IARC ve TC Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol ile İzmir Kanser Kayıt Merkezi, GICR (The Global Initiative for Cancer Registry Development in Low and Middle-Income Countries, Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Kanser Kayıtçılığının Gelişimi için Küresel Girişim,) Projesi çerçevesinde planlanan altı bölgesel danışma merkezlerinden ikincisi olarak atandı. GICR, ulusal kanser kontrolü için bilgi oluşturma ve kanser kayıt merkezlerinin tüm dünyada kurulmasını ve gelişmesini güvence altına almak yönünde teknik destek, eğitim ve danışmanlık veren, 2011 yılında IARC liderliğinde başlatılan uluslararası bir işbirlikli girişimdir (41).

IARC Kuzey Afrika, Orta ve Batı Asya Bölgesi Kanser Kayıtçılığı Danışma Merkezinin (IARC Izmir Hub) aktiviteleri, kuruluşundan bu yana Kuzey Afrika, Orta ve Batı Asya bölgelerindeki 29 ülkede kanser kayıt merkezlerine ve kanser sürveyansı çalışmalarına teknik destek, eğitim, danışmanlık, araştırma ve kanser kayıt merkezleri arasındaki ağ kapasitesinin geliştirilmesi, kanser kayıt merkezi verilerinin karar alıcılar, politikacılar ve araştırmacılar tarafından kullanımının desteklenmesi gibi fonksiyonlar çerçevesinde yürütülmektedir (41).

2013 Uluslararası alanda böylesi prestijli bir oluşum gerçekleşirken, ulusal alanda ise, Kanserle Savaş Dairesinin kararıyla, 2000 yılından bu yana izlenen sentinel sürveyans ile bölgelerini temsilen seçilmiş illerde kanser kayıtçılığının yürütülmesi kavramından vazgeçilerek, ülke nüfusunun tamamının nüfus tabanlı kanser kayıt merkezleri tarafından kapsanmasına kararı alınarak bütün illerde (81 il) kanser kayıt merkezleri kuruldu. Ülkemizde, son yıllarda bilgiişlem alanında sağlanan gelişmeler bu kararın dayanağını oluşturuyor olsa da, verinin işlenmesi, analizlerin yapılıp kullanıma sunulması, karar vericiler ve araştırmacılar tarafından kullanımı aşamalarında yer alacak kanser kayıt elemanından epidemiyologlara kadar uzanan bir aralıkta yer alan yetişmiş insan gücü kapasitesi, ne yazık ki yeterli değildir. IARC tarafından yayınlanan teknik raporda da, nüfus tabanlı kanser kayıtçılığının, nüfusun tamamında neler olup bittiğinin tahmin edilebilmesini sağlayacak bir "örnekte" veya bir ya da birden çok sentinel bölgede olmak üzere bu nüfusun sadece "bir bölümünde" yürütülmesi yerine, ülke nüfusunun tama-

mının kapsanmasından elde edilecek ek yararın kanser kayıtçılığının yüksek maliyetinin altında kalacağı vurgulanmaktadır (42, 43).

2014 1995-2009 aralığında 67 ülke KKM'lerinin yetişkinlerde mide, kolon, rektum, karaciğer, akciğer, meme (kadın), serviks, over, prostat ve lösemi, çocuklarda lösemiden nüfus tabanlı beş yıllık net ve rölatif sağkalımı tahminlerini içeren CONCORD-2 çalışmasında İzmir'in sağkalım tahminleri de yayımlandı (44).

2015 Kanser Kayıt Merkezlerinin çalışmaları "Kanser Bildirimi Ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği" ile yeniden düzenlendi (03.06.2015 tarih, 29375 sayılı Resmi Gazetede).

2017 CI5C Vol. XI'de İzmir, Antalya, Trabzon, Edirne, Samsun, Bursa, Erzurum, Eskişehir KKM'lerin verileri (45), IICC (International Incidence of Childhood Cancers) 3. sürümünde ise İzmir, Antalya, Trabzon, Edirne, Samsun, Bursa, Erzurum ve Ankara KKM'lerinin çocukluk çağı (0-19 yaş) verileri yayımlandı (46).

III.3. Birincil önleme (risk faktörlerinin kontrolü):

2001 Eriyonit köylerinde yaşayan ailelerde yapılan genetik epidemiyoloji haritalama çalışmalar sonucunda mezotelyomun otozomal dominant geçiş gösterdiğini düşünüldü. Bu bulgular MPM'nin eriyonit ile birlikte bilinmeyen bir kalıtım, bir başka deyişle, genetik ve çevresel etkileşim sonucu geliştiğini düşündürmektedir (47). 2009 itibari ile Tuzköy beldesi ve Karain köyünün taşınması için gerekli konutlar, okul, işyerleri ve sağlık ocağı yapımı tamamlanmıştı (48). Asbest, eriyonit, vb. minerale çevresel ve mesleki maruz kalımın önlenmesi için Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2009 yılında Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planını hazırladı. Bugüne kadar yürütülen çalışmalarda, Türkiye'de bu köyler dışında halen toplam 30 ilde, 473 köyde asbest karışımlı ak toprak sıvalı ve/veya çatılı ev olduğu ve bu köylerin çevresinde köylüler tarafından kullanılan ak toprak kaynakları olduğu belirlenmiştir. Öte yandan 1975 yılından bu yana 300 bin tona varmış olan asbest ithalatı, Aliağa'daki tersanelerde asbestli gemi sökümleri, kentsel dönüşüm çalışmalarına bağlı olarak asbestli binaların yıkımındaki maruz kalımlara bağlı olarak mesleksel MPM vakalarının da görülmeye başlanacağını öngörebiliriz (49).

2005 17.02.2005 tarih ve 25730 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış "İnsan tüketimine yönelik sularla ilgili yönetmelik", içme suyundaki arsenik düzeylerinin DSÖ'nün kabul edilebilir düzeylerine düşürülmesi, fosil yakıtlarındaki arsenik düzeylerinin belirlenmesi ve yüksek düzeyli olanların kullanımının engellenmesini düzenlemektedir.

2008 2872 sayılı Çevre kanunu çerçevesinde "Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi "ne yönelik
2008 yılında çıkarılan yönetmelikte 2009 yılında değişiklik yapıldı. Son yönetmelik değişikliği ile mevcut hava kalitesi limit değerlerinin 01.01.2014 tarihine kadar kademeli olarak azaltılması ve o tarihten sonra kademeli bir geçiş ile AB limit değerlerine uyum sağlanması hedeflendi (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır) (50).

2008 4207 sayılı Tütün ve türevlerinin zararlarının önlenmesine dair kanunda güçlendirici değişiklikler yapıldı (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

2008 İlk Ulusal Tütün Kontrol Programı (2008-2012) hazırlandı (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

2010 İlk Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014 hazırlandı. Daha sonra Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017 olarak güncellendi (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

2010 İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyonun Olumsuz Etkilerinden Çevre ve Halkın Sağlığının Korunmasına Yönelik Alınması Gereken Tedbirlere İlişkin Yönetmelik yayımlandı (Resmi Gazete Tarihi: 24 Temmuz 2010 tarih 6258 sayılı Resmi Gazete).

2011 Aşırı Tuz Tüketiminin Önlenmesi Programı 2011-2015 hazırlandı, 2017-2021 için güncellendi (ayrıntıları ilgili bölümde yer almaktadır).

2013 Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Alkol Kontrolü Eylem Planı hazırlandı.

2015 Ulusal Radon Haritalaması program başlatıldı. TAEK ile 81 ilden örneğe alınan seçilen 65 000 hanede Radon ölçümleri planlandı (30).

2016 Solaryum cihazlarını bulunduran merkezlerin denetlenmesi, lisanslandırılması, cihazların kullanımına yönelik <18 yaş grubuna yasak ve/veya ebeveyn onayı olmaksızın kullanamama kısıtlaması getirilmesi hususunda yönetmelik çalışmasına başlandı. (32).

2017 Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 hazırlandı. Program, ülkemizde önlenebilir bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin engellenmesi için tütün ve sigara kullanımının, sağlıksız beslenmenin, fiziksel hareketsizliğin ve alkol kullanımının önlenmesine yönelik kanıtlanmış çözümlerin hayata geçirilmesi için hazırlanan ve uygulanmakta olan diğer programları da kapsayan bir çerçeve program niteliğindedir (52).

1II.4. İkincil önleme (erken tanı tarama):

2003 KETEM Projesi faaliyetleri başladı. Proje kapsamındaki 11 ildeki (Adana, Antalya, Balıkesir, İstanbul, Trabzon, Ankara, Edirne, Erzurum, Gaziantep, Sivas ve Diyarbakır) merkezler zaman içinde kademeli olarak faal hale getirildi. Merkezlerdeki başlıca faaliyetler, başvuran, ya da sevkli olarak gelen kişilerin tetkiklerinin yapılması ve halk eğitimlerinin yürütülmesi oldu. Küçük pilot çalışmalar dışında nüfus tabanlı taramaların gerçekleştirilemedi.

2004 Kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlarına dair Sağlık Bakanlığı genelgesi yayımlandı (20.07.2004 Tarih 5030/1135 Sayılı Genelge)

2005 Erzurum, Balıkesir, Ankara'da yürütülecek pilot meme kanseri tarama programları için Sağlık Bakanlığı bütçesinden pay ayrıldı. Daha sonra Balıkesir'de seçilmiş bir bölgede toplum tabanlı tarama gerçekleştirildi.

2005 Toplum tabanlı meme ve serviks kanseri taramalarının ücretsiz olmasına dair Bakanlar Kurulu kararı

Fotoğraf 4: Avrupa Birliği KETEM projesi, Yalova Çalıştayı, 2005

(2 Eylül 2005 tarih, 25924 sayılı karar) yürürlüğe girdi. Bu karar doğrultusunda, bilimsel kanıta dayalı her türlü tarama hizmetinin ücretsiz olması, tüm geri ödeme kurumlarınca ödeme kapsamına alınması yolunda düzenlemeler yapıldı (51).

2006 Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uygulanacak Usul ve Esaslar yayımlandı (24.01.2006 Tarih 34 Sayılı Genelge).

2007 Serviks kanseri Ulusal tarama standartları yayımlandı (29.05.2007 Tarih 2007/40 Sayılı Genelge).

2008 Kolorektal Kanserler için Ulusal Tarama Standartları yayımlandı (31.12.2008 tarih ve 3239 sayılı onay ve 11.08.2009 tarih ve 2669 sayılı değişikliğe ait makam onayı ile yürürlüğe girdi).

2008 "2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde" kanser tarama hizmetlerinin KETEM'lerde ücretsiz olarak verilmesi temin edildi. Aynı tebliğ ile kanser tedavisinin de ücretsiz işlemler kapsamına alındı (53).

2012 itibarı ile 81 ilde kurulu 124 KETEM yaygın olarak fırsatçı tarama ve halk eğitimi fonksiyonlarını sürdürerek faaliyet göstermekte idi (53).

2012 Ulusal kanser tarama standartları (önerileri) güncellendi edildi. Meme kanseri için 50 olan tarama başlangıç yaşı önerisi 40 yaşa çekildi.

2014 yılından itibaren kanser tarama hizmetlerinin, Birinci Basamak Sağlık (Aile Hekimliği) Hizmetleri içine entegre edilme uygulaması başlatıldı.

2014 Ankara ve İstanbul'da HPV antikor testi için merkezi laboratuvarlar kuruldu. Serviks kanseri taramasında HPV antikor taraması stratejisine geçiş yapıldı.

2014 Kolorektal kanserler için Aile Hekimlikleri tarafından hedef gruba gaytada gizli kan testleri uygulanmaya başlandı.

2017 itibarı ile her ilde en az bir tane olmak üzere, toplam 159 KETEM, 31 mobil tarama birimi, yaygın olarak fırsatçı tarama ve halk eğitimi fonksiyonlarını sürdürürken erken tanı faaliyetlerinin aile hekimliklerine entegrasyon çalışmaları sürdürülmekte, KETEM'ler, aile sağlığı merkezleri ile yakın işbirliği içinde çalışmalarına devam etmektedir (53).

III.5. Palyatif Bakım

2010 Hazırlanan Palya-Türk Projesi kapsamında ülkemizde palyatif bakım ile ilgili çalışmalar başlatıldı. Türkiye'de halen yaygın olarak "son dönem bakım veya ağrı tedavisi" olarak kabul görse de palyatif bakımı DSÖ, "yaşamı tehdit edici bir hastalıkta hasta ve ailesinin karşılaştığı fiziksel ve psikososyal sorunları kontrol ederek yaşam kalitesinde iyileştirme hedefleyen bütüncül yaklaşım" olarak tanımlar. Gelişmiş ülkelerde kemoterapi ve radyoterapi programları tamamlanmış, hastalığı ilerleyen ve tedavilere dirençli hale gelmiş hastaların yaşam kalitesini artırmak için palyatif bakım üniteleri, evde bakım programları, hemşire bakım evleri (hospisler) ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Ülkemizde ise, hastanelerde sadece palyatif bakım uygulayan spesifik üniteler ile hastaneler dışında hospis tarzı yapılanmaların kurulması ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, "Kanserle Savaş Daire Başkanlığı öncülüğünde "Ulusal Kanser Kontrol Programı" çerçevesinde 2008 yılından itibaren gerçekleşmektedir. 2010 yılında Sağlık Müdürlükleri altında kurulan "Evde Sağlık Hizmetleri" birimleri palyatif bakım hizmeti de veren birimlerdir (32).

2015 yılı itibari ile ülkemizde 97 palyatif bakım merkezi hizmet sunmaktadır. Ayrıca ülkemizde morfin üretimi çalışmaları sürmekte olup gerekli protokollerin tamamlandığı ve üretim aşamasına geçileceği bildirilmektedir (32).

IV. Sonuç:

Demografik ve epidemiyolojik geçiş sonrasında kanser, ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kanser kontrolü konusunda ise önemli çabalar söz konusudur. Kanser sürveyans sistemi belirli bir olgunluğa ulaşmış olmakla birlikte yetişmiş uygun nitelikte insan gücü yetersizliği, kanser kayıt merkezlerinin bürokratik yapılar altında olup akademik kurumlarla gerekli işbirliğinin (protokoller vb.) sağlanamamış olması ve epidemiyoloji alanındaki altyapı eksikliği, ülkemizde bu alandaki en önemli sorunlar olarak varlığını sürdürmektedir. Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri tarafından, risk faktörlerine maruz kalımın kontrolüne yönelik olarak pek çok program yürütülmektedir. Ancak risk faktörlerine maruz kalım, tütün, obezite örneklerinde olduğu gibi, sektörler arası işbirliğini gerektirir ve çoğu zaman büyük ölçüde ülkedeki genel sosyopolitik gelişmelerden etkilenir. Ülkemizde, genel çerçevenin yeterince yapılandırılmamasının, yürütülen programların etkilerinin sınırlı kalması-

na neden olduğunu söyleyebiliriz. Erken tanı ve tarama konusunda, Kanserle Savaş Dairesi tarafından koordine edilen önemli hizmetler yürütülmekte ise de, uygunluk, maliyet etkinlik, öncelik belirleme, mevcut kaynakların değerlendirilmesi çalışmalarını da içeren bütüncül bir yaklaşım ve yapılanma söz konusu değildir ve yürütülen çalışmalar, organize bir tarama programında olması gereken -hedef nüfusa yapılacak merkezi tarama davetleri, tarama pozitiflerin ileri tetkik ve tedavilerinin organizasyonu gibi- pek çok bileşenden ve kalite güvencesi koşullarından yoksundur.

Özetle, kanser kontrolü alanında ülkemizde önemli gelişmeler olmaktadır. Ancak, çalışmaların daha bütünlüklü, daha sistematik bir yaklaşımla, kanıta dayalı uygulamaları gözeterek iyileştirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572, TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016, , son erişim 15Kasım2017
2. http://www.turkkanser.org/sayfa/14/tarihce, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ahmed Andiçen Kanser Hastanesi) Ankara'da hizmete açtı, son erişim 15Kasım2017
3. Aksoy M, Dinçol K, Erdem Ş, Dinçol G. Acute leukemia due to chronic exposure to benzene. The American Journal of Medicine. 1972, 52(2):160-6.
4. Aksoy M, Erdem Ş, DinÇol G. Leukemia in shoe-workers exposed chronically to benzene. Blood. 1974,44(6):837-41.
5. Baris YI, Ozesmi M, Kerse I, et al. An outbreak of pleural mesothelioma in the village of Karain/Urgup, Anatolia. Kanser 1975, 5: 1-4. 19
6. Baris Y, Sahin AA, Ozesmi M, et al. An outbreak of pleural mesothelioma and chronic fibrosing pleurisy in the village of Karain/Urgüp in Anatolia. Thorax. 1978, 33(2):181-92
7. Bariş YI, Artvinli M, Şahin AA. Environmental mesothelioma in Turkey. Annals of the New York Academy of Sciences. 1979,330(1):423-32.;
8. Artvinli M, Bariş Yİ. Malignant mesotheliomas in a small village in the Anatolian region of Turkey: an epidemiologic study. Journal of the National Cancer Institute. 1979, 63(1):17-22.
9. Köseoğlu L, Erkan C. 15471 Malign Tümör Vakasının İstatistik Değerlendirilmesi, Sağlık Dergisi 1977, 29(3):1-2.
10. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-1978, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Ankara;
11. Bilir N. Türkiye'de Kanser Sorunu ve Kanser Savaş, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Doçentlik Tezi, 1980.
12. Fırat D. Türkiye'de Kanser İstatistikleri, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankar:1982.
13. Eser S, Eser G. Kanserden Ölümün Türkiye'deki Durumu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1964. 27:125.
14. İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri 1975, 1977, 1978, 1979, 1980, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
15. Tuncer İ, Burgut R, Bozdemir N, Coşar EF. Türkiye'de Kanser Sıklığı. TÜBİTAK ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Adana:1994.
16. Fırat D, Hayran M. Cancer Statistics in Turkey and in the World (1990-1992). Türk Kanser Savaş ve Araştırma Kurumu, Ankara:1995.
17. Fırat D. Türkiye ve Dünyada Kanser Mortalitesi, 1980-81. Türk Kanser Savaş ve Araştırma Kurumu. Ankara:1983.
18. Fırat D, Çelik İ. Cancer Statistics in Turkey and in the World, 1993-1995. Türk Kanser Savaş ve Araştırma Kurumu. Ankara:1998.
19. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993–1994: first results from Izmir Cancer Registry. European Journal of Cancer. 2001, 37(1):83-92.
20. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara: Bakanlık Yayın No:618, 2001.
21. Baris YI, Simanato l, Artvinli M, Pooley F, Saracci R, Skidmore J, et al. Epidemiological and environmental evidence of health effect of exposure to erionite fibers: a four-year study in the Cappadocian region of Turkey. Int J Cancer 1987, 39: 10-7. 22.
22. Yülek G, Radyasyon ve Kanser, TAEK, 1. Kanser Sempozyumu, 1-3 Nisan 1991, Ankara
23. Cardis E, Howe G, Ron E, et al. Cancer consequences of the Chernobyl accident: 20 years on. Journal of radiological protection. 2006, 26(2):127.
24. Cardis E, Hatch M. The Chernobyl accident—an epidemiological perspective. Clinical Oncology. 2011, 23(4):251-60.
25. Kesminiene A, Evrard AS, Ivanov VK, et al.. Risk of hematological malignancies among Chernobyl liquidators. Radiation research. 2008, 170(6):721-35.
26. Romanenko AY, Finch SC, Hatch M, et al.. The Ukrainian-American study of leukemia and related disorders among Chornobyl cleanup workers from Ukraine: III. Radiation risks. Radiation research. 2008, 170(6):711-20.
27. Parkin DM, Cardis E, Masuyer E, et al.. Childhood leukaemia following the Chernobyl accident: the European childhood leukaemia-lymphoma incidence study (ECLIS). European Journal of Cancer. 1993, 29(1):87-95.
28. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999), Ankara: Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:618, 2001,
29. Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri Projesi, Sonuç Raporu, Nisan 2005.
30. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2011-2015, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, yayın no: 842, 2011.
31. Güllü İ, Zengin N, Kanserle Mücadelede Ulusal Danışma Kurulunun Rolü. içinde:Tuncer M ed. Türkiye'de Kanser Kontrolü, Ankara: Sağlık Bakanlığı, KSD, 2011:9-10
32. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, yayın no: 760, Nisan 2009, Ankara
33. 31.Stillman FA, Kaufman MR, Kibria N, Eser S, Spires M, Pustu Y, Cancer registries in four provinces in Turkey: a case study, Globalization and Health, 2012, 8:34
34. Olcayto E, Tarihçe; Kanserle Savaşın Ülkemizdeki Geçmişi. içinde:Tuncer M ed. Türkiye'de Kanser Kontrolü, Ankara: Sağlık Bakanlığı, KSD, 2011:3.
35. Tuncer M, Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki önemi, Hastalık yükü ve Kanser Kontrol politikalar., içinde: Tuncer M ed, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2012: 5-7.
36. Curado. M. P., Edwards B., Shin. H.R., et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX, Lyon: IARC Scientific Publications, No. 160, 2007.
37. Eser S, Yakut C, Özdemir R, ve ark., Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed Registry Based Estimation. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2010; 11(6):1731-1739.
38. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. The Lancet Oncology. 2010, 11(2):165-73
39. Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Lucas E. Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America (SurvCan). Lyon:IARC Scientific Publications volume 162, International Agency for Research on Cancer, 2011.

40. Forman D, Bray F, Brewster DH, et al., editors. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X, Lyon: IARC Scientific Publication No. 164. International Agency for Research on Cancer, 2014, elektronik olarak yayım:2013.

41. http://gicr.iarc.fr, GICR, Global Initiative for Cancer Registry Development, Making Cancer data count son erişim 15 Kasım 2017

42. F. Bray, A. Znaor, P. Cueva, et al. Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings, Lyon: IARC Technical Publication No. 43, 2014

43. Eser S, Türkiye'de Kanser Sürveyansı ve Kanser Sıklığı, içinde: Ed.Ertem M, Çan G, Türkiye Sağlık Raporu Edirne: HASUDER, Trakya Üniversitesi Matbaası, 2014:253-27.

44. Allemani C, Weir HK, Carreira H, et all. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2), The Lancet, Available online 26 November 2014.

45. Bray F, Colombet M, Mery L, et all. Editors, Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). 2017, Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: http://ci5.iarc.fr, erişim 24.10.2017].

46. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, et al. editors. International Incidence of Childhood Cancer, Volume III (electronic version). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2017:Available from: http://iicc.iarc.fr/results/, accessed [01.10.2017].

47. Roushdy-Hammady I, Siegel J, Emri S, Testa JR, Carbone M. Genetic-susceptibility factor and malignant mesothelioma in the Cappadocian region of Turkey. Lancet 2001; 357: 444-5

48. Carbone M, Emri S, Dogan AU, et al. A mesothelioma epidemic in Cappadocia: scientific developments and unexpected social outcomes. Nature Reviews. Cancer. 2007, 7(2):147.

49. Funda AK, Emri AS. Türkiye'de Malign Plevral Mezotelyoma Sorunu. Plevra Hastalıkları, 2015, 3: 273-27.

50. Çağlayan Ç, Türkiye'de Hava Kirliliği, içinde: Ed.Ertem M, Çan G, Türkiye Sağlık Raporu Edirne: HASUDER, Trakya Üniversitesi Matbaası, 2014: 327-335

51. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2016, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2016

52. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No 1056, 2017

53. Hatipoğlu A, Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. içinde: Tuncer M ed. Türkiye'de Kanser Kontrolü, Ankara: Sağlık Bakanlığı, KSD, 2011:231-236

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARININ KONTROLÜ

Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU

Kalp ve damar hastalıkları (KDH), koroner kalp hastalığı ve inme başta olmak üzere kalp ve damarlarla ilgili geniş bir yelpazede yer alan ve sık görülen hastalıklardır. Türkiye'de ölüm nedeni istatistiklerinin yayınlanmaya başladığı 1960'lı yıllardan beri kalp ve damar hastalıkları ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almıştır. Prof. Dr. Nusret Fişek'in 1978 yılındaki Toplum ve Hekim'de yer alan bir yayınında beş yaş üzeri nüfusta ölüm nedeninin önem sırası ve önlenme oranı sunulmuş; kalp hastalıklarının birinci önem sırasında yer aldığı, ancak kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin önlenme oranının %10 ile en düşük olduğu belirtilmiştir (1). Günümüzde de KDH, ölüm nedenleri arasındaki sırası ve önemini korumakla birlikte, önlenme oranı kırk yıl öncesine göre oldukça yüksektir. Tarihsel bakışla değerlendirildiğinde, ülkemizde 1990'lara gelene kadar kalp ve damar hastalıklarının önlenmesine yönelik yoğun bir mücadele programlanmadığı, daha çok tedavi yaklaşımı ile ilgili gelişmeler sağlandığı dikkati çekmektedir. Ülkemizdeki KDH ile ilgili bu gelişmeler ve kontrol programları "1923-1960'' 1960-1980" "1980-2000" ve "2000 yılı sonrası" olarak dört dönem halinde ele alınarak özetlenmiştir.

5 Yaştan Yukarı Nüfusta 10 Önemli Ölüm Nedeninin Önem Sırası ve Önlenebilme Oranı (1970)

Ölüm Nedenleri	Türkiye İl ve İlçelerde	Yunanistan	İsveç	Ölümlerin Önlenebilme Oranı
Kalp hastalıkları	1	1	1	10
Neoplazmalar	2	2	2	50
M.S.S. damar lezyonları	3	3	3	10
Kazalar	4	4	4	50
Enfeksiyon hastalıkları	5	7	10	100
Pnömoni	6	5	5	80
Siroz	7	10	-	25
Diyabet	10	8	6	60
Adam öldürme	8	-	-	50

1923-1960 DÖNEMİ

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, tüm alanlarda olduğu gibi sağlıkta da yeniden yapılanmanın temellerinin atıldığı bu dönemde KDH ülke genelinde öncelikli bir sağlık sorunu olarak ön plana çıkmamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın (SSYB) 1925 yılında hazırladığı sağlık programında, çözülmesi zorunlu sağlık sorunları belirlenmiştir. Bu sorunlar arasında KDH ile ilgili herhangi bir başlığın olmadığı görülmektedir (2). Benzer şekilde, o dönemde sağlıkla ilgili çıkarılan pek çok kanun incelediğinde de KDH'nın henüz bir sorun olarak yer almadığı dikkati çekmektedir (3-5).

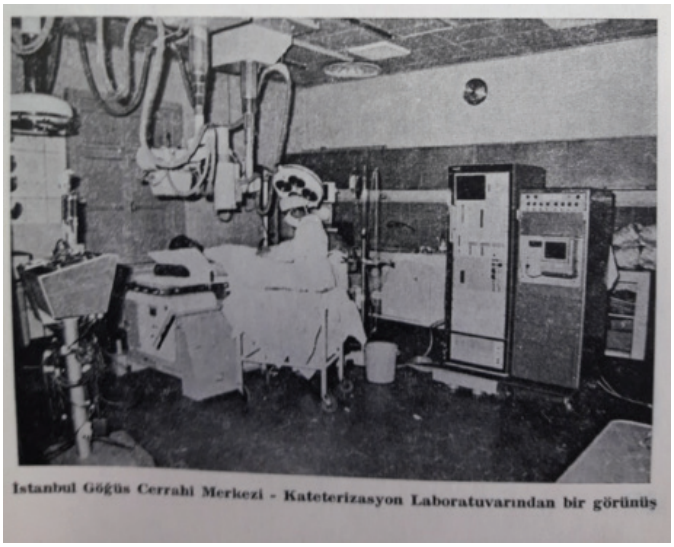
Bu dönem KDH'nın tanı ve tedavisine yönelik gelişmelerin ilk adımlarının atıldığı yıllardır. Kalp hastalıkları tanı ve tedavisini içeren, elektrokardiyografi yöntemlerinden de bahseden ilk kitap İstanbul Üniversitesi Dahiliye Kliniğinden Neşet Ömer İrdelp tarafından 'Kalp ve Eviye-i Enzari' ismi ile 1923 yılında yayınlanmıştır. Neşet Ömer ve Muzaffer Esat, kalp hastalıkları tanısında önemli yeri olan ve o yıllar için en gelişmiş alet olan elektrokardiyografi ile ilgili 'Seriri Elektrokardiyografi' adlı kitabı 1934 yılında yayınlamışlardır (6,7). 1960'lara doğru, artık yüksek tansiyon tanısı ve tedavisi ile ilgili kitaplar yayınlanmaya başlamıştır.

1960-1980 DÖNEMİ

Bu dönem, sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sunumu açısından önemli değişikliklerin olduğu, planlı kalkınmanın başladığı bir zaman dilimidir. Bu yıllarda KDH'na bağlı ölümler ilk sıralarda yer almaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) il ve ilçe merkezlerinde derlenen ölümlere göre 1960 yılında KDH ölüm hızı yüzbinde 201'dir, 1970 yılında ise 225'e çıkmıştır (2). 1979 yılında 45 yaş ve üzeri nüfusta yüzbinde 1,148 ile ölüm nedenlerinin ilk sırasında kalp hastalıklarına bağlı ölümler yer almaktadır (8). Hastane istatistikleri incelendiğinde, 1964 yılında iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar nedeniyle yatan hastalar içinde ölüm oranının her ikisi için de %13 olduğu görülmektedir; başka bir ifade ile bu tanılar ile yatan sekiz hastadan biri yaşamını yitirmektedir (9). Birinci beş yıllık kalkınma planında da en çok ölüme yol açan hastalıkların başında kalp hastalıklarının geldiği belirtilmektedir (10). Bu tespit olmasına rağmen, plan hedeflerinde KDH ile ilgili bir başlık dikkati çekmemektedir.

Yirmi yıllık bu dönemdeki hükümet programlarına bakıldığında; genel çerçevede, koruyucu hizmetlere öncelik verileceği, tedavi edici hizmetlerin koruyucu hizmetlerin tamamlayıcısı olarak yürütüleceği vurgulanmaktadır. Ancak hiçbir programda KDH ile doğrudan ya da dolaylı bir vurgu dikkati çekmemektedir (11).

KDH'nın tanı ve tedavisinde gelişmelerin olduğu bu yıllarda, kalp cerrahisinde önemli bir yer tutacak olan 'İstanbul Göğüs Cerrahisi Merkezi" 1960'da Siyami Ersek tarafından kurulmuştur (6). Kardiyoloji ve kalp cerrahisi


İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi - Kateterizasyon Laboratuvarından bir görünüş

Şekil 1. İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi, kateterizasyon laboratuvarından bir görünüş (2)

alanında önemli ilerlemelerin yaşandığı ''Yüksek İhtisas Hastanesi''de 1964'de SSYB ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında yapılan bir protokol ile Ankara'da açılışını yapmıştır (12). İlklerin yaşandığı bu dönemde koroner anjiyografi tanıda, by-pass ameliyatı tedavide yerini almaya başlamıştır.

Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde (1962) iç hastalıkları uzmanlık grupları arasında yer alan kardiyoloji, 1973 yılındaki tüzük ile iç hastalıkları yan dallarından biri olmuştur (13,14). Kardiyolojinin ayrı bir anadal olması ise 1990'da gerçekleşecektir. Uzmanlaşmanın yaygınlaşması ile birlikte Türk Kardiyoloji Derneği (TKD), 1963 yılında kurulmuş, 1971 yılında ise bilimsel araştırmaların yayınlanacağı TKD Arşivi Dergisi çıkarılmaya başlanmıştır (6,15).

Bu dönemde hipertansiyon, kalp hastalıkları, damar sertliği konusunda kitaplar dahiliye, kardiyoloji uzmanları tarafından yayınlanırken, KDH toplum hekimlerinin de ilgisini çekmeye başlamıştır. Özellikle Ankara kırsalında hipertansiyon, kalp hastalıkları ve koroner kalp hastalığı prevalansı ile hastaların incelenmesi ve izlenmesi üzerine Toplum Hekimliği tezleri yapılmıştır (16). Ülke genelini yansıtmasa da ulusal düzeyde yapıldığı belirtilen bir çalışma 1962 yılı yazında İstanbul ile Tokat, Ordu, Samsun'un bazı köylerinde 20-80 yaş popülasyonda hipertansiyon sıklığını belirlemek üzere gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma Türk Nefroloji Derneği tarafından Türkiye'de hipertansiyon sıklığı ilk raporu olarak belirtilmektedir (17).

1980-2000 DÖNEMİ

Bu dönem, ülkemizde piyasa ekonomisi uygulamaları ile birlikte sağlıkta özelleştirmenin temellerinin atıldığı yıllardır. KDH'nın öncelikli bir sağlık sorunu olarak ele alınıp, kontrolü ile ilgili çalışmaların başlaması daha çok 1990'lı yıllara denk düşmektedir.

DİE istatistiklerine göre 1993 yılında, beş ve daha yukarı yaşlardaki ölümlerin %48'i, 5-64 yaştaki ölümlerinde %43'ü kalp hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir (18). Her ne kadar ülke genelindeki gerçek durumu yansıtmasa da, özellikle erken ölümler açısından dikkati çeken bu durum Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 1993 yılında yayınlanan 'Ulusal Sağlık Politikası (USP)' dokümanında da yer bulmuştur. USP 26. hedef 'Dolaşım Sistemi Hastalıkları' başlığı altında '*2005 yılına kadar 65 yaş altı grubunda dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile ölüm oranı en az % 15 azaltılacaktır'* ifadesi yer almaktadır. Bu belgede kalp hastalıklarından korunma için bir program olmadığı vurgulanarak, tanı ve tedavi yönünden de olanakların yetersizliği belirtilmektedir. Bu hedefe ulaşmadaki ilkeler, önlenme, teşhis ve tedavinin temel sağlık hizmetleri ile entegre olması, risk faktörlerinin kontrolü ve sağlık personeli eğitimi olarak sıralanmıştır. Bu konuda bir program geliştirileceği belirtilerek, birincil ve ikincil korunma ile ilgili stratejilere dokümanda yer verilmiştir (19). Geliştirilmesi planlanan bu program, kısa sürede gerçekleştirilememiştir. SB'nin 1995 yılında yayınladığı birinci basamak sağlık personeli için sağlık programlarını içeren eğitim kitapçığında da KDH ile ilgili bir program olmadığı dikkati çekmektedir (20). Ancak, Türkiye ile DSÖ arasında yürütülen, düzenli bütçesi olan, iki yıllık (1996-1997) işbirliği programında yer alan 17 projeden birisinin hipertansiyon kontrolü olduğu görülmektedir (21).

Bu dönemdeki hükümet programlarında da KDH ile doğrudan ya da dolaylı bir vurgu dikkati çekmemektedir (11). Dört, beş ve altıncı kalkınma planlarında KDH öncelikli olarak yer almamaktadır; ancak 1996-2000 dönemini kapsayan yedincisinde, KDH ile ilgili doğrudan bir vurgu olmamasına karşın, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirileceği, zararlı alışkanlıklardan korunma ile ilgili programlar geliştirileceği belirtilmiştir. Zararlı alışkanlıkların ne olduğu ve bu programların içeriği açık değilse de KDH önlenmesi ile ilgili dolaylı bir yaklaşımdan söz edilebilir (22).

Yirmi yıllık 1980-2000 arasındaki dönem, hipertansiyon tanı ve tedavisi ile ilgili yayınların arttığı bir dönemdir. Hipertansiyon prevalansı ve risk etmenleri konusunda halk sağlıkçılar tarafından yapılan tez, makale ve bildirilerin, özellikle 1990'lı yıllarda arttığı dikkati çekmektedir. Hipertansiyonla birlikte, koroner kalp hastalıkları ve risk faktörlerine yönelik çalışmalar, sigara ve kalp hastalıkları ile ilgili yayınlar hekimlerin, halk sağlıkçıların çalıştıkları konular arasında yerini almıştır (16). Bu çalışmalar yerel, küçük örnekli araştırmalardır. Bunların dışında 1990 yı-

lında TKD tarafından, Prof. Dr. Altan Onat başkanlığında, SB ile ortaklaşa yürütülen "Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)'' çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu kesitsel tarama yedi bölgede, kırsal ve kentsel yerleşimli 20 yaş ve üzeri 3687 erişkinde yapılmıştır. Kalp hastalıkları (koroner kalp hastalığı, hipertansif kalp hastalığı, kalp kapak hastalığı, aritmiler) prevalansını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada prevalans %6.7 bulunmuştur. Örnek seçim yöntemi ile ilgili bazı kısıtlılıkları olan bu kesitsel tarama ile yaş, cinsiyet, yerleşim yerine göre hastalıklar ve risk faktörleri sıklıkları hakkında kapsamlı veri elde edilmiştir. Bu çalışmadan beş yıl sonra 1995'de, aynı kohortta (Marmara bölgesi hariç) benzer tanı kriterleri ile izlem çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu izlemde beş yıllık süreçte fatal koroner olay ile fatal olmayan yeni koroner olay insidansı belirlenmeye çalışılmıştır (23). Bu taramalar 1997/98 ve 2000 yılında da tekrarlanmıştır. Bir sonraki dönemde de görüleceği gibi 2016 yılına kadar 11 izlem taraması gerçekleştirilmiştir (24).

TKD, koroner kalp hastalığının ülkemizde erişkinlerde önemli morbidite ve mortalite nedeni olduğu gerçeğiyle, ilk kez 1995 yılında 'Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz' yayınlamış; altı yıl sonra bu kılavuzu güncellemiştir. Bu kılavuzda, hekimlerin yüksek risk stratejisi ve ikincil koruma ile birlikte topluma yönelik koruyucu yaklaşım ve eğitim rolünün de olduğu vurgulanmaktadır (25). Benzer bir kılavuz hipertansiyon için de dernek tarafından 2000 yılında yayınlanmıştır.

2000 yılına gelindiğinde, SB'nın kalp hastalıkları kontrolü ile ilgili kapsamlı bir programı bulunmamaktadır. Bu durum, Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanan "Türkiye Kalp Raporu 2000:Türkiye'de Kalp Sağlığı ve Kardiyoloji Alanında Günümüzdeki Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerilerine İlişkin Rapor'' da belirtilmektedir (26).

2000 YILI SONRASI

Sağlıkta dönüşümün başlatıldığı bu dönem pek çok bulaşıcı olmayan hastalıkla birlikte kalp ve damar hastalıkları kontrol politika ve programlarının da yoğun olarak ele alındığı dönemdir. Aynı zamanda KDH sıklığı, hastalık yükü, risk faktörleri yaygınlığı ile ilgili araştırmaların yapıldığı yıllardır. İzleme kolaylığı açısında program ve yapılan çalışmalar ayrı başlıklarda sunulacaktır.

IV.1. Ulusal politika ve programlar

DSÖ'nün Mayıs 2000'de gerçekleştirdiği 53.Dünya Sağlık Genel Kurulunda KDH'nın da içinde olduğu BOH'ın önlenmesi ve kontrol edilmesine öncelik verilmesi kararı ve üye ülkelerde de ulusal stratejik çerçevenin oluşturulması önerisi ile ülkemizde de kontrol programları oluşturulmaya başlanmıştır (27).

DSÖ'nün "Herkese Sağlık Hedef ve Stratejileri" doğrultusunda 2001 yılında yayınlanan 'Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedefleri ve Stratejileri' içinde KDH riskini ve risk faktörleri sıklığını azaltmaya yönelik hedefler yer almıştır. Hedef 2, 2020 yılına kadar BOH sıklığı ve buna bağlı ölüm, sakatlık, işgörememezliği azaltmayı amaçlamaktadır. Alt hedefler içinde de, birincil koruma yanı sıra ikincil ve üçüncül koruma yaklaşımıyla, KDH riskini ve risk faktörleri sıklığını azaltmaya yönelik hedefler yer almaktadır (28).

Bu hedeflere ulaşmada çeşitli programlar uygulanmaya başlamıştır. Bunlardan ilki SB, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (THGM) tarafından başlatılan Kronik Hastalıklar Kontrol Programı'dır. Öncelikle hipertansiyon, obezite ve diyabet olmak üzere, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumlarının işbirliği ile koruma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli izlemlerinin sağlanması amacıyla, 2002 yılından itibaren 16 ilde devlet hastaneleri bünyesinde Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Merkezleri açılmıştır (29). Ancak bu merkezlerin yaygınlaştırılmamıştır. Aynı yıl içinde hazırlanan birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri içinde KDH ve risk faktörlerinden hipertansiyon, diyabet ve sigara bırakma yer almıştır.

SB tarafından yayınlanan 'Sağlık 2004' kitabında gerek Temel Sağlık Hizmetleri gerekse Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüklerinin (TSHGM) KDH ile ilgili ulusal politika geliştirme çalışmalarına başladığı vurgulanmaktadır (30). Çalışmaların mevzuatlarda yer alması 2005 yılında yayınlanan ''Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi'' nde görülmektedir. Bu yönergede, toplum sağlığı açısından önemli olan ve sağlık ocakları tarafından izlenmeleri gereken bazı kronik hastalıklar arasında hipertansiyon, romatizmal kalp hastalığı ve koroner kalp hastalığı da yer almıştır. Bu hastalıkların birincil ve ikincil korunması ile izlenmesi sağlık ocaklarının görevleri arasında sıralanmıştır (31). Ancak izlem sıklığı, içeriği, sevk kriterleri gibi uygulamaların kapsamlı bir çerçevesi oluşturulmamıştır.

2006 yılında *''Kalp ve damar hastalıkları ile savaşın başarısının güçlü bir sağlık alt yapısı ve sistemi ile gerçekleştirilebileceği gerçeği''* dikkate alındığı belirtilerek SB koordinatörlüğünde **''Ulusal Kalp Sağlığı Politikası''** dokümanı yayınlanmıştır. Kalp ve damar hastalıklarından korunmanın raporun en önemli bölümünü oluşturduğu belirtilmektedir (32). Bu yıllarda kalp ve damar hastalıklarının toplumun öncelikli sorunlarından olduğu gerçeği artık pek çok bakanlık dokümanında yer almaya başlamış ve buna yönelik politika geliştirme çabaları da artmıştır. Ulusal kalp sağlığı politikası geliştirilmesi gerekliliği 'Avrupa'da Herkese Sağlık Hedef 21'de yer alan hedeflere ne kadar yaklaşıldığının değerlendirildiği kitapta da SB tarafından vurgulanmıştır (33).

Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki kalp ve damar hastalıkları yükünü ve bu konudaki eşitliksizlikleri azaltmak amacıyla hazırlanan ''Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'' 2007 yılında ülkemiz tarafından imzalanmıştır. O dönemdeki Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve do-

kuz uzmanlık derneği başkanı imzaya katılmışlardır (32). Bu sözleşme ile ulusal planlar ve politikalar geliştirilmesi, uygulanması yanı sıra bu plan ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi imzalayanlar tarafından kabul edilmiştir.

SB bu süreçte merkez örgüt yapısında da değişikliğe gitmiştir. Kalp ve damar hastaları kontrolünde görev alacak daire başkanlıkları 2008 yılı başında TSHGM bünyesinde kurulmuştur. Bu başkanlıklar "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" ve "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı"dır (32). Aynı yıl ilk kez ''Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'' hazırlanmıştır. Bu planın amacı ''daha sağlıklı bir Türkiye için, kalp ve damar hastalıkları ile mücadelede başlıca risk faktörlerinin azaltılması yolu ile kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve bu alanda kontrolün sağlanması'' olarak belirtilmiştir. Önlenmesi gereken KDH risk faktörleri olarak tütün ürünleri kullanımı, sağlıksız beslenme, şişmanlık ve fiziksel hareketsizlik plan kapsamına alınmıştır (32). Bu kapsamda planlanan eylemlerin, düzenli izleme ve değerlendirmelerle 2008-2012 yılları arasında gerçekleştirileceği belirtilmiştir.

''Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu'' 2008 yılı sonunda *''Dünya Sağlık Örgütü kararlarına paralellik içerisinde kronik hastalıkların kontrolü, risk faktörlerinin önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında''* SB tarafından gerçekleştirilmiştir. Sempozyumun KDH risk faktörleri ile ilgili oturumlarında, sağlığın geliştirilmesi sektörler arası işbirliğini geliştirme ve genel farkındalık oluşturma amaçları çerçevesinde tartışılmıştır (34).

SB'nın ''2010-2014 Stratejik Planında'' da KDH kontrolünde izleme, değerlendirme ve raporlamanın gerçekleştirileceği yer almaktadır. Ayrıca planda, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik, risk stratejisi yaklaşımlarını içeren aktivitelerin uygulamaya geçirilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanacağı vurgulanmıştır. Stratejik planda 2014'de ulaşılması gereken performans hedefi olarak kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalığa bağlı 65 yaş altındaki mortalite oranını mevcut duruma göre (sırasıyla %48 ve %15, 2008 yılı) %25 azaltmak yer almaktadır (35). Bu stratejik hedefler de gözönüne alınarak, 2008'deki kontrol programı eylem planının devamı niteliğinde olan kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile bu alanda kontrolün sağlanmasını amaçlayan yeni bir program 2010-2014 dönemini içeren ''Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'' 2010 yılında yayınlanmıştır. Bu planda birincil korumaya ek olarak ikincil ve üçüncül korumaya yönelik yüksek risk stratejisi uygulaması da yer almaktadır (36).

Kasım 2011'de Resmi Gazete'de yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile SB yeniden yapılandırılmıştır. Bu durum BOH kontrolü ile ilişkili daire başkanlıklarının ayrı kurum çatısı altında yapılanmasına yol açmıştır. 'Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü' Bakanlığın merkez teşkilatı altında, 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birimi' ise bağlı kuruluş olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu altında yer almıştır (37) .

SB tarafından 2006 yılından beri uygulanmaya çalışılan KDH risk faktörleri kontrolü ile ilgili planlamalar ve hedefler 2011 yılından itibaren hükümet programlarında da yer almıştır. 61.Hükümet risk faktörlerinden tütün, alkol ile mücadelenin devam edeceğini, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edileceğini vurgulamış ve 2015 yılında ulaşılması planlanan hedeflere programında yer vermiştir. ''Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Öncelikli Dönüşüm Programı'' aracılığıyla KDH risk faktörleri ile mücadelenin devam edeceği 62,64 ve 65. hükümet programlarında da belirtmiştir (11). Hükümet düzeyindeki bu kararlılık kalkınma planına yansımıştır. Onuncu Kalkınma Planında ilk kez KDH ve diğer BOH mortalitesi ve risk faktörlerinin azaltılması ile ilgili program hedefleri yer almıştır. Özellikle obezite, tütün kullanımı ve fiziksel aktivite ile ilgili ölçülebilir hedefler belirlenmiştir (38).

Şekil 2. *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (32)*

SB'nın ''2013-2017 Stratejik Planı'' KDH'na yönelik hedefler içeren diğer bir belgedir. ''Önleme ve kontrol programını iyileştirmek için eğitim, altyapı ve teknoloji kapasitesini artırmak'' ve ''programının kullanımını yaygınlaştırmak'' beş yıllık dönemde hedeflere ulaşmada önerilen stratejilerdir (39).

Şekil 3. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Birincil,İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (36)

Tüm BOH gibi kalp ve damar hastalıkları kontrolünde uygula-

nan programların sonuçları ile ilgili değerlendirmeler DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin 2014 yılı raporunda ayrıntılı olarak sunulmuştur. Bu raporda hastalık yükünün başını çeken iskemik kalp hastalığına bağlı DALY'lerde 2002-2012 döneminde bir iyileşme olmadığı, inmeye bağlı ise hafif bir düşüş olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerinin kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörlerinin teşhisi ve yönetiminde henüz sistematik olarak yer almadığı; aile hekimleri ve uzmanlar arasında sistematik koordinasyon ve işbirliğinin olmadığı; sevk sistemi olmadığı için üçüncü basamak hastanelerin birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetlerini sunduğu; risk faktörü yönetimi ve rutin tedavisinde aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak tedavi merkezlerinin rollerinin birbirleriyle çakıştığı belirtilmektedir (40).

***Şekil 4**. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, 2015-2020 (41)*

Kalkınma planı ve SB stratejik planında da ağırlıklı olarak vurgulanan BOH görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek hedefine ulaşmak amacıyla 2015 yılında ''Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, 2015-2020'' Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmıştır. Programda yer alan dokuz amaç, korumanın tüm basamakları ile birlikte, surveyans, izleme ve değerlendirmeyi de içermektedir. Dokuz amacın biri serebrovasküler hastalıklara (inmeye) ayrılmış; hedefler olarak morbidite ve mortalitenin azaltılması ile erişkinlerde inme riskinin belirlenmesi belirtilmiştir (41). İlk programın başlangıç tarihi gözönüne alınınca, son on yıl içinde KDH kontrolüne yönelik kapsamlı ulusal programların planlandığı görülmektedir. Bu programlar dışında, KDH risk faktörleri kontrolü ile bağlantılı olarak yürütülen aşağıdaki programlar kitabın ilgili bölümlerinde ayrıntılı olarak sunulmuştur. Bu nedenle burada tarih sırasına göre yalnızca program ismi olarak yer verilmiştir. Görüldüğü gibi ilk diyabet kontrol programı dışında hepsi 2000 sonrası uygulanmaya başlamıştır (42).

- Ulusal Diyabet Programı, 1994
- Ulusal Diyabet-Obezite-Hipertansiyon Kontrol Programı, 2003
- Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı, 2008-2012
- Ulusal Kanser Kontrol Programı, 2008 - 2012
- Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014
- Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, 2010-2014
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2011 - 2015
- Ulusal Kanser Kontrol Programı, 2013 - 2018
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2014 - 2017
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2014 - 2017
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2014 - 2017
- Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı, 2015 - 2018
- Türkiye Diyabet Programı, 2015 – 2020
- Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı, 2015-2020
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2017 - 2021

Yukarıda sıralanan mevcut tüm programları kapsayan çerçeve bir belge olduğu belirtilen ''Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025'' Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2017 yılında yayınlanmıştır. Türkiye'de BOH risk faktörlerinin çok yüksek düzeyde olduğu vurgulanmakta; planın *''önleme ve kontrol faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkili müdahaleyi sağlayan öncelikli hedefleri içeren, bütüncül ve yüksek düzeyde multidisipliner yaklaşımı benimsediği''* belirtilmektedir. Eylem planı, en çok ölüm ve hastalık yüküne yol açan kardiyovasküler hastalıkları da içeren BOH ve ortak davranışsal risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik ulusal hedeflere ulaşmayı amaçlamakta; her düzeyde koordineli ve uyumlu adımlar atılması konusunda tüm paydaşlarla ortak çalışmaya dair yol haritasını kapsamaktadır (42).

SB teşkilat yapısında Resmi Gazete'de (25 Ağustos 2017) yayınlanan 694 Sayılı KHK ile değişiklik olmuştur. Yeni yapılamada, KDH kontrol programları ile ilişkili iki daire başkanlığı, SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında yer alan ''Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı'' ve ''Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı''dır (43).

IV.2. Ulusal düzeyde yapılan araştırmalar

Kontrol programlarının etkinliği sürekli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Risk faktörleri, hastalıkların morbidite ve mortalitesi bir sürveyans sistemi ile izlenmelidir. Ülkemizde bu bileşenlerle ilgili düzenli bir sürveyans sistemi bulunmamaktadır. Bu veriler, mortalite dışında, ancak yapılan araştırmalardan elde edilmektedir. Bu nedenle KDH ve risk faktörleri ile ilgili ülke genelindeki durumu yansıtma amacıyla SB, TÜİK ya da sivil toplum örgütleri tarafından pek çok araştırma yapılmış, bazıları

düzenli/düzensiz aralıklarla tekrarlanmıştır. İlk kez yapıldıkları tarih gözönüne alınarak bu araştırmalardan kısaca bahsedilecektir.

Yukarıda değinilen TEKHARF çalışması, 2000 sonrası 2001/02 yazında tüm coğrafi bölgelerde yeniden gerçekleştirilmiş; daha sonra 2003/04, 2005/06, 2007/08, 2009/10, 2011/12, 2013/14 ve 2015/16 yazlarında tekrar edilmiştir. 1990 kohortunu temel alan çalışmaya her dönem yeni kohortlar da eklenerek devam edilmiştir. Taramalarda temelde aynı tanı yöntemi kullanılmış, ancak risk faktörleri genişletilmiştir. Yirmi altı yıllık izlem sırasında ölüm nedenlerinin başında koroner kalp hastalıkları gelirken üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar yer almıştır. TKD tarafından 2017 yılında yayınlanan raporda, KKH mortalitesi ve koroner olay prevalansının yüksek olduğu belirtilmiş ve elde edilen son veriler için ''ülkemizde koroner hastalıktan koruyucu önlemleri çok daha etkinleştirme gereğini vurgulamıştır'' ifadesi kullanılmıştır (24).

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından 2002 yılında başlatılan Türkiye Hastalık Yükü (UHY) Çalışması, örneklem planı DİE tarafından yapılan 12.000 hanede gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda 60.000 hanede sözel otopsi yapılmıştır. Bu çalışmada, Türkiye'de ölümlülük yükünün ikinci ve üçüncü sırasında iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıkların yer aldığı belirlenmiştir. Aynı sıralama hastalık yükü için de geçerlidir; sadece bu iki KDH hastalığı toplam hastalık yükünün %14'nü oluşturmaktadır (44). UHY çalışması 2013 yılında tekrar edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarının sunumunda, BOH yükünün son on yıl içinde arttığı vurgulanırken, artan etkinin özellikle görüldüğü beş hastalığın ilk sırasında iskemik kalp hastalığının olduğu belirtilmektedir (45).

SB, TSHGM tarafından 2002 yılında veri toplaması tamamlanan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi, ''30 yaş üstü bireylerde koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin sıklığını saptamak'' temel amacı ile her coğrafik bölgeden birer ilde belirlenen sağlık ocaklarına kayıtlı bireylerde gerçekleştirilmiştir. Henüz ulusal bir programın olmadığı bir dönemde yapılan bu çalışma raporunda, temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkinliğinin artırılması ve risk faktörlerinin etkisini azaltmaya yönelik etkin projeler ve programların geliştirilerek uygulanması önerilmektedir (46).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2003 yılında saha çalışmalarını yaptığı ''Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT)''nı gerçekleştirmiştir. Ülkemizde 18 yaş üzeri grupta hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda bilgilere erişmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, grubun yaklaşık üçte birinde hipertansiyon belirlenmiştir (47). Çalışma aynı yöntem ile 2012 yılında tekrarlanmış ve prevalansda 10 yıl içinde çok az bir düşüş gözlenmiştir (48).

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT) sonuçlarına göre, 18 yaş üstü popülasyonda KDH risk faktörlerinden hipertansiyon, obezite ve diyabet prevalansı, sırasıyla %33,%22 ve %13 bulunmuştur (49).

TÜİK tarafından ilki 2008'de yapılan ''Türkiye Sağlık Araştırması'' 15 yaş üzeri nüfusu temsil eden örnekte yüzyüze görüşme ile gerçekleştirilmiştir. KDH risk faktörlerinden tütün kullanımı ve obezite sıklığının belirlendiği, tanı almış hastalık olarak KDH'nın sorgulandığı araştırma iki yılda bir tekrarlanmaktadır; en son 2016 yılında yapılmıştır (50).

Metabolik Sendrom Derneği tarafından ilk kez 2009'da yapılan ve 2020 yılına kadar devam edecek olan PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiological study) çalışması, 35-70 yaş grubunda KDH risk faktörleri hakkında bilgi sunmaktadır. Üç yıllık 2009-2012 verilerinin karşılaştırılması, bu sürede tütün kullanımındaki hafif bir azalma dışında hipertansiyon, diyabet, obezite ve metabolik sendrom prevalansının arttığını göstermektedir (51).

Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin gerçekleştirdiği Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması da 2010 yılında yapılmıştır, 2017 yılında tekrar edilmiştir. KDH risk faktörlerinden beslenme, obezite ve fiziksel aktivite ile ilgili verilerin elde edilebileceği bu araştırmanın 2017 örneğini 15 yaş üzere erişkinleri oluşturmaktadır (52).

KDH risk faktörlerinden diyabet, obezite, hipertansiyon sıklığı hakkında verinin elde edildiği diğer bir çalışma da 2010 yılında ikincisi yapılan (ilki 1998, TURDEP-I) ''Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II)''dir. Bu çalışma sonuçlarına göre, 20 yaş üstü popülasyonda, 12 yılda sigara içenlerin oranı %42 azalmış, ancak diyabet sıklığı %90, obezite sıklığı %44 artmıştır (53).

SB tarafından yürütülen, 2011 yılında veri toplaması tamamlanan, ''Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'' içinde de aile hekimine kayıtlı 15 yaş üstü bireylerde kendi bildirimleri ile KDH sıklığı ve risk faktörleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre risk faktörleri açısından, hipertansiyon halen önemli bir kronik sağlık sorunu ve bir risk faktörüdür; diyabet sıklığı artmaktadır; 15 yaş üstü nüfusun dörtte bir obez ve dörtte biri düzenli sigara kullanmaktadır (54). Benzer bir çalışma, DSÖ'nün de katılımı ile ülke genelinde 15 yaş üstü nüfusta kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda yapılacaktır. Katılımcıların bildirimine dayalı verilerin hanelerde yüzyüze görüşme ile elde edileceği ve ölçümlerin yapılacağı ''Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Araştırması)''nın 2017 içinde tamamlanması planlanmıştır (55).

SONUÇ

1990'lı yıllarda ilk adımları atılan, 2000 sonrası yoğunlaşan KDH kontrol programları, DSÖ ilkeleri ve stratejiler

çerçevesinde bakanlıklar, üniversiteler, dernekler, sivil toplum kuruluşları işbirliği ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu uygulamalara karşın KDH ve risk faktörleri tüm yaş grupları için halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu sorunun boyutunu ve seyrini izlemek, zamanında uygun girişimlerde bulunabilmek için gerekli olan düzenli bir surveyans sisteminin olmaması da bir tehdit olarak devam etmektedir. Programın başarısı için birinci basamağın koruma, tanı ve tedavide sistematik olarak rol alması, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamağın işbirliğinin sağlanması, her basamak hizmet sunumundaki rollerin kesinleştirilmesi önemlidir. Ancak tüm BOH'da olduğu gibi KDH kontrolünde, sektörlerarası işbirliği olmaksızın başarının sağlanamayacağı gerçeği de gözardı edilmemelidir. *''Ancak BOH'un ortaya çıkışında en temel etken olan sosyal eşitsizliklerin, hastalıkların önlenmesi, sağaltımı ve esenlendirilmesine yönelik hizmetlere erişimi de engellediği gerçeğini dikkate almayan politikaların başarılı olamayacağı açıktır''* (56).

KAYNAKLAR

1.Fişek N.Türkiye'de Hastalıklarla Savaşta Önceliklerin Saptanması Üzerinde Bir İnceleme http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download_file=19780109.pdf

2. SSYB. Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl. Ankara, SSYB Yayın No:422, 1973

3. Resmi Gazete. UHK. 06.05.1930 tarihli ve 1489 sayılı Resmi Gazete http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf

4. SSYB Teşkilat ve Memurin Kanunu

5.Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf

6. TKD.1900'lerden 2000'lere Kardiyoloji. https://www.tkd.org.tr/menu/78/1900lerden-2000lere-kardiyoloji (erişim:04.12.2017)

7. İrdelp NÖ. Kalp ve Eviye-i Emrazi. https://www.nadirkitap.com/kalp-ve-eviye-i-emrazi-dr-neset-omer-kitap6956368.html (erişim:14.12.2017)

8. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Çağ Matbaası, 1985

9. SB. Hastalık İstatistikleri 1964-94. Ankara 1996

10.DPT. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf

11.TBMM. https://www.tbmm.gov.tr/kutuphane/e_kaynaklar_kutuphane_hukumetler.html (04.12.2017)

12.Göksel S.Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Kardiyolojinin Gelişiminde Ankara Tıp Fakültesi ve Sonrası...Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2008:61(2); 109-135

13. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/mevzuat/1962.pdf

14.Tababet Uzmanlık Tüzüğü. http://tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/mevzuat/1973.pdf

15. Türk Kardiyoloji Derneği. https://www.tkd.org.tr/menu/15/tarihce (erişim:11.12.2017)

16. Ağaoğlu B. Türkiye Halk Sağlığı Bibliyografyası. Hamus Yayıncılık. İstanbul, 1996

17. Önen KH, Sunam G, Berkarda B. Türk Halkında Arter Basıncı Değerleri Ve Hipertansiyon Üzerinde Bir Araştırma. Onsekizinci Millî Türk Tıp Kongresi, Ankara 1964 http://www.tsn.org.tr/folders/file/MilliTipKongresi1964%20TR%20HT%20Taramasi%20KOnen.pdf

18. DİE, Ölüm İstatistikleri. Ankara, 1993

19. SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ulusal Sağlık Politikası. Ankara, 1993 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf

20. SB. Sağlık Programları. Ankara, 1995 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200705021522570.pdf

21. SB Dış İlişkiler Daire Başkanlığı. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri. Ankara 1997 http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/ekitap/dsoandturkey.pdf

22. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf 1996-2000

23. Onat A, Avcı GŞ,Soydan İ,Koylan N,Sansoy V, Tokgözoğlu L. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı'nın Dünü ve Bugünü. 1996

24. Onat A. TEKHARF Taramalarının Yöntemi, Kohortları ve Takibi İçinde:TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Edit:Onat A. İstanbul,2017

25. TKD. Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz, 1995 https://www.tkd.org.tr/menu/44/ulusal-kilavuzlar (erişim:24.12.2017)

26. TKD. Türkiye Kalp Raporu 2000:Türkiye'de Kalp Sağlığı Ve Kardiyoloji Alanında Günümüzdeki Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerilerine İlişkin Rapor. İstanbul,2000

27. WHO. Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report by the Director General. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document A53/14). pps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea14.pdf?ua=1 (erişim:14.12.2017)

28. SB. Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara, 2001 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/124

29. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 - 2003). Ankara 2004

30. SB. Sağlık 2004 'sağlıkta dönüşüm sürüyor'. Ankara, 2005. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik2004.pdf

31. SB. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=240:saik-hmetler-ymes-hakkinda-saik-bakanli-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34(erişim:14.12.2017)

32. SB. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. , Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Yayın No:743. Ankara, 2008

33. SB, RSHMB Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü. 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Ankara, 2007

34. SB, TSHGM. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Ankara, Kasım 2008

35. SB. Stratejik Plan 2010-2014. http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf

36. SB. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014. Yayın No: 812. Ankara, 2010

37. KHK 663. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm (22.12.2017)

38. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf

39. SB. Stratejik Plan 2013-2017. Aralık 2012 http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejik%20plan%202013-2017.pdf

40. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2 Türkiye Ülke Değerlendirmesi. DSÖ 2014.

41. SB Halk Sağlığı Kurumu. ''Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)''. Yayın No:988, Ankara, 2015

42. SB. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). Sağlık Bakanlığı Yayın No:1056, Ankara, 2017

43. Resmi Gazete. KHK/694 Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 28 Ağustos 2017 tarihli ve 30165 sayılı Resmi Gazete

44.TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Aydoğdu Ofset Matbaacılık. Yayın No:701, Ankara, 2007

45. SB ve HÜNEE. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf

46. SB. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Gürler Matbaası. Ankara, 2004.

47. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi.php (erişim:22.12.2017)

48. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php (erişim:22.12.2017)

49. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al. A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. Nephrol Dial Transplant 2011; 26: 1862-71.

50. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573 (erişim:22.12.2017)

51.MEDSENT. PURE Türkiye Sağlık Çalışması 3. Yıl Analiz sonuçlarıhttp://www.metsend.org/pdf/PURE-metsend.pdf

52.SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017-TBSA 2017. http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2017-tbsa-2017.html (erişim:24.12.2017)

53.Satman İ. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf

54. SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909. Ankara, 2013

55. SB. Faaliyet Raporu 2016 Yayın No:1063, Ankara 2017

56. Şimşek Keskin H, Uçku R. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla savaşım kampanyalarla başarılır mı?Toplum ve Hekim, 2015;30(2):115-9

KOAH KONTROLÜ

Prof. Dr. Mehmet Polatlı, Prof. Dr. Ertürk Erdinç

1923-1960 DÖNEMİ

Dünya'da göğüs hastalıkları ile ilgili ilk modern tıp görüşleri Laennec tarafından 1821'de kendi otopsi bulguları ile klinik deneyimlerini içeren bir kitapta sunulmuş, bronşit ve amfizem ayrı bölümlerde tanımlanmıştır. Daha sonraki yıllarda tanıda basit spirometrik inceleme yöntemleri kullanılmaya başlanmış, solunum fonksiyon testlerinde sağlanan ilerlemelere rağmen, kronik obstrüktif havayolu hastalıkları ayırıcı tanısındaki belirsizlikler devam etmiştir. Bununla birlikte ilk kez, 24-26 Eylül 1958'de düzenlenen CIBA (Gesellschaft für Chemische Industrie Basel) sempozyumunda, kronik bronşit ve amfizem tanımları, reversibl havayolu hastalıkları ile kalıcı obstrüktif havayolu hastalığı arasındaki ayırım daha net olarak ortaya konmuştur (1) (2).

Ülkemizde de dünyadaki tanım ve tanıdaki belirsizliklere paralel olarak havayolu hastalıkları konusunda yeterli bilgiye ulaşmak mümkün değildir. Bu döneme ait hem 1911'den beri süregelen savaşlar nedeniyle Osmanlı'dan kalan kötü miras, hem de beslenme ve çalışma şartlarının kötü olmasından kaynaklanan başta sıtma, verem olmak üzere bulaşıcı hastalıklar, en önemli halk sağlığı problemleriydi. Bu nedenle Dr. Refik Saydam'ın öncülüğünde "koruyucu hekimlik ve halk sağlığı" çalışmaları özellikle bulaşıcı hastalıklar üzerine yoğunlaşmıştı (3).

1960-1980 DÖNEMİ

Havayolu hastalıkları ile ilgili dünyadaki gelişmelere bakıldığında, fizyolojik kriterlerle ilgili bir tanımlamanın getirilmediğini ancak; Amerikan Toraks Derneğinin 1962'de yaptığı toplantıda, kronik bronşit ve amfizem konularının tartışılmaya başlandığını görmekteyiz. Yine bu tarihlerde, patolojik olarak alveol duvar kaybı (amfizem), büyük iletici havayollarında müköz bezlerde hiperplazi (Reid indeksi) ve fibrozisin eşlik ettiği bronşiolit üzerine çalışmalar yayımlanmıştır (4).

"Kronik obstrüktif akciğer hastalığı" terimi 1964'te Londra'dan Charles Fletcher ve Norman Jones ve Chicago'dan Ben Burrows ve Albert Niden tarafından "Chronic Obstructive Lung Disease, COLD" olarak kullanılmış olmakla birlikte (5), COPD "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" teriminin ilk kez William Briscoe tarafından 1965'te 9. Aspen Amfizem Konferansında kullanıldığı kabul edilmektedir (4).

1970'li yıllardan itibaren astım konusunda bilgilerin artması, 1980'li yılların sonundan itibaren araştırmacıların diğer bir havayolu hastalığı olan KOAH'a ilgisini arttırmıştır. Sekizinci Baskısı 1981'de yayımlanan Abaoğlu-Aleksanyan'ın Semptomdan Teşhise adlı kitabında, kronik bronşitli olan hastalar 4 tipte ele alınmıştır. Bunlar basit kronik bronşit, mukopürülan bronşit, obstrüktif bronşit ve astmatiform bronşittir. Kitapta *"obstrüktif bronşitle birlikte amfizemin sık olarak bulunduğu, sentrlobuler tipte amfizemin eklenmesiyle "kronik obstrüktif akciğer hastalığının" oluştuğu ileri sürülmüştür. İster hipertrofik obstrüktif amfizem olsun, isterse yaşlılarda görülen senil amfizem olsun tedavisi olmayan irreversibl hastalıklar olduğu vurgulanmıştır. Genç ve orta yaşlılarda görülen hipertrofik tip (fıçı göğüs) amfizemlilerin bir kısmında bronşitin eşlik etmediği, ancak panasiner tipte amfizemin olduğu, bunlarda alfa-1-antitripsin enzim eksikliğinin noksan veya hiç olmadığı"* bilgileri yer almıştır (6).

Sonraki yıllarda yayımlanan tıp kitaplarında, kronik bronşit, amfizem, bronş astması ve bronşektazinin patolojik olarak farklı ancak aynı semptomları ortaya koyan kronik hastalıklar olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte dikkat çeken bir nokta, KOAH'la ilgili Türkiye adresli uluslararası ve ulusal veri çok azdır.

1980-2000 DÖNEMİ

Vidinel 1989'da, *"Türkiye'de kronik obstrüktif akciğer hastalığının ne oranda görüldüğü veya mortalitesi konusunda net bilgilerin olmadığını, özellikle tütün tiryakilerinde hastalık oranının yüksek olduğunun bilindiğini"* dile getirmiştir (7).

Günümüzde güncel verilere bakıldığında, tüm dünyada sağlıkla ilgili giderek artan harcamalar, sağlık sigortaları üzerinde oluşan ekonomik yük, klinik uygulamada hastalıklarla ilgili risk ve ağırlık düzeyine bakılmaksızın farklı tanı ve tedavi yaklaşımlarının olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'da da klinik uygulama rehberlerinin gerekliliğine yol açmış-

tır. Bu kapsamda dünya literatüründe, ulusal/uluslararası hekim örgütleri tarafından yayımlanan tanı ve tedavi rehberlerinin yayımlanmaya başladığı görülmektedir (8).

Rehberler, belirli bir konuda birinci basamak hekimlerine doğru kararı vermede yardımcı olan raporlardır. Ancak ilk rehberlerin oluşturulmasında izlenen yöntemler incelendiğinde, çoğunda kanıta dayalı verilerin kullanılmadığı görülür (9).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastaların değerlendirilmesinde ve yönetiminde ilk klinik uygulama rehberleri mevcut çalışmalara dayanan uzman görüşü niteliğindedir. Oysa bu rehberlerin sistemli bir şekilde geliştirilmeleri, kanıta dayalı olmaları ve uygulayıcılar tarafından benimsenerek hayata geçirilmeleri hedeflenir (10). 1990'dan sonra 2000'li yıllara kadar çoğu uzmanlık derneklerinden olmak üzere otuzdan fazla rapor yayımlanmıştır. Hemen hepsinde KOAH'ın tanımı ve klinik yaklaşımı ele alınmış, günümüzdeki güncel rehberlerde olduğu gibi havayolu darlığının tanısında spirometrinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Alt konu başlıklarına bakıldığında, KOAH tanımı, risk faktörü olarak sigara, tanısal yaklaşım, hastalık ağırlığının evrelendirilmesi, oksijen tedavisi, pulmoner rehabilitasyon çoğu raporda yer alırken; doğrudan ve dolaylı maliyetler, biyolojik yakıt dumanı etkisi, hastaneden taburculuk kriterleri, etik konulara raporların %10'undan azında yer verilmiştir (11).

Özellikle 1995'de Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve ardından Avrupa Solunum Derneği (ERS), 1997'de İngiliz Toraks Derneği (BTS) tarafından hazırlanmış klinik uygulama rehberleri bu konuda önemli sayılabilecek kaynaklardır (12) (13) (14). Türkiye'de 1970'lerin sonundan itibaren bilimsel toplantılar ve üniversitelerde KOAH'ın tartışılmaya başlandığı, ancak KOAH'ın Türkiye kamuoyunda, sağlık görevlileri ve yöneticileri arasında bilinir hale gelmesi ve ülkemizde en uygun koruma, tanı ve tedavi yaklaşımlarının tartışılmaya başlanması Türk Toraks Derneğinin 1992'de kurulması ve bünyesinde 1994'de KOAH Çalışma Grubunu oluşturması ile hızlanmıştır (15). 1998-2000 yılları arası ilk KOAH rehberi hazırlama süreci ardından 2000 yılında Ertürk Erdinç, Müzeyyen Erk, Ali Kocabaş, Arzu Mirici, Mecit Süerdem, Türkan Tatlıcıoğlu, Sema Umut, Veysel Yılmaz hocaların katkıları ile değişik kentlerde birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekimleriyle tartışılan ve onların önerileriyle biçimlendirilen "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi"nin yayınlanması (16), tüm şubelerde üretilen bilginin paylaşılması ve kamuoyunda, medyada konunun görünür hale gelmesi bu konuda atılmış önemli bir adımdır (15). Bunun ardından Ekim 2000'de Sema Umut ve Ertürk Erdinç editörlüğünde, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" başlığı altında ilk kez çok yazarlı bir KOAH kitabı TTD Toraks kitapları serisi içinde yayımlanmıştır (17).

2000 YILI SONRASI DÖNEM

2000'li yıllarda KOAH konusunda tüm dünyada giderek artan araştırmalar, kazanılan yeni bilgiler yanında, hastalığın değerlendirilmesinde nihilistik bakıştan optimistik bir bakışa doğru değişimi beraberinde getirmiş, hastalığın "önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık" olduğu vurgusu önem kazanmıştır. TBMM'de 5727 no'lu kanun olarak kabul edilerek, 19 Ocak 2008 tarihli resmi gazetede yayınlanan "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" önemli bir adımdır. TTD Toraks kitapları serisinde de bu tarihlerde, 38 başlık ve 37 yazarın katılımı ile, Sema Umut ve Ertürk Erdinç hocaların editörlüğünde ikinci KOAH kitabı "Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" başlığı altında yayımlanmıştır (18).

Sayıner, Polatlı ve Çöplü tarafından 2009'da hazırlanan Türk Toraks Derneği Akut Bronşit ve KOAH ve Bronşektazi Alevlenmelerinde Antibiyotik Uzlaşı Raporu ardından (19), 2010'da Ertürk Erdinç ve Mehmet Polatlı koordinatörlüğünde, TTD KOAH Çalışma grubu tarafından ikinci bir KOAH uzlaşı raporu hazırlanmış, bu süreçte ülkemizde KOAH'la ilgili eksik olan ulusal verilerin sağlanmasına yönelik çalışmaların planlanması gerektiği sonucuna varılmıştır (20).

Bu kapsamda, Avrupa genelinde ilk KOAH denetim çalışması olan, Avrupa Solunum Derneği (ERS)'nin desteği ile TTD de içinde yer aldığı Avrupa'daki 18 ulusal bilimsel derneğin işbirliği ile 2011'de gerçekleştirilen European COPD Audit (Avrupa KOAH Denetim) çalışmasına, TTD adına Dr. Mehmet Polatlı ve Dr. Elif Şen koordinatörlüğünde Türkiye'den 22 merkez katılmış, çalışma sonrasında KOAH alevlenme konusunda yaptıklarımız, hangi konularda düzenlemeler yapmamız gerektiği konusunda önemli bilgiler elde edilmiştir (21). Bu çalışmadan elde edilen önemli bir mesaj, hekimler tarafından KOAH yönetiminde rehbere uyumun oldukça az oranda olması, tanıda spirometrinin yeterli düzeyde kullanılmamasıdır. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında örneklem grubunun sadece %22.6'sında uygun spirometri yapılabilmiş olması, Türkiye'de nitelikli spirometri yapılması konusunda çok ciddi sorunların bulunduğunu göstermektedir (22). KOAH tanısında ve şiddetinin değerlendirilmesinde spirometrik incelemenin önemi bilimsel kurumlarca her zaman vurgulanmış olup, bu konuda yurt genelinde düzenlenen solunum fonksiyon testi kurslarında Nurhayat Yıldırım, Sema Umut, Sevgi Saryal, Tunçalp Demir, Gaye Ulubay başta olmak üzere solunum fizyolojisi konusunda deneyimli hocalar görev almışlardır.

2014'te Kocabaş ve Atış Naycı koordinatörlüğünde, TTD KOAH çalışma grubu tarafından güncellenen uzlaşı raporunda ise son yıllarda eklenmiş olan ülke verileri kullanılarak sorunun sosyal boyutu ve DSÖ'nün de ileri sürdüğü sağlıkta eşitsizliğin önemi vurgulanmıştır (22).

Uluslararası GOLD 2017 strateji raporu ile ileri sürülen ve özellikle hastalık yönetimi ile önerilen görüşler bazı tartışmaları da beraberinde getirmiş, Nurdan Köktürk ve Alev Gürgün koordinatörlüğünde TTD KOAH çalışma

grubu konuyla ilgili bir rapor hazırlayarak, GOLD 2017'de yeni olan ögeleri tanımlamış ve bunlara yönelik eleştirilere panelin ortak görüşünü yansıtır biçimde yer vermiştir (23).

Hekimlere yönelik hazırlanan raporlardan başka, TTD web sayfasında (www.toraks.org.tr) sürekli güncellenen hasta kitapçıkları serisinde "KOAH'la Yaşam" (Umut S, Erdinç E), "Bir Akciğer Hastalığı olan KOAH'a karşı neler yapabilirsiniz" başlıklı GOLD çevirisi (Kocabaş A), "Nefesiniz Daralıyorsa Çaresiz Değilsiniz KOAH'ını Öğren, Mücadele Et, Nefessiz Kalma! (Köktürk N, Polatlı M)" başlıklı hastaların hastalıkları ile baş edebilme konusunda yararlanabilecekleri hasta kitapları hazırlanmıştır. (24)

Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü/Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ve uluslararası katılım ile oluşturulan GOLD "Global Initiative For Obstructive Lung Disease" (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına karşı Küresel Girişim) kurulması ile tüm dünyada 2002'den itibaren her yıl kasım ayının 3. Çarşamba günü Dünya KOAH Günü etkinlikleri yapılmaya başlamıştır. Dünya KOAH gününün amacı, kamuoyunu, hekim ve tüm sağlık çalışanlarını ve KOAH'lı hastaları KOAH konusunda bilinçlendirmek, KOAH'lı hastaların hastalıklarını tanımaları, doğru tedavi almaları ve doğru yaşam biçimi edinmelerini sağlamaktır (25).

Türkiye'den Prof. Dr. Ali Kocabaş'ın GOLD temsilciliği ile 2002'den itibaren başlatılan Dünya KOAH Günü etkinlikleri hem sağlık çalışanları, hem de kamuoyunun ilk kez yaygın şekilde KOAH gerçeği ile tanışmasını sağlamıştır. Halen Prof. Dr. Ali Kocabaş ve Prof. Dr. Hakan Günen, GOLD Türkiye temsilcileri olarak görev yapmaktadır.

2002 yılından itibaren GOLD Türkiye koordinatörlüğünde tüm Türkiye'de gerçekleştirilen Dünya KOAH Günü etkinliklerinden bazı resim ve afişler aşağıda yer almaktadır.

Dünya KOAH günlerinin yarattığı ivme ve TTD'nin bir meslek örgütü olarak akciğer sağlığı alanında yalnızca eğitim araştırma değil, aynı zamanda koruyucu hekimlik ve hasta bakımını iyileştirme misyonu, önlenebilir hastalıkların en aza indirilmesi vizyonu ile 2003 yılında KOAH konu-

Resim 1. 17 Kasım 2004'te Dünya KOAH Günü hasta eğitim toplantısı

Resim 2. Dünya KOAH Günü ile ilgili hazırlanan afiş çalışmasında toplumsal farkındalığı arttırmaya yönelik "KOAH'da Olağan Şüpheliler"

sunda ilk güz sempozyumu gerçekleştirilmiştir. Bu sempozyumda KOAH konusunda ulusal ve uluslararası birçok hekim ve akademisyen Türkiye'de bir araya gelmiştir. Bu tarihlerde yapılan Ulusal Hastalık Yükü çalışması (26) ve BOLD Adana çalışması Türkiye'de KOAH yükünün tahmin edilenden çok daha fazla olduğunu ilk kez göstermiş, Sağlık Bakanlığı 2005 yılında ICD 10 koduna geçerek KOAH istatistiklerini tutmaya başlamıştır (15). Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, spirometrik verilerin değerlendirilebildiği yaklaşık %20 örneklem grubunda, Türkiye'de KOAH sıklığı 40 yaş ve üzeri kişilerde sabit oran ölçütü ($FEV_1/FVC<\%70$) ile yüzde 6,4 (erkeklerde yüzde 7,6 ve kadınlarda yüzde 5,3) bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda ülkemizde daha önce yürütülmüş çalışmaların sonuçlarına göre daha düşük KOAH prevalansı saptanmıştır. Bu verilerden SFT sonuçlarına dayalı KOAH prevalansı tahmininde seçime bağlı yan tutma olabilir. SFT değerlendirmesi sağlık kurumlarında yapıldığından, spirometri cihazının kalibrasyonu veya uygulamanın standardizasyonu için uygulayıcı eğitimi istenmemiş olup bu durum sonuçları etkilemiş olabilir (27).

Kronik solunum hastalıkları yükünün tüm dünyada hızla artması DSÖ'nü de harekete geçirmiş, Mayıs 2000'de yapılan Dünya Sağlık Şurasında bir seferberlik ilan edilmesi gerektiğini belirterek bir çalışma yapılması kararı almıştır

Resim 3. Dünya KOAH Gününde "Erken Tanı ve Tanıda Solunum Fonksiyon Testi" farkındalığının arttırılmasına yönelik afiş çalışması

(Karar 53.17). Bu bağlamda kronik akciğer hastalıklarının önlenmesine ve kontrolüne yönelik küresel işbirliğinin sağlanması amacıyla GARD "Global Allience Against Chronic Respiratory Diseases" kurulmuştur. GARD, hükümet ve hükümet-dışı kuruluşların yürütmekte oldukları programlar arasında işbirliğini sağlayarak, bu hastalıklarla ilgili bilinçlendirme, kontrol, koruma ve tedavi programlarını geliştirmekte ve bu hastalıkların yükü, risk faktörleri ve izlemi ile ilgili materyaller oluşturmaktadır.

Resim 4. Sağlık Bakanlığı ile Türk Toraks Derneği, Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği, GARD ülke koordinatörü, DSÖ Türkiye temsilcisi basın toplantısında

Resim 5. 2008'de GARD Dünya Genel Kurul Toplantısında ülke temsilcileri Türkiye'de toplandı

Resim 6. İstanbul'da 2008'de yapılan GARD Dünya Genel Kurul toplantısında "Türkiye Solunum Hastalıklarına Karşı GARD'ını alıyor"

Resim 7. GARD kapsamında gerçekleştirilen "Göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmetleri organizasyonu ve geliştirme çalıştayı"

Resim 8. KOAH'da toplumda farkındalık için hazırlanan "Hayat Sizden Uzaklaşmasın" afişi

Resim 9. Dünya KOAH Günü için hazırlanan ve KOAH'da egzersizin önemini vurgulayan afiş çalışması

2005 yılında GARD'a üye olan TTD, GARD içinde ilk yer alan 21 dernek arasındadır. Cenevre'de yapılan ilk toplantı ardından, Pekin'de yapılan ilk genel kurul toplantısına TTD adına Ali Kocabaş, Arzu Yorgancıoğlu ve Haluk Türktaş katılmışlardır (28).

GARD üyesi ülkelerin kendi ülkelerinde proje başlatacakları zaman 3 önkoşulu yerine getirmeleri gerekmektedir

1- Ülkede kronik solunum hastalıklarının izleme, önleme ve kontrol durumunun ortaya konup planlanması (durum analizi)

2- Ülkenin Sağlık Bakanlığının GARD ülkesi konusunda bilgilendirilmesi ve geliştirilmesinde yer alması

3- DSÖ bölge ofisi ve ülke temsilcisi bilgilendirilmeli, ülke GARD'da yer alması için davet edilmeli (29).

GARD Türkiye, ülke kurulumları ve planlamaları arasında önerilen ideal koşulların tümünü yerine getiren tek ülke olma başarısını göstererek GARD'ın Dünya Genel Kurulunun 2008 yılında ülkemizde yapılmasını sağlamıştır (28).

Başlangıçta TTD önderliğinde Sağlık Bakanlığı ile birlikte ve 41 paydaş ile hazırlanan Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı ve Ulusal Eylem Planı, halen GARD Türkiye tarafından 62 paydaşı ve 81 ilde kurulan GARD il kurulları ile devam etmektedir (28).

Oluşturulan çalışma grupları ile

1- Kronik hava yolu hastalıklarının ve kontrol programının izleme ve değerlendirilmesi

2- Programın ve hastalıkların kamuoyuna benimsetilip savunulması

3- Hastalık gelişimin önlenmesi

4- Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi

5- Hastalıklarının etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması konularında birçok etkinlik gerçekleştirilmiştir (28).

GARD sürecinde DSÖ ile birlikte hareket edilmesi nedeniyle Sağlık Bakanlığı süreç içinde aktif rol oynamış, somut bir plan ortaya çıkmış ve uygulanmaya başlamıştır. GARD'ın tüm dünyada solunum hastalıkları alanına yaptığı önemli bir gelişme DSÖ bünyesinde öncelikli sağlık alanları içine ilk kez kronik solunum hastalıkları dahil edilmiştir (28).

GARD Türkiye, Avrupa Parlamentosu Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma projesi (EIP on AHA) için paydaş olmuş ve 2016 yılında bu projenin referans merkezi olarak seçilmiş ve iki yıldız almıştır. 30-31 Ocak 2017'de Cenevre DSÖ Merkezinde Solunum Hastalıkları Zirve toplantısı yapılmış ve GARD Yönetim ve Planlama kurulu üyeleri yanısıra ATS, ERS EAACI ,IPCRG ve FIRS (Forum of International Respiratory Societies) da bu toplantıya üst düzey katılım göstermiştir. TTD'den GARD Türkiye koordinatörleri Arzu Yorgancıoğlu ve Bilun Gemicioğlu'nun temsil ettiği toplantıda GARD'ın on yılı değerlendirilmiş ve geleceğe yönelik planlamalar yapılmıştır (28). DSÖ direktörü solunum hastalıklarına verdiği önemi ve bu alanda yapılacak tüm planlamaların GARD bünyesinde yapılması gerektiğini belirtmiş ve GARD Türkiye yine örnek GARD projesi olarak tanımlanmıştır (28).

Geçmişten günümüze, tanımdan hastalık yönetimine kadar birçok yönüyle değişen KOAH teriminin günümüzde bir şemsiye tanımlama olduğu, hastalığın klinik, fizyopatolojik ve radyolojik olarak çok farklı fenotiplere sahip

Resim 10. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde gerçekleştirilen GARD kapsamında gerçekleştirilen çalıştay

olduğu düşünülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde tütün dumanı KOAH gelişimi açısından en önemli risk faktörü iken, tüm dünyada ve düşük gelirli ülkelerde KOAH gelişimi açısından en önemli risk faktörü ev içi hava kirliliği, özellikle de biyomas dumanına maruziyettir. Tütün dışında, biyomas yakıt dumanına maruziyetin yoksullukla bağlantısının ve KOAH gelişiminden en az %50 sorumlu olan ve genellikle yoksullukla ilişkili intrauterin ve erken çocukluk risk faktörlerinin nedenlerinin sorgulanması, KOAH'dan korunmada en önemli belirleyiciler olması nedeniyle bu yönde önlemlerin alınması gelecekte KOAH yükünün azaltılmasında önemli olacaktır (23).

Teşekkür notu: Yazı, resim ve deneyimlerini paylaştıkları için Prof. Dr. Ali Kocabaş ve Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu'na teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Ciba Guest Symposium. Terminology, definitions, and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. Thorax, 1959:14:286-99.
2. AP., Fishman. Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease: Overview. [dü.] Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Kaiser LR, Senior RM. Fishman AP. Fishman's Pulmonary Disease and Disorders. basım yeri : New York, International Edition, McGraw Hill Companies, 1998: 645-658.
3. TC Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Araştırma Merkezi. Osmanlı'dan Cumhuriyete Geçiş ve Cumhuriyetin İlk Yıllarında Türkiye Halk Sağlığı. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 11 12 2017.] http://www.atam.gov.tr/dergi/sayi-55/osmanlidan-cumhuriyete-gecis-ve-cumhuriyetin-ilk-yillarinda-turkiye-halk-sagligi.
4. Petty T. The history of COPD. Int J COPD 2006;1(1):3-14.
5. Murray JF. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, büyük bir sağlık sorunu. [dü.] Rodriguez-Roisin R, Huchon G, Roche N Rennard SI. [çev.] Sayıner A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının klinik tedavisi. İstanbul : Medikal Yayıncılık Eğitim ve İletişim Hizm Tic Ltd Şti, 2009:IX-XIII.
6. Aleksanyan V. Solunum Sistemi Hastalıkları. [dü.] Aleksanyan V. Abaoğlu C. Teşhisten Tedaviye. 8. Baskı. İstanbul : Filiz Kitabevi, 1981:195-298.
7. Vidinel İ. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. In:Akciğer Hastalıkları. 43. Bornova, İzmir : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, 1989: 301-320.
8. Kocabaş A. GOLD 2011 raporu ve 2013-2014 güncellemeleri: Neler değişti? [dü.] A. Kocabaş. Göğüs Hastalıklarında son gelişmeler. Ankara : Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 143-161.
9. Pauwels RA. National and International Guidelines for COPD : The Need for Evidence. Chest. 2000;117:20-22.
10. Rabe KF. Guidelines for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Treatment and Issues of implementation. Proc Am Thorac Soc. 2006;3:641-644.
11. Iqbal A, Schloss S, George D, Isonaka S. Worldwide guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: a comparison of diagnosis and treatment recommendations. Respirology. 2002;7(3):233-239.
12. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1995;152(5) Pt 2:S77-S121.
13. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The European Respiratory Society Task Force. Eur Respir J. 1995;8(8):1398-1420.
14. The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1997;52(Suppl 5):S1-S28.
15. Kocabaş A. KOAH Çalışma Grubu. In: Ulusal Akciğer Sağlığı için 25 yıl. Ankara : Bilimsel Tıp Yayınevi. 2017:202.
16. KOAH Çalışma Grubu. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi. 2000;1(2):1-25.
17. Sema Umut, Ertürk Erdinç, [dü.]. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. 2000:1-288.
18. Sema Umut, Ertürk Erdinç., [dü.]. Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks kitapları. 2008;(6):1-427.
19. Sayıner A, Polatlı M, Çöplü L. Türk Toraks Derneği Akut Bronşit ve KOAH ve Bronşektazi Alevlenmelerinde Antibiyotik Uzlaşı Raporu. Türk Toraks Dergisi. 2009;10(Ek 7):3-7.
20. Erdinç E, Polatlı M, Kocabaş A, TTD KOAH Çalışma Grubu adına, et al. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Türk Toraks Dergisi. 2010;11(Ek 1):5-64.
21. Roberts CM, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F, Hartl S ve ., on behalf of the European COPD Audit team. European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. Thorax 2013;68(12):1169-71.
22. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu 2014. Turkish Thoracic Journal 2014;15(Supplement 2):S1-S76.
23. Nurdan Köktürk, Alev Gürgün, Elif Şen, Ali Kocabaş, Mehmet Polatlı, Sibel Atış Naycı, Lütfi Çöplü, Emel Tellioğlu, Funda Elmas, Ertürk Erdinç. Türk Toraks Derneği'nin GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı 2017. İstanbul : Aves Yayıncılık, 2017:1-42.
24. Türk Toraks Derneği Halk Sayfası Eğitim Materyalleri. Türk Toraks Derneği. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 11 12 2017.] http://www.toraks.org.tr/halk/Page.aspx?d=183.
25. Global Initiative for Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, Management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 20 08 2017.] www.goldcopd.org.
26. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI. HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ. ULUSAL HASTALIK YÜKÜ VE. MALİYET-ETKİLİLİK PROJESİ. HASTALIK YÜKÜ. FİNAL RAPOR. Basım yeri: Ankara TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfsısıhha Merkezi Başkanlığı, 2004:1-477.
27. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. [dü.] Gül Ergör Belgin Ünal. Ankara : Anıl Matbaa Ltd. Şti. , 2013:1-323.
28. Yorgancıoğlu A, Gemicioğlu B. Kronik solunum hastalıklarına karşı küresel işbirliği (Global Allience Against Chronic Respiratory diseases, GARD). In:Ulusal Akciğer Sağlığı için 25 yıl. Ankara : Bilimsel Tıp Yayınevi, 2017:348-355.
29. Yorgancioğlu A, Türktaş H, Kalayci O, et al. The WHO global alliance against chronic respiratory diseases in Turkey (GARD Turkey). Tuberk Toraks. 2009;57(4):439-452.

OBEZİTE KONTROLÜ

Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin

Obezite, hemen hemen tüm toplumlarda ve tüm yaş gruplarında çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur ve giderek küresel bir epidemi halini almaktadır. Türkiye'de tarihçeye bakıldığında, obezite 1990'lı yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin ülke çapında yapılan bazı çalışmalarla gündeme gelmeye başlamıştır. Daha önceki yıllardan farklı olarak 2000 yılı sonrasında obezite kontrolü, hem Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısı içinde yerini almış hem de pek çok etkinlik, program, eylem planı ya da yayınla gündeme gelmiştir.

1923- 1980 DÖNEMİ

1923- 1980 döneminde obeziteye ilişkin belli başlı çalışma 1974 yılında yapılan Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması'dır. Türkiye'de beslenme durumunu, sorunlarını ve sorunlara yol açan etmenleri saptamak amacıyla yapılmış çalışmada dönemin sağlık sorunlarına paralel olarak obezite yerine malnutrisyon vurgulanmıştır. Çalışmaya katılan 7476 yetişkin erkeğin 6231'inde, 8251 kadının 7450'sinde antropometrik ölçüm yapılmıştır. Obezite sıklığı ideal ağırlık ölçü değerlerine göre belirlenmiştir. Ağırlığın erkeklerin %26.4'ünde ideal ağırlıktan fazla, %7.6'sında gerçek şişmanlık düzeyinde; kadınların %38.5'inde ideal ağırlıktan %10-25 fazla, %25.6'sında ideal ağırlıktan %25'den fazla olduğu saptanmıştır (1).

1980- 2000 DÖNEMİ

Bu dönem ulusal düzeyde obezite kontrol programlarının henüz oluşturulmadığı, ancak sorunun boyutu hakkında ülke genelini de yansıtan çalışmaların yapıldığı yılları kapsamaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmalar/bilimsel etkinlikler başlangıç tarihlerine göre kısaca açıklanacak ve sorunun boyutundaki değişim aktarılmaya çalışılacaktır.

Ağaoğlu B'nin hazırladığı Halk Sağlığı Bibliyografyası'na göre obeziteye ilişkin ilk tez/çalışma 1986 yılında "Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde erişkin grupta obezite prevalansı ve bunu etkileyen etmenlerin saptanması" adıyla yapılmıştır. Bu çalışmayı 1989 yılında yapılan "Diabetli hastalarda şişmanlık görülme sıklığı ve beslenme alışkanlığı ile ilişkisi üzerine bir inceleme" ve "Kırsal alanda obezite prevalansı ve bunu etkileyen faktörler" ile 1992 yılında yapılan "Koyuncu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 20 yaş ve üzeri kadınlarda şişmanlık prevalansı ve bunu etkileyen faktörler" adlı çalışmalar izlemiştir (2).

Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Sıklığı Taraması, 1990 yılında Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılmış, Türkiye'nin yedi bölgesinden 32 kentsel, 27 kırsal bölgede 20 yaş ve üzerinde bulunan 3689 bireyi kapsamaktadır. Çalışmada olasılıklı örnek seçimi yöntemleri kullanılmamıştır. TEKHARF 1990 çalışmasında BKİ'si erkeklerde 30 kg/m2, kadınlarda 29 kg/m2 üzerinde bulunanlar obez kabul edilmiştir. Obezite sıklığı toplamda %18.6, erkeklerde %12.5, kadınlarda %32.0 bulunmuştur. Kentlere göre kırsalda yaşayanlarda obezite sıklığı daha fazladır (3,4).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)- 1993, 50 yaşından küçük ve başından evlilik geçmiş 6519 kadını içermektedir. Bu kadınlardan ölçümü yapılanlarda obezite sıklığı %18.7'dir (5).

Uluslararası Obezite Sempozyumu'nun birincisi 32. Ulusal Diyabet Kongresi ile birlikte Türk Diyabet Cemiyeti tarafından 1996 yılında yapılmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi tarafından Sağlık Bakanlığı'nın alanda lojistik işbirliği ile 1997'de gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP)-I'e göre 20 yaş üstü 24,788 bireyi içeren çalışmada obezite sıklığı erkeklerde %12,8, kadınlarda %29,2'dir. Santral obezite sıklığı toplamda %34,3, kadınlarda %48,4, erkeklerde %16,9'dur (6).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998'in katılımcısı olan 15- 49 yaş 8576 kadında BKİ'sine göre obezite sıklığı %19'dur (7).

Obezite konusunda farkındalığın arttırılması, eğitimler verilmesi, obezite alanında bilim düzeyinin yükseltilmesi ve bilimsel araştırmaların desteklenmesi, obezitenin önlenmesi ve obeziteyle ilgili sorunların çözümlenmesi yolunda çalışmalar yapılması, ilgili kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasını amaçlayan Türkiye Obezite Araştırma Derneği, 1998 yılında kurulmuştur. Dernek 2001 yılından itibaren Ulusal Obezite Kongresi'ni düzenlemektedir. Ayrıca dernek tarafından Ulusal Obezite Ön-

leme ve Tedavi Kılavuzu yayımlanmıştır. Derneğin, 1999 yılında kurulan Türk Diabet ve Obezite Vakfı ve Türk Diabet Cemiyeti ile işbirliği içerisinde çalıştığı belirtilmektedir (8).

Yirmi yaş ve üzeri 23,888 bireyi kapsayan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) 1999-2000 yılları arasında yapılmıştır. Çalışmada obezite sıklığı kadınlarda %36, erkeklerde %17, genel toplumda %25'tir (9,10). Aynı yıllarda yapılan bir diğer çalışma da Delibaşı T ve ark. nın çalışmasıdır. Bu çalışma 18 yaş ve üzeri Türkiye'yi temsil edeceği düşünülen 3570 haneden 8674 bireyi kapsamaktadır. Çalışmaya göre obezite sıklığı toplamda %15.6, erkeklerde %7.8, kadınlarda %22.1'dir (11).

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2000 yılında başlatılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi 2002 yılında tamamlanmıştır. Projenin amacı toplumda 30 yaş üstü bireylerin, koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin sıklığını saptamak ve koroner kalp hastalığından korunmak için beslenme konusunda bireyleri bilgilendirmek, konuya olan duyarlılığı artırmak ve bu konuda bir toplum bilinci oluşturmak olarak belirtilmektedir. Proje yedi coğrafi bölgeden birer il seçilerek yapılmıştır. Her ilin merkezinden bir, kırsalından bir olmak üzere toplam 14 sağlık ocağı bölgesinden toplam 15,468 bireye ulaşılmıştır. Projenin araştırma raporunda obezite sıklığı toplamda %35, erkeklerde %21.2, kadınlarda %41.5 olarak rapor edilmiştir (12).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği'nin yaptığı, 20 yaş ve üzeri 13878 bireyi içeren Türkiye Obezite Profili Araştırması 2000-2005 yılları arasında yapılmıştır. Çalışmada obezite sıklığı toplamda %29,5, kadınlarda %36,9, erkeklerde %21,8'dir (13).

2000 YILI SONRASI DÖNEM

Obeziteye ilişkin çalışmaların ve mücadelenin artığı dönem 2000 yılı ve sonrası, özellikle de 2006 yılı sonrasıdır. Bu dönemdeki ulusal politikalar ve programlarla yapılan araştırmalar ve sonuçları ayrı başlıklar altında sunulacaktır.

III. 1. Ulusal politika ve programlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen Herkes için sağlık" hedeflerinin uzantısı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 2001 yılında Türkiye'nin hedef ve stratejileri belirlenmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin hedef ve stratejiler içinde, obezite için "2020 yılına kadar, primer korunma yaklaşımı ile 40 yaş üzeri nüfusta obezite prevalansını %10 azaltmak" hedefi konmuştur (14).

Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında İstanbul'da DSÖ Obezite ile Mücadele Avrupa Bakanlar Konferansı düzenlenmiştir. Konferansın amacı, obezite ile mücadeleye yönelik bilinci artırmak, genel politik ortamı geliştirerek, uluslararası işbirliğini teşvik etmek ve obezite ile ilgili mücadele konusunda halk sağlığı alanında daha fazla önem göstererek, sorunu bölgedeki gündemin üst sıralarına taşımak olarak belirtilmiştir. Konferans sonunda Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı imzalanmıştır (15). Bu konferans Sağlık Bakanlığı'nın obeziteye ilişkin mücadelesinin başlangıcı sayılabilir.

Aynı dönemde, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısında da değişikliğe gidilerek, obezitenin azaltılmasına ilişkin çalışmaların yürütülmesi için Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'nın altında Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktiviteler Şube Müdürlüğü 2006 yılında kurulmuştur (16).

Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından yayınlanan Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007 Raporu'nda yaşam tarzı başlığının altında obezite ele alınmıştır. Bu bölümde "Ülkemizde bildirim sisteminde obezite ile ilgili veri sağlanması çalışması yeni yapıldığı için şu an bildirim sisteminden veri elde edilememektedir." denmiş, TEKHARF ve Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi'nin obezite verisi sunulmuştur (17).

Sağlık Bakanlığı tarafından obezite ile mücadelede yapılması gerekenlere ilişkin Obezite ile Mücadele Çalıştayı 2008 yılında düzenlenmiştir. Bu çalıştayın sonunda 2008-2012 Ulusal Eylem Planı hazırlanması amaçlanmıştır. Eylem planı için okullarda ücretsiz sebze, meyve ve süt dağıtılması, obezite ile mücadele hattı kurulması, kent içinde yayalara, engellilere, bisiklet kullananlara öncelik verilerek otomobillere göre değil; insanlara göre tasarlanması, parklarda egzersiz alanları, basketbol sahası, futbol sahası gibi alanların yaygınlaştırılması, 500'den fazla çalışanı olan işyerlerinde spor merkezi kurma zorunluluğu getirilmesi ve bu tesislerde uzmanlarca egzersiz programları yürütülmesi, işyerinde çalışma saatleri öncesinde, sonrasında ve öğle tatillerinde çalışanların fiziksel aktivite yapmalarına yönelik olanaklar sağlanması, çalışma saatlerinde masa başında egzersizin teşvik edilmesi ve çalışanlar arasında spor etkinlikleri ve karşılaşmaların yaygınlaştırılması kararları alınmıştır. Ayrıca askerlerin obezite ile mücadele konularında bilgilendirilmesi, din görevlilerinin hutbe ve vaazlarda aşırı kiloların zararlarını anlatması, Halk Eğitim Merkezleri gibi yerlerde eğitim etkinlikleri düzenlenmesi, sağlık muhabirlerinin, yapımcı ve yönetmenlerin bilgi düzeylerinin artırılması, yemek programlarının diyetisyen eşliğinde yapılmasının yanısıra şişmanlıktan kurtulmak için obezite merkezleri kurularak, bu merkezlerde uygulanacak olan mide balonu, kelepçe, by-pass gibi uygulamaların masraflarının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması da gündeme gelmiştir (18).

Eylem planı hedeflerine ulaşma ile ilgili çalışmalar kapsamında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından obeziteye ilişkin pek çok kitap/ kitapçık 2008 yılında yayımlanmıştır. Bunlar (24);

- Yetişkin döneminde şişmanlık
- Şişmanlığın tedavi yöntemi: doğrular ve yanlışlar

- Yaşlıda şişmanlık
- Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/ hipertansiyon
- Obezite ve gebelik
- Obezite ve Tip 2 diyabet
- Obezite ve kanser
- Obezite ve egzersiz
- Şişmanlık (obezite) ve fiziksel aktivite: Enerji dengesinin aktivite yönüne bir bakış adlı kitaplardır.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2008 yılında oluşturulan diğer bir programda Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programıdır. Programın raporunda risk faktörleri başlığı altında obezite de yer almış, obeziteye ilişkin Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nın verisi paylaşılmıştır. Eylemler arasında obezitenin önlenmesi sağlıklı beslenme ile birlikte ele alınmış, Ulusal Obezitenin Önlenmesi Programı ve Eylem Planının hazırlanması hedefler arasında yer almıştır. Aynı rapor 2009 yılında İngilizce olarak da yayımlanmıştır (20).

Ankara'da 13-14 Kasım 2008 tarihinde düzenlenen Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu'nda da obezite ulusal düzeyde bir bilimsel etkinlikte ele alınmıştır (21).

Sağlık Bakanlığı 2009 yılında Stratejik Plan 2010-2014'ü yayımlamıştır. Belirtilen stratejiler arasında ikisi obeziteyi içermektedir. Bu stratejiler; "Genel hijyen ve el yıkama, hareketli yaşam ve obezitenin önlenmesi, zararlı maddelerin kullanımının azaltılması, tütün kullanımını önleme gibi konularda başlatılan ulusal kampanyalar devam ettirilecek ve yeni kampanyalar başlatılacak, vatandaşlarımızın bu konuda duyarlılıklarının arttırılması için medya desteğinde çalışmalar yürütülecek", "Obezitenin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivitenin Teşviki" konusunda hazırlanan Türkiye Eylem Planı uygulanacak" şeklinde belirtilmiştir (22).

Sağlık Bakanlığı 2010 yılında, DSÖ'nün 2008 yılında yayınladığı Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı'nı (23) ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 2006 yılında yayımladığı Sağlığı Kazanmak, Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Raporu'nu Türkçe olarak yayımlamıştır (24).

Aynı yıl Sağlık Bakanlığı Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)'nı başlatmış, Eylem Planı'nı yayımlamıştır. Programın amacı "Ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, çocuklarımızı ve gençlerimizi etkileyen bu hastalıkla etkin şekilde mücadele etmek, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığını kazanmalarını teşvik etmek ve böylece ülkemizde obezite ve obezite ile hastalıkların görülme sıklığını azaltmak" olarak belirtilmiştir (25). Program obezite ile mücadelede yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına yönelik önlemlerin yanısıra toplumda düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesine ilişkin hususları da kapsadığından adı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı olarak değiştirilmiştir. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'nın 29 Eylül 2010 yılında yayımlanan genelgesinde obezite ile mücadelede temel unsurun yurttaşların bu konuda göstereceği gayret olduğuna, tüm kurum ve kuruluşların bu gayrete destek vermelerinin önemli olduğuna vurgu yapılmıştır (26).

Obezite ile mücadelenin başladığı bu dönemde, Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ obeziteyle mücadele için tartışma yaratan bir öneride bulunarak obezlere "şişko" denilmesi çağrısında bulunmuştur. Bakan bu yolla hastalıkla mücadelenin daha etkin olacağını savunmuştur. Türkiye'de her üç kişiden birisinin obez olduğunu hatırlatan Akdağ, "(Bu kişilere) şişman mı şişko mu diyelim. Bence şişko demek daha doğru çünkü kolay kabullenemiyoruz" diye konuşmuştur (27).

Obezite kontrolü ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısındaki değişikliklerle birlikte farklı birim/birimler tarafından yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme yapısı 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 Sayılı KHK ile değiştirilmiştir. Bu değişiklik öncesinde obeziteye ilişkin çalışmaların genellikle Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapıldığı görülmektedir. Yeni örgütlenmede, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu örgütlenme yapısı içinde "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı" altında Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı yer almaktadır. Ayrıca Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı'nın da doğrudan olmasa da dolaylı olarak obeziteye ilişkin çalışmalar yapabileceği görülmektedir. Halk Sağlığı Kurumu altında yer alan bu iki birim dışında Sağlık Bakanlığı'nın Hizmet Birimleri'nden olan Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü de obeziteye ilişkin çalışmalar yapmıştır. Taşra Teşkilatı'nda 663 Sayılı KHK ile oluşan Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün örgütlenmesi içinde Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Şube Müdürlüğü bulunmaktadır (28). Obezite ile ilgili mücadele Toplum Sağlığı Merkezi'nin (TSM) görevleri arasında da yer almaktadır. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge 2011 yılında çıkartılmıştır. Bu yönergede TSM'nin görevleri arasında 27. maddede Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki başlığı altında, obezitenin de içinde geçtiği "risk etmenlerine ilişkin toplum eğitimi ve diğer çalışmaları yapmak" yer almaktadır (29).

Sağlık Bakanlığı tarafından, obezite eylem planı kapsamında, 27 Haziran 2012 tarihinde "Beden Kitle İndeksi" ve "Hareket Et" adlı iki kamu spotu ile "porsiyon küçültme" ve "günde 10.000 adım atıyoruz" başlıklı afiş, bilboard gibi iletişim materyalleriyle tüm yurtta "Obezite Mücadele Hareketi" kampanyası başlatılmıştır (30).

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımladığı 2013-2017

Şekil 1. Obezite ile Mücadele Hareketi afiş örneği-1

Şekil 2. Obezite ile Mücadele Hareketi afiş örneği-1

Stratejik Planı'nda birinci amaç sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmaktır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin dolaylı hedeflerin yanı sıra doğrudan obeziteye yönelik stratejiler ulusal kampanyalar düzenlemeyi, danışma hattı oluşturmayı, izlem ve tedavi ile hasta yemekleri standartları ve veri toplama sistemi geliştirmeyi içermektedir (31).

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımlanan Faaliyet Raporu'nda obeziteye ilişkin veri 2010 Beslenme ve Sağlık Araştırması'ndan verilmiş, yapılanlar da Obezite İle Mücadele başlığı altında toplanmıştır. Bu başlık altında; "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" kapsamında bakanlık bünyesinde "Obezite ile Mücadele Yürütme Kurulu", "Bilim Danışma Kurulu ve Koordinasyon Kurulu" ile 81 ilde valilikler bünyesinde "Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulu" oluşturulduğu, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde "Obezite Birimleri"nin kurulduğu, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içine bireylerin obezite durumunun belirlenmesi amacıyla obezite izlemi ile ilgili verilerin dahil edildiği belirtilmiştir (32).

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında TSM bünyesinde kurulan Sağlıklı Beslenme ve Obezite Birimlerine ilişkin 2013 yılında yayımlanan yazıda görev tanımları halk eğitimleri, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve kronik hastalıklardan korunmaya ilişkin genel danışmanlık, aile hekimlerinin yönlendirdiği bireylere özel danışmanlık yapmak ve bölgedeki obeziteye ilişkin kayıtları izlemek olarak belirtilmiştir. Bu birimlerde, T8-T13 özellikli TSM'lerde hekim, hemşire/ ebe/ sağlık memuru, T1-T7 özellikli TSM'lerde hekim, hemşire/ ebe/ sağlık memurunun yanı sıra bir diyetisyen ve psikolog bulundurulmaktadır (33).

Başbakanlık Genelgesi olarak 2010 yılında yayımlanan Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2014-2017 dönemi için güncellenmiştir. Programda, var olan programların uygulanması, kurumlar arası işbirliği, finansman, toplumda farkındalık oluşturma, güvenilir veri elde edilmesi, okul, işyeri, sağlık kuruluşları ve çevrede yapılacaklar ve medyanın kullanımı konuları ele alınmıştır (34).

Sağlık Bakanlığı, program kapsamında, 2013 yılında devlet hastanelerinde obez bireylerin tedavilerine yönelik obezite poliklinikleri açmaya başlamıştır. Bu polikliniklerde 15 yaşından büyük olan hastalara İç Hastalıkları uzmanı ve diyetisyenin, 15 yaşından küçük hastalara Çocuk Hastalıkları uzmanı ile diyetisyenin birlikte hizmet verdiği belirtilmektedir (35).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, Türkiye Ülke Değerlendirmesi, 2014 yılında yayımlanmıştır. Politika önerileri içinde bulaşıcı olmayan hastalıklar için obezite ve beslenmeyle ilişkili risk faktörlerine yönelik eylemlerin hızlandırılması yer almaktadır (36).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2014 yılında yayımlanmıştır. Kılavuzda "Obezitenin tanımı, önemi ve epidemiyolojik veriler", "Obezitede risk durumunun belirlenmesi", "Obez hastanın değerlendirilmesi", "Çocukluk çağı ve adolesan dönemi obezitesi", "Obezite tedavisi" ve "Avrupa'daki obezite merkezlerinin standardizasyonu" bölümleri yer almaktadır (37).

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı Faaliyet Raporu'nda Obezite ile Mücadele başlığı altında yetişkinlere ilişkin yapılanlar

aşağıda belirtilmiştir (38):

- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı"-nı uyguluyoruz.
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içine obezite ve diyabet tanısı alan bireylerin verilerini dâhil ettik. Böylece bireylere ait beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi, kalça çevresi gibi verilere ulaşma imkânı sağladık.
- Yüksek enerjili gıdaların tüketiminin azaltılması için çalışıyoruz. "meyve suyu" olarak tanımlanan ürünlerde ilave şeker kullanımı yasaklandı.
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarında şeker ve tuz kullanımının azaltılmasına yönelik Bakanlık Genelgesini yayınladık.
- 2014 yılını "Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı" ilan ettik. Her hafta sonu hedef gruplarla yürüyüşler düzenledik.
- Obez nüfus oranını 2017 yılı sonuna kadar %25'e indirmeyi hedefliyoruz.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 2015 yılında yayımlanmıştır. Yönetmeliğin Üçüncü Bölümü'nde, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların kontrolüne ilişkin hizmetler başlığı altında (Madde 18); "Bölgedeki sağlık kuruluşlarının (aile hekimliği birimleri, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları gibi) kanser, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri (tütün kullanımı, obezite, beslenme yetersizliği, fiziksel inaktivite, alkol kullanımı gibi) ile ilgili verilerini ve bilimsel çalışmalarını izlemek, epidemiyolojik çalışma yapmak veya yapılmasını sağlamak" yer almaktadır. Yönetmeliğin Dördüncü Bölümündeki bağlı birimler içinde yer alan ve bir önceki yönetmelikte bulunmayan Diyabet ve Obezite Biriminin görevleri Madde 43'te belirtilmiştir (39).

2015 yılında başlatılan ve yayımlanan Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 ve Türkiye Kanser Kontrol Programı dahilindeki 2013-2018 yılı planında obezite ile ilişkili kanserlerin insidansları ve obezite prevalansları sunulmuştur. Ayrıca risk etmenleri içinde obeziteye yer verilmiştir (40, 41). 2009 yılında yayımlanan Ulusal Kanser Programı'nda da obezite risk etmenleri içinde belirtilmiştir (42).

Sağlık Bakanlığı'nın 2016 yılı Faaliyet Raporu'nda Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı başlığı altında obeziteye yer verilmiştir. Raporda, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı)'nın analizlerinin Eylül 2017'de tamamlanacağına ilişkin bilgi verilmiştir (43).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından 2014 yılında yayımlanan Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017 yılında güncellenerek yeniden yayımlanmıştır (44).

Sağlık Bakanlığı tarafından 20 Mayıs Avrupa Obezite Günü dolayısıyla, "Sağlıklı Beslen, Sağlık İçin Hareket Et" çağrısı yapılmıştır (45). Temmuz 2017'de Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından fazla kilo, şişmanlık, hareketsizlik, sigara içme gibi durumların, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak hekimleri ve sistemi tarafından çok yakından takip edileceği belirtilmiştir (46).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, 2017 yılında yayımlanmıştır. Plan içinde obeziteye ilişkin Türkiye verisi paylaşılmış ve ülke hedefleri içinde obezite artışının durdurulması yer almıştır (47).

Tüm bu programlar sürerken 2000 yılı sonrasında bu alanda çalışan iki dernek kurulmuştur. Bunlardan birisi 2002 yılında kurulan Türk Obezite Cerrahisi Derneği'dir (TOSS). Derneğin amacı obezite cerrahisi alanında çalışan hekimleri yetiştirmek, bir platformda toplamak ve bu konuyu yaygınlaştırmak olarak belirtilmiştir (48). Diğer dernek de resmi olarak 2008 yılında kurulan Obezite ile Mücadele Derneği'dir (OMDER). Sağlık Bakanlığı'nın eylem planı çalışmalarına da katılan dernek hedefini obezitede zayıflamaya dair kesin çözümler üretmek ve hızlı, sağlıklı, kalıcı zayıflama yöntemlerini somut ve herkes için uygulanabilir hale getirmek olarak belirtmektedir (49).

III 2. Obezite Araştırmaları ve Sonuçları

Obeziteye ilişkin 2000 yılı ve sonrasındaki çalışmalardan biri 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışmasının 2000 yılı izlemidir. Bu izlemde 30 yaşını aşkın kohortda, obezite sıklığı erkeklerde %25.3, kadınlarda %44.2'dir. TEKHARF 1990 taramasına göre, obez kişi sayısı yaklaşık %90 oranında artmıştır. Çalışmaya göre obezite sıklığının son 10 yılda nüfus artışı ve yaştan bağımsız olarak %20 oranında artığı belirtilmektedir (4).

TNSA 2003'e katılan 15-49 yaş en az bir kez evlenmiş 8075 kadından ölçümü yapılanlar içinde obezite sıklığı %22.7'dir (50). TNSA ile aynı yılda yapılan bir çalışma da Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi kapsamında gerçekleştirdiği Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003'tür. Bu çalışmaya göre BKİ'si ölçülen 18 yaş ve üstü 8324 bireyde obezite sıklığı toplamda %12.0, erkeklerde %9.7, kadınlarda %14.5'tir (17).

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından yapılan bir diğer çalışma da Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'dır. Bu çalışma 2002 yılında başlamış, 2004 yılında tamamlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, obezitenin önlenmesi ile tüm ölümlerin %13.3'ünün önleneceği belirtilmektedir. Bu oran erkeklerde %11.1, kadınlarda %15.8'dir. Obezitenin önlenmesi ile önlenen Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) toplam DALY'nin %7.3'ünü oluşturmaktadır. Önlenen DALY açısından değerlendirildiğinde; erkeklerde önlenen hastalık yükü %6.7, kadınlarda %7.3'tür (52).

Türkiye'de yirmi yaş ve üzeri bireylerde metabolik sendrom sıklığını belirlemek amacıyla yapılan Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) 2006 yılında yapılmıştır. Çalışma yedi bölgeden kır-kente göre tabakalayarak seçilen 2110 erkek, 2154 kadını kapsamaktadır. METSAR

Çalışması'nda obezite sıklığı %30,4'tür (erkeklerde %20 ,6, kadınlarda %39,9). Abdominal obezite sıklığı erkeklerde %36.2, kadınlarda %40,9'dur (53).

TNSA 2008'de ölçüm yapılanlar 15-49 yaş kadınlar arasında obezite sıklığı %23,9'dur. Yaş artıkça obezite sıklığının artığı, düşük öğrenim ve refah düzeyinde olanlarda obezitenin daha yüksek olduğu görülmektedir (54).

Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin gerçekleştirdiği Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması da 2010 yılında yapılmış, 2014 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye genelinde obezite görülme sıklığı toplamda %30,3, erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0'dır (55).

TURDEP-I'den 12 yıl sonra 2010 yılında aynı merkezlerde, rasgele davet edilen 26499 erişkinin katılımı ile gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasında 20 yaş üstü erkeklerde obezite sıklığı %27,3, kadınlarda %44,2, genel toplumda %35 olarak bildirilmiştir. Türk erişkin toplumunda standardize obezite prevalansının %40 artarak, 1998'de %22,3'ten 2010'da %31,2'ye ulaştığı gösterilmiştir (56).

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından 2012 yılında Türkiye Beden Ağırlığı Algısı (BAA) Araştırması yapılmıştır. Araştırmada 15 yaş ve üzeri 6082 kişiyle yüz yüze görüşülmüştür. Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre %23,4'ü obezdir; BAA göre sınıflandırıldığında %8,2'si obezdir. Görüldüğü gibi katılımcıların BKİ ile BAA sınıflamaları aralarındaki tutarlılığın düzeyi zayıftır (57).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 yılında yayımlanmıştır. Çalışma 15 yaş ve üzeri 18477 bireyi kapsamaktadır. Bu çalışmaya göre erkeklerin %15'i, kadınların %29'u obezdir (58). Yine 15 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan TÜİK tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2012'nin raporu 2013 yılında yayımlanmıştır. Bu araştırma raporunda 15 ve yukarı yaşta obezite sıklığı toplamda %17,2, erkeklerde %13,7, kadınlarda %20 ,9'dur (59). Sağlık Araştırması 2012'nin obeziteye ilişkin verisinin sunulduğu Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013'te obezite, "Risk Faktörleri" bölümünde yer almaktadır (60).

Aynı yıl yapılan TNSA 2013'e göre 15-49 yaşta ölçümü yapılmış kadınlarda obezite sıklığı %26,2'dir (61).

TÜİK tarafından yayımlanan Türkiye Sağlık Araştırması 2014, 2015 yılında yayımlanmıştır. Rapora göre BKİ'ye göre 15 yaş ve üstü bireylerin %19,9'u obezdir;bu oran kadınlarda %24,5, erkeklerde %15,3'tür (62). Türkiye Sağlık Araştırması 2016'da ise bu oranlar , sırasıyla, %19.6, %23,9 ve %15,2'dir. (63). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması da Eylül 2017'de yapılmaya başlanmıştır (64).

Sonuç olarak, son yıllarda sıklığındaki artışla birlikte kronik hastalıkların da bir risk etmeni olarak obeziteye ilişkin mücadele artmaktadır. Önemli olan mücadelenin öncelikli olarak önlemeye yönelik olması ve yaşam boyu yaklaşımla herkesi kapsayıcı ve ulaşılabilir olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Köksal O. Türkiye'de Beslenme, Türkiye 1974 Beslenme- Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması. Aydın Matbaası. Ankara, 1977.
2. Ağaoğlu B. Türkiye Halk Sağlığı Bibliyografyası. Hamus Yayıncılık. İstanbul, 1996.
3. Onat A, Şurdum- Avcı G, Şenocak M ve ark. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 3. Kalp Hastalıkları Prevalansı. Türk Kardiyol Dern. Arş. 1991;19:26-33.
4. Onat A. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Logos Yayıncılık. İstanbul, 2017.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, 1994. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/93rapor.pdf
6. Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25(9):1551-6.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/98rapor.pdf
8. Türk Obezite Araştırma Derneği. Erişim adresi: http://www.obezitearastirma.org/Dernegimiz.aspx?MenuID=1&ID=35
9. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye'de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi 2002;11:1- 16.
10. Ersoy R, Çakır B. Obezite. Turkish Medical Journal 2007, 1:107-116.
11. Delibasi T, Karaaslan Y, Ustun I, Koroglu E, Hosgor S. National prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkey: cross sectional study of a representative adult population. Central European Journal of Medicine 2007;2(3):294–303.
12. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Gürler Matbaası. Ankara, 2004.
13. Bagriacik N, Onat H, Ilhan B, Tarakci T, et al. Obesity profile in Turkey. Int J Diabetes Metab 2009;17:5-8.
14. TC Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Barok Matbaacılık. Ankara, 2001.
15. TC Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü. DSÖ Obezite ile Mücadele Avrupa Bakanlar Konferansı, Erişim adresi: http://disab.saglik.gov.tr/TR,3557/dso-obezite-ile-mucadele-avrupa-bakanlar-konferansi-15-17-kasim-2006-istanbul-turkiye.html
16. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Sağlığa Bakış Raporu 2007. Bölük Ofset Matbaacılık. Ankara, 2007.
17. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Sağlığa Bakış Raporu 2007. Bölük Ofset Matbaacılık. Ankara, 2007.
18. TC Sağlık Bakanlığı'ndan Obezite ile Mücadele Çalıştayı. Erişim adresi: https://www.memurlar.net/haber/114541/saglik-bakanligi-ndan-obezite-ile-mucadele-calistayi.html
19. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. E-kütüphane sistemi. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinListesi
20. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Anıl Matbaacılık. Ankara, 2008.
21. TC Sağlık Bakanlığı. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Ankara, 13-14 Kasım 2008. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t13.pdf
22. TC Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014. Erişim adresi: http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejikplan.pdf
23. TC Sağlık Bakanlığı. DSÖ Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı (Çeviri).

Anıl Matbaacılık. Ankara, 2010.

24. TC Sağlık Bakanlığı. DSÖ Sağlığı Kazanmak, Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi (Çeviri). Anıl Matbaacılık. Ankara, 2010.
25. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014): Kuban Matbaacılık. Ankara, 2010.
26. Resmi Gazete. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Genelgesi. Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/09/20100929-5.htm
27. Posta Gazetesi. "Obezlere şişko diyelim" http://www.posta.com.tr/obezlere-sisko-diyelim-haberi-67664
28. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm
29. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1361,tsmyonergepdf.pdf?0
30. TC Sağlık Bakanlığı. Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası. Erişim adresi: http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4065/kampanya-hakkinda.html
31. TC Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara, 2012.
32. TC Sağlık Bakanlığı. Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2012. Erişim adresi: https://sgb.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=177
33. Toplum Sağlığı Merkezleri Sağlıklı Beslenme ve Obezite Danışma Birimi. Erişim adresi: http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/obezite/OBEZITE_DANISMA_BIRIMI-BARKODLU_95c3e.pdf
34. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2014-2017. Anıl Matbaacılık. 2013, Ankara.
35. CNN Türk.com. Obezite poliklinikleri hastalarını bekliyor. Erişim adresi: https://www.cnnturk.com/2013/saglik/01/21/obezite.poliklinikleri.hastalarini.bekliyor/693304.0/index.html
36. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar No:2, Türkiye Ülke Değerlendirmesi. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_%C3%9Clke_raporu_TR.pdf
37. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Miki Matbaacılık. Ankara, Mayıs 2014.
38. TC Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu 2014. Erişim adresi: https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202014.pdf
39. Resmi Gazete. Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm
40. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Erişim adresi: file:///C:/Users/hatice/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_Kalp%20Damar%202015-2020%20Pdf.pdf
41. Ulusal Kanser Kontrol Programı (2013-2018). Erişim adresi: http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf
42. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Erişim adresi: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
43. TC Sağlık Bakanlığı. Faaliyet Raporu 2016. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0
44. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (5. Baskı). Miki Matbaacılık. Ankara, Nisan 2017.
45. Gıda Hattı. Sağlıklı Beslen, Sağlık için Hareket Et. Erişim adresi: https://www.gidahatti.com/saglikli-beslen-saglik-icin-hareket-et-80740/
46. SGK Rehberi. Fazla kilo, şişmanlık, hareketsizlik, sigara içme takip edilecek. Erişim adresi: http://www.sgkrehberi.com/haber/119422/fazla-kilo-sismanlik-hareketsizlik-sigara-icme-takip-edilecek.html.
47. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. Ankara, 2017. Erişim adresi https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547
48. Türk Obezite Cerrahisi Derneği (TOSS). Erişim adresi: http://www.turkishobesitysurgery.com/tr/TANITIM.html
49. Obezite ile Mücadele Derneği. Erişim adresi: http://www.omder.org.tr/index.php/obezite/
50. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara, 2004.
51. TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003. Aydoğdu Ofset Matbaacılık. Ankara, 2007.
52. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Aydoğdu Ofset Matbaacılık. Ankara, 2007.
53. Oguz A, TemizhanA, Abaci A, Kozan O, Erol C, Ongen Z et al. Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio- metabolic risk in Turkish adults. Anadolu Kardiol Derg 2008;8(6):401-6.
54. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, 2009.
55. TC Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Ankara, 2014.
56. Satman I. TURDEP-II çalışma sonuçları. Istanbul, 2011.
57. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Anıl Matbaacılık. Ankara, 2012.
58. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Anıl Matbaa. Ankara, 2013.
59. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490
60. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sentez Matbaacılık. Ankara, 2014.
61. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara, 2009.
62. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2014. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854
63. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. Erişim adresi: file:///C:/Users/hatice/Downloads/T%C3%BCrkiye_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1_31.05.2017%20(3).pdf
64. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017. Erişim adresi: http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2017-tbsa-2017.html

İLAÇ VE TEKNOLOJİ ÜRETİMİNİN TARİHİ

Prof.Dr. Filiz Abacıgil

Geçtiğimiz yüzyılda sağlık alanında yaşanan önemli gelişmeler içerisinde ilaç endüstrisi, insan sağlığı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli katkılar sağlamıştır (1). Sağlık sektöründe önde gelen sektörlerden biri de ilaç endüstrisidir.

Türk dil kurumuna göre, ilaç, bir hastalığı iyi etmek veya önlemek için türlü yollarla kullanılan madde olarak tanımlanmaktadır (2). Daha kapsamlı bir tanım yapmak gerekirse, ilaç, hastalıkların teşhisi, tedavisi, profilaksisi (hastalıktan korunma) cerrahi girişimlerin kolaylaştırılması ve bazı fizyolojik olayların değiştirilmesi (doğum kontrolü gibi) amacıyla tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan saf kimyasal madde veya ona eşdeğer bitkisel veya hayvansal kaynaklı standart miktarda etkin madde ve yardımcı madde içeren kimyasal preparattır (3). İlaç sektörü ise, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve tanı amaçlı olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik teknolojiye uygun olarak üreterek sağlık hizmetlerine sunulmasını sağlayan bir sanayi dalı olarak tanımlanmaktadır (4,5).

Toplum sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi güçlü bir ilaç sektörünün varlığı ile mümkündür. (6).

Türk ilaç endüstrisinin tarihine bakıldığında temellerinin Osmanlı devleti döneminde atıldığı görülmektedir (7,8). Prof.Dr. Turhan Baytop 1833 yılında İstanbul'da açılan ilk eczaneyi Türk Eczacılık Tarihinin başlangıç noktası olarak kabul etmekte ve ilaç teknolojileri tarihini dört döneme ayırarak tanımlamaktadır (9).

1. Eczane Dönemi (1833- 1928)
2. Laboratuvar Dönemi (1928-1954)
3. Fabrika Dönemi (1954-)
4. İlaç Aktif Maddeleri Üretme Dönemi (1970-)

1. Eczane dönemi

1.1.Cumhuriyet öncesi dönem

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, 1833 yılında İstanbul'da açılan ilk eczane, Türk Eczacılık Tarihi'nin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde ilaçlar eczanelerde hazırlanmaktadır. Bu dönemde diğer önemli bir gelişme Eczacı Mektebi'nin açılmasıdır (10). Eczane dönemi öncesinde ilaçların Türklerin sahip olduğu attar dükkânlarında (baharatlar, kokular, şifalı bitkiler satan satıcılar) hazırlandığı belirtilmektedir. Ancak hazırlanan ilaçlara bağlı çeşitli olumsuz etkilerin ortaya çıktığı da çeşitli kaynaklarda yer almaktadır. Eczacı mektebinin açılması ilaçlara bağlı ortaya çıkan olumsuz etkilerin önüne geçilmesi bakımından önemli bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak eczane döneminde Türklere ait eczane olmadığı için, ülkede ilaç üretimi azınlıklar ve yabancılara kalmıştır. Ayrıca "Beledî İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname" ile "Attarlar ve Kökçüler Nizamnamesi (1884) kanunları ile attarların zehirli ilaç bileşikleri, terkibi gizli ilaçları, tıbbi müstahzarları satmaları ve hekim reçetesine göre ilaç hazırlamaları yasaklanmış, Türkler ilaç üretiminden uzaklaşmışlardır (9,11).

XIX. yüzyıl sonlarında Osmanlı İmparatorluğu'nda ilaç yapımında kullanılan maddelerin, ilaç hazırlama ve saklama kaplarının yurt dışından getirildiği, eczacıların çoğunluğunun yabancı ve azınlıklardan oluştuğu dikkati çekmektedir. İlk Türk eczacılarından Ethem Pertev, 1895'te adına ruhsat alınarak üretilen ilk Türk müstahzarı olan Pertev Şurubunu üretmiştir (7,10).

Osmanlı Döneminde ilk eczaneler

Eczanelerde ilaç üretimi 1900 yılına kadar yalnızca el ile küçük miktarlarda yapılırken, Ethem Pertev'in Almanya'dan komprime makineleri getirmesi ve Osmanlı Komprime Laboratuvarı'nı kurmasıyla makineler aracılığıyla üretime geçilmiştir (10). Daha sonra 1924 yılında kurduğu Pertev Müstahzarat İmalathanesi ile ülkede ilk kez fabrikasyon üretim tarzı ile ilaç üretmiş, Türkiye İlaç Endüstrisinin kurulması yolunda ilk adımları atmıştır. Bu

Pertev Şurubu

Pertev Müstahzarat İmalathanesi

dönem Fabrikasyon Dönemi'nin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla, Cumhuriyet Dönemi öncesinde üretilen ilaçlar, yurt dışından getirilen ilaç hazırlama maddeleri kullanılarak hazırlanmıştır (9,11).

Osmanlı İmparatorluğu'nda bu dönemde koruyucu aşı ve serum üretimi yapıldığı da bildirilmektedir. II. Abdülhamid, XIX. yüzyılın sonunda Daülkelb (Kuduz aşısı) ve Telkihhane-i Şahane'nin (Aşıhane) kurulmasını sağlayarak daha sonra Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin kurulmasıyla devam edecek aşı üretim sürecini başlatmıştır (9,11).

Aşı çalışmaları, 1801 yılında Jenner metoduna göre çiçek aşısı uygulaması başladıktan 3 yıl sonra Osmanlı İmparatorluğu'nda başlamıştır. Çiçek aşısının uygulaması için 1885'te dünyada ilk olan "Çiçek Nizamnamesi" adıyla kanun çıkarılmış, aşı yaptırmayan kişiler askeri ve yatılı okullara alınmamıştır (12).

1886 yılında, kuduz aşısının üretilip uygulanması için Pasteur Enstitüsü'ne eğitim için gönderilen hekim ve veterinerler ile 1887 Ocak ayı başında kuduz aşısı Türkiye'ye getirilmiş; ilk kuduz aşısı Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de üretilmiştir. Aynı yıl Kuduz Tedavi Müessesesi kurulmuştur. Dr. Hüseyin Remzi Bey tarafından kurulan ve hem bir üretim hem de bir araştırma enstitüsü olan Telkihhane'de çiçek aşısını Jenner metodu ile üreterek ilk defa bu aşıyı hayvandan insana uygulama başarısı göstermiştir. Bu uygulama Türk aşı üretimi tarihi açısından önemlidir. 1892'de ilk çiçek aşısı üretimi başlamıştır (12).

1892 yılında İstanbul'da yaşanan kolera salgını nedeniyle bir bakterioloji enstitüsü kurulmasına karar verilmiş, Bakteriyolojihane-i Şahane kurulmuştur. Bakteriyolojihane, Kimyahane, Daülkelb ve Telkihhane birimleri daha sonra Hıfzıssıhha Müessesesi adı altında birleştirilmiştir. Dr. Ahmet Refik Güran idaresine verilen Hıfzıssıhha Müessesesi'nde çok miktarda Dizanteri, Tetanoz, Menengokok, Veba ve Gonokok aşıları, Tüberküloz aşısı, çeşitli toksinler ile değişik müstehzarlar yapılmıştır. Yurtdışından teknik teçhizat getirilemediği dönemlerde bu sıkıntıyı gidermek üzere farklı aletler yapmıştır. Bakteriyolojihane-i Baytarî'de kan almaya ve enjekte etmeye yarayan cihaz, İstanbul Bakteriyolojihanesi'nde Türk Basili, Türk peptonu, bakteri aşılarının hazırlanması için cihaz, Telkihhane'de çiçek aşısını tüplere doldurmak için bir alet yapılmıştır. Enfeksiyon ajanlarının içinde veya üstünde üreyebileceği ortamların hazırlanmasında, aşı ve serum yapımında ve muhtelif işlerde kullanılan Türk peptonu, 1919 yılında Dr. Ahmet Refik Güran tarafından bulunmuş, böylece aşı ve serum üretimi süreci devam ettirilmiştir (9,11).

Tifus aşısı, dünyada ilk kez 1916 yılında Dr. Reşat Rıza Kor tarafından geliştirilmiştir. Dr. Reşat Rıza Kor, tifüslü hastadan aldığı kanı 60 derece ısıda defibrine ederek aşıyı geliştirmiş ve aşı Kafkas Cephesi'nde savaşan askerlere, Erzurum'da Dr. Refik Saydam tarafından uygulanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında Türkiye, çok sayıda ülkenin tifüs aşısı gereksinimini karşılamıştır (13).

1.2. Cumhuriyet dönemi

Cumhuriyet'in kurulduğu dönemde sağlık alanında ülkenin önemli sorunu salgın hastalıkların yaygın olmasıdır. Devlet politikası da bu çerçevede şekillenmiş, yasal mevzuat boşluklarının giderilmesi için pek çok yasa çıkmıştır. Serbest hekim ve diş hekimlerinin çalışmaları düzenlenmiş, tabip odaları kurulmuştur. Bu dönemde çıkarılan kanunlar aşağıda verilmiştir (9,11).

1- Türk Kodeks Kanunu (Kanun No: 767, 03 Mart 1926)

2- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (Kanun No: 964, 24 Şubat 1927)

3- Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevî Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun (Kanun No: 984, 24 Şubat 1927)

4- İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (Kanun No: 1262, 14 Mayıs 1928) (67)

5- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)

6- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)

İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile, eczanelerde ilaç üretimi yasaklanmış, üretim laboratuvarlara kaydırılmıştır. Ayrıca ülkede kullanılan bütün ilaçların kontrol edilerek ruhsatlandırılması uygulamasına geçilmiş ve ruhsatı olmayan ilaçların ülkeye girmesine müsaade edilmemiştir. 1928 yılına kadar Türkiye'de üretilmiş ilaçlar bir Türk Kodeksi olmadığından Fransız Kodeksi'ne göre hazırlanmış, hammaddeleri genellikle yurtdışından gelmiştir (9). Umumi Hıfsısıhha Kanununda da Sağlık Bakanlığı'nın ilaç ve eczacılık alanındaki görev ve yetkileri "gıdalar ile ilaçları ve bütün zehirli, etkili ve uyuşturucu maddelerle -yalnız hayvanlar için serumlar ve aşılar hariç olmak üzere- her çeşit serum ve aşıları denetlemek olarak tanımlanmıştır (14).

2. Laboratuvar dönemi (1928-1954)

İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nun kabulü ile ilaç üretimi laboratuvarlarda yapılmaya başlamıştır. Salgın hastalıklarla mücadele, toplum sağlığını koruma çalışmaları yapmak amacıyla 27 Mayıs 1928 tarihinde "Mer-

Merkez Hıfsısıhha Müessesesi Aşı Laboratuvarı

kez Hıfzıssıhha Müessesesi" kurulmuştur. Bakteriyoloji, Kimyevî Tahlilat, Farmakodinami ve Immünobiyoloji Şubeleri tek çatı altında toplanarak, merkez Hıfzıssıhha Müessesesi bünyesinde toplanmıştır (9).

Hıfzıssıhha Müessesesi halk sağlığını ilgilendiren her türlü mikrobiyolojik, serolojik vb. tetkikleri yapmak, aşı, serum ve biyolojik müstahzarları yapma, ülkeye girecek bütün ilâçların analizi ve kontrolü, araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi gibi amaçlarla kurulmuştur. 1936 yılında, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünde tifo, dizanteri, kolera, veba, meningokok, boğmaca, brusella, BCG (ağız ve deri içi olmak üzere), difteri, tetanos, alüminyum presipiteli karma aşılar, tifüs, kuduz, çiçek, influenza aşıları dâhil 17 farklı tip aşı üretilmeye başlanmıştır. Kurumda, 1937'de kuduz serumu üretilmeye başlanmıştır. 1940'ta Çin'deki kolera salgını için Çin'e kolera aşısı gönderilmiştir. Tifüs aşısı ve akrep serumu üretimi 1942'de başlamıştır. 1947'de Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve BCG aşısı üretimine geçilmiştir. 1948'de boğmaca aşısı üretimi başlamıştır. 1950'de influenza laboratuvarı DSÖ tarafından Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi olarak tanınmış ve influenza aşısı üretimine geçilmiştir. 1965'te ilk kez kuru çiçek aşısı üretimi yapılmış; 1976'da kuru BCG aşısının deneysel üretimi başlamış; 1983'te kuru BCG aşısı üretimine geçilmiştir (12,13).

Cumhuriyetin ilk yıllarında Türkiye, tüm ülkenin aşı gereksinimini karşılayan ve dünyaya da aşı ihraç eden bir ülke haline gelmiş, sonrasında Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesi çağın gereksinimlerine uygun cihazlarla yenilenmediği için 1996 yılında DbT aşısı, 1998 yılında da BCG aşısı üretimi durdurulmuştur (12,13).

Laboratuvar döneminde üretilen ilaçlar,

Gripin

Nevrozin

1- Yabancı üreticiler tarafından üretilip ruhsatlandırılmış ilaçlar,
2- Yabancı bir ilaçla aynı özelliklere sahip olup benzer veya yeni bir isim altında ruhsatlandırılmış eşdeğer ilaçlar,
3- Türkiye'de üretilip ruhsatlandırılmış yeni ilaçlar.

Bu dönemde, ilaç hammaddeleri yurtdışından karşılanmakla birlikte, yüksek satış rakamlarına ulaşmış yerli ilaçlar da bulunmaktadır. Halk arasında yaygın olarak kullanılmış, aspirin ile benzerlik taşıyan nevrozin ve gripin dönemin öne çıkan yerli ağrı kesici ilaçları olmuştur (9).

II. Dünya Savaşı'nın başlaması ile ilaç hammaddelerinin tedarikinde sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Bitkisel, hayvansal, madensel kökenli ilaçların yerine üretilen Sentetik ilaçlardan biri, Nejat Ferit Eczacıbaşı tarafından üretilen ve bir vitamin ilacı olan D-Vital'dir. Ekstrepat 1943 yılında dünya ve Türkiye'de yaygın olarak görülen pernisiyöz anemilere karşı tamamen yerli hammadde kullanılarak hazırlanan ilk ilaçtır. Bu ilacı yine İbrahim Ethem Kimya Evi'nde üretilen vitaminler, distolizin, papatropin, postruitrine gibi yüzde yüz yerli hammaddeyle üretilen ilaçlar izlemiştir (9).

Laboratuvar Dönemi Türkiye'de ilaç üretiminin mevzuat çerçevesinde ruhsatlandırma ile kontrol altında bulunduğu bir dönem olmuştur. Bu dönemde, yabancı ilaçlar yanında yerli üreticiler tarafından yabancı ilaçlarla benzer endikasyonlara sahip ilaçlar da üretilmiştir.

3. Fabrika dönemi (1954-)

1947 yılında yerli ilaç üreticilerine yabancı ilaçları lisans altında üretebilme izni verilmiştir. Böylece yerli üreticiler tarafından ilaç fabrikalarının kurulabilmesinin önü açılmıştır. Bu dönemde kabul edilen "Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu" (1954) uluslararası ilaç firmalarının Türkiye'de üretim yapmasını ve fabrika kurmasını sağlamıştır. Fabrika kurmak amacıyla gerekli makine ve teknik teçhizat, hammadde, yardımcı madde ithalatı kolaylaşmıştır. Gerek yabancı yatırımcılar gerek yerli yatırımcıların ilaç fabrikası kurmaya başlamalarıyla ülkede ilaç üretimi artmıştır. İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri Talimatnamesi" (22 Aralık 1954 tarih ve 8885 sayılı RG) ilaç üreticilerine bina kurma, üretim sürecine belirli standartlar getirme ve üretim yerlerinin denetlenmesi gibi şartlar getirmiştir. Bu durum, dönemin modern ilaç fabrikalarının Türkiye'de kurulmasına yol açan önemli nedenlerden biri olmuştur (9).

1951 yılında E.R. Squibb and Sons tarafından yabancı sermaye ile kurulan fabrika ve yerli sermaye ile kurulan Eczacıbaşı İlaç Fabrikası, Türkiye'nin ilk ilaç fabrikaları olarak üretime başlamıştır (15).

Bu dönemde, Türkiye'de yerli yatırımcı tarafından kurulan ilk ilaç fabrikalarından birisi de İbrahim Ethem Ulagay İlaç Sanayii Türk Anonim Şirketi olmuştur (9).

Türkiye'de Yeni ilaç üretmek için gerekli olan araştırma ve geliştirme faaliyetleri maliyetin yüksek olması nedeniyle ilaç endüstrisi gelişememiş, patenti alınmış ilaç üretimi gerçekleşmemiştir. Türkiye'de üretim yapan yerli ilaç firmaları genellikle eşdeğer ilaçları, yabancı patentli ilaçları veya reçetesiz ilaçları üretmiştir.

Türkiye İlaç Endüstrisi, kuruluşundan bu yana teknik teçhizatı yurt dışından sağlamanın yanında, ilaç üretimini de büyük oranda patent altında gerçekleştirme yolunu seçmiştir. Böylece, yerli ilaç firmaları yabancı patentli ilaçları ve eşdeğer ilaçları üretir hale gelmişlerdir.

4. İlaç aktif madde üretme dönemi (1970- …….)

İlaç hammadde üretim çabaları ile ilgili en önemli girişim 1970 yılında kurulan Antibiyotik ve İlaç Hammaddeleri Sanayi Anonim Şirketi'dir. Bu tesiste tetrasiklin türevi bileşiklerin fermantasyon ile üretilmesiyle başlayan ilaç aktif maddesi üretimi, ampisilin, amoksisilin, ağrı kesiciler, antibiyotikler, mide, kalp ve damar hastalıklarında kullanılan etkin maddeler, kodein morfin gibi ilaç etkin maddelerinin üretimiyle 40 civarına ulaşmıştır. Buna rağmen 2000 çeşit ilaç etken maddesi olduğu düşünüldüğünde bu rakam oldukça düşük kalmıştır (16).

İlaç hammaddesi üretimini iki ana grup altında toplamak mümkündür. Birinci grup, galenik preparatlar, bitkisel ve hayvansal maddelerin üretimi, ikinci grup ise sentetik ilaç aktif maddeleri üretimidir.

1970'li yıllara gelindiğinde ilaç üretiminde Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı Ordu İlaç Fabrikası haricinde devletin payının bulunmadığı görülmektedir. SSK'nın artan ilaç harcamaları nedeniyle devlet ilaç üretimi için SSK ilaç fabrikasını kurmuştur. SSK İlaç Fabrikası, 12 Haziran 1980, 8/1083 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla Sosyal Sigortalar Kurumu İlaç ve Tıbbi Malzeme Sanayii Müessesesi adı ile kurulmuştur. Müessese'nin ana görevleri, kuruluşundaki amaca uygun olarak her türlü ilâç, serum, azot protooxide, oksijen gazı ve tıbbi malzeme üretimi maksadıyla gerekli standardı haiz tesisleri oluşturmak ve bunlarla ilgili her türlü ticari faaliyette bulunmak, gerekli idari ve teknik hizmetleri kanun ve mevzuata uygun olarak yürütmek olarak belirlenmiştir. Sonraki süreçte SSK İlaç Fabrikası'na teknolojik olarak yeni yatırımlar yapılmamış ve Fabrika 2005 yılında kapatılmıştır (9).

Dünyada ilaç endüstrisi

Ortalama yaşam süresinin artışı, hastalık paternlerindeki değişimler, sağlık hizmetlerine ulaşmada artış gibi faktörler dünya ilaç sektörünün giderek büyümesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. EFPIA (European Federation of Pharmacetical Industries and Associations) verilerine göre, 2013 yılında dünya ilaç satışlarının %41'ini Kuzey Amerika (ABD ve Kanada), %27,4'ünü Avrupa oluşturmaktadır. 2007-2011 yılları arasında Çin en fazla büyüme oranına sahip ülke iken, 2012-2016 yılları arasındaki dönemde en yüksek büyüme oranlarının Çin, Brezilya, Hindistan ve Rusya'da olacağı öngörülmektedir. (7).

Türkiye İlaç Endüstrisinin Teknolojik Açıdan Mevcut Durumu

Günümüzde Türkiye İlaç Endüstrisi, üretimini Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen "İyi Üretim Uygulamaları" (IKU) çerçevesinde gerçekleştirmektedir. İyi üretim uygulamaları, 1 Kasım 1984 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri Yönetmeliği" ile yürürlüğe girmiş olup, Sağlık bakanlığı denetimindedir. IKU, ilaçların kalite standartları doğrultusunda üretimini ve kontrolünü sağlayan bir kurallar bütünüdür.

Uluslararası norm ve standartların uygulandığı Türkiye İlaç Sektörü, özel üretim teknolojisi gerektiren ürünler (biyoteknoloji vb.) dışında her türlü ürünü üretebilen bir teknolojik düzeydedir. 2013 yılında Türkiye ilaç sektörü dünyada 18. sırada yer alırken, 2018 yılında 16. sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (17).

Türkiye İlaç Endüstrisi yabancı ilaç firmalarının ürünlerini üretmesinin yanında, önceden molekülü bulunmuş ve patent süresi dolmuş, eşdeğer ismiyle adlandırılan ilaç üretimine yoğunlaşmış bir görünümdedir. Henüz Türkiye'de geliştirilmiş bir molekülle üretilen ilaç bulunmamaktadır. Zira yeni bir molekülün bulunup, ilaç olarak piyasaya sürülmesi yoğun araştırma ve geliştirme gerektiren, uzun süreçli ve maddi külfeti oldukça ağır bir süreçtir. Şayet süreç sonunda yeni bir molekül bulunup, yeni ilaç üretilebildiği takdirde, bu ilaç patent koruması süresi içerisinde -bu süreç dünyada ortalama 10 yıldır- üreticisine büyük kazançlar sağlamaktadır (9,17).

Yirminci yüzyıl ile ilaç araştırma-geliştirme faaliyetleri ivme kazanmıştır. Yeni bir ilacın ruhsatlandırılıp pazara sunulabilmesi için vazgeçilmez süreçler: temel araştırmalar, deney hayvanlarında yapılan klinik öncesi araştırmalar ve gönüllü insanlarda yürütülen klinik araştırmalardır. Klinik araştırmaların standartlarını belirlemek, gönüllülerin güvenliliğini sağlamak ve kamuoyunun bilimsel ve etik endişelerini gidermek için gelişmiş ülkelerde birçok düzenleyici doküman yazılmıştır (18).

Türkiye'de klinik araştırmalar ile alakalı olarak yürürlüğe giren ilk yönetmelik 29.01.1993 tarihinde 21480 sayılı resmi gazetede yayımlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" olmuştur (19). Daha sonraki süreçte güncellenen ve yeni çıkarılan yönetmelikler aşağıda verilmiştir (18).

Yıl Yönetmeliğin adı

1993 İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik

2008 Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik

2010 Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

2011 Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik

2013 Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik

2014 Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

2015 İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

Güncel İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik

Türkiye'de klinik araştırma sayısı diğer ülkelere göre çok az sayıdadır. Şubat 2015 itibariyle Türkiye, klinik araştırma sayısı (1.750 adet) bakımından dünyada 31'inci, Avrupa'da ise 17'inci sırada yer almış ve dünya klinik araştırma sayısı toplamı (184.187 adet) içerisindeki payı %0,95 olmuştur (18).

Türkiye İstatistik Kurumu ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) verilerine göre de, araştırma ve geliştirme harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içerisindeki oranı OECD ülkelerinde ortalama % 2,34 iken, Türkiye'de % 0,8 dir. 36'sı yerli 13'ü çokuluslu olmak üzere toplam 49 üretim tesisine sahip Türkiye İlaç Endüstrisinde, ilaç ihtiyacının çoğunluğu ülke içerisinde üretilen eşdeğer ilaçlarla sağlanmaktadır (17).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de 71 adet ilaç üretimi yapan firma (56'sı yerli), 77 ilaç üretim tesisi (60'ı yerli), 12 hammadde tesisi (6'sı yerli) ve 12 radyofarmasötik üretim tesisi bulunmaktadır. 2014 yılında kişi başına ilaç harcaması yaklaşık 85,8 ABD doları, kutu bazında kişi başı ilaç tüketimi 23,46 kutu olarak gerçekleşmiştir (17).

Türkiye'de 3.100 çeşit ilaç üretimi yapılmakta, farklı dozajlar ve farmasötik yapılar ile bu rakam 8.000 civarına çıkmaktadır. Ancak ilaç üretiminde kullanılan hammaddelerin yaklaşık %80'i ithalat ile sağlanmaktadır.

Günümüzde, ilaç ve eczacılık yönetimine ilişkin faaliyetler Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından yürütülmektedir. TİKCK'nın görevi ilaç, tibbi cihaz ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici, yönlendirici politikalar geliştirerek ve uygulayarak insan sağlığına hizmet etmektir (14).

Cumhuriyet döneminde ilaç ve eczacılık yönetimine bakılacak olursa kronolojik olarak aşağıdaki kurumlar sıralanabilir (14).

- 1920-1930 Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hıfzısıhha İşleri Dairesi Reisliği bünyesinde
- 1930-1946 Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Hıfzısıhha İşleri Umum Müdürlüğü Eczacılık ve Müstahzarlar Şube Müdürlüğü
- 11.02.1946 Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı Eczacılık ve Müstahzarlar Genel Müdürlüğü
- 1953 Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaleti Eczacılık ve Müstahzarlar Genel Müdürlüğü
- 1955 Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Umum Müdürlüğü
- 1961 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü
- 27 Şubat 1982 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
- 24 Ocak 1989 Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
- 02 Kasım 2011 Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Sonuç olarak, ülkemizde eczane dönemi ile başlayan aktif madde üretimi dönemine ulaşan ilaç endüstrisi, teknolojik altyapısı ithalata dayanan, ağırlıkla eşdeğer ilaç üreten ve ilaç hammaddesinin % 80'ini ithalat yolu ile karşılayan bir yapıdadır.

KAYNAKLAR

1- Sánchez-Serrano I. Chapter 10: Causes of the Pharmaceutical Crisis. In: The World's Health Care Crisis. Elsevier, London. 2011.

2- Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.599bd217848484.27466687

3-http://www.titck.gov.tr/Ilac/IlacHakkinda

4- T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü. İlaç Sektörü Raporu. Ankara: T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi; 2013.

5-https://www.titck.gov.tr/Dosyalar/Ilac/SaglikEndustrileriKoordinasyon/EK-1%20T%C3%BCrkiye%20%C4%B0la%C3%A7%20Sekt%C3%B6r%C3%BC.pdf

6- T.C. Bilim Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı, Sanayi Genel Müdürlüğü, İlaç Sektörü Strateji Belgesi Ve Eylem Planı 2015-2018, 2015

7- Abacıoğlu N. Türkiye İlaç Sanayi. İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul. 2010. Yurtiçi Sektörel Etütler ve Araştırmalar Yayın No: 2009-41.

8- Turan N. Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi. Skala Yayıncılık, İstanbul. 2007.

9- Elmacı İ, Cumhuriyet Dönemi Teknoloji Tarihi (ilaç, petrol, kimyevî gübre teknolojileri), T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe (bilim tarihi) Anabilim Dalı, Tezi

10- Baytop T. Türk Eczacılık Tarihi. İstanbul Üniv.Yay.No.3358 Eczacılık Fak.No.78, İstanbul. 2001.

11- Elmacı İ, Cumhuriyet dönemi'nde ilaç Teknolojileri, Petrol Teknolojileri Ve Kimyevî Gübre Teknolojileri'ne Kısa bir bakış, Dört Öge-Yıl 1-Sayı 3- 2013

12- Ildirim I. The history of vaccination; in Turkey and in the world/ dunyada ve Turkiye'de asi tarihcesi. Journal of Pediatric Infection. 2008:S1-S.

13- Ikincioğullari A. The history and strategies of vaccination. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences. 2007;3(11):1.

14- http://www.titck.gov.tr/Kurumsal/Tarihce

15- Acar, Aylin, Yeğenoğlu, Selen, "Türkiye'de İlaçta Patent", Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi Cilt:33 Sayı:4, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003, s. 270-278.

16- Ergenç, Nedime, Salman, Serpil, Salman, Aydın, Türkiye'de Üretilen İlaç Etken Maddeleri, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, Yayın No:59, İstanbul, 1992.

17- T.C. Bilim Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı, Sanayi Genel Müdürlüğü, İlaç Sektörü Raporu (2015/1)

18- Yusuf Ergün, Klinik Araştırmalar: Türkiye'deki Güncel Mevzuatın Bir Özeti, KSÜ Tıp Fak Der 2017;12(1):50-72

19- İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete yayım tarihi: 29/01/1993; Sayı: 21480.

MEZUNİYET ÖNCESİ HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ

Prof. Dr. Meltem Çöl

Türkiye'de halk sağlığı eğitimi, dünyadaki gelişmelere paralel olarak biçimlenmiştir. Ülkemizde halk sağlığı konusundaki mezuniyet öncesi eğitim 3 dönemde ele alınabilir:

1. Hijyen ve koruyucu hekimlik dönemi
2. Toplum hekimliği dönemi
3. Halk sağlığı dönemi

Hijyen ve koruyucu hekimlik dönemi

Bu dönemin 1908 yılında başladığı ve genel olarak 1963 yıllında başlayan Toplum Hekimliği dönemine kadar etkili biçimde sürdüğü, 1982 yılında Halk Sağlığı Anabilim Dallarının kurulması ile sona erdiği söylenebilir.

Ülkemizde halk sağlığı eğitiminin 1898 yılında kurulan Gülhane Askeri Tıp Akademisinde (GATA) 1908 yılında "Askeri Hijyen ve Koruyucu Hekimlik" kürsüsünün kurulmasıyla başladığı kabul edilir. Bu kürsü, 1908 yılında Dr. WIETING PAŞA Gülhane Akademisine müdür olarak atandıktan sonra kurulmuş ve Emrazı İntaniye, Tesemmümat ve Hıfzıssıhha Askeriye Tatbikatı Tıbbiye dersleri Müderris Dr. Neşet Osman Bey tarafından verilmeye başlanmıştır. 1919 yılından sonra öğretimi Prof. Dr. Abdülkadir Noyan yürütmüş, 1927 yılında Prof. Noyan'ın Dahiliye kliniği profesörlüğünü alması üzerine, 1929'a kadar dersler Hıfzıssıhha muallim muavini Şekip Habip tarafından verilmiştir. 1929 yılında klinik başkanı olan Prof. Dr. Zeki Faik Ural, Koruyucu Hekimlik ve Askeri Hijyen ile ilgili dersler vermiştir; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kuruluşunda görev alan Prof. Ural bu Üniversitede 1948 yılında Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü'nü kurmuştur. GATA 2017 yılında kapatılmış ve tıp eğitimine son verilmiştir.

1933 yılında İstanbul Darülfünunu kapatılıp yerine İstanbul Üniversitesi kurulduktan sonra halk sağlığı eğitimlerinde de bir canlanma olmuştur. O yıllarda Hitler zulmünden kaçarak ülkemize gelen bilim insanlarından Ord. Prof. Dr. Julius Hirsch halk sağlığı derslerini vermeye başlamış ve 1942 yılında Hijyen ve Koruyucu Hekimlik kürsüsü kurulmuştur. Kürsü, 1982 yılında "Halk Sağlığı Anabilim Dalı" adını almıştır.

Koruyucu hekimlik ve hijyen eğitimlerinin yürütüldüğü bir diğer kurum 1945 yılında kurulan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesidir. Bu Fakültede, söz konusu eğitim 1948`de Prof. Dr. Zeki Faik Ural`ın başkanlığında Fakültenin Cebeci'deki kampusunda başlatılmıştır; 1951 yılında de Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Enstitüsü (kürsüsü) kurulmuştur. Cebeci'de başlayan eğitim 1967 yılında Sıhhiye semtindeki Morfoloji binasında devam etmiştir.

Bu dönemdeki bir başka eğitim kurumu Ege Üniversitesidir. 1955 yılında kurulan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde Prof. Dr. Muhittin Erel'in girişimiyle "Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü" açılmış ve 1975 yılında "Toplum Sağlığı Enstitüsü" kurulmasına kadar halk sağlığı alanındaki eğitimler bu kürsü tarafından yürütülmüştür. 1981 yılında YÖK yasası gereğince "Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü" ile "Toplum Sağlığı Enstitüsü" birleştirilerek "Halk Sağlığı Anabilim Dalı" adını almıştır. 1990 yılına kadar Anabilim Dalında hijyen öğretisi ağırlıklı olarak sürdürülmüş, ancak giderek toplum sağlığı yaklaşımı hakim olmuştur.

Toplum hekimliği dönemi

Ülkemizde halk sağlığı mezuniyet öncesi eğitimleri 1963 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesinin kurulması ile yeni bir döneme geçmiştir. Adı geçen Fakültenin kuruluş yasasında Fakültenin toplum dönük eğitim vereceği yazılı olduğundan temel ilkesi de toplum içinde ve özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet verebilecek pratisyen hekimler yetiştirmekti. O nedenle, kurulduğu dönemde bu Fakültede "Temel Bilimler" ve "Klinik Bilimleri" Enstitüleri yanında bir de "Toplum Hekimliği Enstitüsü" bulunuyordu.

Toplum Hekimliği Enstitüsünün ilk direktörü bir psikiyatri uzmanı olan Prof. Dr. Doğan Karan idi (1963-1966); daha sonra, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı iken Üniversiteye geçen Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek Enstitü direktörü olmuş ve ülkemizde halk sağlığı alanındaki uzmanlık eğitimi yanı sıra mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitiminin de temellerini atmıştır.

1967 yılında Ankara Üniversitesinden ayrılarak kurulan Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliği Enstitüsü Üniversiteye bağlı bir birim olarak kalmış, Tıp Fakültesi bünyesinde de aynı yıl Toplum Hekimliği Bilim Dalı (bölümü) kurulmuştur; Toplum Hekimliği Bilim Dalı 1981 yılında çıkarılan YÖK yasasıyla Halk Sağlığı Anabilim dalı adını almış ve bu sırada Toplum Hekimliği Enstitüsü de kapatılmıştır.

Söz konusu gelişmeleri daha iyi anlayabilmek için "toplum hekimliği" kavramının ne olduğunu ve ülkemize nasıl girdiğini belirtmekte yarar vardır.

Halk sağlığının yeşerdiği dönemlerde ABD'de Kentucky Üniversitesi öğretim üyelerinden Kurt W. Deuschle, 1960 yılında "Toplum Hekimliği" (Community Medicine) de-

partmanını kurdu ve tıp fakültesi programında ilgili dersleri vermeye başladı. Deuschle, ihmal edilmiş, yoksul ve kırsal bölgelerde, özellikle Kızılderili bölgelerinde hizmet veren hekimlerin toplumun kültürünü iyi tanımalarının önemini ve ona göre davranmaları gerektiğini savunuyordu. Eğitim programına toplumun sorunlarını anlayabilmek için epidemiyoloji konularını ekledi ve kültürler arası çalışmalar için burslar düzenledi. Daha sonra atandığı New York Mount Sinai Hastanesinde de siyah Amerikalıların yoğun olarak yaşadığı Doğu Harlem bölgesinde bir "toplum hekimliği" projesi başlattı. Deuschle, benzer programların Nijerya, Çin, Vietnam ve Türkiye'de de başlaması konusunda liderlik yaptı.

Deuschle, 1960 yılında toplum hekimliğini şöyle tanımlamıştı: *"Toplum hekimliği eğitiminin amacı, öğrencilere, sağlık personelinden oluşan bir ekiple toplum içinde koruyucu ve iyileştirici hekimliğin nasıl uygulanacağını, epidemiyolojik ve sosyal bilim yöntemlerini kullanarak toplumun sağlık sorunlarını ve bunların önemlilik derecelerini saptamayı ve uygulamalardan alınan sonuçları değerlendirmeyi öğretmektir."*

ABD'de tıp fakültelerinde toplum hekimliği eğitiminin başladığı ve kabul gördüğü yıllarda, 1963 yılında kurulan "Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi", Ohio Eyaletindeki Case Western Reserve Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmekte olan programı aynen uygulanmaya başladı. Adı geçen Üniversitedeki "Toplum Hekimliği" bölümü de böylece Hacettepe Tıp Fakültesine girmiş oldu.

Ancak, Hacettepe Üniversitesindeki toplum hekimliği eğitiminin yukarıda belirtilen amaçla sınırlı kaldığı söylenemez. Bu Üniversitede toplum hekimliği kavramı, o zamana kadar ülkemizdeki bir boşluğu doldurarak gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası düzeyde "halk sağlığı" kavramı ile eşdeğer şekilde ele alındı ve geliştirildi. Hiç kuşkusuz, bu birimin kurulmasında ve geliştirilmesinde Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek en büyük paya sahiptir.

Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde sözü edilen gelişmeler olurken, hatta, Hacettepe Üniversitesinden bir yıl önce Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde (AÜTF) de benzer bir gelişme yaşandı. Çağdaş sağlık hizmeti anlayışının gelişmesiyle, Toplum hekimliği kürsüsünün kuruluşunun ilk adımları 1962 yılında AÜTF bünyesinde koruyucu hekimlik uygulamaları ve öğrenimi ile ilgili bir komisyon oluşturularak başlatılmıştır. 1963 yılında, tıp öğrencilerinin eğitim ve uygulaması amacı ile Eğitim Sağlık Merkezi kurularak Hıfzıssıhha Okulu öğretim üyelerinden **Dr. Nevres Baykan** önderliğinde Ankara'nın Abidinpaşa bölgesinde Toplum Hekimliği çalışmaları yürütülmüştür. Hem bölgede hizmet sunulmuş hem de öğrenci eğitimleri başlamıştır. Bu bölgedeki çalışmalar sonucunda 1968 yılında "Toplum Hekimliği Enstitüsü" kurulmuş, Enstitü 1974 yılında Toplum Hekimliği Kürsüsü adını almış ve Abidinpaşa'daki yerinden, toplum içindeki hizmetleri yürütmek üzere planlanmış olan fakülte tarafından yaptırılan Akdere'deki kendi binasına 1980 yılında taşınmıştır. 1982 yılında YÖK yasasının çıkmasından sonra Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü ve Toplum Hekimliği Kürsüsü'nün birleştirilmesi ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı oluşturulmuştur. Anabilim Dalı 2015 yılında Cebeci kampusunda yeni yerine taşınmıştır

Halk sağlığı dönemi

Yüksek Öğretim Kurulu'nun 1981 yılında kurulması ile ülke genelinde benzer eğitimi veren fakat farklı adlarla kurulmuş olan bütün anabilim dallarının adı "Halk Sağlığı" olarak standart hale getirildi. Böylece, farklı üniversitelerde uzun yıllar uygulanan hijyen ağırlıklı halk sağlığı eğitimi resmen son bulmuş ve bütün tıp fakültelerindeki eğitimde halk sağlığı kavramı eğitimin temeli olmuştur.

YÖK tarafından alınan kararlar gereğince bütün tıp fakültelerinde halk sağlığı kuramsal ve uygulamalı eğitimi zorunludur ve birer halk sağlığı anabilim dalı vardır. YÖK tarafından 2017 yılında yapılan bir açıklamaya göre ülkemizdeki Devlet Üniversitelerinde 73, Vakıf üniversitelerinde 27, olmak üzere toplam 100 Tıp Fakültesi bulunmaktadır. Bunlardan 84'ü aktif, diğerleri kurulmuş ama henüz eğitime başlamamıştır. Bu fakültelerdeki öğrenci sayımız 75.000, öğretim üyesi sayımız 13.000 dolayındadır.

Eğitim modeli

Ülkemizde tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitiminde dikkat çeken yaklaşımlar ve uygulamalar şunlardır:

Kuramsal eğitimler:

Uzunca bir süre ülkemizde hijyen, toplum hekimliği ya da halk sağlığı adı altında yürütülen eğitim programları her üniversite tarafından kendi koşulları ve öğretim üyelerinin anlayışları doğrultusunda hazırlanmıştır; 1990 'lı yılların sonuna kadar fakülteler arasında standart bir eğitim programının uygulandığı söylenemez. Bazı fakültelerde (örn. Hacettepe) fakültenin birinci sınıfında başlayan halk sağlığı eğitimi ikinci, üçüncü, beşinci ve altıncı sınıflarında da devam ediyordu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından ülkemizde başlatılan "entegre" eğitim modeli halk sağlığı eğitimi için de geçerliydi. Yani, tıp eğitimi modüler biçimde (ders kurulları) veriliyordu ve halk sağlığı eğitimleri de bir çok ders kurulu içinde yer alıyordu. Hacettepe Üniversitesinin öncülüğünde kurulan Erzurum Atatürk, Eskişehir, Sivas Cumhuriyet, Samsun 19 Mayıs, Kayseri Erciyes, Kastamonu Üniversitelerinde de aynen uygulanmıştır. Entegre tıp eğitimi modeli giderek yaygınlaşmış ve günümüzde bütün tıp fakültelerinde uygulanır olmuştur. En köklü üniversitemiz olan İstanbul Üniversitesi entegre tıp eğitimine en son geçen kurumumuz olmuştur. 2000 yılında Hacettepe ve Ankara Üniversitelerinin birlikte başlattıkları bir girişimle tıp

eğitiminde "çekirdek eğitim" anlayışı egemen olmuş ve bütün ülkede tıp eğitimi (bu arada halk sağlığı eğiminin) programlarında öğrencilere öğretilmesi gereken bilgiler ve beceriler belirlenmeye başlanmıştır. Günümüzde gelinen aşamada her tıp fakültesi "ulusal tıp eğitimi çekirdek programı" (UÇEP) içinde yer alan konulara mutlaka yer vermekte, bu listeye kendilerince uygun gördükleri konuları ekleyebilmektedirler.

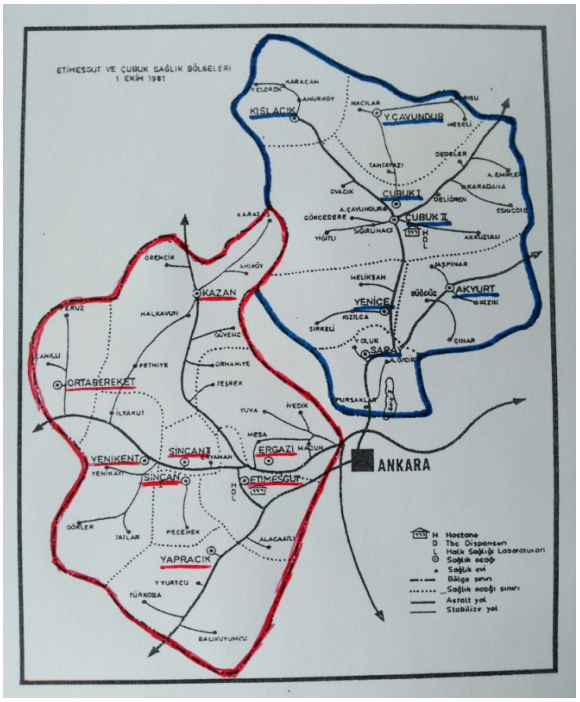
Uygulamalı eğitimler:

a - Staj ve internlik programları: Halk sağlığı uygulamalı bir alan olmakla birlikte ülkemizde 1960'lı yıllara kadar bu konuya yeteri kadar önem verildiği söylenemez. İlk kez Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde halk sağlığının uygulamalı eğitimine önem ve öncelik verildiğini görmekteyiz. 1963 yılından başlayarak bu Fakültedeki öğrenciler eğitimlerinin birinci yılında bir aileyi ve bu ailelerin bireylerinin sağlık sorunlarını izlemeye başlamışlardır. Ne yazık ki bu uygulama birkaç yıldan öteye geçememiş ve diğer fakültelere yaygınlaştırılamamıştır. Öte yandan, adı geçen fakültede ilk kez başlatılan beşinci sınıftaki kırsal hekimlik stajı ve son sınıftaki kırsal hekimlik internliği eğitimleri giderek diğer fakültelerce de uygulanmaya başlamış ve 1981 yılından sonra internlik döneminde 2 ay süreyle kırsal hekimlik (halk sağlığı) eğitimleri tıp eğitimi çekirdek eğitim programının zorunlu bir parçası olmuştur.

b - Eğitim ve araştırma bölgeleri (SEAB): Türkiye'de Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" modelini geliştirmek amacıyla ortaya atıldı. 1964 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, yönetiminden ve sağlık ocaklarından tıp fakültelerinin sorumlu olacağı bölgeler kurulacağını açıkladı. Bu açıklamaya ilk olumlu yanıt Hacettepe Tıp Fakültesinden geldi (O tarihte Türkiye'de 4 tıp fakültesi vardı: İstanbul, Ankara, Ege, Hacettepe). Konu ile ilgili ilk yasal düzenleme 1964 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesine Dair Yönetmelik" te yer aldı. İlk SEAB, "Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi" 1964 yılında imzalanan bir protokol ile kuruldu. Bunu diğer üniversiteler izledi ve hemen bütün tıp fakültelerinde birer eğitim ve araştırma bölgesi kuruldu (Bkz. Tablo 1).

Sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri (SEAB) tıp öğrencilerinin mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitimleri için olduğu kadar diğer eğitim ve araştırma çalışmaları açısından da önemlidir. Bu çalışmalar şunlardır:

1. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi
2. Hizmet içi eğitim
   a-Birinci basamak çalışanları
   b-Uyum eğitimleri
   c-Beceri kursları (RİA vb)
   d-Sağlık yöneticileri



3. Mezuniyet öncesi eğitim (Tıp, hemşirelik ve diğerleri)
4. Mezuniyet sonrası eğitim (Halk sağlığı vb)
5. Hizmet araştırmaları
   - Model denemeleri / pilot çalışmalar
   - 3. ve 4. faz araştırmalar
   - Tez çalışmaları
   - Araştırmacı eğitimi
   - Uluslar arası araştırmalar
6. Veri kaynağı (Sentinal kayıt sistemi)

Eğitim ve araştırma bölgeleri gerek mezuniyet öncesi gerekse diğer amaçları konularında çok başarılı örnekler verdiler. Ne yazık ki, bu bölgeler özellikle 1990 lı yıllarda zorluklarla karşılaşmaya başladılar; Üniversite bütçesindeki yetersizlik nedeniyle ilk tasarruf önlemleri Bölge Hastanelerinde uygulandı; Öğrencilerin kaldığı lojmanlar Bakanlığa devredildi; Bakanlık yöneticilerinin SEAB lar hakkındaki görüşleri geriledi; Protokoldeki komisyon toplantıları yapılamaz oldu; Bakanlık, bölge yönetimini Üniversitelerden alma eğilimine girdi; Siyasi baskılar görülmeye başlandı; Ülke genelinde uygulanacak standart protokoller geliştirildi; Bu protokollerde yönetim Bakanlığa geçti. Sonuç olarak Çubuk SEAB 1989 yılında, Etimesğut SEAB 1990 yılında son buldu. Bunu diğer tıp fakültelerine bağlı SEAB lar izledi.

Halen gerçek anlamda SEAB yoktur; yalnızca eğitim amaçlı protokoller yapılmaktadır; bütüncül yaklaşım olmadığından, eğitim yalnızca aile hekimliği (1. basamak tedavi) ağırlıklı yürütülmektedir.

Tablo 1: Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgelerinin Öncüleri

Yıl	Üniversite
1964	**Hacettepe Ün. - Etimesğut**
1967	**Atatürk Ün.**
1968	**Ege Ün. - Torbalı**
1969	**Dicle Diyarbakır**
1971	**Ankara Ün. - Abidinpaşa**
1974	**Hacettepe Ün. - Çubuk**
1974	**İstanbul Ün. - Silivri**
1979	**İstanbul Ün. - Avcılar**
1979	**Uludağ Ün. - Gemlik**
1979	**Ege Ün. - Bornova**
1980	**Hıfzıssıhha Okulu - Gölbaşı**
1980	**Çukurova Ün. - Doğankent**
1980	**Cumhuriyet Ün. - Ulaş**
1982	**9 Eylül Ün. - Narlıdere**
1984	**Gazi Ün. - Gölbaşı**
1985	**Osman Gazi Ün.**
1985	**Erciyes Ün.**
1994	**Marmara Ün. - Ümraniye**

Halk sağlığı Laboratuvarları:

Tıp fakültelerinde uygulamalı halk sağlığı eğitimlerinden birisi de halk sağlığı laboratuarlarında olmuştur. Özellikle İstanbul Üniversitesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi laboratuar eğitimlerinin verildiği kurumlardır.

KAYNAKLAR:

1- HASUDER. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi. Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği, Halk Sağlığı Eğitimi Çalışma Grubu. Ankara 2004

2- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://halksaglik.medicine. ankara.edu.tr

3- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Anabilim Dalının Tarihçesi. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/tarihce.html

4- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Mezuniyet öncesi eğitim programları. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/lisans.html

5- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/halk-sag-anabilim-dal/

6- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr

7- Çöl M. Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Mevcut Durumu. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2004. Ankara

8- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.atauni.edu.tr/halk-sagligi

9- Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliğinin ilk 15 yılı. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. Yayın No:16 Ankara 1981

10- Kılıç B, Aksakoğlu G. Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005), Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 5, Sayı 3, Eylül 2006.

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARININ TARİHÇESİ

Prof. Dr. Meltem Çöl

Türkiye'de Halk Sağlığı Anabilim Dallarının tarihçesi, Dünya'da ve Türkiye'de Halk Sağlığı anlayışının gelişmesiyle biçimlenmiştir. Tarihsel olarak Halk Sağlığı biliminin başlangıcı temel olarak Toplum Hekimliği adıyla daha sonra ise Halk Sağlığı olarak devam etmiştir. Ancak Halk Sağlığı Tarihçesine bakıldığında, Toplum Hekimliği disiplininden önce, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik adı altındaki yapılanmanın bu alanda önemli bir yeri olduğu görülecektir. 1947 yılında Uzmanlık Tüzüğünde Hijyen ve Koruyucu Hekimlik bir uzmanlık alanı olarak yer alırken, 1962 de ise Hijyen ve Koruyucu Hekimlik yanı sıra Toplum Hekimliği de yer almıştır. 1982 tarihli tüzükte ise, Halk Sağlığı Anabilim Dalı tanımlanmış ve sözü edilen iki bilim dalının olduğu Üniversitelerde, bu kürsüler birleştirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalları oluşturulmuştur. Bu anlamda baktığımızda Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 1908 yılında, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1942 yılında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1948 yılında ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1955 yılında, Ankara Üniversitesine bağlı Diyarbakır Tıp Fakültesinde, 1969 yılında Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsülerinin kurulması bu alandaki ilk adımlar olmuştur. Bu dönemin sonlarında, Ankara Üniversitesinin o zamanki iki Tıp fakültesinde Toplum Hekimliği Enstitülerinin ve ardından 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve 1974 te Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Toplum Hekimliği Bilim dallarının kurulması Halk Sağlığı tarihçesi açısından yepyeni bir dönüm noktası olmuştur. Bu gelişmelerde Refik Saydam Hıfzıssıha Okulunda yetişen başta Nusret Fişek olmak üzere Halk Sağlığı uzmanlarının önemli yeri vardır. Bu dönemde diğer fakültelerde de sağlığa bütüncül yaklaşımı ve toplum içinde çalışmayı önceleyen Toplum Hekimliği Bilim Dalları oluşmaya başlamıştır. Daha sonraki süreçte Üniversitelerde kurulmuş olan Toplum Hekimliği Kürsüleri varsa Hijyen ve Koruyucu Hekimlik kürsüleri ile birleşerek 1982 yılından sonra Halk Sağlığı Anabilim Dallarına dönüşmüştür.

Halk Sağlığı Eğitimi de Halk Sağlığının amacı ile uyumlu olarak ve değişimlerden etkilenerek gelişmiştir. Edinburgh bildirgesi tıp eğitiminin amacını "tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltmek ve sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekimler yetiştirmek" şeklinde belirtmiştir. Sağlığı "fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlayan DSÖ, geleceğin doktorlarının yetilerini "5 yıldızlı doktorlar" terimini kullanarak "Hizmet sunucu-Karar verici-İletişimci-Toplum lideri–Yönetici" başlıklarında tanımlamaktadır. Bu perspektiften bakıldığında bir hekimde olması gereken yetilere Halk Sağlığı disiplininin büyük katkısı olduğu görülmektedir. Günümüzde Tıp eğitiminde kabul gören öğrenme etkinliklerinin toplum içinde düzenlenmesi ve toplumun sağlık gereksinimlerine öncelik vermesi yaklaşımı , başından beri özellikle de Toplum Hekimliği döneminden başlayarak Halk Sağlığı eğitimi yaklaşımı ile uyumludur. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde Halk Sağlığının amacı; sağlık ve hastalık olgusuna sosyal açıdan bakabilen, bireyi fiziksel, sosyal, ruhsal ve kültürel açılardan ele alabilen, toplumun sağlık sorunlarının önlenmesine ve sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunacak hekimler yetiştirmektir.

Tıp Fakültelerindeki eğitim genel olarak klasik sistem, entegre sistem ya da probleme dayalı öğrenme merkezli eğitim şeklinde yapılmaktadır. Mezuniyet öncesi halk sağlığı eğitiminin tarihçesine bakıldığında Tıp Fakültelerinde genel uygulamanın klasik sistemde bağımsız dersler, entegre sistemde ise diğer disiplinlerle entegrasyon içinde, genel olarak 3. veya 4. Sınıfta teorik dersler şeklinde verildiği görülmektedir. Ayrıca 6.sınıfta intörnlük dönemi Kırsal Hekimlik uygulamalarının da, genel olarak 2 ay, bazı fakültelerde ise 1 ay şeklinde uygulandığı ve yakın zamanda pek çok yerde 1 ay ya da 6 haftaya indirildiği ve bu yerlerde ASM deki uygulamaların Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütüldüğü görülmektedir. Bunlara ek olarak bazı fakültelerde aile izlemleri ve daha önceleri sağlık ocaklarında yaz stajları yapılmıştır. Dönem VI da kırsal hekimlik uygulamasında o yıla kadar alınan bilgileri uygulayabilmek ve mevcut sağlık sistemi içinde çalışmak için ilk etapta Sağlık Ocaklarını içeren Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri kullanılırken, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bu işlev için TSM ve ASM'ler kullanılmakta ve farklı çalışma alanlarında da gözlem ve uygulamalar yapılmaktadır. Bu dönemde ayrıca özellikle Stajın 2 ay olduğu yerlerde Sahada bir araştırma planlayıp uygulama ve sunma çalışmaları da 6. Sınıf öğrencileri tarafından yapılmaktadır. Son yıllarda pek çok fakültede genel olarak eğitimde yaşanan değişimlerle birlikte, alt sınıflardan üst sınıflara bir dikey yerleşim oluşturulmuş, 1-2-3.sınıflarda Halk Sağlığına Giriş, Temel Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi konularıyla erken dönemlerde tanışma olanağı sağlanmış, ayrıca Sosyal Tıp, Kanıta Dayalı Tıp, Araştırma Planlama vb. dersler yerleştirilmiştir. Kimi fakültelerde genellikle 3.sınıfta teorik dersler devam ederken, daha az sayıda fakültede ise 4. ya da 5. Sınıfta küçük gruplarla çalışma olanağı sağlayan Halk Sağlığı stajları başlamıştır. Halk Sağlıkçılar ayrıca Tıp

fakültelerinde akreditasyon çalışmalarında, Tıp Eğitimi Anabilim dallarının kuruluşunda ve Eğiticilerin eğitimi kurslarında aktif rol alarak Mezuniyet öncesi eğitime önemli bir katkı sunmuşlardır.

Çeşitli Üniversitelerin Tıp Fakültelerinde Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Tarihçesini ve verilen Mezuniyet Öncesi Eğitimleri Anabilim Dallarının kuruluş sırasına göre incelemek uygun olacaktır.

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ (SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ) GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

Prof. Dr. Abdulkadir Lütfi NOYAN

Prof. Dr. Zeki Faik URAL

Gülhane Askeri Tıp Akademisi 1898 yılında kurulmuş, Halk sağlığı ile ilgili dersler 1908 yılında Askeri Hijyen ve Koruyucu hekimlik kürsüsünün kurulmasıyla başlamıştır. Bu tarihten 1982 yılına kadar Askeri hijyen ve koruyucu hekimlik adı altında faaliyetler sürdürülmüş, 1981 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nin kuruluşu ardından, 1982 yılından itibaren YÖK kanunu gereğince Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak adlandırılmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2016 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesine dönüştürülmüş olup Tıp Fakültesi, Gülhane Tıp Fakültesi adıyla devam etmektedir ve Halk Sağlığı Anabilim Dalında halen 1 Profesör 2 Doçent bulunmaktadır.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hijyen ve Koruyucu Tıp Enstitüsü, 1908 yılında Dr. WIETING PAŞA Gülhane'ye müdür olduktan sonra kurulmuş ve Emrazı İntaniye, Tesemmümat ve Hıfzıssıhha Askeriye Tatbikatı Tıbbiye derslerinin Müderris Dr. Neşet Osman Bey tarafından verilmesi ile eğitime başlamıştır. 1919'dan sonra öğretim görevini Prof. Dr. Abdülkadir Noyan yürütmüş, 1927 yılında Prof. Dr. Abdülkadir Noyan'ın Dahiliye kliniği profesörlüğünü alması üzerine, 1929'a kadar dersler Hıfzısıhha muallim muavini Şekip Habip tarafından verilmiştir. 1929 yılında klinik başkanı olan Prof. Dr. Zeki Faik Ural, Koruyucu Hekimlik ve Askeri Hijyen ile ilgili dersler vermiş ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kuruluşunda görev almış ve Hijyen Kürsüsü'nü kurmuştur. Sonraki yıllarda Prof. Dr. İbrahim Şevki Atasagun ve Prof. Muavini Doç. Dr. Fikret Gökay başkanlık görevini yürütmüş, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun yürürlüğe girmesi ile beraber, Enstitü Direktörlüğüne Prof. Dr. Necip Aziz Berksan atanmıştır. Bundan sonra sırasıyla Prof. Dr. Kazım Kurtar, Prof. Dr. Kemal Birol, Prof. Dr. Edip Gümrükçü ve 1984-1989 yıllarında Prof. Dr. Tahir Akbay direktörlük yapmıştır. Bu tarihten sonraki Anabilim Dalı Başkanları: Prof. Dr. Sabri Devecioğlu, Prof. Dr. Nuri Gültekin, Prof. Dr. Metin Hasde, Prof. Dr. Mahir Güleç, Prof. Dr. Bilal Bakır ve halen Prof. Dr. Metin Hasde (2016-) dir.

Kuruluşundan bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 29'dur (Bu sayıya Hijyen ve Koruyucu hekimlik uzmanları dahil edilmemiştir.)Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1985'dir. Eğitim Araştırma Bölgeleri:1982-2016 Zırhlı Birlikler Komutanlığı/ Etimesgut, MEBS Okulu Komutanlığı/Mamak, 2016-Altındağ, Keçiören TSM dir.

Epidemiyoloji Bilim Dalı: Yüksek Lisans ve Doktora programlarında sağlık alanında araştırma yöntemleri dersi ve Epidemiyoloji dersleri verilmiştir. Bilimsel araştırmalara danışmanlık hizmetleri salgın hastalık durumunda sürveyans çalışmaları yapılmış, kurum içi ve kurum dışı Temel Epidemiyoloji kursları düzenlenmiştir.

Çevre Sağlığı Bilim Dalı: Çevreye yönelik pek çok analiz yapabilecek donanıma sahip laboratuvara sahiptir. Çevre sağlığı ile ilgili olarak dersler ve Türk Silahlı Kuvvetleri birliklerinde, çevre sağlığı ile ilgili sorunlarda danışmanlık hizmeti verilmiştir

9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Kızılcahamam 2005, Su ve Sağlık Sempozyumu 2010, 3. Çevre Hekimliği Kongresi 2010, 1.Türk Cumhuriyetleri Askeri Tıp Kongresi 2014, Afetlerde Sağlığı Koruma ve İlk Yardım Kursu (2011-2015), TSK Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kursu (2003-2010), Temel Epidemiyoloji Kursu (2004-2016) düzenlenen ya da önemli katkı sağlanmış aktivitelerdir.

Anabilim dalının ilk dönemlerinde ders veren öğretim üyeleri, aynı zamanda ülkemizde modern tıp eğitiminin gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Prof. Dr. Abdulkadir Lütfi Noyan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurucularından biri olmuş ve dekanlığını yapmıştır. Prof. Dr. Zeki Faik Ural 1948'de Ankara Üniversitesi Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsünü kurmuştur.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

1982-1997 yılları arasında Tıp Fakültesi 3. Sınıfta haftada 2 saat şeklinde dersler verilirken,1997-2016 yılları arasında ise 4. Sınıfta, yılda toplam 6 staj, her bir staj 9 iş günü ve 48 ders saatinden oluşan Halk Sağlığı stajı yürütülmüş, 2016 sonrasında ise Halk Sağlığı stajı 5. Sınıfta 12 iş günlük 55 ders saatinden oluşan stajlara dönüşmüştür. Ayrıca; Tıp fakültesi 6.sınıf öğrencilerine yönelik 2 aylık saha rotasyonu 2016 sonrası 1 ay olarak uygulanmaya başlamıştır. Askeri saha yerine Keçiören TSM de saha çalışmaları yapılmaktadır. 10 iş günü sahada, 10-13 iş günü A.D. Başkanlığında eğitim verilmektedir. Tıp fakültesi 3. sınıf öğrencilerine 11 ders saati/yıl, 2. sınıf öğrencilerine

2 ders saati/yıl teorik ders verilmektedir.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

1933 yılında İstanbul Darülfünunu lağvedilmiş ve yerine İstanbul Üniversitesi kurulmuştur. Tıp Fakültesi bu tarihten itibaren İstanbul Tıp Fakültesi olarak eğitim ve hizmet vermiş, Halk Sağlığının başlangıcı Ord. Prof. Dr. Julius Hirsch tarafından 1942 yılında kurulan Hijyen ve Koruyucu Hekimlik kürsüsü ile olmuştur. Anabilim Dalında halen 5 profesör ve 1 doçent bulunmaktadır. Mevcut araştırma görevlisi sayısı 29'dur. Kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları: Ord. Prof. Dr. Julius Hirsch, Ord. Prof. Dr. Muhittin Erel, Prof. Dr. Zeki Ragıp Yalın, Prof. Dr. Sıtkı Velicangil, Prof. Dr. Övat Güray, Prof. Dr. Yakut Irmak Özden, Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım, Prof. Dr. Ayşe Emel Önal (2016----). 1979'dan itibaren tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Kuruluşundan bugüne kadar eğitimini tamamlayan halk sağlığı uzmanı sayısı 40'dır. Eğitim Araştırma Bölgeleri; Halkalı Sağlık Grup Başkanlığı ve İstanbul Üniversitesi Toplum Hekimliği Uygulama Araştırma Merkezi-Silivri'dir.

Anabilim Dalı içinde Çevre Sağlığı, Tıpta Bilgisayar Uygulamaları ve İş Sağlığı Bilim Dalları bulunmaktadır. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları yan dal uzmanlık eğitimi verilmektedir. Önemli laboratuar analizleri projeler alarak yapılmakta, farklı iş kollarında görülen mesleki hastalıklarla ilgili araştırmalar yürütülmekte, çalışanların periyodik muayeneleri yapılmakta ve iş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim verilmektedir.

Çeşitli projelere destek ve danışmanlık hizmeti sunulmakta, sağlık çalışanlarına, işyerlerine ve halka yönelik eğitim programları planlanıp uygulanmaktadır. Meslek Hastalıkları İş Kazaları Araştırma Önleme Vakfı ile işbirliği içinde sempozyumlar ve eğitimler gerçekleştirmekte, Hastane İnfeksiyonu Kontrol Komitesi'nin tüm çalışmalarına, İstanbul Üniversitesi Çevre Yönetim Birimine katkı sunulmaktadır. Ayrıca araştırmacılara araştırma planlama ve biyoistatistik analizler konularında akademik destek verilmekte, ulusal düzeyde organize edilen "İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifika Programı" ve "Eğitici Eğitimi" sertifika programına öğretim üyeleri eğitmen olarak katılmaktadır.

Çevre sağlığı, demografi, iş sağlığı, genç sağlığı, okul sağlığı, yaşlı sağlığı, kadın sağlığı, cinsel sağlık/üreme sağlığı, toplum beslenmesi, insan ticareti mağdurları, seks işçileri gibi savunmasız gruplar özel araştırma ve hizmet alanlarıdır.İşyeri ve Çalışan Sağlığı Polikliniği ve Hastane Aşı biriminde hizmet verilmektedir. Çok sayıda ulusal ve uluslararası destekli projede yürütücü, danışman, eğitmen ve araştırmacı olarak görev üstlenilmiştir.

«Multidispliner yaklaşımı benimseyen İdealist Bir Halk Sağlıkçı » Prof. Dr. Sıtkı Velicangil Halk Sağlığının gelişiminde değerli katkıları olan bir kişi olarak İz Bırakan Hocalardandır. 1915yılında Burdur'da doğan Prof. Dr. Sıtkı Velicangil 1938 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca zorunlu hizmet karşılığı öğretim elemanı yetiştirilmek üzere İstanbul Tıp Fakültesi Hijyen ve Sosyal Hijyen Enstitüsü asistanlığına atanmış ve Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve Salgınlar Bilgisi Enstitüsünde 2 yıl çalışmış, Mikrobiyoloji Uzmanlığı belgesini almıştır. Çocuk Hastalıkları Kliniği Enfeksiyon Hastalıkları Seksiyonunda ,. İstanbul Hıfzısıhha Enstitüsü Bakteriyoloji Şubesinde çalışmış, 1967-1982 yılları arasında İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi Çevre Bilimleri Bölümünde "Halk ve Endüstri Sağlığı" derslerini vermiş, 1962-1973 döneminde Yakın ve Ortadoğu Çalışma Enstitüsü Endüstri Sağlığı ve Meslek Hastalığı Bölümü Başkanlığı görevinde bulunmuştur."İş sağlığı" eğitiminin başlamasında, Yüksek lisans ve Doktora programında; çeşitli meslek gruplarını bu çemberin içine alarak önemli katkılar yapmıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Anabilim Dalının dersleri 2013 yılına kadar, 4. Sınıflarda teorik dersler ve 6.sınıfta 1 hafta teorik ders, 5 hafta alanda staj şeklinde iken, 2013 yılında Fakültede eğitimde entegre sisteme geçilmiştir. Anabilim Dalı tarafından 1. sınıfta 21 saat, ikinci sınıfta 11 saat, 3. Sınıfta 14 saat çeşitli dilimlerde dersi vardır. 4. ve 5. Sınıflarda halk sağlığı dersleri "Hekimliğin Yasal ve Toplumsal Yönü Dilimi" içinde, Adli Tıp, Tıp Tarihi ve Etik, Farmakoloji ile entegre olarak yapılmaktadır. Halk Sağlığı stajı 2016 yılından itibaren 4.sınıftan 5. Sınıfa alınmış ve 6 haftadan 3 haftaya indirilmiştir.72 saatin yarısı teorik yarısı alan gezilerini de içeren uygulamalar şeklindedir. Altıncı sınıf öğrencileri ise bir hafta interaktif eğitim yöntemleri ile kurs şeklinde yürütülen kuramsal eğitimi takiben Fatih, Bahçelievler ve Bağcılar ilçelerinden birinde 3 hafta aile sağlığı merkezi, 2 hafta toplum sağlığı merkezi olmak üzere çalışmakta ve toplam 6 haftalık bir staj yapmaktadırlar. 2017-2018 yılında 6. Sınıfta 550 öğrenci vardır. Ayrıca 1. yıl tıp ve 2. Yıl tıp öğrencilerine yönelik düzenlenen beceri laboratuarı uygulamalarında görev üstlenilmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1945 yılında kurulmuş ve Tıp Fakültesi Dekanlığına Prof. Dr. Abdülkadir Noyan atanmıştır. Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Çalışmaları ve Eğitimi 1948`de Prof. Dr. Zeki Faik Ural`ın başkanlığında Cebeci'de başlatılmış, 1951 de Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Enstitüsü (kürsüsü) kurulmuş ve Dr. Fikret Gökay burada Hijyen Doçenti ünvanını almıştır. İlk asistanlar sırasıyla Dr. Sevim Yumuturuğ. Dr. Övat Eranıl ve Dr. Türkan Sungur olmuştur. Kürsüde ayrıca Dr. Cemil Kiper ve sonrasında Dr. Cahit Erkan, İş ve İşçi Sağlığı derslerini yürütmüşlerdir. 1966 yılında İstatistik dersleri de burada verilmeye başlanmıştır. (Dr. Özdemir Gülesen ve Prof. Dr. Orhan Düzgüneş tarafından)1967'de Sıhhiye'de Morfoloji binasına taşınan Hijyen kürsüsünde öğrenciler

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

için uygulama laboratuarı, kimyasal analiz, su ve besin araştırma üniteleri kurulmuştur. 1973'te Prof. Dr. Sevim Yumuturuğ Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsü başkanı olurken diğer öğretim üyeleri Dr. Türkan Sungur ve Dr. Arslan Tunçbilek'tir.

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışının gelişmesiyle, Toplum hekimliği kürsüsünün kuruluşunun ilk adımları 1962 yılında AÜTF bünyesinde Koruyucu Hekimlik uygulamaları ve öğrenimi ile ilgili bir komisyon oluşturularak başlatılmıştır. 1963 yılında, tıp öğrencilerinin eğitim ve uygulaması amacı ile Eğitim Sağlık Merkezi kurularak Hıfzıssıhha Okulu öğretim üyelerinden Dr. Nevres Baykan önderliğinde Ankara'nın Abidinpaşa bölgesinde Toplum Hekimliği çalışmaları yürütülmüştür.Hem bölgede hizmet sunulmuş hem de öğrenci eğitimleri başlamıştır. (Bu dönemde 1963 yılında Ankara Üniversitesine bağlı olarak Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesinde de Toplum Hekimliği Enstitüsü kurulmuştur) Bu bölgedeki çalışmalar sonucunda 1968 yılında "Toplum Hekimliği Enstitüsü" kurulmuş, Enstitü 1974 yılında Toplum Hekimliği Kürsüsü adını almış ve Abidinpaşa'daki yerinden, toplum içindeki hizmetleri yürütmek üzere planlanmış olan fakülte tarafından yaptırılan Akdere'deki kendi binasına 1980 yılında taşınmıştır. Dr. Nevres Baykan ilk kürsü başkanı olurken, Dr. Celal Sungur ve sonrasında Dr.Yaşar Bilgin ilk öğretim üyeleri ve Dr. Aysel Işık da bu dönemin ilk halk sağlığı uzmanı olmuştur. 1982 yılında YÖK yasasının çıkmasından sonra Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü ve Toplum Hekimliği Kürsüsü'nün birleştirilmesi ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı oluşturulmuştur. Toplum Hekimliği ve Halk Sağlığı döneminde yetişen pek çok uzman farklı üniversitelerde halen görev yapmaktadır. Bu dönem Halk Sağlığının çeşitli alanlarını kapsayan tüm faaliyetler, eğitim ve diğer alanlardaki değişimlere bağlı eklenen görevler ve sorumlulukların giderek arttığı bir dönem olmuştur. Anabilim Dalı 2015 yılında Cebeci kampüsünde yeni yerine taşınmış ve Sağlık ocaklarının kapanmasıyla oluşan durumda, çeşitli disiplinlerle bir arada olmak ve yeni çalışma ortamlarına yakınlık avantajıyla ve Sağlık Eğitim Araştırma bölgeleri vasıtasıyla çalışmalarını sürdürmektedir.

Halk Sağlığında Anabilim Dalı Başkanlığı yapan öğretim üyeleri: Prof. Dr. Nevres Baykan, Prof. Dr. Celal Sungur, Prof. Dr. Yaşar Bilgin, Prof. Dr. Arslan Tunçbilek, Prof. Dr. Ferda Özyurda, Prof. Dr. Recep Akdur ve Prof. Dr. Meltem Çöl' dür. Anabilim Dalında halen 7 Profesör görev yapmaktadır.

Eğitim Araştırma Bölgeleri: Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı (1967-2010), Elmadağ, Çankaya, Mamak Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri (2014-…)'dir.

İş Sağlığı Doktora, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans, Epidemiyoloji Yüksek Lisans, İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları ve Epidemiyoloji Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Programları yürütülmektedir. Yaklaşık yirmisi tez aşamasında olmak üzere, 100 civarında kişi bu programları tamamlamıştır. Yandal uzmanlık programında 6 uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır. Öğretim üyeleri üniversite akademik faaliyetleri yanı sıra, pek çok idari görev yürütmekte,(Üniversite İş Sağlığ ve Güvenliği Koordinatörlüğü vb) Tıp Fakültesi dışında eğitim programlarında yer almakta, çeşitli komisyon ve kurullarda çalışmakta olup, Anabilim dalında çeşitli araştırma ve Proje çalışmaları yapılmaktadır.

A.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. ülkemizde bilim alanımızda ilk eğitim vermeye başlayan yerlerden biridir ve Prof. Dr. Zeki Faik Ural, Prof. Dr. Nevres Baykan başta olmak üzere değerli öğretim üyelerinin çabalarıyla kuruluşundan bu yana halk sağlığı alanında pek çok uzman ve öğretim üyesi yetişmiştir. Hijyen ve koruyucu hekimlik alanıyla başlayan köklü yapısı , Abidinpaşa ve Akdere bölgesinde topluma yönelik hizmetleri ve ülkemizde ilk ve tek olan kendi binası ve personeli ile Örnek Sağlık ocağı yapılanması; önemli özellikleridir. Eğitim araştırma bölgesine ilaveten kendi binasında Sağlık ocağı, Aile Planlaması ünitesi, Laboratuar, Diş ünitesi vb yapılar ile uygulama imkanı bulmuş bir Anabilim Dalıdır. 1995 yılında Prof. Dr. Nevres Baykan'a Türk Tabipleri Birliği tarafından verilen Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü, 2010 yılında Prof. Dr. Arslan Tunçbilek'e verilen Dr. Nejat Yazıcıoğlu İş Sağlığı Ödülü önemli ödüllerdendir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Tıp fakültesinde kuruluşundan itibaren Klasik Sistemle eğitim verilmiş ve bu süreçte genel olarak Halk Sağlığı 4. Sınıfta bir yıllık teorik ders ve 6. Sınıfta 1 Aylık intörnlik uygulaması şeklinde sürdürülmüştür.1994 yılından başlayarak 15 yıl dönem 6 da seçmeli programda Aile Planlaması Sertifika Kursu gerçekleştirilmiştir. Fakültede 2002 yılından bu yana **Probleme Dayalı Öğrenme temelli bir eğitim modeline** geçilmiştir. Dönem I'de "Sosyal Tıp Dersi" bir sömestr (14 hafta) 2şer saatlik bir derstir.. Dönem III'de bir yıl boyunca iki haftada bir olmak üzere seçilen ailenin ziyaret edildiği, ayda bir kez danışman öğretim üyesi ile yapılan oturumlarla şekillenen "Aile İzlemi" ça-

lışması yürütülmektedir. Dönem III'de ise çevre sağlık etkileşiminin ele alındığı bir sömestr (14 hafta) 2şer saatlik sunumlar ile yürütülen "Topluma Dayalı Tıp Dersi" verilirken, Dönem II ve III de yürütülen Kanıta Dayalı Tıp dersleri içinde Araştırma Yöntemleri, Araştırma Planlama Dersleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte ve öğrenci projelerine danışmanlık yapılmaktadır. Dönem V'de, 10 iş günlük Halk Sağlığı Stajı yer almaktadır. Her grupta yaklaşık 25 öğrenci yer almakta ve her 10 günde bir 70 saatlik teorik ve uygulamalı ders verilmektedir. Dönem VI'da Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki sağlık ocaklarında yürütülen Kırsal Hekimlik stajı günümüzde **birer aylık Halk Sağlığı** ve Aile Hekimliği Stajları şeklinde, Eğitim Araştırma Bölge Protokolü yapılan Çankaya-Elmadağ ve Mamak ilçelerinde TSM ve bağlı birimlerde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Tabip Odası, Meslek Hastalıkları Hastanesi, Türk Traktör Fabrikası vb alan ziyaretleri ile farklı hizmet alanlarının izlenmesi amaçlanmıştır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı yeni başlayan İngilizce tıp programında da 1. sınıftan itibaren etkili şekilde yer almaktadır.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Ege Üniversitesi 1955 yılında kurulmuş olup ilk açılan Fakültelerinden biri Tıp Fakültesi, ve Tıp Fakültesinin ilk kurulan kürsülerinden biri Üniversitesinin kurucusu olan Prof. Dr. Muhittin Erel'in girişimiyle "Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü" olmuştur. 1975 yılında Tıp Fakültesi bünyesinde Toplum Sağlığı Enstitüsü kurulmuş ve 1981 yılında YÖK yasası gereğince "Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü" ile "Toplum Sağlığı Enstitüsü" birleştirilerek "Halk Sağlığı Anabilim Dalı" kurulmuştur. Bu dönemde diğer üniversitelerde olduğu gibi öğretim görevlilerinin önemli bir kısmının sözleşmeleri uzatılmamış ve üniversiteden uzaklaştırılmıştır. 1990 yılına kadar Anabilim Dalı'nda Hijyen öğretisi ağırlıklı olarak sürdürülmüş, ancak giderek Toplum Sağlığı yaklaşımı hakim olmuştur. Halen Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 5 Profesör, 3 Doçent bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı: 25 (17 halk sağlığı + 8 iş ve meslek hastalıkları yan dal)'tir.

Anabilim dalının kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları: Prof. Dr. Muhittin Erel, Prof. Dr. Fikret Gökay, Prof. Dr. Mehmet Tokgöz, Prof. Dr. Fethi Doğan, Prof. Dr. Feride Aksu Tanık, Prof. Dr. Ali Osman Karababa, Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu. Kuruluşundan bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 35'dir. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1955'tir. Eğitim Araştırma Bölgeleri: 1975-1981 Toplum Sağlığı Enstitüsü Bornova Eğitim Araştırma Bölgesidir.

İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Su Hijyeni Laboratuvarı, Sigara Polikliniği bulunmaktadır. Anabilim Dalında Halk Sağlığı doktorasını 32 Kişi, Halk Sağlığı Yüksek Lisansını 4 kişi tamamlamış olup, İş Sağlığı ve İş Güvenliği, Epidemiyoloji programları sürdürülmektedir. Ayrıca İş ve Meslek Hastalıkları Yandal Uzmanlık Eğitimi alan sayısı 6 dır.

Anabilim Dalı öğretim üyeleri eğitimle ilgili tüm komisyonlarda ve radyasyon güvenliği, bulaşıcı hastalıklar bildirimi, bilimsel araştırma etiği kurullarında, çalışan sağlığı güvenliği biriminde görev almaktadır. Çeşitli Fakülte ve Yüksek okulların Lisans dersleri ve farklı Anabilim Dallarının yüksek lisans ve doktora programlarına katkı verilmektedir. Avrupa Birliği, TÜBİTAK, BAP gibi kurumların desteklediği pek çok bilimsel proje yürütülmüş/ yürütülmektedir.

1975 tarihinde EÜTF "Toplum Sağlığı Enstitüsü" kurulması önemli bir katkıdır. Farklı meslek gruplarından çalışanların bir araya getirildiği Enstitü önce Selçuk-Torbalı-Cumaovası bölgesinde, daha sonra Bornova ilçesinde Eğitim Araştırma Bölgesi oluşturarak hizmet vermiştir. Bornova Eğitim Araştırma Bölgesi›nde ilk kez kent tipi sağlık ocakları Enstitü çalışanları tarafından kurulmuştur. 1981 yılında Enstitü kapatılmıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Tıp Fakültesinde 4. Sınıfta uygulanan Halk Sağlığı kurulu yanında 1988 yılında Kırsal Hekimlik stajı başlamıştır.1993-1994 döneminden itibaren ilk üç sınıfta da ders verilmiş, 1998-1999 eğitim yılından itibaren ise ders kurulu 3. Sınıfa alınmıştır. Yıllara yayılmış olarak Tıp Fakültesi'nin öğretiminde gerçekleştirilen değişime koşut olarak Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1. 2. ve 3. yıllarda kuramsal ağırlıklı, 6.sınıfta ise gittikçe geliştirilen biçimde Kırsal Hekimlik Stajı kapsamında uygulamalı öğretim ve eğitim içinde yer almıştır. 2003 yılındaki müfredat düzenlemesi sonrasında ise 1. sınıftan başlayarak Toplum Sağlığı Alan Dikey Koridoru içinde, diğer ders kurullarıyla **entegre** biçimde kuramsal ve ağırlıklı olarak uygulamalı öğretim ve eğitim sürdürülmektedir. Eğitim programı evre/blok sistemine göre yürütülmektedir. Halk Sağlığı Anabilim Dalı tüm evrelerde teorik ve uygulamalı derslerle lisans programını yürütmektedir.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Hacettepe Üniversitesi 1967'de, Tıp Fakültesi 1963'te Ankara Üniversitesine bağlı olarak kurulmuştur. Anabilim Dalı'nın kuruluş tarihi de 1967'dir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tarihçesi 1954 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Bilimsel ve Sosyal Araştırma Enstitüsüne dayanmaktadır. Enstitünün kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı'dır ve Çocuk Sağlığı Klinik ve Enstitüsü adı altında Hacettepe semtinde bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nde çalışmalar başlatmıştır. Temeli 1954 yılında atılan Hacettepe Çocuk Hastanesi 1957 yılında açılmış ve hastane çevresinde ilk basamak sağlık hizmeti yürütülmeye başlanmıştır. 195 8 yılında Ankara Üniversitesi Senatosu kararıyla bu Çocuk Sağlığı Bilimsel ve Sosyal Araştırma Enstitüsüne tüzel bir kişilik verilmiştir. 1960'lı yıllarda DPT mevcut Tıp Fakültelerinin

öğrenci sayısını arttırmak yerine yeni Tıp Fakültelerinin kurulmasını önermiş bu doğrultuda Hacettepe Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu 1963 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi olmuştur. Bu fakülte Temel Tıp, Klinik Bilimler ve Toplum Hekimliği Enstitüsünden oluşmuştur. Toplum Hekimliği Enstitüsünün ilk direktörü Prof Dr Doğan Karan olup (1963-1966) daha sonra Prof. Dr. Nusret Fişek Enstitü direktörü olmuş ve uzun yıllar çalışmalarıyla Toplum Hekimliği Enstitüsü ve Halk Sağlığı'nın gelişmesine büyük katkı vermiştir. 1967 yılında Hacettepe Üniversitesi kurulmuş, Toplum Hekimliği Enstitüsü Üniversiteye bağlı bir birim olarak kalmış, Tıp Fakültesi bünyesinde de aynı yıl Toplum Hekimliği Bilim Dalı kurulmuştur. Bu tarihten sonraki çalışmalar Hacettepe Üniversitesi adı altında sürdürülmüştür. Sağlık Bakanlığı 1964 yılında Tıp Fakültelerine seçecekleri bölgelerde Sağlık Ocaklarının yönetimini Toplum Hekimliği Eğitimi için verebileceğini bildirmiş, bu dönemde 1964 yılında AÜTF'de Abidinpaşa'da Eğitim Sağlık Merkezi çalışmaları başlarken, 1965 yılında Etimesgut bölgesi de Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi olmuştur. Sonrasında 1975 yılında Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi kurulmuştur. Bu bölgelerde halka sağlık hizmeti sunumu ve Tıp Fakültesi öğrencileri yanı sıra diğer Fakülte ve Yüksek Okul Öğrencilerinin de eğitimleri ve araştırmalar yapılmıştır.

Toplum Hekimliği Bilim Dalı 1981 yılında çıkarılan YÖK yasasıyla Halk Sağlığı Anabilim dalı adını almış ve bu sırada Toplum Hekimliği Enstitüsü de kapatılmıştır. Zaman içerisinde Eğitim Araştırma Bölgelerinde olanakların kısıtlı hale gelmesi ve bazı yönetsel sorunlar nedeniyle 1989 yılında Çubuk, 1990 yılında Etimesgut Eğitim Araştırma Bölgelerinin Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından kullanımına son verilmiştir. Halen Altındağ, Keçiören ve Pursaklar TSM bölgesinden Eğitim Araştırma Bölgesi olarak yararlanılmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda halen 10 profesör, 2 Doçent ve 1 Yrd. Doç. bulunmaktadır. Mevcut uzman sayısı 3 (Yan dal uzmanlık eğitimi alıyorlar) ve mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 30'dur.

Kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları: Prof. Dr. Doğan Karan, Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Sevinç N. Oral, Prof. Dr. Münevver Bertan, Prof. Dr. Nazmi Bilir, Prof. Dr. Çağatay Güler, Prof. Dr. A. Zafer Öztek, Prof. Dr. Levent Akın, Prof. Dr. Kerim Hakan Altıntaş. Kuruluşundan bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı: 139'dur. Uzmanlık eğitimi 1967 yılında Toplum Hekimliği uzmanlığı eğitimi olarak başlamış, ilk toplum hekimliği uzmanı 1969 yılında mezun olmuştur. Uzmanlık eğitimi 1981 yılından itibaren de Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi olarak devam etmektedir.

Anabilim Dalında Halk Sağlığı Doktora - Yüksek Lisans, Epidemiyoloji Doktora - Yüksek Lisans, İş Sağlığı Doktora - Yüksek Lisans, Sağlık Eğitimi Doktora - Yüksek Lisans, Sağlık Politikaları ve Yönetimi Doktora - Yüksek Lisans, Beslenme ve Gıda Bilimleri Yüksek Lisans, Çevre Hekimliği Yüksek Lisans Programı, Afetlerde Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans, Tıp Sosyolojisi, Epidemiyoloji ve İş Sağlığı Yan Dal Uzmanlık programları yürütülmektedir. Doktora programlarını 69 kişi tamamlamış, 48 kişi devam etmektedir. Yüksek lisans programlarını 176 kişi tamamlamış olup programa devam edenlerin sayısı 73 tür. Yan dal uzmanlık eğitimi programını 6 kişi tamamlamış olup 9 kişi devam etmektedir.

Anabilim dalında ülkemiz için öncelikli sağlık sorunlarına yönelik "ilk" niteliğinde çalışmalar sürdürülmüştür. Toplum tabanlı eğitim programları: Halk sağlığını ilgilendiren alan ve konularda çalışmalar yapılmıştır. (epidemiyoloji, kadın/üreme sağlığı, aile planlaması, tütün kontrolü, çevre sağlığı, iş ve meslek hastalıkları, sağlığın geliştirilmesi, uluslararası sağlık, afetlerde sağlık yönetimi, vb). Bu çalışmalar günümüze uyarlanarak aynı özenle ve geliştirilerek sürdürülmektedir.

Prof. Dr. Nusret Fişek sadece anabilim dalının değil, ülkemizdeki Halk Sağlığı bilimi açısından önder/öncü bir kimliktir. Bu liderliği ile uyumlu olarak Prof. Fişek'i anmak, kendisini güncel ve gelecek kuşaklara tanıtabilmek amacıyla ölüm yıldönümü olan 3 Kasım günlerinde anma etkinlikleri düzenlenmektedir. Ayrıca, Anabilim Dalından mezun olan birçok uzman / PhD birçok halk sağlığı anabilim dalının kuruluşuna ve gelişmesine katkılar vermiştir. Anabilim dalında farklı konularda öncü öğretim üyeleri de görev yapmıştır ve halen bu misyon sürdürülme çabası içindedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki ayrı sınıfta eğitim sürdürülmektedir. **Entegre tıp eğitimi** benimsenen eğitim modelidir. Tıp Fakültesi eğitim programı içinde halk sağlığı eğitimi Dönem I, Dönem III ve Dönem VI'da yer almaktadır. DönemVI'da yer alan Halk Sağlığı Stajı, Birinci Basamak Sağlık Kurumları'nda sürdürülmektedir. Son yıllarda Dönem I programı içinde beş saatlik "sigara ve sağlık" isimli bir probleme dayalı öğrenme oturumunun yanı sıra çeşitli halk sağlığı konularında 14 saatlik zorunlu ve 14 saatlik de seçmeli olmak üzere 28 saatlik bir ders programı yürütülmüştür. Ayrıca, 2017/2018 döneminde başlayan Dönem I "Hekimlik Öğreniyorum" entegre programının sağlık, sağlık hizmetleri, toplum sağlığı kavramlarına ilişkin bölümleri anabilim dalı tarafından sürdürülecektir. Dönem III'te dersler "Halk Sağlığı-Adli Tıp-Deontoloji-Biyoistatistik" Ders Kurulu içinde verilmektedir. Derslerin temel amacı öğrencilerin halk sağlığı yaklaşımını ve önemli çalışma alanlarını öğrenmeleri, Türkiye'de ve Dünyadaki sağlık sorunlarına halk sağlığı bakış açısını getirebilmeleridir. Dönem VI'da önceleri 2 ay olan halk sağlığı rotasyonunda birinci basamak sağlık kuruluşu (sağlık ocağı) rotasyonu, sınıf eğitimleri ve araştırma yaptırılmakta idi. Günümüz-

de, Dönem VI eğitimi programı ikili sistem olarak sürmektedir. Bu sistem içerisinde bir ay Halk Sağlığı Stajı ve bir ay da Halk Sağlığı Seçmeli stajı sürdürülmektedir. Halk sağlığı stajı kapsamında teorik dersler ve saha uygulamaları birlikte yer alırken Halk Sağlığı Seçmeli stajında ise intörnlerin küçük gruplar şeklinde sürdürdükleri araştırma projeleri yer almaktadır. Halk sağlığı stajı kapsamında farklı kurumsal işbirlikleri de yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı il teşkilatları, Meslek Örgütü yerel yapılanma, diğer ilgili kamu kurumları, vb).

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Atatürk Üniversitesi 1957 yılında, Tıp Fakültesi ise 1962 yılında kurulmuştur. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1967 yılında Prof Dr Rahmi Dirican tarafından kurulmuş, 1967 yılında Pasinler Eğitim Araştırma Bölgesi oluşturulmuştur.

Anabilim Dalı'nda bir Profesör, 4 Yrd. Doç. mevcuttur. Eğitimini tamamlayan Halk sağlığı Uzmanı 26 olup, 7 kişi doktora programını ve 15 kişi yüksek lisansını tamamlamıştır.

Anabilim Dalı Başkanlığı yapmış olan öğretim üyeleri: Prof. Dr. Rahmi Dirican, Prof. Dr. Arif Özel, Prof. Dr. Hamdi Aytekin, Prof. Dr. Asuman Güraksın ve Prof. Dr. Serhat V Vançelik'tir.

Mezuniyet öncesi Eğitim

Tıp Fakültesi öğrencilerine Temel Halk Sağlığı Dersleri ve Uygulamaları, Çekirdek Eğitim Müfredatını kapsayacak şekilde verilmektedir. Dönem VI'da TSM ve ASM'lerin tanınması ve I.Basamak hizmetleri sunabilmesi amaçlanmaktadır. Halk Sağlığı Anabilim Dalında 2004 yılına kadar 5. Sınıfta haftada 4 saat verilen halk sağlığı dersleri bu yıldan itibaren 1. ve 3. Sınıf **komite sisteminde** verilmektedir. 2014 yılına kadar Halk Sağlığı intörn eğitimleri 2 ay iken, 2014 yılından sonra **1 ay Halk Sağlığı,** 1 ay Aile Hekimliği olarak sürdürülmektedir.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ- CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Anabilim Dalı 1967'de kurulmuştur. 2 Profesör, 3 Doçent, 1 Yrd. Doç. bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 15'tir. Kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Prof. Dr. Orhan Demirhindi, Prof. Dr. Mehmet Hilmi Erginöz, Prof. Dr. Ayşe Kaypmaz, Prof. Dr. Mehmet Sarper Erdoğan, Prof. Dr. Ethem Ergnöz. Bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 13'tür. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1974'tür.

Eğitim Araştırma Bölgeleri: Silivri Çatalca İlçeleri EAB (1974-1993); Silivri EAB (1993-…); Fatih EAB (2015-..); Küçükçekmece EAB (2015-…); Güngören EAB (2015-…); Esenyurt EAB (2015-…).

İşçi Sağlığı Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sarper Erdoğan. Çevre Sağlığı Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Günay Can olup Doç. Dr. Eray Yurtseven Bilim Dalında Çalışmaktadır. Doktora Programını tamamlayan 17, Y. Lisans Programını tamamlayan 8 kişi bulunmaktadır.

Anabilim Dalı öğretim üyeleri uzun yıllar boyunca Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinin ve Üniversitenin idari bölümlerinde (Başhekimlik, Başhekim yardımcılığı, hastane hizmetleri koordinasyon kurulları, hastane bilgi sistemleri) görev almışlardır. Kurucu öğretim üyesi Prof Dr. Orhan Demirhindi'dir (1926-2015) Anabilim Dalının kitaplığı aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü bölge kitaplığıdır ve kurucusu Prof. Dr. Mehmet Hilmi Erginöz'dür (1929-2013). Fakülte bünyesinde kurulan Toplum Sağlığı Enstitüsne ilk müdür olarak Prof. Dr. Suat Vural (1972). Prof. Dr. Suat Vural , daha sonra Prof. Dr. Orhan Demirhindi atanmıştır (1976)

Fakülte birinci basamakta saha eğitiminin önemini anlayarak 1972 yılından itibaren Silivri ilçesinde Toplum Hekimliği uygulamalarına başlamıştır. İlk protokollü eğitim araştırma bölgesi 1974 yılında kurulmuş ve ilk protokollü grup başkanı olarak Prof. Dr. Mehmet Hilmi ERGİNÖZ görevlendirilmiştir (1980). 1981 yılında çıkartılan 2547 sayılı kanun ve buna dayalı 2809 sayılı teşkilatlanma yönetmeliği gereğince Toplum Sağlığı Enstitüleri kaldırılmış bunların yerine Toplum Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezleri kurulmuş ve Rektörlüğe bağlanmıştır. Bu merkezin ilk müdürü Prof. Dr. Bülent Berkarda'dır. Daha sonra Prof. Dr. Turan Akıncı 1984 yılında müdürlük görevine getirilmiş ve 2000 yılına kadar bu görevini sürdürmüştür. Bu Merkez halen Üniversite bünyesinde kurumsal yapısını sürdürmektedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı Eğitimi, 5. Sınıfta 2 haftalık staj şeklinde verilmekte, öğleden önce 4 saat teorik ders yapılmaktadır. Her staj grubu iki defa İstanbul Belediyesine ait kurum (İSTAÇ; İSKİ gibi) gezisine katılıyorlar. 6. sınıfta intörnlük döneminde Kırsal Hekimlik stajı 6 hafta olup, birinci hafta uyum eğitiminden sonra sahada dört hafta geçiriyorlar. Bunun bir haftası aktif olarak katıldıkları Belediye sağlık hizmetleri, bir haftası İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Toplum Sağlığı Birimlerinde, iki haftası Aile sağlığı merkezlerinde Aile hekimleriyle beraber geçiyor. Öğrenciler Anabilim dalının sahada olan araştırmalarına aktif olarak katılıyorlar. Son hafta staj değerlendirme haftası oluyor ve ayrıca öğrenciler çalışma gruplarına ayrılarak makale okuma ve sunumları yapılıyor.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Diyarbakır Tıp Fakültesi 1966'da Ankara Üniversitesine bağlı olarak kurulmuş, Dicle Üniversitesi1974'te kurulduktan sonra, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi olmuştur. Anabilim Dalı 1969 yılında "Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü" olarak kurulmuştur. Anabilim dalında 2 Profe-

sör bulunmaktadır. Mevcut uzman sayısı 1, araştırma görevlisi sayısı 5'tir.

Anabilim dalı başkanı olan öğretim üyeleri: Prof. Dr. Özdemir Gülesen, Doç. Dr. Sait Etiz, Prof. Dr. Ersen İlçin, Prof. Dr. Perran Toksöz, Prof. Dr. Günay Saka. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 25'dir. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1973'tür.

Kuruluşundan günümüze Eğitim Araştırma Bölgeleri: Bismil Tepe, Kocaköy, Mermer, Yenişehir TSM Bölgesidir.

Anabilim Dalında Halk Sağlığı Doktora ve Yüksek Lisans Programları yürütülmektedir. Halk Sağlığı doktora programını 11 kişi tamamlamış, 4 kişi devam etmektedir. Halk Sağlığı Yüksek lisans programını 13 kişi tamamlamış, 18 kişi devam etmektedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı Eğitimi Dönem I'de 15 saat teorik eğitim ve iyi hekimlik uygulamaları kapsamında pratik eğitimler şeklindedir.. Dönem III; Ders Kurulu'nda 80 saat teorik ders verilmektedir. Dönem VI; Kırsal hekimlik stajı: Her ay ortalama 15-20 intörn hekime bölüm elemanlarınca önce bölümde eğitim verilirken sonra Yenişehir TSM bölgesinde pratik eğitim verilmekte, haftalık seminerlerle, araştırma hazırlık uygulaması, rapor hazırlama ve sunumu çalışmaları yapılmaktadır. Anabilim dalı Tıp Eğitiminde 1.sınıftan 6.sınıfa kadar aktif olarak görev almaktadır.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi 1970'de kurulmuştur. Anabilim dalının kuruluş tarihi de 1970'dir.Anabilim Dalında 4 Profesör, 1 Yrd. Doç. bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 15'dir. Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları; Prof. Dr. Sait Etiz, Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu ve Prof. Dr. Selma Metintaş'tır. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 21'dir. Anabilim dalında tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1980'dir. Halk sağlığı doktora programına iki öğrenci devam etmektedir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi (il merkezi, Mahmudiye, Alpu, Beylikova, Sivrihisar İlçeleri).

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Kuruluşundan itibaren 1997 yılına kadar 4. sınıfta klasik sistem, 1997-1998 öğretim yılından itibaren ise 3. sınıfta **komite** içinde Halk Sağlığı eğitimi verilmektedir. Kırsal hekimlik stajı kuruluşundan beri 6. Sınıfta 2 ay yürütülmüştür. Eğitim-Araştırma Bölgesi'nde kırsal hekimlik stajı boyunca intörn doktorlar geceli-gündüzlü anabilim dalının lojmanlarında kalmakta olup, temel sağlık hizmetlerini ve personelin çalışmalarını izler, epidemiyolojik bir araştırma yaparlar. Araştırmalar, her grubun sorumlu öğretim üyesi ve araştırma görevlisinin, gözetim ve rehberliğinde yapılır.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Çukurova Üniversitesi 1973'te, Tıp Fakültesi, 1972'de kurulmuştur. 1973 de kurulan Halk Sağlığı Anabilim dalında halen 4 Profesör, 3 Doçent bulunmaktadır.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanlarının isimleri: Doç. Dr. İrfan Özer, Prof. Dr. Lütfullah Aksungur, Prof. Dr. Ahmet Tuncer, Prof. Dr. Muhsin Akbaba. Bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 36'dır. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1976'dır. Anabilim dalında 15 araştırma görevlisi mevcuttur.

Eğitim Araştırma Bölgeleri; Karataş Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi, Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi olup Anabilim Dalında Çevre ve Halk Sağlığı Laboratuvarı mevcuttur.

Anabilim dalında Halk Sağlığı doktora programını 8 kişi, yüksek lisans programını 20 kişi tamamlamıştır.

Anabilim Dalının Kurucusu Doçent Doktor İrfan Özer, Muş ilinde 224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirme Kanuna göre Sağlık ocağında ilk çalışanlardan biridir. 1981 yılında Karataş ilçesinde Çukurova Üniversitesi tarafından yapılan ilk eğitim sağlık ocağına adı verilmiştir. Ayrıca Doğankent sağlık ocağına katkılarından dolayı ilk kurucu Dekan Prof. Dr. Faruk L. Özer'in, Tuzla Sağlık ocağına ise desteklerinden dolayı o dönem Rektör olan Prof. Dr. Lütfullah Aksungur'un adı verilmiştir. Anabilim Dalının kuruluş aşamasında Prof. Dr. Ahmet Tuncer'in de büyük katkı ve emekleri olmuştur.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı dersleri 1992-2010 yılları arasında 5.sınıfta staj olarak 96 saat teorik, 24 saat pratik uygulama olarak

yapılırken, 2010 yılından itibaren 4.sınıfta staj olarak 72 saat teorik ve 4 saat pratik uygulama olarak yapılmaktadır. Stajlara ortalama olarak 25-30 civarında öğrenci gelmektedir. 6. sınıf halk sağlığı stajı 2010 yılına kadar 2 ay, 2010 yılından sonra 6 hafta olarak Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesine bağlı TSM ve ASM'lerde yapılmaktadır. Her staja ortalama 30-40 öğrenci gelmektedir. Halk Sağlığının stajlarda tüm ana konuları işlenmekte ve sahada öğretim üyeleri tarafından pratik uygulamalar yapılmaktadır. Anabilim Dalının kurulduğundan beri sağlık eğitim araştırma bölgesi bulunmakta ve burada bulunan Üniversiteye ait intörn lojmanlarında öğrenciler yatılı olarak kalmakta ve saha uygulamalarını yapmaktadırlar.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesinin ve Halk Sağlığı Anabilim dalının kuruluş tarihi 1974'dir. 5 profesör bulunmaktadır. Mevcut araştırma görevlisi sayısı 6'dır.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları: Prof. Dr. Servet Özgür, Prof. Dr. Ferit Koçoğlu, Prof. Dr. Hasan Hüseyin Polat, Prof. Dr. Haldun Sümer, Prof. Dr. Levent Özdemir. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 10'dur. Anabilim dalında tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1987'dir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri: Ulaş Eğitim ve Araştırma Bölgesi.

Anabilim dalında Halk Sağlığı Doktora ve Yüksek Lisans Programları yürütülmektedir. Halk Sağlığı doktora programını tamamlayan 17, devam eden 3 öğrenci mevcuttur. Yüksek lisans programını tamamlayan kişi sayısı 8, devam eden kişi sayısı 14 tür.

Anabilim dalı öğretim üyeleri üniversitenin ve fakültenin farklı idari ve eğitim kademelerinde (rektör, rektör yardımcılığı, dekan, dekan yardımcılığı, başhekim yardımcılığı, yüksekokul müdürlüğü, enstitü müdür yardımcılığı, tıp fakültesi baş koordinatörlüğü) gibi aktif görev yapmıştır/yapmaktadır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

2012-2013 Eğitim Öğretim dönemine kadar dönem III'de teorik, dönem VI'da iki aylık intörn uygulaması şeklinde verilen Halk Sağlığı eğitimi, bu dönemden itibaren dönem III'de teorik, dönem VI'da bir aylık intörn uygulaması şeklinde devam etmektedir. Teorik ders saatleri giderek azaltılmakta olup son dönemde 66 saattir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Bursa Üniversitesi 1974'te, Uludağ Üniversitesi 20 Temmuz 1982'de kurulmuştur. Anabilim dalı 1975 yılında kurulmuştur. Anabilim dalında 2 profesör, 2 doçent bulunmaktadır. Mevcut araştırma görevlisi sayısı 9'dur.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Prof. Dr. Rahmi Dirican, Prof. Dr. Özdemir Gülesen, Prof. Dr. A. Hamdi Aytekin, Prof. Dr. Necla Tugay Aytekin, Prof. Dr. Kayıhan Pala. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 37'dir. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1975'tir.

Eğitim araştırma bölgeleri olarak, 1979 yılında Anabilim Dalına bağlı "Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi Sağlık Grup Başkanlığı" 30 Ekim 2001'de"Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi" 13 Haziran 2008 tarihinde "Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi" kullanılmaya başlamıştır.

Anabilim dalında Halk Sağlığı doktora programını 13 kişi, Yüksek lisans programını 1 kişi tamamlamıştır.

Halk Sağlığı öğretim ve eğitimi alanında ülkemizdeki ilk bilimsel toplantı (Toplum Hekimliği Öğretim ve Eğitimi I. Sempozyumu)1979 da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Uluslararası Katılımlı Kent ve Sağlık Sempozyumu (Sağlıklı Bir Çevrede Yaşamak), Meslek Hastalıkları Sempozyumu, Uluslararası Katılımlı II. Kent ve Sağlık Sempozyumu (Sağlıklı Kent Planlama), Uluslararası Katılımlı II. Kent ve Sağlık Sempozyumu (Sağlıklı Kent Planlama), Meslek Hastalıkları Kongresi, Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyumu, Uluslararası Katılımlı III. Kent ve Sağlık Sempozyumu (Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?), 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi etkinlikleri Halk Sağlığı Anabilim dalı tarafından düzenlenmiş ya da destek sunulmuştur.

Anabilim Dalının kurucusu Prof. Dr. Rahmi Dirican ve Prof. Dr. Hamdi Aytekin Anabilim Dalının gelişiminde önemli rol oynamışlardır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

1.2.3. sınıfta halk sağlığı kuramsal dersleri; 5.sınıf ve 6.sınıfta halk sağlığı stajı bulunmaktadır. 1.Sınıfta (entegre

eğitim içerisinde) 24 saat, 2.Sınıfta (entegre eğitim içerisinde) 10 saat, 3.Sınıfta (entegre eğitim içerisinde) 52 saat kuramsal ders; 5.sınıfta 6 saat kuramsal ders (Her öğrenci grubuna) ve 5 gün staj, 6.Sınıfta ise dört hafta süren staj yürütülmektedir. Öğrenciler TSM Sağlıklı Yaşam Merkezlerine gitmekte, Kırsal Mahalle Raporu hazırlamakta ve Tabip Odası ile katı atık toplama alanı ziyareti yapmaktadırlar. Ayrıca İşyeri Hekimliği, Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi ve Kazalardan Korunma konularında seçmeli dersler bulunmaktadır.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi, 1955'te kurulmuştur. Tıp Fakültesi kuruluş tarihi 1973'tir. Anabilim dalının kuruluş tarihi 1978, aktif öğretim üyesi göreve başlaması 1986'dır. Anabilim Dalında halen 3 profesör bulunmaktadır. Mevcut araştırma görevlisi sayısı 10'dur.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Prof. Dr. Osman Hayran, Prof. Dr. Erdal Beşer, Prof. Dr. Gamze Çan, Prof. Dr. Murat Topbaş. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 9'dur. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1986'tır.

Eğitim Araştırma Bölgeleri, Ortahisar EAB dir. Anabilim dalında Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı yürütülmekte olup 14 kişi tamamlamış, 31 kişi programa devam etmektedir.

Anabilim dalı, halk sağlığının değişik alanlarında önemli çalışmalar yürütmektedir. Üniversitenin İş Sağlığı ve Güvenliği koordinatörlüğü, Organ nakli koordinatörlüğü, Tıp eğitimi anabilim dalı ve tıp eğitimi ile ilgili pek çok komisyon ve görevler anabilim dalı öğretim üyelerince yürütülmektedir. Başta TÜBİTAK olmak üzere farklı desteklerle yürütülen projeler ile önemli tez çalışmaları ortaya çıkmaktadır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Fakültede 2000 yılına kadar halk sağlığı dersleri bağımsız bir ders olarak yürütülürken bu tarihten sonra entegre eğitim modeline uyum sağlanarak, dönem 3 son komitesi olarak düzenlenmiştir. Komitede 6 hafta süre içinde 76 saat teorik ders ve dönem 1'de sağlık hizmeti kavramını ve basamaklı sağlık hizmetini tanıtmak üzere 4 saat teorik 6 saat uygulamalı 10 saat ders anabilim dalınca yürütülmektedir. Dönem 6 öğrencileri 8 hafta süre ile kırsal hekimlik stajı yapmaktadırlar. Her hafta Salı ve Cuma günleri seminerlere ve protokol kapsamında TSM'de uygulamalara katılmaktadırlar.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Erciyes Üniversitesi 1978'de, Tıp Fakültesi 1968'de (Hacettepe Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi adıyla) kurulmuştur. Anabilim dalı 1978'de kurulmuş olup halen 3 profesör, 2 doçent, 1 Yrd. Doç bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı; 8'dir.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Dönem VI öğrencileri – 2008

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Prof. Dr. Hikmet PEKCAN, Prof. Dr. Hasan Basri Üstünbaş, Prof. Dr. Osman Ceyhan, Prof. Dr. Yusuf Öztürk, Prof. Dr. Osman Günay.

Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 32'dir. Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1978'dir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri; Hacılar Eğitim ve Araştırma Bölgesi – 1982, Kayseri Eğitim ve Araştırma Bölgesi – 1985, Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi – 2009, Kayseri Eğitim ve Araştırma Bölgesi – 2013.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı bünyesinde 1993 yılında Biyoistatistik Bilim dalı kurulmuş ve Biyoistatistik yüksek lisans programı açılmıştır. Daha sonraki yıllarda, Temel Tıp Bilimleri Bölümü'ne bağlı Biyoistatistik Anabilim Dalı kurulması nedeniyle Halk Sağlığı Anabilim Dalı bünyesindeki Biyoistatistik Bilim Dalı kapatılmıştır. Halen Halk Sağlığı Doktora-Yüksek Lisans, Biyoistatistik Yüksek Lisans Programları yürütülmektedir.

Anabilim Dalı öğretim üyeleri "İş Sağlığı ve Güvenliği" birimi çalışmalarına ve yaklaşık 15 yıldır sürdürülen "Eğiticilerin Eğitimi" çalışmalarına destek vermektedir. Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından kurulmuş olup halen Tıp Eğitimi Anabilim Dalında iki Halk Sağlığı Uzmanı görev yapmaktadır. DSÖ'nün 10 ayrı yayını Türkçeye çevrilmiş ve 2011 yılında, Halk sağlığının çeşitli konularını kapsayan Halk Sağlığı kitabı yayınlanmıştır.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1978 yılında Dr. Hikmet Pekcan tarafından kurulmuştur. Dr. Yusuf Öztürk 1984 yılında Anabilim Dalı'nda göreve başlamıştır.1985 yılında Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Sağlık Bakanlığı arasında Eğitim ve Araştırma Bölgesi Protokolü imzalanmış ve saha çalışmaları hız kazanmıştır.1993 yılında Gençlerin Sağlık Sorunları konulu III. Halk Sağlığı Kongresi Anabilim Dalı tarafından düzenlenmiştir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Fakültede sistem temelli entegre eğitim programı uygulanmaktadır. Dönem III Halk Sağlığı ve Tıbbi Etik Ders Kurulu içerisinde 82 saat Halk Sağlığı dersi vardır. Dönem III'te yer alan , "enfeksiyon epidemiyolojisi" içerisinde 13 saat infeksiyon epidemiyolojisi dersleri ve çeşitli ders kurullarının içerisinde 5 saat kronik hastalık epidemiyolojisi ile ilgili dersler vardır. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı ile ilgili çalışmalar sırasında, Dönem I eğitimi yeniden düzenlenmiş, Temel Bilimler Ders Kurulu I içerisinde 18 saat Halk Sağlığı dersi yer almıştır.. Dönem VI Halk Sağlığı stajı 2 ay süreli olup, 6 grup halinde yapılmaktadır. Öğrenciler dört ayrı toplum sağlığı merkezinde staj yapmaktadır. Stajın iki haftası bir aile sağlığı merkezinde geçirilmektedir. Haftada bir gün anabilim dalındaki teorik sunumlar, grup tartışması ve öğrenci sunumlarına ayrılmıştır. Stajın ikinci ayı içerisinde gruplar halinde bir halk sağlığı sorunu ile ilgili araştırma yaptırılmaktadır. Halk Sağlığı stajı içerisinde, iki gün verem savaş dispanseri rotasyonuna ve iki gün çevre ziyaretlerine ayrılmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi 1926 yılında kurulmuş olmakla birlikte, Tıp Fakültesi 1979'da, Anabilim Dalı ise 1980'de kurulmuştur. Halen Anabilim Dalı'nda 4 profesör, 1 Öğretim Görevlisi bulunmakta olup, 17 Araştırma Görevlisi eğitim almaktadır.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları: Prof. Dr. Hikmet Pekcan, Prof. Dr. Mehmet Ali Bumin, Prof. Dr. Sefer Aycan, Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal'dır.

Anabilim dalında tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1981 olup, bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 42'dir. Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgeleri Gölbaşı Eğitim Araştırma Bölgesi, Çankaya Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi, Yenimahalle Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi, Etimesgut Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi, Sincan Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'dir.

Anabilim Dalı bünyesinde kuruluşundan (1981) itibaren İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, 2016 yılından itibaren de Çevre Sağlığı Bilim Dalı bulunmaktadır. İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığı kuruluşundan 2014 yılına kadar Prof. Dr. Remzi Aygün tarafından, 2014 yılından sonra da Prof. Dr. Mustafa N. İlhan tarafından yürütülmektedir. Çevre Sağlığı Bilim Dalı Başkanlığı ise kuruluşundan itibaren Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal tarafından yürütülmektedir.

Prof. Dr. Mehmet Ali Bumin Anabilim Dalı'nın yürüttüğü tüm çalışmalarda önemli rol üstlenmiş, Prof. Dr. Remzi Aygün İş Sağlığı alanında öncü çalışmalar yapmıştır. Prof. Dr. Sefer Aycan T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Md, T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı görevleri, Prof. Dr. Seçil Özkan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Başkanlığı yapmıştır. Prof. Dr. Mustafa N. İlhan İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği stajının, Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakal ise Çevre Sağlığı ve Çevre Hekimliği stajının ilk uygulamasını başlatmışlardır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Kuruluşunda Dönem 2 de komite, Dönem 4 te teorik dersler, Dönem 6 da ise staj olarak başlanan Halk Sağlığı eğitiminde daha sonrasında bazı değişimler olmuştur. Günümüzde Dönem 1'de 3 komiteye yayılmış Halk Sağlığı ve Biyoistatistik dersleri birlikte olacak şekilde verilmeye başlanmıştır. Sonrasında Tıp Fakültesi Dönem 1 ve Dönem 3'te Halk Sağlığı ve Biyoistatistik teorik dersleri, Dönem 3'te Halk Sağlığı Ders Kurulu olarak yer almış ve Dönem 6'da ise Halk Sağlığı stajı uygulanmaktadır.

1984 yılında Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesi olmuş, tıp fakültesi dönem 6 öğrencileri kırsal hekimlik stajını burada yapmaya başlamıştır. Bölgedeki Gökçehöyük, Beynam ve Ahiboz sğlık ocaklarındaki öğrenci lojmanlarında kalarak yürütülen staj, 1994 yılına kadar devam ettirilmiş, ardından lojmanların kalmaya elverişsiz hale gelmesiyle gündüz eğitim şekline dönüşmüştür. 2011 yılına kadar Dönem 6 intörnlik Halk Sağlığı stajı devam ettirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Sağlık Ocaklarının kapanıp Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)'nin açılması sonrası eğitim bu iki merkezin yanı sıra dönüşümlü olarak Verem Savaş Dispanserleri ve Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde uygulamaları yerinde izlemeleri şeklinde devam ettirilmiştir. 2016 yılından itibaren de bu birimlerin fiilen kapanması sonucunda eğitim sadece ASM ve TSM'lerle sınırlı kalmıştır. Bunun üzerine öğrencilerin Göç Sağlığı Merkezleri ve KETEM'lerde de uygulama yapabilmeleri için girişimler yapılmıştır. Ayrıca intörnlük döneminde tüm öğrencilerin gruplar halinde danışmanları ve araştırma görevlileriyle birlikte planlamadan uygulamaya ve rapor yazımına kadar bir epidemiyolojik araştırma yapmaları sağlanmaktadır. Anabilim Dalında ayrıca 2013 yılından beri Dönem 5 öğrencilerine yönelik 5 günlük seçmeli İş Sağlığı ve İşyeri

Hekimliği Stajı yürütülmektedir.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dokuz Eylül Üniversitesi 1982 de kurulmuş olup, Tıp fakültesi 1978 yılında Ege Üniversitesi İzmir Tıp fakültesi olarak başlamış, sonrasında Dokuz Eylül Tıp Fakültesi adını almıştır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1981'de kurulmuş olup halen 7 Profesör, 1 Doçent mevcuttur. Anabilim Dalı'ndaki Araştırma Görevlisi sayısı 17'dir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı kurucu öğretim üyeleri Prof. Dr. Sevin Özdeniz (Ergin) ve Prof. Dr. H.Gazanfer Aksakoğlu'dur.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları; Prof. Dr. Sevin Özdeniz (Ergin), Prof. Dr. H.Gazanfer Aksakoğlu, Prof. Dr. Gül Ergör, Prof. Dr. Belgin Ünal, Prof. Dr. Alp Ergör'dür.

Anabilim Dalı'nda Tıpta uzmanlık eğitimi 1982 yılında başlanmış olup, eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 37'dir.

Anabilim dalının Eğitim Araştırma Bölgesi; Narlıdere Eğitim Araştırma Bölgesi (1982 – 2007)'dir.

Epidemiyoloji Bilim Dalı: 2013 yılında Prof. Dr. Gül Ergör başkanlığında, Prof. Dr. Belgin Ünal ve Prof. Dr. Reyhan Uçku tarafından kurulmuştur. İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı: 2013 yılında Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları arasında imzalanan protokolle kurulmuştur. Anabilim Dalında Prof. Dr. Yücel Demiral ve Prof. Dr. Alp Ergör görev yapmaktadır. DEÜ Hastanesi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Anabilim Dalı'nın 2 İş Sağlığı profesörü tarafından yürütülmektedir. Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Polikliniği: 2010 yılında BAK Projesi kapsamında kurulmuş olup Prof. Dr. Türkan Günay'ın sorumluluğunda yürütülmektedir.

Halk Sağlığı doktora programını tamamlayan 35, devam eden 1, İş Sağlığı doktora programını tamamlayan 10, devam eden 5 öğrenci bulunmaktadır. Bu güne kadar Halk Sağlığı Yüksek Lisans programını 65 kişi tamamlamış, 15 kişi programa devam etmektedir. Yan dal uzmanlık eğitim programını Epidemiyoloji Bilim Dalı'nda tamamlayan 3, devam eden 2, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı'nda tamamlayan 1, devam eden 4 uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Kuruluş yıllarında dönem 1'den başlayarak yaz stajları ile öğrencilerin 1. ve 2.basamak sağlık kuruluşlarında çalışmaları, eşitsizliklerin yoğun olduğu gecekondu bölgeleri ve kırsal alandan kentsel bölgedeki sağlık ocaklarına kadar geniş bir yelpazede etkin çalışmaları hedeflenmiş ve bu uygulama 2003 yılına kadar kesintisiz sürmüştür. Sağlık Müdürlüğü ile yapılan protokolün iptal edilmesi ve Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinin kapanmasından sonra da dönüşüm yerleşinceye kadar (2007) bölge sınırları içinde kalan ocaklarla çalışma sürdürülmüştür. Ocaklar yalnızca intörn doktorların değil, dönem 1 – 5 arasındaki tüm öğrencilerin çeşitli yatay programlar kapsamında geldikleri sağlık kurumları olarak işlevlerini sürdürmüşlerdir. Klasik eğitim ve entegre sistem süresinde de halk sağlığı kuramsal dersleri ağırlıkla dönem 3 olmakla birlikte, 4 ve 5 içinde de var olmuştur. Fakültemizde aktif eğitime geçilen 1997 yılından itibaren dönem 1, 2 ve 3. Sınıfların probleme dayalı öğrenme oturumlarına esas olan senaryolar içinde "biyolojik, davranışsal ve toplumsal hedeflerin" entegre biçimde yer alması kararlaştırılmış ve eğitim bu doğrultuda yürütülmüştür. Her senaryoda sürecin toplumsal boyutu irdelenmektedir. Dönem 1-3 arasındaki bloklarda halk sağlığının yürüttüğü ya da panel üyesi olarak yer aldığı 40 dolayında kürsü dersi ya da sunum bulunmaktadır. Alan çalışmaları kapsamında sağlık sisteminin temel bileşenleri, sağlık politikaları, sağlıkta eşitsizlikler, etik-halk sağlığı etiği gibi başlıklar dönem 1, 2 ve 3 içinde anabilim dalı öğretim elemanları tarafından yürütülen küçük grup çalışmalarıyla ele alınmaktadırlar. Dönem 4 içinde yürütülen ana ve çocuk sağlığı odaklı alan çalışmasında öğrenciler bölgede ev ziyaretleri yapmakta ve çocuk ve kadın izleminin temel kavram ve özelliklerini uygulamalı olarak öğrenmektedirler. Dönem 5'te meslek hastalıkları olgu çalışmaları öğretim üyeleri tarafından yürütülmektedir. Dönem 6 kapsamında intörn doktorlar anabilim dalına 8 hafta boyunca gelmektedirler. Her gurup 5 TSM'de çalışmakta, ilk ay içinde Toplum Yönelimli Sağlık Yönetimi Kursu kapsamında toplum düzeyinde sağlık sorunlarını tanıma ve çözüm için plan yapabilme becerilerinin gelişmesi üzerinde çalışılmaktadır. İntörn doktorlar ikinci ayda topluma dayalı bir sağlık sorununu ele alan araştırma kurgulamak, yürütmek ve sonuçlarını sunmakla yükümlüdürler. Sekiz haftalık program içinde tartışma, uygulama, olgu tartışmaları ve kurum gezisi (Tabip Odası ve Sağlık Müdürlüğü) yer almaktadır.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1973 yılında Ankara

Üniversitesi'ne bağlı Antalya Tıp Fakültesi olarak kurulmuş ve 1977 yılına kadar eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi içinde sürdürmüştür. 1981 yılında Akdeniz Üniversitesi'nin kuruluşu ile adı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi olarak değiştirilmiştir. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1982 yılında kurulmuş olup, şu an 4 profesör, 2 doçent ve 2 doktora öğretim üyesi 1 öğretim görevlisi görev yapmaktadır.

Kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları: Yard. Doç. Dr. Şanda Çalı (1982-1983), Prof. Dr. Yılmaz Baykal (1983-1996), Prof. Dr. Necati Dedeoğlu (1996-2011), Prof. Dr. Levent Dönmez (2011-2015), Prof. Dr. Mehmet Aktekin (2015-Halen)

Anabilim dalında 1987 yılında Tıpta uzmanlık Eğitimi verilmeye başlanmış olup, bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 21' dir. Sağlık eğitim araştırma bölgesi Yeniköy Sağlık Ocağıdır. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı ve Epidemiyoloji Bilim Dalı kurulmuştur.

Anabilim Dalı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 2008 yılında ilk işyeri sağlık birimi kurmuş, ayrıca hastane içerisinde erişkin bağışıklama polikliniği kurarak üniversite hastanelerinde risk grupları aşılamalarını başlatmıştır.

1982 yılında Akdeniz Üniversitesi'nin kurulmasıyla birlikte Yrd. Doç. Dr. Şanda ÇALI ilk Anabilim Dalı Başkanı olarak atanmıştır. 1983 yılında Prof. Dr. Yılmaz BAYKAL ve 1984 yılında Doç. Dr. Necati DEDEOĞLU göreve başlamışlardır. 1987 yılında atanan Dr. Mehmet AKTEKİN ilk araştırma görevlisidir. 1988-1991 yılları arasında Prof. Dr. Sabahat TEZCAN anabilim dalında görev almıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı eğitimi Dönem 1 ' de 5 saat teorik ders, Dönem 3' te 42 saat teorik 4 saat uygulama şeklinde yapılmaktadır. Dönem 4 ' te ise 103 saat teorik ders, 3 saat uygulama dersi vardır. Dönem 6' da kırsal hekimlik stajı 2 ay olup, 2 hafta ASM, 2 hafta TSM' ye gidilmekte ve Sağlık Müdürlüğü rotasyonu da düşünülmektedir. Bu sürede intörnler bir araştırma yapmakta ve sunmaktadırlar. Çeşitli konularda teorik ders ve tartışma yanı sıra intörn makale sunum saatleri araştırma sunumları programda yer almaktadır.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Trakya Üniversitesi 1982'de, Tıp Fakültesi 1974'de, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ise 1982'de kurulmuştur. 4 profesör bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 10'dur.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Yrd. Doç. Dr. Ratıp Kazancıgil, Doç. Dr. Pervin Binyıldız, Prof. Dr. Cemalettin Kalyoncu, Prof. Dr. Ahmet Saltık ve Prof. Dr. Faruk Yorulmaz'dır.

Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1988 olup bu güne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 17'dir. Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı doktora ve yüksek lisans programları yürütülmekte olup doktora programını tamamlayan 3, devam eden 4, yüksek lisans programını tamamlayan 34, devam eden 18 öğrenci bulunmaktadır.

Eğitim Araştırma Bölgesi; Edirne Merkezdir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı eğitimi ders geçme sistemi ile 3.sınıfta halk sağlığı dersi ve 2 ay intörn stajı şeklinde iken, daha sonra Entegre sisteme geçişle birlikte 3. Sınıfta ders kurulları içinde halk sağlığı dersi şekline dönüşmüş ve 2 ay intörn stajı şeklinde devam etmiştir. Halen devam eden programda ise Entegre sistemle 1,2 ve 3. sınıfta kurullara dağılmış 80 saat halk sağlığı dersleri verilirken intörnlük dönemi stajı 1 ay olmuştur.

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Fırat Üniversitesi 1975'de, Tıp Fakültesi 1982'de kurulmuş olup Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1983'de kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 3 Profesör, 1 Doçent, 1 Yrd. Doç ve 1 uzman çalışmakta olup halen uzmanlık eğitimi alan Araştırma Görevlisi sayısı 11'dir.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim dalı başkanları; Prof. Dr. R. Erol Sezer, Prof. Dr. Yasemin Açık, Prof. Dr. S.Erhan Deveci, Doç. Dr. A. Ferdane Oğuz Öncül'dür.

Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1983 olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 16'dır. Halk Sağlığı doktora programını tamamlayan 12, devam eden 6, Yüksek Lisans programını tamamlayan 26, devam eden 14 öğrenci bulunmaktadır.

Kuruluşundan bugüne Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgeleri; Elazığ Merkez Yenimahalle Eğitim ve Araştırma, Elazığ Merkez Abdullahpaşa Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocakları, Elazığ Sivrice TSM'dir.

Anabilim Dalı tarafından Halk Sağlığı alanıyla ilgili akademik çalışmaların yanı sıra yerel Tv ve Radyo programları yapılmakta, İş Sağlığı ve Güvenliği konularında dersler verilmektedir. Fırat Üniversitesi Hastanesinde Halk Sağlığı Anabilim Dalının kurucusu olan Prof. Dr.R. Erol Sezer tarafından yürütülen sigaraya karşı kampanyalar büyük ses getirmiş ve ilgili kanunların oluşturulmasına katkı sağlamıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Komite sistemine geçiş ile; 3. Sınıf eğitim döneminde Halk Sağlığı Komitesi 3 hafta içinde dersler tamamlanacak şekilde verilmekte, ayrıca 1. sınıf öğrencilerine iletişim ve sigara-bağımlılık yapıcı maddeler dersi verilmektedir. İntörnlük eğitimi 2 ay içinde saha çalışması olarak devam etmekte olup, hekim adayları dönüşümlü olarak Eğitim ve Araştırma Bölgesinde bir ay, diğer bir ayda da dönüşümlü olarak Fırat Üniversitesi hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına bağlı Sigara Bırakma Polikliniği ve Ba-

ğışıklama Polikliniğinde, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Sağlık Müdürlüğü, VSD ve merkez aile hekimliğinde pratik uygulama yapmaktadırlar. İş Sağlığı ve Güvenliğini yerinde görmek amacı ile her intörn grubu ilgili öğretim üyesi ve araştırma görevlisi nezdinde bir fabrika gezisi yapmakta ve bilgi alışverişinde bulunulmaktadır. Son olarak yapılan yeni yazışmalar ile Belediyeye ait tıbbi ve normal atık ile şebeke suyu klorlama tesisleri gösterilmesi amaçlanmıştır.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ

Üniversite 2010 yılında kurulmuş olup, ancak Halk Sağlığı Anabilim Dalı Selçuk Üniversitesi bünyesinde 1982 yılında tıp fakültesinin açılması ile kurulmuştur. Anabilim Dalı kurucusu Prof. Dr. Orhan Demireli'dir. Anabilim Dalı 1986 yılında Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yüksek lisans programı başlatmıştır. Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi vermeye ise 1988 yılında başlanmıştır. Anabilim Dalı 1993 yılında Halk Sağlığı doktora programı da açmış olup, bugüne kadar Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini 10 kişi, doktora programını 6 kişi, yüksek lisans programını 22 kişi tamamlamıştır. Anabilim Dalında 1 profesör 4 yardımcı doçent olmak üzere 5 öğretim üyesi hizmet vermektedir. Halen Anabilim Dalında 7 araştırma görevlisi yer almaktadır. Eğitim araştırma bölgesi Meram ilçesidir.

Şimdiye kadar görev yapmış Anabilim Dalı Başkanları: Prof. Dr. Orhan Demireli, Prof. Dr. Selma Çivi, Prof. Dr. Said Bodur ve Prof. Dr. Tahir Kemal Şahin' dir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı eğitimi İntörnlük öncesi teorik dersler Dönem 3 de entegre sistemde, komite içinde 64 saat olarak verilmektedir. Dönem 6' da ise 6 haftalık staj programı şeklinde uygulanmaktadır. Bu programda Dönem 6 öğrencileri haftada 3 gün Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Ana Çocuk Sağlığı ve Planlaması Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, KETEM ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonunda saha uygulaması yapmaktadır. Ayrıca Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışmaları ile ilgili ayda 2 gün yerinde seminerlere katılmakta, KOSKİ gibi kuruluşlara ve işyerlerine ziyaretler gerçekleştirmektedirler.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Marmara Üniversitesi ve Tıp Fakültesi 1983 , Anabilim dalı ise 1987'de kurulmuştur. 6 Profesör, 3 Doçent bulunmaktadır. Araştırma Görevlisi sayısı 19'dur.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları: Prof. Dr. Osman Hayran, Prof. Dr. Şanda Çalı ve Prof. Dr. Melda Karavuş'tur.

Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1987 olup bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 26'dır. Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı doktora programını tamamlayan 13, devam eden 1, Yüksek Lisans programını tamamlayan 19, devam eden 21 ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisansını tamamlayan 20 öğrenci vardır.

Kuruluşundan günümüze Eğitim Araştırma Bölgeleri; İzmit merkez, Gebze merkez, Ümraniye İlçesi olup halen Kartal, Pendik ve Maltepe ilçeleri Eğitim Araştırma Bölgeleridir.

Prof. Dr. Hande Harmancı DSÖ de görev almış, Prof. Dr. Osman Hayran Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı, Prof. Dr. Şanda Çalı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Müdürlüğü, Doç. Dr. Mustafa Taşdemir İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü görevini yapmıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı dersleri Dönem 1'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri modülü ile, Dönem 2'de Klinik Becerilere Giriş Paket programındaki ve komiteler içindeki dersler ile başlar. Dönem 3'de sınıf dersleri ve saha çalışmalarıyla devam eder. Ayrıca ilk üç yıl pek çok modülde Halk sağlığı bir disiplin olarak yer almaktadır. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2001 yılından beri ICP (Klinik Pratiğe Giriş) Programı çerçevesinde öğrencilerine bilimsel çalışma yapma imkanı tanımaktadır . Halk Sağlığı Anabilim Dalı ICP programının teorik, pratik derslerinin yürütücülüğünde ve akademik kadrosu ile öğrencilerin bilimsel araştırmaları sırasında danışmanlıkta ağırlıklı olarak rol almaktadır. Dönem 5'te on beş günlük staj şeklinde Kanıta Dayalı Tıp Kursu verilir. Dersler önceden belirlenen bilimsel makaleler üzerinden öğrencilerin aktif katılımı ile interaktif olarak işlenmektedir. Bunun yanında 5. Sınıfta Yaşam Boyu Sağlık ve Üreme Sağlığı staj bloklarında da Halk sağlığı dersleri bulunmaktadır. Dönem 6 öğrencileri 8 hafta süre ile Anabilim Dalında staj yapmaktadırlar. Protokol kapsamında Kartal, Pendik ve Maltepe araştırma bölgelerindeki TSM'lerde uygulamalara katılmaktadırlar. Bu pratiğin sonunda, 6. Sınıf öğrencilerinin, toplum sağlığı merkezinin görev ve sorumlulukları konusunda bilgi ve beceri kazanmaları hedeflenmektedir. Staj süresi içinde İş Sağlığı ve Güvenliği kursu yapılmaktadır. Pratik çalışması bir tam gün ASM ve bir tam gün TSM'de yürütülen bağışıklama kursu da verilmektedir. İntern hekimlerin Halk Sağlığı stajı içinde Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri (TOYS) kursu verilmektedir. Ayrıca 6. sınıf öğrencilerinin Halk Sağlığı stajı içerisinde öğretim üyesi ve araştırma görevlisi rehberliğinde bilimsel bir araştırma planlamaları, veri toplayarak uygulamaları ve ardından uyguladıkları araştırmanın sonuçlarını sunmaları beklenmektedir. Araştırmanın sonuçlarını staj sonunda sunduktan sonra rapor formatında teslim ederler.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Gaziantep Üniversitesi ve Tıp Fakültesi 1987'de, Anabilim Dalı ise 1993'de kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 1 Profe-

sör, 1 Yrd. Doç çalışmakta olup mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 2'dir.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları; Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt, Prof. Dr. Servet Özgür ve Prof. Dr. Birgül Özçırpıcıdır.

Anabilim Dalı'nda Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 1995 olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı; 14'tür.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgeleri; Binevler Sağlık Ocağı, 60.yıl Sağlık Ocağı, Oğuzeli İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Hastanesi ve Aile Sağlığı Merkezleri, Şahinbey İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi ve ASM'dir.

Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı yürütülmekte olup tamamlayan 11, devam eden 1 öğrenci vardır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Dönem 3: Başlangıçta Halk Sağlığı ayrı ders olarak verilirken, 2000-2001 eğitim-öğretim yılından itibaren entegre sisteme geçilerek, Halk sağlığı konuları ilgili komitelere eklendi. 2013 yılından itibaren Halk Sağlığı 3. Sınıfın son komitesi olarak tek komitede toplandı. Komitenin son 10 gününde 3. Sınıf öğrencileri aile hekimlerine dağıtılarak pratik eğitim almaktalar.. Dönem 6: 2 Aylık stajlarla devam eden Halk Sağlığı, 2017-2018 öğrenim yılından itibaren 2 hafta kardiyoloji, 6 hafta Halk Sağlığı stajı oldu.

2010 eğitim-öğretim yılında da İngilizce Tıp Programı açılmıştır. Böylece 2 öğretim üyesinden biri Türkçe ve diğeri İngilizce Tıp Fakültesinde Halk Sağlığı komitesini tek başına yürütmektedir.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Süleyman Demirel Üniversitesi 1992 yılında Isparta'da kurulmuş, Tıp Fakültesi 1993 yılında, Halk sağlığı Anabilim Dalı 1997 yılında kurulmuştur. Halen Anabilim Dalı'nda 2 öğretim üyesi görev yapmaktadır. Anabilim Dalı Başkanlığı yapan öğretim üyeleri; Prof. Dr. Mustafa Öztürk, Prof. Dr. Aytül Çakmak ve Prof. Dr. Ahmet Nesimi Kişioğlu'dur.

Anabilim Dalı'nda mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 7'dir.

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Pamukkale Üniversitesi 1992 yılında kurulmuştur. Ancak Tıp Fakültesi 1987 yılında Denizli Tıp Fakültesi adı altında Dokuz Eylül Üniversitesine bağlı olarak kurulmuştur. Halk Sağlığı Anabilim Dalı ise 1994 yılında kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 2 Profesör, 2 Doçent bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 12'dir.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları; Prof Dr. Mehmet Bostancı, Prof Dr. Ali İhsan Bozkurt ve Prof Dr. Ahmet Ergin'dir.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 17'dir.

2006 yılında "Egeli Halk Sağlıkçılar" toplantısı, 2007 yılında "11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi" Denizli'de Anabilim Dalı'nın düzenlediği önemli etkinliklerdendir.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi; Honaz Eğitim ve Araştırma Bölgesidir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı eğitimi, PDÖ merkezli eğitim modeli çerçevesinde Dönem 1,2,3 ve 6 öğrencilerine sosyal öğrenme hedeflerine uygun olarak sunumlar, uygulamalar ve mesleksel becerileri içermektedir. Topluma yönelik tıp eğitiminin temel unsurlarından biri olan alan çalışmalarının büyük bir kısmını da yürütmektedir. Bunların dışında PDÖ oturumlarına da eğitim yönlendiricisi olarak katkı sağlamaktadır. Dönem 6 öğrencilerinin 2 aylık Kırsal hekimlik PDÖ eğitim modeli temel olarak yapılandırılmıştır. Bu modelde giriş modülüyle birlikte toplam 8 modül uygulanmakta ve bu modüllerin 3'ü Honaz TSM ve ASM'lerinde, diğer modüller ise Merkez TSM ve ASM'lerinde yürütülmektedir. Ayrıca modüllerin anabaşlığına uygun alan çalışmaları da yürütülmektedir.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Kocaeli Üniversitesi 1992'de, Tıp Fakültesi, 1994'de, Anabilim dalı 1994'te kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda halen 1 Doçent, 1 Öğretim Görevlisi bulunmaktadır. Eğitimi devam eden 8 Araştırma Görevlisi mevcuttur.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları; Prof. Dr. Erdal Beşer, Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu, Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan'dır.

Tıpta uzmanlık eğitimi verilmeye 1995 yılında başlanmış olup bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 11'dir. Halk Sağlığı Yüksek Lisans programını tamamlayan öğrenci sayısı 6'dır.

Anabilim dalının Eğitim Araştırma Bölgesi; Derince Eğitim Araştırma Bölgesi'dir.

Anabilim Dalı, sanayileşmenin yoğun yaşandığı bir ilde faaliyet gösterdiği için çevre sağlığı ve işçi sağlığı konuları başta olmak üzere yerel, ulusal ve uluslararası halk sağlığı sorunlarını toplumsal perspektiften ele alarak hem halk sağlığı alanındaki literatüre önemli katkılar sağlamış, hem de Kocaeli'nde halk sağlığının korunması ve geliştirilmesine öncülük etmiştir. Kocaeli'nin çevre sorunlarını önceleyen araştırmalar Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim üyelerinin katılımıyla 2001 yılında başlamış, Dilovası bölgesinde 2004 yılında "ölüm nedenleri" başlıklı çalışma sonucunda alınan önlemlerin yaşama geçirilmesindeki yetersizlikler nedeniyle 2008 yılında Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu koordinatörlüğünde bir araştırma projesi gerçekleştirilmiş ve Kocaeli'nin sanayii yoğun bölgesinde "gebelerin kolostrumu ve yenidoğan bebeklerin mekonyumu'nda ağır metal varlığı ve düzeyleri" saptanmıştır. Bu faaliyetler ulusal kongrelerde ve uluslararası litera-

türde yayınlanmış ve 2016 yılında "Kocaeli'nde sanayii, doğa ve insan" isimli bir kitap olarak basılmıştır.

Anabilim Dalı'nın tarihçesi açısından en önemli olaylardan biri de 1999 Marmara Depremi ardından hem il sağlık müdürlüğü, hem de "TTB Halk Sağlığı Kolu"nun bölgede yaptığı tüm faaliyetlerin içinde bulunarak, gerek deprem sırasında gerekse deprem sonrası dönemde halk sağlığına yaptığı katkılardır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

1995-2001 yılları arasında dönem 3 te Toplum Sağlığı ve Etik Ders Kurulu (4 hafta), Dönem 6 da Halk Sağlığı Stajı (8 Hafta)şeklinde Halk Sağlığı eğitimi yapılmıştır. 2001-2016 Yılları Arasında ise Dönem 1 de Sosyal Tıp (24 saat teorik+12 Saat Uygulama), Dönem 3 te Toplum Sağlığı ve Etik Ders Kurulu (5 hafta), Dönem 6 da Halk Sağlığı Stajı (8 Hafta) olarak eğitim sürdürülmüştür. 2016-2017 Ders Yılı ve sonrasında Dönem 1 de Sosyal Tıp (24 saat teorik+12 Saat Uygulama), Dönem 3'te Toplum Sağlığı ve Etik Ders Kurulu (5 hafta) şeklinde aynı yapı devam ederken Dönem 6 - Halk Sağlığı Stajı 7 hafta olmuştur.

Anabilim dalında topluma dayalı tıp eğitimi uygulamaları kapsamındaki uygulamalar Dönem VI Halk Sağlığı Stajında intörn hekimlerin yaptığı "İşyeri Sağlık Birimi ve Okul Sağlığı Birimi Stajları"dır. İşyeri Sağlık Birimi stajında öğrenciler bir fabrikanın sağlık biriminde işyeri hekiminin gözetim ve danışmanlığında 4 işgünü süresince staj yaparken, Okul Sağlığı Birimi Stajında da , bir ilkokul ve bir ortaokulda anabilim dalı tarafından kurulan okul sağlığı biriminde, halk sağlığı araştırma görevlilerinin gözetim ve danışmanlığında 4 gün süreyle staj yapmaktadırlar.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi 1992'de, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1995'te kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 3 Profesör ve 1 Doçent bulunmaktadır ve mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 6'dır.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları; Prof. Dr. Cemil Özcan ve Prof. Dr. Erhan Eser'dir.

Anabilim Dalı'nda 1998 yılından itibaren Tıpta Uzmanlık Eğitimi verilmeye başlanmış olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 15'tir. Halk Sağlığı Yüksek Lisans programını tamamlayan öğrenci sayısı 35, devam eden öğrenci sayısı 11'dir.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi Şehzadeler Eğitim Araştırma TSM'dir.

Anabilim Dalı tarafından kent merkezi düzeyinde 2 kez Kapsamlı Nüfus ve Sağlık Araştırması yapılmıştır. 2 kez AB Çerçeve Projesi'nde resmi katılımcı olunmuş, 8 kez Temel Sağlık Hizmetleri toplantısı, 5 kez Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi düzenlenmiştir. Üç yıldır düzenli olarak Ege Bölgesi Halk Sağlığı Araştırma Görevlilerine yönelik "Psikometrik Analizler Kursu" verilmektedir.

Anabilim Dalı'nın kurucu öğretim üyesi Prof. Dr. Cemil Özcan, dekanlık ve bir dönem rektörlük görevlerini yapmıştır. Prof Dr Cemil Özcan Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Verem Savaş Dairesi Başkanlığı görevlerini yapmıştır.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Başlangıçta Entegre sisteme geçilmeden önce Eğitim Dönem 1 de, 64 saat Biyoistatistik dersi; yerinde ziyaret, rapor ve tartışmayı içeren Sosyal kurumlar çalıştayları; Dönem 2 de 16 saat Epidemiyoloji Dersleri, Dönem 3 te 90 saat Halk Sağlığı dersleri şeklinde idi. Entegre sisteme 2003 yılında geçildikten sonra, Dönem 1 de Sağlığın Sosyal gelişimi (11 saat) dersi başladı ve Biyoistatistik dersi, Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından verilmeye başlandı, Dönem 2 de Epidemiyoloji bir staj olarak dönem 5'e aktarıldı ve Dönem 3 teki Halk Sağlığı dersleri Sosyal Tıp Kurulu içinde 78 saat kuramsal olarak yer aldı. Epidemiyoloji stajı 2013 sonrasında 5 günlük ve ağırlıklı olarak kuramsal bir staj oldu. Dönem 6 Kırsal Hekimlikte ise Staj süresi baştan beri 2 ay idi. Aile Hekimliği öncesi dönemde (1992-2008) Merkez ilçe yarı kentsel ve kırsal Sağlık Ocaklarında; Aile Hekimliği sonrası dönemde önce 2008-2012 arasında Manisa merkez ilçe Aile Sağlığı Merkezleri; 2012 sonrasında, Şehzadeler Eğitim Araştırma TSM protokolü ile Şehzadeler EA-TSM merkezi bölgesi, Sağlıklı Yaşam Merkezi ve bağlı Aile Hekimliği birimlerinde yürütülmekte. Stajda İlk ay: Her bir intörn bir aile hekimi yanında çalışmakta ve ay sonunda ortak toplantıda sunum ve genel tartışma yapılmaktadır.. Bu sürede ayrıca anabilim dalında 2 gün seminer, Sağlık/Halk Sağlığı Müdürlüğü şube sunumları (2 gün) TSM, SYM, VSD, Halk Sağlığı Laboratuvarı rotasyonları(4 gün)yer almakta.. İkinci ay: Bölge araştırması: İnternler gruplara bölünerek bir öğretim üyesi ve bir asistan danışmanlığında bir kesitsel alan araştırması yaparlar.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Başkent Üniversitesi 1993, Tıp Fakültesi ve Anabilim dalı 1997'de kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 4 Profesör, 2 Yrd. Doç bulunmaktadır. Öğretim Görevlisi sayısı 2, Mevcut Uzman sayısı 2, Araştırma Görevlisi sayısı 1'dir.

Kuruluşundan bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları: Prof. Dr. Rengin Erdal, Prof. Dr. Seval Akgün ve Prof. Dr. Ayşe Akın'dır.

Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 2000'dir. Eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 1'dir. Halk Sağlığı Doktora Programı'nı tamamlayan 2, devam eden 3, Yüksek Lisans Programı'nı tamamlayan 4, devam eden 5 öğrenci olmuştur.

Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayşe Akın, BÜKÇAM merkez müdürü, Prof. Dr. Rengin Erdal Sağlık Bilimleri Enstitüsü müdürü, Prof. Dr. Seval Akgün Başkent Üniversitesi hastanelerinin Kalite Yönetim Temsilcisi, Yrd. Doç Dr. Cihangir Özcan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

müdür yardımcılığı görevlerini yürütmektedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Mezuniyet öncesi eğitim sistemi 1. ve 3.sınıflarda teorik olarak, 6.sınıfta uygulamalı olarak yürütülmektedir. 1. Sınıflarda Halk Sağlığına giriş 24 saat, 3. Sınıflarda Sosyal ve Koruyucu Hekimlik 34 saat, Epidemiyoloji 14 saat, Araştırma Teknikleri 15 saat olarak verilmektedir. 6.sınıfta Kırsal Hekimlik 1 ay olarak uygulanmakta olup, bu uygulama Kazan ve Çankaya İlçelerinde yürütülmektedir. Öğrenci sayısı 1. ve 3. Sınıflarda 80 kişi, 6. Sınıfta stajda 14 kişidir.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Mersin Üniversitesi 1992'de Tıp Fakültesi ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1998'de kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 2 Profesör ve 3 Doçent bulunmaktadır.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları; Prof. Dr. Resul Buğdaycı ve Prof. Dr. Caferi Tayyar Şaşmaz'dır.

Anabilim Dalı'nda1999 yılından beri Tıpta Uzmanlık Eğitimi verilmekte olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 6'dır. Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı'na devam eden 2 öğrenci mevcuttur.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi Mezitli Eğitim Araştırma TSM'dir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Dönem 1'de 12 saat Sosyal Tıp dersi verilmektedir. Dönem 5'de her biri 3 hafta süren 8 defa Halk Sağlığı Stajı yapılmaktadır. Staj programı yapılandırılmış olup 56 saat kuramsal ders ve 5 saha eğitim gezisi yapılmaktadır. Saha eğitim gezilerinde her biri 4 saat süren, bir öğretim üyesinin eşliğinde birinci basamak sağlık kurumlarını yerinde ziyaret ederek, sağlık kurumunun çalışmaları yerinde görülmektedir.(TSM, Halk Sağlığı Laboratuvarı,VSD- TB Birimi, İşyeri Sağlık birimi, bir ilkokul sağlık taraması.) Dönem 6'da 4 hafta süren Halk Sağlığı Stajı yapılmaktadır. 2016 yılına kadar Halk Sağlığı Dönem 6 stajı 8 hafta olarak yapılırken, iki yıl önce Halk Sağlığı Staj Süresi 4 haftaya indirildi. Öğrenciler haftanın dört iş günü sahada çalışmalarını yürütüyor, 2 hafta Aile Sağlığı Merkezi, 1 Hafta ÇEKÜS, 1 Hafta Toplum Sağlığı Merkezine gitmektedirler. Cuma Eğitim Toplantıları: Bir öğretim üyesinin başkanlığında tam gün süren eğitimde, öğleden önce hafta boyunca sahada yapılan çalışmaları her hafta için belirlenen tartışma konularında grup tartışması ile değerlendiriliyor. Öğleden sonra önceden belirlenen ve her ASM grubunun bir sefer yaptığı roleplay uygulaması ve ayrıca makale tartışma uygulaması yürütülüyor. Staj süresince her gün bir öğretim üyesinin staj yerleri ziyaretinde ortak uygulamalar yanında, kuramsal bilgiler de paylaşılıyor. Dönem 6 Halk Sağlığı Staj süresinin 2016 yılından itibaren 4 haftaya düşürülmesiyle, 2003 yılından beri her intörn grubunda yaptırılan bilimsel araştırma projesi yapılamamaktadır.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Adnan Menderes Üniversitesi ve Tıp Fakültesi 1992'de,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1999'da kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 3 Profesör, 1 Doçent görev yapmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 17'dir.

Prof Dr. Erdal BEŞER Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Anabilim Dalı'nda 2000 yılından beri tıpta uzmanlık eğitimi verilmekte olup bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 13'tür.

Kuruluşundan itibaren çeşitli Avrupa Birliği ve TÜBİTAK projelerinde yer alınmıştır. 2010 yılında 3.Çevre Hekimliği kongresi düzenlenmiştir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Mezuniyet öncesi eğitimde 2000-2016 dönemleri arasındaki programda, Dönem 1 öğrencilerine 2008 e kadar biyoistatistik dersi, Dönem 2 öğrencilerine çeşitli kurullarda teorik ve pratik halk sağlığı dersleri verilmiştir. Dönem 4 öğrencilerine ise 2 aylık Toplum hekimliği staj kurulunda 38 saat teorik ders, 60 saat uygulama yapılmıştır.(4 grup,4 adet saha çalışması yapılıp, makale yazımı) Dönem 5 öğrencilerine 2 aylık Topluma dayalı tıp staj kurulunda 30 saat teorik, 30 saat uygulama dersleri verilmiştir. Dönem 6 öğrencileri için de 2 aylık Kırsal hekimlik stajı yer almıştır. 2016-2017 eğitim yılında ise Dönem 1 öğrencilerinde, ilk yarıyılda halk sağlığı araştırma yöntemleri seçmeli ders olarak görülmektedir. Dönem 5 lerde 2 aylık Topluma dayalı tıp staj kurulunda 30 saat teorik 30 saat uygulama dersi mevcuttur. Uygulama saatlerinde çeşitli kurumlara

(huzurevi, verem savaş dispanseri, halk sağlığı laboratuvarı ve belediye su arıtma tesisi) ziyaretler gerçekleştirilmektedir. Dönem 6 programı değişmemiş olup 2 aylık Kırsal hekimlik yapılandırılmış tıp staj kurulu devam etmektedir. Temel eğitim becerileri kursu 2000 yılından beri verilmektedir. 2017-2018 eğitim yılından itibaren tüm halk sağlığı derslerinin Halk sağlığı staj kurulu adı altında 3 haftalık teorik ve uygulama eğitimleri şeklinde

verilmesi planlanmıştır.

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Kırıkkale Üniversitesi 1992 de Tıp Fakültesi 1995 yılında kurulmuştur. Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın kuruluş tarihi ise 2000 yılıdır. Halen Anabilim Dalı'nda 1 Profesör görev yapmakta olup mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 6'dır.

Prof. Dr. Aytül Çakmak ve Prof Dr Meral Saygun Anabilim Dalı Başkanlığı yapmıştır.

Anabilim Dalı'nda 2000 yılından beri uzmanlık eğitimi verilmekte olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 4'tür. Anabilim Dalı'nda ağırlıklı olarak İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları çalışmaları yapılmaktadır.

Eğitim Araştırma Bölgesi; Kırıkkale il merkezidir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Mezuniyet Öncesi Eğitim Programı 2000 yılında başlamış olup, 2000-2016 yılları arasında; Dönem 3 de "Halk Sağlığı ve Enfeksiyon Hastalıkları" Komitesi adıyla tek komitede 90 saat Halk Sağlığı dersleri yer almıştır. 2016-2017yılından itibaren, eğitim programında, yine Dönem 3 de , "Doku ve Hemopoetik Sistem" ders kurulunda 17 saat, "Halk Sağlığı ve Enfeksiyon Hastalıkları" ders kurulunda 73 saat olmak üzere toplam 90 saat Halk Sağlığı dersleri yer almaktadır. **Dönem 5 de «Tıbbi Yaklaşım ve Etik» Stajı kapsamında eğitim dönemi içinde dört kez anlatılan 3 saatlik Halk Sağlığı Dersi bulunmaktadır. Stajdaki öğrenci sayısı 25'dir.** Dönem 6 da Halk Sağlığı Stajı 2000-2016 yılları arasında 2 ay olarak sürdürülmüş, 2016 eğitim döneminden itibaren 45 gün olarak düzenlenmiştir. Halk Sağlığı Stajı, ildeki eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde alan çalışmaları ile desteklenen bir program kapsamında yürütülmekte, VSD, TSM, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Sağlık Müdürlüğü, KETEM kurum gezileri yapılmaktadır.

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Bülent Ecevit Üniversitesi 1992'de Zonguldak Karaelmas Üniversitesi olarak kurulmuş, 2012'de ismi Bülent Ecevit Üniversitesi olarak değiştirilmiştir. Tıp Fakültesi'de 1992 yılında kurulmuş olmakla birlikte mezuniyet öncesi eğitim 2000 yılında başlamıştır. Anabilim dalı; 2001 yılında kurulmuş olup Anabilim Dalı'nda 2 Profesör, 1 Yrd. Doç. çalışmakta olup, Araştırma Görevlisi sayısı 7'dir.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı Başkanları; Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu ve Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer'dir. Anabilim Dalı'nda Tıpta uzmanlık eğitimi 2004 yılında başlamış olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 8'dir. Halk Sağlığı Doktora Programı'nı tamamlayan 1, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programını tamamlayan 38, devam eden 19 öğrenci vardır. Anabilim Dalı tarafından Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma Polikliniği çalışmaları yürütülmektedir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri ise Zonguldak Merkez ve Kozlu İlçeleridir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Fakülte mezuniyet öncesi eğitim programında Halk Sağlığı Dönem 1, 3 ve 6'da yer almaktadır. 2005-2006 döneminden itibaren Dönem-1 ilk ders kuruluna 10 saat Halk Sağlığı dersi eklenmiş, 2014-2015 döneminde 18 saate yükseltilmiştir. 2007-2008 eğitim-öğretim döneminden itibaren Dönem-3 programında yer alan 9. Ders Kurulu Halk Sağlığı Ders Kurulu olarak tanımlanmış ve bu ders kuruluna 90 saat Halk Sağlığı dersi , 2010-2011 döneminden başlamak üzere Enfeksiyon Ders Kuruluna da 14 saat Halk Sağlığı dersi eklenmiştir. 2017-2018 döneminden geçerli olmak üzere Dönem-3 ders programında "Halk Sağlığı Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları" adıyla yeni bir ders tanımlanmış, öğrencilerin gruplar halinde bir Öğretim Üyesi danışmanlığında bilimsel araştırma planlaması, gerçekleştirmesi ve araştırma raporu hazırlamasını hedefleyen bu dersin koordinasyonu Anabilim Dalına verilmiştir. Dönem-6 programında yer alan 2 aylık staj Kırsal Hekimlik Stajı olarak oluşturulmuş, 2017-2018 eğitim-öğretim döneminden itibaren staj adı Halk Sağlığı Stajı olarak değiştirilmiştir.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Düzce Üniversitesi 2006'da kurulmuş olmakla birlikte Düzce Tıp Fakültesi Abant İzzet Baysal Üniversitesi'ne bağlı olarak 1998 yılında kurulmuştur. 2006 da Düzce Üniversitesine bağlanmıştır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1998 yılında kurulmuştur.

Mevcut öğretim üyesi 1 Profesör olup 3 Araştırma Görevlisi mevcuttur.

Görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları; Doç. Dr. Nuray Yeşildal, Yrd. Doç. Dr. Talat Bahçebaşı ve Prof. Dr. Atilla Senih Mayda'dır.

Anabilim dalında tıpta uzmanlık eğitimi 1998 yılında verilmeye başlanmış olup bugüne kadar eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 9'dur. Halk sağlığı Yüksek Lisans Programını tamamlayan kişi sayısı 16'dır

Anabilim Dalı'nda bölgenin önemli sağlık sorunlarıyla ilgili çalışmalar (hava kirliliği, ağır metaller, trafik kazaları vb) yürütülmektedir Eğitim Araştırma Bölgesi; Konuralp Eğitim Araştırma Bölgesi, Düzce TSM.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Dönem 1 Halk Sağlığı Dersleri 2015-2016 öğretim yılından itibaren 30 saat olarak başlamış, geçmiş yıllarda Anabilim Dalı tarafından İstatistik ve etik dersleri verilmiştir. Dönem 3 Halk Sağlığı Komitesi uzun yıllar 102 saat ders içermekteyken, 2016-2017 öğretim yılından itibaren 70 saat dersten oluşmaktadır. Dönem 6 Halk Sağlığı Stajı uzun yıllar 2 ay olarak devam etmiş, 2014-2015'de 40

gün daha sonra ise 1 aya inmiştir. Dönem 6'da intörnler -araştırma, makale sunumu, kurum gezilerini yapmakta; Toplum Sağlığı Merkezi'nde gözlemlerde bulunmaktadırlar.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Mustafa Kemal Üniversitesi 1992, Tıp Fakültesi 1995 yılında kurulmuş olup 2001 yılında ismi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi olarak değiştirilmiştir. Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın kuruluş tarihi 2004'tür. Anabilim Dalı'nda 2 Profesör, 1 Yrd. Doç. görev yapmakta olup mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 9'dur.

Kuruluşundan beri Anabilim Dalı Başkanlığı görevini Prof. Dr. Tacettin İnandı yürütmektedir.

Anabilim Dalı'nda 2011 yılından beri Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi verilmekte olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 3'tür. Eğitim Araştırma Bölgesi; Antakya Sağlık Eğitim Araştırma TSM'dir

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Tıp Fakültesi 1.sınıfta 14 saat ve 3.sınıfta 80 saat Halk Sağlığı teorik eğitimi verilmektedir. Her sınıfta ortalama 200 öğrenci bulunmaktadır. 6. Dönemde 8 haftalık staj programı yürütülmektedir. Staj programı içerisinde kurum rotasyonları (Antakya İlçe Sağlık Müdürlüğü kapsamında, Halk Sağlığı Başkanlığı, VSD, AÇS, İş sağlığı ve Güvenliği birimi, KETEM ve 1 hafta ASM) ve ziyaretleri, seminer, panel sunumları ve bilimsel araştırma yapılması yer almaktadır.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İzzet Baysal Üniversitesi 1992 yılında, Tıp Fakültesi 2001 yılında, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ise 2004 yılında kurulmuştur.

Anabilim Dalında 1 Doçent ve 1 Yardımcı Doçent görev yapmakta olup Araştırma Görevlisi sayısı 1'dir.

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programını tamamlayan kişi sayısı 1'dir.

Anabilim Dalı Başkanları sırasıyla Yrd. Doç. Dr. Aysu Kıyan ve Doç. Dr. Seval Alkoy'dur.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi Bolu İl Merkezi'dir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Halk Sağlığı eğitimi yanı sıra Tıp Tarihi, Deontoloji, Tıbbi Etik ve Biyoistatistik dersleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri tarafından verilmektedir. Bu nedenle Dönem-I'de 55 saat Biyoistatistik dersi, 14 saat Tıp Tarihi Deontoloji ve Tıbbi Etik dersi, 15 saat Tıpta Sosyal Bilimler dersi ve Psikiyatri Anabilim Dalı ile birlikte 30 saat İletişim Becerileri dersleri verilmektedir. Dönem-III'de 9.Kurul'da 66 saat Halk Sağlığı, 10 saat Tıp Tarihi Deontoloji ve Tıbbi Etik olmak üzere 76 saat kuramsal, 22 saat uygulamalı, Toplam 98 saat eğitim verilmektedir. Dönem-VI'da ise Kırsal Hekimlik stajı 2 ay süreyle ve 6 grup halinde yaptırılmakta ve bu dönemde kuramsal eğitim yanı sıra ortalama 4 hafta ASM, TSM vd. yerlerde uygulamalı eğitim sürdürülmektedir. Ayrıca öğrenci tarafından bir araştırma planlanıp yürütülmektedir.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Gazi Osman Paşa Üniversitesi 1992'de, Tıp Fakültesi 1995'te kurulmuştur. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2005 yılında kurulmuş olup halen 1 Profesör, 2 Yardımcı Doçent ve 5 Öğretim Görevlisi mevcuttur. Araştırma Görevlisi sayısı 2'dir.

Bugüne kadar görev yapmış olan Anabilim Dalı başkanları; Prof. Dr. İlhan Çetin ve Prof. Dr. Mücahit Eğri'dir.

Anabilim Dalı'nda 2010 yılından beri Tıpta uzmanlık eğitimi verilmekte olup bugüne kadar 2 Halk sağlığı Uzmanı eğitimini tamamlamıştır.

Eğitim Araştırma Bölgesi; Tokat ilini kapsayan Eğitim Araştırma Bölgesi mevcuttur.

Anabilim Dalı'nda Kanser Epidemiyolojisi Doktora programına devam eden 2 öğrenci bulunmakta olup Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programını 4 öğrenci tamamlamış, 5 öğrenci ise devam etmektedir. Anabilim Dalı'nda çok sayıda bilimsel araştırma projesi yürütülmektedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Tıp Fakültesinde Halk Sağlığı eğitimi Dönem 1de 1. Kurulda 8 saat teorik ve ASM tanıtımı şeklinde 4saat uygulama olarak ve 4. Kurul kapsamında Alan içi seçmeli ders (Tütün Kontrolü vb.) olarak yer almaktadır. (Ayrıca Tıp Tarihi ve Deontoloji dersleri de Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri tarafından verilmektedir.) Dönem 3te 1.Kurulda 4 saat,3. Kurulda 2 saat, 5. Kurulda 10 saat ve adı Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği olan 7. Kurulda 88 saat teorik ve 2 saat panel olarak yer almaktadır. Dönem 6 Halk Sağlığı Stajı süresi 1 ay olup yılda 6 kez yapılarak yürütülmektedir. Çeşitli kuramsal konuların ele alındığı ve uygulamaların yürütüldüğü bir dönemdir. TSM çeşitli

birimleri tanıtılmakta çeşitli programlar ASM lerde izlenmekte (tarama, takip, bağışıklama vb. faaliyetler) OSGB tanıtımı, işyeri gezisi gibi çalışmalar yapılmaktadır. Ayrıca bir araştırma yapılarak, raporu sunulmaktadır.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi 1992 de kurulmakla birlikte Tıp Fakültesi 2000 yılında, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2007 yılında kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 2 Doçent bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 2'dir.

Anabilim Dalı başkanı Doç. Dr. Coşkun Bakar'dır.

Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 2012 olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 1'dir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri: Çanakkale ili TSM, Lapseki, Eceabat, Ezine, Ayvacık.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Mezuniyet öncesi eğitim Dönem 1'de başlamaktadır. İlk yıllar 40 saat olan birinci sınıf eğitimi son yıllarda 10 saate kadar düşürülmüştür ancak teorik eğitim ağırlıkla Dönem 3'de verilmekte olup, intörnlük eğitimi bunu tamamlayacak niteliktedir. Başlangıçta 6 hafta olan staj süresi, halen 8 hafta olarak sürdürülmektedir.

KONYA SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Konya Selçuk Üniversitesi 1975 yılında, Selçuk Tıp Fakültesi ise 2001'de kurulmuş olup Halk Sağlığı Anabilim Dalının kuruluş tarihi 2009'dur. Anabilim Dalı'nda 2 Yrd. Doç. bulunmaktadır. Araştırma Görevlisi sayısı 4'tür. Anabilim Dalı Başkanlığını Yar. Doç. Dr. Fatih Kara yürütmektedir. 2010 yılından beri Tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir ve eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı uzmanı sayısı 3'tür. Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı Doktora Programını tamamlayan 7, Yüksek Lisans Programını tamamlayan 5 öğrenci olup her iki programda da halen 19'ar kişi devam etmektedir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Kuruluşundan itibaren 3. sınıfta komite içinde yaklaşık 78 saat Halk Sağlığı dersi olup, başlangıçta ilk iki sene 6. Sınıfta Kırsal hekimlik stajı 2 ay iken , daha sonra günümüze kadar 45 gün olarak devam etmiştir.. Seminer hazırlama görevlerinin yanı sıra öğrenciler, tıbbi atık bertaraf tesisleri, şehir çöplüğü, atık su arıtma tesisleri, içme suyu arıtma tesisleri ve iki adet fabrika ziyareti yapmakta, İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerde (TSM, ASM birimleri vd.) önceden belirlenen program dahilinde rotasyonla bulunmakta, gözlem yapmaktadır. Öğrenciler yapılan her bir faaliyetle ilgili belirlenen formatta kısa bir rapor hazırlayarak sorumlu öğretim üyesine sunmaktadır.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi 2006 yılında, Tıp Fakültesi 2007 yılında kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 1 Öğretim Üyesi ve 4 Araştırma Görevlisi bulunmaktadır. Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Doç. Dr. Metin Pıçakçıefe aynı zamanda Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Üniversite 2006'da, Tıp Fakültesi 2007'de kurulmuş olup halen 2 Yrd. Doç görev yapmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 3'tür. Anabilim Dalı başkanı Yrd. Doç. Dr. Talat Ezmeci'dir. 2014 yılından beri Tıpta Uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmış olup eğitimini tamamlayan Halk Sağlığı Uzmanı sayısı 1'dir.

Anabilim Dalı'nın Eğitim Araştırma Bölgesi Mimar Sinan ASM ve TSM'dir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

1. sınıfta 1. Ders Kurulu içinde 14 saat Halk Sağlığı dersi yer almaktadır. 6. Sınıf ise 2 aylık kırsal hekimlik stajı(TSM-ASM) olarak başlamış, 2017 de aile hekimliği anabilim dalının kurulması ile 1 aya inmiş ve TSM de çalışmalar sürdürülmektedir.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Üniversite ve Tıp Fakültesi 2006'da, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ise 2009'da kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 1 Profesör bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 4'tür. Anabilim dalının kuruluşundan bugüne kadar görev yapan Prof. Dr. Leyla Karaoğlu Anabilim Dalı başkanlığını yürütmektedir.

Eğitim Araştırma Bölgesi Rize İli Eğitim Araştırma TSM'dir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Entegre eğitim sistemi mevcut olup 2009-2010 Eğitim Öğretim yılından itibaren Dönem 1'e 45 saat Biyoistatistik dersi, 2010-2011 Eğitim Öğretim yılından itibaren Dönem 3'e Nisan-Mayıs ayında 5-6 haftalık komite olarak Halk Sağlığı dersi (78 saat) verilmiştir. 2013-2014 Eğitim Öğretim Yılında Dönem 6 intörn eğitimi başlamış olup önce 2 ay olarak yürütülmüş, 2015 te 6 hafta , 2016 dan sonra ise 1 ay olarak sürdürülmektedir. Zaman içinde öğrenci sayısı artmıştır. (18 öğrenci ile başlanmış olup, halen 50 civarında öğrenci 6 grup şeklinde staj yapmakta)

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Üniversite 2010'da, Tıp Fakültesi 2012'de kurulmuş olup halen 2 Profesör, 1 Yrd. Doç bulunmaktadır. Anabilim dalı başkanlık görevini Prof. Dr. Işıl Maral yürütmektedir.

Eğitim Araştırma Bölgeleri İstanbul Bakırköy, Üsküdar, Çekmeköy ilçelerindeki TSM'ler.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

Entegre eğitim sistemi uygulanmakta ve kurul sınavları yapılmaktadır. İlk eğitim öğretim dönemi olan 2013-2014 yılında 1.sınıfta Halk Sağlığına Giriş dersleri 7 saat Teorik, 7 saat Pratik olarak başlamıştır. Pratik derslerde ASM ve TSM ziyaret ve gözlemi yapılmakta olup 2015-2016 eğitim öğretim döneminde, iletişim becerileri dersi ve araştırma planlama ve uygulama, poster oluşturma pratikleri eklenmiştir.. 2016 dan sonra 10 saat teorik ve 4 saat pratik Halk Sağlığı dersi verilmiştir ayrıca 3 saat teorik ve 12 saat pratik şeklinde araştırma planlama ve uygulama dersi vardır. Eğitim 3. Sınıfta 30 saat teorik,10 saat pratik dersler şeklindedir. Dönem 6 ise 2 ay staj şeklinde planlanmıştır.

DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Dumlupınar Üniversitesi 1992, Tıp Fakültesi 2007, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2013'te kurulmuştur. Anabilim Dalı'nda 1 Yrd. Doç bulunmaktadır. Mevcut Araştırma Görevlisi sayısı 2'dir. Yrd. Doç. Dr. İnci Arıkan Anabilim Dalı Başkanıdır

Tıpta uzmanlık eğitiminin verilmeye başlandığı yıl 2016 olup henüz uzmanlık eğitimini tamamlayan araştırma görevlisi mevcut değildir.

Mezuniyet Öncesi Eğitim

2013 yılından önce ESOGÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD tarafından geçici bir süre dönem 3 dersleri verilmiş olup, 2013 ten itibaren Dönem 1 öğrencilerine 14-20 saat teorik biyoistatistik dersi ve 20 saat teorik Halk Sağlığı dersleri, Dönem 3 öğrencilerine 80 saat teorik Halk Sağlığı dersleri verilmektedir. Dönem 6 öğrencilerinin 2 aylık Kırsal hekimlik stajında; haftalık öğrenci seminer sunumları, saha araştırması veri toplamaları ve kurum ziyaretleri (İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi, ASM, KETEM gibi) yapılmaktadır.

DİĞER ÜNİVERSİTELER VE TIP FAKÜLTELERİ

Yukarıda anlatılan üniversiteler ve tıp fakülteleri dışında 100.Yıl Üniversitesi, Harran Üniversitesi, Kocatepe Üniversitesi, Sakarya Üniversitesi, Ufuk Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kafkas Üniversitesi, Maltepe Üniversitesi, Namık Kemal Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi, Bezm-i Alem Üniversitesi, Balıkesir Üniversitesi, Giresun Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, TOB ETÜ Üniversitesi, Sütçü İmam Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi, Bozok Üniversitesi, Adıyaman Üniversitesi, Ahi Evran Üniversitesi, Hitit Üniversitesi, Koç Üniversitesi Tıp Fakültelerinde mezuniyet öncesi öğretimlerini yürütmektedirler.

KAYNAKLAR:

1- HASUDER. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi. Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği, Halk Sağlığı Eğitimi Çalışma Grubu. Ankara 2004

2- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://halksaglik.medicine. ankara.edu.tr

3- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Anabilim Dalının Tarihçesi. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/tarihce.html

4- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Mezuniyet öncesi eğitim programları. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/lisans.html

5- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/halk-sag-anabilim-dal/

6- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr

7- Çöl M. Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Mevcut Durumu. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2004. Ankara

8- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.atauni.edu.tr/halk-sagligi

9- Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliğinin ilk 15 yılı. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. Yayın No:16 Ankara 1981

MEZUNİYET SONRASI HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ / BÖLÜM SUNUŞU

Prof. Dr. Ferda Özyurda / Bölüm Editörü

Bu bölümde Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi geçmişten bugüne, tarihsel dönemler halinde mezuniyet sonrası halk sağlığı uzmanlık eğitimi ve yüksek lisans ve doktora eğitimleri tarafımdan ele alınmıştır. Bilgilere ana bilim dallarından istenen uzmanlık envanter formu ile, gelmeyen anabilim dalları için web sayfalarından ve kitaplardan derlenerek ulaşılmıştır.

Ayrıca, Hıfzıssıhha Okulu ile ilgili bölüm Prof. Dr. Necati Dedeoğlu tarafından, Gezici Eğitim Seminerleri Prof. Dr. Nilay Etiler tarafından hazırlanmış; bu metinler bölümde aynen korunarak, ayrı başlık altında yerleştirilmiştir.

Emeği geçen hocalarımıza teşekkürü borç biliriz.

MEZUNİYET SONRASI HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ

Prof. Dr. Ferda Özyurda

1923-1980 Dönemi
HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİ ÖNCESİ-
Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Dönemi

İstanbul Üniversitesi

1900 de kurulan Darülfunun, Türkiye Cumhuriyetinin Kuruluşundan sonra katma bütçeli olmuş ve tüzel kişilik kazanmıştır. 1933 Üniversite reformu ile darülfünun kapatılmış ve aynı yıl İstanbul Üniversitesi olarak eğitim öğretim hizmetine devam etmiştir. İlk Tıp Fakültesi dekanı Prof. Dr. Tevfik Sağlam iken, ikinci dünya savaşı döneminde 1945 de Almanya'dan kaçmak zorunda olan birçok değerli tıp profesörüne Türkiye Cumhuriyeti kapılarını açmış ve İstanbul Üniversitesi bu şekilde atılım yapmıştır. Bu dönemde istihdam edilen Alman hocalardan biri de Julius Hirsch tir. Hijyen ve Koruyucu Hekimlik bölümünün kurucusudur. Daha sonraki yıllarda 1941 de askeri tıbbiye kökenli hijyen doçenti olan ve profesörlüğe atanan Prof. Dr. Zeki Ragıp Yalım, 1950'de hijyen dersleri içinde biyoistatistik derslerini veren Prof. Dr. Sıtkı Velicangil, Prof. Dr. Övat Güray, Sosyoloji doçenti olan Prof. Dr. Yakut Irmak Özden ve Halk sağlığı uzmanı Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım anabilim dalı başkanlığı yapmışlardır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ana bilim dalı 1980 öncesi dönemde tıp eğitiminde daha çok hijyen ve koruyucu hekimlik ve istatistik eğitimini ağırlıkla yürütmekte ve halk sağlığı laboratuvar çalışmaları ve hizmeti sunmaktadır. (1)

Ankara Üniversitesi

Bu dönemde Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü olan diğer üniversite 1946 yılında kurulan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesidir. 1948 yılında Prof. Dr. Zeki Faik Ural ile başlayan Hijyen ve Epidemiyoloji eğitimi Hijyen Enstitüsü ile sürdürülmüş, 1960 da yürürlüğe giren 115 sayılı Üniversite Kanunu gereğince bu enstitü Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü adını almıştır. 1965 de Övat Güray ve Sevim Yumuturuğ hijyen doçenti olmuş, kürsü 1967 den itibaren Prof. Dr. Sevim Yumuturuğ, Prof. Dr. Türkan Sungur, Prof. Dr. Arslan Tunçbilek, Öğr. Gör. Dr. Cahit Erkan'dan oluşan öğretim kadrosuyla 1982 ye kadar Hijyen ve Koruyucu Hekimlik, Epidemiyoloji, İş Sağlığı eğitimlerini sürdürmüştür. Kürsü içinde bulunan halk sağlığı laboratuvarında çeşitli kimyasal madde, su, gıda analizleri yapılmakta, laboratuvar hem eğitim hem de hizmet alanında kullanılmakta idi. Bu arada1963 yılında Eğitim Sağlık Merkezi Müdürlüğü kurularak Hıfzıssıhha Okulu öğretim üyelerinden Dr. Nevres Baykan önderliğinde Ankara`nın Abidinpaşa bölgesinde Toplum Hekimliği çalışmaları yürütülmüş ve 1968 yılında Enfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü`ne bağlı olarak çalışan "Toplum Hekimliği Enstitüsü" kurulmuştur. Enstitü 1974 yılında bağımsız statü kazanarak Toplum Hekimliği Kürsüsü adını almıştır. 1982 de Yüksek Öğretim Kanunu ile Hijyen ve Koruyucu Hekimlik kürsüsü lağvedilerek Toplum Hekimliği Kürsüsü ile birleşmiş ve Halk Sağlığı Anabilim dalı adını almıştır. (2)

Ege Üniversitesi

1955 yılında Ege Üniversitesinin kurucusu ve Almanya Hamburg Hıfzısıhha Enstitüsünde eğitim almış olan Prof. Dr. Muhittin Erel tarafından Koruyucu Hekimlik ve Hijyen Kürsüsü kurulmuş eğitimlere başlanmıştır. Erel'in çevre sağlığı, şehircilik, toplum hekimliği, tıp idaresi alanında kitap ve araştırmaları vardır. Ege Üniversitesinde 1978 de Toplum Sağlığı Enstitüsü kurulmuş ve 1982 de ikisi birleşip Halk sağlığı Anabilim dalı adını almıştır. (3)

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Hijyen ve Koruyucu Hekimliğin kurulduğu ilk yerlerden biri ise Gülhane Askeri Tıp Akademisidir. 1908 de Dr. Wieting Paşa Gülhane müdürü olduktan sonra Hijyen ve Koruyucu Tıp Enstitüsü kurulmuş, 1919-1929 yıllarında öğretim görevini Prof. Dr. Zeki Faik Ural yürütmüştür, kendisi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine geçtikten sonra (1948), kurumda eğitim öğretim Prof. Dr. İ. Şevki Atasagun, 1953 de hijyen doçenti olan Prof. Dr. Fikret Gökay tarafından sürdürülmüştür. Bu öğretim üyeleri Hıfzısıhha Okulunda da ders veren öğretim üyeleridir (1958-1961) (4)

Hıfzısıhha Okulu

1936 da Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulu kurulmuştur. Hıfzısıhha Okulu halk sağlığı eğitiminin verildiği kurumdur, hekimlere ve diğer sağlık personeline yönelik kurs ve eğitim programları düzenlenmiştir

2 Kasım 1936'da Sağlık Sosyal Yardım Bakanı Dr. Refik Saydam'ın açılışıyla fiilen öğretim işine başlayan Hıfzısıhha okulu, halk sağlığı uzmanlık eğitimi veren temel kurum olmuş, Londra Hıfzısıhha Okulu gibi yurtdışına eleman göndermiş (Dr. Muzaffer Akyol, Dr. Orhan Köksal, Dr. Nevres Baykan, Dr. Rahmi Dirican, Dr. Kemal Tural, Dr. Hamiyet Aydın, Dr. Yaşar Heperkan , Dr. Vedat Akay) ve iki yıllık yoğun halk sağlığı uzmanlık eğitimi ile birçok uzman yetiştirmiştir.

1961-62 yıllarında Dr. Nusret Fişek, Sağlık Bakanlığı müsteşarı iken Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne Halk Sağlığı Uzmanlığını koydurmuş ve eğitimin bir statü kazanmasını sağlamıştır.(5)

1980 darbesinin ardından Hıfzısıhha Okulu kapatılmış

ve 1982 Yüksek Öğretim Kanunu ile üniversitelerde farklı adlar altında olan kürsü ve enstitüler tıp fakültelerinde Halk Sağlığı Anabilim dalı altında toplanmıştır. Halk sağlığı eğitiminin üniversitede kurumsallaşması ve halk sağlıkçıları yetiştirmesi ile Hacettepe Üniversitesinin patronajında Erzurum, Kayseri, Trabzon, Samsun, Sivas, Eskişehir tıp fakültelerinde, Ankara Üniversitesi ile Diyarbakır, Antalya Tıp fakültelerinde halk sağlığı eğitimi lisans ve lisansüstü eğitim düzeyinde kurumsallaşmıştır. (6)

ÜNİVERSİTELERDE HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİ:

Üniversitelerde Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimi üniversitelerin kuruluş
tarihlerine göre farklı zamanlarda başlamıştır. Aşağıdaki tabloda üniversite halk sağlığı anabilim dallarından bildirimde bulunanlar ve web sayfalarından elde edilen bilgilere göre halk sağlığı uzmanlığının başladığı yıllar, mevcut öğretim üyesi sayısı , tıpta uzmanlık öğrencisi sayısı ve şimdiye kadar yetiştirilen uzman sayısı belirtilmiştir.

Tablo1: Üniversitelerde tarih Aralıklarına göre Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin başladığı yıl, şimdiki öğretim üyesi sayısı ve tıpta uzmanlık öğrencisi ve mezun ettiği halk sağlığı uzmanı sayısı

Tarih aralığı	Üniversite	Uzmanlık eğitiminin başladığı yıl	Öğretim üye sayısı	Tıpta Uzmanlık Öğrenci sayısı	Yetiştirdiği uzman sayısı
1936-1960	Hıfzısıhha Okulu	1936	60		98
1960-1980	Ege Üniversitesi	1955	5 prof 3 Doç	18	35
	Hacettepe Üniversitesi	1967	10 prof. 2 doç. 1 yard doç 3 öğr.gör.	30	139
	Ankara Üniversitesi	1972	7 prof 1 doç	16	45
	Dicle Üniversitesi	1972	2 prof	5	23
	Uludağ Üniversitesi	1975	1 prof 2 doç	10	36
	Atatürk Üniversitesi	1966	2 prof 3 yard doç	5	16
	Çukurova Üniversitesi	1976	4 prof 2 doç	15	36
	Erciyes Üniversitesi	1978	3 prof 2 doç 1 yard doç	8	32
	İstanbul Üniversitesi	1979	5 prof 1 doç	25	40
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	1979	5 prof 1 yard doç	14	25
1980-1999	Gazi Üniversitesi	1982	4 prof 1 öğr gör	17	42
	Osman Gazi Üniversitesi	1982	4 prof 1 yard doç	14	19

Tarih aralığı	Üniversite	Uzmanlık eğitiminin başladığı yıl	Öğretim üye sayısı	Tıpta Uzmanlık Öğrenci sayısı	Yetiştirdiği uzman sayısı
1980-1999	Dokuz Eylül Üniversitesi	1982	7 prof 1 doç	14	19
	GATA	1985	1 prof 2 doç	-	29
	Marmara Üniversitesi	1987	6 prof 3 doç	19	22
	Akdeniz Üniversitesi	1987	6 prof 3 doç	8	20
	Fırat Üniversitesi	1987	3 prof 1 doç 1 yard doç	9	16
	Cumhuriyet Üniversitesi	1987	5 prof	5	10
	Trakya Üniversitesi	1988	4 prof	11	13
	Pamukkale Üniversitesi	1994	2 prof 2 doç	12	18
	Kocaeli Üniversitesi	1995	1 doç 1 öğr gör	8	11
	Gaziantep Üniversitesi	1995	1 prof 1 yard doç	3	13
	Karadeniz Teknik Üniversitesi	1995	3 prof	10	9
	Celal Bayar Üniversitesi	1999	3 prof 1 doç	6	15
	Mersin Üniversitesi	1999	2 prof 3 doç	3	6
	Süleyman Demirel Üniversitesi	1999	2 prof	9	10
2000 +	Adnan Menderes Üniversitesi	2000	3 prof 1 doç	17	12
	Kırıkkale Üniversitesi	2000	1 prof	6	4
	Başkent Üniversitesi	2000	4 prof 2 yard doç 3 öğr gör	1	1
	Bülent Ecevit Üniversitesi	2004	2 prof 1 yarddoç	7	8
	Yüzüncü Yıl Üniversitesi	2009	2 yard doç	7	3
	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	2009	1 doç 1yard doç	3	1
	Konya Selçuk Üniversitesi	2010	2 yard doç	4	3
	Harran Üniversitesi	2011	1 Doç	3	3
	Kocatepe Üniversitesi	2011	1 doç	2	1
	Çanakkale Üniversitesi	2012	2 doç	2	1
	Necmettin Erbakan Meram Üniversitesi	2012	1 prof 4 yard doç	14	3
	Sakarya Üniversitesi	2013	1 prof	11	1
	Erzincan Üniversitesi	2014	2 yard doç	3	1
	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	2014	2 doç	5	-
	Düzce üniversitesi*	2006 (üniv. Kuruluş Tarihi)	1 doç	8	-
	Sıtkı Koçman Üniversitesi*	2006 (üniv. Kuruluş Tarihi)	1 doç	3	-
	Dumlupınar Üniversitesi*	2016	1 yard doç	2	-
	Kafkas Üniversitesi*		2 yard doç	1	

• Anabilim dallarından istenen uzmanlık envanteri gönderilmemiş olduğundan üniversite web sitelerinden alınan bilgilerle düzenlenmiştir.

Bunlar dışında Namık Kemal Üniversitesi (2006), İstanbul Medeniyet Üniversitesi (2010), Maltepe Üniversitesi (1997), Acıbadem üniversitesi (2007), Medipol Üniversitesi (2016) , Bezmialem Üniversitesi (2015), Ufuk Üniversitesi (1999), TOBB-ETÜ Üniversitesi(2013), Okan Üniversitesi (2013),Balıkesir Üniversitesi (2006), Giresun Üniversitesi (2007), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (2010), Yüksek İhtisas Üniversitesi (2013), Sağlık Bilimleri Üniversitesi (2015), Sütçü İmam Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi (2006), Bozok Üniversitesi(2016), Afyon Kocatepe Üniversitesi (2002), Adıyaman Üniversitesi (2007), Ahi Evran Üniversitesi (2006),Biruni, Yeni Yüzyıl, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi(2006)' nde uzmanlık eğitimine başlanmamıştır.

Ordu, Karabük, İstanbul Aydın, İstanbul Bilim, İstanbul Kemerburgaz, Bahçeşehir, Sanko, İstinye, Koç, KTO Karatay ve Hitit Üniversitelerinde Halk Sağlığı Anabilim dalları kurulmamıştır ve öğretim üyesi yoktur.

Yukarıda bildirimde bulunan ve web sayfalarından araştırma görevlisi(tıpta uzmanlık öğrencisi) sayıları elde edilebilen sonuçlara göre, halk sağlığı alanı kuruluşundan bu yana 860 halk sağlığı uzmanı yetiştirmiş, halen tıpta uzmanlık eğitimi alan 396 tıpta uzmanlık öğrencisi vardır.

Anabilim Dallarının Tarihçesi:

Bu bölümde üniversitelerde ve 1980 öncesinde kurulmuş, hijyen koruyucu hekimlik, toplum hekimliği adları ile eğitim yapmış, cumhuriyetten önce ve sonrasında ilk kurulmuş üniversitelerden örnekler alfabetik olarak ele alınmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı:

Toplum hekimliği kürsüsünün kuruluşunun ilk adımları 1962 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) bünyesinde koruyucu hekimlik uygulamaları ve öğrenimi ile ilgili bir komisyon oluşturularak başlatılmıştır.1963 yılında Eğitim Sağlık Merkezi Müdürlüğü kurularak Hıfzıssıhha Okulu öğretim üyelerinden Dr. Nevres Baykan önderliğinde Ankara'nın Abidinpaşa bölgesinde Toplum Hekimliği çalışmaları yürütülmüştür. Bu bölgedeki çalışmalar sonucunda 1968 yılında Enfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü`ne bağlı olarak çalışan "Toplum Hekimliği Enstitüsü" kurulmuştur. Enstitü 1974 yılında bağımsız statü kazanarak AÜTF Toplum Hekimliği Kürsüsü adını almış ve 1980 yılında fakülte tarafından yaptırılan Akdere`deki kendi binasına taşınmıştır. Prof. Dr. Nevres Baykan`dan sonra kürsü başkanlığı görevini sırasıyla Prof. Dr. Celal Sungur ve Prof. Dr. Yaşar Bilgin yürütmüşlerdir.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1982`de YÖK yasasının çıkmasından sonra Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsü ve Toplum Hekimliği Kürsüsü`nün birleştirilmesi ile oluşmuştur.

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı:

1955 yılında kurulan Ege Üniversitesinin ilk kurulan fakültelerinden biri Tıp Fakültesidir. Üniversitenin kurucusu olan ve Almanya Hamburg Hıfzısıhha Enstitüsünde eğitim gören Prof.Dr. Muhittin Erel tıp fakültesinde öncelikle Hijyen ve Koruyucu Hekimlik Kürsüsünü kurmuş, 1978 yılında Toplum Sağlığı Enstitüsü kurulmuş, 1981 de YÖK kurulmasıyla iki bölüm birleştirilerek Halk Sağlığı Anabilim dalı oluşmuştur. Yine bu birleşmeyi izleyen süreçte 1990 yılına kadar Anabilim Dalı'nda Hijyen öğretisi ağırlıklı olarak sürdürülmüş, bu tarihten günümüze kadar gittikçe yoğunlaşarak sağlığa bütüncül yaklaşımı önceleyen toplum sağlığı öğretisi hakim olmuştur(3)

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı

Bugünkü Gülhane'nin temelleri Topkapı Sarayı bahçesindeki eski Gülhane Askeri Rüştiye Okulu binasının modern bir hastane olarak yeniden düzenlenmesiyle atılmış ve Sultan II. Abdülhamid'in doğum günü olan 30 Aralık 1898'de "Gülhane Seririyat Hastanesi" adıyla hizmete girmiştir. Gülhane, ilk etkin varlığını 1909'da İstanbul Tıp fakültesinin kuruluşunda öğretim üyelerinin çoğunluğunu vererek göstermiştir. I. Dünya Savaşı yıllarında ise orduya sağlık hizmetlerinin başarıyla verilmesinde ve Çanakkale'den getirilen yaralıların tedavisinde önemli görevler üstlenmiştir. Gülhane Hastanesi, İstanbul'un işgali döneminde (1918-1923) Gümüşsuyu'na nakledilmiş ve Kurtuluş Savaşı döneminde burada hizmete devam etmiş, işgal bittikten sonra eski binalarına geri dönmüştür. II. Dünya Savaşı'nın başlaması üzerine Gülhane'nin Ankara'ya nakline karar verilmiş ve 1941'de "Gülhane Askeri Tababet Okulu ve Hastanesi" adı ile Ankara'nın Cebeci semtindeki asker hastanesi binalarında hizmete başlamıştır. 1945'te Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kurulmasında da Gülhane önemli görev üstlenmiştir. Tıp fakültesi, Gülhane bünyesinde ve kurucu kadrosundaki 14 profesörden 11'i Gülhane'den görevlendirilmiştir. Gülhane, 1947'den itibaren Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ismini almış ve 1952'ye kadar Ankara Tıp Fakültesi ile ortak faaliyet yürütmüştür

1952'de Gülhane, Cebeci'deki binalarını Tıp fakültesine bırakarak şimdi Kara Kuvvetleri Komutanlığı olan, Bahçelievler'deki binasına nakledilmiştir. Bu binaların yetersiz gelmesi üzerine 1963'te Etlik'te modern bir hastane kompleksi inşa edilmesine karar verilmiş ve Gülhane 1971'de bu yeni binalarına nakledilmiştir Ağırlıklı olarak sağlık hizmeti, uzmanlık eğitimi ve hizmet içi eğitimler vermekte olan Gülhane, 1980 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nin açılması ile birlikte asker hekim yetiştirme görevini de üstlenmiştir.

Gülhane 'de halk sağlığı eğitimi, 1957 yılında klinik direktörlüğüne atanan Prof.Dr. Necip Aziz BERKSAN ile başlar. GATA' da halk sağlığı uzmanlık eğitimi 1985 yılında başlamış ve 29 halk sağlığı uzmanı yetiştirilmiştir. Kurumda halk sağlığı laboratuvarı, çevre sağlığı ve sahra sağlık hizmetleri eğitimleri yürütülmüştür.

31 Temmuz 2016 tarihinde yayımlanan kanun hükmünde

kararname gereği, GATA Askeri Tıp Fakültesi; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi olarak yapılandırılmıştır. (4)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı:

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalının tarihçesi 1954 yılında kurulan Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ile başlamıştır. Enstitünün kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı, enstitünün çalışmalarında çocuk sağlığını korumaya ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermiştir. Toplum içi çalışmalar kırsal bölgede sağlık hizmeti sunmak ve deneyim kazanmak üzere Diyarbakır İli Bismil İlçesi'nde Dr. Sevinç Oral'ın başkanlığında bir ekiple devam ettirilmiştir.

1960'lı yıllarda ülkede hekim sayısının yetersiz olması ve diğer nedenlerle, kırsal alanda çalışacak nitelikte pratisyen hekim yetiştirilmesi gerekmiştir. Devlet Planlama Teşkilatının raporlarında mevcut tıp fakültelerine daha fazla öğrenci alınmasının yerine, yeni tıp fakültelerinin kurulması önerilmiştir. Bu arada Hacettepe'de Ankara Üniversitesine bağlı, toplum hekimliği eğitimine öncelik veren yeni bir tıp fakültesi kurulması fikri ortaya atılmıştır. Bu nedenle Hacettepe Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, 1963 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi hâline getirilmiştir. O dönemde Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi üç enstitüden oluşmaktadır; Temel Tıp Bilimleri Enstitüsü, Klinik Bilimler Enstitüsü ve Toplum Hekimliği Enstitüsü.

Toplum Hekimliği Enstitüsünün bir tıp fakültesinde açılan üç enstitüden birisi olması ile toplum hekimliği dalı tıp fakültesi içinde ilk defa ağırlık kazanmıştır. Tıp fakültesi içinde yer alan bu üç enstitü arasındaki bilimsel dayanışma kuvvetli bir şekilde devam ettirilmiştir. Klinik Bilimler Enstitüsü öğretim üyeleri, Toplum Hekimliği Enstitüsünün gereksinim duyduğu konularda bilimsel danışmanlık yaparken, Klinik Bilimler Enstitüsünün ders programları içinde Toplum Hekimliği Enstitüsünün dersleri de verilmiştir.

Toplum Hekimliği Enstitüsünün ilk direktörü (1963-1966) Prof. Dr. Doğan Karan'dır. Tıp Fakültesi'nin kuruluş gerekçesinde öğrencilere toplum hizmetine yönelik bir eğitim verilmesi öngörülmektedir. Prof. Dr. Nusret Fişek 1966 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Direktörlüğüne seçilmiş, Toplum Hekimliği Enstitüsü ve Halk Sağlığı Ana Bilim Dalının gelişmesinde büyük katkıları olmuştur.

Yükseköğretim Kurulu Yasası ile üniversitelerdeki çok sayıda enstitü arasında Toplum Hekimliği Enstitüsü de kapatılmıştır. Tıp fakültesindeki Toplum Hekimliği Bölümü'nün adı da "Halk Sağlığı Anabilim Dalı" olarak değiştirilmiş, öğretim elemanları ve özellikle araştırma görevlisi kadroları yeniden belirlenmiştir. Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün kapatılmasından sonraki dönemde, mezuniyet öncesi dersler ve mezuniyet sonrası yüksek lisans ve doktora programları Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından sürdürülmüştür. 1992 yılında, da Halk Sağlığı Enstitüsü kurulmuştur. M

Toplum Hekimliği Enstitüsü'nde öğrencilerin fakültede aldıkları teorik eğitim dışında, sahada uygulama eğitimlerini tamamlamaları amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için sahada "hizmet sunum modeli geliştirmeye" yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Bu kapsamda Toplum Hekimliği Enstitüsü 1966-1978 yılları arasında Hacettepe ve Gülveren bölgelerinde, Pediatri ve Kadın-Doğum Bilim dalları ile birlikte ana- çocuk sağlığı ve doğum hizmetlerini yürütmüştür. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Anabilim Dalı (daha sonra adı Halk Sağlığı olmuştur) ile o zamanki adıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında imzalanan protokol doğrultusunda Etimesgut ve Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri kurulmuştur. Bu kapsamda, kadrosu üniversitede olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından yöneticiliği onaylanan bir öğretim üyesi sağlık grup başkanlığını üstlenmiş ve üniversite öğretim üyeleri, asistanları ve öğrencileriyle bölgede eğitim ve araştırma çalışmalarını yürütmüştür. Adı geçen bölgelerde halka sağlık hizmeti sunumu, Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin sağlıkla ilgili diğer fakülte ve yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerinin de toplum içinde eğitiminin yanı sıra, ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği halinde, ülkenin öncelikle sağlık sorunları ile ilgili çeşitli araştırmalar yürütülmüştür.

Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitiminin başlamasından sonra bu konuda ilk ve en ciddi adımı atan üniversite Hacettepe Üniversitesi olmuştur. Ülkemizde en fazla uzmanı yetiştiren Hacettepe Üniversitesi bu alanda bir çok ilk uygulamanın da yapıldığı yerdir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının tarihçesi 1954 yılında kurulan Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Klinik ve Enstitüsü ile başlamıştır. Enstitüsünün kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı, çocuk sağlığını korumaya ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermiş ve Enstitü Hacettepe semtinde kiralanan bir binada kurulan çalışmalara başlamıştır. Bu Enstitü Ankara Üniversitesine bağlı Hacettepe Çocuk Hastanesi'nin temelini oluşturmuştur. Hacettepe Çocuk Hastanesi 1957 yılında poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti vermeye başlamıştır. Hastanesi'nin açılmasıyla beraber yürütülmekte olan ilk basamak sağlık hizmetleri hastane çevresindeki bölgede de yürütülmeye başlanmıştır. Toplum içi çalışmalar kırsal bölgede sağlık hizmeti sunmak ve deneyim kazanmak üzere Diyarbakır İli Bismil İlçesi'nde Dr. Sevinç Oral'ın başkanlığında bir ekiple devam ettirilmiştir. Bu çalışmalar Hacettepe Üniversitesinin kırsal bölge çalışmalarının başlangıcı niteliğindedir.

Ankara Üniversitesi bünyesinde bazı örgütsel değişiklikler yapılarak, 8 Temmuz 1958'de Ankara Üniversitesi Senatosu kararıyla üniversite rektörlüğüne bağlı olan Çocuk Sağlığı Klinik ve Enstitüsüne tüzel bir kişilik verilmiştir. Tüzel kişiliğe sahip olan Enstitü, bir fakülte gibi kendine bağlı yeni bölümler ve yüksekokullar açabilme özelliğine sahip olmuştur. Enstitü bünyesinde 1961 yılında Sağlık

Bilimleri Yüksekokullarına bağlı olarak yüksekokullar açılmıştır.

1960'lı yıllarda ülkede hekim sayısının yetersiz olması ve diğer nedenlerle, kırsal alanda çalışacak nitelikte pratisyen hekim yetiştirilmesi amacıyla Devlet Planlama Teşkilatının raporlarında mevcut tıp fakültelerine daha fazla sayıda öğrenci alınmasının yerine, yeni tıp fakültelerinin kurulması önerilmiştir. Bu arada Hacettepe'de Ankara Üniversitesine bağlı, toplum hekimliği eğitimine öncelik veren yeni bir tıp fakültesi kurulması fikri ortaya atılmıştır. Bu nedenle daha önce kurulmuş olan Hacettepe Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, 1963 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi haline getirilmiştir. Kuruluş döneminde Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi üç enstitüden oluşmaktadır; Temel Tıp Bilimleri Enstitüsü, Klinik Bilimler Enstitüsü ve Toplum Hekimliği Enstitüsü.

Toplum Hekimliği Enstitüsünün bir tıp fakültesinde açılan üç enstitüden birisi olması ile toplum hekimliği konuları tıp fakültesi içinde ilk defa ağırlık kazanmıştır. Tıp fakültesi içinde yer alan bu üç enstitü arasındaki bilimsel dayanışma kuvvetli bir şekilde devam ettirilmiştir. Klinik Bilimler Enstitüsü öğretim üyeleri, Toplum Hekimliği Enstitüsünün gereksinim duyduğu konularda bilimsel danışmanlık yaparken, Klinik Bilimler Enstitüsünün ders programları içinde Toplum Hekimliği Enstitüsünün dersleri de verilmiştir.

Toplum Hekimliği Enstitüsünün ilk direktörü (1963-1966) bir psikiyatrist olan Prof. Dr. Doğan Karan'dır. Tıp Fakültesi'nin kuruluş gerekçesinde öğrencilere toplum hizmetine yönelik bir eğitim verilmesi öngörülmektedir. Prof. Dr. Nusret Fişek 1966 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Direktörlüğüne atanmış, Toplum Hekimliği Enstitüsü ve Halk Sağlığı Ana Bilim Dalının ve ülkemizde halk sağlığı uzmanlığının gelişmesinde büyük katkıları olmuştur.

1980 sonrası olan gelişmeler çerçevesinde çıkan Yükseköğretim Kurulu Yasası ile üniversitelerdeki çok sayıda enstitü arasında Toplum Hekimliği Enstitüsü de kapatılmıştır. Tıp fakültesindeki Toplum Hekimliği Bölümü'nün adı da "Halk Sağlığı Anabilim Dalı" olarak değiştirilmiş, öğretim elemanları ve özellikle araştırma görevlisi kadroları yeniden belirlenmiştir.

Hacettepe Üniversitesinde halk sağlığı uzmanlık eğitimi alanında başlatılan ve daha sonra diğer üniversiteler tarafından da benimsenen bazı uygulamalar şunlardır:

1- Gülveren AÇS Merkezi: Araştırma görevlilerinin (asistanların) kuramsal eğitimler yanında uygulamalı eğitimleri öncelikle ele alınmış ve alanda hizmet sunum modeli geliştirilmeye yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Bu amaçla, açılan ilk yer Gülveren bölgesine ana ve çocuk sağlığı konusunda hizmet vermek üzere, Peditari ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalları ile birlikte kurulup işletilen kuruluştur. Gülveren Ana Çocuk Sağlığı Merkezinde hem ayaktan hem de yatırılarak koruyucu ve tedavi hizmeti verilmekteydi. Halk sağlığı araştırma görevlileri de bu merkezde çalışarak uygulamalı eğitim alırlardı. Bu eğitimler içinde aile planlaması eğitimlerine özel önem verilirdi. Merkezde araştırma görevlileri yanı sıra tıp öğrencilerinin pediatri, kadın hastalıkları ve doğum ve halk sağlığı staj eğitimleri de verilmiştir. Bu merkez 1966 – 1978 yılları arasında hizmet vermiş, bir süre Sağlık Grup Başkanlığı olarak görev görmüştür.

2- Etimesğut ve Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri: Hacettepe Üniversitesi ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında imzalanan işbirliği protokolleri uyarınca 1964 yılında Etimesğut, 1974 yılında Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri (SEAB) kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli içinde bu iki bölge birer "sağlık grup başlanlığı" olarak çalışmaktaydı. Protokole göre, sağlık grup başkanı Hacettepe Üniversitesi öğretim elemanı idi. Her bölgede birer Bölge Hastanesi vardı ve bu hastanelerin uzmanları da Üniversite kadrosundaydılar. Ayrıca, bölgedeki sağlık ocaklarında Üniversitede eğitim alan halk sağlığı araştırmaları görevlileri sorumlu hekim olarak çalışırdı. Bölgede görevli diğer bütün sağlık personeli ve idari personel Bakanlık çalışanları idi. Bölgelerde, Üniversite araştırma görevlileri, tıp ve sağlıkla ilişkili diğer okul öğrencilerinin eğitimleri yanı sıra Bakanlık elemanlarının da eğitimleri yapılırdı. Bölgelerde yürütülen önemli bir işlevi de yürütülen araştırmalar olmuştur. Bu araştırmalar arasında çok sayıdaki intern ve tez araştırmaları yanı sıra Bakanlık tarafından talep edilen ve desteklenen araştırmalar yürütülmüştür. Bunlar arasında önemli araştırmalardan birisi de, 1976 – 1978 yılları arasında yapılan ve ebe ve hemşirelere rahim içi araç takma yetkisi verilmesi için yasa değişikliğinin yolunu açan "Hekim Dışı Sağlık Personelinin Aile Planlaması Uygulamalarında Kullanılması" başlıklı araştırma sayılabilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasına son verilmesi nedeniyle bu bölgelerin çalışmaları da sonlandırılmıştır.

3- Çift Dal Uzmanlığı : Halk sağlığı uzmanlığı eğitiminin Hacettepe Tıp Fakültesinde başladığı yıllarda halk sağlığı uzmanlığı yanında bir de klinik dallardan birinde zorunluluk olmaksızın uzmanlık eğitimi almaları araştırma görevlilerinden beklenirdi. Bu klinik dallar genellikle dört ana dal (Pediatri, İç hastalıkları, Kadın hastalıkları ve doğum, Psikiyatri) idi. Bu ikinci dalda uzmanlık eğitimi 1980 'li yılların başına kadar sürmüştür. Bu uygulamanın gerekçesi, Prof. Fişek tarafından şöyle açıklanmıştır: "Halk sağlığı uzmanlık olma yanında bir felsefedir. Bu felsefeye göre yetiştirilmiş klinik uzmanların artması ülkenin yararına olur. Dolayısıyla, iki uzmanlığı olan kişiler çalışmalarına klinik dalda devam etseler de, bu durum tıp eğitimi ve uygulamaları açısından bir avantajdır." Öte yandan, iki uzmanlık eğitimi halk sağlığı uzmanlık eğitimine başlamak için çekici bir

unsur olmuştur. Çünkü, halk sağlığı araştırma görevlileri ikinci dalda eğitime başlamak için kadro beklemeksizin ve bir sınava girmeksizin o dalda eğitimlerine başlardı.

4- Ulusal Halk Sağlığı Kursları: Hacettepe Üniversitesi halk sağlığı alanında öncü olmanın ve en fazla ve değişik alanlarda uzmanlaşmış öğretim üyesine sahip olması nedeniyle halk sağlığı uzmanlık eğitimlerinin ulusal düzeyde standartlaştırılması, yaygınlaştırılması ve diğer üniversiteleri destekleme konularında sorumluluk alarak 1976 yılında "ulusal halk sağlığı kursu" uygulamasını başlattı. İki yılda bir düzenlenen bu kurslar, başlangıçta 6 aylık bir paket program *(biyoistatistik, bulaşıcı hastalıklar, epidemiyoloji, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, uluslararası sağlık, ikinci bölüm afetlerde sağlık yönetimi, çevre sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği ve üçüncü bölüm bulaşıcı olmayan hastalıklar, çocuk ve ergen sağlığı, kadın ve üreme sağlığı, okul sağlığı, toplum beslenmesi, yaşlı sağlığı ve hastalıkları vb)* şeklinde verilirken giderek biçim değiştirmiş ve parçalı ve modüler yapılmaya başlanmıştır. Halen devam eden bu uygulamaya diğer fakültelerden de araştırma görevlileri katılabilmektedir. Benzer kurslar daha sonra 9 Eylül Üniversitesi tarafından da yapılmaya başladı.

5- Uluslar arası kuruluşlarla işbirliği: Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere çeşitli uluslar arası sağlık kuruluşu ile işbirliği protokolleri imzalanarak, pek çok araştırma yürütüldü ve eğitim merkezleri kurularak bu kuruluşların uluslar arası kurslarının Hacettepe Üniversitesinde yapılması, aynı zamanda bu kuruluşlar adına diğer ülkelere danışmanlık yapılması sağlandı. Bu merkezler arasında iki tanesi öne çıkmaktadır: a) Dünya Sağlık Örgütü Aile Planlamasında Hizmet Araştırmaları İşbirliği Merkezi *(WHO Collaborating Center for Service Research Aspects of Family Planning)*; b) Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İşgücü Geliştirme İşbirliği Merkezi *(WHO Collaborating Center for Health Workforce Development)*

6- Halk Sağlığı Enstitüsü: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin kuruluş aşamasında Toplum Hekimliği Enstitüsünün oynadığı önemli rolden söz edilmişti. Bu enstitünün kapatılmasından sonra o zamanlar Anabilim Dalı Başkanı olan Prof. Dr. Nusret Fişek bir "halk sağlığı enstitüsü" kurulması için yoğun bir çaba içinde oldu. Sonunda, 1992 yılında YÖK yasasında yapılan bir değişiklikle Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü kuruldu. Ancak, zamanın Rektörü tarafından uzunca bir süre aktif hale geçirilmeyen Enstitü 2012 yılında canlandı ve Enstitü bünyesinde 5 anabilim dalı kuruldu. Enstitüye bağımsız bir yerleşim alanı sağlandı, akademik kadrolar ayrıldı; Enstitü gerek yerel gerekse uluslar arası araştırmalar yürütmeye başladı. Ayrıca, o zamana kadar Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen halk sağlığı ile ilgili Yüksek lisans ve doktora eğitimleri *(halk sağlığı, epidemiyoloji, iş sağlığı, çevre sağlığı, sağlık yönetimi, toplum beslenmesi, afetlerde sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi)* bu Enstitüye devredildi. Böylece, Tıp Fakültesi bünyesindeki Halk Sağlığı AD ile doğrudan Rektörlüğe bağlı olan Halk Sağlığı Enstitüsü birlikte daha güçlü bir kadroya sahip oluyor, farklı disiplinlerden daha rahat eleman sağlama olanağına kavuşuyor, uluslar arası ilişkilerde daha güçlü bir statüye kavuşuyor, ayrıca halk sağlığı alanındaki mezuniyet sonrası eğitimleri daha bağımsız yürütebilme imkânını elde ediyordu. Enstitünün hedefi diğer ülkelerde de örnekleri olduğu gibi bir Halk Sağlığı Okulu olarak gelişmekti. Enstitü halen açık ve faal olmakla birlikte, 2016 yılında yüksek lisans ve doktora programları yeniden Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlandı, anabilim dallarının sayıları azaltıldı, öğretim üyelerinde azalma oldu, sonuç olarak, Enstitünün çalışmaları ve gücü zayıflatıldı, halk sağlığı okulu hedefi askıya alınmış oldu.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

1945 de Almanya'dan kaçmak zorunda kalan tıp profesörlerinden Julius Hirsch tarafından Hijyen ve Koruyucu Hekimlik bölümünün kurulmasıyla başlayan bugünkü adıyla halk sağlığı eğitimi,1941 de askeri tıbbiye kökenli hijyen doçenti Prof.Dr. Zeki Ragıp Yalım, 1950'de hijyen dersleri içinde biyoistatistik derslerini veren Prof. Dr. Sıtkı Velicangil, Prof. Dr. Övat Güray, Sosyoloji doçenti olan Prof. Dr. Yakut Irmak Özden ve Halk sağlığı uzmanı Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım'ın anabilim dalı başkanlığı ile sürdürülmüştür. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ana bilim dalı 1980 öncesi dönemde tıp eğitiminde daha çok hijyen ve koruyucu hekimlik ve istatistik eğitimini ağırlıkla yürütmekte ve halk sağlığı laboratuvar çalışmaları ve hizmeti sunmaktadır. 1979 da halk sağlığı uzmanlık eğitimine başlayan anabilim dalında 40 uzman yetişmiştir.

Diğer Üniversiteler

Günümüzde Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi veren 46 Üniversite Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi verildiği, bu eğitime farklı tarihlerde başlandığı ve bu eğitimi sürdürdükleri görülmektedir. Eğitimde halk sağlığı uzmanlık eğitiminde anabilim dallarının ulusal çekirdek eğitim programını temel aldıkları görülmektedir. Bazı bölümler tıpta uzmanlık öğrencilerini Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalının düzenlediği uzmanlık eğitimine ve Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalının düzenlediği Halk Sağlığında Temel Konular (HASAT) ve Sağlık Yönetimi kurslarına ve Sigara Bırakma , Acil Yardım, Afet Yönetimi gibi üniversitelerce düzenlenen kurslara göndermektedirler.

İncelememize göre 2017 itibariyle Halk Sağlığı uzmanlık eğitimine başlanmamış olan 22 üniversite, halk sağlığı anabilim dalı ve öğretim üyesi olmayan 11 üniversite vardı

ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMI

Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin süresi başlangıçta 2 yıl idi; daha sonra önce 3 yıla, sonra 4 yıla çıkartıldı. Önceleri, değişik üniversitelerde az çok farklı programlar uygulanırdı. Tıpta Uzmanlık Kurulunun kurulmasını izleyerek oluşturulan müfredat geliştirme sistemi (TUKMOS) bütün tıp dallarında olduğu gibi halk sağlığı uzmanlık eğitimini de ülke düzeyinde standart hale getirmek amacıyla HASUDER'in de katılımı ile bir dizi çalışma sonunda halen uygulanmakta olan (12.10. 2017 versiyonu / V.2.3) bir çekirdek eğitim müfredatı geliştirildi. TUKMOS tarafından yayınlanan belge halk sağlığı uzmanlığının, daha önce HASUDER tarafından yapılmış olan görev tanımını kabul etmekte ve çekirdek eğitim müfredatını bu tanıma dayandırmaktadır. Bu belge, Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık eğitiminin geldiği son aşamadır. Söz konusu belgede şöyle denilmektedir:

"….. Halk sağlığı uzmanı toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptayan, sağlık politikaları geliştirerek çözümler üreten, halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapan, bu programların yürütülmesinde görev alan, sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapan hekimdir. Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk sağlığı uzmanı, bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı, araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır.

Yukarıdaki görev tanımından da anlaşılacağı gibi, halk sağlığı uzmanlığı dalı, tıpkı bir klinisyenin bireylerdeki hastalıkları teşhis ve tedavi ettiği gibi, toplumdaki sağlık sorunlarını teşhis edip bunları iyileştirmeye, halkın sağlık düzeyini yükseltmeye çalışan bir tıp dalıdır. Halk sağlığı uzmanı, hizmetleri planlayan, yöneten ve denetleyen konumdadır. Halk sağlığı bilim dalı, kuramsal eğitimi yönünden evrenseldir. Ancak,uygulama olarak halk sağlığı uzmanlığı yereldir. Çünkü halk sağlığı uzmanı hangi topluma hizmet veriyorsa, o toplumun sağlık sorunlarını bilmek ve çözmek durumundadır.

Halk sağlığı uzmanlığı eğitiminin amacı, bir hekime hizmet verdiği toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve iyileştirmeye yönelik bilgi ve beceri kazandırmaktır. Bu kapsamda uzmanlık eğitimi süresince afet yönetimi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, epidemiyoloji, erişkin sağlığı, yaşlı sağlığı, iş sağlığı, kadın sağlığı / üreme sağlığı, *kazalar ve yaralanmalar, kronik hastalıklar, laboratuvar hizmetleri, okul sağlığı, ruh sağlığı, sağlık demografisi, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi, tıbbi sosyoloji ve antropoloji, toplum beslenmesi ve uluslar arası sağlık konularında gerekli bilgi ve becerileri edinilmesi amaçlanmıştır. Bu müfredat içeriğinde halk sağlığı uzmanı için mutlaka ulaşılması gereken temel yetkinlik hedefleri belirlenmiştir. Uzmanlık eğitimi programları tarafından uygun görülen diğer yetkinlik hedefleri bu temel yetkinlik hedeflerine genişletilmiş müfredat yoluyla eklenebilir."*

Halk sağlığı uzmanlığı eğitimi kuramsal eğitim, klinik rotasyonlar, saha çalışmaları, tez hazırlama aşamalarından oluşmaktadır. Kuramsal eğitim ders, seminer, kurs şeklinde yürütülebilir ve şu temel olarak: "Halk Sağlığı Kavramı, Epidemiyoloji, Biyoistatistik, Sağlık Yönetimi, Sağlık Politikaları, İş Sağlığı, Çevre Sağlığı, Bulaşıcı Hastalıklar, Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı, Çocuk ve Adolesan Sağlığı, Okul Sağlığı, Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar, Sağlığı Geliştirme, Sağlık Eğitimi, İletişim, Demografi, Sağlık Sosyolojisi ve Antropolojisi, Toplum Ruh Sağlığı, Toplum Beslenmesi, Sağlık Ekonomisi, Olağanüstü Durumlar ve Afet Yönetimi, Halk Sağlığı Etiği, Kazalar, Yaralanmalar ve Kontrolü, Özel Gruplara" konularını kapsar.Halk sağlığı uzmanlığı eğitimi süresince (ilk iki yıl) yapılacak olan klinik rotasyonlar ve süreleri şöyledir:

Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji: 1 ay

Kadın hastalıkları ve doğum: 1 ay

İç hastalıkları: 1 ay

Çocuk sağlığı ve hastalıkları: 1 ay

Göğüs hastalıkları: 1 ay

Ruh sağlığı ve hastalıkları: 1 ay

Halk Sağlığı uzmanlığı eğitiminin üçüncü ve dördüncü yı

lında, belirlenmiş yetkinlikleri karşılayacak şekilde, ilgili programın uygun gördüğü kurum ve kuruluşlarda toplam 6 ay uygulamalı saha eğitimleri yürütülür.Uzmanlık eğitiminin değerlendirilmesi ara sınav(lar), asistan karnesi ve tez savunması ile yapılır. Ayrıca, halk sağlığı ile ilgili en az bir saat süren sözlü değerlendirmeyi başarıyla tamamlamak zorundadır."

YAN DAL UZMANLIĞI: önü

Üniversitelerarası Kurulun 4.2.1984 tarihli toplantısında kabul edilen Şubat 1984'de basılan Doçentlik Bilim dallarında Halk Sağlığı bilim alanı altında bilim dalı olarak, halk sağlığı, hijyen, koruyucu hekimlik, iş sağlığı, sağlık kurumları yöneticiliği ve sahra sıhhi hizmetleri sıralanmıştı. Daha sonra 2000 yılında Yüksek Öğretim Kurumu halk sağlığında alt alan olarak Halk Sağlığı ve İş Sağlığını tanımladı. Bu alanlarda tıpta uzmanlık kurulu yan dal uzmanlığı müfredatı belirlememiş ve yan dal uzmanlığı kararı almamıştı. Sağlık Bakanlığında yürütülen komis-

yon çalışmalarında halk sağlığı alanında çok sayıda yan dal önerilmişse de, Tıpta Uzmanlık Kurulu 2011 den itibaren Halk Sağlığı Yan Dal Uzmanlık eğitimi programı 3 alanda belirlemiştir:

1. Çevre Sağlığı
2. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları
3. Epidemiyoloji

Bu programlardan epidemiyoloji ve iş sağlığı ve meslek hastalıkları yan dal eğitimi tıpta uzmanlık kurulunun kararına bağlı olarak ortak programlar olarak iki ya da üç anabilim dalının yan dalı olarak belirlenmiştir. Bir anabilim dalı program yürütücüsü olarak tanımlanmaktadır. 2017 itibariyle kabul edilmiş olan programlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

YÜKSEK LİSANS VE DOKTORA EĞİTİMİ:

Yüksek lisans ve doktora eğitimleri 1982 YÖK kanunundan sonra Sağlık Bilimleri Enstitüleri bünyesinde açılmıştır. Ancak bu tarihten önce kurulmuş enstitüler bünyesinde sunulan lisansüstü eğitimler de vardır. Her anabilim dalının bu eğitimlere başlama tarihleri farklıdır, bu durum üniversitelerde halk sağlığı anabilim dallarının kuruluşu ve öğretim üyesi sayısı ile ilişkilidir. Adnan Menderes, Akdeniz, Çanakkale, Kırıkkale, Mustafa Kemal, GATA, İstanbul Medeniyet, Kocaeli, Namık Kemal, Uludağ, Çukurova Üniversiteleri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı anabilim dallarında halk sağlığı yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin olmadığı bildirilmiştir. Bunlara tıpta uzmanlık eğitiminin olmadığı, sadece tek öğretim üyesi ile lisans eğitim sunan genç üniversiteler de dahil edilebilir. Bunun dışında, 23 üniversitede halk sağlığı yüksek lisans ve/veya doktora eğitimi vardır ve sürdürülmektedir . Bunlar Bülent Ecevit, Cumhuriyet, Başkent, Erzurum Atatürk, Eskişehir Osman Gazi, Fırat, Gaziantep, Marmara, İstanbul, Karadeniz Teknik, Ondokuz Mayıs, Pamukkale, Süleyman Demirel, Trakya, Erciyes, Mersin, Ege, Dicle, Gaziosman Paşa, Hacettepe, İzmir Katip Çelebi, Konya Selçuk, Necmettin Erbakan Üniversiteleri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Aanabilim dallarıdır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora eğitimi olmamakla beraber Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans ve İş Sağlığı doktora programı mevcuttur. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanısıra Epidemiyoloji, İş Sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi, Beslenme ve Gıda Bilimleri, Çevre Hekimliği, Afetlerde Sağlık yüksek lisans ve Epidemiyoloji, İş sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi doktora programları vardır. Gazi üniversitesinde Halk sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanısıra Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi, İş Sağlığı ve Güvenliği yüksek lisans programları vardır ve bu programlar İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalında da mevcuttur. İstanbul Üniversitesinde ve Dokuz Eylül Üniversitesinde Halk sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanısıra İş Sağlığı ve Güvenliği yüksek lisans programı mevcuttur.

Anabilim dallarından edinilen bilgilere göre Halk Sağlığı Yüksek Lisans ve Doktora programları, verdikleri mezun sayısı ve halen eğitimini sürdüren öğrenci sayıları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo 2. 2017 yılı itibariyle kabul edilmiş Epidemiyoloji ve İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Yan dal uzmanlığı programları:

Program Adı	Üniversite Adı	Anabilim dalları
Epidemiyoloji	Hacettepe	Halk Sağlığı, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji
Epidemiyoloji	Dokuz Eylül	Halk Sağlığı, Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyoloji
Epidemiyoloji	Ankara	Halk Sağlığı, Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyoloji
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Hacettepe	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Dokuz Eylül	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	İstanbul	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Ege	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Araştırma Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve İç Hastalıkları	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları

Not: Bold yazılı anabilim dalları program yürütücüsü olarak belirlenmiştir.

Çevre Sağlığı Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminin yan dalıdır. Bu program, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmektedir.(19,20,21,22)

Tablo 3. Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora programı olan üniversite anabilim dalları, öğretim üyesi, öğrenci ve mezun sayıları

Üniversite Anabilim Dalı	Yüksek Lisans	Doktora	Öğretim Üyesi sayısı	Yüksek Lisans Mezun Sayısı	Yüksek Lisans Öğrenci sayısı	Doktora Mezun sayısı	Doktora Öğrenci Sayısı
Atatürk Üniversitesi	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	2 Prof 3 Y. Doç	16	3	-	2
Başkent	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	4 Prof 2 Y. Doç	5	4	2	3
Bülent Ecevit	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	4 Prof 2 Y. Doç	5	4	2	3
Celal Bayar	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	3 Prof 1 Doç	-	11	-	35
Cumhuriyet	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	5 Prof	8	14	17	3
Dokuz Eylül	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı İş Sağlığı	7 Prof 1 Doç	65	15	45	6
Ege	Halk Sağlığı İş Sağlığı ve İş Güvenliği	Halk Sağlığı	5 Prof 3 Doç	4	18	32	3
Erciyes	Halk Sağlığı Biyoistatistik	Halk sağlığı	3 Prof 2 Doç 1 Y.Doç	22	45	102	27
Gazi	Halk Sağlığı Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi İş sağlığı ve Güvenliği	Halk Sağlığı	4 Prof 1 Öğr.G	240	27	26	9
Gaziantep	Halk Sağlığı	-	1 Doç 1 Y.Doç	11	1		
Gaziosman Paşa	Halk sağlığı	-	1 Prof 2 Y. Doç	5	5		

Üniversite Anabilim Dalı	Yüksek Lisans	Doktora	Öğretim Üyesi sayısı	Yüksek Lisans Mezun Sayısı	Yüksek Lisans Öğrenci sayısı	Doktora Mezun sayısı	Doktora Öğrenci Sayısı
Hacettepe	Halk sağlığı	Halk sağlığı	10 Prof 3 Doç 1 Y.Doç	176	72	63	48
İstanbul	Halk Sağlığı İş sağlığı Güvenliği	Halk sağlığı	5 Prof 1 Doç	49	18	40	30
Karadeniz Teknik	Halk Sağlığı	-	3 Prof	11	29	-	-
Konya Selçuk	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	2 yard doç	5	19	7	19
Marmara	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	6 Prof 3 Doç	19	41	14	2
Necmettin Erbakan	Halk sağlığı	Halk sağlığı	1 Prof. 4 Y.Doç	-		32	-
Ondokuz Mayıs	-	Halk sağlığı	5 Prof 1 Y.Doç		-	5	9
Osman Gazi	-	Halk Sağlığı	4 Prof 1 Doç	-	-	-	2
Pamukkale	Halk Sağlığı	-	2 Prof 2 Doç	15	6	-	-
Süleyman Demirel	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	2 Prof	27	21	2	2
Trakya	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	4 Prof	34	22	2	6
Ankara*	Epidemiyolji Halk Sağlığı Hemşireliği	İş Sağlığı	7 Prof 1 Doç	54	13	18	6

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD da yüksek lisans ve doktora programları halk sağlığı adı altında değildir.

Tabloda görüldüğü gibi, tarafımıza bildirimi ulaşan halk sağlığı ve ilgili alanlarda yüksek lisans derecesi alarak bilim uzmanı ünvanı alan sayısı 830, halk sağlığı ve iş sağlığı gibi diğer alanlarda doktora derecesi almış mezun sayısı 383 dur.

KAYNAKLAR

1. www.istanbultip.istanbul.edu.tr.tarihçe, Namal F;A: İstanbul Tıp fakültesi Kısa Tarihçesi, erişim tarihi 5.1.2018
2. Ege R, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 50.Yılı, Ankara, 1996
3. http:// halksagligi/ med.ege.edu.tr/ tarihçe
4. http:// gulhanetip.sbu.edu.tr/ HalkSagligiAnabilimDali
5. Nusret Fişek ile Söyleşi (18 mart 1986) ,Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 3 Kasım 1992
6. Özyurda F., Halk Sağlığı Uzmanlığının Geçmişi Geleceği ve Yeterlik Kurulu Çalışmaları, 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s:42-49, 15-19 Mart 2017,Antalya
7. Gören S, Gürsel M. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu 25. Yıldönümü (2 Kasım 1936-2 Kasım 1961) Tarihçe ve Çalışmaları. Hıfzıssıhha Okulu Yayınları Ankara: 1961
8. TC Resmi Gazete Tarih: 04.01.1941, Sayı: 4703
9. Hamzaoğlu O. Dünyada ve Türkiye'de Hekimlerin Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi ve Türkiye İçin

Öneriler. Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara: 1991
10. Doğan A E. Hıfzıssıhha Okulu ve Nusret H. Fişek (1958-1965). Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı, Ankara: 2005
11. Akyol M. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu, Yayınlanmamış Doküan. Ankara: 1977
12. Başkök C. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu, Yayınlanmamış Doküman. 1974,
13. Akyol M. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu. Yayınlanmamış Doküman. 1980
14. Ankara Enstitüsü Vakfı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu. Web Sitesi: http://aev.org.tr/baskent-tarihi/23-harita-10-samanpazari-cebeci/198-refik-saydam-hifzissihha-enstitusu-ve-hifzissihha-okulu.html Erişim: 08.07.2017
15. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/tarihce.php
16. Yurdakök M. Gecekondudan Üniversiteye Hacettepe Çocuk Hastanesi Tarihi. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 1992, Ankara
17. Ertuğ C. Türkiye'de ve Dünya'da İhsan Doğramacı Olayı. Komat Matbaacılık, 1996, Ankara
18. Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No: 16, 1981, Ankara.
19. TUKMOS, Epidemiyoloji, Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 4.6.2013
20. TUKMOS, Çevre Sağlığı, Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 4.6.2013
21. TUKMOS, İş ve Meslek Hastalıkları, Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 4.6.2013
22. www. tuk.saglik.gov.tr

HIFZISSIHHA OKULU TARİHİ

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

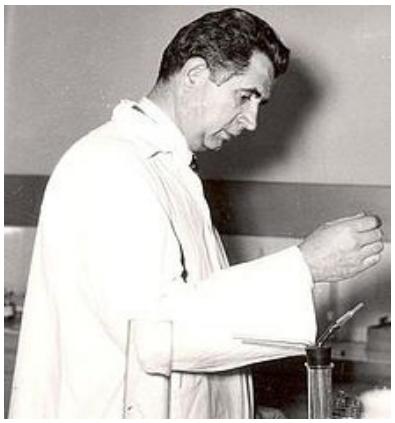
Hıfzıssıhha kelimesi aslında iki ayrı kelimeden oluşmaktadır: Hıfz (korumak) ve Sıhha (sağlık), kısaca Sağlığı Koruma Okulu. Günümüzde bu terim yerini " Halk Sağlığı Okulu" (School of Public Health) terimine bırakmıştır.

YASAL ÇERÇEVE VE ÖRGÜTLENME

17 Mayıs 1928 tarihinde kabul edilen 1267 Sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığına bağlı bir "Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi" kuruluyordu. Adı geçen Kanunun yine Sağlık Bakanı Dr.Refik Saydam döneminde çıkartılan iki önemli kanun olan, Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz'ı İcrasına Dair Kanun ile Umumi Hıfzıssıhha Kanunundan önce yayınlanmış olması dikkat çekicidir. Kanunun 6. Maddesi Müessesenin "Sağlık memurları ile ve diğer hekimlerin genel ve toplum sağlığı konularında geliştirme eğitimi" yapmasını öngörüyordu. Ancak Müessesenin aşı üretimi ve diğer laboratuar bölümleri kurulup çalışmaya başladığı halde eğitim görevleri yerine getirilememiştir. 1267 Sayılı Yasa da zaten 4.1.1941 tarihinde aşağıda sözü geçecek yasa ile yürürlükten kaldırılmıştır(1).

Hıfzıssıhha Okulunun yapısı ve işlevleri ilk kez 23. 6. 1936'da yayınlanan 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Örgüt ve Personel Yasası ile belirlenmiştir. Bu yasa Okulun kuruluş yasası olarak nitelendirilmektedir. Yasada kurulu bulunan Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi, Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebi olarak ikiye ayrılıyordu. Her kurumun ayrı bir Müdürü olacaktı. Yasanın 23. maddesi Mektebin görevlerini " Genel, bağımlı ve özel idareler ile belediyelere ve sanayi kurumlarına ait hekimlerin genel ve toplum sağlığı konularında ve yönetim görevlerin ait geliştirme eğitimi yapacağı gibi, genel sağlık ile ilgili olan kültür bakanlığı sağlık müfettişleri ve öğretmenleri ile sanayi ve tarım müfettişleri ve mühendislik gibi diğer meslek guruplarına da, görülecek lüzum üzerine, geliştirme kursları verir" olarak belirlemiştir. Okul bir sürekli eğitim kurumu olarak düşünülmüş ve ilk yasadan farklı olarak multidisipliner eğitimi hedeflemişti. Okul 2 Kasım 1936'da dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından açılmıştır. Açılış nutkunda Refik Saydam sağlık hizmetlerinin amacının insan yaşamını verimli kılmak ve sağlıklı olarak uzatmak olduğunu belirtiyor, hekimin koruyucu hizmetlerdeki görevinin önemini vurguluyor, sadece hastalara hizmetinde değil sağlam insanların sağlıklarının korunmasında da önemli rolü olduğunu söylüyordu (1).

Okulun yapı ve görevleri ile ilgili daha kapsamlı bir yasa, " Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesi Teşkiline Dair Kanun" 4.1. 1941 tarihinde 3959 sayı ile yayınlanmıştır. Bu yasaya göre Okul, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatına bağlı, bütçesi bakanlık program bütçesi içinde yer alır ve " Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının gerek görmesi ve düzenleyeceği programlar üzerine tabipler ve diğer sağlık personeline, eczacı ve kimyagerlere, küçük sağlık mamurlarına genel ve kişisel sağlık ile bunlardan memur olanların sağlık, fen, ve idari görevlerine ait uygulamalı ve teorik geliştirme eğitimi vermek, her türlü bilimsel konulara ait konferanslar düzenlemek ve yayın yapmakla" görevlidir. Okul ayrıca maarif sağlık müfettişleri, ziraat müfettişleri, öğretmenler, mühendisler, iş müfettişleri ve gerek görülen diğer mesleklere sağlık ve tıp konularında geliştirme eğitimleri verecekti. Dersler için gerekli uygulama laboratuarları ve eğitici örnekler içeren müzeler kurulacaktı. Bakanlık uygun gördüğünde yabancı uzmanlar çalıştırılabilecekti. Bu yasayla 1928 yılında kabul edilmiş Müessese yasası da kaldırılıyordu. Yasa ile Okulun temel görevinin, kapsamı genişlemekle beraber " Geliştirme eğitimi olduğu" tekrar vurgulanmaktadır. Ancak bu göreve konferanslar vermek, yayın yapmak ve müzeler kurmak da eklenmiştir(2). Okul Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsüne bağlı bir şube düzeyine indirilinceye kadar işlevlerini bu yasaya göre yürütmüştür.



FOTOĞRAF 1. Dr. Nusret Fişek Enstitü Laboratuarında çalıştığı günlerde

1958 yılında Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Biyolojikler ve Antibiyotikler Kontrol Şefi olarak çalışan Mikrobiyoloji Doçenti Nusret H. Fişek Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olarak atandıktan sonra Okulda bir reorganizasyona gidilmiş ve 12 şube kurulmuştur. Okul Dünya Sağlık Örgütünden aldığı yardımlarla yeni laboratuarlar açmış, yeni eğitimlere ve araştırmalara başlamıştır. 1960 yılında

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığına atanan Dr Fişek 1965 yılı sonuna kadar Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü görevini de sürdürmüştür.

Daha sonraki yıllarda Okulun çalışmalarını düzenlemek üzere çeşitli yönetmelik ve yönergeler çıkartılmıştır. Bunlara göre yeni iç örgütlenme modelleri oluşturulmuştur.

12 Eylül 1980 askeri darbesi sonrası Okulun talihsiz bir dönemidir. Önce 1982 yılında, mevcut yasaya aykırı olarak Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü Enstitü Müdürlüğüne bağlanmış, 1983 yılında ise, son Okul müdürü Dr. Muzaffer Akyol emekli olmuş, Bakanlık oluruyla Okul kapatılmış ve çalışanları yurt içindeki çeşitli kurumlara dağıtılmışlardır. 1984 yılında çıkan bir Bakanlar Kurulu Kararı ile Okulun kadroları lağvedilerek Okul işlev olarak da sonlandırılmış oldu (3).

Sağlık Bakanlığı personel eğitimi, araştırmalar, yayınlar gereğini yine duydu. 2003 yılında, 1941 tarihli Hıfzıssıhha Müessesesi kuruluş yasasının halen yürürlükte olması göz önüne alınarak Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Başkanlığına bağlı olarak bir "Hıfzıssıhha Mektebi" açıldı. Mektep 2012 yılına kadar Sağlık Bakanlığı adına pek çok önemli araştırma yürütmüş, yayınlar yapmıştır. Bunlar arasında Ulusal Hastalık Yükü, Ulusal Hane Halkı araştırmaları ve Ulusal Sağlık Hesapları çalışması sayılabilir. Ayrıca sağlık yöneticilerine yönelik 3-5 günlük kısa kurslar da verilmiştir. Ancak 2.10.2011 tarihinde yayınlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık bakanlığı yeniden örgütleniyor ve 4.1.1941 tarihli Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Kanunu yürürlükten kaldırılarak hem Hıfzıssıhha Okulu ve Hıfzıssıhha Mektebi hem de kardeş kuruluş Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü yasal olarak da sona erdiriliyordu.

Hıfzıssıhha Okulu açılışından beri çok nitelikli, kendi konularında uzman, uluslararası önem taşıyan müdürlerce yönetilmiştir. Bunlar tarih sırasına göre aşağıda verilmektedir.

Ralph K. Collins 1936-40

Mahmut Sabit Akalın 1941-44

Kamil İdil 1945

Vefik Vassaf Akkan 1946-49

Kadri Olcar 1953-1957

NusretH Fişek 1958-65

Nevres Baykan 1966-71

Cahit Başkök 1971-74

Muzaffer Akyol 1974-82

Mustafa Soyuer 1982-1983

1949-1953 yılları arasında Okul AnkaraTtıp Fakültesine devredildiğinden kimin müdürlük yaptığı öğrenilememiştir. Müdürlerden Dr. Kamil İdil 1938-39 yılları arasında ABD Johns Hopkins Üniversitesinde Hıfzıssıhha ihtisası yapmış, Dr. Kadri Olcar ise 1936-38 yıllarında aynı kurumdan Hıfzıssıhha doktorası almıştır (1).

Müdürlerin hemen hepsi Oklun gelişmesi için yararlı örgütlenme önerileri getirmişler, dar boğazları belirtmişler, raporlar hazırlamışlarsa da bunlar uygulanamamıştır. Son yıllarda Okula herhangi bir gereksinim belirtilmediği halde, niteliksiz personelin Bakanlıkça atanması yöneticileri güç durumda bırakmıştır. Okulun son Müdürlerinden Sayın Dr. Muzaffer Akyol ile ilgili anılarım Hocam Dr. Muzaffer Akyol bölümünde verilmiştir.

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİM ÇALIŞMALARI

1936-1940

Hıfzıssıhha Okulu kuruluşunda Rockfeller Vakfından 280 000 ABD Doları yardım almıştır. Rockfeller Vakfı Hıfzıssıhha ile aynı dönemde açılmış bulunan Zagreb, Tahran ve İskenderiye Halk Sağlığı Okullarına da destek sağlamıştır. Okulun ilk müdürü Dr.Ralph. K. Collins yine Rockfeller Vakfı desteği ile atanmıştır. Daha sonraki yıllarda Rockfeller Vakfı ayrıca burs, kitap, malzeme ve eğitici uzman desteği sağlamıştır. Bu ivmelerle beraber Dr. Collins'in müdürlüğü sırasında Hıfzıssıhha Okulu ilk 4 yıl boyunca, yasada belirtildiği gibi, pek çok geliştirme kursu açmıştır. Bunlardan dördü hekimler için Halk Sağlığı kurslarıdır. Kurslara yaklaşık 20 hekim katılmış, 4 ay boyunca Epidemiyoloji, Mikrobiyoloji, Sağlık Mühendisliği, Sağlık Yönetimi, Genel ve Sosyal Hıfzıssıhha gibi dersler almışlardır. Ayrıca Sağlık Memurları için de 2 kurs düzenlenmiş, daha çok bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı konularında kapsamlı eğitimler verilmiştir.

1940-1947

İkinci Dünya Savaşı nedeniyle bu dönemde doktorlar için geliştirme kursları açılamamıştır. Ancak askeri tabiplere ve Ulaştırma Bakanlığı müfettişlerine sıtma, eczacılara, diş hekimlerine ve halk sağlığı ilgililerine zehirli gazdan korunma, kaymakamlara, genel sağlık, ebelere geliştirme kursları düzenlenmiştir.

1947-1953

Bu dönemde Okul tekrar rutin eğitimlerine başlamış 1947-1949 yılları arasında hekimler için 6 halk sağlığı kursu düzenlenmiştir. Bunlara ortalama 20'şer hekim katılmış, 3 ay süreyle çeşitli halk sağlığı konularında dersler verilmiştir. Bundan öncesinde de olduğu gibi, eğiticilerin çoğu Okul dışından, üniversite ve diğer kurumlardan gelmekte idi. 1949-1953 yılları arasında geliştirme kursları yine yapılamamıştır. Bunun nedeni okulun dersliklerinin ve laboratuarlarının 1946-1953 yılları arasında yeni açılan Ankara Tıp Fakültesine tahsis edilmiş olmasıdır. Bu dönemde Okul sadece 3 odaya sıkışmış şekilde görevini sürdürmek zorunda kalmıştır.

1953-1958

1953 yılında yapılan ilk kursu, zamanın Sağlık Bakanı açmış ve koruyucu hizmetlerin önemine değinmiştir. Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütünden alınan destekle yabancı Her birine ortalama 20 hekimin katıldığı ve 3 ay kadar süren 6 geliştirme kursu yürütülmüştür. İlk defa hemşirelerin eğitimi de ele alınmış yurtdışından gelen eğiticilerin de katıldığı ve her birine 15 hemşirenin alındığı 3 kurs düzenlenmiştir. Okul açıldığından 1958 yılına kadar hekimlere toplam 16 kısa süreli kurs düzenlenmiş, bu eğitimi tamamlayan 329 hekime sertifika verilmiştir.

1958-1965

Bu dönem Doç. Dr Nusret Fişek'in Okula Müdür olarak atandığı dönemdir. Okul'un gerektiği gibi çalıştırılamadığı eleştirileri üzerine zamanın Sağlık Bakanı okulun Batı ülkelerindeki okullar düzeyine çıkartılması görevini, zaten Hıfzıssıhha Enstitüsünde çalışmakta olan Dr. Fişek' e önermiş, kendisi de bunu bir memleket meselesi saydığı için görevi kabul etmiştir(1). Dr Fişek görevi kabul ettikten sonraki ilk işi Avrupa'daki halk sağlığı okullarını yerinde incelemek, dünyada bu konuda neler yapıldığını araştırmak olmuştur. Daha sonra da bir anket hazırlayarak ülkemizdeki ilgili kuruluşların görüşlerini almıştır.

Bu dönemde okulun çalışmaları yeniden düzenlenmiş, yeni bölümler açılmış, tüm diğer faaliyetler gibi, eğitim çalışmaları da çeşitlenmiş, hızlanmıştır. Kısa süreli hekim geliştirme kursları devam etmekle beraber bunların yeterli olmadığı Okul'un çeşitli yöneticileri tarafından dile getirilmekteydi. Hem bu nedenle hem de artık Okul'un kendi eğiticilerini yetiştirmesi gerektiği göz önüne alınarak sahada başarılı olmuş hekimlere 2 yıllık Halk Sağlığı Uzmanlığı Kursu verilmesi kararlaştırılmıştır. Böylece 1958- 1960 yılları arasında yürütülen ilk kurs sonunda ülkemizde ilk 11 Halk Sağlığı Uzmanı yetiştirilmiştir. Eğitim süresi boyunca hekimler maaşlarını ve Dünya Sağlık Örgütünden sağlanan bursları almaya devam edecekler, bekar olanlar Okulda kalabilecekler, hem halk sağlığı dersleri hem İngilizceden başarılı bulunanlar Halk Sağlığı eğitimi için yurtdışına gönderileceklerdi. Bunlar döndüklerinde Okulda eğitici olarak görev yapacaklardı. Gerçekten de kursları bitirenler daha sonraları gerek Okulda gerekse Bakanlıkta önemli görevler üstlenmişlerdir.

Halk Sağlığı Uzmanlık Kursları önce çoğunlukla yurtdışı ve içinden gelen eğiticilerle, giderek Okul'un kendi eğiticileri ile yürütülmüştür. Kurslarda genel halk sağlığı konuları dışında yoğun bir İngilizce eğitimi de sürdürülüyordu ve dersler İngiliz öğretmenlerce veriliyordu. Kurslar şu şekilde düzenlenmişlerdi:

Halk Sağlığına Giriş: 3 ay

İngilizce Kursu: 8 ay (Daha sonra 2 aya düşürülecektir)

Halk Sağlığı Temel Eğitimi: 5 ay

Halk Sağlığı Yüksek İhtisas Kursu: 6 ay

Herhangi bir aşamayı başaramayan kursiyerler diğer aşamaya geçemiyorlardı. Son kurs daha çok katılan kursiyerin ilgi alanına veya çalışmakta olduğu alana (Sıtma, Tüberküloz, Sağlık Yönetimi vb.) yönelik derslerden, uygulamalardan ve bir tezden oluşuyordu. Kursu başarıyla bitirenler CENTO; Dünya Sağlık Örgütü burslarıyla halk sağlığı eğitimi almak üzere İngiltere veya ABD'ye yollanıyorlardı. Kursa başlayan hekimlerin bir kısmı tamamlamadan bırakmışlardır. Yurtdışına gidenlerin bir kısmı ise geri dönmemiştir. Geri dönenler Okulda bir süre çalıştıktan sonra akademik kariyer yapabilecekleri ve daha iyi ücret alabilecekleri üniversitelere geçmişler, buralarda Halk Sağlığı Anabilim Dallarının kurucu öğretim üyeleri olmuşlardır. Bu kişiler arasında Prof. Dr. Nevres Baykan, Prof. Dr. Rahmi Dirican, Prof. Dr. Özdemir Gülesen, Prof. Dr. Yılmaz Baykal, Prof. Dr. Orhan Köksal, Dr. Yaşar Heperkan, Dr. Cahit Erkan sayılabilir. Okulda kalan uzmanlar dışında diğer uzmanlar Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde veya periferde Sağlık Müdürü olarak çalışmışlardır. 1960 sonrasında çıkartılan bir yönetmelikle halk sağlığı uzmanlığı diploması olmayan hekimler sağlık yöneticisi olamıyorlardı. Bu kural Hıfzıssıhha Halk Sağlığı uzmanlık eğitimine talebi arttırmıştır. Ne yazık ki sonraki yıllarda kendi görüşündeki kişileri yönetici olarak atamak isteyen bakanlar nedeniyle bu yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. 1958-1965 yılları arasında 73 hekim 2 yıllık uzmanlık kurslarına katılmıştır.

Bu dönemde hekimler için mikrofilm okuma, sosyal çocuk sağlığı, çevre sağlığı, sosyal obstetri ve jinekoloji kursları ve kısa dönem hizmet içi eğitim kursları da verilmiştir.

Ayrıca Sağlık Memurları için 2-3 ay süren, her birine ortalama 25 kişinin katıldığı 5 adet geliştirme kursu da düzenlenmiştir.

1966-1983

Prof. Dr. Rahmi Dirican

Prof. Dr. Orhan Köksal

2 yıllık Halk Sağlığı Uzmanlık Kursları bu dönemde de devam etmiştir ancak hekimler arasında halk sağlığına duyulan ilginin azalmasına bağlı olarak kursiyer sayısı da düşmüştür. Bu azalmada Okulda hocalık yapmak üzere eğitim almış olup üniversitelere geçmiş olan uzmanların da etkisi vardır. 1966'da 3, 1968'de 5, 1969'da 5, 1970 de7, 1971'de 4 hekim kurslara katılmıştır. Hıfzıssıhha

Okulundan uzmanlığını alan son hekim Dr. İncilay Kılıç'tır; 1976 da asistanlığa başlamış 1979'da bitirmiştir. Dr. Birgül Piyal ise uzmanlık eğitimine Hıfzıssıhha Okulunda başlamışsa da okulun kapanması üzerine eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamlamak zorunda kalmıştır. Böylece halk sağlığı uzmanlı eğitiminin başladığı 1958 yılından beri Okuldan 98 hekimin Halk Sağlığı Diploması aldığı anlaşılmaktadır. Okulun Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi konuları ve eğiticileri ile ilgili detaylı bilgiye Kaynak 1'den ulaşılabilir.

Okulun bu son döneminde yüzlerce sağlık personeline çeşitli sertifika kursları düzenlenmiştir. Bunların içinde Sağlık Müdürleri ve diğer yönetici hekimler için sağlık yönetimi kursu, hekimlere çevre sağlığı kursu, hekimlere ve Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü mezunlarına epidemiyoloji-istatistik kursu, İstatistik ve Halk Sağlığı Eğitimi Teknisyenleri kursu, tüberküloz adaptasyon kursu, sağlık planlaması kursu sayılabilir(5). Okulun eğitim alanında gerçekleştirdiği yenilikler içinde halk sağlığı eğitiminde yabancı dil öğrenimine önem verilmiş olması, ilk kez psikoloji ve sosyoloji eğitimine yer verilmiş olması ve çevre mühendisliği derslerinin ağırlığına ayrıca değinmek gerekir.

DİĞER EĞİTİM ÇALIŞMALARI

Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu görevlilerine verilen kurs-Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu görevlilerine verilen kurslar dışında Hıfzıssıhha Okulu çeşitli dönemlerde hava kirlenmesi, iş sağlığı, sağlık eğitimi konularında 3'er aylık Uluslararası CENTO Kursları da vermiştir. Bölgesel Kalınma Örgütü (RCD) adına Halk Sağlığı Yönetimi Kursu düzenlenmiştir. Okul öğretim üyeleri Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Akademisi, Sağlık İdaresi Yüksek okulunda eğitim vermişlerdir. Hacettepe Tıp Fakültesi ve Yüksek Hemşirelik Okulu öğrenci ve son sınıf stajyerlerine okulda başta tüberküloz mücadelesi olmak üzere çeşitli konularda düzenli eğitimler verilmiştir.

ARAŞTIRMALAR

Hıfzıssıhha Okulu kuruluşundan itibaren önemli araştırmalar yürütmüştür. Tablo 1'de bunların yıllara göre sayıları verilmektedir(6).

Tablo-1 Hıfzıssıhha Okulunda Yapılan Araştırma Sayıları

Yıl	Araştırma Sayısı
1936 - 1940	10
1941 - 1945	10
1946 - 1950	3
1951 - 1955	2
1956 - 1960	12
1961 - 1965	42
1966 - 1970	30
1971 - 1974	15
TOPLAM	134

Türkiye'nin ilk Nüfus ve Sağlık Araştırması, Johns Hopkins Üniversitesi ile yürütülen Türkiye İnsangücü ve Köylerde Sağlık Hizmeti Yürüten Kuruluşların Fonksiyonel Analiz araştırmaları, ilk kez yapılan ve 7135 anketi içeren bebek ve anne ölümleri araştırması, Türkiye'nin aşılama hizmetlerini değerlendirme araştırması, pek çok çevre sağlığı araştırması, aşı etkililiği çalışmaları, tüberküloz, barsak parazitleri, ekinokok epidemiyolojisi araştırmaları, vektörler, laboratuar hayvanları ile ilgili araştırmalar da bulunmaktadır. Türkiye'de ilk ekolojik araştırmalar Hıfzıssıhha Okulu ile başlamıştır. Yine Türkiye'nin ilk Sağlık ve Nüfus araştırması 1966-67 yıllarında Okul tarafından yürütülmüş, ilk kez doğurganlıkla, bebek ölümleri ile ilgili geçerli veriler elde edilebilmiştir.

Kısaca Okul ülkemizde halk sağlığı konusunda bir kısmı çok önemli, ilk araştırmaları yürüten kurumdur. Bu araştırmalardan pek azı Sağlık Bakanlığının istemi üzerine yapılmıştır.

DANIŞMANLIK

Hıfzıssıhha Okulu Sağlık Bakanlığının danışma kuruluşudur. Bu danışmanlık mevzuat hazırlanmasında olduğu gibi, salgın hastalıkların ve doğal afetlerin incelenerek raporlar hazırlanmasında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sırasında hizmetin değerlendirilmesinde, ilgili formların hazırlanmasında da yapılmıştır. Sosyalleştirme ile ilgili pek çok yönetmelik de Hıfzıssıhha Okulu elemanlarınca hazırlanmıştır. Ayrıca, Okulun uygulama alanına giren çeşitli konularda yazılı görüş bildirilmiş, raporlar hazırlanmıştır. Okul uzmanları yurt içinde olduğu gibi, Dünya Sağlık Örgütü gibi çeşitli uluslararası kurullarda Sağlık Bakanlığını temsil etmişlerdir.

YAYINLAR

Okulun bir görevi de yayım yapmak idi. Bu konuda da takdir edilecek çabalarda bulunulmuştur. Bir kısmı yapılan araştırmaların raporları olmak üzere pek çok yayım yapılmıştır. Yıllara göre bunların dağılımı Tablo 2 'de verilmektedir (6).

Tablo 2: Hıfzıssıhha Okulunun Yayınları

Yıl	Yayın Sayısı
1959 - 1960	3
1961 - 1962	13
1963 - 1964	11
1965 - 1966	15
1967 - 1968	19
1969 - 1970	8
1971 - 1972	3
1973	1
Toplam	73

Hıfzıssıhha yayınları arasında Anadolu vektörleri ve ensektisidlerle ile ilgili kitaplar, Yozgat ve Topraklık tüberküloz çalışmaları, laboratuar hayvanları ile ilgili kitaplar, şizofreni çalışmaları rehberi gibi pek çok orijinal ve değerli yayın olduğu gibi Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslararası örgütlerin yayınlarından çeviri yapılmış kitaplar da bulunmaktadır. Fonksiyonel Analiz ve Türkiye Nüfus Araştırması gibi bazı araştırmalar da kitap haline getirilmiştir. Kitaplar ve çeşitli belgeler Hıfzıssıhha Okulunda bulunan Sağlık Bakanlığının oldukça kapsamlı kütüphanesinde saklanmaktaydı. Ne yazık ki bu değerli kütüphane okul kapandıktan sonra dağıtılmış, kitapların bir kısmı atılmış, bir kısmı da Milli Kütüphane'ye verilmiştir.

DİĞER ÇALIŞMALAR

Dr. Fişek döneminde bir Uluslararası Halk Sağlığı Eğitimi Semineri ve Temmuz 1961'de Uluslararası Köy Sağlığı Semineri düzenlenmiştir. Okulda yeni açılmış bulunan Köy Sağlığı şubesi ile birlikte bu seminer sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin alt yapısını hazırlıyordu. 1975-78 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü ile Sağlık İnsangücü Projesi yürütülmüştür. Projenin amacı sağlık personelinin meslek eğitiminin verimli duruma getirilmesi idi. Okulun Milli Eğitim Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı, Kızılay, Verem Savaş Derneği gibi diğer birçok devlet kurumları ile işbirliği protokolleri vardı. Çalışma bakanlığına bağlı İSGÜM'ün okulda bir laboratuar ve ofisi bulunmaktaydı. Bu ofiste önce Dr. İsmail Topuzoğlu, sonra da Dr. Engin Tonguç görev yapmışlardır. İşbirliği protokolleri çerçevesinde eğitimler sağlanmış, ortak araştırmalar yürütülmüş, laboratuarlar açılmıştır. Okul aynı zamanda Hacettepe ve Ankara Üniversitelerini çeşitli fakülteleri ile gerek eğitim, gerek uygulama konusunda işbirliği yapmıştır. Özellikle Tıp Fakültesi öğrencilerinin halk sağlığı eğitimlerine önemli katkılar sağlamıştır.

OKULU GELİŞTİRME ÇABALARI

Okulda müdürlük yapmış olan değerli hekimlerin her birinin Okulu geliştirmek için akademik bir nitelik kazanması gerektiği ile ilgili öneriler yapmış olduğuna daha önce değinilmişti. Nitekim daha 1945 yılında Okul Müdürü Dr. Kamil İdil Okulun bir yüksek okul niteliğine yükseltilmesi ve eğiticilerin profesör olmaları gerektiğine ilişkin bir rapor hazırlamıştır. Daha sonra Dr. Vefik Vassaf Akkan müdürlüğü sırasında, 1947 yılında, Sağlık Bakanlığına ilk Akademi Yasası teklifini yapmıştır. Bu öneri yasalaşamamıştır. Dr. Nusret H.Fişek Okul müdürlüğü kendisine önerildiği zaman görevi kabul etmiş ancak iki koşul ileri sürmüştü: Halk Sağlığı konusunda çalışacaklara tatmin edici bir ücret ve okulun halk sağlığı konusunda araştırma yapacak bir merkez haline getirilmesi(4). Dr. Fişek'in müdür olur olmaz ilk yaptığı şeylerden biri bir akademi yasası taslağı hazırlamak olmuştur. 1958 tarihinde sunulan bu ikinci yasa önerisinin gerekçesinde "Sağlık Bakanlığında yetişmiş personel noksanlığı olduğu, koruyucu hekimliğin tıp fakültelerinde eğitimine imkan bulunmadığı ve nitekim ileri memleketlerde tıp fakülteleri yanında halk sağlığı akademilerinin kurulduğu " belirtilmektedir (1). Dr. Fişek İnönü hükümeti döneminde 1964'de üçüncü kez bir akademi yasası girişiminde bulunmuştur. Yasa gerekçesinde "Koruyucu hekimliğin hukuk, maliye, kamu yönetimi, mühendislik, istatistik eğitimcilik ziraat gibi farklı bilimsel disiplinlerin sentezi ile meydana gelmiş ve birey değil, toplum sorunları üzerine eğilmiş bir ilimdir. Bu nedenle tıp fakültelerinde bu ilmi tam olarak öğrenme olanağı yoktur" diyordu (4). Ona göre aslında görevi halkı hastalıklardan korumak olan "Sağlık" Bakanlığının koruyucu hizmetlerin geliştirilmesine koyduğu engellerin nedenlerinin en başında bakanlıkta çalışan personelin koruyucu hekimlik konularında modern bilgiler ile yetiştirilmemiş olması yatıyordu. Dr. Fişeğin "Ankara Halk Sağlığı Akademisi" konusundaki bu ikinci girişimi de komisyonlardan geçmesine ve bazı Milli Birlik Komitesi üyelerinin özel çabasına rağmen yasalaşma fırsatı bulamadı. 1973 yılında dördüncü bir yasa taslağı hazırlanmış ve Bakanlıkta görüşülmüşse de Meclise sevk edilememiştir

Hıfzıssıhha Oklu kapatıldıktan sonra tekrar bir araştırma ve eğitim kuruluşu gereksinimi duyan Sağlık Bakanlığı bu kez 1991 yılında bir taslak hazırladı ve ayrıca 1997 yılında Prof. Dr. Sabahat Tezcan'ı görevlendirerek bir yasa hazırlamasını istedi. Yasa taslakları hazırlandı ancak bu 5.ve 6. girişim de taslak olarak kaldı.

Okulun akademik nitelik kazanması yaşaması açısından son derece önem taşımaktaydı. Bu hem nitelikli öğretim ve araştırma elemanı sağlanması için, hem Okul ile aynı zamanda, aynı vakıfça kurulmuş Zagreb, Tahran ve İskenderiye Halk Sağlığı Enstitüleri gibi uluslararası nitelik edinebilmesi için hem de Bakanlık gözünde değer kazanabilmesi için şarttı. Okulun özellikle son yıllarında Bakanlık danışmanlık ve araştırma işlevleri için kendi kurumu olan Hıfzıssıhha'yı değil üniversiteleri yeğlemeye başlamıştı. Ancak aslında Bakanlık yöneticileri çoğu zaman kararlarını alırken bilim insanlarına danışmak, sağlık politikaları araştırma sonuçlarına dayandırmak, hizmeti bilimsel olarak değerlendirmek gereği duymamışlardır (7). Aynı şekilde sağlık yöneticilerinin mutlaka eğitim almaları gerektiğine de samimi olarak inanmamışlardır. Üstelik bütçesini üstlendikleri ama kendilerinden bağımsız bir kuruluşa da soğuk bakmışlardır. Bu koşullar değiştirilemeden Türkiye'de bir Halk Sağlığı Akademisi kurulması ve yaşaması güç görünmektedir.

Hıfzıssıhha Okulu kuruluşundan itibaren Dünya Sağlık Örgütü, Rockfeller Vakfı, UNICEF, CENTO gibi kuruluşlardan önemli maddi katkılar almıştır. Bu kuruluşlar eğitici uzman ve burs sağlama, otomobil ve araç–gereç yardımı, kitap ve dergi bağışı gibi desteklerde de bulunmuşlardır. Ayrıca Londra Hıfzıssıhha Okulu, Johns Hopkins Üniversitesi gibi akademik kuruluşlarla eğitim ve araştırma konularında işbirlikleri yapılmıştır. Bütün bu katkıların Okulun

gelişmesine önemli etkileri olmuştur.

OKUL BİNASI

Bu gün artık Okul olarak kullanılmayan Hıfzıssıhha binası Ankara, Sıhhiye'de Cemal Gürsel Caddesi üzerinde, Hıfzıssıhha Enstitüsü ile beraber avlu etrafında bir kompleks oluşturacak şekilde yer almaktadır. 1933-36 yılları arasında mimar V. Hüttig'in planlarına göre Alman ustalarca inşa edilmiştir (8). Bodrumla beraber 3 katlıdır. Çatısı kiremitle kaplı olup üçgen pencere çıkıntıları bulunur. Bodrum duvarları kesme taş, diğer dış yüzeyler sıvadır. Geniş bir giriş holünün yan taraflarından merdivenlerle üst kata çıkılır. Girişteki holün hemen karşı tarafından konferans salonuna inilir. Alt ve üst katlarda dershaneler, laboratuarlar, bürolar yer alır. Tavanlar yüksek, duvarlar kalındır. İkinci katta, girişin hemen üzerinde bir balkon bulunmaktadır. Bina günümüzde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü binası olarak iş görmektedir. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık yapılarından olan bu güzel bina bir kültür mirası olarak koruma altına alınmıştır.

FOTOĞRAF 2 Hıfzıssıhha Okulunun ilk yıllarından

SONUÇ

Ülkemizin halk sağlığı alanında pek çok ilke imza atan Hıfzıssıhha Okulu yaptığı araştırma ve eğitimlerle ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir görevi yerine getirmiştir. Bakanlığın personeline çeşitli halk sağlığı konularında eğitim vermiş, bakanlığın danışmalığını üstlenmiş, pek çok yayın üretmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinde araştırma ve eğitim desteği sağlamıştır. Okulun elbette daha da verimli çalışması olanaklıydı ancak bunun önündeki bazı engellere yukarıdaki satırlarda değinilmiştir. Ayrıca, Okulun İkinci Dünya Savaşı sırasında ve daha sonrasında 7 yıl süreyle Ankara Tıp Fakültesi tarafından işgal edilmesi nedeniyle hizmetlerin aksatmak zorunda kaldığı da unutulmamalıdır.

Okulun başka bir işlevi bugün sayıları hızla artmış bulunan üniversite halk sağlığı anabilim dallarına kaynaklık etmiş olmasıdır. Ancak bugünkü tıp fakültelerdeki halk sağlığı eğitimlerinden farklı olarak:

-Okulun eğitim kadrosu multidisipliner idi. Okul eğiticileri içinde değişik uzmanlıkları olan hekimler yanında veterinerler, mühendisler, eğitimciler, kimyagerler, sosyal hizmet uzmanları da bulunuyordu. Okulda bulunmayan disiplinler için halk sağlığı uzmanlık eğitiminde dışarıdan öğretim üyesi davet ediliyordu.

-Verilen eğitimler sadece hekimleri değil, Bakanlıkta çalışan yöneticileri, hemşireleri, sağlık memurlarını, istatistik ve eğitim teknisyenlerini de kapsıyordu. Ayrıca diğer bakanlık ve kuruluşlarda çalışan mühendis, öğretmen, müfettiş, kamu yöneticisi ve veteriner gibi halk sağlığı ile ilgili personele de eğitim verilmiştir. Pek çok uluslararası eğitim kursu da düzenlenmiştir.

-Kurslar sadece 2 yıllık halk sağlığı eğitimi şeklinde değildi. Konunun önemine ve personelin niteliğine göre değişen 2 hafta- 4 ay arası kısa kurslar da düzenlenmiştir

-Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminde iyi İngilizce öğrenilmesine özen gösterilmiştir. Böylece uzman olanlar yurtdışında kolayca diploma alabilmişler ve yayın izleyebilmişlerdir. Müfredatta sosyoloji ve psikoloji eğitimi de önemli yer almaktaydı. Bu durum her iki kurum için de avantajlar sağlamıştır.

-Halk Sağlığı Okulu olarak Sağlık Bakanlığı ile yakın ilişki içindedir. Kursiyerleri bakanlıktan geliyordu ve mezun olan uzmanlar Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışmaktaydı.

Dr. Nusret Fişek'in de gayet açık olarak belirttiği gibi toplumcu halk sağlığını, bireysel tedavi hekimliğinin tapınakları olan tıp fakültelerinde öğrenmenin imkanı yoktur. Halk sağlığı eğitimi halk sağlığı okullarında yapılır. Halk sağlığı eğitimi sadece hekimleri ilgilendirmez, multidisipliner olmalıdır. Özellikle yüksek lisans, doktora eğitimi, kısa süreli sertifika kurslarının yeri halk sağlığı okullarıdır. Aslında halk sağlığı okulları bilgi aktaran değil, bilgi üreten kurumlardır. Saha ve sağlık bakanlıkları ile sıkı ilişkileri sayesinde yurt çapında araştırmalar yaparlar, sorunları saptayıp politika önerirler. Bu işlevlerin tıp fakültelerince yerine getirilmesi güçtür. Gelişmiş ülkelerde en az birer halk sağlığı okulu bulunurken Türkiye'nin tek halk sağlığı okulunun, onu güçlendirmek yerine, halk sağlığı kavramından yoksun Sağlık Bakanlığı yönetici ve bürokratları tarafından kapatılmış olması hazin bir olaydır. Bu kapanmanın, ülkemizdeki diğer ekonomik gelişmelere paralel olarak sosyal ve koruyucu hekimliğin gerilemesi, özel ve tedavi edici hekimliğin teşvik edilmesi dönemine rastlaması tesadüf olmasa gerektir.

KAYNAKLAR

1. Gören S, Gürsel M. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık va Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu 25. Yıldönümü (2 Kasım 1936-2 Kasım 1961) Tarihçe ve Çalışmaları. Hıfzıssıhha Okulu Yayınları Ankara: 1961

2. TC Resmi Gazete Tarih: 04.01.1941, Sayı: 4703

3. Hamzaoğlu O. Dünyada ve Türkiye'de Hekimlerin Mezuniyet

Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi ve Türkiye İçin Öneriler. Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara: 1991

4. Doğan A E. Hıfzıssıhha Okulu ve Nusret H. Fişek (1958-1965). Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı, Ankara: 2005

5. Akyol M. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu, Yayınlanmamış Doküman. Ankara: 1977

6. Başkök C. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu, Yayınlanmamış Doküman. 1974,

7. Akyol M. Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporu. Yayınlanmamış Doküman. 1980

8. Ankara Enstitüsü Vakfı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu. Web Sitesi: http://aev.org.tr/baskent-tarihi/23-harita-10-samanpazari-cebeci/198-refik-saydam-hifzissihha-enstitusu-ve-hifzissihha-okulu.html Erişim: 08.07.2017

HOCAM DR. MUZAFFER AKYOL

1975 yılında Hıfzıssıhha Okulunda göreve başladığımda okulun müdürüydü. Aynı zamanda Epidemiyoloji Bölümü başkanlığına da bakıyordu; beni de o bölüme aldı. Hem intaniye uzmanlığı vardı hem de Halk Sağlığı uzmanlığı. Sağlık Bakanlığında çalışan bir intaniye uzmanı iken Hıf-zıssıhha Okulunda iki yıl halk sağlığı eğitimini tamamla¬mış; sonra diğer bazı kursiyerler gibi İngiltere'ye gönderil¬miş ve oradan da bir Halk Sağlığı Diploması (DPH) alarak okulun eğitici kadrosuna katılmıştı. Tüm bu eğitimleri ve özellikle bulaşıcı hastalıklar mücadelesi ile geçmiş uzun yıllar kendisine büyük deneyim ve bilgi kazandırmıştı. Mesleğinin ilk yıllarında katır sırtında Doğu Anadolu'da veba, tifüs mücadelesine gittiğini anlatırdı. Türkiye'de görmediği yer adım atmadığı sağlık kuruluşu yoktu. Git¬tiği yerlerden, salgınlardan slaytlar çeker bizlere seminer verirdi. Sağlık Bakanlığında da hemen herkesi tanır, saygı görürdü. Salgın incelemelerine beraber gittikleri Bakteri¬yolog, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürü, Dün¬ya Sağlık Örgütü Kolera danışmanı Dr. Necmettin Alkış ile yakın arkadaştı. Hıfzıssıhha Okulunun diğer isimsiz kahra¬manları Cahit Başkök, Nadir Paksoy ve diğerleri gibi onun da akademik bir titri yoktu; ama tanıdığım pek çok profe¬sörden daha yetkindi. Ondan çok şey öğrendim. Önceleri salgın kontrolüne veya bir afet sonrası hizmete beraberce giderken daha sonra bu işleri bana bırakmıştı. Akademik hayata da onun teşvikiyle girdim. Türkiye'de aşılama hizmetlerini değer¬lendirdiğim oradan otobüsle Bahçelievler'deki evine giderdi. Böbreklerinden rahatsız olduğu halde resmi işler dışında okulun aracını kullandığını görmedim. Önemli bulduğu gözlemlerini her yıl yenilediği siyah kaplı, ciltli almanak defterlerine eski Türkçe yazısıyla kaydederdi. Gerektiğinde bunları çıkartır insanlara hatırlatırdı. Çok titiz, görevine bağlı bir insandı.

Dr. Muzaffer Akyol

Bu kendine özgü değerli halk sağlığı uzmanı, ülkemizin ilk sağlık savaşçılarından, hocamız, abimiz 1983 yılında Hıfzıssıhha Okulunun kapatılıp Müdürlüğün Enstitüye bağlanması ile emekliye ayrıldı. Bir sene sonra da İstan¬bul'da vefat etti. Vefatından önce ziyaretine gittiğimde bana çok özenle tercüme ettiği "İnsanda Bulaşıcı Has¬talıkların Kontrolü" kitabının müsveddelerini vermişti. Kendisi göremedi; ama, bu kitabın basılmasını sağlayıp sağlık camiasına değerli bir eser kazandırmış olmak ona son görevim oldu.

Muzaffer Hoca gibi insanlar belli bir dönemin, Cumhu¬riyetin ilk yıllarının ürünüdürler. Bizlerden daha özve¬rili, daha çalışkan, daha vatanseverdiler. Zor koşullarda önemli hizmetler başardılar. Hocam ve kuruluşa emek veren, kendilerine çok şey borçlu olduğumuz abilerim, ablalarım nur içinde yatsınlar.

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

GEZİCİ EĞİTİM SEMİNERLERİ

Prof. Dr. Nilay Etiler

"*Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) uzmanlık eğitiminin başlıca amacı, "sağlık yöneticisi" yetiştirmektir. Bu dalda eğitim görenlerin ülke koşullarını, sağlık hizmetlerini sunuluş biçimini ve hizmetle ilgili sorunları gözlemeleri ve bu konuları ilgililerle tartışmaları gerekir. Halk sağlığı eğitimi programı içinde yer alan sağlık ocağı ve sağlık grup başkanlığı çalışmalarının amacı budur. Ancak bu eğitimin, zaman zaman yapılacak gezici seminerlerle desteklenmesinde yarar vardır. Böylece uzmanlık öğrencisi, eğitildiği bölgenin dışında, farklı ortamlarda karşılaşılan sorunları gözleme ve bunlarla ilgili olarak yapılanları yerinde görme fırsatını elde eder, yöneticilerin olaylara bakış açısını kavrayabilir, sağlık kurumlarını kısa ziyaretler sırasında nasıl değerlendirebileceği konusunda deneyim kazanır, yöneticiler arasındaki farklı tutumları karşılaştırma olanağını elde eder. Ayrıca değişik kurumlardan seminere katılan kişilerin bilgi ve deneyimlerini birbirine aktarmaları için ortam yaratılmış olur.*

*Yukarıda belirtilen anlayış içinde, T*ürk *Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimleri görmek, hizmetlerle ilgili gözlemlerde bulunmak, il düzeyindeki yetkililerle ve meslektaşlarımızla görüşerek özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunuluşu hakkındaki görüşlerini almak amacıyla bir "gezici seminer" düzenlenmiştir. Seminerin bir diğer amacı da, bazı sanayi kuruluşlarını görerek iş sağlığı uygulamaları hakkında bilgi almaktır."*

Bu cümleler, 1989'da yılında Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu tarafından ilki düzenlenen Gezici Eğitim Semineri(GES)'nin amacı olarak kaleme alınmış cümlelerdir. Bu amaçlarla başlayan etkinlik, sonraki yıllarda da kesintisiz olarak ve HASUDER ile işbirliği içinde gerçekleştirilen özgün eğitim uygulamalarıdır.

İlk Gezici Seminere Katılanlar (1989)

Gezici Eğitim Seminerlerinin Ortaya Çıkışı

Halk sağlığı uzmanlık eğitiminde, sahada uygulama yapma / yapabilme, en az kuramsal eğitim kadar hatta daha da fazla önemlidir. 224 sayılı Yasa'nın getirdiği olanaklar ile kurulan eğitim-araştırma bölgeleri yıllar içinde birer birer kaybedilmiştir. Bu kayıplar, tıp fakültelerinin hem mezuniyet öncesi hem de uzmanlık eğitimi için "laboratuvar" özelliğini taşıyan eğitim alanlarının ortadan kalkması, eğitimin sadece kuramsal düzeye indirgenmesi ile aynı anlama gelmektedir. Böylece geleceğin halk sağlığı uzmanlarının, dört duvar arasında toplumdan koparılmış bir eğitim ortamında yetişmelerinin yaratacağı sorunlar dile gelmeye başlamıştır. O dönemde, Dünya Sağlık Örgütü'nün Hindistan ve Uzakdoğu ülkelerine gerçekleştirdiği gezici seminerine katılmış olan TTB Halk Sağlığı Kolu'nun ilk başkanı Dr. Zafer Öztek'in önerisi üzerine, TTB tarafından ilk kez 1989 yılında başlamıştır. İlk gezici seminer İnsan Kaynakları Vakfı tarafından desteklenmiştir. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminde sorunların yoğun olarak tartışıldığı bir dönemde, başlayan GES'lerin halk sağlığı eğitimine katkısı kuşkusuzdur.

Dilimize "gezici eğitim semineri" olarak yerleşen bu etkinlik mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitiminde özgün bir eğitim tekniğidir. Ziyaretler sırasında yapılan gözlemlerin ardından yapılan grup içi tartışmaları ile tüm katılanların sürece aktif olarak katıldıkları bir eğitim ortamı oluşturulmaktadır. İlk yıllarında sadece bir bölgenin ziyaretini hedefleyerek bu bölgede halk sağlığı konuları ile ilgili tüm kuruluşların ziyareti şeklinde yapılan GES'leri, son yıllarda belli bir konu etrafında yapılmaya başlanmıştır. Konu belirlenmesi aşamasında tüm anabilim dallarına görüşleri ve önerileri sorulmakta ve gelen yanıtlar üzerinden Halk Sağlığı Kolu (HSK)Yürütme Kurulu tarafından karara bağlanmaktadır. Gezici eğitim seminerleri pek çok tıp fakültesinde mezuniyet öncesi eğitime de ilham kaynağı olmuştur.

Gerçekleşen Gezici Eğitim Seminerleri

Gezici eğitimi seminerlerinin ilki Prof. Dr. Zafer Öztek'in sorumluluğunda 11-19 Haziran 1989 tarihlerinde Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki illerde yapılmış ve sonrasında tüm katılımcılar Sivas'taki Halk Sağlığı Günleri'ne katılarak etkinlik noktalanmıştır.

Tablo 2. Gezici Eğitim Seminerleri (1989-2017)

GES No	Yılı	Sorumlu Öğretim Üyeleri	Konusu	Bölgesi	Gezilen İller
1	1989	Zafer Öztek	Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi	Doğu Karadeniz Doğu Anadolu	Samsun, Giresun, Rize, Artvin, Erzurum, Erzincan, Sivas
2.	1990	Çağatay Güler	Sanayide ve Madenlerde İşçi Sağlığı	Marmara	Bursa, Çanakkale, Tekirdağ, Edirne, İstanbul, Zonguldak
3.	1991	Nafiz Bozdemir	Sağlık Hizmetleri	Doğu Akdeniz	Mersin, Tarsus, Adana, Hatay, İskenderun
4.	1992	Gazanfer Aksakoğlu	Sağlık Hizmetleri	Ege	İzmir, Manisa, Aydın, Muğla, Burdur, Denizli
5	1993	Ahmet Saltık Özen Aşut	Sağlık Hizmetleri	Orta Anadolu	Ankara, Bilecik, Eskişehir, Konya, Nevşehir, Afyon, Kütahya
6	1994	Feride Saçaklıoğlu Reyhan Uçku	Sağlık Hizmetleri	Batı Karadeniz	Zonguldak, Bartın, Kastamonu, Sinop, Amasya,
7	1995	Ahmet Saltık	İşçi Sağlığı - 1. Basamak Sağlık Örgütlenmesi	Batı Marmara	İstanbul, Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Çanakkale
8.	1996	Necati Dedeoğlu	Güneydoğu Anadolu'da Sağlık	Güneydoğu Anadolu	Diyarbakır, Urfa, Batman, Mardin, Adıyaman
9	1997	Remzi Aygün Hamdi Aytekin	Sağlık Reform illeri	İç Anadolu, Ege, Marmara	Ankara, Eskişehir, Bilecik, Bursa, Kütahya
10	1998	İlker Belek Bülent Kılıç	Sağlık Hizmetleri	Ege	İzmir, Manisa, Aydın, Muğla
11.	1999	Remzi Aygün, Yusuf Öztürk	Sağlık Hizmetleri	İç Anadolu Doğu Anadolu	Kayseri, Sivas, Nevşehir
12	2000	Necati Dedeoğlu Ali Osman Karababa	Depremler ve Sağlık	Doğu Marmara	Adapazarı, Kocaeli, Bolu, Düzce, Gölcük
13	2001	Onur Hamzaoğlu Ata Soyer	Sağlıkta Sektörlerarası İşbirliği	Orta Anadolu	Ankara
14	2002	Hamdi Aytekin Kayıhan Pala	Doğu'da ve Kır'da Sağlık	Ortadoğu Anadolu	Van, Hakkari, Muş
15	2003	Meltem Çiçeklioğlu Şafak Taner Gürsoy	Büyük Kentlerde 1. Basamak Sağlık Örgütlenmesi	Ege, Marmara	İzmir, İstanbul
16	2004	Kayıhan Pala Nilay Etiler	Madenler ve Sağlık	Ege, Marmara Batı Karadeniz	Bergama, Balıkesir Bigadiç, Bursa, Zonguldak
17	2005	Necati Dedeoğlu Cavit Işık Yavuz	Çevre Sağlığı ve Bulaşıcı Hastalıklar	Güneydoğu ve Doğu Anadolu	Diyarbakır, Batman, Muş, Bitlis, Bingöl
18	2006	Muzaffer Eskiocak Mehmet Zencir	Göç, çevre, bulaşıcı hastalıklar, sağlık örgütlenmesi açısından kentler	Güneydoğu ve Doğu Anadolu	Adıyaman, Gaziantep, Hatay, Adana, Mersin
19	2007	Feride Aksu Işıl Ergin	Aile Hekimliği	Ege ve Doğu Marmara	Eskişehir, Afyon, Denizli, İzmir
20	2008	Onur Hamzaoğlu Çiğdem Çağlayan	Sanayileşme, kentleşme, çevre ve sağlık	Doğu Marmara	Zonguldak, Kocaeli, Bilecik ve Eskişehir
21	2008	Zafer Öztek Osman Karababa	Sağlık Yönetimi	Orta Karadeniz	Sinop, Samsun, Amasya

22	2009	Hamdi Aytekin, Muzaffer Eskiocak	1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalışma Ortamını Nasıl Etkiliyor? Pandemik İnfluenza ve Tularemi Yönetimi	Marmara	Bursa, Balıkesir, Çanakkale, Edirne, Tekirdağ, Kırklareli, Eskişehir, Ankara
23	2010	Gazanfer Aksakoğlu Raika Durusoy Esin Kulaç	Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım	Orta Anadolu ve Batı Karadeniz	Ankara, Tokat, Amasya, Çorum, Çankırı, Kastamonu, Karabük, Bolu
24	2011	Reyhan Uçku Alpaslan Türkkan	Büyük kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Ankara Örrneği	Orta Anadolu	Ankara
25	2012	Feride Aksu Tanık Meltem Çiçeklioğlu Cavit Işık Yavuz	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşların değişen yap ve işlevlerinin yerinde incelenmesi ve değerlendirilmesi	Orta Anadolu	Ankara
26	2013	Mehmet Zencir Aslı Davas	Bulaşıcı hastalıklar, sığınmacılar ve sağlık	Güneydoğu Anadolu	Diyarbakır, Batman, Mardin, Urfa, Gaziantep
27	2014	Cavit Işık Yavuz Gamze Varol Saraçoğlu	Çalışan sağlığı, sağlık hizmetleri ve iş kazaları	Ege ve Doğu Marmara	İzmir, Manisa, Bursa
28	2015	Tacettin İnandı A. Öner Kurt	Nükleer enerji ve çevre sağlığı, göç, savaş ve sağlık etkileri, aile hekimliğinin 10. Yılında birinci basamak sağlık hizmetleri	Doğu Akdeniz	Mersin, Adana, İskenderun, Hatay
29	2016	Ahmet Soysal Seval Alkoy	**Çevre Sorunları ve Çevre Mücadelesi**	Marmara	İstanbul, Tekirdağ, Edirne, Çanakkale, Bursa, Balıkesir
30	2017	Türkan Günay Melike Yavuz	Kadın Sağlığı ve Kadınlara Yönelik Sağlık Hizmetleri	Orta Karadeniz	Ordu, Samsun, Sinop

İzleyen yıllarda, her yıl düzenli olarak yapılan 29 GES'te katılımcı sayısı toplam 489 olmuştur. Katılanların çoğu, halk sağlığı araştırma görevlisi ve doktora öğrencisi olmakla birlikte, ilk yıllarda az sayıda halk sağlığı hemşireliği öğrencisi, eczacı, sağlık memurunun da katıldığı görülmektedir. Son yıllarda ise başvuru sayısının artmasından dolayı katılımcıların tümü halk sağlığı eğitimi alan hekimlerden oluşmaktadır. GES'lerin hedef kitlesi, halk sağlığı alanında eğitim almakta olan araştırma görevlisi ve doktora öğrencileridir.

Aşağıdaki tabloda, GES'lere dair bazı bilgiler özetlenmiştir. Buna göre GES'lerde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıkları, göç ve afetler, işçi sağlığı gibi pek çok halk sağlığı konusunun ele alındığı, ancak en başat konunun sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi olduğu görülmektedir. Gezilen yerler açısından, bazı illere birden fazla olmak üzere Türkiye'nin pek çok iline ziyaret gerçekleştirilmiş, ancak Doğu Karadeniz, Kuzey Doğu Anadolu ve Batı Akdeniz illeri geri planda kalmıştır.

Gezici Eğitim Seminerlerinin Genel Amaçları

Ziyaret edilen bölgenin özelliklerine göre farklılık göstermekle birlikte GES'lerin amaçları genel olarak şunlardır:

1. Halk sağlığı konularıyla ilişkili kurum ve kuruluşları ziyaret ederek, gözlem ve incelemelerde bulunmak,
2. Ziyaretlerin ardından tartışma yürüterek farklı değerlendirmelerin gündeme gelmesiyle katılımcılarının ufuklarının genişlemesine katkı sağlamak,
3. Halk sağlığı alanında inceleme yaparken sistematik değerlendirme ve bütüncül (holistik) yaklaşımın öğrenilmesi,
4. Farklı eğitim ortamları olan halk sağlığı araştırma görevlilerinin etkileşimi ile farklı bilgi, deneyim ve yaklaşımlarını ortaklaştırmak,
5. Ziyaret edilen bölgedeki halk sağlığı anabilim dallarının ziyaret edilerek farklı halk sağlığı akademisyenleri ile tanışma ve farklı eğitim ortamlarının gözlenmesi,
6. Halk sağlığı uygulama alanlarının (eğitim-araştırma bölgeleri vb) ziyaret edilerek sahadaki uygulamaların gözlenmesi,
7. Ziyaret edilen bölgelerdeki yerel tabip odası yöneticileri ve aktivistleri ile tanışma.

Gezici Eğitim Seminerlerinin Ön Hazırlığı

GES hazırlık süreçleri, TTB Merkez Konseyi sekretaryası ve Halk Sağlığı Kolu (HSK) Yürütme Kurulu tarafından sürdürülmektedir. İlk aşamada tüm halk sağlığı anabilim

dallarına, GES'in ana konusu ve bölgesi konusunda görüş ve önerileri bir yazı ile sorulmaktadır. Bu anabilim dallarına 2016 yılından itibaren vakıf üniversitelerindeki halk sağlığı anabilim dalları da eklenmiştir. Belirlenen tarihe kadar gelen öneriler TTB sekretaryası tarafından toplanmakta ve ilk HSK Yürütme Kurulu toplantısına iletilmektedir. Bu toplantıda öneriler ele alınıp tartışıldıktan sonra o yıl düzenlenecek GES'in ana konusu ve bu konunun ele alınması için en uygun bölge ve illere karar verilmektedir.

Her GES'te en az iki sorumlu öğretim üyesi belirlenir. Bu kararda, ziyaret edilecek illerdeki öğretim üyeleri arasından, seçilen konu ile ilgili alanda çalışanlar önceliklidir. Çoğunlukla seçilen bölgedeki halk sağlığı öğretim üyelerinin, bölgenin sorunlarına dair doğal ilgisi söz konusudur. Bölgedeki halk sağlığı öğretim üyelerinden çeşitli nedenlerle katılım sağlanamazsa, akademik ilgi alanlarından bu programı yürütecek sorumlu öğretim üyesi HSK Yürütme Kurulu tarafından belirlenerek, kendisine teklifte bulunulmaktadır. GES'lerde ikinci sorumlu öğretim üyesi ise daha çok HSK aktivistleri arasından belirlenir, bu kişi aynı zamanda etkinlik sırasında TTB ile teması kolaylaştıran, hızlandıran ve organizasyondaki sorunları çözen kişi olarak da rol oynamaktadır.

Konu ve bölge, TTB üzerinden tüm anabilim dallarına yazı yazılarak duyurulmaktadır. Anabilim dalları biri asıl biri yedek olacak şekilde iki araştırma görevlisinin ismini bildirdikten sonra katılımcı listeleri asıl ve yedek liste olarak oluşturulur.

GES programını etkinlikten sorumlu öğretim üyeleri hazırlamaktadır. Bu programda, GES'in o yıl için belirlenen konusu ile ilişkili kurumlar yanında, ziyaret edilecek illerde bulunan toplum sağlığı ile ilişkili yerler (santraller, barajlar vb) de dahil edilmektedir.

Program belirlendikten sonra, kurumlardan randevu alma, konaklama ve ulaşım organizasyonu, yerel tabip odasını etkinlikten haberdar etme gibi hazırlıkları TTB Merkez Konseyi sekretaryası yürütmektedir.

Her etkinlik için en fazla 20 kişilik bir katılımcı hedeflenmektedir. Hem asıl hem de yedek listedeki araştırma görevlileri TTB MK tarafından bilgilendirilir, asıl katılımcılara program gönderilir.

Yaklaşık 20-25 kişilik bir midibüs ile gezi boyunca yolculuk yapılarak ziyaretler gerçekleştirilmektedir. İlk yıllarda Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliği ile gerçekleşen GES'lerde katılımcıların gece konaklamaları bölgedeki Sağlık Meslek Liselerinin yatakhanelerinde olmakta idi. Sağlık meslek liselerinin bir dönem kapatılmasının ardından konaklama kamu kuruluşlarına ait misafirhanelerde ya da otellerde yapılmaya başlanmıştır. Konaklama ve yol masrafları TTB tarafından karşılanmakta, yemek masrafları katılımcıların oluşturduğu ortak bütçeden yapılmaktadır.

Gezici Eğitim Seminerlerinde Yöntem

Etkinlikler, 6 ila 8 günlük bir program ile gerçekleşmektedir. GES'nin ilk gününde, gezinin başlayacağı ilin tabip odasında bir araya gelinmesi hedeflenir. Tabip odası yöneticilerinin ev sahipliğinde olan ilk buluşmada, katılımcılar ve eğitim sorumluları tanışmakta ve gezi programı ayrıntılı olarak aktarılmaktadır. Tanışma ve programın sunumundan sonra GES konusu ile ilgili anahtar sunumlar ve/veya tartışmalar yapılmaktadır. Son yıllarda eğitim sorumlularının önerdiği makale, kitap, rapor vb belgeler ve TTB'nin konuyla ilgili kaynaklarını içeren CD'ler, GES'in başlangıcında katılımcılara verilmektedir. Etkinliğin son gününde, genellikle değerlendirme oturumları yapılmaktadır.

İkinci günden itibaren ziyaretlerden sonra gün sonu tartışma ve değerlendirmeleri yapılmaktadır. Tartışmalar, gözlemler tamamlandıktan ve kuruluştan ayrıldıktan sonra grup içinde yapılmaktadır. Ziyaret edilen yerlerde yapılan gözlemler üzerinden ve yöneticiler tarafından aktarılan veriler (çeşitli toplum sağlığı göstergeleri gibi) üzerinden bölgenin sağlık sorunları ve sağlık hizmeti durumunun ve aksaklıkların saptanması, bunların tartışılması GES'in başlıca amaçlarından biridir. Ayrıca, bölgenin sağlık örgütlemesi üzerinden Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapısı ve örgütlenmesi başta olmak üzere ülke genelindeki sorunlar da tartışılmaktadır. Katılımcılar, farklı anabilim dallarından ve genellikle eğitimde geçirdikleri süreleri benzer olmayan kişilerden oluşan bir grup olma özelliği göstermektedir. Bu durum, özellikle tartışmaları zenginleştirmekte ve bilgi paylaşımına olanak tanımaktadır. Bu noktada etkinlik sorumlularının, ele alınan konuların bütünlüğünü ele alması, eksik kalan alanları kapatması gibi bir işlevi söz konusudur.

Ayrıca gezi programında yer alan bütün illerdeki tabip odaları ve halk sağlığı anabilim dalları da ziyaret edilmektedir. Bu ziyaretlerin hem sosyal yönü hem de bölgenin sağlık sorunlarını tartışma açısından oldukça yararlı olduğu gözlenmiştir.

GES katılımcılarının, farklı özelliklerde / profillerde sağlık yöneticileri tanıma, sağlık çalışanlarının sorunlarını paylaşma ve bölge halkının geleneksel ve kültürel yapısına tanık olma şansı da olmaktadır.

Eğitim kapsamındaki konular şu şekilde özetlenebilir:

I- Eğitim kapsamı halk sağlığı konularının tümünü kapsamaktadır:

Sağlık örgütlenmesi, sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık yönetimi, sağlık mevzuatı, kadın sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, okul sağlığı, toplum beslenmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıklar kontrolü, işçi sağlığı ve güvenliği, çevre sağlığı, olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri, saha epidemiyolojisi, sağlık istatistikleri.

II- Sağlığın sosyal belirleyicileri konuları da kapsama alınmaktadır. Örneğin; barınma koşulları, beslenme özel-

Program Adı	Üniversite Adı	Anabilim dalları
Epidemiyoloji	Hacettepe	**Halk Sağlığı**, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji
Epidemiyoloji	Dokuz Eylül	**Halk Sağlığı**, Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyoloji
Epidemiyoloji	Ankara	**Halk Sağlığı**, Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyoloji
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Hacettepe	**Halk sağlığı,** İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Dokuz Eylül	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, **Göğüs Hastalıkları**
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	İstanbul	**Halk sağlığı,** İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Ege	**Halk sağlığı,** İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları
İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları	Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Araştırma Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve İç Hastalıkları	Halk sağlığı, İç Hastalıkları, **Göğüs Hastalıkları**
Çevre Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hacettepe Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi	**Halk Sağlığı**

Tablo 4. 2017 yılı itibariyle kabul edilmiş Epidemiyoloji ve İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları ve Çevre Sağlığı Yan dal uzmanlığı programları:

Not: Bold yazılı anabilim dalları program yürütücüsü olarak belirlenmiştir.

likleri, çalışma koşulları (İSİG alanının dışında kalan kısmı) vb.

III- Sağlık ve çevre konularında sivil toplum örgütlenmeleri: çevre, sağlık hakkı, göçmenler /sığınmacılar/ mülteciler, emek, kadın konularında platform, dernek vb örgütlenmeler.

GES'lerde ziyaret açısından hedeflenen yerler şunlardır:

- Sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü / başkanlığı, kamu hastaneleri birliği / başkanlığı, devlet ya da özel hastane yönetimi gibi bölgenin sağlık hizmetlerinin yönetildiği kurum ve kuruluşlar
- Sağlık kuruluşları: sağlık ocağı, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, göçmen sağlığı merkezi, üreme sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma savaş birimleri, yerel yönetimlerin sağlık merkezleri, hastanelerin hizmet birimleri (aile planlaması polikliniği, doğumhane vb).
- Halk sağlığı eğitim-araştırma bölgeleri,
- Halk sağlığı laboratuvarı, çevre laboratuvarı, gıda laboratuvarı, iş sağlığı ve güvenliği laboratuvarı gibi çeşitli ölçüm ve değerlendirmelerin yapıldığı kuruluşlar,
- Atık yakma tesisleri, katı atık depolama /uzaklaştırma alanı, atık su arıtma tesisleri, içme suyu arıtma tesisleri, mezbaha gibi yerel yönetimlere ait birimler,
- Sanayi tesisleri ve bunların arıtma tesisleri, küçük işletmeler / sanayi siteleri, işyeri sağlık ve güvenlik birimleri,
- Huzurevi, çocuk bakımevleri gibi sosyal hizmet kurumları,
- Bölge halkının yaşadığı konutlar, mahalleler, sokaklar vb. yerler, geçici barınma yerleşimleri (mevsimlik tarım işçilerinin yaşam alanları, afetlerden sonra kurulan yerleşim alanları, sığınmacı kampları),

Her GES'nin sonunda bir raporu hazırlanmaktadır. Bu rapor, ziyaret edilen yerleri, gözlemleri, elde edilen niceliksel ve niteliksel verileri, grubun değerlendirme ve yorumlarını içermektedir. Ayrıca gözlemleri desteklemek için çekilen resimler de raporu zenginleştirmektedir.

Etkinliğin raporlanmasında, grubun kendi aldığı kararlarla farklı yöntemler kullanabilmektedir. Genellikle her gün için not tutma sorumluları belirlenmekte, tüm katılımcıların sürece katılması sağlanmaktadır. Bu süreç, katılımcıların raporlama konusundaki becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. GES sonrası tamamlanarak TTB HSK'ye iletilen rapor, HSK'nin web sayfasında tam metin olarak yayınlanmaktadır. Ayrıca her GES raporu Toplum ve Hekim Dergisi'nde yayınlanmak üzere derginin yayın kurallarına uygun haline getirilerek ve genellikle kısaltılarak dergiye iletilmektedir.

Sonuç

GES'lerin Türkiye'de halk sağlığı uzmanlarının eğitiminde önemli bir yeri olduğu açıktır. En büyük katkısı, halk sağlığı bakış açısı ve yöntemlerinin katılımcılara kazandırılmasıdır. Eğitime yaptığı katkının yanı sıra, katılımcıların birbiriyle etkileşimi, farklı eğitim programları ve eğitim ortamlarından gelen uzmanlık öğrencilerinin, öz değerlendirme yaparak eğitim gereksinimlerini / önceliklerini belirlemelerine de fırsat yaratmaktadır. Kurulan

Üniversite	Yüksek Lisans Programı	Doktora Programı	Yüksek Lisans Mezun Sayısı	Doktora Mezun Sayısı
Atatürk	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	16	-
Başkent	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	5	2
Bülent Ecevit	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	38	1
Celal Bayar	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	-	-
Cumhuriyet	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	8	17
Dokuz Eylül	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı, İş Sağlığı	65	45
Ege	Halk Sağlığı, İş Sağlığı ve İş Güvenliği	Halk Sağlığı	4	32
Erciyes	Halk Sağlığı Biyoistatistik	Halk sağlığı	22	102
Fırat	Halk Sağlığı	-	26	12
Gazi	Halk Sağlığı, Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi, İş sağlığı ve Güvenliği	Halk Sağlığı	240	26
Gaziantep	Halk Sağlığı	-	11	-
Gaziosman Paşa	Halk sağlığı	-	5	-
Hacettepe	Halk Sağlığı, Epidemiyoloji, İş Sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi, Beslenme ve Gıda Bilimleri, Çevre Hekimliği, Afetlerde Sağlık Yönetimi	Halk Sağlığı, Epidemiyoloji, İş Sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi	176	63
İstanbul	Halk Sağlığı, İş sağlığı ve Güvenliği	Halk sağlığı	49	40
Karadeniz Teknik	Halk Sağlığı	-	11	-
Konya Selçuk	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	5	7
Katip Çelebi	Halk Sağlığı, Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi, İş sağlığı ve Güvenliği	Halk Sağlığı	-	-
Marmara	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	19	14
Mersin	Halk sağlığı	-	-	-
Necmettin Erbakan	Halk sağlığı	Halk sağlığı		-
Ondokuz Mayıs	-	Halk sağlığı	-	5
Osman Gazi	-	Halk Sağlığı	-	2
Pamukkale	Halk Sağlığı	-	15	-
Süleyman Demirel	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	27	2
Trakya	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı	34	2
Ankara*	Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Hemşireliği	İş Sağlığı	54	18

Tablo 5. Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora programı olan üniversite anabilim dalları,program adları ve mezun sayıları

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD da yüksek lisans ve doktora programları halk sağlığı adı altında değildir.

ilişkilerin, tez hazırlama sürecinden başlayarak, zorunlu hizmet dönemlerinde ve diğer meslek yaşamlarında yardımlaşma ve dayanışmaya zemin hazırladığı gözlemlenmektedir. Gezici Eğitim Seminerlerinin hazırlanması ve yürütülmesi pek çok kişinin katkısı ve yoğun çabalarını gerektirmektedir. Bu çabayı gösteren bütün öğretim üyelerini, TTB çalışanlarını ve ziyaret edilen kuruluşların yöneticilerini şükranla anmak gerekir.

YAN DAL UZMANLIĞI

Üniversitelerarası Kurulun 4.2.1984 tarihli toplantısında kabul edilen Şubat 1984'de basılan Doçentlik Bilim dallarında Halk Sağlığı bilim alanı altında bilim dalı olarak, halk sağlığı, hijyen, koruyucu hekimlik, iş sağlığı, sağlık kurumları yöneticiliği ve sahra sıhhi hizmetleri sıralanmıştı. Daha sonra 2000 yılında Yüksek Öğretim Kurumu Sağlık Bilimleri Temel alanı olan Halk Sağlığında alt alan olarak Halk Sağlığı ve İş Sağlığını tanımladı. Bu alanlarda

tıpta uzmanlık kurulu yan dal uzmanlığı müfredatı belirlememiş ve yan dal uzmanlığı kararı almamıştı. Sağlık Bakanlığında yürütülen çeşitli komisyon çalışmalarında halk sağlığı alanında çok sayıda yan dal önerilmişse de, Tıpta Uzmanlık Kurulu 2011 den itibaren Halk Sağlığı Yan Dal Uzmanlık eğitimi programı 3 alanda belirlemiştir:

1. Çevre Sağlığı
2. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları
3. Epidemiyoloji

Bu programlardan epidemiyoloji, iş sağlığı ve meslek hastalıkları yan dal eğitimi tıpta uzmanlık kurulunun kararına bağlı olarak ortak programlar olarak iki ya da üç anabilim dalının(halk sağlığı, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyoloji) yan dalı olarak belirlenmiştir. Bu anabilim dallarından birisi program yürütücüsü olarak tanımlanmaktadır. Çevre Sağlığı ise, halk sağlığı anabilim dalı tarafından yürütülen bir yan dal uzmanlık eğitimidir (19,20,21,22).

2017 itibariyle adı geçen yan dal uzmanlık eğitimi veren üniversiteler tablo 4'de gösterilmiştir:

YÜKSEK LİSANS VE DOKTORA EĞİTİMİ

Yüksek lisans ve doktora eğitimleri 1982 YÖK kanunundan sonra, her üniversitedeki Sağlık Bilimleri Enstitüleri bünyesinde açılmıştır. Bu yasal yapılanmaya göre; YÖK Kanunu ve Lisansüstü Eğitim Yönetmeliği uyarınca, lisansüstü eğitimler Sağlık Bilimleri Enstitülerine bağlı olarak açılacaktır. Her fakültedeki lisansüstü eğitim (yüksek lisans ve doktora) veren anabilim dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsünün de anabilim dalıdır. Tıp fakültesindeki halk sağlığı anabilim dalı da lisansüstü eğitimde Sağlık Bilimleri Enstitüsünün anabilim dallarından biridir. Ancak bu tarihten önce kurulmuş enstitüler bünyesinde sunulan lisansüstü eğitimler de vardır. Her anabilim dalının bu eğitimlere başlama tarihleri farklıdır, bu durum üniversitelerde halk sağlığı anabilim dallarının kuruluşu ve öğretim üyesi sayısı ile ilişkilidir. Adnan Menderes, Akdeniz, Çanakkale, Kırıkkale, Mustafa Kemal, GATA, İstanbul Medeniyet, Kocaeli, Namık Kemal, Uludağ, Çukurova Üniversiteleri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı anabilim dallarında halk sağlığı yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin olmadığı bildirilmiştir. Bunlara tıpta uzmanlık eğitiminin olmadığı, sadece tek öğretim üyesi ile lisans eğitim sunan genç üniversiteler de dahil edilebilir. Bunun dışında, 25 üniversitede halk sağlığı yüksek lisans ve/veya doktora eğitimi vardır ve sürdürülmektedir . Bunlar Bülent Ecevit, Cumhuriyet, Celal Bayar, Başkent, Erzurum Atatürk, Eskişehir Osman Gazi, Fırat, Gaziantep, Marmara, İstanbul, Karadeniz Teknik, Ondokuz Mayıs, Pamukkale, Süleyman Demirel, Trakya, Erciyes, Mersin, Ege, Dicle, Gaziosman Paşa, Hacettepe, İzmir Katip Çelebi, Konya Selçuk, Necmettin Erbakan Üniversiteleri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dallarıdır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora eğitimi olmamakla beraber Epidemiyoloji, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans ve İş Sağlığı doktora programı mevcuttur. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanısıra Epidemiyoloji, İş Sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi, Beslenme ve Gıda Bilimleri, Çevre Hekimliği, Afetlerde Sağlık Yönetimi yüksek lisans ve Epidemiyoloji, İş sağlığı, Sağlık Eğitimi, Sağlık Politikaları ve Yönetimi doktora programları vardır. Gazi üniversitesinde Halk sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanı sıra Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi, İş Sağlığı ve Güvenliği yüksek lisans programları vardır ve bu programlar İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalında da mevcuttur. İstanbul Üniversitesinde ve Dokuz Eylül Üniversitesinde Halk sağlığı yüksek lisans ve doktora programlarının yanı sıra İş Sağlığı ve Güvenliği yüksek lisans programı mevcuttur.

Anabilim dallarından edinilen bilgilere göre Halk Sağlığı Yüksek Lisans ve Doktora programları, verdikleri mezun sayısı Tablo 5'de gösterilmiştir:

Tabloda görüldüğü gibi, elde edilen bilgilere göre 2017 yılı sonuna kadar halk sağlığı ve ilgili alanlarda yüksek lisans derecesi alarak bilim uzmanı unvanı alan sayısı 830, halk sağlığı ve iş sağlığı gibi diğer alanlarda doktora derecesi almış olanların sayısı 390 dur.

OKUL SAĞLIĞI

Prof. Dr. C.Tayyar Şaşmaz, Araş.Gör.Dr. Aylin Yeniocak Tunç

Giriş

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasıyla beraber bir taraftan Kurtuluş Savaşı hazırlıkları yapılırken, diğer taraftan ülkenin yönetimi için kurum ve kuruluşlar yapılandırılmaya başlanmıştır. Sıhhat ve İçtimai MuavenetVekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) diğer bakanlıklarla beraber 02 Mayıs 1920'de 3 Sayılı Kanunla kurulmuştur. Bakan ve iki görevliyle iki odalı bir binada çalışmalarına başlayan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının önünde trahom, verem, sıtma, frengi gibi yaygın görülen ve halkın belini büken sağlık sorunları ile beraber; yoksulluk, sağlık çalışanı yetersizliği ve devam eden bir savaş da bulunmaktaydı. Cumhuriyetin erken dönemlerinde temel bulaşıcı hastalıklar ve yoksulluğa bağlı sorunlarla mücadele sürerken, çocuk ve gençlerin sağlığı da öncelikli hizmet alanlarından biri olarak düşünülmüştür. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile okul sağlığı hizmetleri de resmen tanımlanmış ve sonrasında konuyla ilgili başka mevzuatlar da çıkarılmasına karşın, günümüze kadar okul sağlığı hizmetleri ülkemizde kurumsallaşarak sürdürülen bir sağlık hizmeti olamamıştır. Özcan ve arkadaşları tarafından ülkemizdeki okul sağlığı ve yasal durum üzerine yapılan bir derleme sonucunda da, ülkemizde okul sağlığı konusunda yasal düzenlemeler olmasına karşın mevzuatın dağınık olması ve pratiğe aktarılamaması nedeniyle okul sağlığı hizmetlerinin yeterli düzeyde yapılmadığı bildirilmektedir (1,2,3).

1973 yılında Cumhuriyetin 50. yılı nedeniyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yayımlanan "Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl" başlıklı kitap incelediğinde, okul sağlığı hizmetleri konusunda bir başlık bulunmamakta ve kitabın genelinde okullarda yürütülen sağlık hizmetleri ile ilgili doğrudan bir bilgiye rastlanılmamaktadır. Bu dönemde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından 1923-1973 yılları arasında okullarda öğrencilerin aşılanması, öğrenci ve halka yönelik sağlık eğitimleri dışında okul sağlığı hizmetleri başlıklı bir hizmetin yürütülmediği anlaşılmaktadır (4).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin tarihçesinin verilmeye çalışıldığı bu bölümde, okul sağlığı hizmetleri Cumhuriyet öncesi ve sonrası [Cumhuriyet sonrası (1). 1923-1960, (2). 1960-1980, (3). 1980-2000, (4). 2000 ve sonrası dönemlere ayrılarak] olarak iki dönemde incelendi. Konu ile ilgili inceleme Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlığının yayınları, yürütülen programlar ve mevzuatı üzerinden yapılmaya çalışıldı. Ülkemizde konu ile ilgili yapılan bilimsel toplantılar ve tezlerde incelemeye dahil edildi. Ülkemizde okul sağlığının tarihçesi verilirken, sürecin daha kolay anlaşılabilmesi için kronolojik bir sıra takip edilmeye çalışıldı.

A-Cumhuriyet Öncesi Dönem

● 1912, 10 Şubat: Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerine dair en eski belgenin 10.02.1912 tarihli "Bilumum Mekatipte Emraz-ı Sariyenin Meni, Tevessüü ve İntisarı Hakkında Nizamname" olduğu bildirilmektedir. Bu nizamname ile bulaşıcı hastalıklarla mücadelede eğitim kurumları görevlendirilmiş olup sağlık müfettişleri ile işbirliği yapılması önerilmektedir (5).

● 1913, 23 Eylül: 1912 tarihli Nizamnameden bir yıl sonra çıkarılan "Tedrisatı İptidaiye Kanunu Muvakkatı" ile ilkokul eğitimi zorunlu hale getirilip, okullarda sağlıklı bir çevrenin sağlanması için eğitim yetkililerine sorumluluk verilmiştir (5).

● 1916 da yayımlanan Ebul Muhsin Kemalin "Ana Mektepleri Hıfzıssıhhası" adlı eserinde Meşrutiyet dönemi anaokulları hakkında bilgiler, anaokulları tarihsel gelişimi, çocuk ve okul sağlığı konuları işlenmiştir. Bu kitapta okul sağlığıyla ilgili olarak *okul binaları genel düzenlemeleri* ve iç donanımları, okul temizliği, okul güvenliğinin nasıl olması gerektiği ve çocuk hastalıkları üzerinde durulmuştur.

Kitapta Okul Binaları Genel Düzenlemeleri başlığı altında binanın nasıl bir mevkide olması gerektiği ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Buna göre; anaokulu için seçilecek arsanın çocukların ikametgâhına yakın ve havadar, okul ile meskenler arasındaki sokakların temiz ve güvenli, okul binasının mezarlıklardan, fabrikalardan, gürültülü ve sağlığa zararlı yapılardan uzak, sınıfların güneş görmesi, mümkünse okulların tek katlı ve bağımsız binalar şeklinde olmasının önerildiği bildirilmektedir. Okul binalarının iç düzenlemeleri ile ilgili olarak da; elbise odası, doktor odası, teneffüs odası, uyku odası, tuvalet, banyo duşları, yemekhane, mutfak, okul bahçesi vs. gibi bilgilere oldukça ayrıntılı bir şekilde yer verildiği bildirilmektedir (6).

1921: Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu (eski adıyla Himâye-i Etfâl Cem'iyyeti) korunmaya ve yardıma ihtiyaç

duyan çocuklara sosyal hizmet organizasyonu amacıyla kurulmuştur. Kurumda bu dönemde kitap yayınları, sergiler, gürbüz çocuk yarışmaları, bakıcı okulu, müsamere ve eğlencelerin yapıldığı, anne ve çocuk sağlığı üzerinde özellikle durulduğu ve buna yönelik olarak bir dizi kitapçıklar yayınladığı bildirilmektedir. Bu kitapçıklardan biri de 1927 tarihinde yayımlanan "Dişlerimizi Niçin Temizleriz? adlı yayındır. Bu kitapçıkta basit olarak dişin anatomik yapısı, dişlerin neden temizlenmesi gerektiği, doğru fırçalama tekniği, düzenli diş kontrollerinin önemi görsellerle (resim/ konuşma balonları vs.) hem anne hem de çocuğa yönelik açık şekilde anlatıldığı bildirilmektedir. Kasım 1928'de Yeni Türk Harflerinin kabul edilmesi üzerine yayınların birçoğu Yeni Türk Alfabesiyle yeniden basılmıştır (7).

B-Cumhuriyet Sonrası Dönem 1923 – 1960

● 1927, 3 Ocak: Çıkarılan yönerge ile ilkokul müfettişlerine okulların hijyenik koşullarını ve öğrencilerin sağlık durumlarını incelemesi yetkisi verilmiştir (5).

● 1929: Cumhuriyet sonrası ülkemiz yoksulluk ve bulaşıcı hastalıklar baskısı altında iken, çocukların sağlığının korunması ve sağlıklı nesiller yetiştirilmesi Cumhuriyet hükümetlerinin temel amaçlarından birisi olmuştur. Milli Eğitim Bakanlığının (MEB) öğretmen okul kitapları arasında çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili kitaplar bulunmaktadır. Bu kitaplardan biri Hıfzıssıhha diğeri de Yeni Mektep Hıfzıssıhhası'dır. Birinci kitabın içeriği incelendiği zaman, kitabın hastalıkların etkeni, sağlıklı içme suyunun özellikleri ve temini, çocukluk yaş grubunda sağlıklı beslenme için yaş grubuna göre önerilen besin tüketimi, vücut hijyeni, giysi hijyeni, tuvalet hijyeni, ısınma, hava kirliliği, konut sağlığı, gayri sıhhi müesseseler ve sağlıkla ilişkili diğer temel konulara yer verdiği görülmektedir (8).İkinci kitap içeriğinde ise okul ve sınıfın fiziksel yapısı, çocukların büyüme ve gelişmesinin takibi, sağlığı koruma ve kişisel hijyen, beslenme, uyku, çocukların muayenesi ve izlemi, sağlık cüzdanı ve ders saatleri gibi konuların olduğu görülmektedir (9).

● 1930: Sağlık Bakanlığının 1930-33 yılları arasında üçü İstanbul'da, biri Aydın ve biri de Balıkesir'de olmak üzere beş adet "Süt Çocuğu ve Mektep Çocukları Muayene ve Müşavere" evleri açtığı ve buralarda görevli sağlık personellerinin okul çocuklarını muayene ederken, ev ziyaretleri de yaptığı rapor edilmektedir. Aynı makalede Cumhuriyet'in 10. yılına kadar Mektep Çocukları Muayene ve Müşavere Evlerinde 41239 çocuğun tedavi edildiği, 23266 ev ziyaretinin yapıldığı ve 30305 anneye çocuk bakımı hakkında bilgi verildiği bildirilmektedir (10).

● 1930: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarıldı. Bu kanunun 163-164. Maddesinde okul sağlığı ve hizmetleri tanımlanmaktadır. Kanunun 163. maddesinde okulların bina ve sıhhi şartları ile bulaşıcı hastalıklar yönünden denetim görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmişken, öğrencinin sağlık kontrolü okulun bağlı olduğu makam ve şahıslara bırakılmıştır. Kanunun 164. maddesinde öğrencilerin okullarda periyodik olarak beden, ruh, göz ve kulaklarına ait muayenelerin okulun hususi tabipleri tarafından yapılacağı ve her öğrenciye mahsus bir sağlık kaydının tutulacağı belirtilmiştir. Ayrıca kanunun Trahom ile Mücadele başlığı altındaki maddelerinde trahomun bulaşıcı olduğu evrede öğrencilerin okuldan uzaklaştırılması yer almaktadır (2).

● 1933: Dr. Nuri Ayberk yurt dışından geldikten sonra trahomlu çocukların tedavisi ile görevlendirilmiş. Trahomlu çocuklar Hakimiye Milliye adı verilen okulda eğitimlerine devam ederken aynı zamanda tedavilerini alıyorlarmış. Bu okul Anadolu'da Trahom'un yaygın olduğu yerlerde (Doğu ve Güneydoğu Anadolu) benzer okulların açılmasına vesile olmuş ve trahomlu öğrenciler için ayrı okullar açılmış. Trahomlu öğrencilerin bu okullarda doktorların gözetiminde eğitimlerine devam ettirilmesine çalışılmıştır. 1933-34 eğitim öğretim döneminde Adana'da 7, Gaziantep'te 6, Kilis'de 4, Urfa'da 3, Siverek'de 1, Besni'de 1, Adıyaman'da 1 ve Malatya'da 1 olmak üzere toplam 25 trahomlu öğrenci okulu bulunduğu rapor edilmektedir (11,12).

● 1936: Kazım Dirik'in Trakya Umum Müfettişliği döneminde, 1936-38 yılları arasında Trakya'da hasta ve zayıf köy çocuklarını iyileştirmek ve güçlendirmek için okulların tatil olduğu dönemde Azat Obaları isimli 15 kamp açılmıştır. 1938 yılında Trakya Bölgesinde bu kamplara 800 çocuğun alındığı bildirilmektedir. Bu kamplara önceleri köylerden zorla çocuk alınmışken, sonraları köylüler çocuklarını bu kamplara isteyerek getirdikleri bildirilmektedir(12-13).

● 1951: 12. Milli Tıp Kongresinde "Okul Hijyeni" ana tema olarak alınmış (14).

● 1953: 5. Milli Eğitim Şurasında anaokulları ve ilkokullarda "Okul Hijyeni" yasa tasarısı hazırlanmış ve kabul edilmiş (14).

● 1958, Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı içinde okullarda sağlıkla ilgili işleri yürütmek için Sağlık İşleri Daire Başkanlığı kurulmuş (14).

1960-1980

● 1961, 12 Ocak: 222 Sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunun 14. maddesinde ilde ilköğretim görevlileri içinde 'ilköğretim sağlık müfettişleri ile bölge ve okul hekimlerinin varlığı' belirtilmiş. Aynı kanunun 25'inci maddesinde ise ilköğretim kurumlarının sağlık işlerinin görülmesi, öğrenci, öğretmen ve hizmetlilerin sağlıklarının korunması ve takibi için il ve ilçelerde sağlık merkezleri ve gezici sağlık ekiplerinin kurulacağı, bu merkezlere sağlık müfettişleri, okul hekimleri, sağlık memuru ve hemşirelerin atanacağı hükme bağlanmıştır. Bunlar için MEB ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının birlikte bir yönetmelik hazırlayacağı hükme bağlanmıştır. Kanunun 28. maddesinde, köy ve bucak merkezi ilköğretim kurullarının öğrencilerin sağlık

ve beslenme durumlarını ıslah ve takviye etmesi, onlara sıhhi ve ekonomik beslenme ihtiyaçları için gereken tedbirleri alması, bu konuda il ve ilçe sağlık merkezi elemanları ile işbirliği yapılması belirtilmektedir.

● 1961, 12 Ocak: 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile okul sağlığı hizmetlerinden doğrudan bahsedilmese de, sağlık ocaklarının bulundukları bölgedeki her türlü koruyucu sağlık hizmetini vermek üzere yetkilendirilmesi, daha sonra bu kanuna dayanılarak çıkarılan 154 sayılı Yönerge ile Okul Sağlığı hizmetleri ilk defa detaylı bir şekilde tanımlanmış ve bu hizmetlerden sorumlu kişiler belirlenmiştir.

● 1962, 7. Milli Eğitim Şura Toplantısında okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmış (14).

● 1964, 9 Eylül: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yönetmelik ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde okul sağlığı hizmetlerinden okul müdürleri sorumlu tutulmuş ve sağlık memurunun sağlık ocağı hekimine karşı sorumlu olarak diğer hizmetlerle beraber okul sağlığı hizmet programlarını yöneteceği belirtilmiştir. Bu yönetmeliğin 4. Maddesine dayanılarak çıkarılan 154 Sayılı Yönergenin 73. Maddesinde okul sağlığı hizmetlerinden sorumlu kişiler ve yapılacak işler tanımlanmıştır. Yönergeye göre okul sağlığı hizmetlerinin kapsamında olan hizmetler şunlardır (15-16).

a) Öğrencilerin sağlık kontrollerinin yapılmasında okul yöneticilerine destek verilmeli,
b) Okullarda, zaman zaman hastalık (görme, işitme, enfeksiyon hastalıkları, paraziter hastalıklar, gelişme geriliği, sakatlıklar, kalp hastalıkları, diş hastalıkları vb) taramaları yapılmalı,
c) Öğrencilere ve okulda çalışanlara gereken aşılar zamanında yapılmalı,
d) Öğretmenler ve okulda çalışanlar sağlık konularında eğitilmeli,
e) Öğrencilere yönelik eğitim programları planlanmalı ve okul yönetimi ile işbirliği içinde uygulanmalı,
f) Okullar ve benzeri yerler ile çevrelerindeki işyerlerinin, oluşturulacak ekipler aracılığıyla tetkik ve kontrolleri yapılmalı; bunların sonuçlarına göre, çocuk ve gençlerin sağlığının korunması bakımından gerekli sağlık şartlarına uygun olmayan okullar ve benzeri yerler ile yönetici ve sahipleri, gerekli asgari teknik ve hijyenik-şartlara uygun faaliyet göstermeyen, sağlık şartlarına uygun olmayan ürün ve hizmetleri satışa sunan işyerleri ve sahipleri, yasaklara aykırı hareket edenler, zorunluluklara ve alınan tedbirlere uymayanlar hakkında ilgili mevzuat doğrultusunda gerekli her türlü işlem yapılmalı ve yaptırılmalı,
g) Konu hakkında kaymakamlıklar, il ve ilçe umumi hıfzıssıhha meclisleri, kamuoyu ve ilgili birimler bilgilendirilmelidir.

● 1973, 14 Haziran: 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanununun Genel Amaçlar alt başlığı altında, Madde 2'de okullarda çocuğun sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin olarak *'Beden, zihin, ahlak, ruh ve duygu bakımından dengeli ve sağlıklı şekilde gelişmiş kişiliğe ve karaktere, hür ve bilimsel düşünme gücüne, geniş bir dünya görüşüne sahip, insan haklarına saygılı, kişilik ve teşebbüse değer veren, topluma karşı sorumluluk duyan, yapıcı yaratıcı ve verimli kişiler olarak yetiştirmek'* ifade edilmektedir.

● 1976, 15 Kasım: 15764 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan MEB'na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelikte MEB eğitim sınıfı mensupları ve aileleri ile Bakanlığın her dereceli okullarında öğrenim gören öğrencilerine gerekli sağlık hizmetlerini yapmak üzere sağlık merkezlerinin kurulacağı belirtilmektedir. Bu yönetmelikte okul hekimi ve görevleri tanımlanmış olup, okul hekimlerinin görevli bulunduğu okulda yönetmeliğin esaslarına göre Sağlık Merkezi Başhekimi ile işbirliği içinde görevini yapacağı belirtilmektedir.

1980 – 2000

● 1982, 28 Mayıs: MEB bu tarihte çıkardığı bir yönetmelikle merkezde ve taşrada görevli bütün çalışan ve ailelerine sağlık hizmeti vermek üzere Sağlık Eğitim Merkezlerinin kurulması belirtilmektedir. Bu merkezlerden parasız yatılı öğrenciler ile kimsesiz, fakir öğrencilere de sağlık hizmeti verilecektir. Yönetmeliğin ikinci maddesinin "c" bendinde "okul sağlığı çalışmalarını geliştirici bilimsel önlemleri alarak yürütür" diyerek okul sağlığı hizmetlerine atıfta bulunmaktadır. Ancak, yönetmelikte okul sağlığı hizmetleri nasıl ve kim tarafından yapılacağı ile ilgili bilgi yer almamaktadır. Bu yönetmelik 28.12.2008 tarih ve 27094 sayılı resmi gazetede yayımlanan yönetmelikle yürürlükten kaldırılmıştır.

● 1984: MEB Sağlık İşleri Daire Başkanlığı yayınlandığı "Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi" ile okul sağlığı ve okul sağlığı hizmetleri tanımlanmıştır. Bu rehber 1992 yılında yeniden yayımlanmıştır(14).

● 1994: Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa ülkelerinde yürüttüğü "Sağlığı Geliştiren Okullar Projesine" Türkiye 10 pilot okul ile katılmıştır. Okullarda temel sanitasyon ve kişisel hijyeni önceleyen bu proje ile sağlığı geliştiren ve teşvik eden bir okul toplumu amaçlanmaktadır (5).

● 1995:Türkiye Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağına (ASGO) katılmıştır. Bu konuda MEB ve Sağlık Bakanlığı bir protokol imzalayarak çalışmalara başlamıştır. Ancak 17 yıl içerisinde sadece 208 okul, sağlığı geliştiren okullar kapsamına alınabilmiştir(5,17,18).

● 1995, 06 Ekim: MEB çocuklar arasında uçucu maddelerin kullanımının artması üzerine çıkardığı genelge ile öğrenci, öğretmen ve velilerin bilgilendirilerek, uçucu madde içeren kırtasiye malzemelerinin alınmaması ve kullanılmaması konusunda uyarmıştır.

● 1996: MEB ve Sağlık Bakanlığı Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolünü imzalayarak, okul sağlığı hizmetleri-

ni ülke genelinde standardize etmişlerdir(5).

● 1996, 10 Temmuz: 22692 sayılı resmi gazete yayımlanan Gıda Üretim ve Satış Yerleri Hakkında Yönetmelik gereğince okul kantinleri Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmeye başlanmıştır.

● 1999, 13 Ocak: MEB çıkardığı yönetmelik ile umuma açık yerler ve içkili yerler ile öğretim kurumlarının açılmasına izin verilirken aralarındaki uzaklığın ölçümünde, bina ve tesislerin, varsa bahçesi de dahil en dış sınırının dikkate alınacağını bu sınırın her bir noktası için en az 200 metre şartının aranacağını hükme bağlamıştır.

● 1999, 13-17 Ekim: Avrupa Sosyal Pediatri Derneği, Çocuk Sağlığı Derneği, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD tarafından ilk defa düzenlenen Okul Sağlığı Kongresinin sonuç bildirgesinde özetle; ülkemizde öğrencilerin toplumun %21'ini oluşturduğu, okul çağı çocukluk dönemi genellikle sağlıklı bir dönem kabul edildiğinden sağlık kurumlarına başvurunun az olduğu, bu nedenle okullarda sağlık hizmetlerinin verilmesinin çocukların sağlıklarının korunup geliştirilmesini ve hastalıklarının da erken dönemde tespit edilmesini sağlayacağı, tüm öğrencilerin sağlık güvencesinin sağlanmadan okullarda tarama yapılmasının yararlı olmayacağı, çocukların sağlıklı beslenmesi açısından okullarda taze meyve ve süt dağıtımının yapılması ve okullara okul hemşiresi görevlendirilmesi önerileri üzerinde durulmuştur. Çocuk Sağlığı Derneğinden alınan bilgiye göre bu kongre bir sefer düzenlenmiş olup, daha sonra tekrar düzenlenmemiştir. EK-1'de Kongre kitap kapağı görülmektedir (19).

IV- 2000 Sonrası

● 2000, 06 Mayıs: MEB çıkardığı genelge ile tüm okulların ve eğitim kurumlarının depo, mutfak, yemekhane, kantin ve büfeleri ile ilkokulların beslenme saatlerinde uyulması gereken hijyenik kurallar bildirmektedir.

● 2000, 12 Temmuz: MEB çıkardığı genelge ile cep telefonu ve baz istasyonlarının oluşturduğu elektromanyetik kirlenme nedeniyle, okulların çatılarına, bahçesine ve yakın çevresine baz istasyonu konulamayacağını varsa kaldırılması gerektiğini bildirmektedir.

● 2001, 28 Ağustos: MEB Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun desteği ile "Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Proje" sini yürütmeye başlamıştır (5).

● 2002, 25 Ocak: MEB çıkardığı genelge ile Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Psikososyal Müdahale Birimi kurulmasını planlamaktadır. Bu birimin yaşanan şiddet ve travmalar sonrasında öğrencilerin psikososyal ve ruh sağlığını korumak amacıyla bu alanda hizmet gören kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak eğitim sistemine uygun planlamalar yapması amaçlanmıştır.

● 2004, 03 Nisan: MEB çıkardığı yönetmelikle 1999 yılında çıkardığı benzer yönetmeliği yürürlükten kaldırarak okullar ile umuma açık içkili yerler arasında en az 200 m olan uzaklığı 100 metreye indirmiştir.

● 2004, 05 Haziran: Gıdaların üretimi, tüketimi ve denetlenmesine dair çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile gıda üretim, tüketim yer denetimi Sağlık Bakanlığından Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığına devredilmiştir.

● 2005, 19 Ocak: 25705 sayılı resmi gazete, bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devri hakkındaki kanun ile MEB'e bağlı Sağlık Merkezleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

● 2005, 01 Şubat: Sağlık Bakanlığının Okul Sağlığı Hizmetleri genelgesi ile okul sağlığı hizmetlerinin nasıl yapılacağı bildirilmektedir.

● 2006, 14 Mart: MEB yayınladığı genelge ile öğrencileri zararlı madde ve şiddet gibi tehlikelerden korumak için okullarda alınması gereken önlem ve önerilen uygulamaları bildirmektedir.

● 2006, 03 Ağustos: MEB ile Sağlık Bakanlığı arasında okullarda temizlik ve hijyenin teşvik edilmesi, okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla "Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü" imzalanmıştır. "Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü" 10.11.2010 ve 05.06.2015 tarihlerinde yeniden güncellenmiş ve uygulanmasına devam edilmiştir. Protokol ile okullar standart bir değerlendirme formu ile değerlendirilmekte ve 100 tam puan üzerinden 90 ve üzerinde puan alan okullara üç yıl süreyle "Beyaz Bayrak" verilmektedir. Üç yılsonunda okul yeniden değerlendirmeye alınmaktadır. 2017 tarihi itibariyle 17665 (%28.4) okulun beyaz bayrak almaya hak kazandığı bildirilmektedir (20,21,22).

● 2006, 25 Eylül: MEB ile Sağlık Bakanlığı okul sağlığı hizmetlerini kapsamlı ve standart bir şekilde verebilmek için Okul Sağlığı İşbirliği Protokolünü imzalamışlardır(23).

● 2007, 07 Şubat: MEB tarafından yayınlanan genelge ile ilköğretim okullarında ortak kullanım alanlarında engelli öğrencilerin tekerlekli sandalyelerini kullanabilecekleri rampa vb düzenlemeleri yerel kaynaklarla yapması istenmektedir.

● 2007, 02 Nisan: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okul kantinlerinde çalışanların gıda ve beslenme hijyeni konusunda, okul servis şoförlerinin de trafik bilgisi ve ilkyardım konusunda eğitim verilmesi istenmektedir.

● 2007, 17 Nisan: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okul kantinlerinin denetiminde uyulacak kurallar bildirilmektedir. Kantinlerdeki gıda denetiminin Tarım İl/İlçe Müdürlükleri tarafından, genel denetimin ise okul müdürü veya yardımcısının başkanlığında bir komisyon tarafından ayda en az bir kez Okul Kantin Denetim Formu'na göre denetleneceği bildirilmektedir.

● 2007, 29 Eylül: MEB ile sivil toplum kuruluşları arasında imzalanan "İlk Yardıma İlk Adım" projesi ile ilkyardım konusunda toplumsal bir bilinç ve farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır(5).

● 2008, 03 Ocak: MEB ile Colgate Palmolive Temizlik Ürünleri Sanayi ve Ticaret A.Ş., Ağız ve Diş Sağlığı Derneği

ve Tüvana Okuma İstekli Çocuk Eğitim Vakfı (TOÇEV) arasında "Parlak Gülüşler, Parlak Gelecekler" sloganı ile ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi amacıyla bir protokol imzalanmıştır. Protokol 04.02.2013 tarihinde ve 2012-2013 eğitim-öğretim yılının ikinci döneminden başlamak üzere 5 yıllık süre ile yenilenmiştir (53). Bu proje kapsamında 2006 yılından beri 137342 öğretmene eğitim verildiği, 137342 öğretmen ve 4275500 öğrenciye diş fırçası ve diş macunu hediye edildiği rapor edilmektedir (24).

● 2008, 18 Mart: MEB 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunun uygulanması kapsamında okul binaları ve bahçelerinde sigara içilemeyeceğini hükme bağladığını, daha önce sigara içme alanları olarak belirlenen yerlerin kapatılacağını ve okullarda sigara içimi ile mücadele konusunda neler yapılacağını bildirmektedir.

● 2008, Mayıs: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından okullarda sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik olarak Okul Sağlığı Kitabı yayınlanmıştır. Kitapta okullarda öğrenim gören öğrencilerin sağlığının izlenmesi, sağlığın korunup geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve sağlık sorunlarına yaklaşım başlıkları altında sağlık personeline yönelik bilgiler yer almaktadır (14).

● 2008, 27 Mayıs: MEB 5727 sayılı kanunun uygulanması için çıkardığı ikinci genelgesinde tütün ürünlerinin yasak olan yerlerde kullanımının cezai karşılığının imza karşılığında personele duyurulmasını, yasal uyarı levhalarının temini ve asılması ile ilgili hususları bildirmektedir.

● 2008, 11 Eylül: Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Okul Sağlığı Hizmetleri genelgesi ile okul sağlığı hizmetlerinin nasıl yürütüleceği bildirilmektedir.

● 2009, 12 Ocak: MEBtarafından yayımlanan Yangın Önleme ve Söndürme yönergesi ile merkez ve taşra teşkilatı ile okul ve kurumlar tarafından kullanılan her türlü yapı, bina, tesis ve işletmelerin tasarımı, yapımı, işletimi, bakımı ve kullanımı safhalarında çıkabilecek yangınların en aza indirilmesini ve herhangi bir şekilde çıkabilecek yangının can ve mal kaybını en aza indirerek söndürülmesini sağlamak üzere, yangın öncesinde ve sırasında alınacak tedbirler, organizasyon, eğitim ve denetimin usul ve esasları belirlenmiştir.

● 2009, 17 Aralık: MEB tarafından yayımlanan genelge ile tüm okullarda fiziksel engellilerin diğer öğrencilerle beraber eğitim görebilmesi için binaların fiziksel yapısında olması gerekenler bildirilmektedir.

● 2010, 21 Ocak: MEB ve Sağlık Bakanlığı ülke genelinde Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı resmi/özel okul/kurumların sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında teşvik edilmesi ve bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi ile okul ortamı ve öğrenci sağlığının geliştirilmesi amacıyla Beslenme Dostu Okullar İşbirliği Protokolü imzalamıştır (25).MEB 2016 yılında Sağlık Bakanlığı ile imzaladığı Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü ile Beslenme Dostu Okullar Programının sürekliliği sağlanmıştır. 2017 tarihi itibariyle 4814 (%7.7) okula Beslenme Dostu Okul sertifikasının verildiği rapor edilmektedir (22,26).

● 2010, 15 Şubat: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okullarda öğrencilere yönelik yemek hizmetlerinin ihale şartnamelerine uygun olması için yapılması gerekenler bildirilmektedir. Bu konuda okullarda ve il yönetimlerinde yeterince denetim olmadığı, ihale şartnamelerine göstermelik uyulduğu, hijyenvb. uygulamalara özen gösterilmediği belirtilerek, il yönetimlerinin bu konuda denetim yapmalarına ve ihale şartnamelerine tam uyulması konusunda gerekenler bildirilmektedir.

● 2010: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 6-18 yaş arası çocukların %6.8'inin bodur, %20 .7'sinin de zayıf ya da çok zayıf olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar sırasıyla erkeklerde %7.7 ve %20.0 ve kızlarda da %5.9 ve %21.1 olduğu bildirilmektedir (27).

● 2010, 27 Nisan: MEB, Sağlık Bakanlığı ve Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği arasında "Okullarda Diyabet Eğitim Programı" adlı protokol imzalanmıştır. Bu protokolle Tip 1 Diyabet konusunda okul ve öğretmenler aracılığıyla farkındalık oluşturmak, okul çağındaki çocuklarda Tip 1 Diyabetin erken tanısını sağlamak, diyabetik ketoasidoz sıklığını azaltmak ve okul çağı çocuklarında sağlıklı beslenme tutumunun geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Program çerçevesinde 2011 yılında 24836 okulda 7508619 öğrenciye, 583182 öğretmene ve 581807 veliye eğitim verildiği rapor edilmektedir (28,29).

● 2010, 21-22 Mayıs: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından "Her Okula Bir Hemşire" temasıyla 1. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu yapıldı. Sempozyum ana teması gereğince, okullarda okul sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşabilmesi için okullarda okul sağlığı birimi kurularak, bu birimlerde bir hemşirenin görevlendirilmesi önerildi. Sonuç bildirgesi EK-2'de görülmektedir (30).

● 2010, 28 Eylül: Başbakanlık tarafından sağlıklı beslenme ve obezite ile mücadele konusunda Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı genelgesi yayımlandı. Programın Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde diğer kurumlarla işbirliği içinde yürütülmesi planlanmaktadır.

● 2011: MEB ve Hacettepe Üniversitesi tarafından Türkiye genelinde 6-10 yaş grubunda yapılan Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ)çalışmasında çocukların %6.5'inin şişman olduğu, bu oranın erkeklerde %7.5, kızlarda %5.4, kentsel bölgede %8.5, kırsal bölgede %4.0 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada şişmanlığın en düşük olduğu iki bölge sırasıyla %0.9 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve %2.4 ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi; şişmanlığın en yüksek olduğu iki bölgenin ise sırasıyla İstanbul %13.0 ve Batı Marmara Bölgesinde %11.7 olduğu rapor edilmektedir(31).

● 2011, 19 Nisan: Hemşirelik Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle okul hemşiresi ve görevleri tanımlanmıştır.

● 2011, 21 Temmuz: MEB tarafından yayımlanan genelge ile ülkemizde başlatılan Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam Programının başlamasıyla okul kantinlerinde enerji seviyesi yüksek, besin değeri düşük ve obeziteye neden olan patates kızartması, cips vb gıdalarla gazlı içeceklerin satışının yasaklandığı, bunların yerine taze meyve ve meyve suları ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığından lisanslı süt ve süt ürünlerinin satılabileceği bildirilmiştir.

● 2011, 03 Ağustos: Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge ile bugüne kadar sağlık ocakları tarafından yapılan okulların sağlık yönünden denetlenmesi ve öğrencilerin periyodik muayeneleri TSM'lere bırakılmaktadır. TSM'ler bu görevi bölgesindeki resmi ve özel okulları sağlık ve hijyen yönünden yılda en az iki defa denetleyerek ve okula kayıt yaptıran öğrencilerin aile hekimlerine periyodik muayenesinin yaptırılmasını sağlayarak yapacaktır.

● 2011, 14 Eylül: 28054 sayılı resmi gazetede yayımlanan 652 sayılı MEB Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık İşleri Daire Başkanlığı kaldırılmıştır. Bu kanun değişikliği ile beraber okul sağlığı ile ilgili iş ve işlemler MEB Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü altında Öğrenci İşleri ve Sosyal Etkinlikler Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (32).

● 2012, 03 Ocak: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okullarda öğrencilerin zararlı maddelerden korunması ve uzaklaştırılması içinYeşilay Derneği ile işbirliği yapılarak öğrenci ve öğretmenlerin okullarda yapılacak olan seminer, konferans, yarışma vb etkinliklere katılması istenmektedir.

● 2012, 17-18 Mayıs:II. Okul Sağlığı Sempozyumu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD ile HASUDER tarafından "Güvenli Okul, Sağlıklı Öğrenci" temasıyla Adana'da yapıldı. Sempozyuma değişik meslek gruplarından 152 akademisyen ve dinleyici katıldı. Sempozyumda 62 poster tartışıldı ve yedi oturumda 22 sözlü sunum yapıldı. Sonuç bildirgesi EK-3'de görülmektedir (33).

● 2012, 12 Ekim: MEB tarafından yayımlanan yönerge ile okul ve kurumlarını etkileyebilecek tehlikelere karşı personel, öğretmen ve öğrencilerin sağlığının ve çevrenin korunması, can ve mal kaybının en aza indirilmesi için Milli Eğitim birimlerinin tehlike öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin görev ve sorumluluklarını belirlenmiştir.

● 2013, 24 Şubat: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okullarda Tip 1 diyabetli öğrencilerin belirlenmesi, takip edilmesi, acil durumda neler yapılacağı konusunda öğretmen ve yöneticilerin bilgilendirilmesi istenmektedir.

● 2013, 17 Ağustos: Bakanlar Kurulu Kararı ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, MEB ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortaklaşa yürütülecek "Okul Sütü Programı" ile bağımsız anaokulu, uygulama sınıfı, anasınıfı ve ilkokul öğrencilerine süt içme alışkanlığının kazandırılması amaçlanmaktadır. Bu program ile 2013-2014 eğitim öğretim yılından başlamak üzere 2 eğitim öğretim yılı süresince UHT içme sütü dağıtılmasına ilişkin esaslar belirlenmiştir. MEB tarafından belirlenecek olan okullarda öğrencilere haftanın üç günü 200 ml içme sütü dağıtılması planlanmaktadır. Okul sütü programı çerçevesinde 2011-2012 Eğitim-Öğretim Yılında 32500 okulda 7185021 öğrenciye, 2012-2013 Eğitim-Öğretim Yılında 30752 okulda, 6182368 öğrenciye ve 2013-2014 Eğitim-Öğretim yılında da 5583649 öğrenciye haftada üç gün süt dağıtıldığı bildirilmektedir (34).

● 2013, Aralık: 2012-2013 Eğitim Öğretim yılında Türkiye genelinde ilkokul ikinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %14.2'sinin hafif şişman, %8.3'ünün şişman, bu oranların erkek sırasıyla %13.3 ve %10.0, kızlarda da %15.0 ve %6.6 olduğu rapor edilmiştir. Bu oranlar sırasıyla kırsal kesimde %11.1 ve %3.7 iken, kentsel bölgede %13.7 ve %11.2 olduğu bildirilmektedir (35).

● 2014, 3 Ocak: MEB Öğrenme Genel Müdürlüğü ve Türkiye Yeşilay Derneği arasında Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitimi (TBM) Projesi protokolü imzalanmış. Proje süresince 81 ilden 498 formatör yetiştirilmiş ve formatörler aracılığıyla 21991 rehber öğretmen ve 444 halk eğitim müdürüne TBM eğitimi yapılmış. Ocak 2016'ya kadar 17700 kursta 767497 kişiye TBM eğitimi yapıldığı bildirilmektedir (22).

● 2014, 16 Ocak: MEB tarafından yayımlanan genelge ile 2011 yılında Orman ve Su İşleri Bakanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği arasında imzalanan protokolle yürürlüğe giren Okullar Hayat Olsun Projesi ile okulların örgün eğitim dışı zamanlarda fizik mekanlarının öğrenci, yetişkin ve mahalle sakinlerine açılarak, bu yerlerin birer hayat boyu öğrenme merkezi olması istenmektedir. Genelge ile belirtilenlerin nasıl yapılacağı bildirilmektedir.

● 2014, 19 Ağustos: MEB tarafından yayımlanan genelge ile 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereğince bütün okullarda stajyer öğrenciler dahil öğretmen, memur, hizmetli vb. bütün çalışanların sağlığının korunması için alınması gereken tedbirler bildirilmektedir.

● 2014, 15 Eylül: MEB tarafından yayımlanan genelge ile öğrencilerin uyuşturucudan korunması ve uyuşturucu ile mücadelede okullarda uyuşturucuyla mücadele konusunda Ulusal Eylem Planı çerçevesinde diğer kurum ve kuruluşlarla da iş birliği içinde neler yapılması gerektiği bildirilmektedir.

● 2014: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım" Yaşam Alanlarının Geliştirilmesi" raporunu yayımladı. Bu raporda Hedef 5.2'de Okul Sağlığı ele alınarak okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi çok yönlü bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Okul binasının yapılacağı yerin seçimi, okul sağlığı hizmetinin kapsamı ve yönetimine kadar her alt başlıkta kısa orta ve uzun vadede ne zaman

kim tarafından ne yapılacağı belirlenmiştir (5).

● 2014, 08-09 Eylül: III. Okul Sağlığı Sempozyumu Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü ve HASUDER tarafından "Okul Sağlığında Ağız ve Diş Sağlığı" temasıyla Ankara'da yapıldı. Sempozyuma 228 kişi katılmış ve 44 bildiri sunumu yapılmıştır. Sonuç bildirgesi EK-4'de görülmektedir (36).

● 2015, 5 Şubat: Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler yönetmeliği ile okul sağlığı hizmetlerinin TSM'ler tarafından yürütüleceği belirtilmektedir. TSM'lerin bölgesinde bulundukları okulları sağlık ve genel hijyen yönünden değerlendirmek, öğrencilerin okullara kaydı sırasında aile hekimleri tarafından periyodik muayenelerinin yapılmasını sağlamak, okullarda çocukluk çağı aşılarını yapmak veya yapılmasını sağlamak, tütün alkol ve yasadışı maddelerin kullanımıyla mücadele etmek, elde ettiği sağlık kayıtlarını müdürlüğe bildirmek, Bakanlığın sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz gibi aktiviteleri yapmasında okul idareleri ile işbirliği yapması gerektiği ifade edilmiştir.

● 2016, 10 Mart: MEB tarafından yayımlanan genelgede halen uygulanan Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat programının daha etkili uygulanması, okullarda kantin, yemekhane vb gibi gıda satış ve hazırlama yerlerinde hijyenik kurallar, kantin ve büfelerde satışı yasak ve serbest olan gıdalar ile buraların denetlenmesinde kullanılacak formlar bildirilmektedir.

● 2016, 25 Nisan: MEB tarafından yayımlanan genelge ile okulların ortak kullanım alanlarında, tuvaletten bahçe hijyenine kadar, hijyenin sağlanması için yapılması gerekenler bildirilmektedir.

● 2016, 17 Mayıs: MEB ve Sağlık Bakanlığı yeniden Okul Sağlığı İşbirliği Protokolünü imzalamıştır. Protokolün amacı öğrencilerin ve okul/kurum çalışanlarının sağlığının korunması, temizlik ve hijyen konusunun teşviki, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrencilere ve dolayısıyla topluma sağlıklı hayat tarzlarının ve alışkanlıklarının kazandırılması ve sağlık eğitimi verilmesi amacıyla yapılacak iş ve işlemlerde eşgüdümün sağlanmasıdır. Protokol ile okul ortamında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, sağlıklı okul ortamının sağlanması, öğrenci ve çalışanların sağlığının korunması ve öğrencilerin sağlık kontrollerinin periyodik olarak yapılması başlıca görevler arasında sayılmaktadır (26).

● 2016, 01 Temmuz: MEB tarafından yayımlanan genelgede İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre okullarda ilk yardımcı bulundurulması gereğince illerde ilkyardım eğitimi yapmak üzere İlkyardım Eğitim Merkezi, ilkyardım eğitmeni yetiştirmek üzere de Ankara'da İlkyardım Eğitici Eğitimi Merkezi kurulması ile ilgili hususlar belirtilmektedir.

● 2017, 30 Mayıs:MEB tarafından yayımlanan Okul Sağlığı Hizmetleri Genelgesi ile okullarda sürdürülen sağlıkla ilişkili proje ve programlarla beraber öğrenci, çalışan ve velilerin sağlığının korunması için yapılması gereken sağlık hizmetleri, tedbirler ve işlemler bildirilmektedir.

● 2017: MEB ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzunu yayınlayarak okul sağlığı hizmetlerini altı ana başlıkta toplamışlardır: i) Sağlık hizmetleri, ii) Sağlıklı ve güvenli okul çevresi, iii) Sağlıklı beslenme, iv) Sağlık eğitimi, v) Fiziksel aktivite, vi) Aile/Toplum katılım. Bu başlıklar altında okul sağlığı hizmetleri yapılırken sorumlu kişilerin görevleri, yapılacak işler, kullanılacak formlar ve kayıt sistemi uygulamaya dönük olarak açıklanmıştır (37).

Tez Çalışmalarında Okul Sağlığı

YÖK Tez Merkezinde online olarak okul sağlığı ile ilişkili tezler tespit edildi. İnceleme sonunda 1978 yılından 2017 ilk 9 ayına kadar okul sağlığı ile ilişkili 176 tez olduğu tespit edildi. Okul sağlığı ile ilişkili tezler yapıldığı yıl ve konularına göre dağılımı aşağıda görülmektedir (38).

1978-1990

1978-1990 arasında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 11 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 2'sinin okul sağlığını genel değerlendirme, 2'sinin öğretmenlerin sağlık bilgisini değerlendirme ve diğerlerinin öğrencilerin beslenme diş sağlığı gibi sağlık durumlarını irdelemek amacıyla yapıldığı saptanmıştır.

1991-2000

1991-2000 arasında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 19 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 5'inin anne-baba veya öğretmenlerin sağlık bilgisini ölçmeye yönelik, birinin okul sağlığı hemşireliğini değerlendirmeye yönelik ve diğerlerinin de öğrencilerin bedensel/zihinsel sağlıklarını değerlendirmeye yönelik olduğu saptanmıştır.

2001-2005

2001-2005 arasında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 21 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 5'inin okul güvenliği/ okul sağlığı uygulamalarını değerlendirmeye yönelik, 3'ünün okul sağlığı hemşireliğini değerlendirmeye yönelik, 2'sinin sağlık eğitimi- davranışlarını değerlendirmeye yönelik,ve diğerlerinin ise öğrencilerin bedensel sağlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

2006-2010

2006-2010 arasında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 35 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 19'unun öğrencilerde beslenme/ obezite/ fiziksel aktiviteyle, 3'ünün okul kantinlerinin durumu ve personel bilgi düzeyi ve diğerlerinin de okul sağlığını genel değerlendirme ve öğrencilerin diğer sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

2011-2015

2011-2015 arasında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 45 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 21'inin beslenme/ obezite /fiziksel aktivite, 6'sının öğrenci- öğretmen sağlık eğitimini, 3'ünün internet kullanımı ve etkileri, 4'ünün madde kullanımı ve etkileri ve diğerlerinin de öğrencilerin diğer bedensel sağlık durumlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

2016- 2017 (9. Ay)

2016 ve 2017 ilk 9 ayında YÖK Tez Merkezinde okul sağlığı ile ilişkili 45 tez tespit edilmiştir. Bu tezlerin 18'inin öğrencilerin beslenme/obezite/fiziksel aktivite durumlarıyla, 7'sinin internet/sosyal medya kullanımı ve etkileri, 3'ünün öğretmen /velilerin sağlık bilgileri, 2'sinin okul sağlığını genel değerlendirme ve diğerlerinin de öğrencilerin diğer bedensel sağlık durumlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç

Ülkemizde 2016-2017 Eğitim Öğretim Döneminde 83727 okulda (Okul öncesi, İlkokul, Ortaokul, Lise toplamı) 1027377 öğretmen görev yapmakta ve 17702938 öğrenci eğitim görmektedir. Okula devam eden öğrenci sayısı toplam nüfusumuzun %20'sinden fazladır (39).

Ülkemizde okul sağlığı ile ilgili mevzuat ve girişimler Osmanlı'nın son dönemi, Cumhuriyetin ilk yıllarında ortaya çıksa da günümüze kadar okulların içinde kurumsallaşmış bir okul sağlığı birimi ve hizmeti bulunmamaktadır. Var olan okul sağlığı hizmetleri MEB ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan bir protokollerle yürütülmeye çalışılmaktadır. Yıllardan beri okul sağlığı hizmeti kapsamında başarıyla sürdürülen başlıca okul sağlığı hizmetinin okul aşıları olduğu, diğer okul sağlığı hizmetlerinin projelerle yürütülmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ülke geneliyle ilgili yürütülen okul sağlığı hizmetlerine dair Sağlık Bakanlığı ve MEB'in yıllık ve raporlarında yeterli veri ve bilgiye ulaşılamamıştır.

Nüfusumuzun beşte birinden fazlasının bulunduğu okulların içinde bir okul sağlığı biriminin kurulması ve burada en az bir okul hemşiresinin istihdam edilmesiyle okul sağlığı hizmetlerinin kurumsallaşmasına başlanabileceği ve okul sağlığı hizmeti ile ilgili verilerin hem MEB hem de Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak yayımlanan yıllık ve faaliyet raporlarına eklenmesi gerektiği önerilir.

Teşekkür

Ülkemizde Okul Sağlığı Tarihçesi bölümünü hazırlarken görüş ya da kaynak göndererek destek olan Prof.Dr. Zafer Öztek, Prof.Dr. Hilal Özcebe, Prof.Dr. Türkan Günay, Prof. Dr. Deniz Çalışkan ve Doç.Dr. Ahmet Öner Kurt'a teşekkür ederim. Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı Okul Sağlığı Biriminden Murat Gülşen'e gönderdiği kaynaklar için teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Atatürk ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri. 1923-1998. Rıdvan Ege. Türk Hava Kurumu Basımevi, 1998.
2. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Resmi gazete tarih: 06.05.1930, Resmi gazete sayı: 1489.
3. Özcan C, Kılınç S, Gülmez H. Türkiye'de okul sağlığı ve yasal durum. 2013;13(2):71-81.
4. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü. Ayyıldız Matbaası AŞ, Ankara, 1973.
5. 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım" Yaşam Alanlarının Geliştirilmesi", Ankara 2014.
6. Anaokullarının İkinci Meşrutiyet Dönemindeki Gelişiminde Okul ve Çocuk Sağlığı Akyüz Y. Uygun S. Kafadar O. Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi 2005
7. Türkiye Himâye-i EtfâlCem'iyyeti (Çocuk Esirgeme Kurumu) yayınlarından 1927 tarihli bir kitapçık: Dişlerimizi niçin temizleriz? Acıduman A. Arda B. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008
8. Hıfzıssıhha. Muallim Mektebi Kitapları. Mf.V. Devlet Matbaası, İstanbul 1929.
9. Kadıoğlu S, Edisan Z, Kadıoğlu F. Okul sağlığı tarihçesinden bir yaprak: M. Cemal'in "Yeni Mektep Hıfzıssıhhası" kitabı. Lokman Hekim Journal, 2012;2(3):58-72.
10. Burgaç M. Cumhuriyet döneminde Trakya'da örnek bir sağlık kampı uygulaması: Azat Obaları. Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi 2011. Erişim Yeri: http://atam.gov.tr/wp-content/uploads/06-murat-burgac.pdf, Erişim Tarihi: 21.09.2017.
11. Özer S. Türkiye'de trahomla mücadele (1925-1945). Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu dergisi 2014;14:121-152.
12. Hot İ. Ülkemizde trahom ile mücadele. T. Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2003;11:22-29.
13. Gökçe N, Yaprak M. Köy çocukları için yaz kampları: Azat Obalar. Lokman Hekim Journal 2013; Supplement VIII. Lokman Hekim Days 22 - 25 May 2013 Ninth Session: Poster Session.
14. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti, Ankara, Mayıs, 2008.
15. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik. Resmi gazete tarih: 09.09.1964, Resmi gazete sayı: 11802.
16. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı Yönerge). T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı,Yayın No:154 (Yönergenin tarihine ulaşılamamakla beraber, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yönetmeliği 09 Eylül 1964'de çıkarıldığı için, 154 sayılı Yönergenin de bu tarihten sonra, bu tarihe yakın biz dönemde çıkarıldığı düşünülebilir).
17. T.C Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı. http://sdb.

meb.gov.tr/okulsagligi.html web adresinden 14.06.2012 tarihinde indirilmiştir.

18. Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi.http: //iogm. meb. gov.tr/pages.php? page= projects&id=15 Erişim Tarihi: 14.06.2012
19. Okul Sağlığı Kongresi, Konferanslar Paneller Çalışma Grupları Sonuç Bildirgesi. 13-17 Ekim 1999, İstanbul.
20. Beyaz Bayrak Projesi. Erişim yeri: https://okulsagligi.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=20, Erişim tarihi: 20.09.2017.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı ile T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Arasında Yapılan "Beyaz Bayrak" İşbirliği Protokolü. 05.06.2015.
22. Okul Sağlığı Hizmetleri (Sunum). Murat Gülsen. Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü Öğrenci İşleri ve Sosyal Etkinlikler Daire Başkanlığı, Eylül 2017, Antalya.
23. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü. 25.09.2006
24. Parlak Gülüşler Parlak Gelecekler (2008). Erişim tarihi: 28.09.2017, Erişim yeri: https://www.tocev.org.tr/parlak_gulusler_parlak_gelecekler.aspx.
25. Beslenme Dostu Okullar Programı Uygulama Kılavuzu. T.C. sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, Eylül 2016.
26. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü. 17.05.2017
27. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, 2014.
28. Okullarda Diyabet Eğitim Programı Protokolü. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği. Erişim yeri: https://okulsagligi.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=19, erişim tarihi: 20.09.2010.
29. Okulda Diyabet Programı Rapor -2010-2011. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği, Çocuk Adölesanlar Diyabet Derneği, DiabTürk, Arkadaşım Diyabet.
30. I. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. 21-22 Mayıs 2010, Mersin.
31. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Temmuz 2011.
32. Öğrenci İşleri ve Sosyal Etkinlikler Daire Başkanlığı. Ulaşım yeri: http://mtegm.meb.gov.tr/www/ogrenci-isleri-ve-sosyal-etkinlikler-grup-baskanligi/icerik/12, Ulaşım tarihi: 20.09.2017.
33. II. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. 17-18 Mayıs 2012, Adana.
34. Türkiye'de Okul Sütü. Ulaşım yeri: http://www.okulsutu.com/turkiyede-okul-sutu, Ulaşım tarihi: 22.09.2017.
35. Çocukluk çağı obesite araştırması (COSI-TR). T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi. Ön Rapor, Aralık 2013.
36. III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. 08-09 Eylül 2014, Ankara
37. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2017.
38. YÖK Başkanlığı Tez Merkezi. Erişim Yeri: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/sistemGiris.jsp, Erişim tarihi: 24.10.2017
39. Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2016-2017. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Erişim yeri: http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/08151328_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2016_2017.pdf, Erişim tarihi: 04.12.2017

NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI

Prof. Dr. Sabahat Tezcan

Bilimsel yöntemler kullanılarak yapılan araştırmaların bulguları ile bilime, bilgi birikimine katkı sağlanır. Akademik kurumlarda yapılan çalışmalar genellikle bu amaçla gerçekleştirilir. Araştırmalar amaçları ve eldeki olanaklara göre kurumlarda, yerel toplumda ve tüm toplumda ait olduğu kurum/toplumu temsil eder nitelikteki örnekler üzerinde uygulanabilir. Toplum tabanlı yerel ve ulusal çalışmalar bilgi üretimi yanında, halk sağlığı açısından daha önemlidirler. Çünkü toplumu temsil eden örneklerden elde edilen sonuçlar topluma genellenebilir. Böyle özellikteki çalışmalar ile şunlar hedeflenir:

- Toplumda en önemli sağlık sorunlarının, yani halk sağlığı sorunlarının neler olduğunu belirlenmesi. Halk sağlığı sorunu olup olmadığını anlamak için hastalığın sıklığı, yaygınlığı, ölümlülük düzeyi, sekel/komplikasyona yol açma durumu, ekonomik kayıp düzeyi gibi özelliklerine bakılır.
- Belirlenen sorunların çözülmesi için önceliklerin belirlenmesi;
- Çözümler için politikaların geliştirilmesi, planların yapılması ve uygulanmasında karar vericilere yöneticilere ve uygulayıcılara yol göstermesi;
- Sunulan sağlık hizmetlerinin çözümlere etki düzeyinin değerlendirilmesi;
- Zaman süreci içinde sağlık sorunlarının düzeyindeki değişimlerin ve varsa yeni sorunların saptanması;
- Ülkenin sağlık düzeyinin diğer ülkelerle karşılaştırılması.

Türkiye'de yukarıdaki amaçlara ve hedeflere yönelik toplum tabanlı bilimsel çalışmaları 1960'lardan sonra başlamıştır. Bundan önceki çalışmalar küçük çaplı olup kurumsal ve yerel düzeyde yapılmışlardır.

Ülkemizde ulusal çalışmaların öncüsü Sağlık Bakanlığına bağlı Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesinde kurulmuş olan Halk Sağlığı Okuludur. Bu okul 1930'lu yıllarda zamanın Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından kurulmuştur. Bu okulun kurulması için Ford Vakfından kaynak kullanılmış olup Avrupa'da eş zamanlı kurulan ilk dört Halk Sağlığı Okulundan birisidir. Diğerleri Londra, Zagrep ve Atina Halk Sağlığı okullarıdır.

Ankara Halk Sağlığı Okulu 1980 askeri darbe yönetimi döneminde kapatıldığı 1982 yılına kadar yarım yüzyıl boyunca, saha ve laboratuarda çalışan çeşitli sağlık personelinin, dönemlerindeki en önemli sağlık sorunları konusunda eğitimlerini gerçekleştirmiştir. Bu eğitimler gereksinime göre kısa dönemli, sorun odaklı kurslar veya uzmanların/eğiticilerin yetiştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen uzun süreli eğitimlerdir. Okulda ülkenin o dönemdeki sağlık sorunları için birimler oluşturulmuştur. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte son derecede sağlıksız olan toplumda özellikle bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz, sıtma, sifilis, lepratrahom, çocukluk çağı enfeksiyonları vd.) çok yaygındı ve bunların çözümü için Sağlık Bakanlığından şube müdürlüğü veya daire başkanlığı düzeyinde birimler vardı. Bunlar Halk Sağlığı Okulunda da oluşturulan benzer birimlerle yakın işbirliği içinde çalışarak gerek hastaların tanı-tedavi-izlenmelerinde, gerekse de toplumda oluşan salgınların incelenmesi ve kontrolunda, sürveyanslarının yapılmasında çok önemli görevler yapmış ve katkılar sağlamıştır.

Okulun 50 yıllık çalışma süresinde dönemlerin politik ve idari koşullarından etkilendiğinin de belirtilmesi gerekir. Okul 1970'li yıllara kadar çeşitli alanlarda uzman yetiştirilmesi, meslek içi eğitim verilmesi, salgın incelemeleri, sürveyans çalışmalarında çok başarılı olmuştur. Okulda yetişen ve/veya çok önemli hizmetler sunan bu uzmanlar arasında Dr. Muzaffer Akyol (Bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisi) Dr. Cahit Başkök (Tbc birimi), Prof. Dr. Azmi Arı (Viroloji), Prof. Dr. Nevres Baykan (kronik hastalıklar epidemiyolojisi), Prof. Dr. Rahmi Dirican (Sağlık Yönetimi), Prof. Dr. Özdemir Gülesen (Epidemiyoloji ve Biyoistatistik) ve daha başka değerli uzmanlar da vardır. Ülkemizde Halk Sağlığı çalışmalarının öncüleri olan bu hocalarımızından Dr. Akyol ve Dr. Başkök dışındakiler sonraki yıllarda çeşitli üniversitelerde Toplum Hekimliği Anabilim dallarının kurucuları olmuş ve eğitim-araştırma çalışmalarına o kurumlarda devam etmişlerdir.

Bu dönemde Prof. Dr. Nusret Fişek'ten özel olarak söz etmek gerekir. Dr. Fişek, ABD'de biyokimya eğitimi almış olmasına rağmen toplumun sağlık sorunlarına hep duyarlı olmuştur. Kendisi 1957 yılında Hıfzıssıhha Okulu müdürülüğüne atanmıştır, bu dönemde özellikle yukarıda ismi belirtilen ve sahada ve klinikte çalışan daha pek çok sayıda hekim ve hekim dışı sağlık çalışanının eğitimlerini ve bilimsel çalışmaların yapılmasını sağlamıştır. Bu görevine ek olarak 27 Mayıs 1960'dan sonra zamanın askeri hükümeti tarafından Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığına atanmış ve nüfusun yüzde 75'in yaşadığı kırsal alanlara sağlık hizmeti sunulması amacıyla sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununu (224 s.k) hazırlamış ve aşamalı olarak uygulamaya geçmesini sağlamıştır. Prof. Dr. Fişek sağlık

hizmetlerinin tüm topluma yayılması çalışmaları kapsamında bunların başarısında en önemli bileşenler olan sağlık personelinin eğitimi ile sağlık sorunlarına ilişkin bilimsel, ulusal verilerin elde edilmesinde de öncülük yapmıştır.

Bu dönemde 1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş ve ilk kez planlı kalkınma dönemine geçirilmiş olup beşer yıllık kalkınma planları yapılması kararlaştırılmıştı. İlk beş yıllık kalkınma planı 1963-1967 dönemi için hazırlandı. Her konuda olduğu gibi, sağlık alanında da yapılacak planlamaların başarılı olması için elde doğru bilgiler olması gerekiyordu, oysa ülkemizde doğum, ölüm gibi yaşamsal olaylar ve sağlık sorunları konusunda güvenilir veriler, bilgiler yoktu.

Bu amaçla Hıfzıssıhha okulunda sağlık çalışanlarının eğitimleri sürdürülürken, toplum tabanlı bilimsel çalışmalar da başlatılmıştır. Çünkü sağlık sorunlarının, çözüm önceliklerinin belirlenmesi, sağlık politikalarının saptanması ve hizmet planlarının yapılması için tam-doğru-güvenilir veriler gerekliydi ki bunlar o dönemde mevcut değildi. İşte bu amaçla ilk defa yine Sağlık Bakanlığı Halksağlığı Okuluna görev verildi.

Nüfusun büyüklüğü ve özelliklerini bilmek sağlık planlarının hazırlanmasında en önemli adımdı, bu bilinçle ilk defa 1963 yılında Hıfzıssıhha Okulu tarafından Karadeniz ve Orta Anadolu bölgelerini temsil eden 9701 haneyi kapsayan bir demografik araştırma gerçekleştirildi. Burada nüfus yapısı ile ilgili konular dışında aile planlanmasıyla ilgili bilgi-tutum-uygulama sorularına da yer verilmişti. 1965-66 yıllarında yine aynı iki bölgede ikili kayıt sistemi (dual recording system) kullanılarak, örneklenen haneler yılda iki kez (6 ayda bir) ziyaret edilerek doğum, ölüm, göç bilgileri elde edildi. Bu çalışmalarda iki bölge için önemli bilgiler elde edilmişti ama ulusal düzeyde veri ve bilgi ihtiyacı devam ediyordu.

1966-67 yılında beş coğrafik bölge (Batı, Doğu, Orta Anadolu, Karadeniz ve Akdeniz bölgeleri) ve üç metropol (İstanbul, Ankara, İzmir) olmak üzere Türkiye'yi temsil eden bir örnekte ilk ulusal demografik araştırma gerçekleştirildi[1]. Buradan elde edilen ulusal sonuçlardan en önemlileri doğurganlık ve bebek ölümlülük düzeyleriydi. Kırsal, Kentsel ve ulusal düzeyde elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

	Kırsal	Kentsel	Türkiye
Kaba doğum hızı (binde)	43.9	31.4	39.6
Toplam doğurganlık hızı	6.12	3.88	5.30
Bebek ölüm hızı (bin c.d)	168.3	112.7	131.1

Ayrıca beş coğrafi bölgenin sonuçları arasında da büyük farklar bulunmuştu. Batı Anadolu'da hızlar en düşük düzeyde iken, doğuda en yüksek düzeydi.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

Ülkemizde nüfus bilim (demografi) konusundaki ilk ve halen tek olan Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün oluşumunun başlangıcı 1961 yılıdır. Prof. Dr. İhsan Doğramacı ile Enstitü'ye müdür olarak atandığım 2002 yılında yaptığım görüşmede kendisi enstitüyle ilgili olarak "Ankara Üniversitesi bünyesinde 1954 yılında kurduğu Çocuk Sağlığı Enstitüsünde 1961 yılında bir demografi birimi oluşturduğunu, ancak bunun 1967 yılına kadar aktif olmadığını" ifade etmiştir.

Enstitüdeki belgeler[2] incelendiğinde enstitünün resmen 3 Temmuz 1966'da kurulduğu görülmüş ve kuruluş amacı şöyle ifade edilmiştir:

"Dünya'nın ve özellikle Türkiye'nin nüfus konuları ve sorunları üzerinde bilgi toplamak ve yaymak, tıbbi, sosyal ve ekonomik araştırmalar yapmak; nüfus ve nüfus planlaması uzmanlarını yetiştirmek; nüfus planlaması alanında halkı eğitmek, tıbbi uygulamalara imkanları çerçevesinde katılmak ve diğer kurumlarca nüfus ve nüfus sorunları ile ilgili alanlarda yapılan çalışmalara katılmak amacıyla 3 Temmuz 1966 tarihinde Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü adıyla tüzel kişiliğe haiz bir enstitü kurulmuştur"

4 Ağustos 1966'da Enstitünün ilk genel kurul toplantısı Hacettepe Bilim Merkezi salonunda yapılmıştır. Toplantıyı bilim merkezi başkanı Prof. Dr. İhsan Doğramacı açmış, Enstitünün statüsü okunmuş ve ilk yönetim kuruluna 6 asıl 2 yedek üye seçilmiştir:

Asıl üyeler: Dr. Bozkurt Güvenç, Prof. Dr. Haluk Cillar, Dr. Turhan Oğuzkan, Dr. Şerif Mardin, Dr. Rıdvan Özker ve Enver Ergun, ayrıca Prof. Dr. Arif Payaslıoğlu da bilim merkezi tarafından seçilmiş üyedir.

Yedek üyeler ise Dr. Mediha Eldem ve Dr. Necat Erder'dir.

Hacettepe Üniversitesinin 8 Temmuz 1967'de resmen kuruluşunun gerçekleşmesiyle bu tarihe kadar Ankara Üniversitesi çatısı altında kurulmuş olan tüm fakülteler, yüksek okullar ile enstitülerin yeni üniversitede yerlerini almaları için gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Nüfus Etütleri Enstitüsünün de ilk yönetmeliği 28 Kasım 1967'de üniversite senatosunda kabul edilmiştir. 17 Temmuz 1971'de ise enstitü çalışmalarına yönelik ayrıntılı yeni yönetmelik resmi gazetede yayınlanmıştır.

Prof. Dr. Nusret Fişek, Sağlık bakanlığındaki müsteşarlık görevi bittikten sonra Tıp Fakültesinden sınıf arkadaşı olan Prof. Dr. İhsan Doğramacı tarafından Hacettepe Üniversitesine davet edilmiş ve 1967 yılından itibaren Enstitünün ilk müdürü olarak göreve başlamıştır. O tarihten günümüze kadar enstitüde müdür olan öğretim üyeleri şunlardır:

1. 1967-1972 Prof. Dr. Nusret H. Fişek
2. 1972-1975 Prof. Dr. Hüsnü Kişnişçi
3. 1975-1981 Prof. Dr. Mithat Çoruh

[1] Hıfzıssıhha Okulu (1967): 1965-66 Türkiye Demografi Araştırmasından elde edilen hayati istatistikler
[2] Enstitü kayıtları

4. 1981-1995 Prof. Dr. Ergül Tunçbilek
5. 1995-1998 Prof. Dr. Sunday Üner
6. 1998-2001 Prof. Dr. Aykut Toros
7. 2001-2012 Prof. Dr. Sabahat Tezcan
8. 2012-2014 Prof. Dr. Armağan Tarım
9. 2014-halen Prof. Dr. Banu Ergöçmen

Enstitünün yukarıda belirtilen ikinci yönetmeliğinde daha ayrıntılı belirtilen **amaçlar** şunlardır:

1. Türkiye'de nüfus yapısı, özellikleri ile nüfus ile sosyo-ekonomik özellikleri ve sağlık durumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi;
2. Nüfus bilim (demografi) ve ilgili alanlarda uzmanlar yetiştirilmesi;
3. Nüfusla ilgili sorunlar konusunda farkındalık yaratmak;
4. Toplum tabanlı, nüfusla ilgili çalışmaların sonuçlarından yararlanarak halkı aile planlaması konularında aydınlatmak;
5. Nüfus ve nüfusla ilgili, özellikle toplum sağlığı konularında saha araştırmaları planlamak ve gerçekleştirmek

Bu amaçları gerçekleştirebilmek için şu **aktivitelerin** yapılması planlanmıştır:

1. Nüfus dinamikleri konusunda mezuniyet sonrası eğitim programları başlatmak;
2. Demografi (nüfus bilim), sosyoloji, ekonomi, sağlık, aile planlaması ve benzeri konularda araştırma projeleri geliştirmek ve uygulamak;
3. Politika oluşturuculara, üst düzey yöneticilere, bakanlıklara ve ilgili tüm kamu kurumları ile topluma bilimsel veriler sunmak;
4. Nüfusla ilgili tüm kaynakların toplandığı bir kütüphane ve dokümantasyon merkezi oluşturmak;
5. Araştırmalardan elde edilen verilerin işlenmesi için birim ve veri bankası oluşturmak
6. Elde edilen bilimsel bilgilerin yayılması için seminer, konferans, grup çalışmaları, eğitim kursları ve benzeri aktiviteleri düzenlemek;
7. Tüm bunların gerçekleştirilmesi için tüm ilgili Kamu Kurumları ile işbirliği yapmak.

Enstitü resmen kurulduğu 1967 yılından bu yana sürekli olarak gelişimini sürdürmekte olup, yukarıda belirtilen tüm aktiviteleri başarıyla yerine getirmiştir ve halen sürdürmektedir.

Enstitüde halen 3 anabilim dalında lisansüstü eğitim yapılmaktadır, bunlar nüfusbilim, sosyal araştırma yöntemleri ile polikita ve strateji çalışmaları anabilim dallarıdır, bunlardan son ikisi 2014 yılında kurulmuştur. Bu anabilim dallarında toplam olarak halen 3 profesör, 3 doçent, 2 yardımcı doçent, 3 öğretim görevlisi ve 14 araştırma görevlisi yapmaktadır.

Enstitüden bugüne kadar yaklaşık 40 civarında doktora 170 civarında da yüksek lisans derecesi alınmıştır. Mezunlar çeşitli üniversiteler ve kamu kurumları ile yabancı/uluslararası kurumlarda görevlerine devam etmektedirler. Enstitüde halen 48 yüksek lisans 40 doktora öğrencisi öğrenimlerini sürdürmektedir. Enstitü gerek eğitim, gerek araştırmalarda çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmaktadır. Ulusal işbirlikleri en fazla üniversiteler, TÜBİTAK, TÜİK, Kalkınma ve Sağlık Bakanlıkları iledir. Uluslararası kuruluşlar da AID, UNICEF, UNFPA, WHO, Ford Vakfı, Polulation Council, Macro International, Max Plank, çeşitli üniversitelerdir.

Enstitünün lisansüstü eğitim çalışmalarından birisi de nüfus, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, örnekleme ve benzeri konularda ulusal ve/veya uluslararası kurslar, konferanslar, çalıştaylar düzenlemesidir.

Enstitü'de kuruluşundan bu güne gelişmesini sürdüren **Nüfus Dokümantasyon Merkezi** vardır ki, burada 1960'lardan beri nüfusla ilgili yerli ve yabancı yayınlar, bulunabilir. Bu merkez nüfus, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması konularında eğitilen, eğitici olan ve araştırma yapanlar için çok yararlı, zengin bir başvuru kaynağıdır.

Ayrıca enstitüde hem kendi yaptığı, araştırmalarla ilgili hem de başka kurumlarda çalışanların bilimsel makalelerinin yer aldığı süreli bir yayını da (**Nüfus Bilim Dergisi**) vardır.

Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün eğitimle el-ele götürülen en önemli diğer yönü ise gerçekleştirdiği yerel ve özellikle **ulusal araştırmalar**dır. Bunların da en önemlisi, sonuçlarının politika belirleme, hizmetleri planlama, değerlendirmede ve eğitimde kullanıldığı **Nüfus ve Sağlık araştırmaları**dır.

Türkiye'de nüfus ve ana-çocuk sağlığı ile aile planlaması konularında rutin kayıtların eksik ve bilgilerin az güvenilir olması nedeniyle bu araştırmaların doğru politikaların oluşturulması hizmetlerin planlanması, değerlendirilmesindeki önemi herkes tarafından kabul edilmiştir. Günümüzde gerek nüfus, gerekse sağlık konularındaki rutin bilgiler daha güvenilir olmakla beraber, Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının ulusal örneklerde uygulanması ve daha ayrıntılı, güvenilir bilgilerin elde edilmesi onlara olan gereksinimi devam ettirmektedir.

Enstitü tarafından gerçekleştirilen ilk çalışma 1968 yılındaki "Türkiye Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması'dır. Bu tarihten itibaren her 5 yılda çeşitli adlar altında tekrar edilmiş olup 1993 yılından itibaren de "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları" (TNSA) olarak devam etmiştir; 2013 yılına kadar 10 ulusal araştırma yapılmıştır. Halen 2018 yılında gerçekleştirilecek olan TNSA'nın çalışmaları devam etmektedir. Tablo 1'de bu araştırmaların isimleri, işbirliği yapılan kuruluşlar, çalışılan bölgeler örneklem ve görüşülen evli/evlenmiş kadın sayıları özet olarak sunulmuştur.

TABLO 1

Örneklenen hane halkı ve bu hanelerdeki kadınlarda katılma boyutu %87-95 arasında olup, katılma yüzdeleri hanehalklarında daha yüksek, kadınlarda biraz daha düşüktür.

Enstitü tarafından gerçekleştirilen nüfus yapısı, aile yapısı, doğurganlık, ölümlülük aile planlaması ve/veya doğum kontrolü, bebek ve erken çocukluk dönemi ölümleri, beslenme durumu ile diğer bazı sağlık/sosyal sorunlarla ilgili konularda veriler toplanmıştır. Bunlar şöyle özetlenebilir:

1. Hane Halkı Özellikleri:

Örneklenen ve ziyaret edilen her hanede yaşayanların yaşı, doğum yeri, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, mesleği ile çalışma durumları, göç/yer değiştirme öyküsü

2. Evli/evlenmiş, doğurgan çağdaki (15-44 ve 15-49) kadınların:

- Temel sosyo-demografik özellikleri
- Evlilik öyküsü ilk evlenme yaşı evlenme/nikah şekli, eşiyle akrabalık durumu, evlilik sayısı, süreleri
- Gebeliği önleyici her yöntemle ilgili bilgisi ve geçmişte/halen kullanma durumu
- Doğurganlığın düzenlenmesi gebeliklerin, özellikle son gebeliğin istenme/planlanma durumu, gebelikler arasındaki süreler, gelecekte gebeliği önleyici yöntem kullanmayı düşünüp-düşünmediği
- Canlı doğan çocukların yaşama durumu, öldüyse yaşı (bir yaş altı için gün, ay, olarak)
- Diğer güncel konular
  - Beslenme sorunları
    - 0-4 yaş çocuklarda ve kadınlarda boy-kilo ölçümleri
  - Çocukluk aşıları
  - Kadınların kendilerine yönelik aile içi şiddet konusundaki görüşleri
  - Yaşlılıkla ilgili sorular
  - Diğer

Bu çalışmalardan elde edilen veriler ayrıntılı raporlar halinde gerekli kamu kurumları ve akademisyenlerin kullanımına sunulmuştur. Ayrıca verilerden çeşitli tezler, makaleler, kitaplar, yayınlanmış, kullanıcılara sunulmuştur.

Bu araştırmalardan elde edilen temel ölçütlerden bazıları Tablo 2'de sunulmuştur.

TABLO 2

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının ülkemize **katkıları** şöyle özetlenebilir:

Sağlık ve nüfusla ilgili konularda:

- Doğru, tam ve sürekli güvenilir verilerin olmadığı yıllardan günümüze dek, düzenli aralıklarla ülke, coğrafi bölgeler ve kır-kent düzeyinde bilgiler elde edilmektedir;
- Rutin kayıt sistemi içinde bazı temel özelliklere ilişkin sınırlı bilgi toplanmaktadır, oysa bu araştırmalarda yukarıda belirtilen konularda ayrıntılı bilgiler toplanmaktadır;
- Bu çalışmaların planlama aşamasından başlayarak son raporlarının yazıldığı aşamaya kadar çeşitli kamu kurumları ile sektörlerarası işbirliği yapılmaktadır, böylece üniversite ve ilgili kurum/kuruluşların işbirliğine çok önemli bir öncü ve örnektir
- Araştırmaların sonuçları son 50 yılda akademik kuruluşlarda eğitim amaçlı, kalkınma bakanlığında önce 5 şimdi 10 yıllık kalkınma planlarının hazırlanmasında, sağlık bakanlığında özellikle ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde durum saptama, hizmet planları yapılması ve hizmetlerin değerlendirilmesinde ve bazı sosyal problemlerin incelenmesinde kullanılan vazgeçilmez temel kaynaklardır
- Enstitü tarafından gerçekleştirilen bu araştırmalar için çeşitli uluslararası kurumlar/kuruluşlar ile yapılan işbirlikleri, enstitünün tanınırlığını sağlamış ve özellikle ülkemizde üniversiteler ve kamu kuruluşları için gerekli nüfusbilim alanında insan gücünün yetiştirilmesi sağlanmıştır. Bu işbirliği içinde mali kaynak sağlama (Tablo 1), danışmanların/eğiticilerin enstitüye gelmesi veya enstitü elemanlarının ilgili yurt dışı kurumlara gönderilmesi ile gerek planlama, gerek analiz/rapor yazımı aşamalarında teknik destek sağlanması, kısaca bilimsel niteliğin yükselmesi vardır.
- Bu araştırmalardan elde edilen verilerle eğitime ve bilime de katkı sağlanmıştır. Enstitünün akademik personeli ile yüksek lisans ve doktora öğrencileri tezlerini bu verilerden yararlanarak hazırlamışlar, bilimsel makaleler ve kongrelerde bildiriler sunmuşlar, kitap bölümleri ve kitaplar yazarak Türkiye'de nüfus bilime ve bazı sağlık/sosyal sorunlara önemli katkılarda bulunmuşlardır
- 2003 yılından beri TNSA'lardan elde edilen sonuçların sunulduğu raporlar ile 2006 ulusal ana ölümleri ve 2008, 2013 kadına yönelik aile içi şiddet araştırmaları TÜIK resmi istatistikleri içinde yer almaktadır ki bu da tüm akademisyenler politikacılar, kamu yöneticileri ile hizmet sunanların bu bilgilere kolay ulaşımını sağlamaktadır.

Nüfus Etütleri Enstitüsü 1968'den beri her 5 yılda gerçekleştirdiği 10 Nüfus Sağlık araştırması ve Türkiye'nin önemli sağlık ve sosyal konularına (Ana ölümleri, iç göç, kadına yönelik aile içi şiddet) yönelik ulusal çalışmalarla Türkiye'de ve Dünyada haklı bir üne kavuşmuş, çalışmalarda elde ettiği sonuçlara güven duyulmuş olup gerek bilimsel dünyada önemli bir yer edinmiş, gerekse ülkemizin kamu kurumları yöneticileri, politika belirleyici ve karar vericilerin saygısını görmüştür ve görmektedir.

Tablo 1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968-2013 arasında gerçekleştirilen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Yıl	Araştırmanın Adı ve Destekleyen/İşbirliği Yapılan Kuruluşlar	Örneklem Bölgesi	Örneklenen Görüşülen Hane Halkı	Görüşülen 15-49 Yaş Evli/Evlenmiş Kadın
1968	Türkiye'de Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması (Ford Vakfı)	5 Bölge	4.505*	3.068
1973	Türkiye Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması (UNFPA)	5 Bölge	6.500*	4.581
1978	Türkiye Doğurganlık Araştırması (UNFPA)	5 Bölge	5.142	4.432
1983	Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması (USAID-Westinghouse Health Systems)	5 Bölge	6.545	5.712
1988	Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması (USAID-CDC)	5 Bölge	6.552	5.257
1993	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (USAID-Macro International-UNFPA-Sağlık Bakanlığı)	7 Bölge	8.613	6.519
1998	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (USAID-Macro International-UNFPA-Sağlık Bakanlığı)	7 Bölge	8.571	8.059
2003	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Avrupa Birliği, Sağlık Bakanlığı)	12 Bölge	10.836	8.075
2008	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Sağlık Bakanlığı, DPT, TÜBİTAK)	12 Bölge	10.525	8.003
2013	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK)	12 Bölge	14.490* 11.794	9.746
2018	Halen Planlama aşamasında (Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı)			

* Her araştırmanın raporu yayınlanmıştır ve Enstitünün **www.hips.hacettepe.edu.tr** sayfasında da bulunabilir.

* Örneklenen hane halkı sayısı

Tablo 2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (Toplam Doğurganlık Hızları Türkiye 1968-2013)

Yıl	Toplam Doğurganlık Hızı (TDH)			
1968	5.7			
1973	4.7			
1978	4.33			
1983	4.12			
1988	3.02			
1993	2.65			
1998	2.61			

2003	2.23			
2008	2.16			
2013	2.26			
Gebeliği önleyici yöntem kullanımı (%)				
Yıl	**Modern Yöntem**	**Geleneksel Yöntem**	**Herhangi Yöntem**	**Kullanmayan**
1968	-	-	31	
1973	-	-	35	65
1978	12	17	50	50
1983	20	25	61	49
1988	31	32	63	37
1993	35	28	63	37
1998	38	26	64	36
2003	43	29	71	29
2008	46	27	73	27
2013	47	26	74	27
Bebek Ölüm Hızı (1000 C.D.)				
Yıl	**Toplam**	**Yenidoğan**	**Yenidoğan Sonrası**	
1968	167	–	–	
1973	151	–	–	
1978	134	–	–	
1983	95	–	–	
1988	78	–	–	
1993	53	29	23	
1998	43	26	17	
2003	29	17	12	
2008	17	13	4	
2013	13	7	6	

ŞEHİR SAĞLIĞI

Prof. Dr. E. Didem Evci Kiraz

"Şehir Sağlığı" Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "Herkes İçin Sağlık Stratejisi"nin bir ürünüdür. 1986 yılında yayınlanan "Sağlığın Geliştirilmesi Ottowa Bildirgesi"nde sağlıklı ortamlar şeklinde altı çizilmiştir (1). Ardından gelen Sundsvall ve Jakarta Bildirgeleri de halk sağlığı açısından bu kavramın önemini vurgulamıştır (2,3). DSÖ Avrupa Bölge Komitesi'nin 2012 yılı toplantısında kabul edilen Sağlık 2020 belgesinde de "destekleyici ortamların oluşturulması" dört öncelikli politik eylem alanlarından biri olarak kabul edilmiştir (4).

DSÖ Dünya sağlık otoritesi olarak ülkelerde sağlık bakanlıkları ile yürüttüğü çalışmalarda yerelde sağlığı destekleyen ortamların, sağlığı geliştiren çevrelerin oluşturulmasında yaşanan sorunları değerlendirerek daha etkin araçlar geliştirmiştir. Bunlar yerelde sağlığın sosyal belirleyicileri olarak kabul edilen unsurlardan sorumlu tüm paydaşları harekete geçiren, bir masa etrafında toplayan, ortak kararlara yönelten, insan gücü, maliyet ve zamandan tasarrufu sağlayan programlardır. Tüm Dünya'da uygulanan sağlıklı ortamlar oluşturmaya yönelik programlara örnekler aşağıda sıralanmıştır:

Tablo 1: Sağlıklı Ortamlar ve Programlar

Ortam	Program Adı
Şehir	Sağlıklı Şehirler
Köy	Sağlıklı Köyler
Ada	Sağlıklı Adalar
Ev	Sağlıklı Konutlar-Konut Sağlığı
Yaşlılar	Sağlıklı Yaşlanma
Pazar/Alışveriş yerleri	Sağlıklı Gıda Satış Yerleri ve Sağlıklı Pazarlar
Kurumlar -Belediyeler/Toplumlar -Okullar -İş yerleri -Hastaneler -Üniversiteler -Hapishaneler	Sağlıklı Belediyeler/Güvenli Toplumlar Sağlığı Geliştiren Okullar Sağlıklı İşletmeler Sağlığı Geliştiren Hastaneler Sağlığı Geliştiren Üniversiteler Sağlığı Geliştiren Hapishaneler

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin yürürlüğe girdiği Ocak 2016 itibariyle "Şehir Sağlığı" halk sağlığının temel konularından biri haline gelmiştir. Günümüze kadar geçirdiği süreçler aşağıda dönem dönem özetlenmiştir. Görüleceği üzere, konu olarak çevre-sağlık, çevre sağlığı, şehir planlama, kirlilik, mimari vb. disiplinler/sektörler arasında sıkışan "Şehir Sağlığı" 2030 hedeflerine ulaşmak için bağımsızlığını ilan etmek zorundadır. Kanıtlar, iyi uygulamalar, model önerileri, akademisyenler, karar verici ve politika yapıcılar için geliştirilecek araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. "Şehir Sağlığı" tarihini yazmaya devam edecek yeni halk sağlığı çalışanlarına başarılar dilerim.

1923 – 1960" DÖNEMİ

1930 tarihli şehir, sağlık ve yerel yönetim ilişkisinin temel yasaları

24 Nisan 1930'da kabul edilerek, 6 Mayıs 1930'da yayınlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 03 Nisan 1930'da kabul edilerek, 14 Nisan 1930'da yayınlanan 1580 sayılı Belediye Kanunu Türkiye'de hazırlanan, Dünya ölçeğinde etkisi olan cümlelerle, bölüm ve maddeleri oluşturulmuş, hala geçerliliği olan yapıtlardır. Yazıldığı tarih ve kapsamı karşılaştırıldığında; her iki yasanın da henüz gündeme girmemiş kasaba-kent ölçeğinde sağlıklı yaşam ortamları oluşturulması için gerekli kriterleri, izleme-değerlendirme-raporlama için gerekli ölçütleri ve istenen özelliklere sahip olmama, bu çabayı göstermeme halinde yapılması gerekenleri uluslararası boyutta ele aldığı görülmektedir. Türkiye'de "Şehir Sağlığı" Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Belediye Kanunu ile 1930 yılında tanımlanmıştır. Hıfzıssıhha Kanunu'nun 11.BAP'ının başlığı "Şehir ve Kasabalar Hıfzıssıhhası"dır. Beşinci fasılda ise "Yeni tesis olunacak veya tevsi edilecek şehir ve kasabalar"a ilişkin maddeler yer almaktadır. Belediye kanunu sıhhi şartlar hakkında dikkat çekmektedir. Her ikisinin birlikte kullanımı ile yerelde Umumi Hıfzıssıhha Kurulları hayata geçmiş ve Anayasa hükmü değerinde kararların alınmasını sağlamıştır. Sıhhi denetimlerin sağlık ve belediye çalışanları ile birlikte gerçekleştirilmesi şehir sağlığında yerel işbirliği modeline örnektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kuruluşu ve Türkiye'nin programlardaki yeri:

DSÖ 1946'da New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda BM'ye üye 51 ülkenin temsilcisi ile FAO,

ILO, UNESCO, OIHP (Merkezi Paris'te bulunan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu), Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu ve Rockefeller Vakfı Temsilcileri, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nı hazırlamışlardır. Türkiye 2 Ocak 1948'de DSÖ kurucu anlaşmasını imzalamıştır. 26 ülkenin onayı 7 Nisan 1948'de tamamlanmış ve üye ülkeler Genel Kurul toplantısına çağrılmışlardır. DSÖ bu tarihte resmen Birleşmiş Milletler (BM) ihtisas kuruluşu haline gelmiştir (5).

Türkiye 9 Haziran 1949 tarih ve 5062 sayılı kanunla DSÖ Anayasası'nı onaylayarak DSÖ'ne üye olmuştur. Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yer almaktadır. DSÖ'nün Türkiye'de bir "ülke ofisi" bulunmaktadır (5,6). 19 Ekim 1950 günü imzalanan ve 6666 sayılı kanunla onaylanan "Teknik Yardım Anlaşması" ile aşağıda başlıkları verilen çeşitli "Sağlık Projeleri"nin de bir parçası olmuştur (6).

- Verem Savaş Projesi
- Kamu Sağlığı Projesi
- Hemşirelik Projesi
- Ana ve Çocuk Sağlığı Projesi
- Sıtma Eradikasyonu Projesi
- Sağlık İnsangücü Projesi
- Beslenme Programı
- Beslenme Eğitim Projesi
- Okulçağı Öncesi Beslenme Projesi
- Okulçağı Öncesi Korunmaya Muhtaç Çocukların Projesi
- Sıtma Eradikasyonu Beslenme Projesi
- Sütün Pastörizasyonu Projesi
- Çocuk Mamaları Endüstrisi Projesi
- Gıda Kontrol Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Projesi
- Merkez ve Öteki Tamir Atölyelerinin Geliştirilmesi Projesi
- Nüfus Planlaması Projesi
- Çevre Sağlığı Projeleri

Bu projeler zamanla ulusal programlar haline dönüşmüş ve hazırlanan önerilerle Türkiye'ye destekler sağlanmıştır. 1950-1952 dönemlerinde DSÖ İcra Kurulunda üye sıfatıyla temsil edilmiştir. Şehir sağlığı kavramlarının henüz çevre-birey-sağlık boyutunda tartışıldığı dönemlerdir.

1946 yılında İstanbul Teknik Üniversitesi (İTÜ)'nde şehircilik kürsüsü kurulmuştur. 1950–1960 yılları arasında şehircilik, mimarlıktan ayrı bir bilim dalı olarak düşünülmeye başlanırken; yine İTÜ'de İnşaat Fakültesi bünyesinde Şehir Sağlığı ve Tekniği Kürsüsü'nün varolduğu ve 1950'li yıllarda öğretim elemanları alındığı görülmektedir (7).

1960 – 1980 DÖNEMİ

Alma-Ata bir dönüm noktası

1842 yılında İngiliz Hükümeti "Kasabaların Sağlığı" konferansı düzenlemiş, Chadwick raporu diye bir metin yayınlamış ve "Kasabaların Sağlığı Birliği"ni kurmuştur. Amaç, halkın yaşam koşulları ve şehirlerin sağlık sorunları ile ilgilenmektir (8). Literatürde "The Sanitary Report" olarak geçen rapor düşük sanitasyon koşulları ile hastalık, ölüm ve düşük yaşam beklentisi arasında ilişki olup, olmamasına dayandırılmıştır. 1977'de Dünya Sağlık Asamblesi DSÖ ve ülkeler için temel sosyal hedefi "Dünya'daki tüm insanların sağlığının 2000 yılına kadar sosyal ve ekonomik açıdan üretkenliğini sağlayıcı/arttırıcı düzeye çıkarılması" olarak belirlemiştir. Burada "toplumun sosyal yaşamı düzeyini arttırma" vurgusu insanların yaşadığı şehrin sağlıklı olması konularının konuşulduğu platformları yaratmıştır. 1978 yılında Alma-Ata Konferansı ile Türkiye'nin de imzaladığı "Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı" kapsamındaki çalışmalar 1979 yılında başlatılmıştır (6). Konferans sonrasında yayınlanan "Alma Ata Bildirisi" "Şehir Sağlığı" kavramının temeline en önemli katkılardan birini yapmıştır. Bildiride aşağıdaki ana maddeler vurgulanmıştır (9).

– Yaşamın bütünlüğü
– Çevre ile bütünlük
– Toplumsal eşitlik
– Hizmetin boyutu
– Korumaya öncelik
– Risk gruplarına öncelik
– Önemli hastalıklara öncelik
– Öz sorumluluk
– Toplumsal etmenler
– Entegre hizmet
– Ekip hizmeti
– Sağlık–kalkınma ilişikisi
– Halkın katılımı
– Evrensellik
– Koşullara uygunluk

Çevre ile bütünlük başlığı altında çevreler tanımı genişletilmiş ve sağlıklı yaşam ortamlarına doğru yönelim başlamıştır.

1980 – 2000 DÖNEMİ

Gündem 21, herkes için sağlık'tan 21 hedefe ve sağlıklı şehir hareketi

1977 yılında başlayan Dünya Sağlık Toplantıları sonucunda, 1984 yılında sağlıkla ilgili 38 hedef belirlemiştir. "2000li yıllarda Herkes İçin Sağlık Hedefleri" olarak benimsenen bu hedeflerden altısı özellikle önemlidir (10):

1. Ülkeler içinde ve arasında eşitsizlikler azaltılmalıdır.
2. Kişilerin fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik haline ulaşmalarında sağlığı geliştirme uygulamaları ve koruyucu önlemlerin önemi vurgulanmalıdır.
3. Değişik sektörler, kişilerin sağlığın ön koşullarına ve çevresel tehlikelerden korunmalarına yönelik işbirliği yapmalıdır.
4. Toplum katılımının "Herkes İçin Sağlık" hedefine varıl-

masında şart olduğu anlaşılmalıdır.

5. Sağlık sistemi, temel sağlık hizmetlerini kişilerin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde ulaşılabilir kılmalıdır.

Resim 1: Dr.Agis Tsouros

6. Ulusal sınırlar aşan sağlık sorunlarına yönelik olarak uluslararası işbirliği sağlanmalıdır.

Bu ilkeler Ottowa Sağlığı Geliştirme Şartı'nda vurgulanan ilkelerle benzerdir. Ottowa şartının en önemli katkısı sağlığı geliştirme kavramının kapsamını genişleterek "kişilerin sağlıklarını kontrol altına alma ve iyileştirmelerini sağlama yöntemi" olarak tanımlamasıdır (1). 1984'de Toronto'da "Beyond Health Care-Sağlık Hizmetinden Daha Fazlası" konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta "Healthy Cities-Sağlıklı Şehirler" tartışılmıştır. Sağlıklı Şehirler kavramı bir taktik olarak öne sürülmüş ve bu şekilde daha geniş toplum katılımı ve sektörlerarası işbirliği sağlanabileceği düşünülmüştür (11).

Kutu 1: Sağlıklı Şehir Nedir?

Sağlıklı şehir anlayışı; kişisel, toplumsal, özel ve gönüllü kuruluşlar ve yerel yönetimlerde sağlık alanında düşünme anlama ve karar verme düzeylerinde değişiklik yaratmayı amaçlar.

Bunun için de; politik, çevresel ve sosyal alanda davranış ve tıp stratejilerinin halk sağlığı anlayışıyla bütünleştirilmesi yolunu izler.

Türkiye'de ise; gündem 1984 yılında Türkiye ile DSÖ arasında imzalanan Temel Sağlık Hizmeti Projesi'dir. Projenin yürütülmesi için Türkiye ve UNICEF aralarında bir program yaparak, 1985 yılı içerisinde tüm Türkiye'yi kapsayacak bir aşı kampanyası başlatmışlardır (6).

Şehir düzeyinde sorunları çözmeye bütüncül bir bakış açısı sağlayacağı beklentisiyle 1986 yılında DSÖ resmi olarak Sağlıklı Şehirler hareketini başlatmıştır. Ulusal ağlar oluşturulmuş ve ilk yıllık ağ toplantısı 1988'de Helsinki'de düzenlenmiştir (12). Dr.Agis Tsouros bu tarihten itibaren "Sağlıklı Şehirler Projesi" dahil olmak üzere şehir sağlığı, sağlıklı yaşlanma, halk sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar, risk faktörleri, çevre sağlığı ve sağlık politikaları başlıkları altında program ve yönetim sorumlusu olarak DSÖ'nde görev aldığı görülmektedir. Ulusal ağlar ve diğer işbirliği ağları hem ulusal hem de uluslararası seviyelerde tüm konvansiyonel politikaları, profesyonel, bölgesel ve sektörel sınırları aşan, dinamik, yenilikçi ve işbirliğini gerçekleştiren ağlar haline gelmiştir (6). Beklenenden daha hızlı yayılan hareket Avrupa'da 1200 şehir ve Dünya çapında 7500 şehre ulaşmıştır (11). Avustralya, Kanada, Güney Amerika "Yerel Sağlık Sistemleri", Amerika "Sağlıklı Toplumlar" isimleri ile bu yaklaşımı benimsemişlerdir. Japonya daha uzun erimli bir yaklaşımla, Tokyo'da sağlıklı şehirler çalışmalarında 1980lerin başında lider konumuna gelmişlerdir (11). 1988'de Adelaide beyanıyla Sağlıklı Şehirler Projesini' nin başlıca sonucu olan sağlıklı toplum ve yeni halk sağlığı yaklaşımı politikalarının ayrıntıları düzenlemiştir (13).

Kutu 2: Sağlıklı Şehir Projesinin Dönemleri

1. Dönem (1987-1992)=35 şehir

Değişim rolü üstlenecek üyelerin yeni yapılar yaratmak ve şehir içerisinde sağlık için çalışmanın yeni yollarını araştırmak

2. Faz (1993-1997)= 39 şehir

Sağlıklı toplum politikası ve kapsamlı şehir sağlık planlaması konusunda odaklanmakla beraber yeni faaliyet alanları

3. Faz (1998-2002)= 50 şehir

Sağlık gelişimi için bütünleşmiş planlamaya odaklanmış ve hedef olarak eşitlik, sürdürülebilir kalkınma ve sosyal gelişme belirlenmiş sistematik olarak izleme ve değerlendirme çalışmaları

BM tarafından 1992 yılında Rio de Janerio'da düzenlenen " Çevre ve Kalkınma" konulu konferans Dünya çevre hareketi açısından bir dönüm noktası niteliğini taşımaktadır. Konferansta, aralarında Yerel Gündem 21'in de bulunduğu beş uluslararası belge imzalanmıştır (14). Kısa süre içinde BM'nin en tanınmış belgelerinden biri haline gelen Gündem 21'e Türkiye de imza atmıştır. Belge sadece "sürdürülebilir kalkınma" kavramını ortaya koymakla kalmamış, katılımcı mekanizmaların ve süreçlerin önce BM ajansları, ardından hükümetler ve diğer kurum ve kuruluşlar tarafından benimsenmesini ya da en azından dikkate alınmasını sağlamıştır. Yerel Gündem 21 Rio'dan Habitat-II zirvesine kadar yaygınlaşmaya devam etmiştir.

DSÖ 1986'da başlayan süreçte beşer yıllık planlarla çalışmalarını sürdürürken, 1992 Haziran ayında Kopenhag'da "Yedinci Yıllık Sağlıklı Şehir Sempozyumu" gerçekleştirilmiştir. DSÖ Avrupa Ofisi, Kopenhag Şehri, Danimarka Sağlık Bakanlığı işbirliğinde gerçekleştirilen Sempozyum'da proje için kesin karar verilmiştir ve artık çalışmaların "Sağlıklı Şehirler İçin Sağlıklı Politikalar" çerçevesinde sürdürülmesi onaylanmıştır (12). 1993 yılında I.Uluslararası Sağlıklı Şehirler Konferansı, yaklaşık 50 ülkeden, 1400 üye ile Kaliforniya'da gerçekleşmiştir. Türkiye bu sürece Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Temsilciliği'nin işbirliğiyle 9-12 Kasım 1993 tarihlerinde BM İhtisas Kuruluşları (UNDP, UNICEF, FAO) ve başta Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere çeşitli illerin belediye baş-

kanlarının katılımıyla Ankara'da bir dizi toplantı düzenleyerek müdahil olmaya başlamıştır (6,10).

1993-2000 (Haziran) yılları arasında DSÖ ile Türkiye arasındaki Sağlıklı Şehirler Projesi irtibatını Bekir Metin başkanlığında Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı sağlamıştır. 11-12 Temmuz 1994 tarihinde İzmir'de yine Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Temsilciliği'nin organize ettiği, 20 ilin belediye başkanları, sanayi ve ticaret odası başkanları, il sağlık müdürleri, Çevre Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, İller Bankası ve UNICEF'den temsilcilerinin katıldığı "Uluslararası Katılımlı Sağlıklı Şehirler Türkiye Uygulaması Bilgilendirme Toplantısı" gerçekleştirilmiştir. Toplantıda idarecilere Sağlıklı Şehirler Projesi ve diğer ilgili projeler hakkında bilgi verilmiş, "Türkiye Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı"nın kurulması teklifi görüşlere açılmıştır. Çankaya Belediyesi Eylül 1994'de aldığı meclis kararı ile "Çankaya Sağlıklı Şehirler Projesi" çalışmalarına başlamıştır.

21-24 Eylül 1994 Polonya/Poznan "Sağlıklı Şehirler Projesi İş Toplantısı ile Sağlıklı Şehirler Teknik Sempozyumu"na, 22-25 Mart 1995 İspanya/Madrid DSÖ, OECD ve Madrid Yerel yönetiminin koordinesinde düzenlenen "Uluslararası Sağlıklı ve Ekolojik Şehirler Kongresi"ne Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile çeşitli illerin belediye başkanları katılmıştır (6,10). Ankara ili Çankaya Belediyesi ve Bursa Büyükşehir Belediyesi projeye olan ilgilerini belirten ilk belediyelerdir. 1994 yılında "Doç.Dr.Çağatay Güler, Zakir Çobanoğlu, Kentleşme ve Çevre Sağlığı, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, N:26, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Baskı, 1994, Ankara." yayınlanmıştır.

Bu süreçte DSÖ, Alma Ata Bildirisi doğrultusunda ortaya çıkan Herkes İçin Sağlık hedeflerinin, sağlık alanındaki değişme ve gelişmeler bağlamında ve 21 yüzyıla hazırlıklı girmek amacıyla yenilenmesi girişimini 1995 yılında başlatmıştır. 1996 yılında da 7 Nisan Dünya Sağlık Günü temasını "Sağlıklı Şehirler" olarak belirlemiştir ve "geleceğe ışık tutacak bir girişim" olarak ülkelerin dikkatine sunmuştur (11).

Resim 2 : Ethem Torunoğlu

1996 yılında, Macaristan'ın Pecs kentinde "Sağlıklı Yaşlanma ve Herkes İçin Spor" çalışma grubunun toplantısına katılım sağlayan Çankaya Belediyesi'nde Doğan Taşdelen'in DSÖ yetkilileriyle yaptığı görüşmeleri ve toplantıları takip eden Ethem Torunoğlu aynı yıl proje sorumlusu olarak görevlendirilmiştir.

Türkiye'de 1997 yılında "Yerel Gündem 21'lerin Teşviki ve Geliştirilmesi" bir proje olarak yürütülmüştür (13). Hatta BM tarafından en iyi uygulama seçilmiştir. T.C. İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün 19.03.1998 tarih ve B050MAH.750000/50042 sayılı genelgesi ile Yerel Gündem 21 Programı Türkiye'de yürürlüğe girmiştir. DSÖ'nün Avrupa Bölge Bürosuna bağlı bir üyesi olarak Türkiye Sağlık Bakanlığı temsilcileri ile asamble, icra kurulu ve bölge toplantılarına katılım sağlamaktadır. İçişleri Bakanlığı boyutunda Yerel Gündem 21'de yaşanan gelişmeler Sağlık Bakanlığı boyutunda "Sağlıklı Şehirler" için henüz yaşanmamıştır. Şehri bir canlı organizma olarak gören DSÖ, sağlıklı bir şehir için yerel yönetimlerle işbirliği ve rol paylaşımını vurgulamaktadır. Ancak, Türkiye'de yerel yönetimlerin İçişleri Bakanlığı ile resmi bağı ve hedef grubu yerel yönetimler olan bir projenin muhatabının Sağlık Bakanlığı olması, bu tarihsel dönemde, teknik çalışmaların istenen düzeyde olmamasına neden olmuştur. Buna rağmen; 20-23 Haziran1998 tarihinde Atina'da gerçekleşen Uluslararası Sağlıklı Şehirler Konferansı'nda DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Direktörü Dr.Jo Eirik Asvall tarafından; 1988–1997 Dönemi Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Şehirler Projesi'ne Ulusal Ağ olarak verilen katkılardan dolayı Türkiye Ulusal Ağı Koordinatörlüğü olarak Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Ulusal Kuruluşlarla İlişkiler Bölümü sorumlusu Dr.E.Didem Evci'ye teşekkür belgesini taktim etmiştir. Konfreransa Bakanlık yetkilileri yanısıra; Ekim 1997'de Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile projeye başvurmaya karar veren ve 27 Ocak 1998'de Sağlıklı Şehirler Projesine başvuru için meclis kararı alan, Bursa Büyükşehir Belediyesi yetkilileri katılmıştır. Konferans sonrasında yayınlanan Atina Deklarasyonu'nu Bursa Büyükşehir Belediyesi de imzalamıştır (9,14).

Resim 3: Prof. Dr.E.Didem Evci Kiraz

1998 yılında Kopenhag'da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda Herkes İçin Sağlık çerçevesi "Sağlık 21:21. Yüzyılda 21 hedef" sloganıyla kabul edilmiştir (15). Hedef 13 "Sağlıklı Çevreler" hedefidir ve "2015 yılına kadar, bölgedeki insanlar, evde, okulda, işyerleri ve yerel toplulukta, sağlıklı bir fiziksel ve sosyal çevrede yaşamak için daha fazla olanağa sahip olmalıdır. Şehirlerin, kentsel alanların ve toplulukların en az %50'si sağlıklı şehirler ya da sağlıklı toplumlar ağının aktif üyeleri olmalıdırlar." şeklinde açıklanmıştır (15,16). Bu hedefe ulaşılmasında DSÖ "Sağlıklı Şehirler Projesi"ni bir araç, bir anahtar olarak tanımlamıştır (6,17,18). Kopenhag'da DSÖ Avrupa Bölge Ofisi bünyesinde "DSÖ Şehir Sağlığı Avrupa Merkezi"nin kurulması ile Sağlıklı Şehirler Projesinin 3.dönemi (1998-2002) başlatılmıştır (19).

Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık 21" adı altında herkes için sağlık kapsamındaki 38 hedefin 21'e indirilmesi ha-

zırlık çalışmaları 1996-1999 yılarında başlamıştır (15,20). Bakanlıklar ve ilgili kurum ve kuruluşlarla Türkiye'de "Yerel Gündem 21"in projede çıkıp uzun vadeli bir programa dönüştürülmesi Ocak 2000 tarihinde olmuştur (13).

Resim 4: Nalan Fidan

1999 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 80 ile bir resmi yazı gönderilerek Belediyeler Sağlıklı Şehirler Projesi'ne davet edilmiştir. Bu belediyelerin "Herkes İçin Sağlık" hedeflerini çalışma alanlarında benimsemiş olanlardan belirlenmesi amacıyla bir soru kâğıdı hazırlanmış ve Türkiye'deki tüm belediyelere gönderilmiştir. 21 Belediye benzer hedefleri benimsediğini ve programlar oluşturduklarını belirtmiştir.

DSÖ tarafından 1999'da Milano'da organize edilen Sağlıklı Şehir Planlaması seminerine Bursa Belediyesi bir şehir plancısı olan Nalan Fidan'ı görevlendirmiştir. Nalan Fidan bu katılımdaki duygularını kendi sözleri ile "bir şehir plancısı olarak aslında planlamanın sağlığı ne kadar çok etkilediğini o zaman farkettim" diye ifade etmiştir. Aynı yıl Nalan Fidan Erdoğan Bilenser tarafından Bursa Sağlıklı Şehir Koordinatörü olarak atanmıştır.

Türkiye sağlıklı şehirler hareketinde dönüm noktası

Türkiye'de Sağlıklı Şehirler Projesi için milad 2000 yılı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı sonuna kadar Türkiye'ye sekiz şehir kotası ayırmıştır (9). Sağlıklı Şehirler Projesi'nin yurtiçi koordinasyonu görevi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. Yurtdışı koordinasyonu görevi ise Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığına verilmiştir. Türkiye'de Sağlıklı Şehirler projesi "Sağlık Bakanlığı'nın bilgilendirme ve koordinasyon çalışmaları çerçevesinde, ilgili belediyenin kendi projesini hazırlaması ve uygulaması" şeklinde yürütülmüştür. 13 Haziran 2000 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, Dr.E.Didem Evci "Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı Koordinatörü" olarak atanmıştır. 2000 yılı itibariyle projeye gönüllü olan belediye sayısı bir elin parmaklarını geçmemektedir. Yerel Gündem 21 çalışmalarından edindiği deneyimleri ile Sağlıklı Şehirler Projesi'ne ilgi gösteren Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin Dünya Sağlık Örgütü'ne yaptığı adaylık başvurusu 5 Temmuz 2000 tarihinde kabul edilmiştir (10). Bursa Türkiye'den DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na ilk üye olan şehir olmuştur. Çankaya Belediyesi ise çeşitli ülkelerin Şehirleri ile "Çok Şehirli Eylem Planı" çerçevesinde çalışmalarına devam etmiştir (10).

Resim 5: Bursa Sağlıklı Şehir Belgesi

Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin adaylığının kabulü sonrasında geriye kalan yedi şehir kotasının doldurulabilmesi için Sağlık Bakanlığı ve Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin işbirliği ile Bursa'da konuya ilgi duyan 13 Belediyenin katıldığı "Proje Bilgilendirmesi Toplantısı" 28-29 Kasım 2000 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Toplantı sonrası, Sağlık Bakanlığı tarafından Bartın, Çankaya (Ankara), Tepebaşı (Eskişehir), Ürgüp (Nevşehir), Yalova ve Yozgat Belediyelerinin Projenin üçüncü döneminde Sağlıklı Şehirler Ağına katılmak üzere hazırladıkları proje taahhüt mektupları DSÖ'ne iletilmiştir (9). Ürgüp Belediyesi; 07.12.2000 tarihli mektubu ile sağlıklı şehir olmaya aday olmuş, Bekir Ödemiş ve tarafından koordinatör olarak atanan Ömer Kıvanç, Ulusal Ağ Koordinatörlüğü ile birlikte uluslararası toplantılarda Türkiye'yi temsil etmiştir.

2000 YILI SONRASI DÖNEM

Şehir sağlığı çok disiplinli ve sektörlü yaklaşım, işbirliği, politik kararlılık ve sürdürülebilirlik gerektirmektedir. Bu

Kutu 3: Sağlıklı Şehir Projesinin Dönemleri

3. Dönem (1998-2002)= 50 şehir

Sağlık gelişimi için bütünleşmiş planlamaya odaklanmış ve hedef olarak eşitlik, sürdürülebilir kalkınma ve sosyal gelişme belirlenmiş sistematik olarak izleme ve değerlendirme çalışmaları

2000 Atina Deklerasyonu

4. Dönem 2003 – 2008=100 şehir

Sağlık etki değerlendirmesi, sağlıklı yaşlanma, sağlıklı şehir planlaması, fiziksel aktivite ve aktif yaşam

5. Dönem 2009-2013=100 şehir

Sağlık ve tüm yerel sağlık politikalarında eşitlik

Zagreb Deklerasyonu

6.Dönem 2014-2018

Herkesin sağlığının geliştirilmesi ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması

Sağlık alanında liderlik ve katılımcı yönetişimin iyileştirilmesi

Agis Tsouros'un ayrılışı ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı Avrupa Bölge Ofisi Sağlık için Yönetişim Programı Yöneticisi Monika Kosinska'nın göreve başlaması

nedenle, Sağlık Bakanlığı tarafından İç İşleri Bakanlığı, Belediye Birlikleri, illerde sağlık müdürlükleri ve üniversitelerdeki halk sağlığı anabilim dallarıyla da farkındalığı arttırıcı görüşmelere başlanmıştır

2000-2003 döneminde Bursa Belediyesi Yerel Gündem 21 ekibinden ve Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan destek alarak, sağlık platformu ve çalışma grupları oluşturmuş, kendisi için yeni olan bu projenin temel belgeleri olan "Sağlıklı Şehir Göstergeleri", "Şehir Sağlığı Profili" ve "Şehir Sağlığı Gelişim Planı"nı hazırlamayı başarmıştır. Yalova Belediyesi 22.06.2001 tarih, 12/76 sayılı meclis kararı ile sağlıklı şehir olmak üzere çalışmalarını yoğunlaştırmıştır, Dr.Metin Sabuncu koordinatör olarak atanmıştır. Eskişehir Tepebaşı Belediyesi koordinatörlüğünde, Valilik, Büyükşehir Belediyesi, Anadolu Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi, Sanayi Odası, Ticaret Odası, Emek, Tarım ve Çevre Platformlarından birer temsilci ile oluşturulan "Organizasyon Karar Grubu", sağlıklı şehir çalışmalarını Temmuz 2001'de başlatmıştır. Üyelik başvurusu için gerekli olan DSÖ Sağlıklı Şehirler Göstergeleri çerçevesinde veriler toplanmış ve sonuçlarının analizi ile "Sağlıklı Şehir Göstergeleri", "Şehir Sağlığı Profili" ve "Şehir Sağlığı Gelişim Planı" hazırlanmıştır. Çankaya Belediyesi; belediye meclisinin 03.08.2001 tarih ve 178 nolu

Resim 6:Monika Kosinska

kararı, "sağlıklı ve yaşanabilir bir şehir ortamı ve çevresel değerlere saygılı bir şehirleşme süreci" sloganı ile aynı dönemde çalışmaların yoğunlaştırmıştır.

17 Eylül 2001 tarihinde Ankara'da Türkiye Ulusal Ağ

Koordinatörü başkanlığında 10 ilin katılımıyla "Sağlıklı Şehirler Projesinde Tecrübelerin Paylaşımı ve Bilgilendirme Toplantısı" yapılmıştır. Bu toplantıda katılan illerle gelişmeler değerlendirilmiştir. Toplantıda, katılan illerin Ulusal Ağ'ın doğal üyeleri olarak kabul edilmelerine karar verilmiştir. Bunun yanısıra; DSÖ'de başlayan "Ulusal Ağların Akreditasyonu" çalışmasının getirdiği koşullar, bu koşulların Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesindeki güçlükler ve akreditasyona uyum sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı dışında süreci hızlandıracak bir yapının kurulması görüşülmüştür. Toplantı sonucunda Türkiye'de Sağlıklı Şehirler Birliği kurulması ve Sağlıklı Şehirler eğitimine yönelik iki çalışma grubu oluşturulmasına karar verilmiştir. Birlik kurulma çalışmalarının koordinasyonunu Bartın Belediyesi, eğitim çalışmaları koordinasyonunu Bursa Belediyesi üstlenmiştir.

2001 yılında ulusal ağın gelişmesi ve şehir+sağlık=şehir sağlığı yaklaşımının yaygınlaştırılması için DSÖ'ne ait altı anahtar kitap tercüme edilerek Belediyelere ve ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılmıştır (21).

Kutu 4: Altı Anahtar Kitap

1-Sağlıklı Şehirler Projesini Geliştirmek İçin Yirmi Adım, Dünya Sağlık Teşkilatı, Avrupa Bölge Ofisi, 1992 (Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, mimograf çeviri, 1992)

2-Katı Gerçekler: sağlığın sosyal belirleyicileri

3-Evci E.D., D.A. Kaba ve S. Vaizoğlu, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Şehirler Projesi Göstergeler Soru Kağıdı, Kasım 2001, Alban Tanıtım, Ankara (Türkçe Tercüme).

4-Evci E.D., A. Ekmekçigil, İ. Sökmen, A.İ. Ercan, İ. Toprak ve S. Aycan, Şehir Sağlığı Profili, Kasım 2001, Ankara (Çeviri Editörü).

5-Evci E.D. ve A. Ekmekçigil, Şehir Sağlığı Planlaması: Çerçeve, Kasım 2001, Ankara (Çeviri Editörü).

6-Evci E.D. ve A. Ekmekçigil, Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu, Kasım 2001, Ankara (Çeviri Editörü).

Bursa Nilüfer Belediyesi 2001 yılından itibaren, sağlıklı şehir olduğu 4 Ekim 2009'a kadar, Mustafa Bozbey'in destekleri ile, Nilüfer Belediyesi Şehir Plancısı ve Nilüfer Sağlıklı Kentler Proje Koordinatörü Evrim Ekiz ve Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç. Dr. Kayıhan Pala'nın çalışmaları sonucunda ağda aktif rol almaya başlamıştır. Bu çalışmalarda Nilüfer Belediyesi ile Uludağ Üniversitesi arasında yapılan protokolle hayata geçirilen Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nin etkisi büyük olmuştur.

01 Şubat 2002 tarihinde yapılan Tepebaşı Belediyesi Sağlıklı Şehriler Konseyi Toplantısı'nda Sağlıklı Şehir Proje Vizyonu ve Sağlıklı Şehir Planı taslağı onaylanmış ve Yürütme Kurulu seçilmiştir. Ahmet Ataç'ın önderliğinde, Melih Savaş ve ekibinin çalışmaları ile Tepebaşı Belediyesi Sağlıklı Şehirler Projesi'nin üçüncü döneminde DSÖ sağlıklı şehirler ağına üye olmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı koordinatörlüğünce Mayıs 2002'de "Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı, Sağlıklı Şehirler Serisi-I" kitabını yayınlamıştır. Bu kitap, Türkiye'de şehir sağlığı çalışmalarının derlendiği bir yayındır (20).

Ağustos 2002'de Çankaya Belediyesi de "Sağlıklı Şehir Göstergeleri", "Şehir Sağlığı Profili" ve "Şehir Sağlığı Ge-

lişim Planı"nı hazırlamıştır. Eylül 2002'de Hırvatistan'ın Rijeka şehrinde düzenlenen toplantıda Çankaya'nın ağa kabulü belli olmuş ve Aralık 2002'de Çankaya belgesine kavuşmuştur.

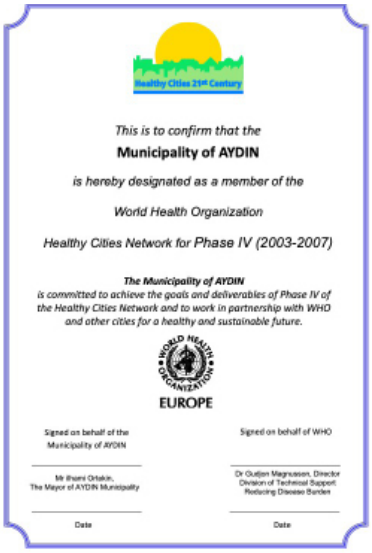
Şehir sağlığı alanında öncü uygulamalar

DSÖ tarafından, Eylül 2003'den itibaren ağların akreditasyonuna başlanmıştır (21). Bu süreç Türkiye'de şehir sağlığı açısından önemlidir. 2003-2008 döneminin ana temalarından olan "fiziksel aktivite ve aktif yaşam" hem projenin hem de şehir sağlığı bakış açısının görünürlüğünü sağlamıştır. Günümüzde görmeye alışık olduğumuz ve hatta bazen de eleştirdiğimiz sokak fitness/fiziksel aktivite alanları/aletleri, yürüyüş yolları ve bazı şehirlerde bisiklet yolu denemeleri bu dönemde başlamış ve/veya artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı akreditasyon için gerekli koşulları ve Bartın, Bursa Belediyelerinin çalışmalarını değerlendirerek Belediyelerle görüşmelerde bulunmuştur. 2000 yılında Tarihi Kentler Birliği kurucu başkanlığını yapan Erdoğan Bilinser 19-22 Ekim 2003'te Belfast DSÖ toplantısında Nalan Fidan'a bu alanda da bir belediyeler birliği kurulması için çalışması talimatını vermiştir. Ulusal ağ koordinatörü Dr.E.Didem Evci ile yapılan görüşmeler ve hazırlıklarla birlikte "Sağlıklı Kentler Birliği" kurulma süreci başlamıştır. Ulusal ağa üye şehirlere birliğin kurucu üyesi olmaları için katılma çağrısı yapılmış, Çankaya Belediyesi koordinatörü Ethem Torunoğlu'nun ifadesi ile "bu işin öznesi olan bir avuç Donkişot", Yalova (Yakup Bilgin Koçal-Metin Sabuncu), Van, Kadıköy (Selami Öztürk-Şule Onur), Afyon, Tepebaşı (Ahmet Ataç-Melih Savaş), Çankaya (Muzaffer Eryılmaz-Ethem Torunoğlu), Ürgüp (Bekir Ödemiş-Ömer Kıvanç), Ordu, Kırıkkale (Veli Korkmaz-Züht Bozdemir) ve Bursa (Hikmet Şahin-Nalan Fidan) Büyükşehir Belediyeleri meclis kararı alarak Birliğin kurucu üyeleri olmuşlardır.

Sağlıklı şehirler projesi artık bir proje olmaktan çıkmaya başlamıştır. Şehir sağlığının geliştirilmesinde yerel yöneticileri hedef grup olarak ele alan ve projeyi bir araç olarak sunan DSÖ, akademik camianın da etkisinin artmasını istemektedir. Bu kapsamda projenin başından beri yeralan kişi ve kurumları akademik araştırmalara da yönlendirmiştir. Araştırma sonuçları DSÖ Sağlıklı Şehirler Konferansları'nda bildiri olarak sunulmuş, özel temalı çalışma grupları ve alt ağların doğmasına öncülük etmiştir. Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi ve Keçiören Belediyesi tarafından başlatılan "Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Merkezi" çalışması buna bir örnektir. Merkez Hacettepe Halk Sağlığı AD. Öğretim üyesi Prof.Dr.Çağatay Güler, Prof.Dr.Hilal Özcebe öncülüğünde şehir merkezinde belediye tarafından tahsis edilen bir mekanda disiplinler ve sektörler arası eğitimler düzenlemiştir. Bunlardan birisi 20-21 Mayıs 2004 tarihinde, Prof.Dr.Zafer Öztek ve Dr.E.Didem Evci tarafından verilen "Sağlıklı Şehirler Kursu"dur.

Temmuz 2004'de Ulusal ağ koordinatörünün akademik hayata geçişi ve Aydın'da göreve başlaması ile çalışmalarda Aydın'ın da adı duyulmaya başlamıştır. "1996-2004 yılları arasında bir şehrin sağlığının geliştirilmesi için araç olarak kabul edilen sağlıklı şehirler projesini yöneten bir yetkiliydim. Şimdi kendi yaşamımı sürdürmeye karar verdiğim şehri, Aydın'ı sağlıklı bir şehir yapmalıyım." diyen Dr.E.Didem Evci iki dönem, yani on yıl Aydın Sağlıklı Şehir Koordinatörü olarak görev yapmıştır. Aydın DSÖ tarafından kabul edilen bir ilke de imza atmış ve projede biri belediyede, biri de üniversitede olmak üzere iki koordinatör on yıl süreyle çalışmışlardır. Sağlık Bakanlığı ulusal ağ çalışmalarını Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı bünyesinde görevlendirdiği yetkililer ile sürdürmeye devam etmiştir.

2004 Eylül ayı itibariyle, Türkiye'de 15'e yakın şehir "Sağlıklı Şehir" olmak için aday olmuştur. Proje koordinatörleri Dr.Devrim Gülgün ve Yard.Doç.Dr.E.Didem Evci, İlhami Ortekin'in desteği ile Aydın'da Ege bölgesini temsilen bu kervana katılmıştır. 19 Temmuz 2004 tarih, 6152 sayı ile DSÖ'ne Aydın Belediyesi Niyet Mektubu iletilmiş ve politik kararlılık, 23 Ağustos 2004 tarihinde düzenlenen Belediye Meclisi toplantısında 153 sayılı karar ile resmileştirilmiştir. 19 Kasım 2004 tarihinde, yerel destek sağlamak için, Aydın Valisi'nin himayesinde sektörler arası tanıtım toplantısı düzenlenmiştir. Toplantıya Aydın Valisi, kamu kurum ve kuruluşlarının müdürleri, Adnan Menderes Üniversitesi, Ticaret Odası, Sanayi Odası, Borsa Temsilcileri, Siyasi Parti Yöneticileri, Sivil Toplum Örgütleri yöneticileri katılmışlardır. Bu toplantıda; ileride sağlıklı şehir hareketine katılmak isteyecek belediyelere, bir şehrin yönetiminde bilgi ve veri toplama, bunları göz önünde bulundurarak karar verme süreçlerini başlatma ve planlama konularında metodoloji oluşturmak, uygulamak, izlemek ve değerlendirmek, elde edilen tecrübeleri tüm şehirlerle paylaşmak amacıyla, Türkiye'de bir ilk olan "Şehir Sağlığı Merkezi" kurulması kararı alınmıştır. Belediye Başkanı Merkez için yer tahsis etmiştir. Bu merkezde çalışmak üzere tüm katılımcılar kurumlarını temsil edecek yetkilileri belirlemiştir. Belediye bünyesinde yer alan bu merkez Yard.Doç.Dr.E.Didem


Healthy Cities 21st Century

This is to confirm that the
Municipality of AYDIN
is hereby designated as a member of the
World Health Organization
Healthy Cities Network for Phase IV (2003-2007)

The Municipality of AYDIN
is committed to achieve the goals and deliverables of Phase IV of the Healthy Cities Network and to work in partnership with WHO and other cities for a healthy and sustainable future.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPE

Signed on behalf of the Municipality of AYDIN
Mr İlhami Ortekin, The Mayor of AYDIN Municipality
Date

Signed on behalf of WHO
Dr Gudjon Magnusson, Director Division of Technical Support Reducing Disease Burden
Date

Resim 7: Aydın Sağlıklı Şehir Belgesi

Resim 8: Aydın Sağlıklı Şehir Toplantısı

Evci tarafından, Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. ile ortak çalışmak, öğrenci, asistanlar, toplum gönüllüleri ve diğer sektörlerden yetkililer için eğitim, araştırma, literatür inceleme vb. imkanlar sunmak üzere şekillendirilmiştir. Aydın Şehir Sağlığı Merkezi Aydın Belediyesi'nde 40 kişilik toplantı salonu, çevre laboratuvarı ve yönetim ofislerinden oluşmuştur. Merkez Aydın Sağlıklı Şehirler Projesi'nin yönetim merkezi görevini de üstlenmiştir.

Resim 8: Aydın Sağlıklı Şehir Toplantısı

2004 yılının sonunda, 22.12.2004 tarihli Resmi gazetede, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği kuruluşu yayınlanmıştır. Bu tarihten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın süreçteki rolünün azaldığı görülmektedir. Halbuki, Dünya sağlık otoritesi olan DSÖ'nün Türkiye'deki ortağı Sağlık Bakanlığı'dır. DSÖ'nün sağlık, sağlığın belirleyicileri ve sağlığı etkileyen faktörlerle ilgili mesajlarının Sağlık Bakanlığı tarafından ülke önceliklerine göre çok paydaşlı bir yaklaşımla şekillendirilerek, kurumsal yapıların en üst düzeylerinden yereldeki en uç noktaya kadar yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sağlıklı şehirler projesinde bu süreç 2004'den itibaren DSÖ-Birlik-Belediyeler şeklinde gerçekleşmiştir. 21-24 Eylül 2005 tarihleri arasında DSÖ ulusal ağ ve sağlıklı şehir iş toplantıları Türkiye'de ve Bursa'nın ev sahipliğinde gerçekleştirilmiştir. 2013 yılında da ulusal ağ toplantısına İzmir ev sahipliği yapmıştır.

Kutu 5: Sağlıklı şehirlerin nitelikleri

Temiz güvenilir bir fiziksel çevre (iyi kalite konutlar dahil)

Dengeli ve sürdürülebilir bir ekolojik sistem

Halkın kendi hayat, sağlık ve refahını etkileyen kararlarda katılımı ve kontrolü

Bütün şehrin fertlerinin temel ihtiyaçlarının (yemek, su, barınak, gelir, güvenlik ve iş) karşılanması

Herkes açık iletişim olanakları, kaynak ve tecrübeye ulaşılabilirlik

Geniş kapsamlı, hayati ve yenilikçi bir şehir ekonomisi

Geçmişe, şehir sakinlerinin kültürel ve biyolojik mirasına ve diğer grup ve şahıslara bağlılığı destekleyen bir yapı

Geçmişte uyumlu, kendini geliştiren bir yapı

Optimum seviyede herkese ulaşabilen uygun halk sağlığı ve hastalık bakım hizmeti

Yüksek sağlık seviyesi (yüksek pozitif sağlık ve düşük hastalık seviyesi)

ADÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2005-2006 dönemi ders programında Tıp Fakültesi beşinci sınıflara "Şehir Sağlığı" dersi; 2010-2015 döneminde Aydın Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu ikinci sınıflara "Kentleşme ve Çevre Sağlığı" ve 2015 yılı itibariyle de halen süren "Şehir Sağlığı" dersleri konmuştur. Böylece şehir sağlığı açısından belediye ve akademik ayak tamamlanmıştır.

Resim 10: Şehir Sağlığı Merkezi Açılışı

2003-2008 dördüncü dönem proje temalarından birisi olan sağlık etki değerlendirmesine bu noktada vurgu yapmamız gerekmektedir. Bir şehrin sağlığını geliştirmek için yapılan plan, program, proje veya girişimlerin hepsinde şehrin sağlığına olacak etkilerini değerlendirmeden karar verilmemelidir. Karar vericinin, politika yapıcının kullanması gereken bir araçtır. Ancak Türkiye için çok yeni ve erken olan bir yaklaşım olduğu kurumlarla ve belediyelerle yapılan çalışmalarda görülmüştür. Ancak, günümüzde "Stratejik ÇED Yönetmeliği" ile bu kavrama yaklaşıldığı görülmektedir. 2005 yılında Avrupa Komisyonu Yeni Halk Sağlığı Programı kapsamında kazanılan, ADÜ ve Gazi Üniversitesi'nin paket lideri olduğu iki yıllık uluslararası bir proje ile sağlık etki değerlendirmesine yönelik Türkiye'de bir örnek çalışma gerçekleştirilmiştir (Health Impact Assessment in New Members states, Accession and pre-Accession Countries-HIA-NMAC, EC New Public Health Program, WP 2,6,8 and 5(Leader is Turkey), Grant Agreement No: 2004128). Turizmde sağlık etki değerlendirmesi çalışması Aydın-Kuşadası örneğinde ele alınmıştır. 7-9 Eylül 2006'da Aydın'da gerçekleştirilen Sağlıklı Kentler Birliği 2. Yıl Konferansı'nda Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Sağlıklı Şehirler En İyi Uygulama Ödülü "Aydın Belediyesi, Katı ve Tıbbi Atık Düzenli Depolama Tesisi Yapımı İşi Sağlık Etki Değerlendirmesine Örnek Kuramsal Yaklaşım" ile Aydın Belediyesi'ne Sağlık Etki Değerlendirmesi alanında verilmiştir. 2008 yılında da Nilüfer Belediyesi şehirde hayata geçirilecek projelerin sağlık etki değerlendirmesi çalışmalarını başlatmıştır.

2006 ve 2009 yılında şehir sağlığının sivil toplum, med-

ya ve Ar-Ge ayağı devreye girmiştir. Yard.Doç.Dr.E.Didem Evci tarafından; 2006-2015 yılları arasında hayat bulan "Şehir ve Halk Sağlığı Derneği" kurulmuştur, 2009-2012 yılları arasında da "Şehir Sağlığı Dergisi" yayınlanmıştır, 2009'da kurulan ve halen faaliyette olan "Şehir Sağlığını Geliştirme Uygulama ve Araştırma Merkezi" ADÜ'de hizmet vermektedir.

2006, 2007 ve 2011 yıllarında Bursa Uludağ Üniversitesi ve Nilüfer Belediyesi'nin düzenlediği "Kent ve Sağlık Sempozyumu", 2016 yılında Prof.Dr.E.Didem Evci Kiraz ve Prof.Dr.F.Nur Baran Aksakal'ın birincisini düzenledikleri "Şehir, Çevre ve Sağlık Kongresi" ile 2017 yılında Prof. Dr.E.Didem Evci Kiraz editörlüğünde yayın hayatına başlayan "Journal of Urban, Environment and Health" şehir sağlığına katkı için geliştirilen enstrümanlara örneklerdir. Şüphesiz burada yer almayan, ancak şehir sağlığına katkısı olan tüm çalışmalar ve emek verenler daha sonra yayınlanacak şehir sağlığı tarihçelerinde yer alacaklardır.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği kurulduğu tarihten itibaren 2014 yılına kadar bugün Bursa Büyükşehir Belediyesi Çevre Koruma ve Kontrol Dairesi Başkanı, Yüksek Şehir Plancısı olan ve Bursa sağlıklı şehirler projesi koordinatörlüğünü yapmış Nalan Fidan'ın müdürlüğü ile hayatını devam ettirmiştir. Nalan Fidan 2014'de görevini bugün halen bu görevi yürüten Şehir Plancısı Murat Ar'a devretmiştir.

Resim 11: Murat Ar

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği 2005'de, DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi 15. Yılında ve üçüncü dönemindeyken, Bursa'da, Bursa Belediyesi tarihi binası içinde hizmet vermeye başlamıştır. 2014 senesinde Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin sağladığı imkanla Birlik kendi binasına geçmiştir. Birlik bünyesinde şehir plancısı olan Birlik Müdürü haricinde, 1 ekonomist, 1 bilgisayar işletmeni, 1 çevre mühendisi ve ayrıca Bursa Büyükşehir Belediyesi tarafından ek görev ile görevlendirilmiş 1 insan kaynakları uzmanı, 1 mütercim tercüman, 2 muhasebeci çalışmaktadır. Ekim 2017 itibariyle Sağlıklı Kentler Birliği 67 üyeye ulaşmıştır. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağına üyelik için her ülkeye kotalar koymuştur. Bu kotalar her bir üye devletin nüfusuna orantılı olarak belirlenmektedir. Türkiye büyük nüfusu ile DSÖ Avrupa Ağı içerisinde her zaman yüksek üye sayısına sahip olmuştur. Türkiye için altıncı dönem kotası 12'dir. Birlik ağ içerisinde beşinci ve altıncı dönemlerde akredite olan bir yapıdadır.

Altıncı dönemde sağlıklı şehir belgesi alan belediyeler aşağıda verilmiştir:

1. Balçova (İzmir)
2. Burdur
3. Bursa
4. Çankaya (Ankara)
5. Denizli
6. Gölcük (Kocaeli)
7. İzmir
8. Kadıköy (İstanbul)
9. Nilüfer (Bursa)
10. Tepebaşı (Eskişehir)
11. Trabzon
12. Yalova

Şehir sağlığına katkıları giderek artan Birliğin her sene düzenlediği "En İyi Sağlıklı Şehir Proje Yarışması" sayesinde şehrin sağlığını geliştirici çalışmalar ödüllendirilmekte ve diğer yerel yönetimler için teşvik edici ve özendirici olmaktadır. Birliğin düzenlediği eğitimler, konferanslar, çalıştaylar ve diğer etkinlikler ile yerel yönetimler yanısıra kamu kurum ve kuruluşları, akademisyenler, gönüllüler, şehirde yaşayan tüm vatandaşlar şehir gibi canlı bir organizmada yaşadıklarının ve onun da bir sağlık ihtiyacı olduğunu anlamaya başlamışlardır. "Sağlıklı Şehir Göstergeleri", "Şehir Sağlığı Profili" ve "Şehir Sağlığı Gelişim Planı"nın hazırlanması, "Sağlık Etki Değerlendirmesi" eğitimleri ile Türkiye'de şehir sağlığında ortak bir dil oluşturulmaya başlanmıştır. Birlik danışma kurulu üyeleri şehri oluşturan tüm yapıları bir bütün olarak ele alabilecek disiplinlerden oluşmaktadır. Birlik web sayfası kendi başına bir farkına vardırma, eğitim ve teşvik aracı olarak yapılandırılmıştır (http://www.skb.gov.tr/).

2016 yılında Dr.Kenan Şahin önderliğinde Pendik Belediyesi'nde başlatılan Türkiye'ye özgü, yerel yönetimlerin kolayca elde edebileceği ve analizleri sonucunda şehir sağlığı açısından tanı koydurucu göstergelerin belirlenmesi çalışmasında hızlı gelişmeler olmaktadır.

"Şehir Sağlığı" kavramı yerleşiyor

DSÖ tarafından "Healthy City Project"'in "Urban Health" başlığı altına alınması ile başlayan süreç; çok disiplinli, çok sektörlü ve çok paydaşlı bir kavram olan şehir sağlığının önünü açmıştır. Şehir sağlığı; nefes alan, büyüye, gelişen, beslenen, kendi yaşamına yön veren ve bazen ölen, öldükten sonra sosyal, kültürel, ekonomik miraslar bırakan şehirlerin sağlığını sistematik ve bütüncül bakış açısı ile ele alan bir yaklaşımdır. Şehrin sağlığını korumak, izlemek, değerlendirmek, riskleri belirleyip önlem almak, acil durumlarda hazırlıklı olmak, şehrin sağlığını geliştirici plan, program, projeler, politikalar üretmek, hizmetleri planlamak, insan gücünü geliştirmek ve eğitim müfredatını oluşturmak ve/veya yenilemek için yapılacaklar

vardır. Kim yapacak/yapar sorusunun cevabı "şehrin sağlığından kimler sorumlu ise onlar"dır. Öncelikle yerel yönetimlere büyük rol düşmektedir.

Türkiye'de tanıtımı yapıldığı günden bu yana sağlıklı şehirler projesi sayesinde, yerel yöneticiler tarafından "şehrinizin sağlığını korumak, vatandaşlarınızın sağlığını korumaktır" bakış açısı benimsenmiştir. Bir şehirde sağlıktan bahsedebilmek için artık sadece sağlık merkezi, hastane ve sağlık personelinin yeterli sayıda olmasının yetmediği bilinmektedir. Sağlıklı şehirler projesinin dönemlerine ait temalar sayesinde şehirlerde görünür müdahaleler olmaktadır. Bunlardan belki de ilk ve en çok yaygınlaşanlar mahallelerde yer alan açık spor aletleri/fitness alanları, yürüme yollarıdır. Yerel yönetimler diğer toplum liderleri ve konu ile ilgili kurum ve kuruluşların ortak ve etkili çalışmasını da sağlayabilirler. Aynı zamanda taşımacılık, turizm ve endüstri dahil olmak üzere pek çok yerel ekonomi geliştirme programlarını da kendileri oluşturmaktadırlar. Çevre, sağlık ve şehir konularındaki politikaları diğer sektörler ile birleştirebilirler. Birincisi 2016 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yapılan Uluslararası Şehir, Çevre ve Sağlık Kongresi teması bu nedenle "işbirliği ve ortak dil" olmuştur. Yerel yönetimler, sadece sağlıkçılar değil şehir planlamacılar, karar vericiler ve halkı da içine alan, şehir sağlığı kavramının yaygınlaştırılması, gönüllüler ve çalışanların eğitilmesi, müfredatın hazırlanması, mevzuatların geliştirilmesi, destekleyici şehir ekonomisi, çevre, kültür, sosyal yaşam, sosyal destek mekanizmalarının yaratılması alanlarında kolaylaştırıcı, teşvik edici, geliştirici, uygulayıcı, değerlendirici ve denetleyici olmalıdır.

Şehir sağlığı kavramının yerel yöneticiler ve sektör kadar halk sağlığı çalışanlarının gündeminde de taze tutulması için çabalar sürmektedir. Şehir sağlığı alanında kanıt havuzu oluşturmaya yönelik çalışmaların desteklenmesi amacıyla Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği bir burs programını yürürlüğe koymuştur. 2016 yılından itibaren *"… kent, kentlerin sağlık durumu, kentlerde sağlığı etkileyen etmenler ve sağlıklı kentler ile ilgili alanlarda, yerel yönetimlerin bilimsel bilgiye ihtiyacı olan konularda yapılacak…."* tezler desteklenmektedir (22). Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Danışma Kurulu üyeleri arasında halk sağlığı uzmanlarının olması mutluluk vericidir. Prof.Dr.E.Didem Evci Kiraz Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Doç.Dr.Emel İrgil ve Doç.Dr.Alpaslan Türkkan 2017 yılı itibariyle danışma kurulu üyelikleri süren danışmanlardır. Bursa Büyükşehir Belediyesi tarafından Sağlıklı Kentler Birliği başkanlığının yürütülmesi, Birlik müdürlüğünün Bursa'da bulunması nedeniyle Bursa sağlıklı şehirler projesi faaliyetlerinin merkezi olmuştur. Ancak, günümüzde şehrinin sağlığını ölçen, tanımlayan ve şehrinin sağlığını geliştirmek için planlamalar yapan tüm şehirler Türkiye'nin şehir sağlığı alanındaki merkezleri olarak kabul edilmelidir. Bu şehirlerde yaşayan ve çalışan halk sağlığı çalışanları şehir sağlığı konusunda birer uzman, danışman, mentör ve kolaylaştırıcı rolünü üstlenmelidirler.

KAYNAKLAR

1-WHO/Euro, Policy Documents, Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 [http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

2-WHO, Health Promotion, Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health [http://www.who.int/healthpromotion]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/

3- WHO/Euro, Policy Documents, Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century [http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/

4- WHO/Euro, Healthy Policy, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century (2013) [http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

5-Bilgi Notları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO – DSÖ), 29.06.2017. Türkiye Cumhuriyeti Birleşmiş Milletler Cenevre Ofisi Nezdinde Daimi Temsilciliği [http://cenevreofisi.dt.mfa.gov.tr/Default.aspx]. 2017[son güncelleme 14.08.2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://cenevreofisi.dt.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=203417

6- T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile ilişkileri. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları; 1997.

23- 7-İnşaat Mühendisleri Odası. Meslekte 50 yılını dolduran üyelerimiz [http://www.imo.org.tr]. 2004[son güncelleme 2004; 08 Ekim 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.imo.org.tr/resimler/ekutuphane/pdf/157.pdf

8-Centre for Health Protection, Department of Health, Building Healthy Cities, Guidlines for Implementing A Healthy Cities Project in Hon Kong. [http://www.chp.gov.hk/en/guideline1/29.html]. [son güncelleme 07.07.2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/building_healthy_cities_guidelines.pdf

9- WHO/Euro, Publications, Declaration of Alma-Ata, 1978 [http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

10- Çamur D, Evci D: Sağlıklı şehirler hareketinin başlangıcı ve gelişimi. In: Toprak İ, Ercan Aİ, Arslan A, Evci ED, Oğuz Z. Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı, Sağlıklı Şehirler Serisi -I-. Ankara: BMS Matbaacılık, 2002: 13-20.

11- de Leeuw, E.L. Duhl & M. O'Neill (2009) Healthy Cities. Pp. 348-351 in: Hutchinson,R., ed. (2009) Encyclopedia of Urban Studies. Sage Publications (ISBN 9781412914321) http://glocalhealthconsultants.com/wpcontent/uploads/2014/11/urbanStudiesHealthyCities.pdf

12-WHO, Health Promotion, Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy [http://www.who.int/healthpromotion/en/]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/

13- Arar, AA. Yerel gündem 21. Uluslararası Ekonomik Sorunlar. Ağustos 2002; (6):[http://www.mfa.gov.tr/sub.tr.mfa?-9639b24c-b00a-4de3-8d5d-fa2c8e5b54f8]. 2017[son güncelleme 2017; 14 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.mfa.gov.tr/uluslararasi-ekonomik-sorunlar-_agustos-2002_.tr.mfa

14- Bursa Büyükşehir Belediyesi. Bursa Sağlıklı Şehir Projesi gelişim süreci. 2017 [son güncelleme 21 Ağustos 2017; 21 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.bursa.bel.tr/hizmetler/sayfa/259

15-Aycan S, Afşar O, Özkan S, Demirören M, Evci D. Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, BMS Matbaacılık Ltd. Şti., 2000.

16-Akdur R, Aygün R, Aycan S, Evci ED, Ekmekçigil A. National Environmental Health Programme. Ankara: First Edition, General Directorate of Primary Health Care, Ministry of Health. 2001.

17-Aycan S, Evci ED. Healthy Cities Project in Turkey. In: Abstracts Book. International Public Health Congress "Health 21 in Action"; 8-12 October 2000; Istanbul, 165.

18-Evci ED. Healthy Cities Concept in Health 21 of Turkey and Turkish Environmental Health Program. In: Book of Abstracts. Creating National and Strengthening Sub-national Healthy Cities Networks (Strategic Workshop), The Power of Local Action, 2003 International Healthy Cities Conference; 19-22 October 2003; Belfast, Ireland, 6-7.

19- Toprak İ, Evci ED: Sağlıklı bir yaşam için sağlıklı ortamlar. In: Toprak İ, Ercan Aİ, Arslan A, Evci ED, Oğuz Z. Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı, Sağlıklı Şehirler Serisi -I-. Ankara: BMS Matbaacılık, 2002: 5-12.

20-Öztek, Z., R. Akdur, S. Aycan, O.Z. Afşar, T. Soydal, S. Üner, E. Bal, M. Demirören, H. Altınyollar ve Evci D., Sağlık 21, Herkese Sağlık, Türkiye Hedef ve Stratejileri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2001.

21- Lafond LJ, Heritage Z, Farrington JL, Tsouros AD. National Healthy Cities Network, A powerful force for health and sustainable development in Europe. Denmark: World Health Organization , 2003.

22-Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Sağlıklı kentler birliği tezleri desteklemeye devam ediyor [http://www.skb.gov.tr/]. 2017[son güncelleme 2017; 22 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.skb.gov.tr/saglikli-kentler-birligi-tezleri-desteklemeye-devam-ediyor-s25100k/

"Petrolü kontrol edersen ulusları, gıdayı kontrol edersen insanları yönetirsin" ABD Dışişleri Bakanı Henry Kissinger (1974)

TOPLUM BESLENMESİ / GIDA SAĞLIĞI

Prof.Dr. Gülay KOÇOĞLU

Toplumun hem sağlıklı ve uzun yaşam sürmesinde, hem de ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, en önemli ve temel koşulların başında yeterli ve dengeli beslenme gelmektedir. Sağlıklı bir yaşam ancak gıda güvencesi ve gıda güvenli¬ği¬nin sağlanması ile sürdürülebilir. Gıda güvencesi toplumdaki tüm bireylerin, her zaman aktif ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin ihtiyaçlarını ve gıda önceliklerini karşılayabilmek amacı ile yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziken ve ekonomik bakımdan erişebilmeleri ve bunu sür-dürebilmelerini kapsamaktadır (1). Gıda güvenliği ise gıdaların fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik özellikleri bakımından tüketime uygun, kaliteli ve besin değerini kaybetmemiş olması için alınan tedbirler bütünüdür (2).

GIDA GÜVENCESİ İLE İLGİLİ GELİŞMELER

Gıda güvencesi terimi; gıda varlığı, gıdaya erişim, gıda tüketimi (alımı) ve gıdanın sürdürülebilirliği gibi dört boyut içermektedir. Günümüzde dünya nüfusunun giderek artması, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, siyasi istikrarsızlıklar, savaşlar, küresel ısınma ve iklim değişiklikleri, doğal afetler, su kaynaklarının yetersizliği, tarım yapılan alanların azalması, bazı gıdaların artan biçimde biyoyakıt olarak kullanılması vb nedenlerle birçok ülke yeterli gıda üretememekte ve/veya insanlar gıdaya erişememektedir. 1996 yılında gelişmiş ülkelerce düzenlenen Dünya Gıda Zirvesi'nde herkesin gıdaya erişiminin insanlık hakkı olduğu vurgulanmış ve 1990-92 döneminde 1 milyardan fazla olan (%18.6) dünya aç insan sayısının 2015 yılına kadar en az yarıya indirilmesi hedefi konmuştu, ancak FAO/WFP verilerine göre 2015 yılında dünya genelinde hala 795 milyon kişi (%10.9) gıda güvencesizliği yaşamakta, yani 1/9 kişi yatağa aç olarak girmekte idi ve 1/3 kişide (yaklaşık 2 milyar) herhangi bir türde malnütrisyon vardı. Yine de oransal olarak %42 azalma olması sevindirici iken 2016 verileri global açlığın 815 milyona (1/8) yükseldiğini ortaya koymuştur. Küresel açlığın yükselişinin, artan şiddetli çatışmalar ve iklim değişikliklerine bağlı afetlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu değerlendirmelerde Türkiye'de yetersiz enerji tüketenlerin oranı 1990 yılından beri gelişmiş ülkelerle birlikte <%5 (çok düşük) olarak bildirilmektedir (3). Bir diğer değerlendirmede ise, yetersiz enerji tüketenlerin oranı ile <5 yaş çocuklarda kavrukluk, bodurluk ve mortalite oranlarından oluşturulan global açlık indeksine (GHI) göre gelişmekte olan ülkelerde 2000 yılında 30.0 olan skor 2016'da 21.3'e düşmüştür. Türkiye için bu skor da gelişmiş ülkeler gibi <9.9 (düşük) olarak verilmektedir (4). Ancak Türkiye'de coğrafik bölgelere ve yerleşim yerlerine göre bireyler ve aileler arasında çok büyük eşitsizlikler olduğu gözönüne alındığında belirtilen değerlerin düşük olması dikkatle irdelenmelidir. Uluslararası kuruluşlar, 2030 yılına kadar açlığın yok edilmesini hedef olarak belirlemişlerse de bunun gerçekleşmesinin oldukça zor olacağı düşünülmektedir. Dünya nüfusunun 2050'de 9.1 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle gıda üretiminin de 2006-2050 arasında %60-70 artması gerektiği belirtilmektedir (5). Oysa üretime oranla tüketimin daha fazla artması, dünyada stokları azaltmakta, bu durum dünya fiyatlarını dalgalı bir yapıya itmektedir. Gıda maddeleri fiyatları son 20 yılda iki kattan fazla artmıştır. 2007 ve 2008 yıllarında gıda fiyatlarında yaşanan yüksek artışlar, küresel bir krize dönüşmüştür (6). FAO Gıda Fiyat Endeksi (FPI), dünya gıda fiyatlarının, 2002-2004 yılı ortalamaları 100 olarak alındığında giderek arttığını, kriz yılında 2008'de 208, 2011-2014 yıllarında 200'ün üstünde seyretmişken son iki yılda 160 seviyelerine düştüğünü, ancak bu yıl tekrar artarak 2017 Ağustos ayında 176.6'ya ulaştığını, bir artış trendine girdiğini göstermektedir. OECD raporlarında gıda fiyatlarının geriye gitmeyeceği tespiti yapılmaktadır (7). Türkiye'de de hem TÜFE genel endeksi hem de TÜFE gıda endeksi sürekli artış göstermiştir ve göstermeye de devam etmektedir. Son on yıl değerlendirildiğinde, TÜFE genel endeksinde en düşük artış 2012 yılında (%6,2), en yüksek artış 2011 yılında (%10,4) gerçekleşmiştir. TÜFE gıda endeksinde ise en yüksek artış 2014 yılında (%12,7), en düşük artış 2012 yılında (%3,9) görülmüştür. Her iki değer de 2017 Ağustos ayı için %9.7 olarak verilmiştir (8). Bu dönemde GSYH biraz artmakla birlikte gelir dağılımındaki dengesizliklerde belirgin düzelme olmaması nedeniyle gıdaya erişimin giderek zorlaşacağı açıktır.

2016 Küresel Gıda Güvencesi Endeksine (GFSI) göre Türkiye 113 ülke arasında gıdaya erişebilirlik (affordiability) açısından 59.8 puan ile 52., gıdanın varlığı (availability) açısından ise 64.8 puanla 41. sırada yer almaktadır (9). Önceki yıllarda (2012-2015) daha iyi sıralarda idi.

FAO'nun vizyonu "açlığın sona erdirilmesi için sürdürülebilir tarım ve gıda sistemlerine geçiş"tir. Türkiye'de de tarım politikalarını bu yönde etkinleştirilmesi önem taşımaktadır.

Türkiye'de Cumhuriyet döneminden günümüze tarım politikaları

Tarım, tüm insanlık tarihi boyunca insanlığın en önemli geçim kaynağı olmuştur. Dünya nüfusu giderek artarken, kişi başına düşen tarım arazisi ve su başta olmak üzere doğal kaynaklar azalmaktadır. Kıtlık senaryoları ve 3 F krizleri (food, fuel and finance) nedeniyle, hükümetler ve uluslararası kuruluşlar gıda üretim ve dağıtım sistemlerini gözden geçirmek zorunda kalmışlardır (6,10). Bu gelişmelerin bir sonucu olarak tarım, küresel politikalarda en öncelikli sıraya yükselmiştir. Türkiye'de tarım, ekonomideki ağırlığı giderek azalmasına karşın, nüfusun önemli bölümünü bünyesinde barındırması ve istihdam oranının yüksekliği, ihracat getirisi gibi nedenlerle Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren önem verilen bir sektör olmuştur (6,10-21). Türkiye'de günümüze kadar uygulanan tarım politikaları da hem dünyadaki hem de ülkedeki ekonomik ve siyasi gelişmelere göre dönem dönem farklılıklar göstermiştir.

1923–1929 DÖNEMİ

Cumhuriyetin ilk yıllarında, tarım politikaları önce liberal bir seyir izlemiş, sonrasında devletçi politikalar ağır basmıştır. Savaştan yeni çıkmış Türkiye'de toplam nüfusun %82'si tarımla uğraşıyordu, ancak gelirleri çok azdı. 1924 yılında Köy Kanunu çıkarılmış ve Tarım Bakanlığı kurulmuştur. Köylülerden alınan aşar vergisi 1925 yılında kaldırılmıştır. 1926 yılında Medeni Kanunu'nun kabulü ile çiftçiler toprak mülkiyetine kavuşmuştur. Çiftçiye uygun kredi verilmiş, tarım araç gereçleri, tohum ve fidan dağıtılmıştır. 1927 yılında ilk Genel Tarım Sayımı gerçekleştirilmiştir. Tarımı geliştirmek ve modernleştirmek amacıyla ziraat okulları, Tohum Islah İstasyonları, Tarım ve Kredi Kooperatifleri, Ankara Orman Çiftliği, Devlet Üretme Çiftlikleri ve ilk Şeker Fabrikası kurulmaya başlamıştır. Bu dönemdeki başarılı tarım politikaları sonunda tarımsal üretimin yıllık büyüme hızı %8.9'u bularak milli gelir büyüme hızını geçmiştir. Fındık, arpa ve buğday ihracatı yapılmıştır (10-16).

1929–1945 DÖNEMİ

Bu dönemde 1929 yılındaki büyük ekonomik buhran ve II. Dünya savaşı ülke tarımına büyük darbe vurmuştur. 1930 yılında Ziraat makinelerine yönelik kanunlar çıkarılmış, tarımda makineleşmeyi destekleyen (yakıt, vergi muafiyeti) kolaylıklar sonucu özellikle traktör sayısı artmış, fakat makineleşmenin gerektirdiği bakım alt yapısı kurulamadığından, birçok tarım makinesi kullanılamaz olmuştur. Tarımsal ürünlerdeki fiyat düşüşü, 1929–1930 dünya bunalımı ile iyice hızlanmış, 1933–1934 yıllarında doruk noktasına ulaşmıştır.1933 senesinden başlanarak KİT'ler kurulmuştur. Bunlar; diğer Türkiye Şeker Fabrikaları, Ziraat Bankası, Tekel, Toprak Mahsülleri Ofisi, zirai kombinalar ve Tarım Satış Kooperatifleri'dir. 1937 yılında ise; tarımsal kalkınmada devlet desteğini artırma konusu gündeme gelmiş, ilk etapta bir kısım toprak ağaları tasfiye edilmiş, dağınık köyler birleştirilmiş, zirai kombinalar (sulama birlikleri ve kooperatifler) açılmış ve Köy Enstitüleri kurulmuştur. 1930'lu senelerin sonunda devletin ekonomiye müdahale alanı daha da genişlemiş ve müdahalelerin özel sektöre zarar vermeyecek şekilde yapılmasına dikkat edilmiştir (12,14-16). Atatürk'ün çok istediği 3573 sayılı "Özel Zeytin Kanunu" ölümünden 2.5 ay sonra çıkarılmış ve uzun yıllar önemli üç-beş ihraç ürünümüzden biri zeytinyağı olmuştur (17).1940'lı yıllara gelindiğinde, II. Dünya Savaşı'nın etkisi, savaşa girmese bile her an girme tehlikesi bulunan Türkiye'de de görülmeye başlamıştır. Uygulanan ekonomik politikalar sonucu, tarımdan kaynaklanan sermaye birikiminin artığı görülmektedir. Tarımsal ürünlerde, özellikle buğdayda büyük bir enflasyon kaynaklı artış gözlenmektedir. Bu dönemde piyasaya büyük ölçekte buğday sağlayabilenler büyük sermaye kazancı elde etmişlerdir. 1945 yılında, arazisi olmayan veya yetmeyen çiftçilere yönelik Çiftçiyi Topraklandırma Kanunu çıkarılmıştır. Ülke için bu dönem, Cumhuriyet tarihinde gıda güvencesizliğinin, gıda yoksulluğunun en fazla hissedildiği dönem olmuştur. Bu dönemin en önemli politikalarından biri de tarımda eğitim ve modernleşme çabalarına ağırlık verilmesi olmuştur (12,14,15,18). Dünya genelinde de tarım politikalarının gelişebilmesi II. Dünya Savaşı'ndan sonra olmuştur.

1946–1960 DÖNEMİ

II. Dünya Savaşı sonrasında dünya dengelerinin değişmesi, ortaya blokların çıkması, uluslararası işbölümünün yeniden belirlenmesi ve kapitalizmin egemen gücü olarak Amerika'nın Avrupa ekonomisi özellikle azgelişmiş ülkelere yönelik yaptırımları ortaya çıkarmış ve bu kapsamda azgelişmiş ülkelere yardım gündeme gelmiştir. Yardımlar borçlandırma şeklinde verilmekte, karşılığında tarımda makineleşme dolayısıyla dış ticaret ve yabancı sermaye girişini serbestleştirme ve bu alandaki engelleri aldırmayı kaldırma şartı getirilmekteydi. Türkiye de bu kalkınma stratejisini kabul ederek 1950'lerden itibaren "Marshall yardımı veya PL 480" olarak bilinen bu destekten yararlanmaya başlamıştır (12,14,19). Böylelikle girdi (gübre, ilaç, alet ve makine) kullanımı artmış, aynı zamanda Türkiye dışa bağımlı kılınmıştır ve Türk tarımında ilk gedik açılmıştır. Bu arada Türkiye 1947 yılında IMF ve Dünya Bankası'na (DB) üye olarak dışa bağımlılığı giderek art-

mıştır (12,14-16,18-20).

Marshall Planı'nın tarımsal alandaki etkilerinden biri verimlilikteki artış ve ekim alanlarındaki genişlemedir. Et Balık Kurumu (EBK), YEMSAN ve Türkiye Süt Endüstrisi Kurumu (TSEK) gibi kamu iktisadi teşekkülleri kurulmuş ve üretime girdi sağlanmaya başlamıştır. Bütün bu gelişmeler neticesinde tarıma bağlı GSYH'de, 1950-1953 yılları arasında %11,3 artış kaydedilmiştir. Arazilerin genişlemesi ve üretimin hızla artması nedeniyle bu dönem tarımın altın yılları olarak değerlendirilmiştir (14). Ancak bu durum uzun sürmemiştir.

Türkiye'nin 1953 yılına kadar buğday stoklarına sahip ve tahıl ihraç eden bir memleket olduğu bilinmektedir. Buğday ekilen alanlar uluslararası piyasalarda fiyatların düşmesi ve dış satım olanaklarının daralması üzerine gerilemiş, 1948-1956 arası dönemde 1/3'den 1/4'e düşmüştür. ABD, 1954'ten sonra tarım ürünleri fazlasını Türkiye'ye yardım olarak göndermeye başlamıştır. Bu kapsamda gönderilen çeşitli yiyecek maddeleri ve bu arada buğday yurdumuzdaki buğday üretimini baltalamış, zamanla ekiciler para ettiği için tütün, pamuk ve pancar gibi tüketim maddelerine daha çok yer ayırmaya başlamışlardır. Bunun bir sonucu olarak 1960 yılına doğru ithal edilen buğday miktarı bir milyon tonu aşmıştır, hala da ithalat devam etmektedir. Buğdayla birlikte ithal edilen pirinç ve çeltik yerel üretimi baltalamış ve Türkiye Amerika'ya daha muhtaç hale gelmiştir. Dış borçların da artmasıyla Türkiye ABD ile 1956 yılından itibaren ABD ile ağır koşullu antlaşmalara imza atmıştır. Bu anlaşmalar ülke ihracatını önemli ölçüde sınırlamıştır. Yine bu anlaşmalar kapsamında hayvancılığımızın kalkınmaya yüz tuttuğu 1950–1960 yılları arasında Türkiye'ye çok ucuz fiyatla süttozu verilmiş ve tavukçuluğun yere serilmesi için donmuş tavuklar ile hindi ve koyun ile sığır eti yollanmıştır. Gönderilen süt tozlarının hedef kitlesi çocuklar olmuştur, ayrıca para, bisküvi, peynir, buğday, margarin de verilmiştir. Yıllar sonra Dr. Osman Nuri Koçtürk, dağıtılan süt tozlarının aflatoksin içerdiğini ispat ederek dağıtımının durdurulmasını sağlamıştır(19). Türkiye'nin dünyanın en önemli üreticisi olduğu zeytine karşı, ABD'nin üretiminde birinci olduğu soya bu dönemde ülkeye girmiş ve halk zeytinyağı yerine soya yağı ve soyadan yapılan margarinleri tüketmeye teşvik edilmiştir. 1960'ların ortalarına doğru ABD'nin başı çektiği "yeşil devrim" projesi kapsamında gelişmekte olan ülkelere, geleneksel tohumların yerine çeşitli hastalıklara karşı dayanıklı tohum ve gübrelerin paket halinde verilmesi gündeme gelmiş ve Türkiye'ye ışınlanmış sonora buğdayı gönderilmiştir. Dr. Koçtürk bu konuda da kamuoyunu uyarmıştır (19). Marshall Planının getirdiği olumsuz etkiler, asıl 1960'lara doğru görülmeye başlamış, köylü kesim, stoklar Amerikan yardımı ile dolduğundan artık üretemez duruma düşmüş, çiftçiliği bırakarak kentlere (varoşlara) göç etmeye başlamıştır.

1961–1980 DÖNEMİ

1950'de Marshall yardımı ile başlayan dış baskılar ile şekillenen tarımsal ve ekonomik politikalarda belirli yıllar haricinde bir değişim gözlenememiştir. Zeytinyağı üzerinde oynanan planlar sonunda üreticiler zarar görmüş, halk da margarine alışmıştır. 1961 yılında ilk kez IMF'den borç alınarak 52 yıl sürecek borçlanma süreci başlamıştır. 1963 yılından itibaren, tarım politikaları yazılı hale getirilmiştir. Planlı Kalkınma Dönemi adı verilen dönemde yapılan en önemli yeniliklerden biri, önceki yıllarda uygulanan destekleme alımı politikasına ek olarak girdi desteği sağlanması olmuştur. Yoğun tarım koşullarına geçilen ve ithal ikameci politikaların uygulandığı bu dönemde, gerek ürünlere gerekse de girdilere yönelik yapılan desteklemeler ile üretimde verimlilik artmıştır. 1980 yılına kadar üç tane Beş Yıllık Kalkınma Planı (BYKP) uygulanmıştır. Bu planlarda tarım-sanayi sektörleri arasında denge sağlanması, GSYH içinde tarımın payının azaltılarak sanayinin payının artırılması amaçlanmıştır. Bu arada 1962 yılında Avrupa Birliği (AB) ile Ortak Tarım Politikası (OTP) anlaşması imzalanmıştır. Türkiye'nin AB ile ilişkileri bu dönemde başlamıştır (12,15,16,18-22).

Tarımsal anlamda bu dönem en önemli yenilik getirebilecek şey Güneydoğu Anadolu Projesi'dir (GAP). 9 ili kapsayan ve Cumhuriyet tarihinin en kapsamlı ve maliyetli projesi olan GAP bölgesel kalkınma plan ve programları içinde en etkin olarak uygulananıdır. 1970 yılında başlayan ve halen süren proje kapsamında 2015 yılı itibariyle 19 baraj yapılmış, 474528 hektar sulama alanı kazanılmış ve bölge halkına pek çok sosyal, ekonomik katkı sağlanmıştır (15).

1973 yılında kurulan hükümet döneminde çiftçiye büyük önem verilmiş, girdi fiyatları düşürülmüş, üretimin sanayideki payının artması ile kişi başı gelirde artış olmuştur. Ayrıca bu dönemde sendikalaşmanın etkisi ile köylerde yavaş yavaş toplumsal bilinçlenme kendini göstermeye başlamıştır. Kooperatifçilik önem kazanmıştır. Dönem genel olarak değerlendirildiğinde; üretimin modernleşmesi ve tarımda makineleşmenin artışı ile teknolojiye dayalı verimlilik artmıştır. Tarımsal ürün fiyatlarında kısmen de olsa artış gözlenmiştir. Küçük üreticilik bu süreçte de varlığını korumuştur. Pazar için üretim esas alınmıştır. Kırdan kente göç hızla artmaya devam etmiştir. Topraksız köylü oranında artış sürmüştür. Tarımda yapısal sorunları çözmek adına, çiftçinin topraklandırılması ve toprakların korunması için arazi toplulaştırması çalışmaları sürdürülmüş, 1974'de Toprak ve Tarım Reformu Kanunu, 1978' de siyasal baskıların da etkisiyle anayasaya aykırı bulunup iptal edilmiştir (15).1973-74 yılındaki petrol krizi nedeniyle gıda fiyatlarında da ani yükselmeler olumsuzluk yaratmıştır. Bu süreçte köylü sadece üreten, adına karar veren ise ABD ve IMF olmuştur (12-22).

1980 -2000 DÖNEMİ

1980'li yıllardan itibaren gerek dünyada gerekse Türkiye'de tarım politikalarında ve tarımsal yapıda önemli

değişimler olmuş, küreselleşme eğilimi ortaya çıkmıştır. Türkiye'de neoliberalizm IMF ve Dünya Bankasının yaptırımı olan 24 Ocak 1980 Ekonomik Kararları ile başlamıştır. Devletin 1950-1980 yılları arasındaki tarımı destekleyen tavrı değişerek destekleme alımları, girdi ve kredi sübvansiyonlarından oluşan rolü küçültülmüştür. Yeni politikalara yönelik ilk uygulamalar; gübre fiyatlarını artırmak, kimyasal gübre ve diğer girdilere yönelik sübvansiyonları kaldırmak, tarımsal kredilerin kullanım koşullarını ağırlaştırmak, tarımsal desteklemeleri düşürmek ve destekleme kapsamını daraltmak olarak gerçekleşmiştir. 1986 yılında çıkan kanunla KİT'lerin özelleştirilmesine başlanmıştır. 1980'li yılların sonuna gelindiğinde, serbestleşme politikasının olumsuzlukları yaşanmaya başlamış, ülke hızla bir krize sürüklenmiştir. İthalatın arttığı, ihracatın olumsuz etkilendiği ve dolayısıyla cari açığın arttığı, yüksek oranlı maaş ve ücret zamlarının yapıldığı bu dönemin sonunda, 5 Nisan Kararları ile destekleme alımı yapılan ürün sayısı azaltılmış, prim uygulamasına son verilmiştir. Bu uygulamalar çok uzun ömürlü olmamış 1997 yılından itibaren eski uygulamalara geri dönülmüştür. 5 Nisan Kararları olarak anılan Ekonomik Önlemler Uygulama Planı yürürlüğe koyulmuş, IMF ile 10 yıllık aradan sonra yeni bir stand-by anlaşması imzalanmıştır. Bu dönemde en önemli gelişmeler 1994 yılında Dünya Ticaret Örgütü(DTÖ) ile Tarım Anlaşması'nın imzalanması ve 1996 yılında AB ile Gümrük Birliği Anlaşması'nın yürürlüğe girmesidir. Birçok üründe gümrük vergisi indirimine gidilmiştir. DTÖ antlaşması geleneksel tarım politikalarında kırılma noktası olmuştur. Türk tarımı yeterli gelişimi gösteremediğinden pazarda yer edinememiş, dış ticaret açığı daha da artmıştır. 1990'lı yılların sonuna gelindiğinde, Türkiye'nin politikaları iç dinamiklerden çok dış dinamiklerle şekillenmeye başlamıştır (12,15,16,18-22). Bu politikalarda devlet-köylü ilişkisinin yerini sermaye-köylü ilişkisi almaya başlamıştır (22). IMF-Dünya Bankası patentli programlar küçük üreticiliğin çözülme sürecini hızlandırmış, küçük ölçekli çiftçiler üretimden çekilirken, yerini çokuluslu tarım şirketlerine dayalı bir yapı almaya başlamıştır. Bu dönemi kapsayan üç adet Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında, genel olarak GSYH içinde tarımın payının azaltılması, tarımda üretim yöntemlerinin modernleştirilmesi ve tarımsal politikalarda yapısal değişim projesi hedeflenmiştir. Bu dönem sonunda tarımın GSYH içindeki payı %15'e, tarımda istihdam oranı da %45'e düşmüştür(8).

560 sayılı"Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname" 1995 yılında yürürlüğe girmiş olup daha çok gıda güvenliğine yönelik düzenlemeleri kapsamaktadır.

2000 SONRASI DÖNEM

2000'li yıllar büyük ekonomik krizler ile başlamış, bu krizlerden bütün sektörler gibi tarım sektörü de olumsuz şekilde etkilenmiştir. 2000 yılından itibaren Türkiye'deki tarım politikalarının değişiminde; DTÖ, AB, IMF ve Dünya Bankasının yönlendirmeleri etkin rol oynamıştır. IMF, 2000'de başlatılan stand-by programıyla ekonomiye ve tarıma el koymuş ve Dünya Bankası aracılığıyla 2001 yılında tarımda yapısal dönüştürme programı uygulanmaya başlamıştır (Tarım Reformu Uygulama Projesi-ARIP). Bu proje kapsamında tarımda fiyat, girdi ve kredi destekleri kaldırılarak doğrudan gelir desteği (DGD) sistemine geçilmiş, bazı ürünlere kota uygulanırken, bazılarının ise üretim alanları daraltılmıştır. Projenin uygulamadaki etkileri, tarımda hızlı çözülme, kırdan kente göç, tarımdaki dağıtım, pazarlama ve araştırma-geliştirme etkinliklerinin yerli ve yabancı tekellere devredilmesi gibi ülke tarımı için yıkıcı sonuçlara yol açmıştır. Tarımsal nüfus erimeye başlamış, GSYH içindeki tarımsal oran giderek azalmıştır. 2001 krizi tarım sektöründe %8.1'lik daralma yaratmıştır. Göç edenler metropollerin kenar mahallelerinde varoşlar oluşturmuşlar ve ekonomiye bir katkı sağlamadıkları gibi büyük kentleri de, altyapı yetersizliği, asayiş, eğitim ve sağlık gibi her tür kamu hizmetlerinde yetersizlik yaratarak yaşanamaz hale getirmişlerdir. Bütün bu aksaklıkların yanı sıra, uygulamanın yararı da olmuştur. Ülkedeki tarım arazilerinin büyük bölümü kayıt altına alınmış ve çiftçi kayıt sistemi oluşturulmuştur (15,18,21). Daha sonra 2006-2010 yılları arasında uygulanmak üzere, kaynakların etkin kullanımı ilkesi çerçevesinde ekonomik, sosyal, çevresel ve uluslararası gelişmeler boyutunu bütün olarak ele alan örgütlü, rekabet gücü yüksek, sürdürülebilir bir tarım sektörünün oluşturulması temel amacıyla bir *"Tarım Strateji Belgesi"* yayınlanmıştır. Buna dayanarak da, uygulanacak tarım politikalarını sıralayan *"5488 sayılı Tarım Kanunu"* 2006' da çıkarılmıştır. Kanunda tarım politikalarının amaçları; tarımsal üretimin iç ve dış talebe uygun bir şekilde geliştirilmesi, doğal ve biyolojik kaynakların korunması ve geliştirilmesi, verimliliğin artırılması, gıda güvencesi ve güvenliğinin güçlendirilmesi, üretici örgütlerinin geliştirilmesi, tarımsal piyasaların güçlendirilmesi, kırsal kalkınmanın sağlanması suretiyle tarım sektöründeki refah düzeyini yükseltmek olarak yer almıştır. Ancak ondan da sapmalar, kısa bir uygulama dönemi sonrasında ortaya çıkmıştır. Bu düzenlemeler sonrası DGD ödemelerinden vazgeçilerek girdi destekleri, fark ödemesi hizmetleri, hayvancılık destek ödemeleri, kırsal kalkınma amaçlı destekler artmıştır. Tarım ürünleri üreten ülkelerdeki kuraklık, petrol fiyatlarındaki artışlar ve spekülatif saldırılar nedeniyle küresel bir krize dönüşen 2007/08 dünya gıda krizi, dünyadaki gıda stoklarının azalmasına ve gıda fiyatlarında bir anda %60-70 artışlara neden olmuştur. O dönemde, yaşanan gıda krizi yüzünden 30'dan fazla ülkede huzursuzluklar patlak vermiş, açlık sınırının altındaki insan sayısı tüm dünyada 1 milyarı geçmiştir. Türkiye tarım sektöründe de %7'lik küçülme yaşanmıştır (15-22). Gıda/Tarım konusunda en son çıkarılan yasa 2010'da yürürlüğe giren *"5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu"*dur. 2014 yılında Başbakanlık genelgesiyle kurulan *Gıda ve Tarımsal Ürün Piyasaları İzleme ve Değerlendirme Komitesi* 2016'da yeniden yapılandırılmış, Ekonomi, Gıda Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, Kalkınma ve Maliye ba-

kanlarının katılımıyla, gıda ve tarım ürünlerindeki kısa ve uzun dönemli arz-talep ve ihracat-ithalat değişimleri ile dağıtım zincirindeki gelişmelerin fiyatlara olası etkilerini izleme ve değerlendirme çalışmalarını sürdürerek politika önerilerinde bulunması hedeflenmiştir.

Sonuç olarak: 1980 sonrası süreçte küreselleşmeyle beraber uygulanan neoliberal politikalar ve devletin ekonomiden çekildiği serbest piyasa düzeni, çokuluslu şirketlerin etkinliklerini gün geçtikçe artırmalarına neden olmuştur. 2005 yılından itibaren dünyanın en büyük 10 tohum şirketi, dünyanın ticari tohum satışlarının %50'sinden fazlasını elinde tutmaktadır (22). Büyük tohum şirketleri üreticileri her yıl tohum almaya zorlamaktadırlar. Tekelleşme arttıkça geleneksel tohum çeşitleri kaybolmaktadır (23). 5 hububat ticareti şirketi 2000 yılından bu yana "Dünya Tahıl Pazarı"nın %75'ine hükmetmekte ve fiyatların belirlenmesinde başrol oynamaktadır. Kısacası günümüzde girdi sağlamadan üretime, işleme ve pazarlamaya kadar tüm süreç çokuluslu şirketler veya onların taşeronları tarafından kontrol edilmektedir. Süreç, yabancı sermayeli şirketlerin sözleşmeli üretim aracılığıyla tarım ve gıdayı doğrudan denetim altına alması yoluyla ivme kazanmaktadır. Uluslararası tekeller aynı zamanda kimyasal ilaç satmakta ve GDO'lu gıdalar üretmektedirler (22). Birçok Avrupa ülkesi mısır şurubu kotalarını neredeyse sıfırlanmışken, Türkiye'de şeker pancarı üretimi daha maliyetli gerekçesiyle azaltılıp giderek artan miktarda nişasta bazlı şeker ithal edilmektedir. Zeytincilik alanlarına yapılmak istenen düzenlemelerle zeytinyağı ihracatının giderek azalması gündemdedir. Yine palmiye yağı ithalatının çok büyük rakamlara ulaşması insan sağlığını etkileyecek sorunlar arasındadır. İthalat odaklı hayvancılık politikaları; yalnız ithalat lobileri ve bu amaca yönelik şirketlerle, Türkiye'yi pazar haline getirmek isteyen çokuluslu tekellere yarar sağlamış, ülkede besiciliğin sonunu getirmiştir (22). AB 2016 izleme raporunda canlı hayvan ithalatının daha da artırılması gerektiği belirtilmiştir (24). Tarımsal desteklerde arz, talep, üretim, maliyet, ihracat, ithalat, gibi temel kriterler dikkate alınmaması ve miktarın çok az olması da sorun yaratmıştır(22).

Bayaner (16) hazırladığı raporda özetle; Türkiye'nin son yirmi yılda tarım ve tarıma dayalı sanayide meydana gelen gelişmelerden, potansiyelini yeterince ortaya çıkaracak seviyede yararlanamadığı, tarımda yapısal dönüşüm gerçekleşemediği, tarım politikasının amaçlarının belirsiz, kullanılan araçların etkisiz, sürdürülmesinin olanaksız, verilmiş desteklerin yükü ve getirilerinin dağılımının eşitsiz olduğunu, çevre sorunlarının görmezlikten gelindiğini, bio-çeşitliliğin giderek kaybolduğunu ve yeni tarım politikası oluşturma sürecinde tıkanıklık olduğunu belirtmektedir.

Türkiye'de gıda üretimindeki gelişmeler:

Türkiye toprak, iklim ve bitki zenginliği bakımından önemli potansiyeli bulunan bir ülkedir. Ancak özel mülkiyete dayalı küçük aile işletmelerinin hakim olduğu bir tarımsal yapı mevcuttur. Tarım işletmelerinin parçalı ve küçük yapıda olması, tarımsal yatırımları ve buna bağlı olarak yeni teknolojilerin kullanımını kısıtlamakta, arazilerin verimli bir şekilde kullanılmasına engel teşkil etmekte ve verimliliği sınırlamaktadır. Mevcut hayvancılık işletmelerin çoğu ekonomik işletmecilikten uzak küçük aile işletmeciliği tarzındadır. Son 20 yılda uygulanan politikalar sonunda; tarımda birkaç ürün dışında anlamlı üretim artışları olmamış, hatta geriye gidişler yaşanmıştır. Üretim yetersizliği ithalat ile kapatılmaya çalışılmış, ancak bu seçenek sektörde bir rahatlama sağlamadığı gibi gıda fiyatlarındaki artışı da durduramamıştır (15-21, 25).

Dünya nüfusu geometrik olarak artarken hem Türkiye'de hem de dünyada gıda üretimi artık aritmetik olarak bile artmama tehdidindedir. Tablo 1'de görüleceği üzere Türkiye'de tarım yapılan alanlar giderek azalmıştır. 2003 yılından beri yabancılara toprak satışına, 2004 yılında mera arazilerinde maden ve petrol aramaya izin verilmiş ve 2005, 2007 ve 2008'de mera üzerinde kaçak yapılaşmalara af getirilmiştir (20). Ayrıca bütün akarsuların üzerine nehir tipi hidroelektrik santral yapımları, en verimli ovalara termik santral kurma çalışmaları, yaylalara, otlaklara ve tarım alanlarının çevresine rüzgâr enerji santralleri, düzlük alanlara güneş enerji santralleri kurulmasıyla doğaya yapılan saldırı iyice artmış, ekolojik denge bozulmuştur (25). Tarımla uğraşan nüfus giderek azalmıştır.1970 yılında kişi başına hayvan sayısı 2 iken 2010'da 0.5'e düşmüştür. Kırmızı et açığını gidermek için 1980'den beri sürekli damızlık hayvan ve karkas et ithal edilmektedir. Ancak meraların azalması nedeniyle ot bu-

	2002	2016
Toplam tarım alanı(bin hektar)	41 196	38 860
Ekilen alan(bin hektar)	26 579	23 763
Nadas(bin hektar)	5 040	4 050
Organik tarım yapılan alan (hektar)	89 827	523 778
Organik tarım ürünü üretimi (ton)	310 125	2 473 600
İyi tarım uygulamaları yapılan alan(dekar)	53 607**	4 741 075
İyi tarım uygulamaları üretimi(ton)	149 693**	5 027 892
Tarımda istihdam(%)	34.9	19.5
GSYH içinde tarımın payı(%)	10.3	6.2
Tarımsal ihracat (milyar dolar/ ihracat payı)***	3.1 / % 8.6	13.5 / % 9.5
Tarımsal ithalat (milyar dolar/ ithalat payı)***	1.1/2.0	6.4 /3.2

Tablo 1: Türkiye'de tarım ile ilgili bazı veriler*

** TÜİK verilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.*

*** 2007 verileri*

**** Canlı hayvan ve gıda ürünlerini kapsamaktadır (Standart uluslararası ticaret sınıflamasına göre)*

lunamaması sorun yaratmış, yem, saman ithalatı nedeniyle girdiler artmıştır.1970'lerden günümüze yaklaşık 40 yılda toplam hasıla 35 kat artarken tarımsal hasıla yalnızca 8 kat artmıştır.1920'li yıllarda tarımın GSYH içindeki payı %45 iken, 1960'lı yılların sonuna kadar bu oranda büyük bir değişme olmamış, %40 civarında kalmışken daha sonra hızlı bir biçimde düşme göstermiş, 1980'de %24,2, 1990'da %16,3, 2016'da ise % 6.2 düzeyine kadar gerilemiştir (8). Tarımsal hammadde dış ticaretinde net ithalatçı konumda olan Türkiye, gıda maddeleri dış ticaretinde ise net ihracatçıdır (16). 1960 yılında toplam ihracatımızın %80'ini sadece tarım ürünleri ihracatı oluştururken, bu oran 1970 yılında %75'e ve 1980 yılında da %57,5'e, 2000 yılında %6,5'e düşmüş, sonra tekrar artış eğilimi olmuştur. Ancak ithalat daha fazla artmaktadır. Gıda sektörü, yurt dışından ithal ettiği hammaddeyi işleyerek yine yurtdışına satmaktadır. Gıda üretiminde olumlu görülebilecek gelişme ise organik tarım ve iyi tarım uygulamaları yapılan alanların giderek artması, nadasa bırakılan alanların azalmasıdır (Tablo 1).

Üretilen besinler	2002	2016
Kırmızı et (ton)	420 541	1 173 042
Süt(ton)	8 408 568	18 489 161
Tavuk (ton)	696 187	1 879 018
Yumurta (bin adet)	11 555 000	18 097 605
Su ürünleri (ton)	627 847	672 241
Tarla bitkisi(Tahıl, kurubaklagil -ton)	17 935	15 573
Sebze(ton)	930	804
Meyve (ton)	2 674	3 329

Tablo 2: Türkiye'de gıda üretimi *

**TÜİK verilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.*

Bitkisel besin üretiminin büyük bölümünü tahıl ve kurubaklagilleri kapsayan tarla bitkileri oluşturmaktadır. Ülkemizde et, süt, yumurta, tavuk, su ürünleri ve meyve üretim miktarları giderek artmış, sebze ve tarla bitkisi olarak değerlendirilen tahıl ve kurubaklagil üretimi azalmıştır (Tablo 2).

Tarımsal ihracatın tarımsal ithalatı karşılama oranı yüksek olmakla birlikte, toplam dış ticaret rakamlarında bu oran %70 civarında kalmaktadır. Ayrıca TÜİK raporunda, 2015-16 döneminde Türkiye'nin kendine yeterli olduğu başlıca ürünler; tahıl (hepsi değil), meyve ve sebze grubu, yetersiz olduğu ürünler ise baklagil ve yağlık tohum grubu olarak belirtilmektedir (8). Hayvansal besinlerin yeterliliği konusunda bilgi verilmemekle birlikte dengeli beslenebilmek için özellikle et ve su ürünlerinin üretim miktarlarının kişi başına yetersiz olduğu hesapla ortaya çıkarılabilir. Daha önce belirtildiği gibi gerek gıdanın varlığı, gerekse erişebilirlik açısından GFSI 2016 yılı puanları da Türkiye'nin tam olarak kendi kendine yetmediğini göstermektedir. Ayrıca; tarım/gıda potansiyeli açısından Türkiye'nin kendine yeterliğin çok ötesine geçmesi gerekmektedir. Çünkü küresel gelişmelere bakıldığında; giderek artan biyodizel veya biyoetanol gibi biyoyakıt üretiminde girdi olarak; mısır, soya, şeker pancarı ve birçok yağlı tohumlu bitki türleri kullanılmaktadır. Özellikle petrol piyasasında ve emtiya fiyatlarındaki spekülatif artışlar, biyoyakıt üretimini kontrolsüz arttırmakta, bu da ülkelerin gıda güvencesini tehdit etmektedir. Dünya Bankası'na göre gıda fiyatlarının artmasının %66 oranındaki nedeni artan biyoyakıt kullanımıdır. IMF ise bu rakamı %71 olarak belirtmektedir. Ayrıca iklim değişiklikleri de gıda üretimine önemli etki yapacaktır, FAO, 2016 Dünya Gıda Günü temasını "İklim değişiyor. O halde gıda ve tarım da değişmeli" olarak belirlemiştir. Türkiye de iklim değişikliğinin olumsuz etkileyeceği riskli ülkeler arasında görülmektedir. Türkiye'nin karasal iç ve doğu bölgelerinin önemli bir bölümünü ve Güneydoğu Anadolu Bölgesini çölleşmeye eğilimli kurak araziler olarak değerlendirilmektedir. İklim değişikliği, büyük olasılıkla gıda güvenliğinin, gıdanın varlığı, erişim, tüketim ve sürdürülebilirliğinden oluşan dört boyutunu da etkileyecektir (26). Halen toplam tarım arazisinin yaklaşık % 80'inde kuru tarım yapılmakta olup, tarımsal üretim büyük oranda doğrudan yağışa bağlıdır.

İklim değişikliğinin yanı sıra bir diğer olumsuz gelişme de su kıtlığına doğru gidiştir. Türkiye'de son 20 yılda kişi başına düşen su miktarının 4.000 m3'den 1.519 m3'e düştüğü bildirilmektedir ki her şey aynı gitse bile nüfus artacağı için bu değerin 2030 yılında kıtlık düzeyi olan 1000 m3 civarında olması beklenmektedir. Halen tarım yapılan 24 milyon hektar alanın, mevcut su potansiyeli ile 8.5 milyon hektarının sulanabileceği, ancak 5.9 milyon hektarının sulanabildiği de belirtilmektedir (27).

Türkiye'de besin tüketimi ile ilgili eğilimler:

Dünya Sağlık Örgütü, toplumun beslenme ve sağlık durumunun saptanması amacıyla 5-10 yıl aralıklarla beslenme ve sağlık araştırmaları yapılmasını önermektedir. Türkiye'de beslenme ve sağlıkla ilgili ülke genelini yansıtacak veriler çok kısıtlıdır. Toplumun beslenme durumu ile ilgili tüm ülkeyi temsil eden en kapsamlı beslenme ve sağlık araştırması ilk kez 1974 yılında yapılmıştır (27). Bu araştırmanın planlanıp yürütülmesinde, Türkiye'de Beslenme Bilimi'nin kurucuları olan Prof. Dr. Orhan Köksal ve Prof. Dr. Ayşe Baysal'ın emeklerini saygıyla anıyoruz. Her iki hocamızın da halk sağlığına ve toplum beslenmesine çok önemli katkıları olmuştur. 1984 Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması ise Türkiye geneline gösterge ol¬mak kaydıyla 3 ilde (İzmir, Adana, Ankara) sağlık taraması yapılamadan gerçekleştiril-miştir(29). 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile üçüncü kez yapılan araştırmada beslenme durumu, antropometrik ölçümler, fiziksel aktivite düzeyi saptanmıştır. Son araştırmada tüm veriler

Besinler	1974	1984	2010
Ekmek	402	360	197
Diğer tahıllar	91	93	67
Kurubaklagiller	10	36	15
Kırmızı et	49	38	26
Kümes hayvanları	3	4	30
Balık	3	7	4
Yumurta	9	13	24
Süt-yoğurt	79	69	106
Peynir	24	23	44
Meyveler	222	173	188
Sebzeler	343	245	352
Sıvı yağlar	19	24	21
Katı yağlar	19	24	9
Şeker ve tatlılar	36	42	31

Tablo 3:Türkiye'de yıllara göre kişi başına temel gıda maddelerinin tüketimi (g/gün/kişi)

yaş gruplarına ve cinsiyete göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir(30). Bu üç araştırmada elde edilen verilere göre temel gıda maddelerinin kişi başına tüketim durumları Tablo 3'de görülmektedir.

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. 1974 araştırması verilerine göre, Türk halkı günlük enerjinin ortalama %44'ünü sadece ekmekten, %58'ini ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmakta idi (31).Yıllara göre besin tüketimi eğilimi incelendiğinde ekmek ve diğer tahılların, meyve ve katı yağ tüketiminin azaldığı; süt-yoğurt, peynir, kümes hayvanları eti ve yumurta tüketiminin ise arttığı görülmektedir. Kırmızı et ve balık tüketimi 1984 yılına göre azalmış, 1974 düzeyine yaklaşmıştır. 1984 yılında oldukça artan şeker tüketimi de 2010'da azalmış görünmektedir.

Yaş gruplarına ve cinsiyete göre tüketilmesi gereken besinlerin miktarı kuşkusuz değişiklik göstermektedir, ama genel olarak özellikle yumurta ve kümes hayvanı eti tüketiminin artmasıyla Türkiye'de hayvansal protein tüketim miktarının biraz arttığı, meyve-sebze miktarının önerilen 400 g/gün değerinin üstünde olduğu, süt –yoğurt ve özellikle balık tüketiminin ise yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. 19+ yaş grubundakilerin tükettikleri besinlerin sağladığı enerji ve besin öğeleri incelendiğinde; son araştırmada karbonhidrattan gelen enerjinin azalarak %52'ye düştüğü, proteinden gelen enerjinin %13 olup pek değişmediği, yağdan gelen enerjinin ise artarak %34'e çıktığı belirlenmiştir. Diyetin sağladığı posa, kolesterol, kalsiyum, iyot, magnezyum, folat ve D vitamini miktarları her iki cinsiyet için önerilen değerlerin altındadır. Bayanlar için ayrıca diğer tüm B grubu vitaminler, E vitamini, demir, çinko ve B12 vitamini tüketim miktarları düşüktür. Eklenmiş tuz hesaba katılmadan sadece besinlerin bileşiminden sağlanan sodyum 2 gramı geçmektedir. Bilindiği gibi özellikle D vitamini, demir, iyot, kalsiyum ve folat yetersizlikleri anne ve çocuk sağlığını çok olumsuz etkilemektedir. Artan obezite sıklığının nedenlerinden biri olarak gösterilen eklenmiş şekerden sağlanan enerji oranı da %12.9 olup DSÖ önerilerinin üstündedir (30). Ayrıca gıda tüketiminde sosyo-ekonomik faktörlerin de önemli rolü olduğu gözardı edilmemelidir, ortalama değerlerin altında kalması beklenen yoksul nüfus en iyimser rakamlarla bile 10 milyonu geçmektedir (8).

Türkiye'de gıda güvencesizliğinden kaynaklanan beslenme/sağlık sorunları

Yetersiz ve dengesiz beslenme anne karnından başlayarak tüm yaşam boyunca sağlığı olumsuz etkilemektedir. Özellikle döllenmeden itibaren ilk 1000 gündeki beslenmenin çok önemli olduğu, kısa sürede ortaya çıkan etkilerinin yanı sıra ileriki yaşlarda bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasına da zemin hazırladığı ve hatta epigenetik mekanizmalarla daha sonraki nesilleri bile etkileyebileceği bilimsel araştırmalarda ortaya konmuştur (32).

<5 yaş çocuklarda ölüm hızlarını etkileyen en önemli faktörün yetersiz-dengesiz beslenme olduğu bilinmektedir. Türkiye'de1960'lı yılların ortalarında sırası ile binde163 ve 223 olan bebek ölüm hızı ve <5 yaş ölüm hızı; 1980'li yılların başında binde 121 ve 152 düzeyine; 1990'lı yılların 66 ve 84 düzeyine gerilemiştir. 2000'li yıllarla birlikte bu oranlar hızla düşerek 2016 yılında binde 10 ve 12.2 olmuştur. Doğum kilosu belirtilen çocuklardan % 10'u DDA'lıdır. Bu oran ise yıllar içinde fazla değişmemiştir(8)

Anne sütüyle beslenme ilk günden başlayarak tüm yaşamı etkilemektedir. Ülke genelinde yürütülen programların olumlu etkileriyle TNSA-1993'de %4.3 gibi çok düşük olan tek başına 6 ay anne sütü alma oranı TNSA-2008'de %41.6'ya çıkmışsa da TNSA-2013'de %30.1 olarak bulunmuştur. Ortalama emzirme süresi de bu süreçte giderek artarak 11.9 aydan 16.7 aya ulaşmıştır. İlk yarım-1 saatte emzirmeye başlanması önemlidir, bu oran da aynı sürede %19.9'dan %49.9'a çıkmıştır (33-35). Emzirmenin yaygınlaştırılması konusunda uygulanacak politikaların daha etkin şekilde sürdürülmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Özellikle okul öncesi yaş grubu çocuklarda önemli bir sorun olan PEM sıklığı ile ilgili 1959 yılından beri araştırmalar yapılmaktadır, ancak ülkeyi temsil eden örneklemde yapılmış ilk çalışma olan 1974 Araştırması'nda 0-6 yaş grubu çocukların %20'sinin yaşa göre ağırlıkları standartın % 80'inin altında bulunmuştur (28). 1984 araştırmasında bu değerin %11.5'e düştüğü saptanmışsa da örneklemin Türkiye'yi temsil etmediği ileri sürülmektedir (29). TNSA verilerine göre (BKİ standartları kullanılmış) kronik bes-

lenme yetersizliğinin bir göstergesi olan yaşlarına göre kısa boylu (bodur) kabul edilen <5 yaş çocukların oranı 1993'de %18.9 iken 2013'de %11.5'e düşmüştür (33,35). Dikkati çeken diğer bir gelişme ise çocukların ağırlık değerlerinde artma eğilimi olmasıdır. TBSA 2010' da yaşa göre BKİ değerlendirmeleri 0-5 yaş çocukların %5.6'sının zayıf, %8.5'inin ise obez olduğunu göstermektedir (30).

Türkiye'de yetişkin bireylerde kronik enerji yetersizliğine bağlı zayıflık önemli bir sorun gibi durmamaktadır. 1974 yılında %5 olan düşük kilololuluk 2010 TBSA da %2, TÜİK 2016 verilerinde %4 olarak saptanmıştır (8,28,30). Buna karşın obezite tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artmaktadır. 1974 araştırmasında yetişkinlerin %32.5'i fazla kilolu, %16.6'sı obez bulunmuşken (boya göre ağırlık cetvellerine göre) son rakamlar toplumun %60'ından fazlasında sorun olduğunu göstermektedir. BKİ değerlendirmesine göre 1980 yılında erkeklerde sırasıyla % 36.4 ve %10.9 olan fazla kilololuluk ve obezite oranları 2016'da %44.9 ve %32.4'e, kadınlarda ise %29.8 ve %21.5 olan değerler %32.4 ve %35.0'a yükselmiştir (36). Obezitenin çocuklar ve adölesanlar için de önemli sorun olduğu, sıklığında artış nedeniyle kronik hastalıkların çocuklarda da görülmeye başlandığı belirtilmektedir.

Yapılan birçok araştırmada Türkiye'de aneminin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ortaya konmuştur. WHO'nun 1993-2005 yıllarındaki araştırmaların değerlendirildiği raporunda, Türkiye'de anemi sıklığı okul öncesi yaş grubunda %32.6, gebelerde %40.2, doğurgan kadınlarda ise %26.3 olarak belirtilmiştir. 2011 yılındaki WHO değerlendirme raporunda ise Türkiye'de anemi sıklığının çocuklarda % 30, gebelerde % 28, kadınlarda da %29 olduğu ifade edilmektedir. WHO 'a göre anemi sıklığının %20-39.9 olması "orta" düzeyde halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Önceki raporla karşılaştırıldığında, gebelerde anemi sıklığının azaldığı, diğer gruplarda önemli bir düzelme olmadığı belirlenmiştir (37).

Bir diğer sorun olan endemik guatr ile ilgili çalışmalar Atay ve Onat'ın 1948'de guatrın 3 ilde endemik olduğunu bildirmeleri ile başlamıştır. 1980 yılından başlayarak 8 yıl süren ve 73.757 kişide DSÖ' nün kriterlerine uyularak yapılan çalışmada guatr prevalansı %30.5 olarak belirlenmiştir (38). Bu çalışmadan hesaplama ile elde edilen okul çocuklarında prevalans %35.6 olup DSÖ sınıflamasına göre ağır iyot yetersizliği değeridir. Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ile UNICEF işbirliğinde 1994 yılında "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı", Kasım 2006 tarihinden itibaren de "Yeni doğanda Hipotiroidi Taraması Programı" başlatılmıştır. Tür¬kiye'de 1998 Temmuz ayından itibaren tüm sofralık tuzların iyotla zenginleştirilmesi, yönetmelik gereği zorunlu kılınmıştır. 1995 yılında programın başlangıcında iyotlu tuz tüketim oranı %18.2 iken 2003 TNSA'nda aynı oranın %69.6'ya, 2008 TNSA'nda da %85.3'e ulaştığı görülmüştür (33,34). Programların sonuçlarının izlenmesi için yapılan araştırmalarda okul çocuklarında ortalama idrar iyot konsantrasyonların giderek arttığı, 1997'de orta düzey yetersizlik, 2001'de hafif düzey yetersizlik, 2004'de de yeterli iyot alımı düzeyine ulaşıldığı; 1997'de %25 olan guvatr prevalansının 2004'de %1.3'e düştüğü belirlenmiştir (39). Bu olumlu gelişmelerle birlikte 2007 yılında yapılan çalışmada hala sorunun devam ettiği, incelen 30 ilden üçünde ağır, 11'inde orta, 6'sında hafif düzeyde iyot yetersizliği olduğu, guvatr prevalansının %27.8 olduğu saptanmıştır (40). Gebelerde yapılan çalışmalar da gebelerin önemli bir kısmının iyotlu tuz kullanımına rağmen yeterli iyot alamadığını göstermektedir (41), bu nedenle dünyadaki tüm iyot eksikliği bölgelerindeki gebelerde ve laktasyondaki kadınlarda önerildiği gibi, ülkemizde de, iyotlu tuza ek olarak gebelerin 100-200 µg/gün civarında bir iyot desteği alması gebenin kendisi, fetüsün gelişimi için yararlı olacağı bildirilmektedir.

Ülkemizin D vitamininin esas kaynağı olan güneş ışınlarının yılın pek çok ayında yeterli olduğu şanslı coğrafik konumda olmasına rağmen, bazı yanlış uygulamalar (bebeklerin güneşe çıkarılmaması, kapalı giyim tarzı, yüksek koruma faktörlü güneş kremleri, hava kirliliği vb) nedeniyle D vitamini eksikliği toplumda özellikle kadınlarda ve okul öncesi çocuklarda yaygındır. Son yıllarda annelerde D vitamini durumunu inceleyen araştırmalar 15-20 yılda ülkemizdeki sosyoekonomik değişimlere karşın annelerde D vitamini yetersizliğinin sıklık ve şiddetinde bir azalma olmadığını göstermektedir. Türkiye'de gebelerde ve doğurgan D vitamini eksikliği sıklığı çalışmalarda %46-80 arasında değişmektedir (42). Toplumu temsil eden örneklemde 20 yaş üzeri bireylerde yapılmış çalışmada da kadınların %78,7'sinde, erkeklerin %66,4'ünde D vitamini eksikliği olduğu saptanmıştır (43). Bebek ve çocuklarda D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm % 1.6-19 arasında değişmekte olup 2005'te SB AÇS-AP Genel Müdürlüğü yönetiminde tüm ülkeyi kapsayan 5 yıllık bir proje (D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi) başlatılmış ve olumlu etkileri gösterilmiştir (44).

Diğer vitamin ve minerallerin yeter¬sizlik düzeyini yansıtan veriler oldukça azdır ve ülkeyi temsil niteliği taşımamaktadır. Bunlar arasında folat yetersizliğine bağlı nöral tüp defekti (binde 3) olarak dikkati çekmektedir (45) ancak zaman içinde değişimi hakkında veri bulunamamıştır. Özellikle okul çağı çocuklarda diş çürükleri de önemli sorun olup flor eksikliği ile ilişkilendirilse de ülke geneline ait veriler yoktur.

Besin öğesi yetersizliklerinin yanı sıra dengesiz beslenmeye bağlı obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH- kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) hem görülme sıklığı hem de mortalite ve DALYs etkileri de giderek artmaktadır. 2013 Ulusal Hastalık Yükü çalışması sonuçlarına göre BOH, 2000 yılına göre %14 artmış olup artıştaki en önemli etkenler; tütün kullanımı (aktif ve pasif), yüksek beden kütle indeksi ve beslenmeyle ilgili riskler olarak bildirilmektedir (46).

TÜRKİYE'DE GIDA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ GELİŞMELER

Gıda güvenliği, gıdaların üretim, işleme, saklama, taşıma ve dağıtım aşamalarında gerekli kurallara uyularak hastalıklara neden olan biyolojik, kimyasal ve fiziksel etkenleri kontrol edecek önlemlerin alınması olarak tanımlanmaktadır. Temel amaç, gıdaların tarladan çatala (çiftlikten sofraya) sağlığa uygun olmasını ve besleyici özelliklerini korumasını sağlamaktır. Dünya genelinde gıda güvenliği anlayışı, son 20 yılda yaşanan krizler ve küreselleşmenin de etkisiyle büyük bir gelişim göstermiştir. İngiltere'de ortaya çıkan deli dana ve Uzakdoğu ülkelerindeki kuş gribi vakaları ve AB ülkelerinde Salmonella krizleri, at eti kullanımı vb. gelişim sürecini hızlandıran ve akıllarda kalan en önemli olaylardı. Bu olaylar o yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde gıda güvenliği politikalarının kamuoyu tarafından sorgulanmasına ve daha güvenli gıda üretimi için kamuoyu baskısının doğmasına neden olmuştur (47). Bugünlerde de AB üyesi 28 ülkeden 24'ünün de içinde bulunduğu toplam 40 ülkede Fipronil adlı haşere ilacının bulaşmasıyla zehirli hale gelen yumurtalar tespit edilmiş ve milyonlarca yumurtanın imha edildiği bildirilmiştir, hala ne yapılacağı konusunda toplantılar yapılmaktadır (48).

Bakteri, virüs, parazit veya kimyasal kalıntı içeren besinler, ishalden kansere 200'den fazla türde hastalığa yol açmaktadır. WHO 2015 verilerine göre, dünyada yılda 600 milyon kişi (1/10), kontamine olmuş besinler nedeniyle hastalanmakta, 420 bini ölmekte ve 33 milyon sağlıklı geçen yaşam yılı kaybı (DALYs) olmaktadır. Gıda kaynaklı hastalıkların %40'ı <5 yaş çocuklarda görülmekte ve 125 bin ölüme yol açmaktadır. Bu hastalıkların en yaygını ishalli hastalıklar olup her yıl 550 milyon kişiyi etkilemekte, 230 bin ölüme neden olmaktadır (49). Türkiye'nin nüfus ve yüzölçümü bakımından büyük bir ülke olması, aynı zamanda sıcak iklim kuşağında yer alması, özellikle küçük çaplı üretim yapan kayıt ve kontrol dışı gıda işletmelerinin sayısının fazlalığı, teknolojiye bağlı çevre kirliliği, küreselleşme sürecinde değişen tüketim alışkanlıkları (fast-food tüketimi), gıda kontrol hizmetlerinin yetersiz oluşu, toplumun ekonomik ve sosyal yapısındaki yetersizlik gıda güvenliğini etkileyen olumsuzluklar arasında yer almaktadır (50,51). Ülkemizde de, yaşanan bir geçiş döneminden sonra, modern gıda güvenliği politikalarını oluşturma yönünde önemli adımlar atılmıştır ve atılmaya devam edilmektedir (47).

Gıda güvenliğine yönelik yasal düzenlemeler

Türkiye'de Cumhuriyet döneminde gıda güvenliğine ilişkin ilk yasa 14.04.1930 tarihli resmi gazetede yayınlanan 1580 sayılı *"Belediye Kanunu"* dur. Bu yasanın 15. maddesi gıda üretim, depolama ve satış yerlerinin denetimini belediye sınırları içinde, belediye görevleri arasında saymıştır. Bu alanda ilk kapsamlı yasa ise Belediye Yasası'ndan kısa bir süre sonra, 1930 yılında çıkarılmış olan 1593 Sayılı *"Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"* olup yasanın 181-199. maddeleri gıdaya ilişkin değerlendirme, denetim ve yasakları içermektedir ve gıdaya ilişkin sorumluluk, belediye sınırları dışında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, belediye sınırları içinde belediyelere bırakılmıştır. Yasanın 184. maddesi ile tüketicilerin sağlığını az ya da çok bozacak gıda maddelerinin üretimi, depolanması ve satışı yasaklanmıştır. 188. maddesi ise gıda katkı maddeleri ve gıda boyalarının kullanımını Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın iznine bırakmıştır. Diğer maddeler ise denetim ve cezalarla ilgilidir.

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gereği, önce 1942 yılında *"Gıda Nizamnamesi"* daha sonra da 1952 yılında *"Gıda Maddeleri Tüzüğü"* (GMT) yürürlüğe konmuştur. 716 maddeden oluşan GMT' de bütün gıda maddelerinin ve toplum sağlığını ilgilendiren eşyaların hangi özelikte olması gerektiği, hangi durumlarda bozulmuş, taklit ya da tağşiş edilmiş sayılacağı ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı *"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"*da 15 üyesi bulunan, ülke çapında danışma organı olarak oluşturulan "gıda konseyi"nin oluşturulması gerekliliği ve sağlık ocağının gıda hijyenine yönelik görevleri yer almaktadır. Bu yasaya göre sağlık ocağının gıda hijyenine ilişkin görevi, gayrisıhhî müesseselerin (GSM) açılmasına izin verme ve işyeri denetimidir. Gıda hijyenine yönelik olarak ayrıca 1980 yılında *çıkarılan "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Gıda Kontrol Hizmetlerini Yürütme Talimatı"* ve 1995 yılında çıkarılan "GSM Yönetmeliği" bulunmaktadır.

Cumhuriyet döneminde gıda hizmetlerine yönelik en temel ve yapısal değişiklikler getiren düzenlemeleri içeren düzenleme ise 560 sayılı *"Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname"*(KHK) olup 28.6.1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kararname ile gıda hizmetlerindeki kargaşa kısmen önlenmiş, gıda üretimi yapan GSM'lerin ruhsatlandırma yetkisi ve tüm gıda denetim hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bırakılmıştı. Bu kararnameye dayanılarak Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde *"Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği"; "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Yönetmelik"; "İçilebilir Nitelikli Suların Üretimi, Ambalajlanması, Tüketimi ve Denetlenmesi Hakkında Yönetmelik"* gibi yönetmelikler çıkarılarak yürürlüğe konmuş ve her sağlık ocağı bölgesinde düzenli denetimlere başlanmıştır. Bu denetimler sırasında belediyelerle de gereksinim duyulan alanlarda işbirliği yapılmıştır.

Bu arada Avrupa Birliği (AB) 1997'de yayımladığı yeşil, 2000 yılında yayımladığı beyaz kitap/döküman ile gıda mevzuatı ve güvenliğine ilişkin yeni bir yol çizmiştir. Bu belge ile birlik, merkezi yapıda bir "Avrupa Gıda Otoritesi (EFSA)" benimsemiş ve gıda zincirinin tüm aşamalarında izleme, önerilerde bulunma, risk analizi yapma, anında müdahale, tüketicilerin gıda kontrolü aşamasına katılımı, tarladan sofraya her aşamada gıda güvenliği yaklaşımı, gıda katkı maddeleri kontrolünün geliştirilmesi ve etkin mevzuat hazırlanması hedeflenmiştir. Daha önce NASA

tarafından geliştirilen, Avrupa Birliği ülkelerinde de benimsenen ve kabaca, gıda üretiminde ham maddeden başlatıp tüketiciye ulaşana kadar geçen tüm süreç boyunca sağlığa yönelik olası tehlikelerin önceden saptanması ve kontrol altına alınmasına yönelik sistematik bir yaklaşım olan HACCP (Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizi) uygulamaları Türkiye'de 1997 itibari ile *Türk Gıda Kodeksi* ile gıda sanayinde gündeme getirilmiştir. Bundan sonra 1998'de yürürlüğe giren *"Gıdaların Üretimi Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Yönetmelik"*te HACCP prensiplerinin et, süt ve su ürünleri sektörü başta olmak üzere tüm sektörlerde uygulamaya geçilmesi için süreç başlatılmış ve et, süt ve su ürünleri için 2 yıl diğer sektörler için ise 3-6 yıllık bir zaman dilimi konulmuştur. Ancak 2002 yılında iki kez yönetmelik değişikliği yapılarak süreçle ilgili faaliyet alanına ve işletmelerin kapasitelerine göre uzatmalara gidilmiştir. Bu yönetmeliğin son halinde HACCP prensiplerinin uygulama takvimi 2002 yılından başlamak üzere yer almıştır.

560 sayılı KHK'nin yürürlüğe girmesi, gıda konusundaki çok başlılığı tam olarak gideremeyiş, yalnızca daha az sayıya düşürebilmiştir.1959 yılından beri AB'ne üye olmak için uğraşan Türkiye'de de AB ile uyum sağlamak ve gıda konusundaki çok başlılığı gidermek amacıyla 05.06.2004 tarihinde 5179 sayılı *"Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname'nin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun"* yürürlüğe konmuştur. Bu yasa ile AB'deki gibi tarladan sofraya gıda güvenliği anlayışı kabul edilmiştir. Bu çerçevede gıda güvenliğinde temel sorumluluk gıda işletmelerine verilerek gıda maddelerinin kimden alınıp kime satıldığının bilinmesini mümkün kılacak izlenebilirliği sağlamaları zorunlu kılınmış ve gıda alanındaki tüm denetim yetkisi Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'na verilmiştir. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediye Yasası ile de gıda maddeleri üretimi yapan GSM'lerin ruhsatlandırma yetkisi belediyelere bırakılmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı bu alandan dışlanmıştır. Bu Kanuna bağlı olarak 2005 yılında çıkarılan *"Gıda ve Gıda İle Temasta Bulunan Madde ve Malzemelerin Piyasa Gözetimi, Kontrolü ve Denetimi İle İşyeri Sorumluluklarına Dair Yönetmelik"* ile Türkiye'de işletmelerde HACCP prensiplerinin uygulanması ile ilgili olarak yeni düzenlemelere gidilmiş ve yasal olarak HACCP sisteminin mevzuatımızda ilk kez adı geçmiştir. Gıdalar için işletmecilere yönelik, HACCP sisteminin ön koşulları olan İyi Tarım Uygulamaları(GAP), İyi Veteriner Uygulamaları(GVP), İyi Üretim Uygulamaları(GMP, İyi Hijyen Uygulamaları(GHP), İyi Süreç Uygulamaları(GPP), İyi Dağıtım Uygulamaları(GDP), İyi Ticaret Uygulamaları(GTP) Rehberleri yayınlanmış ve yayınlanmaya devam etmektedir. Bu arada 2004 yılında çıkarılan *"Organik Tarım Kanunu"* ile Türkiye'de giderek artan miktarda organik ürün üretilmeye başlamıştır. 2006 yılında çıkarılan *"Tohumculuk Kanunu"* ile önce tohum ıslahı yapan şirketlerin hakları düzenlenmiş, sonra devlet eliyle yabancı şirketlere pazar yaratılmasının önü açılmıştır.

Ancak, AB 2006 yılı ilerleme raporunda ülkemizdeki gıda mevzuatının AB mevzuatı ile uyumsuz olduğu açıkça belirtilmiştir. Raporda yetki karmaşası ve tutarsızlıklar olduğu, tüm kontrol yetkilerinin merkezi otorite ve buna bağlı yerel otoriteler tarafından gerçekleştirilmediği, Bakanlığın bu yönde yeniden yapılandırılması gerektiği eleştirileri yer almıştır. Bunun üzerine yapılan görüşmeler sonucunda yeni bir yasa hazırlanmış ve 13.06.2010 Tarih ve 27610 sayılı Resmi Gazetede *"5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu"* olarak yayımlanmıştır. Bu yasa, gıda ve yeme ilişkin ürünlerin üretim aşamasından tüketiciye sunulmasına kadar geçen tüm süreci, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın (Tarım ve Köy İşleri Bakanlığının adı 2011 yılında bu şekilde değiştirilmiştir) kontrolüne vermiştir. 5996 Sayılı Kanunla gıda güvenliği ile ilgili hizmetlerin büyük bir kısmı Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bünyesinde toplanmakla birlikte Sağlık Bakanlığı sular ve özel tıbbi amaçlı diyet gıdalarla ilgili hizmetlerden, Dış Ticaret Müsteşarlığı TSE standartlarının dış ticarette uygulanmasından, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu alkollü içki ticaretinin düzenlenmesinden, Şeker Kurumu da şeker kotalarının tahsisinden sorumlu kuruluşlardır. Günümüzde Tarım Bakanlığı bünyesinde "Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü" gıda güvenliği ile ilgili faaliyetleri yürütmektedir.

Tüm dünyada tartışma konusu olan GDO'lu ürünlerin gıda olarak Türkiye'de kullanımına izin verilmemiş ancak yem olarak girişinin kontrol altına alınması amacıyla 2010 yılında *"Biyogüvenlik Kanunu"* çıkarılmış, günümüze kadar GDO'lu 10 soya, 26 mısır onay almıştır. Bu yemlerle beslenen hayvanların eti, sütü, yumurtası tüketildiğinden dolaylı da olsa GDO sofralara girmiş durumdadır.

Gıda ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemelerin tekniğine uygun ve hijyenik şekilde üretilmesi, hazırlanması, işlenmesi, depolanması, nakledilmesi ve piyasaya arz edilmesi aşamalarında taşıması gereken özelliklerin belirlemesini *amaçlayan "Türk Gıda Kodeksi"*de yeniden düzenlenerek 2011'de yayınlanmıştır. Kodeks kapsamında çok sayıda yönetmelik hazırlanmıştır. Gıda güvenliği sisteminde tüketiciye de önemli rolün düştüğü fikri ile 2009 *yılında "Alo 174 Gıda Hattı"* kurulmuş ve *"alo174@tarim.gov.tr"*internet erişimi açılmıştır. Yapılan denetim ve kontrollerde rastlanan olumsuzluklar, şeffaflık ilkesi gereği mevzuatın belirlediği çerçevede kamuoyuna duyurulmaya başlanmıştır. Ocak 2012 tarihinden itibaren internet üzerinden uygulamasına başlanarak Gıda Güvenliği Bilgi Sistemi (GGBS) oluşturulmuştur. Bu sistem ile gıda firma, işletme, denetim, analiz sonuçları, ihracat, ithalat ve hızlı alarm sistemi bilgileri(RASFF) kayıtları tutulmaktadır.

Gıda güvenliğine ilişkin olarak temelde rekabet ve rekabetin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla "Kalite kontrol ve yönetim sistemleri" oluşturulmuştur. Bu sistemlerin başlıcaları Uluslararası Standardizasyon Örgütü tarafından oluşturulan *"ISO 9000 Kalite Standartları"* ve 1960 yılında kurulan ve doğrudan Başbakanlık'a bağlı

olan Türk Standartları Enstitüsü'nün (TSE) oluşturduğu standartlardır. TSE gıda güvenliği ile ilgili olarak 2003 yılında HACCP sistemine dayalı TS 13001 standartını geliştirmiş, daha sonra bu standart 2006 yılında *TS EN ISO 22000 Gıda güvenliği yönetim sistemleri - Gıda zincirindeki tüm kuruluşlar için şartlar* şeklinde yeniden düzenlenmiş ve buna dayalı çok sayıda yönetmelik yayınlanmıştır. Türk Standartlar Enstitüsü 2011'de Helal Gıda sertifikasyonuna da başlamıştır.

Gıda güvenliği uygulamaları ile ilgili sorunlar

TÜİK verilerine göre 2016 yılı itibariyle 644.157 onay ve kayıt almış gıda işletmesi bulunmaktadır. 2016 yılına Tarım Bakanlığı 6 bin gıda denetçisi ile 893.964 denetim yapmış, 14.075 idari para cezası, 102 savcılığa sevk gerçekleştirmiştir. Bunun yanı sıra 1,5 milyona yakın büyükbaş, yarım milyona yakın küçükbaş hayvan ve ayrıca üç milyonu aşkın tarım işletmesi bulunmaktadır (52) ki tarladan sofraya gıda güvenliği sisteminin sürekli ve düzenli denetlenmesi bu personelle olanaksız görünmektedir. Ayrıca işletmelerin çoğunun orta-küçük ölçekli işletme olması da HACCP sisteminin uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Kayıt dışılık, merdiven altı üretim ciddi sorun olarak sürmektedir. Kaçak ürün girişi de engellenememekte, hem ülke döviz kaybı yaşamakta hem de gıda güvenliği sağlanamamaktadır. GFSI indeksine göre Türkiye'nin gıda kalite-güvenliği puanı 69.9 olup 113 ülke içinde 41. sıradadır, 2012'de 36. sırada idi. (9). Bu, diğer kategorilerdeki durumumuza göre daha iyi olmakla birlikte bu değerlendirmede risk analizi, denetim vb uygulamalar puanlandırılmamaktadır.

Yürütülen politikaların etkisini ölçmek için gıda kaynaklı hastalıkların prevalansında, gıdalardaki patojen mikroorganizma ve toksik kalıntı seviyelerindeki düşüşleri gösteren verilerin toplanması için farklı bakanlıklarla işbirliği içerisinde çalışabilecek bir kuruluşa ihtiyaç vardır (53). Gıda kaynaklı hastalıklara ait ulusal veri tabanı henüz yoktur.

Gıda kaynaklı tehditlerle mücadelede gıda güvenliği hedeflerinin belirlenmesi ve politikaların bu doğrultuda güncellenmesi gerekmektedir. Bunun için gerekli olan, her ülkenin kendi risk analizini yapmasıdır. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bu konu ile ilgili adımları atmış, Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü bünyesinde Risk Değerlendirme Daire Başkanlığını kurmuştur. Ancak, risk değerlendirmesi ve risk yönetimi birbirinden bağımsız olarak yürütülmesi gereken konulardır. AB uyum çerçevesinde EFSA gibi bağımsız bilimsel tavsiye sunan bir kuruluşun oluşturulması için gerekli çalışmalar sürmektedir. Risk analizinin son kademesi olan risklerin iletişimi ve izlenmesi içi de böyle bir gıda otoritesi olması önemlidir, gıda güvenliği konusunda medyadaki bilgi kirliliği tüketici güvenini sarsmaktadır.

Gıda denetim hizmetlerine ilişkin bir önemli husus da ülkemizden Avrupa Birliği ülkelerine ihraç edilen gıda ürünlerinin uygunsuzluğunun tespiti sonucu iade edilmesidir. Avrupa Birliği ülkelerinde yürürlükte olan gıda ve yem için hızlı alarm sistemi (RASFF), ülkemiz açısından da bağlayıcı hükümler içermektedir. Yeni gıda kanununda, hızlı alarm sistemine ilişkin hükümler bulunsa da bu konudaki sıkıntıların devam ettiği görülmektedir.

AB 2016 İlerleme Raporu'nda gıda güvenilirliği, veterinerlik ve bitki sağlığı politikası alanında hazırlıkların belli bir düzeyde olduğu ancak geçen yıl ilerleme kaydedilmediği ifade edilmiş (özellikle gıda işletmelerinin kayıt ve onayında HACCP sisteminin uygulanması, hayvanların kimliklendirilmesi, yem ve bitki sağlığı politikası ile ilgili özel kuralllar konusunda) ve Türkiye'nin hiç gecikmeden bir ulusal program ve izleme planı sunmak suretiyle, gıda işletmelerini AB standartlarını karşılayacak şekilde geliştirmesi gerektiği belirtilmiştir (24).

KAYNAKLAR

1. FAO.The State of Food and Agriculture, Roma: FAO 1996. http://www.fao.org/3/a-w1358e/w1358e14.htm#P36_6144
2. FAO. The importance of food quality and safety for developing countries, Committee on World Food Security. 25. session, Rome: FAO; 31 May-3 June 1999.
3. http://www1.wfp.org/zero-hunger
4. http://www.ifpri.org/topic/global-hunger-index
5. http://www.wri.org/sites/default/files/great_balancing_act.pdf
6. WB. http://documents.worldbank.org/curated/en/319241468335932047/Impacts-of-financial-food-and-fuel-crisis-on-the-urban-poor
7. http://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/en/
8. http://www.tuik.gov.tr/
9. http://foodsecurityindex.eiu.com/
10. Emiroğlu ZM, Tarım ve gıda üretimi, Tarım ve Mühendislik MMO Ziraat Mühendisleri Odası Yayım Organı. 2011-12, 98:32-34. http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/5f352e642cb16f6_ek.pdf?dergi=139
11. Erkun V, Atatürk döneminde tarım politikası. http://www.atam.gov.tr/dergi/sayi-42/ataturk-doneminde-tarim-politikasi
12. Ergen O, Türkiye'de tarım politikaları.

http://www.adtk.yildiz.edu.tr/makaleler/oergen_tarim.htm

13. http://www.sozcu.com.tr/2017/yazarlar/sinan-meydan/tarim-i-haneti-1881111/
14. Eşiyok BA. Kalkınma Sürecinde Tarım Sektörü: Gelişmeler, Sorunlar, Tespitler ve Tarımsal Politika Önerileri. Cilt II. Ankara: Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş, 2004.
15. Güresinli Nadan C. Avrupa Birliği ve Türkiye tarımsal destekleme politikaları ve yapısal politikalarının tarihi gelişiminin değerlendirilmesi. AB Uzmanlık Tezi, Ankara, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015.
16. Bayaner A. Türkiye Tarımı Beklentiler ve Gelişmeler. TEPGE Yayın No:224, 2013.
17. Yalçın S. http://www.sozcu.com.tr/2017/yazarlar/soner-yalcin/bogazimizdan-bagladilar-1885473/
18. Eştürk Ö, Ören MN. Türkiye'de tarım politikaları ve gıda güvencesi.

YYÜ Tar Bil Derg. 2014;24(2):193- 200.

19. Koçtürk O. Yeni Sömürgecilik Açısından Gıda Emperyalizmi. Yeniden Basım. Ankara: Özdoğan Matbaa Yayın Hed. Eşya San. Tic. Ltd. Şti., 2009. http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/0f255275dcc-6de3_ek.pdf
20. Ergin G, Türkiye'de tarım politikası ve gıda üretimi, Dünya Gıda Günü 2014 Sempozyumu "Aile Çiftçiliği: Dünyayı Besle, Yeryüzünü Önemse". Ankara: Özdoğan Matbaa Yayın Hed. Eşya San. Tic. Ltd. Şti.,2014:23-28.
21. Narin M, 1980'li yıllardan sonra tarım politikalarındaki değişiklikler. www.ekonomikyaklasim.org/eykongre2011/?download=37.pdf
22. Oral N. 2012 yılında tarım: üretim geriliyor, ithalat artıyor. http://bianet.org/system/uploads/1/files/attachments/000/000/889/original/2012_yilinda_tarim.pdf?1372689756
23. Özkaya, T. Tohumda tekelleşme ve etkileri. http://www.ekolojistler.org/tohumda-tekellesme-veetkileri-prof.-dr.-tayfun-ozkaya.html
24. Yıldırım AR, http://www.tarimdunyasi.net/2016/11/15/2016-ilerleme-raporunda-tarimgida-balikcilik/
25. Aksu A. Gıda Krizi Tarım Ekoloji ve Egemenlik. 1. Basım. İstanbul: Metis Yayıncılık Ltd., 2015.
26. Türkeş M. İklim değişikliğinin tarımsal gıda güvenliğine etkileri. Tarım ve Mühendislik. TMMO Ziraat Mühendisleri Odası Yayım Organı, 2016;113-115:6-11. http://www.zmo.org.tr/resimler/ekler/ced0312195864ad_ek.pdf?dergi=139
27. DSİ http://www.dsi.gov.tr/toprak-ve-su-kaynaklari
28. Köksal O. 1974-Türkiye'de Beslenme. Ankara:Aydın Matbaası, 1977.
29. Tönük BH, Güneyli U, Arıkan R, Kayim H, Bozkurt Ö. 1984-Gıda Tüketimi ve Beslenme. Tarım, Orman ve Köyişleri Bakanlığı/ Unicef, Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü. Ankara,1987.
30. SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, H.Ü. SBF Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara, 2014.
31. Pekcan G, Marcheish R (ESNA-FAO) (2001). FAO Nutrition Country Profiles-Turkey, 2001. www.fao.org/es/ESN/ncp/turmap.pdf
32. Langley-Evans SC. (2015), Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. J Hum Nutr Diet; 28 Suppl 1:1-14.
33. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-1993. Ankara, Türkiye, 1994.
34. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması- 2008. Ankara, Türkiye. 2009.
35. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara 2014.
36. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med. 2017, Jun12:10.1056/NEJMoa1614362.
37. WHO The global prevalance of anaemia in 2011. Geneva, World Health Organization 2015.
38. Urgancıoğlu I, Hatemi H. Türkiye'de Endemik Guatr. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp ABD Yayın No.14. İstanbul: Emek Matbaacılık, 1989.
39. Erdoğan MF, Demir O, Emral R, Kamel AN, Erdoğan G. More than a decade of iodine prophylaxis is needed to eradicate goiter among school age children in a moderately iodine-deficient region.Thyroid. 2009,19(3):265-8.
40. Erdoğan MF, Ağbaht K, Altunsu T, et al. Current iodine status in Turkey. J Endocrinol Invest. 2009, 32(7):617-22.
41. Kut A,Gursoy A, Senbayram S, Bayraktar N, Budakoğlu II, Akgün HS. Iodine intake is stil among pregnant women eight years after mandatory iodination of salt in Turkey. J Endocrinol Invest. 2010; 33(7):461-4.
42. Açıkgöz A, Günay T, Uçku R. Gebelikte D vitamini gereksinimi ve desteklenmesi. TAF Prev Med Bull. 2013;12(5):597-608.
43. Hekimsoy Z, Dinç G, Kafesçiler S, Onur E, Güvenç Y, Pala T, Güçlü F, Özmen B. Vitamin D status among adults in the Aegean region of Turkey. BMC Public Health. 2010; 10: 782.
44. Hatun Ş, Ozkan B, Bereket A. Vitamin D deficiency and prevention: Turkish experience. Acta Paediatrica. 2011; 100: 1195-1199.
45. Tunçbilek E, Boduroğlu K, Alikaşifoğlu M. Neural tube defects in Turkey: prevalence, distribution and risk factors. Turk J Pediatr 1999; 41: 299-305.
46. HÜ Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ulusal Hastalık Yükü Araştırması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf
47. Kilit G. Sorularla AB politikaları ve Türkiye gıda güvenliği politikası. İktisadi Kalkınma Vakfı, Yayın No 273, İstanbul: Dünya Yayıncılık A.Ş., 2014.
48. http://www.ahaber.com.tr/webtv/dunya/avrupada-yumurta-krizi
49. WHO. Food safety. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/
50. Giray H, Soysal A.Türkiye'de gıda güvenliği ve mevzuatı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(6): 485-490.
51. Türker S, Türkiye'de gıda güvenliği ve gıda mevzuatının gelişim süreci, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2011-2012;21:34-37
52. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, http://www.tarim.gov.tr/sgb/Belgeler/SagMenuVeriler/GKGM.pdf
53. Çalıcıoğlu M. http://www.gidateknolojisi.com.tr/haber/2012/10/gida-guvenliginde-dunyada-ve-turkiyede-kabuk-degisimi

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Prof.Dr. Pınar Erbay Dündar

Giriş:

Sağlık sorunları içinde önemli bir paya sahip olan ruh sağlığı sorunları **DALY (Hastalık Yükü – Disability Adjusted Life Year)** ölçütüne dayalı irdelemelerde önemli ilk 10 sağlık sorunu içinde hep yukarılara tırmanma eğilimi göstermektedir. **DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)** ,2000 yılında DALY'e göre 4. sırada yer alan *Unipolar Majör Depresyonun,* 2020'de ikinci sırada yer alacağını öngörmektedir (1). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranın %11 olduğu belirlenmiştir (2). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda da benzer bulgular ortaya koyulmuş, ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımına göre %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı belirtilmiştir (3). Ruh sağlığı hizmetleri genel olarak hastane ve toplum temelli modeller olarak ikiye ayırabilir. Hastalıktan korunma ve tedavi sonrası iyilik halini sürdürmede yetersiz kaldığı ve insan hakları ihlallerine sebep olabildiği için gelişmiş ülkelerin tamamı 1960'lardan itibaren hastane temelli modeli terk etmeye başlamışlardır. Avrupa'da hastane temelli sistemden toplum temelli sisteme geçişte; 18. yy'a kadar psikiyatri hastalarının tedavi edilemeyeceği görüşüyle yerleşim yerlerinden uzakta inşa edilen 1500-2000 yataklı çok büyük akıl hastanelerinde toplanması, 19.yy'da zincirlenen hastaların tedavi hakkından yararlanamadan ölüme terk edilmemesi görüşü, 1950'lerde EKT ve psikotrop ilaç tedavisi ile ruh sağlığı alanında yaşanan hızlı dönüşüm önemli tarihsel kilometre taşlarıdır. 1960'lı yıllar toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin başladığı dönem olarak görülmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin geçmişten bugüne yolculuğu bu yazının konusudur.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri

1.Cumhuriyet Öncesi:

Türkiye'de ilk ruh ve sinir hastanesi, milattan önce beşinci yüzyılda, Bergama kentinin tepelerinde kurulan Eskulap tapınağıdır. Selçuklu ve Osmanlı zamanında yapılan darüşşifalar birer akıl hastanesi olarak kurulmamış, her türlü hastaya hizmet vermek üzere vakfedilmiştir. Akıl hastanesi anlamında kullanılan Bimârhâne, Bimaristan ve Tımarhane kelimeleri de aslında hasta evi/ yeri ve tedavi evi anlamlarına gelir. XIX.yy'da tıp ilerleyip, asepsi-antisepsi, anestezi, tıbbi ve cerrahi girişimler için daha uygun mekanlara ihtiyaç duyulduğunda darüşşifa yapıları ve çalışanları ihtiyacı karşılamaya uygun olmadığından akıl hastanelerine dönüştürülmüştür (4). Anadolu Selçuklu döneminde darüşşifalar, Osmanlı döneminde külliyeler içinde darüşşifalar, bimarhaneler, cami-medrese-hastane bağlantısı içinde yer almıştır. Daha sonra, değişik padişahlar ve sultanlar tarafından tımarhaneler kurulmuş olup bunların en tanınmışı Süleymaniye tımarhanesidir (5). Türkiye'de ruh hastalıklarının yönetiminde özellikle iki dönem, Birinci Meşrutiyet (1876) öncesi ile İkinci Meşrutiyet (1908) sonrası dikkate değerdir (6). Her iki dönemin odağındaki kurum ise Toptaşı Bimarhanesi'dir (Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi). İstanbul'da ruh hastaları, 1870'lere kadar Süleymaniye Bimarhanesi'nde 'zabt ve tedavi' edilirken, Üsküdar'da Toptaşı Bimarhanesi'ne nakledilmeleri zorunlu hale gelmiş; ardından 1876'da ilk *Bimarhaneler Nizamnamesi* yayımlanmıştır. İkinci Meşrutiyet'te en çok eleştirilen kurumların başında yine Toptaşı Bimarhanesi vardır. Bu dönemde, ruh hastalarının bakım ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi için sınırlı düzenlemeler yapılmış, yasalar ve kilit kadrolar değiştirilmiştir (7).

Artvinli ve Etker'in makalesinde belirtildiği üzere; Osmanlı Devletinde bimarhaneler ve 'mecanin' (mecnunlar) olarak nitelenen ruh hastaları hakkında ilk yasal düzenleme, Süleymaniye ve Toptaşı Bimarhanelerinin Başhekimi olan Dr. Luigi Mongeri (senior/père, 1815-1882) tarafından kaleme alınmış, devletin bimarhaneleri düzenleme çalışmalarını *Le régime des aliénés* (Mecanin Yönetimi) başlığı altında toplamıştır. Mongeri'nin hazırladığı tasarı yapılan bazı değişikliklerle 15 Mart 1876 tarihinde yürürlüğe konmuştur. Nizamname'nin hazırlanmasında temel gerekçe olarak, bu alanda bir yasal düzenleme bulunmaması nedeniyle yaşanan suistimaller ve şikayetler gösterilmektedir. *Bimarhaneler Nizamnamesi*, kurum olarak bimarhanelerin ruhsat, idari işleyiş ve sorumluluk, taşradan merkezlere sevkle ilgili kuralları, hastaların bimarhaneye giriş-çıkış, kayıt ve tedavi süreçlerini ayrıntılandıran, toplam 22 maddeden oluşmaktadır (8). 1876 *Bimarhaneler Nizamnamesi*'nin ardından, akıl

hastaları ve kurumlarıyla ilgili yeni ve daha kapsamlı bir metin hazırlama düşüncesi İkinci Meşrutiyet'in ilanıyla gündeme gelmesine rağmen, bu konuda somut bir adım atılması uzun bir zaman almıştır. 1913 yılında [Toptaşı] *Bimarhane Dahili Talimatnamesi* ve 1915 *Edirne Bimarhanesi Talimatnamesi ile* adı geçen kurumların işleyişiyle ilgili esas ve kuralları belirlenmiştir. Talimatname bir bütün olarak incelendiğinde, bimarhane içerisinde yeni bir düzenin, yalnızca idari açıdan değil, hastaların bakım ve tedavisi için de daha düzgün bir sistemin yerleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir (9).

Ayrıca 1913 tarihli Bimarhane ve Müşahadehane Talimatnamesi ile İkinci Meşrutiyet sonrasında, mesleki açıdan görece profesyonelleşmiş bir hekim grubu olarak 'akliye ve asabiye mütehassısları'nın (nöropsikiyatri uzmanları) akıl ve sinir hastalıklarını tedavi etmek amacı ve sistematik/hiyerarşik bir işbölümü içinde bir araya getirildiklerini göstermektedir. Öncesi ve sonrası göz önünde bulundurulduğunda, 1913 tarihli *Bimarhane Talimatnamesi*'nin bu alanda hazırlanmış en ayrıntılı düzenleme olduğu, personelin görev tanımları ve kurumsal ilişkilerini ayrıntılı bir biçimde açıklandığı ve bu alanda yapılacak düzenlemelere temel oluşturduğu belirtilmektedir. Akıl hastaları ve kurumları ile ilgili önemli bir kanun taslağı da 1917 tarihli *Mecanin ve Mecanin Müessesatı Hakkında Kanun Tasarısı'dır*. 1917-1919 yılları arasında tartışılan ve üzerinde resmi yazışmaları yapılan tasarı daha sonra gündeme gelmemiştir. Tasarı'nın gerekçe kısmında, akıl hastaları ve kurumlarıyla ilgili kapsamlı bir yasaya neden ihtiyaç duyulduğu ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Buna göre, akıl hastaları diğer hastalardan ve suç işleyen kişilerden farklıdır; ne hastanelerde, ne de hapishanelerde tutulmamaları gerekir. Medeni ülkelerde bu gibi hastalar 'Bimarhane' adı verilen özel kurumlarda, hem tıbbi ilkelere uygun şekilde tedavi edilerek hak ettikleri şekilde bakılmakta, hem de hastalıklarına çareler aranmaktadır. Osmanlı Devleti'nde ise, halihazırda Toptaşı Bimarhanesi ve Birinci Dünya Savaşı sırasında İstanbul'da el konulan, Fransızlara ait Şişli La Paix Hastanesi olmak üzere iki büyük bimarhane vardır; fakat, bu kurumlar hem ihtiyacı karşılayamamakta, hem de hukuki açıdan ruh hastalarına ilişkin boşluk, hizmette güçlükler yaratmaktadır. 1876 *Bimarhaneler Nizamnamesi*'ndeki hükümlere rağmen uygulamada akıl hastalarının kaderleri, bir anlamda bimarhane hekimlerinin vicdanına terk edilmiştir. Oysa, gerek cezai sorumluluk, gerekse medeni hukuk açısından 'cinnet' (delilik) önemli olduğu kadar, belirlenmesi güç bir durumdur. Toplum için, öncelikle cinnet halinin anlaşılır ve yasalarla belirlenmiş bir tanımı gereklidir.

Tasarı'nın gerekçesinde, bir kişinin bimarhaneye girmesinin önemli bir olay olduğu, kişinin geleceğini etkilediği özellikle vurgulanmıştır. Bimarhaneye giren ya da tedavi olup çıkan kişinin ya da çocuklarının evlenmesi, memuriyete girmesi hatta basit işlerde çalışmasının bile neredeyse imkansız olduğu belirtilmiştir. Bunun için ciddi ve geçerli tıbbi bir nedene dayanmaksızın, bir kişinin bimarhaneye konulması zorlaştırılmalıdır. Bimarhaneye kabulün sıkı kanuni şartlara tabi olması zorunludur. Toptaşı Bimarhanesi, Bakırköy'e taşındıktan sonra hazırlanan 1929 tarihli *Akliye ve Asabiye Hastaneleri Dahili Talimatnamesi* sağlık ve idari hizmet sınıfları, personel tanım ve görevleri açısından benzer düzenlemeleri içermektedir. Bunu izleyerek, İstanbul Şişli Lape (La Paix) Hastanesi için kısa bir talimatname yayımlanmıştır (8).

Türkiye'de ruh sağlığı ve ruh hastalıklarının yönetimi konusundaki tartışmaların İkinci Meşrutiyet sonrasında yoğunlaştığı görülmektedir (10). Bu dönemde akıl ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin dernek çatısı altında toplanması ve akıl/ruh sağlığı disiplinin düzenlenen toplantılarla kamuoyu ilişkisinin güçlendirilmesi gibi iki gelişmenin etkili olduğu düşünülmektedir: Birincisi, dönemin akliye ve asabiye hekimlerinin bir araya gelerek oluşturduğu *Tababet-i Akliye ve Asabiye Cemiyeti*'nin kuruluşu; diğeri ise, Birinci Dünya Savaşı sırasında İstanbul'da elkonulan Fransız Lape (La Paix) Hastanesi'nde Dr. Mazhar Osman (Uzman) öncülüğünde başlatılan ve 'Şişli Müsamereleri' olarak anılan nöropsikiyatri toplantılarıdır. Dönemin akliye ve asabiye hekimleri arasında gerçekleşen diğer bir tartışma ise, Lape Hastanesi'nin Bimarhaneye devri sürecinde ortaya çıkmıştır. Hastanenin İstanbul Belediyesine devrini, ve bir kısmını müşahedehane bir kısmını ise akliye ve asabiye hastanesi olarak yeniden düzenlenmesini koordine etmek üzere bir komisyon oluşturulmuştur. 30 Eylül 1915 tarihli komisyon kararlarına göre, Şişli Müessesesi'nin bir kısmı müşahedehane, diğer kısmı ise bimarhane olarak kullanılacak; Haseki Mecanin Müşahedehanesi, personel ve hastalarıyla birlikte müessesenin müşahedehane bölümüne devredilecektir. Toptaşı Bimarhanesi artık tedavi edilmesi mümkün olmayan ve ödeme gücü de bulunmayan yoksul ve çaresiz hastaların mekanı olacaktı. Lape'nin devir sürecinde, akıl hastaları arasında ilk defa olarak 'ödeme gücü olan/olmayan ve ücretli/ücretsiz' sınıfları oluşturulmuş; 'iyileşebilir ve iyileşemez' gibi kategorik nitelemeler yapılarak komisyon zabıtlarına geçirilmiştir. Belediyeye bağlı resmi bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesi olarak Şişli Müessesesi'nde fiili olarak bu ayrım, hasta kabul ve red uygulamalarına yansımıştır. 1915 tarihli Talimatname'de, ruh sağlığı ile ilişkili kurumlar üç gruba ayrılmıştır: doğrudan mecaninin tedavisine mahsus 'bimarhaneler', genel hastanelerin içinde yer alan ve ruh hastalarına ayrılmış olan koğuşlar ya da bölümler, ve bunların dışında yer alıp tedavilerinden ümit kesilmiş, iyileşmesi mümkün olmayan ruh hastalarını kabul eden hastaneler. 1917 yılında kaleme alınan Tasarıda ise, ruh sağlığı ile ilişkili kurumlar kabaca ikiye ayrılmıştır: birincisi mecanine mahsus olan resmi ve özel hastaneler, ikincisi ise resmi veya özel sağlık kuruluşlarında mecanine ayrılmış bölümlerdir. Özellikle tasarıda yer alan ve metnin farklı yerlerinde tekrarlanan 'resmi' ve 'hususi' kurum ayrımı dikkat çekicidir. Lape Hastanesi'nin devir süreci ve sonrasındaki gelişmeler bir ölçüde Türkiye'de psikiyatrinin gelişme eğilimlerini

belirleyici nitelikte olmuştur. Şişli Müessesesi olarak anılan yeni kuruma başhekim tayin edilen Mazhar Osman, burada asistanlarıyla bir ekip oluşturmuş ve daha sonra aynı kadro Mazhar Osman'ın 1920 yılında Toptaşı Bimarhanesi'ne başhekim tayin edilmesiyle birlikte buraya taşınmıştır. Şişli Müessesesi'nde görev yaptığı dönemde Mazhar Osman düzenlediği toplantılar ve çalışmalarıyla öne çıkarak, nöropsikiyatri alanında Türkiye'de mutlak söz sahibi olmuştur. Şişli Müsamereleri olarak adlandırılan toplantılara yalnızca hekimler değil, Abdülhak Hamit, Süleyman Nazif, Hüseyin Rahmi gibi edebiyatçılar da katılmıştır. Bu toplantılar psikiyatrinin diğer disiplinler ve kamuoyu ile ilişkisini güçlendirmiş ve popülerleşmesine katkıda bulunmuştur (8).

İkinci Meşrutiyet'in ilanından hemen sonra kurulan Bimarhaneler Komisyonu, Osmanlı Devleti sınırları içerisinde yer alan ve akıl hastalarının tutulduğu ve bakımlarının yapıldığı bimarhanelerin durumlarını tespit etmiştir. Toptaşı Bimarhanesi'nin dışında Edirne, Manisa ve Şam'da birer bimarhane bulunmaktadır. Edirne Bimarhanesinin 1866 yılında sadece akıl hastalarına hizmet vermeye başlamış Osmanlı- Rus Savaşı sırasında hastalar bir dönem Toptaşı Bimarhanesine taşınmış, Savaştan sonra onarılan Bimarhane 1915 yılına dek hizmet vermiştir (11) Manisa Bimarhanesi ise 1539 yılında Darüşşifa olarak,1916 yılından sonra sadece akıl hastalarına hizmet veren kurum olarak hizmet vermektedir (12).Ayrıca, İstanbul ve İzmir'de gayrimüslimlere ait bimarhaneler ve genel hastaneler içinde akliye ve asabiye servisleri vardır. Bunlar ruh sağlığına ilişkin yeni yasal düzenlemelere uymakla yükümlüdürler. Aynı yıllarda, Avrupa ülkelerindeki hastanelerde tedavi görmekte olan Osmanlı tebaasına mensup akıl hastalarının ülkelerine iadeleri gündeme gelmiş, benzer şekilde Türkiye'de bulunan yabancı uyruklu akıl hastalarının ülkelerine sevk süreçleriyle ilgili başka düzenlemeler yapılmıştır (13). Yeni kurulan Sıhhiye Nezareti'nce hazırlanan Tasarıda (Layiha'da) denetimler daha sıkı tutulmuş ve ayrıntılandırılmış, resmi görevli hekimlerin yetkileri genişletilmiş; Talimatname'den farklı olarak kurumlar ve yöneticileri için kanuni cezalar tarif edilmiştir. Yine Tasarı'da yerel yönetimlere ve savcılara yeni yükümlülükler getirilmiş, akıl hastaları için açılmış özel kurumların resmi ruhsat almaları gerekliliği kesinleştirilmiş ve en önemlisi, bu tarihten önce, akıl hastaları ve kurumlarıyla ilgili yayımlanmış tüm kanunlar, nizamnameler ve talimatnamelerin geçersiz olacağı belirtilmiştir. 19. yüzyıla kadar 'mecanin' (cin uğramış) olarak görülen insanlar, 20. yüzyıl başında akıl (mental) yetilerini yitirmiş hastalar olarak tanınmaya başlanmış, ruh sağlığı kavramının benimsenmesi ve yerleşmesi ancak Cumhuriyet döneminde gerçekleşebilmiştir (8).

2. Cumhuriyet dönemi:

2.1. 1923-1950 dönemi

1923'de, Cumhuriyetin ilanı ve İstanbul'un kurtarılmasından sonra, Mahzar Osman'ın önerisi ile, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Teşvik Rüştü Aras döneminde, Atatürk'ün başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulu, Bakırköy'deki Reşadiye Kışlası'nın İstanbul Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastalıkları Hastanesi) olmasına karar vermiş, 1927 yılında, Üsküdar Toptaşı Bimarhanesinde bulunan hastalar, Bakırköy Reşadiye Kışlasında yeni açılan hastaneye taşınmış, Mahzar Osman bu hastanenin ilk başhekimi olarak görev almıştır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Mahzar Osman Uzman ve öğrencileri ve daha sonra çalışma arkadaşları ile başlayan çalışmalar ülkemizde çağdaş psikiyatrinin kurulup yerleşmesinde büyük katkı sağlamıştır.

1950 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nın üç bin yataklı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden başka, Manisa'da yüzeli, Elazığ'da (1925 yılında açılmış) yüz yataklı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bulunmaktadır. Ayrıca, azınlık ve yabancı vakıflar tarafından yönetilen yatak sayısı, yüz ile ikiyüz arasında değişen, akıl hastalarını yatıran, Balıklı Rum, Yedikule Ermeni, Şişli Fransız La Paix Hastaneleri de sayılabilir. Ardından 1971 yılında Samsun ve 1984'de Adana'da Ruh ve Sinir Hastalıkları hastaneleri açılmıştır. Akıl ve sinir hastaları için genel tıpta kullanılan bütün ilaçlardan yararlanılmıştır. Türkiye'de ruh hastalıklarında, davranışın ruhsal çözümlenmesine, dinamiğine ilişkin ilk yayın, 1933 yılında, psikolog Mustafa Şekip Tunç'un Freud'dan yaptığı çeviridir. Ruhsal çözümleme, ruhsal dinamik kavramlarının ve ruhsal tedavinin Türkiye'ye girmesi, 1950'li yıllardan sonra, Avrupa'nın değil, Amerikan psikiyatrisinin etkisi ile olmuştur (5).

2.2. 1950 ve sonrası dönem

2.2.1. 1950-1980

1960'lı yıllardan itibaren koruyucu ruh sağlığı hizmetleri de ele alınarak İstanbul'un çeşitli semtlerinde toplam yedi tane ruh sağlığı dispanserleri açılmıştır.1963'te Ankara İl Özel İdaresince Yenişehir Ruh Sağlığı ve Araştırma dispanseri açılmıştır. Ulusal düzeyde ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılması ise ilk kez 1967 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü kuruluşu ile gerçekleşmiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığının 'Milli Ruh Sağlığı Plan ve Programı' konusunda hazırlıklar yapmak üzere 17 Haziran 1964'de bir toplantı düzenlediği belirtilmektedir (14). 1970'te Samsun'da açılan Ruh Hastalıkları Hastanesi'ni Ankara Gölbaşı, Gaziantep ve Adana'da açılan hastaneler takip etmiştir. Ruh sağlığı konusuna da ilk kez 1968-72 yıllarını kapsayan II. Beş Yıllık Kalkınma Planında yer verilmiştir (15). Akıl hastaları, Mongeri ile başlayan dönemde toplumdan soyutlanmaya başlanmış ve ülke koşulları göz önünde tutulduğunda uzun süre üvey evlat muamelesi görmüşlerdi. Her ne kadar 1950'lerde başlayan şehre dönüş akıl hastalarını toplumla iç içe bir konuma getirmiş gibi görünse de halk artık onları uzak durulması gereken tehlikeli kişiler olarak görmeye başlamıştı. Aynı tablo akıl

hastanelerinde de izlenebilmektedir (4).

Prof.Dr. Orhan Öztürk'e göre; 20.yüzyılın ikinci yarısında dünyada ve ülkemizde ruh sağlığı alanını etkileyen büyük gelişmeler; psikofarmakolojinin gelişmesi, büyük hastane psikiyatrisinin çöküşü, topluma dönük sosyal psikiyatrinin gelişmesi, yeni tanı ve sınıflandırma dizgelerinin gelişmesi, nörobilimlerde ve moleküler genetikte hızlı ilerlemeler, psikanalitik psikiyatrinin gerilemesi, bilişsel davranışsal psikoterapinin yükselişi ve etik ilkelerin belirlenmesidir.

1980'lerden önceki dönem bütün dünyada psikofarmakoloji çağının ve büyük akıl hastanelerinde köklü değişikliklerin başlaması ile belirlidir. Bu dönemin başlarında bütün dünyada sayıları çok fazla olan ve her biri binlerce hastaya bakım vermeye çalışan büyük akıl hastanelerinin artık hastaya yarardan çok zarar verdiği anlaşılmıştır. 1950'lerin ortalarından sonra antipsikotikilaçların da kullanılmaya başlaması ile artık bu dev hastanelerdeki hastaların toplum içinde sağaltımını yapmaya, bakımını vermeye çalışan görüşler ve uygulamalar giderek daha yaygınlaşmıştır. Bu dönem aynı zamanda dünya psikiyatrisini oldukça etkileyen Amerikan psikiyatrisinde psikanalitik kuramın eğitimde ve klinik uygulamada ağır bastığı bir dönemdir. 1980'ler ve sonrası ise, psikiyatride tanı ve sınıflandırma dizgelerindeki (DSM ve ICD) yenilikler, epidemiyoloji, psikofarmakoloji, nörobilimler, moleküler genetik ve bilişsel psikoloji alanlarında görülen hızlı gelişmeler ile psikiyatrinin daha bilimsel bir yapıya kavuşması dönemi olarak görülebilir.

1950 öncesi dönemde Türkiye'de ruh sağlığı alanını, büyük oranda Bakırköy, **İstanbul Ü**niversitesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi psikiyatri klinikleri yanı sıra Elazığ ve Manisa ruh hastalıkları hastaneleri etkin klinik hizmetlerini sürdürmüşlerdir. 1945'te Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniği ile 1950'lerden sonra kurulan Cerrahpaşa, Ege ve Hacettepe Tıp Fakülteleri psikiyatri kliniklerinin etkinlikleri giderek belirgin olmaya başlamıştı. 1965-1970 arasında Erzurum'da, Diyarbakır'da, 1970'lerden sonra Adana, Bursa, Antalya, Eskişehir, Trabzon, Kayseri, İzmir-Dokuz Eylül, Samsun, İstanbul-Marmara, Edirne'de kurulan üniversitelerin tıp fakültelerindeki psikiyatri bölümleri eğitim, araştırma ve klinik hizmetler bakımından ülke psikiyatrisine önemli katkıda bulunmaya başlamışlardır. 1970'li ve 1980'li yıllarda ülkenin en büyük hastanesi ve en çok uzman yetiştiren merkezi olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde, önce Dr. Faruk Bayülkem, sonra Dr. Yıldırım Aktuna'nın başhekimliği dönemlerinde çağdaş psikiyatri doğrultusunda hem klinik hizmetlerinde, hem eğitimde önemli değişiklikler başlatılmıştır. Bu merkezler 1950'den sonraki dönemde ruh sağlığı hekimliğine asistan eğitimi ve uzman yetiştirme, hasta bakımı ve sağaltımı, araştırma ve yayınlar, yan dalların oluşturulması, dernekleşme girişimleri, bilimsel toplantılar düzenleyerek katkı sağlamışlardır (16).

2.2.2. 1980 sonrası dönemi

1983 yılında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması çerçevesinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kurulmasıyla daha önce Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü olarak hizmet veren birim, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığına dönüştürülmüştür. Bir yıl sonra da İl Sağlık Müdürlüklerinde Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlükleri, taşra örgütlenmesi olarak kurulmuştur. Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, bu hizmetleri genel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi gibi ana hedefler belirlemiştir. 1987 yılında Ankara'da 'Ruh Sağlığı Programı Geliştirme' toplantısı düzenlenerek Bakanlıkça koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini geliştirme amaçlı ulusal ruh sağlığı programı oluşturulması kararlılığı ortaya konmuştur. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak ile entegrasyonu da bu toplantıda yazılan raporda yer almıştır (17). Ancak bu çalışmalar devam ettirilememiş 'Ulusal Ruh Sağlığı Programı' geliştirilememiş ama Nisan 1993'de toplanan 'Ulusal Ruh Sağlığı Koordinasyon Kurulu' çalışmalarına rehberlik etmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Profili çalışması, sağlık personeline koruyucu ruh sağlığı eğitimi verilmesi, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine ruh sağlığı sorunlarının entegre edilmesi 12-16 Nisan 1993 tarihinde düzenlenen II.Ulusal Sağlık Kongresi'nde ele alınan konulardır. Aynı/benzer hedefler 2001 yılında 'Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri'nde de yer almaktadır (14).

1980 sonrası Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı önderliğinde ulusal düzeyde ruh hastalıklarının dağılımını, yaygınlığını belirlemek üzere epidemiyolojik araştırmaların yapıldığı dönemdir. İlki hazırlık çalışması 1993'de başlayıp 1998 yılında verinin yayınlandığı 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili'dir. Türkiye nüfusunu temsil eden bir örneklemle yapılan bu ilk çalışma ile ruhsal rahatsızlık sıklığının toplumun yüzde 17.2'sinde görüldüğü belirlenmiştir. Yine bu çalışmanın önemli sonuçlarından birisi de ruhsal hastalığı olanların tedavi için başvuru oranlarındaki düşüklüktür. Son bir yıl içinde ruhsal rahatsızlığı olanlardan ancak yedide biri yardım için başvurmaktadır. İlk başvuru çoğunlukla pratisyen hekime değil, psikiyatri uzmanı veya başka uzmanlara yapılmaktadır (2). Hıfzıssıhha Mektebi'nin 2000 yılında yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda da benzer bulgular ortaya konmuş, ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı belirlenmiştir (3). 2013 yılında tekrarlanan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nda 2000 yılına göre bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunda dikkat çekici artış ve bu grupta 2000 yılında ilk 10 neden arasında görülmeyen depresyonun 8. sıraya, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, Alzheimer ve diğer demans hastalıklarının önem sırasının yükseldiği belirlenmiştir

(18).

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası 2006 yılında yayınlanmış, ülkede aile hekimliği sistemine geçildiğinde ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta yapılandırılacağı, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin öncelikle ele alınacağı, hastaların hizmete ulaşmadaki güçlüklerin giderileceği, ruh sağlığı yasasının hazırlanması, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hayata geçirilmesi gibi temel noktaların belirlendiği görülmektedir (19). 2011-2023 yılları için hazırlanan ikinci ulusal ruh sağlığı politika metninde de aynı hedefler yerlerini korumaktadır. Ruh sağlığında yataklı tedavi hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından, Sağlık Bakanlığına ait İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu illerinde toplam 8 adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH), ayrıca genel hastaneler içinde ve üniversite hastaneleri tarafından verildiği belirtilmekte, Türkiye'nin Avrupa Bölgesinde en az psikiyatri yatağına sahip ikinci ülke ve nüfusa göre en az psikiyatri uzmanına sahip ülke olduğu ifade edilmektedir. Planda insan gücünün yetersiz olması nedeniyle kısa erimde toplum temelli ruh sağlığı modeline tümüyle geçmeden önce, "toplum-hastane denge modelinin" uygulanacağı bildirilmiştir. Bu modelde genel hastaneler içinde psikiyatri klinikleri kurulmasına ağırlık verilecek ve eşzamanlı olarak toplum psikiyatrisi modelinin kurulup ağır psikiyatrik hastaların tedavi ve rehabilitasyonunun toplum içinde sağlandığı ve hafif ruhsal hastalıklar için hizmetlerin aile hekimliği sistemine entegre edildiği bir özgün yapılanma kurulacaktır. İngiltere'de uygulanan toplum-hastane denge modelinde psikiyatri hastaneleri 200 yatak veya altına düşürülerek korunmuş ayrıca toplum psikiyatrisi sistemi de kurulmuştur. Öngörülen sistemde 8 bölge RSHH'nin yatak sayılarının azaltılacağı ve psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacağı bir yapılanmadan söz edilmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya'da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması, hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi, tanımlanmış bölgeden sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir. Toplum temelli ruh sağlığı modeline geçme çalışmaları çerçevesinde, 2006 yılında Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi korumalı ev projesi başlatmış, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yürüttüğü Bahçelievler projesi ve gündüz hastanesi önemli adımlardır. Akdeniz, Ankara ve Kocaeli Üniversite'lerinde rehabilitasyon merkezleri ve gündüz hastaneleri açılmış olması ilerleme ve modelin bilinirliği açısından önemlidir. Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Mayıs 2008'de açılmıştır. Ülkemizde uygulamaya geçilmesi düşünülen toplum temelli modelde; ağır ruhsal bozukluğu olan (yetiyimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkların) hastaların açılacak olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından kayıt altına alınıp takip edilmesi, halen hastanelerde yatmakta olan ve ihtiyacı bulunan hastaların projenin sonraki aşamasında açılacak yarı-yol evleri ve korumalı evlerde kalmasının ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması hedeflenmektedir (20). 16/02/2011 tarihinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge yayınlanmış, Sağlık Bakanlığı 2015 yılına kadar Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sayısının 236'ya çıkarılmasının hedeflendiğini açıklamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığı hizmetlerinin büyük ruh sağlığı hastaneleri yerine, çok sayıda küçük hastanelerle, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanması, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegre edilmesi ve genel hastane içinde psikiyatri kliniklerinin hizmet vermesi biçiminde kurgulanmasını önermektedir. Ülkemizde hastalık yükü içinde ruh sağlığı sorunlarının şimdiki boyutu ile sosyoekonomik ve demografik yapıdaki değişimler ve var olan koruyucu ruh sağlığı hizmetlerindeki alt yapı, sağlık çalışanlarının sayı ve eğitimlerindeki koruyucu bakış açısı eksiklikleri ve tedaviye ulaşımda yaşanan sorunlar dikkate alındığında; önümüzdeki yıllarda ruh sağlığı sorunlarındaki artış beklenen bir durumdur. Sağlık Bakanlığı'nın en son Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023 ile ortaya koyduğu politik kararlılık ve tarihsel olarak Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin uzun geçmişi umut vericidir. Toplum ruh sağlığı hizmet modelinin kısa erimde finansman, altyapı, ruh sağlığı profesyonellerinin lisans ve lisansüstü eğitimlerinin yeni kurgulanan model ile uyumu ile bu modeli içselleştirmelerinin sağlanması ve planlanan yöneylem araştırmalarıyla hizmet sunumunun işlerliği değerlendirilmelidir. Ancak toplum ruh sağlığı modelinin Yönergede belirtildiği gibi ağırlıklı olarak psikotik bozukluklara odaklandığı unutulmamalıdır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamak sağlık örgütü tartışılmaz değerdedir. Sağlık Bakanlığı'nın önceki (224. Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun-Sağlık Ocakları) birinci basamağın ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonu deneyimleri ışığında, Sağlıkta Dönüşüm sonrası Aile Hekimliği sisteminin ruh sağlığı hizmetlerindeki yeri ele alınmalıdır. Aile hekimlerinin sadece farkındalığını arttırmak değil, eğitim gereksinimlerinin de karşılanması gerekir. Ancak bu noktada en önemli handikapın sağlık sorunlarına toplum yönelimli ve koruyucu yaklaşımdaki eksiklik olduğunu söylemek gerekir. Ulusal politikada sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, basamaklı hizmet, toplum yönelimi kavramları uluslar arası metinlerle uyumlu olsa bile birinci basamakta beklediğimiz/özlediğimiz ruh sağlığı hizmetlerini kurgularken; toplumdaki en temel risk grubu izlemlerindeki ve kronik hastalık yönetimindeki aksaklık/isteksizlik/ mesleki bilgi gereksinimi açısından Aile Hekimliği modeli için doğru yapmak gerekir.

Türkiye, bugün bir Ruh Sağlığı Yasası'na sahip olmayan az sayıdaki devletler arasında sayılmaktadır. 1990'lı yıllarda,

psikiyatrlar tarafından Ruh Sağlığı Yasası için iki taslak hazırlanmıştır. 2000'li yılların başından itibaren yeniden gündeme gelen Yasa için çeşitli kampanyalar düzenlenerek konunun önemine ve aciliyetine dikkat çekilmiştir. Son olarak, Sağlık Bakanlığı 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Metni'ni, 2011 yılında ise Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nı yayımlamış ve bu metinlerde ruh sağlığı ile ilgili yasaların çıkarılması bir hedef olarak konulmuştur. Osmanlı Devletinde, özellikle İkinci Meşrutiyet sonrasında, akıl hastaları ve akıl hastanelerinin yönetimine ilişkin çeşitli tartışmalar yapılmış, 28 Kasım 1929 tarihli *Akliye ve Asabiye Hastaneleri Dahili Talimatnamesi*'nden ileri gidemediği gibi, günümüze kadar geçen sürede de ruh sağlığı yasası konusunda bir düzenleme gerçekleştirilememiştir. Buna karşılık, Türkiye'de 1876'da yayımlanan Bimarhaneler Nizamnamesi'ne örnek olarak alınan 1838 tarihli Fransız Akıl Hastaları Kanunu'nun 150 yıldan daha uzun süre yürürlükte kaldığı ve bu ülkede ruh hastalarının bakım ve haklarının aynı yasa ile sağlanabildiği gözönüne alınırsa, kamunun akıl ve ruh hastalıklarıyla ilgili tutumunun yalnız bir yasa sorunu olmadığı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1- http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4 html

2- Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998

3- Ministry of Health of Turkey, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, Baskent University School of Public Health, National burden of disease and cost effectiveness Project, final report,Ankara, 2004

4- Sarı N, Akgün B.Türk Tarihinde Psikiyatriye Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 1.Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi.Mart 2008;62:1-24

5- Öztürk O, Kaya B: Türkiye'de Psikiyatrinin Örgütsel Belleği. İç: Köknel Ö,ed.1900-1950 Yılları Arasında Türkiye'de Psikiyatri. Ankara:-Tuna;2010:327-334

6- Koptagel-İlal G. Sosyo-politik devinimler karşısında psikiyatri. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları.1997;6: 47-62

7- Artvinli F. Toptaşı Bimarhanesi sertabibi Dr. Avram De Castro: bir biyo-bibliyografi. Osmanlı Bilimi Araştırmaları.2012;13: 85-97

8- Artvinli F, Etker Ş. Bimarhaneler ve Mecanin Yönetimi:İki Taslak ve Süregelen Tartışma. Osmanlı Bilimi Araştırmaları. 2013;12(2):1-40

9- Artvinli F. Delilik, Siyaset ve Toplum: Toptaşı Bimarhanesi (1873-1927), İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yay., 2013: 218

10- Koptagel-İlal G. Son 100 yılda Türkiye'de genel çizgileriyle psikiyatri ve psikosomatik hekimliğin gelişimi. Cerrahpaşa Tıp Fak. Derg.1981;12(3):355-372

11- http://www.milliyet.com.tr/5-asirlik-sultan-ii-bayezid-edirne-darussifasi-edirne-yerelhaber-782058/

12-(http://manisarsh.saglik.gov.tr/ContentViewer.php?id=411

13- Artvinli F. Gidenler ve dönenler: Osmanlı tebaasına mensup akıl hastalarının iade ve kabulleri, 5th Balkan Congress on the History of Medicine & Ethics of Medicine, Balkan Association for the History & Philosophy of Medicine, Istanbul, 11-15 October 2011, Bildiri Özetleri Kitabı, s. 565

14- Dağ İ. Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları Konusunda Yapılmış Sistematik Çalışmalar. 3P Dergisi 11(1)59-67, 2003

15- Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları: No:422. Ankara, 1973. S.173-174).

16- Öztürk O, Kaya B: Türkiye'de Psikiyatrinin Örgütsel Belleği. İç: Öztürk O. Ed. 20. yüzyılın İkinci Yarısı ve 21. Yüzyılın Başında Türkiye'de Psikiyatri.Ankara:Tuna;2010:344-346

17- T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Geliştirme Toplantı Raporu. Ankara 25-27 Haziran 1987

18- Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013

19- Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası 2006, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2006).

20- Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023

TÜTÜN KONTROLÜ

Prof. Dr. Nazmi Bilir

Tütünün kısa öyküsü

Çok eski yıllarda Güney Amerika'da Maya ve Aztek yerlilerinin kullandığı tütünün Christopher Columbus tarafından Avrupa'ya getirilmesinden sonra tütün Avrupa'da tanınmış, deniz ticaretinin gelişmesinden sonra da tütün kullanımı Avrupa'da ve dünyanın diğer bölgelerinde yaygınlaşmıştır. Tütün Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1600'lü yılların başlarında Cenevizliler (veya İngilizler) tarafından Türkiye'ye getirilmiş ve "bazı hastalıklara şifa namında" satılmıştır. Zamanla tütün kullanımı yaygınlaşmış, sigara içilen kahvehaneler oluşmuştur. Tütün kullanımı konusundaki ilk yasaklama Padişah I. Ahmet tarafından getirilmiştir. Sık sık sigara içilmesi sonucu ile esnafın işine engel olduğu düşüncesi ve çıkan yangınlar nedeni ile tütün kullanımı yasaklanmıştr. Bu dönemlerde Şeyh-ül islam Esat Efendi'nin yazdığı şiir tütün kullanımının zararları ve tütün yasakları bakımından dikkat çekicidir:

Daha sonra büyük bir yangında İstanbul'da binlerce binanın yanması ve yangının tütün içilmesi yüzünden çıktığı bilgisi nedeni ile Padişah IV. Murat bütün kahvehaneleri yıktırmış, sigara içilmesini yasaklamış ve yasağa uymayanlar en ağır şekilde cezalandırılmıştır. IV. Murat'tan bir süre sonra tahta geçen IV. Mehmet kendisi de tütün içtiği için yasakları kaldırmış, Balkanlarda tütün tarımını desteklemiş, türün üretimini kayıt altına almış, Avrupa'ya tütün ihracatını kontrol altına almak suretiyle önemli gelir sağlamıştır. Tütünün kağıda sarılarak içilmesi sigara üretiminin gündeme gelmesine yol açmış, önceleri elde veya basit düzeneklerle sigara sarılırken sigara sarma makinesinin geliştirilmesinden sonra sigara üretimi hızla artmıştır. Henüz toplumda sigara tüketiminin artmadığı o dönemde üretilen ve depolarda birikmeye başlayan sigaraların tüketilmesi için askerlere sigara dağıtılması gündeme gelmiş, I Dünya Savaşı yıllarında askerlere ücretsiz sigara dağıtımı başlamıştır.

> Her kim ki şürbeyler dühan
> Alur Cehennem'den nişan
> Tazir ile olur mühan
> Öz canına eyler ziyan
> Emrile men oldu dühan
> Lazımdır emre imtisal
> Tab'an kerihtir bigüman
> Terk et odur akle ikal

Türkiye'de tütün üretimi, Reji ve TEKEL dönemleri

Türkiye'deki tütün politikalarında TEKEL'in özel bir yeri vardır. Osmanlı döneminde tütün üretimi ve satışından önemli gelir sağlanıyordu. O dönemlerde tütün üretim ve ticaretini düzenlemek amacı ile İnhisarlar İdaresi kuruldu. Ancak o yıllarda savaşlarda alınan yenilgi ve tazminatlar sonucunda İnhisarlar İdaresinin tütün üretim ve satış yetkileri savaş borçları karşılığında Galata Bankerlerine devredildi. Daha sonra tütün konusunda başka vergiler de kondu, sonunda Fransızlar tarafından Reji idaresi kuruldu. Böylece ülkenin tütün ile ilgili üretim ve satış yetkileri ile bütün gelirleri Reji idaresine devredilmiş oldu. Reji dönemi tütün üreticileri açısından karanlık ve acılı bir dönemdir. Reji yönetimi tütün üreticisini baskı altına almış, Reji idaresinin kolluk kuvvetleri olan "kolcu"lar ile çiftçiler arasında şiddetli mücadeleler olmuştur. Sonuç olarak Reji yönetimi, kolcusu da çiftçisi de Anadolu insanı olan kişileri birbirine düşman hale getirmiş ve birbirine kırdırmıştır. Reji döneminde az miktarda üretim yapan 300 dolayında işletme kapanmış, sonuçta binlerce tütün çiftçisi işini kaybetmiş, yoksulluğa sürüklenmiştir.

Reji idaresinin tütün çiftçisine yönelik baskıcı davranışları toplumda büyük tepki görmüştür. Bu tepkiler üzerine 23 Nisan 1920 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) açılmasından sonra Reji şirketinin bütün hak ve yetkileri ile alacak ve borçları kamulaştırılmıştır. Kamulaştırmadan kısa süre sonra tütün üretimi, işlenmesi, sigara imali ve satılması gibi işlemlerin TBMM Hükümeti tarafından yapılması Kanun ile hükme bağlanmış, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından sonra da Reji şirketinin tütün tarımı ve sigara üretme hakkı tam olarak geri alınmıştır. Bununla birlikte zaman içinde dünyada büyük ve güçlü tütün şirketleri kurulmuş, bu şirketler birleşerek çok uluslu kuruluşlar haline gelmiştir. Bu kuruluşların Türkiye'nin tütününe ilgisi devam etmiş ve Türkiye'nin tütün pazarını elde etme düşünceleri değişmemiş ve bu yönde planlar yapılmıştır.

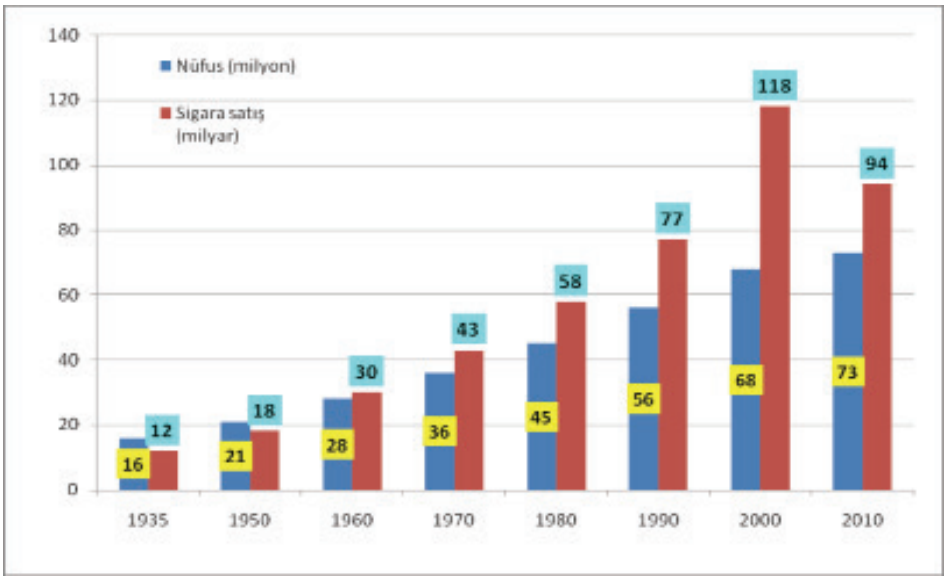
Yabancı sigaraların Türkiye'ye girmesi, TEKEL'in

[1] Bu yazı Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü (N. Bilir, 2017) adlı kitaptan özetlenerek hazırlanmıştır. Gereken yerlerde ekleme ve güncelleme yapılmıştır.

özelleştirilme süreci ve Tütün Kontrolü Kanunu

Türkiye'ye yabancı sigara ithali yasak olmakla birlikte 1970'li yılların başlarından itibaren yabancı sigaralar kaçak olarak yurda girmeye başlamıştır. Yabancı sigaraların kaçak yollarla ülkeye girmesinin bütçe açısından vergi kaybına yol açmakta olduğu, bu nedenle yabancı sigaraların ithali veya ülkede yabancı sigara üretimi yapılması konuları tartışılmaya başlamıştır. Yabancı sigara ithali yapılabilmesi için TEKEL'in tütün ve tütün ürünleri üretim ve satışında tek yetkili kuruluş olması niteliğinin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu husus ilk defa 1979 yılındaki Hükümet Programında **"yerli ve yabancı özel teşebbüse sigara üretimi ve dağıtımı izni verilmesi"** şeklinde yer almıştır. Bu arada hatalı politika ve uygulamalar sonucunda TEKEL "zarar eden bir kuruluş" haline gelmiş, devleti bu zarardan kurtarmak bakımından TEKEL'in özelleştirilmesi konusu gündeme gelmiştir. İlk kez 1984 yılında yabancı sigaraların TEKEL tarafından Türkiye'ye ithaline izin veren bir Kanun yürürlüğe girmiş, hemen arkasından da TEKEL tarafından ülkenin bazı bölgelerinde Amerikan türü tütün üretilmeye başlanmıştır. Birkaç yıl sonra da yabancı tütün şirketlerine Türkiye içinde sigara üretimi yapan fabrika kurma ve sigara üretimi yapma yetkisi veren düzenleme yapılmıştır. Yabancı sigaraların ülkeye girmesini takiben televizyonlarda, yazılı basında ve cadde ve sokaklardaki panolarda (bilboard) sigara reklamları yapılmaya başlamıştır. Bu arada 1991 yılında "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" TBMM'de kabul edilmiş, ancak Cumhurbaşkanı tarafından yeniden görüşülmek üzere Meclise geri gönderilmiştir.

Yabancı sigaraların ülkeye girmesi ve yoğun reklam ve tanıtım kampanyaları sonucunda ülkede sigara kullanımı hızlı artış sürecine girmiştir. 1960'lı yıllara kadar olan dönemde nüfus artışı ile benzer hızda, hatta kimi zaman nüfus artışından daha az düzeyde artış gösteren sigara satış sayıları, reklamların başladığı 1980 yılından başlayarak nüfus artışından daha hızlı artış göstermiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Türkiye'de nüfus ve sigara satış sayıları, 1935-2010
Kaynak: TAPDK ve TÜİK kayıtları

Ülkede sigara tüketiminin hızla yaygınlaşması karşısında bu artışın durdurulması amacı ile harekete geçilmesi gereği belirmiş, bu amaçla tütün kontrolü konusunda yasal düzenleme için çalışmalar başlamıştır. İlk kez 1987 yılında ülkede tütün kontrolü alanında çalışmaları olan sınırlı sayıdaki uzman Sağlık Bakanlığı tarafından toplantıya davet edilmiş, sigara kullanımındaki artışın önlenmesi için neler yapılması gerektiği üzerinde görüşmeler yapılmıştır. Bu dönemde ülkede ilk kez 1988 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sigara kullanım prevalansını bulmak amacı ile araştırma yapılmış ve yetişkin yaş gruplarında sigara kullanım sıklığı %44 olarak bulunmuştur (erkeklerde %62, kadınlarda %24). Daha sonra 1992 yılında Ankara'da Sigara ve Sağlık konulu bir Sempozyum düzenlenmiştir. Bu Sempozyum ilk kez değişik tarafların bir araya geldiği ve tütün kontrolü konularının tartışıldığı bir toplantı olmuştur.

Bu Sempozyumdan bir süre sonra tütünle mücadele alanında çalışmalar yapma arzusunda olan kişi ve kurumları bir araya getirmek ve güçleri birleştirmek amacı ile 1995 yılında **Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)** oluşturulmuştur. Daha önce TBMM Genel Kurulunda kabul edilen, ancak Cumhurbaşkanı tarafından yeniden görüşülmesi için Meclise geri gönderilen tütün kontrolü yasa teklifi bir grup milletvekili tarafından yeniden düzenlenerek TBMM Başkanlığına sunulmuştur. SSUK, kuruluşundan itibaren TBMM gündemindeki yasa teklifinin yasalaşması amacı ile çalışmalara başlamış, TBMM Başkanı, siyasi partiler, çok sayıda milletvekili ziyaret edilmiş, gündemdeki yasa teklifinin yasalaşma sürecinin hızlandırılması isteği dile getirilmiştir. Bu kapsamda Cumhurbaşkanı da ziyaret edilmek suretiyle tütün kontrolü yasa teklifi konusunda desteği talep edilmiştir. Süreç içerisinde SSUK üyeleri Meclis'te Komisyon toplantılarına katılım yapılmak suretiyle yasalaşma sürecine katkı verilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda 7 Kasım 1996 günü tütün kontrolü yasa teklifi TBMM tarafından kabul edilmiş, **Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun** (No. 4207) 26 Kasım 1996 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun'un başlıca maddeleri şu şekildedir:

- Çok sayıda kapalı ortamda sigara ve tütün ürünleri kullanımı yasaklanmıştır
- Toplu taşıma araçlarında tütün ürünü kullanımı yasaklanmıştır
- Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmıştır
- 18 yaşından küçüklere tütün ürünleri satışı yasaklanmıştır
- Bütün televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile tütün ürünü kullanmanın zararları hakkında eğiti-

ci yayın yapma zorunluğu getirilmiştir

Ceza maddesinin uygulanmasındaki karışıklık nedeni ile (haksız) eleştirilere uğrayan bu Kanun Türkiye'de tütün kontrolünün dönüm noktasıdır. O güne kadar herhangi kısıtlama olmaksızın her zaman ve her yerde sigara içilebilirken Kanun ile çoğu yerde sigara içilmesine kısıtlama getirilmiş, özellikle toplu taşıma araçlarındaki yasak başarı ile uygulanmıştır. Ayrıca reklam yasakları ve televizyonlardaki yayınlar konusu da tam olarak uygulanmış, o güne kadar ülkede bulunmayan otomatik sigara satış makinelerinin ülkeye girişi engellenmiştir.

Tütün kontrolü kanununun yürürlüğe girmesi, özellikle tütün ürünlerinin reklamının yasaklanmasından rahatsız olan tütün endüstrisi yasanın uygulanmasını engellemek bakımından girişimlerde bulunmuştur. Öncelikle reklam yasağına ilişkin maddenin iptali istemi ile Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuş ancak Mahkeme bu itirazı red etmiştir. Daha sonra tütün endüstrisi Formula-1 yarışlarının Türkiye'de yapılması konusunda girişimde bulunmuş, yarışlar için İstanbul'da pist yapılmıştır. Ancak tütün endüstrisinin bu yarışların yapılmasından asıl amacı tütün ürünleri reklamını yapmaktır. Bu amaç için bir grup milletvekili tarafından reklam yasağı maddesinin yalnızca bu yarışlara özgü olmak üzere kaldırılması yönünde kanun teklifi hazırlanmış, ancak sivil toplumun şiddetli tepkisi ve uluslararası tepkiler üzerine milletvekilleri teklifi geri çekmişlerdir. Sonraki yıllarda birkaç yıl süresince Formula-1 yarışları yapılmışsa da, Kanun'da reklam yasağı olduğu için reklam yapılamamış, organizatör firma da Türkiye'de Formula-1 yarışlarını yapmaktan vazgeçmiştir.

Türkiye'de sigara tüketimindeki artışın sağlık üzerindeki yansımaları en fazla akciğer kanseri olmak üzere kalp krizi ve kronik akciğer hastalıkları sayılarındaki artış şeklinde görülmüştür. Sigara tüketiminin hızlı artışını izleyen yıllarda, özellikle de 1990'lı yıllardan itibaren ülkedeki akciğer kanseri sayılarında dikkat çeken artış olmuştur. Benzeri artış kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıklarında artış olarak da tespit edilmiştir. Sigara tüketim sayılarındaki artış 2000 yılına kadar devam etmiş, daha sonra artış durmuş, 2010 yılından sonra da azalma ve artma şeklinde kararsız bir seyir izlemeye başlamıştır.

Tütün kontrolü kanunu uygulamaya girdikten sonra kapalı yerlerde sigara içme yasağı konusundaki uygulamalar gelişmiş, tütün ürünleri reklamları ülkenin gündeminden çıkmış, zaman içinde toplumda kapalı yerlerde sigara içilmesinin yasaklanabileceği şeklinde bir sosyal algı yerleşmiştir. Bu ortamda Kanun'da değişiklik yapılması gündeme gelmiş, 1996 yılındaki kanun hazırlığı sırasında yasak kapsamına alınmamış olan ikram sektörü işletmeleri (restoran, pastane, kahvehane vs.) ile oteller de yeni düzenleme ile tütün ürünü içilmesinin yasak olduğu mekanlar olarak tanımlanmıştır. Ayrıca 1996 yılındaki kanunda bulunan reklam ve tanıtım yasağı maddesine sponsorluk yasağı eklenmiş, televizyon yayınlarının saatleri düzenlenmiş, ceza maddesinin uygulanması basitleştirilmiş, ceza vermeye yetkili kişi ve kuruluşlar belirlenmiştir. Kanun'da değişiklik yapılmasına yönelik bu teklifin yasalaşma süreci oldukça uzun sürmüş, 2005 yılında başlayan görüşmeler 2008 yılı Ocak ayında tamamlanmış ve 4207 Sayılı Kanun'da değişiklik yapan Kanun (No. 4857) 2008 yılının ilk kanunu olarak kabul edilmiştir. Bu şekilde Türkiye (2004 yılında İrlanda ve 2007 yılında İngiltere'den sonra) dünyanın "Tam Sigara Dumansız" (100% smoke-free) üçüncü ülkesi olmuştur.

Yasanın yenilenen şeklinde yapılan başlıca değişiklikler şu şekildedir:

- İkram sektörü işletmeleri dahil bütün kapalı yerler tam olarak sigara dumansız olmuştur,
- İllerde geniş katılımlı "İl Tütün Kontrol Kurulu, İTKK" oluşturulmuştur,
- İl Tütün Kontrol Kurulları ile eşgüdüm içinde çalışmak üzere "İl Denetim Ekipleri" oluşturulmuştur,
- 1996 yılından beri uygulanmakta olan ayda 90 dakika süreli televizyon yayınlarının gündüz saatlerinde (08.00 ile 22.00 arası) yayınlanması ve 30 dakikalık bölümün ise en çok izlenen saatlerde (prime-time; 17.00 ile 22.00 arası) yayınlanması sağlanmıştır,
- Kanun'un önceki şeklinde net olarak ifade edilmemiş olan ceza maddesi netleştirilmiş, sigara içme yasağını ihlal eden kişiye ve ihlale göz yuman işletme sahibine ayrı ayrı cezalar belirlenmiş ve uygulama şekli de tanımlanmıştır,
- Reklam yasağını ihlal eden endüstriye ve TV yayını yapmayan veya televizyonda sigara görüntüsü veren TV kanalına uygulanacak cezalar belirlenmiştir,
- 18 yaşından küçüklere sigara satışının yasak olmasının yanı sıra çocuklara sigara satan market sahibine 6 ile 12 ay arasında değişen hapis cezası getirilmiştir. Kanun'da bu maddelerin yanı sıra tütün ürünlerine benzer şekilde sakız, şeker, çikolata vb. şeylerin satılamayacağı, üzerinde sigara markaları olan veya sigara markasını hatırlatan resim vb. olan giysilerin satılamayacağı gibi çeşitli maddeler de vardır. Tütün kontrolü alanındaki kanun 2008 yılında yenilenen şekli ile yürürlüğe girdikten sonra zaman içinde ortaya çıkan gerekliliklere göre kanunda bazı değişiklikler yapılması gündeme gelmiştir. Bu değişikliklerin başlıcaları şu şekildedir:
- **İşletmelere ceza yazma ve uygulama yetkisinin mülki amirlere devredilmesi:** Kanuna göre işletmelere ceza yazılması denetim ekibi tarafından tanzim edilen tutanağın Belediye Meclisi tarafından onaylanması şeklinde çalışmaktaydı. Ancak yerel yönetim üyelerinin bölgedeki esnafa ceza yazması ile ilgili güçlüklerin yaşanması üzerine bu yetki belediyelerden alınarak mülki amirlere devredilmiştir.
- **İhbar yapılmaksızın ilk ihlalde ceza uygulaması:** 4207 sayılı Kanun kapalı alan yasakları ile ilgili ihlal durumunda önce işletme sahibinin uyarılması, ihlalin tekrarı durumunda ceza uygulamasını öngörmüştür. Ancak uzun zamandan beri uygulamada olan bu kuralın

işletme sahipleri tarafından öğrenilmiş olduğu düşüncesi ile Kanunda, ihlal durumunda uyarıya gerek olmadan doğrudan ceza uygulanması yönünde değişikik yapılmıştır.

- **Tütün ürünleri paketlerinin üzerine yazılı ve resimli "birleşik uyarıların" basılması ve uyarı boyutunun paketin iki yüzünde de %65 oranına yükseltilmesi:** Türkiye'de tütün ürünleri paketleri üzerine uyarı mesajı 1996 yılında çıkarılmış olan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No. 4207) uyarınca "Yasal uyarı: sağlığa zararlıdır" şeklinde basılmaya başlamıştır. Daha sonra 2005 yılından itibaren Avrupa Birliği (AB) tarafından geliştirilmiş olan 14 yazılı uyarı mesajlarının basılmasına başlanmıştır. Okuma bilmeyenlerin uyarı mesajlarını okuyup anlamaları mümkün olamayacağı için bir süre sonra Avrupa Birliği tarafından resimli mesajlar geliştirilmiş, 2010 yılından itibaren paketin bir yüzünde alanın %35'lik bölümünü kaplayacak şekilde yazılı, diğer yüzünde alanın %65'i büyüklüğünde resimli olmak üzere "birleşik uyarı" mesajları basılmaya başlamıştır. Yasada 2012 yılında yapılan değişiklikle paketin her iki yüzündeki mesajların büyüklüğünün de %65 oranına yükseltilmesi sağlanmıştır.
- **Özel araç şöförlerine sigara içme yasağı:** 4207 sayılı Kanun'a göre 1996 yılından itibaren toplu taşıma araçlarında tütün ürünlerinin tüketilmesini yasaklamış, özel araçlar kapsam dışında tutulmuştur. Yasada 2013 yılında yapılan değişiklik ile özel araçların sürücülerinin de sigara içmesi yasaklanmıştır.
- **Nargile ve elektronik sigaranın 4207 sayılı Kanun kapsamına alınması:** 4207 sayılı Kanunun adı "tütün ürünlerinin ..." şeklinde olduğu için, tütün içermeyen ürünler yasanın kapsamı dışında kalmıştır. Bu durumun önünde geçmek için 2013 yılında yasada "tütün içermeyen, ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara (bitkisel nargile ve elektronik sigara) tütün ürünü kabul edilir" şeklinde değişiklik yapılmış, tütün içermese dahi her türlü nargilenin ve elektronik sigaranın 4207 sayılı Kanun kapsamına alınması sağlanmıştır.
- **İhlalin tekrarı durumunda uygulanan cezanın artırılması ve işletmelere kapatma cezası uygulanması:** Kapalı alanda sigara içilmesinin yasak olması ile ilgili ihlal durumunda, 4207 sayılı Kanunda, bu fiilin bir yıl içinde tekrarı halinde uygulanan para cezasının bir kat, ikinci tekrarda iki kat artırılarak uygulanması, yıl içinde üçüncü tekrarda ise işletmeye 10 gün ile 1 ay arasında kapatma cezası uygulanması şeklinde değişiklik yapılmıştır.

Tütün kontrolünde uluslararası gelişmeler ve Türkiye'ye yansımaları

Dünyada tütün kontrolü ile ilgili ilk müdahale 1964 yılındaki Surgeon General raporu olmuştur. İngiliz epidemiyolog Sir Richard Doll ve arkadaşları tarafından yapılan vaka-kontrol ve arkasından da kohort çalışmasının raporlarının yayınlanmasından sonra 1964 yılındaki Surgeon General raporunda ilk kez "sigara kullanımının akciğer kanseri ile ilişkili olabileceği" ifadesi yer almıştır. Bu rapor dünyadaki tütün kontrolü ile ilgili hareketlerin başlangıcını oluşturmuştur. İzleyen yıllarda bazı Avrupa ülkeleri ile ABD ve Kanada'da tütün kontrolü ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1970 yılında ilk kez sigara içilmesinin kanser riski ile ilişkisine işaret etmiş, 1980 yılında da sigaranın sağlık ile bir arada olamayacağı anlamını vurgulamak üzere "Sigara ya da Sağlık, Sağlığı Seçin" (Smoking OR Health, Choose Health) ifadesini kullanmıştır.

Çeşitli ülkelerde tütün kontrolü konusunda yasal düzenlemeler yapılmakla birlikte konuya uluslararası düzeyde şekil vermek ve henüz yasal düzenlemeye sahip olmayan ülkelere de yardımcı olmak amacı ile DSÖ tarafından uzunca süren tartışmalar sonucunda "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, TKÇS" (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) hazırlanmış ve 2003 yılındaki DSÖ Genel Kurulu'nda üye ülkelerin oy birliği ile kabul edilmiştir. Çerçeve Sözleşmede tütün kontrolünün ana ilkeleri "Tütüne olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler" ve "Tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler" olmak üzere iki ana başlık halinde belirtilmiştir. TKÇS'nin yayınlanmasından sonra üye ülkeler Sözleşmede yer alan önlemler ile ilgili düzenlemeler yapmaya başlamışlardır. TKÇS'nin ardından, tütün kontrolü konusunda etkili olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış olan yaklaşımları içeren ve üye ülkelere yol gösterici bir rehber niteliğinde olan bir paket (MPOWER Package) yayınlanmıştır. Tütün kontrolünde etkili olan 5 temel uygulamanın yanı sıra bu uygulamalar sonunda sağlanan gelişmelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi de paketin altıncı ögesi olarak yer almaktadır. MPOWER sözcüğü bu 6 uygulamayı ifade eden cümlelerin ilk harflerinden oluşan bir simgedir:

Monitor tobacco use and preventive policies

Protect people from tobacco smoke

Offer help to quit tobacco use

Warn about the dangers of tobacco

Enforce bans on tobacco advertsing, promotion and sponsorship

Raise taxes on tobacco

MPOWER kitabının DSÖ tarafından yayınlandığı yıl Türkçe çevirisi de yapılmış ve geniş ölçüde dağıtılmıştır. MPOWER sözcüğünün tam bir Türkçe karşılığı olmamakla birlikte "güç, güçlü-kuvvetli" gibi anlamları olabileceği düşüncesinden hareketle, MPOWER paketi içinde yer alan ifadelere "KUVVET" karşılığı oluşacak şekilde Türkçe ifadeler bulunmuştur:

Sigara dumanı etkileniminden **K**oru

Sigara içenlere **U**ygun yardım öner

Tütün üzerindeki **V**ergiyi artır

Var olan mevzuatı güçlendir

Sigaranın zararları konusunda toplumu **E**ğit

Bu konudaki çalışmaları **T**akip et

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER paketinin yayınlanması bütün ülkelerde tütün kontrolü çalışmaları bakımından ivme yaratmıştır. Türkiye'de de Çerçeve Sözleşmenin yayınlanmasını izleyen dönemde bu alandaki gelişmeler hız kazanmıştır. Bu gelişmelerden birisi Ulusal Tütün Kontrolü Programı (UTKP) ve Eylem Planı hazırlanmış olması, diğeri de Sağlık Bakanlığı bünyesinde tütün kontrolü alanındaki çalışmaları planlamak ve uygulamaları izlemek üzere bir birim kurulmuş olmasıdır.

Tütün Kontrolü Eylem Planı çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde 2004 yılında hükümet ve sivil toplum kuruluşu temsilcilerinden oluşan 130 dolayında kişininin katıldığı bir toplantı ile başlamıştır. Toplantıda Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinde belirtilen 10 temel başlık ile uyumlu olacak şekilde 10 çalışma grubu belirlenmiş ve "amaç-hedef-stratejiler ve aktiviteler" ile sorumlu kuruluşlar ve izleme değerlendirme önerileri şeklinde Eylem Planı çalışmaları yapılmıştır. Bu ilk toplantıdan sonra daha küçük gruplarla yapılan toplantılar sonucunda Eylem Planı tamamlanmış ve 2008 yılında Başbakanlık Genelgesi ekinde yayınlanmıştır (Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı, 2008-2012). Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı daha sonra gelişen koşullar ışığında yenilenerek 2015-2018 yıllarını kapsayacak şekilde yeniden yayınlanmıştır.

Bu faaliyetlerin yerine getirilmesi ve Ulusal Tütün Kontol Komitesi ile diğer birimlerin arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanması, Bakanlık bünyesinde tütün kontrolü konusuna özel bir birimin kurulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2007 yılında "Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu şekilde, önceleri bir "alt birim" tarafından yürütülen tütün kontrolü çalışmaları daha üst düzeyde bir yapılanma olan Daire Başkanlığı düzeyine yükselmiştir.

Tütün kontrolü yasasının uygulanması, eğitim ve araştırma çalışmaları

Tütün kontrolü kanunu yayınlandıktan sonra, işletmelerin hazırlık yapması ve yeni duruma uyum sağlaması için ikram sektörü dışındaki işletmelere 4 ay ve ikram sektörü işletmelerine de 18 ay süre tanınmıştı. Ancak bu süre içinde ikram sektörü temsilcileri sürekli olarak bu kanunun uygulanmasının restoran, kahvehane gibi işletmelerde müşteri kaybına yol açacağı ve sektörde çok sayıda işyerinin iflasa sürükleneceği şeklinde gazete, dergi, televizyon gibi çeşitli medya organlarında yayınlar yapmaya başladılar. Aslında daha önce bu uygulamaları yapan ülke örneklerinde müşteri kaybı ve zarar etme söz konusu olmadığı gibi işletmelerde iç ortam hava kalitesi de iyileşmişti. Bu nedenle ikram sektörü sahipleri ve ilgili dernekleri ile çok sayıda toplantılar yapılmak suretiyle bilgilendirme yapıldı. Bu toplantılarda tütün kontrolünün bu işletmelerde çalışanların sağlığı açısından da önemli olduğu, müşterilerin de temiz havalı bir restoranda yemek yemeyi tercih edeceği konuları anlatılıyordu. Toplantıya katılanlar tartışma sonunda konunun önemini kavramış olarak ayrılıyordu.

Yasanın uygulanması bakımından il ve ilçe yöneticilerinin konu hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Bu çerçecede vali veya vali yardımcıları ile kaymakamlar ve belediye temsilcilerine yönelik, yasanın gerekliliği ve yasanın uygulanması ile ilgili yetki ve sorumluluklarla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'nın organize ettiği çok sayıda eğitimler yapılmıştır. Uygulama bakımından çok önemli bir grup olan denetim ekiplerinin de yasanın gerekliliği ve denetimin nasıl yapılacağı konularında eğitimleri yapılmıştır. Bütün eğitimler Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmekteydi, eğitimlere üniversite öğretim üyelerinden destek sağlanıyordu.

Tütün kontrolü kanunu ile ilgili olarak sektör temsilcilerinin, yönetici ve deneticilerin yanı sıra genel toplumun da eğitimi amacı ile çalışmalar yapıldı. Zaten Kanun televizyonlara bu konuda eğitici yayın yapma ödevi vermişti ve bu uygulama 1996 yılından itibaren yapılmaktaydı. Toplumun eğitimi amacı ile Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Medya İletişim Komisyonu bu amaçla çeşitli kamu spotları ve kısa filmler hazırladı. Dört aşama olarak planlanan bu filmlerde önce sigara ve tütün ürünü kullanmanın zararları ve dumansız hava sahası kavramının tanıtımı yapıldı. İkinci aşamada sigara dumanından pasif etkilenim konuları işlenmek suretiyle sigara içilmeyen ortamların önemi üzerinde durulmuştu. İlerleyen dönemlerdeki spotlarda sigara kullanımı nedeni ile kanser, kronik bronşit, damar hastalığı gibi sağlık sorunları olan gerçek hastaların konu ile ilgili pişmanlıklarını ifade ettikleri görüntler yer almıştı. Son aşamada da sigarayı bırakmış olan kişilerin nasıl bıraktıklarını kısaca anlattıkları ve sigaranın bırakılabilir olduğu mesajı veren filmler hazırlanmıştı. Bu filmler televizyonlarda bir süre yaynlandı, ayrıca filmlerle ilgili afişler sokaklardaki panolarda (billboard) sergilenmişti.

Bu eğitim etkinliklerinin yanı sıra sigara içmenin olumsuz sağlık, sosyal ve ekonomik etkileri ile sigara bırakma yöntemleri, bu konuda doktor desteği ve genel anlamda tütün kontrolü yasasının sağladığı olanaklar gibi konularda çok sayıda radyo ve televizyon programları yapılmış, bu programlarda doktorlar ve diğer mesleklerden çeşitli kişiler görüşlerini dile getirmişler, tavsiyelerde bulunmuşlardır.

Genel toplumun ve yasa uygulayıcılarının eğitiminden başka özellikle sigara bırakma tedavisi yapacak olan doktorların eğitildiği profesyonellere yönelik eğitimler de

yapıldı. Konu ile ilgili olarak 2011 yılında Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik yayınlandı. Bu şekilde hem profesyonellerin eğitimleri hem de tedavi merkezlerinin yapısı, donanımı ve işleyişi konularının standart hale gelmesi sağlanmış oldu.

Tütün kontrolü yasasının yürürlüğe girmesinden sonra yasa uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesi amacı ile çok sayıda araştırma da yapılmıştır. Araştırmalar başlıca üç konuya yönelik olarak yapılmıştır:

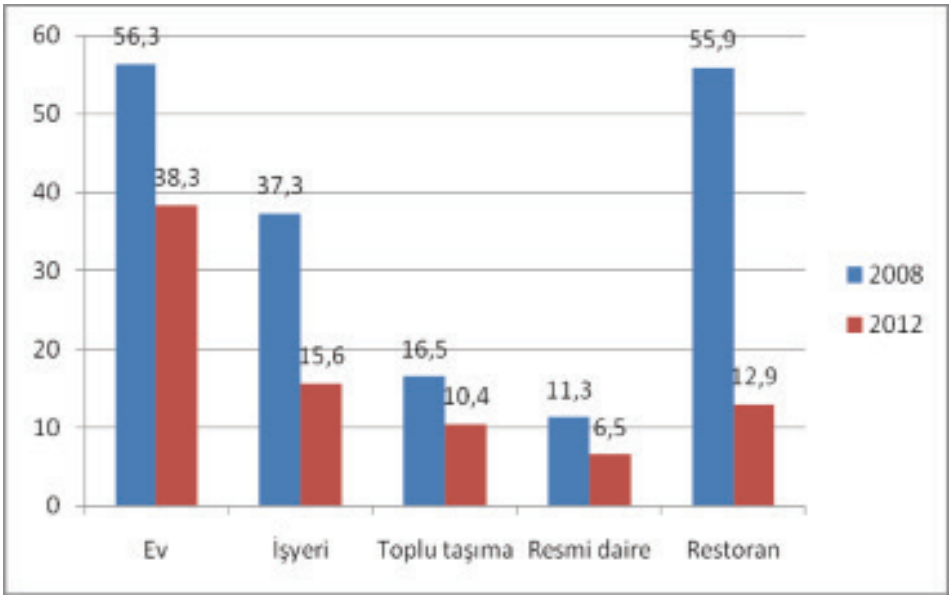
1) **İkram sektörü müşterilerinin ve bu işletmelerde çalışanların dumansız hava sahası uygulamaları konusundaki görüşleri hakkındaki araştırmalar:** Bu araştırmalarda hem müşterilerin dumansız hava sahası uygulamasından memnun oldukları ve bu uygulamayı destekledikleri, hem de ikram sektörü çalışanlarının yasanın uygulanmasından sonra bazı yakınmalarının azalmış olduğu saptanmıştır.
2) **İç ortam hava kalitesi ile ilgili objektif değerlendirmeler:** Bu grup araştırmalarda iç ortamda partikül (PM2,5) düzeyi ölçümleri yapılmak suretiyle iç ortam hava kalitesi objektif yöntemlerle değerlendirilmiştir. Bu tür değerlendirmeler hem restoran, pastane, kafe, bar ve gece klübü gibi işletmelerde hem de taksilerde yapılmıştır. Dumansız hava sahası politikasının uygulamaya girmesinden önce ve sonra yapılan ölçümlerde iç ortamdaki partikül düzeylerinde önemli azalmalar saptanmış olmakla birlikte uygulama sonrası partikül düzeylerinin halen izin verilen sınır değerlerin üzerinde olduğu görülmüştür.
3) **Tütün ürünleri kullanım sıklığı araştırmaları:** Tütün kontrolü çalışmalarının nihai hedefi tütün kullanım sıklığında azalma sağlanmasıdır. Bu konuda değerlendirme yapmak için DSÖ ve DCD (Centers for Disease Control and Prevention) kuruluşları tarafından organize edilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA; Global Adult Tobacco Survey, GATS) ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA; Global Youth Tobacco Survey, GYTS) yapılmıştır. Aralıklarla birkaç kez yapılan araştırmalarda KYTA sonuçlarına göre 2008 ile 2012 yılları arasında yetişkin nüfusta tütün ürünü kullanım sıklığında önemli azalma olduğu gözlenmiş, ancak 2016 yılında tekrarlanan KYTA sonuçlarında tütün kullanım sıklığında artma olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada çeşitli ortamlarda sigara dumanından pasif etkilenm sıklığında da önemli azalma olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2). KGTA sonuçları ise gençler arasında tütün ürünü kullanım sıklığının artmakta olduğunu göstermektedir.

Tütün ürünleri kullanım sıklığı araştırmaları sağlık çalışanları arasında da yapılmış ve 2007 ile 2011 yılları arasında sağlık çalışanlarında tütün ürünü kullanımının azalmış olduğu görülmüştür. Bu konu ile ilgili olarak tp fakültesi öğrencilerinin tütün ürünü kullanım sıklığı da incelenmiş, ancak bu çalışma bir kez yapıldığından tütün ürünü kullanım sıklığında değişme olma durumu değerlendirilememiştir.

ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı (Quitline) ve ALO 184 Sağlık Bakanlığı İhbar/Şikayet Hattı kurulması (Hotline)

Tütün kontrolü yasasının yürürlüğe girmesi, özellikle 2008 yılındaki değişiklik ile ikram sektörü işletmelerinde sigara içilmesinin yasaklanması, çeşitli eğitici çalışmalar vb. etkinlikler sonucunda sigara içenler arasında sigarayı bırakma düşüncesi gelişmeye başladı. Sigarayı bırakmak bir yönü ile kişilerin kendi kararları ve kendi iradeleri ile yapabilecekleri bir uygulamadır. Bununla birlikte bazı tiryakilerin sigarayı bırakmak için tıbbi desteğe gereksinimi olmaktadır. Bu kişilerin sigarayı bırakmalarına destek sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından Sigara Bırakma Merkezleri açılırken bir yandan da ücretsiz telefon hattı olarak Sigara Bırakma Danışma Hattı kurulmuştur. Ekim 2010 tarihinde faaliyete geçen bu hattın numarası da çeşitli araçlarla yaygın şekilde duyurulmuştur. ALO 171 SigaraBbırakma Danışma Hattı sürekli olarak 7 gün 24 saat kesintisiz şekilde hizmet vermektedir. Her saatte aranması mümkün olan bu hattı arayan kişiler, bu konu ile ilgili eğitim almış olan operatörler tarafından cevaplanmakta, kısa görüşme sonunda sigarayı bırakma isteği netleşmiş olan kişiler, bulundukları yere en yakın sigara bırakma merkezine yönlendirilmektedir.

Sigara içenlerin büyük bölümü sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Sigara bırakmak için destek ihtiyacı olan kişilere hizmet vermek üzere Sağlık Baknlığı tarafından ülke genelinde toplam olarak



Şekil 2. Son 30 günde çeşitli yerlerde sigara dumanından pasif etkilenim sıklığı , KYTA, 2008 ve 2012

415 Sigara Bırakma Merkezi kurulmuştur. Bu merkezlerde tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavileri konularında eğitim almış ve sınavda başarılı olarak sertifika almaya hak kazanmış olan doktorlar çalışmaktadır. Merkezlerde doktorlarla birlikte hekim dışı sağlık personeli de görev yapmaktadır. Ülke genelinde sigara bırakma merkezlerine yıllık olarak 350 bin dolayında başvuru olmaktadır.

Türkiye'de ikram sektörü işletmeleri dışındaki bazı kapalı yerlerde tütün ürünlerinin içilmesi 1996 yılından beri yasaktır. Yasada 2008 yılında yapılan değişiklikle bu yasaklama kamuya açık olan bütün kapalı yerleri kapsamış ve Türkiye "tam sigara dumansız ülke" haline gelmiştir. Ancak Türkiye coğrafi olarak büyüktür ve oldukça kalabalık bir nüfusa sahiptir. Ayrıca Türkiye'de sigara kullanım sıklığı oldukça yüksektir, sigara içilmesi özellikle erkekler açısından benimsenmiş bir davranıştır. Bu nedenle kapalı alan yasaklarının uygulanması bakımından bazı güçlükler vardır. Denetim ekiplerinin ısrarlı çalışmalarına rağmen bazı işletmelerde bu konuda ihlaller görülmektedir. Denetim ekiplerinin programlı denetimlerine ek olarak vatandaşlardan gelen ihbarlar üzerine de denetim yapılmaktadır. Sigara içilmesinin yasak olduğu yerde sigara veya başka tütün ürünü içildiğini gören bütün vatandaş-

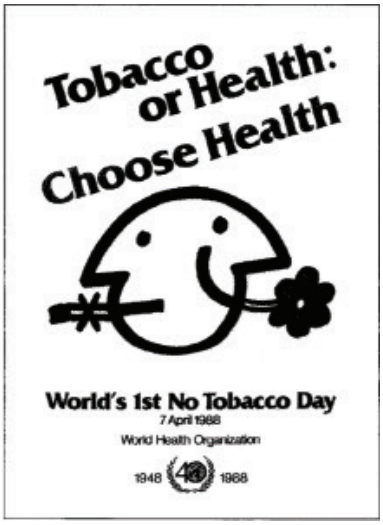
Şekil 3. Denetim ekipleri eğitim toplantısı

ların ücretsiz olarak arayabileceği 24 saat açık olan bir telefon hattı (ALO 184) vardır. Bu ihbarlar üzerine denetim ekipleri harekete geçerek bildirilen adrese gitmektedir. İhbar ve denetim sisteminde 2012 yılı Eylül ayında yenilik yapılmak suretiyle "Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi" oluşturulmuştur. İl ve ilçelerdeki denetim ekiplerine tablet bilgisayarlar verilmiş ve bu bilgisayarlara denetim fonksiyonunu hızlandıran ve izleme olanağı veren program yüklenmiştir. ALO 184 ihbar/şikayet hattına yapılan bir bildirim anlık olarak ilgili denetim ekibinin tabletinde görülmekte ve bu şekilde denetim ekibinin daha kısa süre içinde bildirim yapılan yere giderek denetim yapması mümkün olmaktadır. Tablet bilgisayarlara yüklenen program aracılığı ile ihbar ve denetim faliyetleri Bakanlık merkezinde on-line olarak izlenebilmektedir. Bu sistem çalışmaya başladıktan sonra denetim fonksiyonu daha etkili olmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Tütün Kontrolü Dairesi illerdeki denetim ekipleri ile gruplar halinde toplantılar yapmakta, denetim ekiplerinin dile getirdiği sorunları tartışarak çözüm üretmektedir. Bu toplantılarda denetim ekipleri birbirleri ile görüş ve uygulamalar bakımından deneyim paylaşımı yapma olanağı da bulmaktadır (Şekil 3).

Dünya Sigarasız Günü (World No Tobacco Day) ve Tütün ya da Sağlık Dünya Kongreleri

İlk kez 1964 yılındaki ABD Surgeon General raporunda sigaranın kanserle ilişkisine işaret edildikten sonra bazı uluslararası kuruluşlar ve Dünya Sağlık Örgütü konu ile ilgili olarak uluslararası bazı etkinlikler yapmışlardır. Bu etkinliklerden bir bölümü Sigara ya da Sağlık Dünya Konferanslarıdır (World Conference on Tobacco OR Health, WCoTH). Surgeon General 1964 yılı raporundan birkaç yıl sonra ilk Konferans 1967 yılında NewYork'ta yapılmıştır. DSÖ tarafından yapılan bir başka önemli uluslararası etkinlik, Dünya Sigarasız Günü (World No Tobacco Day) belirlenmesi olmuştur. DSÖ'nün 1987 yılındaki Genel Kurulu toplantısında sigara kullanımının sakıncaları konusunda duyarlık geliştirmek amacı ile yılın bir gününde bu yönde etkinlikler yapılması kararı alınmıştır. Aynı yıl Tokyo'da Dünya Tütün ya da Sağlık Konferansının altıncısı yapılmıştır. Dünya Tütünsüz Günü (World No Tobacco Day) olarak belirlenen bu gün 31 Mayıs olarak belirlenmiş ve DSÖ'nün 40. kuruluş yıldönümüne rastlayan 1988 yılından itibaren her yıl 31 Mayıs gününde duyarlılık artırıcı etkinlikler yapılmaya başlanmıştır. 1988 yılındaki ilk Dünya Sigarasız Günü için de daha önce 1979 yılında geliştirilen slogan haifçe değiştirilmiş ve "Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin" (Tobacco OR Health, the Choose Health) olarak ifade edilmiş ve bir şekil ile birlikte 7 Nisan Dünya Sağlık Günü'nde açıklanmıştır.

Tütün ya da Sağlık Dünya Konferansları ilk olarak 1967 yılında NewYork'ta yapılan Konferans ile başlamıştır. Sonraki yıllarda değişik aralıklarla yapılan Konferanslar bir süre sonra 3 yılda bir olmak üzere düzenli olarak yapılmıştır. Bu konferansların amacı tütün ve sağlık ilişkileri konularında tartışma yapmak ve tütün kontrolü konularında yapılan çalışmaları gündeme getirmek, bu alanda çalışanların buluşmasını sağlamaktır. Bir yandan bu Dünya Konferansları sürerken 2003 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) kabul edilmesinden sonra bu Sözleşmeyi onaylayan ülkelerin katıldığı Taraflar Toplantısı (Conference of Parties) şeklinde 2 yılda bir toplantılar yapılmaya başlamıştır. Bu toplantılarda da ül-



Şekil 4. İlk Dünya Sigarasız Günü Afişi, 1988

kelerin TKÇS uygulamaları ile ilgili gelişmeler ve sorunlar tartışılmakta ve çözümler geliştirilmektedir.

TEKEL'DEN TAPDK'YA (Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun kurulması)

Uluslararası tütün şirketlerinin ülkeye girmesinden sonra TEKEL'in özeleştirilmesine ilişkin çalışmalar ve TEKEL'in yabancı bir tütün şirketine satılmasına yönelik işlemler sürerken, bir yandan da ülkede tütün ve tütün ürünleri üretimi, satış ve pazarlaması ile ilgili politikaları belirlemek ve kontrol etmek amacı ile Tütün (ve Alkol) Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. Aslında TAPDK (ve diğer bazı kuruluşların) kurulması konuları uzun zaman önce Türkiye'nin Uluslararası Para Fonu (International Monetary Foundation; IMF) ile ilişkileri sırasında yapılan görüşmelerde belirlenmiştir. Ülkede 1980'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlayan liberal ekonomi politikaları kapsamında 1979 yılında IMF ile imzalanan Stand-By anlaşması kapsamında verilen niyet mektubunda "tarıma bağlı sanayi kollarından şeker, tütün mamulleri ve alkol ürünleri alanlarındaki mevcut kurumların özelleştirilmesi ve bu alanlarda bağımsız düzenleme kurumlarının oluşturulması" öngörülmüştü. Buradan hareketle uluslararası firmalara ülke içinde sigara üretme ve satma hak ve yetkisi verilmesi konusu gündeme gelmişti. Bu husus ilk kez 1979 yılı Hükümet Programında "yerli ve yabancı özel teşebbüse sigara üretimi ve dağıtımı izni verileceği" şeklinde yer almıştı. Böylece TEKEL'in tütün bölümünün önce Kamu İktisadi Kuruluşu (KİT) haline gelmesi, sonra da özelleşmesi sonucu ortaya çıkan gereksinim üzerine 2002 yılında (tütün ile birlikte alkol piyasasını da kapsaycak şekilde) "Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)" kuruldu. Kurum'un ana organı, ilgili bazı bakanlıklar ve kuruluşların temsilcilerinden oluşan ve hükümet tarafından atanan 7 kişilik Kurul'dur. TAPDK'nın temel görevi ülkedeki tütün piyasasını düzenlemek ve kontrol etmektir. Bu kapsamda TAPDK ülkede tütün ürünleri üretimi, ruhsatlandırılması, satış ve pazarlama faaliyetleri, satış noktaları ve bunların denetimi vb. konularda çalışmalar yapar. TAPDK çalışmaları ile ilgili olarak DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Avrupa Birliği'nin konu ile ilgili Direktifleri ve ilgili diğer bazı ulsularası kuruluşlar tarafından belirlenen kuralları dikkate almaktadır. TAPDK tütün (ve alkol) piyasasını düzenleme ve denetleme faaliyetlerinin yanı sıra kamuoyu duyarlılığını artırmak amacı ile çeşitli eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri ve kampanyalar da yapmaktadır. Bu konudaki bir örmek 2005 yılında yapılan Afiş ve Kompozisyon Yarışmasıdır (Şekil 4).

Şekil 4. Afiş Yarışmasında ilk ü dereceye giren afişler

SONUÇ

Türkiye 20 yıldan bu yana sürdürdüğü tütün kontrolü çalışmalarında önemli başarı elde etmiştir. Bununla birlikte tütün kontrolü ile igili olarak önemli sorun alanları ve geliştirilmesi gereken hususlar vardır:

- Tütün ürünleri kullanım sıklığı halen oldukça yüksektir: Sigara ve tütün ürünleri kullanım sıklığında bir dönemde ümüt veren bir azalma tespit edilmiş olmakla birlikte son yıllarda bu konuda artış olduğu görülmektedir.
- Gençler arasında sigara kullanımı artmaktadır: Tütün endüstrisi açısından başlıca hedef grup olan gençler arasında sigara kullanım sıklığının artıyor olması kaygı verici bir husustur.
- Kapalı alan yasakları ile ilgili denetimlerde gerileme vardır: Dumansız hava sahası konusundaki ilk uygulamalarının yapıldığı dönemlerde oldukça başarılı sonuçlar alınmıştır. Ancak zaman içinde özellikle büyük kentlerde ihlallerin arttığı, açılır-kapanır düzeneklerin olduğu yerlerin açık alan olarak değerlendirildiği ve bu yerlerde tütün ürünü kullanma yasağına uyumun yetersiz olduğu görülmektedir.
- Sigara bırakma hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre değildir: Ülke genelinda Sağlık Bakanlığı'na bağlı 415 Sigara Bırakma Merkezi bu hizmeti ülkenin tamamanına ulaştırma bakımından yeterli değildir. Gerçekte sigara bırakma danışmanlığı ve tedavisi hizmetinin birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmesi başarıyı artırma bakımından önemlidir.

Bu konulardan başka Türkiye'de güçlü bir tütün endüstrisinin varlığı tütün kontrolü çalışmaları bakımından potansiyel engeldir. Tütün endüstrisi tarafından (elektronik sigara, diğer nikotin sağlama ürünleri vb.) yeni tütün ürünleri üretilmekte ve özellikle gençlere yönelik olarak pazarlama yapılmaktadır. Ayrıca nargile içiminin gençler arasında giderek yaygınlaşıyor olması dikkat çekmektedir. Bunlardan başka boyutu tam olarak bilinemeyen kaçak sigara konusu da Türkiye'nin önemli bir mücadele alanıdır. Elektronik sigara ve benzeri nikotin sağlama araçları sigara bırakmaya yardımcı bir ürün olarak piyasaya sürülmüş olmakla birlikte, bu yönde bir yararı olmadığı, aksine özellikle gençlerin sigaraya başlaması bakımından yol oluşturduğu konusunda bilgiler giderek artmaktadır. Dumanın sudan geçiyor olması nedeniyle sigaraya göre daha az zararlı olduğu şeklinde yaygın bir kanı olan nargile kullanımı ise, en az sigara kadar zararlı bir tütün ürünü kullanımı türüdür. Üstelik tütün dumanı soluma yanında nargile kullanımı ile ilgili olarak çeşitli enfeksiyon hastalıkları riski de söz konusudur.

Tütün kontrolü stratejisi başlıca üç başlık olarak ifade edilebilir. Bu stratejilere yönelik planlama yapılmak suretiyle çeşitli uygulamalar yapılabilir:

1. Tütün kullanımı alışkanlığının edinilmemesi
2. Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi

3. Tütün ürünü kullananlara bu davranıştan vazgeçmeleri için yardım edilmesi

Tütün kontrolünde başarı sağlanması için uluslararası ve ulusal düzenlemeler tarafından bu üç alana yönelik olarak belirlenen kuralların kararlı şekilde uygulanması gerekmektedir.

ÜREME SAĞLIĞI

Öğ.Gör.Dr. Ahmet Can Bilgin,
Uz.Dr.Hande Bahadır,
Prof.Dr.Türkan Günay

Cumhuriyet döneminde kadın haklarına yönelik yapılan düzenlemeler ve ana çocuk sağlığı, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar başlıkları altında yapılanan üreme sağlığı hizmetleri çok önemli bir yer tutmuştur. Bu bölümde, üreme sağlığına yönelik ülkemizdeki gelişmeleri belli dönemlere göre politikalar, yasal düzenlemeler, hizmetler ve öncü araştırmalar-göstergeler başlıklarında inceleyeceğiz.

1923-1960 DÖNEMİ

Politikalar

Bu dönem, kadınlara birçok alanda erkekler ile eşit hakların sunulmaya başlandığı, kadın ve erkeklerin eşit haklar ile eğitim görmesinin sağlandığı, çok eşliliğin kaldırıldığı, kadınlara mallar üzerinde tasarruf hakkının verildiği, evlilik yaşının düzenlendiği bir dönemdir(1,2).

Ayrıca bu dönemde nüfusu artırmaya yönelik (pronatalist) politikalar savunulmuş ve özendirilmiştir. Atatürk 1920'de yaptığı bir konuşmada şöyle demiştir: "Milletimizin sıhhatinin muhafaza ve takviyesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, bu suretle efradı milletin dinç, çalışkan ve kabiliyetli bir halde yetiştirilmesi lazımdır."(3). Ölümlerin azaltılması ve nüfusun artırılması, özellikle 1950'li yıllara dek Cumhuriyetin önemli hedeflerinden biri olmuştur. Savaş ve hastalıklarla nüfusunun büyük bir bölümünü kaybeden ülkenin hızla kalkınması için nüfusun hızla artmasını sağlayacak önlemler alınmıştır(3). Bu amaçla, bir yandan sık karşılaşılan hastalıklarla mücadele edilmiş, diğer yandan çok çocuklu olma özendirilmiş, gebeliği önleyici ilaç, araç ve yöntemler yasaklanmıştır(3). Bu politikanın başarısı için belirlenen temel birim ailedir. Kadın sağlığı da nüfusu artırma ve çocuk sağlığı ile birlikte düşünülmektedir. Bu durum dönemin tüm politik belgelerine yansımıştır.

Cumhuriyet Halk Fırkası'nın 1931'de yapılan 3. Kongresinde ve 1935 yılında yapılan 4. Kongresinde kabul edilen programında toplum yaşamında ailenin korunmasının temel olduğu ve nüfusu artıracak önlemler alınacağı belirtilmiştir(4). Bu kapsamda doğumevlerinin artırılması, ücretsiz doğum yardımı, işyerlerinde kreşler, çocuk bakımevlerinin artırılması, ebe sayılarının artırılması gibi önlemler sıralanmıştır(4,5).

Hükümet programlarında da benzeri amaçlar görülmektedir. Örneğin Ali Fethi Okyar Hükümeti programında (22 Kasım 1924 - 3 Mart 1925) frengi ile mücadeleden söz edilmiştir. Birinci Bayar Hükümeti programında da "doğum ve çocuk bakımevlerinin artırılması, köylerde doğum yardımlarını temin edecek köy ebesi yetiştirmek için köy ebe mektepleri tesisi ve frengi ile mücadelenin inkişaf ettirilmesi" konuları konulmuştur(5).

"Ölümü azaltacak, nüfusumuzu çoğaltacak, vatana kuvvetli bir nesil yetiştirilecektir" alt yazısıyla 1926'da Himaye-i Etfal Cemiyetince (Çocuk Esirgeme Kurumu) basılan bir kartpostal ilginçtir. Tamamı kız olan çocukların ellerinde pankartlar bulunmaktadır. En öndeki kızın elindeki pankartta "İstiyoruz" yazısı bulunmaktadır. Arkadaki pankartlarda ise "Mütehassıs ebeler", "Sağlam ana baba", "Anne ihtimamı", "Temiz ve muntazam gıda", "Hava ve güneş", "Yalnız yatmak", "Bize mahsus bahçeler", "Hürmet", "Sineklerden kurtulmak", "Ana sütü", "Azarlanmamak", "Aile tabibi" ve "Öpülmemek" yazmaktadır (6).

Resim1. *1926 yılında Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından basılan kartpostal*

Verilerin çözümlenmesi

Yazım dili Osmanlıca olan kartpostalın çevri ve geri çeviri işlemleri Osmanlıca ve Türkçe'ye hakim olan uzmanlar tarafından yapılmıştır. Çözümleme bu işlemin ardından gerçekleştirilmiştir. İçerik analizi yapılan bu çalışmada ilk olarak döküman dikkatli bir şekilde okunmuş, ardından ortaya çıkan bilgiler kodlanmıştır. Araştırmacının elinde kuramlardan yola çıkarak önceden hazırlayabileceği kategoriler olmadığı için, kategoriler analizin ilerleyen aşamalarında oluşturulmuştur. Kodlar biraraya getirilerek birbirleri ile belirli bir tema altında sınıflandırılıp kategorilere ayrılmıştır.

Kartpostalın alt kısmında "Ölümü azaltacak, nüfusumuzu çoğaltacak, vatana kuvvetli bir nesil yetiştirilecektir" yazısı yer almaktadır. Kartpostal üzerindeki resimde en önde yer alan pankartta "İstiyoruz"; arkadaki parkartlarda ise "Mütahassıs ebeler", "Sağlam ana baba", "Anne ihtimamı", "Temiz ve muntazam gıda", "Hava ve güneş", "Yalnız yatmak", "Bize mahsus bahçeler", "Hürmet", "Sineklerden kurtulmak", "Ana sütü", "Azarlanmamak", "Aile tabibi" ve "Öpülmemek" yazmaktadır. Bu sloganlar vermek istenilen mesaj göz önünde bulundurularak sağlık, bakım, beslenme, istisnar ve ihmal, çevre başlıkları altında kategorileştirilmişlerdir. Kartpostalın altında

249

Resim 1. 1936 yılında Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından basılan kartpostal **(6)**

Bu dilekler ilerleyen zamanlarda törenlerde de dile getirilmiştir.

Resim 2. Cumhuriyet'in ilk döneminde gerçekleşen törenlerden bir kare

Nüfusu artırmak ve sağlıklı bir kuşak yetiştirmek için aynı zamanda bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek gereklidir. Çünkü ülke "…sıtma, verem, frengi gibi ırkı çürüten hastalıklar için açık tarla"dır(4).

Cumhuriyet'in pronatalist politikalarına karşın 1927-1945 döneminde Nüfus Artış Hızı ancak ortalama binde 18 olmuştur. Gelişmiş ülkeler için yüksek görülecek bu hız dönemin Türkiye'si için normal sayılmıştır. Ancak 1950'de nüfus artış hızının binde 22'ye çıkması "tehlikeli durumun" başlangıcı olarak görülmüştür(3).

Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanı olduğu dönemlerde (1946-48 ve 1954-55) iki tane Milli Sağlık Proğramı hazırlanmıştır. "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"nı Yüksek Sıhhat Şürası 1946 yılında kabul etmiştir. Bu planda da pronatalist politika amaçlanmıştır. Aydın'ın aktardığı bir bölümde bu açıkça görülmektedir:

> *Nüfusumuzun % 75'ini oluşturan köylerimiz yetiştirdikleri ürün ile ülkeyi besledikleri gibi fazla çocuk yapmak suretiyle de nüfusumuızun artmasına hizmet etmektedirler (…) Köylerimizde Türk anaları hiçbir bakım ve ihtimam görmeden bol bol doğurmakta, çocuklarsa her türlü sağlık bakımından mahrum kaldığından bir kısmı ölmektedir. Bundan dolayı ülkenin gördüğü maddi zararlar milyarları geçmektedir. Bu durum köylümüzü sağlık yardımlarına ve örgütüne kavuşturma zamanının çoktan geldiğini açıkça göstermektedir. Girişilecek iş uzun ve senelerde başarılabilecek ölçüde çok büyük bir iştir"*(7).

Plana göre her bölgede diğer sağlık kuruluşları yanında çocuk yuvası, 200 yataklı doğumevi, 20 yataklı frengi ve zührevi hastalıklar hastanesi kurulması öngörülmüştür (7). Ayrıca her 10 köye onar yataklı sağlık merkezi kurulması düşünülmüştür. Sağlık merkezlerinin önde gelen amaçlarından biri "anne ve çocuk himaye ve hijyeni"-dir(7). Aydın'ın aktardığına göre Sağlık Planı içinde çocuk bakımı şöyle ele alınmıştır (7).

> *Birçok imkansızlıklar nedeniyle çocuk hijyeni ülkemizde önemle ele alınmamıştır ve bunun sonucu olarak da doğan çocukların önemli bir kısmı ölmektedir. Oysa ki ana karnında başlayan ve doğumdan sonra devam eden koruyucu tedbirlerle bu ölümlerin birçoğu önlenebilir. Bunu sağlamak için ülkenin çeşitli yerlerinde çocuk yuvaları, doğumevleri, çocuk hastaneleri ve kimsesiz çocuk yurtları açılacak bunlar yanında süt ve diğer çocuk gıdaları işleriyle ciddi bir şekilde uğraşılacaktır.*

Bu plan uygulamaya sokulamamıştır. 1954 yılında tekrar oluşturulan Milli Sağlık Programı sonrasında, 1950'de 16 sağlık merkezi varken bu sayı 1955'te 170'e 1960'ta 283'e çıkmıştır(7).

Yüksek nüfus artışına neden olan doğumların çoğunluğunun istenmeyen gebeliklerden olduğu saptaması yapılmıştır (8). Tedavi kurumlarının verilerine göre gebeliklerin üçte birinin düşükle sonlandığı, ilkel yöntemlerle çocuk düşüren anne sayısının yılda 500 bini bulduğu, bunlardan en az 10 bininin öldüğü saptanmıştır(8).

1958'de doğum kontrolü ilk kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından ele alınmaya başlamıştır(9). Ankara Doğum Evi Başhekimi Dr. Zekai Tahir Burak'ın 1958 yılında SSYB'na yazdığı, "çocuk düşürmenin ve anne ölümlerinin arttığını", bunu önlemek çin "ülkemizde gebeliği önleyici araç, gereç ve ilaçların satış ve kullanılmasının serbest bırakılmasını" önerdiği yazı sonrası konuyla ilgili bir bilim kurulu kurulmuştur. Bu kurul, Dr. Burak'ın önerilerini desteklemiş, ancak, "bu önemli adım bürokratik mekanizmanın çarkları arasında takılıp kalmıştır."(3, 10).

Akın, "bu yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek ve Dr. Burak'ın çabalarına, Prof. Dr. Naşit Erez, Dr. Ziya Durmuş, Dr. Necdet Erenus gibi tanınmış kadın doğum uzmanlarının desteklerinin de eklendiğini" belirterek bu çalışmaların önemini şöyle özetlemiştir:

"Son derece ciddi gerekçelere dayalı, çok yönlü, çok disiplinli savunuculuk çalışmaları bilimsel araştırma sonuçları ile de desteklenerek, Sağlık Bakanlığı (SB) ile oluşturulan yakın bağ ve SB'nın da gereken duyarlılığı göstermesi biraz vakit alsa da olumlu sonuç vermiştir."(11).

Yasal düzenlemeler

- Bu dönemde politikalara koşut olarak çıkartılan yasal düzenlemeler:
- Kadının durumunu değiştiren yasal düzenlemer
- Nüfusu artırmaya yönelik çıkartılan yasal düzenlemeler
- Cinselliğe ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin yasal düzenlemeler

Kadının durumunu değiştiren yasal düzenlemer

1924'te çıkarılan Tevhid-i Tedrisat Kanunu ile kadın ve erkeklerin eşit haklar ile eğitim görmesi sağlanmış; 1926'da çıkarılan Türk Medeni Kanunu ile çok eşlilik kaldırılmış, kadınlara mallar üzerinde tasarruf hakkı verilmiş, asga-

ri evlilik yaşı erkekler için 18, kadınlar için ise 17 olarak belirlenmiştir(1,2,12). 1938'de evlilik yaşı yeniden indirilerek erkekler için 17, kadınlar için 15 olarak belirlenmiştir(12).

Nüfusu artırmaya yönelik çıkartılan yasal düzenlemeler

Nüfusu artırmaya yönelik politikaların, "düşük ve gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altı çocuktan fazla çocuklu annelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması gibi önlemlerin kanunlarda yer alması biçiminde yürütüldüğü görülmektedir(3).1926 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Yasasında çocuk düşürme ve düşürtme suçları düzenlenmiştir. 468. Madde'ye göre "bir kadının isteği olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye 7 yıldan 12 yıla, kadının isteğiyle düşürtene 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası", 469. Madde'ye göre de "bir kadın kendi isteyerek çocuk düşürürse 1 yıldan 4 yıla kadar hapis cezası" verilir(13). Fişek, aynı yasanın 49/3. maddesinde yer alan "bir kimsenin yaşamını kurtarmak için yapılan girişim, yasalara göre suç olsa da bunu yapana ceza verilemez" yargısından yola çıkılarak yasak olmasına karşın tıbbi nedenlerle kürtajın yapıldığını belirtmiştir(13). İlerleyen yıllarda yapılan düzenlemelerle (1936, 1953) bu suçların cezaları artırılmıştır(12).

"Kasten çocuk düşürme ve düşürtme suçu", 1926 Türk Ceza Kanununda "şahıslara karşı cürümler" bölümündeyken kanunun 1930 düzenlemesinde "ırkın üstünlüğü ve sağlığı aleyhine cürümler" başlığı altında yer almıştır (14).

Aynı dönemde çıkartılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu(UHK)'nda da doğumu artırmaya ve kolaylaştırmaya, çocuk ölümlerini azaltmaya yönelik önlemler gündeme gelmiştir. Doğum kontroluna yarayacak malzeme ve ilaçların imal, ithal ve kullanılması yasak edilmiş, beşten fazla çocuğu olanlara nakdi yardım ya da madalya verilmesi yasalaşmıştır(14-16).

Benzeri bir düzenleme de 1929 yılında kabul edilen Şose ve Köprüler Kanunu'dur. Buna göre 18-65 yaş tüm erkeklerin yol ve köprü yapımında çalışmaları, yoksa karşılığı olan parayı ödemeleri zorunlu tutulmuştur. Buna karşın beşten fazla çocuğu olan erkekler bu yükümlülükten muaftırlar (14,16).

1936'da iş yasasıyla analık yardım ödeneği, 1944'te devlet memurları için çocuk zammı ve doğum yardımı, 1945'te sigortalılar için analık ve doğum yardımı, emzirme ödeneği verilmesi düzenlenmiştir(14).1934 tarihli İskânYasası ve 1938'de çıkartılan arazi dağıtımı ile ilgili bir talimatname nüfus çokluğu ilkesini temel almıştır. 1949 tarihli Gelir Vergisi Kanunu'nda da nüfus politikasına ilişkin düzenlemeler vardır(14).Milletler Cemiyetinin beyaz kadın ve çocuk ticaretinin, edebe aykırı yayınların yasaklanması konusundaki 1904, 1910 ve 1921 konferans kararlarına ve ilgili sözleşmelere katılma kararı 23 Mayıs 1922'de alınmıştır. (17).

Hizmetler

SSYB, 1925'te hazırladığı çalışma programında ebe yetiştirmek, doğum ve çocuk bakımevleri açmak, frengiyle mücadele etmek gibi üreme sağlığı ile ilgili konuları gündemine almıştır (8).1930 yılında çıkartılan UHK'nun 3/1-2 maddeleri doğrudan üreme sağlığı ile ilgilidir. Bunlar doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemlerin alınması; annelerin doğumdan önce ve sonra sağlıklarının korunmasıdır(8).

Bu amaçlarla gerekli olan sağlık insan gücünü artırmaya yönelik adımlar atılmıştır. Ebe okulu, Ebe Öğrenci Yurdu, Köy Ebe Okulları açılmıştır. Köy Enstitüleri'nde de 1943'te onaylanan 4459 sayılı yasaya göre Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları'nın ortak düzenlemeleriyle Sağlık Memuru ve Köy Ebesi bölümleri açılmıştır(8).

Cumhuriyetin kurulduğu yıl 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe vardı. (8).1923'te bir ebeye düşen nüfus yaklaşık 81 bin, yüz bin nüfusa düşen ebe sayısı 1,2 iken 1955 yılında bir ebeye düşen nüfus 11 920, yüz bin nüfusa düşen ebe sayısı 8,4 olmuştur(8).

İlk Doğum ve Çocuk Bakımevleri Ankara ve Konya'da 1926 yılında açılmışlardır. UHK'nu 10 bin ve daha fazla nüfusu olan belediyeleri "Süt Çocuğu Muayene ve Müşavere Evleri" açmakla yükümlü tutmuştur. Ancak ekonomik nedenlerle bu yükümlülük yerine getirilememiştir. Yalnız İstanbul'da özel idare, belediye ve bakanlık işbirliği ile üç dispanser açılmıştır(8).

Arabacıoğlu, 1925'te Ankara ve Konya'da; 1929'da Adana, Çorum Erzurum ve Kars'ta; 1931'de Balıkesir'de; 1933'te Van'da; 1939'da Bursa'da, 1942'de Aydın'da, 1943'te Gaziantep'te, 1944'te Eskişehir ve Maraş'ta "Çocuk sağlığı ve doğumevleri" ya da "Çocuk bakım ve doğumevleri" açıldığını yazmıştır(18). 1930 yılında 9 doğumevi 185 yatak, 1945'te 345 yatak kapasitesi varken 1950'de yatak sayısı 3 katına çıkarak 1083 olmuştur. Sonraki yıllarda da doğumevi sayıları ve kapasiteleri artmaya devam etmiştir(8).

1952 yılında Bakanlık içinde Ana ve Çocuk Sağlığı (AÇS) Örgütü kurulmuştur(8).Bu örgütün amacı şunlardır:

- Anne adaylarının gebelik, doğum ve doğum sonrası hijyen, düşüklerin önlenmesi; çocuk bakımı, beslenmesi, yetiştirilmesi ve nüfus planlaması konularında eğitmek ve yetiştirmek
- Gebelik ve sonrasında sistematik ve aralıklı tıbbı kontrolleri yapmak, doğumların normal ve sağlıklı biçimde gerçekleşmesini sağlamak, düşüklere ve ölü doğumlara karşı önlemler almak
- Doğum sonrası anne ve çocukları bulaşıcı hastalıklardan korumak, çocukların aşılanmasını sağlamak
- 0-6 yaş çocukların gelişmelerini izlemek, tıbbi kontrollerini yapmak, bakımları ve beslenmeleri konu-

sunda annelere yardımcı olmak, gerekirse aileye sosyal yardımlar sağlamak (8).

1954 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortak bir proje çerçevesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Tekamül Merkezi kurulmuştur. Bu merkez ilçe merkezlerinde kurulması düşünülen ana-çocuk sağlığı birimlerinde çalışacak kişilerin yetiştirilmesi için üçer aylık kurslar düzenlemiştir. 1957 yılında Kızılcahamam'da örnek uygulamaya başlanmıştır(8).1955 yılında Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü içerisinde "Ana ve Çocuk Sağlığı Şubesi" kurulmuştur(8).

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri, Şubeleri ve Köy İstasyonlarıyla sağlanmaktadır(8).1953'te bir AÇS Merkezi var iken 1960'a gelindiğinde 26 AÇS Merkezi, 19 AÇS Şubesi ile hizmet verilmeye başlanmıştır. Bu kurumlar bu dönemde ev ziyaretleri, gebelik hijyeni, çocuk hijyeni, süt ve mama konularında anne eğitimleri, süt tozu, A ve D vitamin ve nebati yağ yardımları dağıtımını yapmışlardır(8).

Cumhuriyetin ilk yıllarında üreme sağlığını ilgilendiren en önemli hastalık frengi olmuştur. 90 sayılı yasa bu hastalığın tedavisinin ile ücretsiz yapılması onaylanmıştır. 1925 yılında çıkartılan "Frengi Talimatnamesi" ile tedavi yöntemleri ve kullanılacak ilaçlar belirlenmiştir. Aynı yıl tarama ekipleri ve savaş kurulları oluşturulmuştur(8, 19).1930'da UHK ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların parasız tedavi edilmesi ve frenginin tedavisinin zorunluluğu yasalaşmıştır(8). 1931 yılında da evlenme muayenesini kimlerin ve nasıl yapılacağına ilişkin "Evlenme Muayenesi Hakkında Tüzük" çıkarılmıştır(8, 19, 20).

Frengi tedavisini etkinleştirmek için 1957 yılında Frengi Tedavi Yönetmeliği çıkartılmıştır. 1924-1928 Sağlık Bakanlığı Bütçesi Giderler Bölümü'ne bakıldığında Frengi Mücadelesi, doğum ve çocuk bakımevleri, ebe yetiştirme başlıklarındaki harcamalar dikkat çekmektedir(8).Bu çalışmalarla bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176' ya düşürülmüştür(21).

Öncü araştırmalar - Göstergeler

Hıfzısıhha Okulu'nun 1959 yılında köylerde yaptığı bir araştırma, bin gebeden 2.8'inin çocuk düşürme nedeniyle ölmekte olduğunu ortaya koymuştur. Bu, her yıl on bin ana ölümü demektir. Kadın hastalıkları kliniklerinin kronik hastaları, düşük nedeniyle sakatlanan kadınlardır. Dr. Burak'ın Ankara Doğumevinde 5.000 kadın üzerinde yaptığı bir incelemede, hastaneye gelen kadınların yüzde 12'si düşükle doğum kontrolü yapmıştır. Hastaların yüzde 27'si düşük nedeniyle kısır kalmıştır. Yüz düşük olgusunda ölüm oranı 5.7'dir(15).Kadınlarda adolesan evlilik, 1955 yılında %40.3 iken 1960'ta %33.8, ortalama ilk evlenme yaşı 1955'te 18.9, 1960'ta %19.2 olmuştur(22).

Batı ve Orta Anadolu'nun Köylük Bölgelerinde Bebek ve Ana Ölüm Oranları (1959):

Bu çalışma ile doğum, ölü doğum, kürtaj, bebek ve ana ölüm oranları ve etkileyen etmenleri belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma, 1959 yılı ağustos ayında, 137 köyde 7092 15-44 yaş arasındaki evli kadınla görüşülerek yapılmıştır. Bu çalışmada, bebek ölümleriyle neo-natal ve peri-natal ölümler, doğum, ölü doğum ve kürtaj dahil her türlü çocuk düşürmeleri hakkında bilgiler toplanmıştır.

	Bölgeler		
	Orta Anadolu	Batı Anadolu	Toplam
Görüşülen kadın sayısı	3363	3729	7092
Canlı Doğum Sayısı	1468	1253	2721
Neonatal Ölüm Hızı(binde)	23.1	11.9	18.0
PerinatalÖlüm Hızı(binde)	29.9	21.5	26.0
Bebek Ölüm Hızı(binde)	175.1	155.6	166.1
Çocuk düşürme(yüzde)*	18.1	9.7	14.0
Ölü Doğum (yüzde)	2.4	1.9	2.1
Düşük Nedeniyle Ana Ölümü (yüzbinde)**	55.2	8.7	30.9
Diğer Nedenlerle AnaÖlümleri(yüzbinde)**	50.5	5.8	27.1

Tablo1:Türkiye'de Köysel Bölgelerde Bebek, Neonatal ve Perinatal Ölümler (1959Araştırması)(15)

*Her yüz canlı doğumda** Toplam nüfus içinde düşük/ diğer nedenlerle ölen annelerin yüzdes

1960-1980 DÖNEMİ

Politikalar

Devlet Planlama Teşkilatı(DPT)'nın 30 Eylül 1960'da kurulmasıyla birlikte "nüfus olgusu" önem kazanmıştır (11). Bu dönemde, Aile Planlaması çalışmaları ön plandadır. İlk olarak 1960 yılında Prof.Dr.Nusret Fişek tarafından aile planlanması konusunda bir açık oturum düzenlenmiştir (10, 11). SSYB, doğum kontrolu sorununun çözümü ve nüfus politikası değişimi için DPT ile çalışmaya başlamıştır(10). Bu arada Türkiye Aile Planlaması Derneği kurulmuş, çalışmalarıyla olumlu katkı sağlamıştır(11). Bu çalışmaların sonucunda 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi(TBMM), Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı önlemler almasını kabul etmiştir(3,10).1963 yılında hükümetin Population Council'a yaptırdığı araştırma sonucunda toplumun aile planlaması gereksinimi ve istemi olduğu ortaya çıkmıştır. 1964'te Sağlık Bakanlığı "Aile Planlaması Teşkilatı"nı kurmuştur(11). 1965 yılında da 557 sayılı Nüfus Planlaması Yasası TBMM'nde onaylanmıştır. Bu yasa doğum kontrol yöntemlerinin temini,

hizmetin sunumu ve yaygınlaştırılması konusunda devletin yükümlülüklerini düzenlemiştir. Yasa, yalnızca tıbbi nedenlerle sterilizasyon ve gebeliğin sonlandırılmasına izin vermiştir(10).

Nusret Fişek 1960- 1980 arası antinatalist politikayı şöyle özetlemiştir: (3)

"Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Planda nüfus planlaması sorunu ekonomik bir sorun olarak ele alınmıştır. İkinci Planda nüfus planlaması terimi yerine Aile Planlaması terimi kullanılmış ve gerekçe olarak Aile Planlaması programıyla ana-çocuk sağlığı düzeyinin yükseltileceği ve ekonomik kalkınmanın kolaylaşacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve Dördüncü Planlarda ise Aile Planlaması sadece sağlık için gerekli bir önlem olarak görülmüştür."

Bu politika sonucu "gebeliği önleyici araç, ilaç ve gereçlerin yapımı, satışı ve kullanılması serbest bırakılmış, SSYB, Aile Planlaması uygulamaları için klinikler açmış ve eğitim konusunda da çalışmalar yapılmıştır." (3).

Bu politikanın amacına ulaşması için önemli ölçüde dış yardım alınmıştır. Ancak başarı sınırlı olmuştur. Fişek'e göre bunun nedeni "herkese kullanabileceği biçimde aile planlaması hizmeti sunulamamasıdır." Fişek, "çocuk düşürmeleri önlemenin tek yolu"nun "başarılı bir aile planlaması programı uygulamak" olduğunu belirtmiştir(3).

Kalkınma planları

Planlı kalkınma dönemi 1960'lı yıllarda başlamıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(1963-1967)'nda aile planlaması "Yeni Nüfus Politikası" başlığı altında verilmiştir. Buna göre, nüfusu artırma politikasından vazgeçilmiştir. Yeni nüfus politikasıyla; "gebelik önleyici bilgilerin yayılmasını ve gebelik önlemekte kulanılan araç ve ilâçların ithal ve satışını yasaklayan kanun hükümleri"nin kaldırılması, sağlık çalışanlarına konuyla ilgili eğitim verilmesi, gerekli ilaç ve araçların ucuza ithali, gerekirse parasız dağıtımı" öngörülmüştür(23). Nüfus planlamasının bir devlet müdahalesi değil "ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir usul" olduğu da belirtilmiştir.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(1968-1972)'nda nüfus planlaması kavramı yerine "Aile Planlaması" kavramı geçmiştir. İlkeler şöyle sıralanmıştır:

a. Ana çocuk sağlığını korumak, nüfusun yapısını iyileştirmek, nüfus artış hızının iktisadi, gelişme üzerindeki baskısını azaltmak amaciyle aile planlaması programları yürütülecektir.
b. Devlet, belirli sayıdan çok çocuk sahibi olmak istemeyen fakat bilgisizlik veya imkansızlık nedeni ile bunu saglayamayanlara istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olmaları için gebeliği önleyici bilgi verecek, ilaç ve araç yardımı yapacaktır.
c. Aile planlaması çalışmaları, halka bu konuda eğitim verilmesi ve tıbbi uygulamalar şeklinde devam edecek, bu çalışmaların bütün yurtta küçük yerleşme birimlerine kadar yayılması sağlanacaktır(24).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı(1973-1977)'nda birinci ve ikinci planlar değerlendirilerek aile planlamasında "sağlık hizmetlerinden bağımsız bir gelişmenin sağlanamayacağı", "aile planlamasının ana-çocuk sağlığını tamamlayan bir hizmet olarak ele alınması" gerektiği ileri sürülmüştür(25).

Üçüncü Kalkınma Planı'nda, sosyalleştirme bölgeleri dışında 33 ilde 50 Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi, 57 ilde Ana ve Çocuk Sağlığı Şubesi ile bu merkez ve şubelere bağlı 692 köyde Ana ve Çocuk Sağlığı Köy İstasyonu'nun çalıştığı; sosyalleştirilen illerde 15 Ana-Çocuk Sağlığı Dispanseri'nde, 870 Sağlık Ocağı'nda ve 2271 Sağlık Evi'nde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin yürütüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü'ne bağlı olan 506 klinik ve 4 gezici ekiple aile planlaması uygulaması yapıldığı görülmektedir(25). Hizmetin iki farklı kurum tarafından verildiği, bunun tek bir kurum altında birleştirilmesi gerektiği belirtilerek, "Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin merkezi düzeyde ve taşrada sosyalleştirme programıyla bütünleşmiş tek bir örgüt tarafından yürütülmesi sağlanacaktır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde aile sağlığı ve planlaması hizmetleri sağlık ocak ve evlerinde yürütülecek, doğum oranlarının Türkiye ortalamasını aştığı yerlerde özel programlar uygulanacaktır. Aile planlaması hizmetine diğer ilgili kamu kuruluşlarının katılması sağlanacaktır" denmektedir.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)'nda "sosyalleştirme uygulamasındaki yavaşlamanın" "aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmenin" de sınırlı kalmasına yol" açtığı saptamasında bulunulmuştur***(26).***Bu konuda hedef şöyle belirlenmiştir:"Ana sağlığına zarar verecek uygulamaların sona erdirilmesi amacıyla, aile planlaması programları, ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte, sosyalleştirme programı bütünlüğü içinde ele alınacaktır. Bu hizmetler sağlık ocak ve evlerinde yürütülecek, bu amaçla köysel bölgelerde çalışan köy ebelerinin işlevleri geliştirilecektir." (26).

Yasal düzenlemeler

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 1961 yılında çıkarılmıştır.Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki 154 sayılı yönerge ile ana çocuk sağlığı ve aile planlamasına yönelik verilecek hizmetler ve sorumlular tanımlanmıştır(27).

Nüfusu azaltmaya yönelik antinatalist politika 1962 yılında konuşulmaya başlandığında büyük bir tepkiyle karşılanmış ve ancak 1965 yılında kanunlaşabilmiştir.557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'nda Nüfus Planlaması, bir kadının istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması olarak tanımlanmış, çocuk düşürme ve sterilizasyonun nüfus planlaması yöntemi olarak kullanılması ya-

saklanmışve SSYB'na, diğer kamu kuruluşlarıyla işbirliği yaparak, ailelere eğitim yapma ve hizmet sunma görevi verilmiştir. Yasa ile gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı serbestleştirilmiş, bunların temini, hizmetin sunumu ve yaygınlaştırılması konusunda devletin yükümlülüklerini düzenlemiştir. Yasa, yalnızca tıbbi nedenlerle sterilizasyon ve gebeliğin sonlandırılmasına izin vermiştir.Bu yasaya dayanılarak 3 Temmuz 1967 tarihinde 12637 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe konan Tüzük, tıbbi kürtajı gerektiren durumları belirtmiştir(3,10).

Hizmetler

Bu dönemde birinci basamakta ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hedeflerine ulaşmak için ebe sayıları artırılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla ebelik ve sağlık okulları, sağlık kolejleri açılmış, bakanlık içinde buna uygun yapılanmaya gidilmiştir.

Ebelik ve sağlık okulları, sağlık kolejleri

Köy Ebe Okulları, 1961-62 döneminde Sağlık Okulları adıyla yeniden örgütlenmişlerdir (8). Böyle oluşturulan 14 sağlık okuluna ek olarak, 1962'de Bingöl, Giresun, Hatay, Maraş, Muş, Niğde, Sivas ve Yozgat'da; 1963'te Elazığ, Siirt ve Urfa'da; 1966'da Kars'ta, 1967'de Mardin ve Sakarya'da, 1969'da Bitlis ve Kütahya'da, 1970'de Ağrı'da, 1972'de Adıyaman'da sağlık okulları açılmıştır(8). Ayrıca 1961'de ebelik üzerine eğitim ve öğretim yapan İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Koleji hizmet vermeye başlamıştır. 1964'te Gaziantep ve 1966'da Isparta'da bulunan sağlık okulları sağlık kolejlerine dönüştürülmüştür***(8).***İstanbul Üniversitesine bağlı Ebelik Okulu, 1969-70 öğretim yılında yürürlüğe giren "İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ebe Okulu Yönetmeliği"ne göre sağlık kolejine çevrilmiş ve öğrenim süresi dört yıla çıkartılmıştır (8).

Kurumlar

Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü

1963 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Şubesi" bağımsız bir müdürlük haline getirilmiş, 1965 yılında da kuruluşu yasalaşmıştır. 665 sayılı bu yasayla ana ve çocuk sağlığını korumak için planlı ve programlı bir çalışmayı düzenleme görevi Müdürlüğe verilmiştir**(8).**Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana ve Çocuk Sağlığı Dispanserleri aracılığıyla yerine getirilmiştir. Diğer illerde ise Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri 30-50 bin, Şubeleri 10-30 bin ve Köy İstasyonları da 2500-4000 nüfusa hizmet vermişlerdir. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin de en önemli görevlerinden biri ana-çocuk sağlığı hizmetleri olarak belirlenmiştir(8).

Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü

1965 yılında yürürlüğe giren 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'na göre SSYB Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Müdürlüğün görevi, nüfus artış hızının "yumuşatılması", istenmeyen gebeliklerin engellenmesi için bilgilendirme, eğitim, ilaç ve gereçleri sağlama etkinliklerini düzenlemektir(8).

Doğum ve Çocuk Bakımevleri

1960'ta toplam 2095 yatağı olan 20 Doğum ve Çocuk Bakımevi varken, 1972'de bu sayı 22 olmuş yatak sayısı da 2805'e çıkmıştır. Ayrıca diğer hastanelerde de doğum pavyon ve servisleri açılmıştır(8).

Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri

Daha önce Deri ve Tenasül Hastalıkları Evi olan kurumların adı dispanser olarak değiştirilmiştir. 1973 yılında bunların sayısı 16 olmuştur ***(***8).Aynı yıl Ankara ve İstanbul belediyelerine ait iki zührevi hastalıklar hastanesi ve üç deri ve tenasül dispanseri bulunmaktaydı(8). Frengi Tedavi Yönetmeliği 1964'te gözden geçirilmiştir(8). Bu dönemde kamu kurumları dışında da bu konuda çalışacak sivil toplum kuruluşları kurulmuştur. Ana çocuk sağlığına yönelik çalışmalar için Türkiye Aile Planlaması Derneği 1963 yılında kurulmuştur. Daha önce araştırma ve projeler bazında yürütülen Birleşmiş Milletler kuruluşlarıyla olan ilişkiler bu dönemde kurumsallaşmış ve 1971 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye'de ana-çocuk sağlığı, aile planlaması konularında çalışmaya başlamıştır.

Öncü araştırmalar- Göstergeler

Üreme sağlığı alanındaki öncü nüfus araştırmaları ilk olarak bu dönemde yapılmaya başlanmıştır. Öncü dört araştırmadan üçü 1962-1963 yıllarında yapılmıştır(28). Bunlar şunlardır:

Yozgat İli Hakkında Bazı Demografik Bilgiler (1962):

Bu çalışma kırsaldaki kaba doğum, kaba ölüm ve bebek ölüm oranlarını belirlemeye yöneliktir. Buna göre kaba doğum hızı binde 47.2 (İlçe merkezinde 43.6, köylerde 48.9), bebek ölüm hızı binde 166 (İlçe merkezinde 116, köylerde 181) bulunmuştur(28). Bu çalışmanın örneklemesini DSÖ Avrupa Bölgesi üyesi Dr.A.A.Weber yapmış, hane halkının demografik izlemini Hıfzısıhha Okulu Tüberküloz Araştırma ekibi istatistik memuru Selahattin Parlakyıldız yürütmüş ve verilerin değerlendirilmesine Dr.R.Dirican yardımcı olmuştur(28).

Kazan Köylük Alanı Sağlık Ocağında Doğum ve Ölümler (1962-1963)

Bu araştırma Dr.Haluk K.Önüt'ün gözetimi altında Kazan Köy Sağlık Ocağı personeli tarafından gerçekleştirilmiştir. Buna göre kaba doğum hızı 1962 yılında binde 48.9, 1963 yılında binde 38.8'dir. Bebek ölüm hızı 1962 yılında binde 105, 1963 yılında binde 141'dir(28).

Türkiye Nüfus Çalışması (1963)

Nüfus politikasının değişmesinde bu çalışmaların yanı sıra ülkemizde ilk kez yurt ölçeğinde yapılan 1963 Türkiye Nüfus Çalışması'nın da katkısı büyüktür. Çalışma, SSYB ve Population Council'ın işbirliği ile yapılmıştır. Amaç, Türkiye'de evli çiftlerin aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve kullanım düzeyini saptamaktır. Araştırma bize yurt genelinde ilk kez evli çiftlerin aile büyüklüğü, gebelikten korunma ve isteyerek düşük yapma konusunda ne tür tutum ve davranışları benimsediklerini göstermiştir. Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlarını politika oluşturmada kullanan ekibin başında Dr. Fişek bulunmaktadır.

Türkiye'de Doğum ve Ölüm Oranları (1963):

SSYB'nın isteği ile Hıfzısıhha Okulu 1963 yılında, bebek ölümü, kaba doğum ve ölüm hızlarıyla ilgili veri elde etmek için bir araştırma düzenlemiştir(28). Bu araştırma Hıfzısıhha Okulu'nda CENTO danışmanı olarak bulunan, Londra Ekonomi Okulu öğretim üyesi K.E.Gales'in sorumluluğu altında yürütülmüştür. Örneklemeyi AID danışmanı J.Tucker düzenlemiştir. Dr.R.Dirican, Dr.G.W.Angell ve Dr.M.Stycos araştırmaya önemli katkıda bulunmuşlardır. (28).Bu araştırmaya göre kaba doğum hızı tüm Türkiye'de binde 41.3 bulunmuştur. Köylerde ölü doğum hızı binde 21, tüm Türkiye'de binde 18.9 olarak saptanmıştır(28).Fişek, B. Berelson'u kaynak göstererek bu araştırmanın yöneticiler için üç önemli bulgusunu şöyle sıralamıştır: (28).

(1) Türkiye›de küçük aile normdur. İdeal aile büyüklüğü 3.18 çocuktur,

(2) Toplum önderlerinin büyük çoğunluğu aile planlamasını desteklemekte ve hükümetin aile planlaması programını yürütmesini istemektedirler,

(3) Aile planlaması yöntemi kullanmak yaygın değildir ve en yaygın yöntem geri çekmedir.

Türkiyede çocuk düşürme üzerine epidemiyolojik bir araştırma (1973)

H. Kişnişçi ve A. Akın tarafından yapılan araştırma Eylül 1975 de Çeşmede toplanan "İkinci Türkiye Demografyası" konferansına sunulmuştur. (28).

Çocuk Düşürmenin Önlenmesi konusunda Bir Araştırma **(1979)**

Nusret Fişek tarafından 1979 yılında sunulan Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde 1974-76 yılları arasında doğurganlık çağındaki kadınların iki yıllık izlemi araştırması sonuçlarına göre "geleneksel yöntemleri kullananlar arasında isteyerek çocuk düşürme oranı binde 41, rahim içi araç kullananlarda binde 10 dur." (29).

Türkiye'de Ailelerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları:

Ülkemizde aile planlaması konusunda halkın bilgi, tutum ve uygulamasını araştırmak üzere ilk araştırma, Türkiye›yi temsil eden bir örnek üzerinde, 1963 yılında SSYB tarafından yaptırılmıştır. Bu araştırmadan sonra her beş yılda bir (1968, 1973, 1978›de) Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü bu araştırmaları sürdürmüştür. Fişek, SSYB'nca 1963'de; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce 1968, 1973 ve 1978'de ve Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü'nce 1975'de yaptırılan araştırma sonuçlarını aşağıdaki tabloda özetlemiştir:

Yöntemler	1963 (1)	1968 (1)	1973 (1)	1978 (1)	(2)
Rahim İçi Araç	0	1.6	2.3	3.5	4.0
Hap	1.0	2.2	4.8	4.9	5.6
Kaput	4.3	4.4	4.7	3.6	4.1
Geri Çekme	10.4	18.0	23.6	19.4	22.2
Diğer	12.0	12.9	10.1	12.7	14.5
Toplam Korunanlar	22.0	32.0	38.0	44.1	50.4

Tablo2:Türkiye'de Doğurganlık Çağındaki Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananlar (1963-1978)

(1) Baz: Doğurganlık Çağında ve Evli Tüm Kadınlar (Yüzde)
(2) Baz: Doğurganlık Çağında, Evli ve Gebelik Riski Altında Olan Kadınlar (Yüzde)

Not: 1963, 1968 ve 1973 araştırmalarında yöntem yüzdeleri kullanılan toplam yöntem bazına göre hesaplanmıştır.

Tabloda gebelikten korunma yöntemi kullananların hızla artmasına karşın bu artışta etkin olmayan yöntemlerin payının büyük olduğu görülmektedir(28).

Çocuk düşürme ile ilgili Türkiye›yi temsil eden bir örnek üzerinde ilk araştırma 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce yapılmıştır. Bunu 1973, 1975 ve 1978 araştırmaları izlemiştir. Bu araştırmalara göre her yıl 200.000 dolayında isteyerek çocuk düşürme olduğu saptanmıştır. Bir yandan geri çekmenin yaygınlaşması ve diğer yandan çocuk düşürmeyle istenmeden gebe kalışların artması, "sunulan hizmetin yetersiz" olduğunu düşündürmüştür. Bu bulgu isteğe bağlı gebeliği sonlandırmanın serbestleştirilmesi için kullanılmıştır(30).

1978 araştırmasında ortalama çocuk sayısının 3.03 olduğu görülmüştür. Aynı araştırmada kadınların %91'inin gebeliği önleyici yöntemlerden en az birini bildiği ortaya çıkmıştır. 1963-78 arasında doğurganlık çağında evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı %22'den %44'e yükselmiştir. Ancak geleneksel yöntemleri kullananların oranı da yüksek bulunmuştur.1978 araştırmasında doğurganlık çağındaki evli kadınların %38'i çocuk istemedikleri halde gebe kaldıklarını belirtmişlerdir(3).

İsteğe bağlı gebeliği sonlandırma ile ilgili N. Fişek aktarımı:

Ülkemizin doğum ve jinekoloji kliniklerinde, çocuğunu dü-

şürmek için kadının yaşamını nasıl hiçe saydığını gösteren örnekler, toplumumuzda buna ait öyküler pek çoktur. Kültürün daha da gelişmiş olduğu toplumlarda, kadın ve erkek gebeliğin önlenebileceğini bilirler ve başarıyla uygularlar.Doğumevleri kayıtlarına göre, ülkemizde kadınlar ortalama üç doğuma karşılık bir düşük yapmaktadırlar. Her yıl yaklaşık bir buçuk milyon çocuk doğduğuna göre, yıllık düşük sayısı beş yüz bin kadardır. Çocuk düşüren bu kadınlar arasında ekonomik durumu yerinde olanların tıbbi olanaklardan faydalandıkları kesindir. Ne var ki, kürtaj yasal olarak yasaklandığından hem yaptıran kadın ve hem de yapan hekim bu durumu saklamaktadır. Çocuk düşürme yüzünden sağlığı ve yaşamı en az tehlikeye düşenler hekime kürtaj yaptıranlardır. Buna karşın, bunlarda da ölüm ve kısırlıkla sonuçlanan komplikasyonlar görülür. Bu olanağa sahip olmayan kadınlar ise, çocuklarını düşürmek için akıl almayacak kadar tehlikeli yollara başvurmaktadırlar. Kullanılan halk ilaçlarının bir kısmı ağızdan alınan (acı yonca, kınalı kinin ve maydanoz suları gibi), bir kısmı serviksten uterusa itilen (laminaria, kalem şeklinde kesilmiş sabun, kibrit çöpü, çıra, ebe gümeci kökü, bağ çubuğu, kunduracı çirişi, cam çubuk gibi) mekanik araçlardır(13).

Kadınlarda adolesan evlilikler 1960'ta %33.8, 1965'te %27.7, 1970'te %25.1, 1975'te %22.0, 1980'de %21olmuştur(22). Kadınlar için ortalama ilk evlenme yaşı 1960'ta 19.2, 1965'te 19.5, 1970'de 19.8, 1975'te 20.0, 1980'de 20.6 olmuştur(22). İntihar eden kadınlar içinde aile geçimsizliği nedeniyle intihar oranı 1975'te %29, hissi ilişki ve istediği ile evlenememe nedeniyle intihar oranı %21'tir. Aynı oranlar erkekler için sırasıyla %17.3 ve %17.3'dir. Bu oranlar 1980'de kadınlarda %28 ve %4.4 erkeklerde %13.1 ve %6.9 olarak değişmiştir(22).

Ana ölüm hızı hakkında ilk bilgi Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE) 1974-75 yıllarında yaptırdığı nüfus araştırmasında elde edilmiştir. Ana ölüm Hızı yüzbin canlı doğumda207 olarak bulunmuştur(30).Kaba Doğum Hızı 1945-50 yıllarında binde 45.9 iken 1970-75 yılları arasında binde 30'a düşmüştür. Toplam Doğurganlık Hızı da 6.9'dan 4.7'e düşmüştür.

Tablo 3: Türkiye›de Doğum Hızları (1945-1975)(3)

Hızlar	1945-50	1950-55	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75
Kaba Doğum Hızı (binde)	45.9	43.0	39.0	39.6	34.0	30.0
Toplam-Doğurganlık Hızı	6.9	6.1	5.6	5.3	5.1	4.7

1980 – 2000 DÖNEMİ

Politikalar

Bu dönemde hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) ve Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)'nda ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine toplumun ulaşmasını sağlamaya ve dezavantajlı bölgelerde hizmetlerin sunumunu iyileştirmeye yönelik maddeler dikkati çekmektedir.

SSYB'nın merkez teşkilatını yeniden düzenleyen 28/2/1982 tarih ve 8/4334 sayılı kararname ile Ana-Çocuk Sağlığı ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlükleribirleştirilerek "Sağlık Bakanlığı- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü" adı altında işlev görmeye başlamıştır.Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) Türkiye tarafından 1985'te imzalanmıştır. İlk Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Ekim 1989›da İstanbul Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur(31).

Türkiye'nin CEDAW ve Pekin taahhütlerinin ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki çalışmaları izleme, değerlendirme ve BM'ye rapor etme, konunun savunulması, yasalarda mevcut eksikliklerin veya yanlış uygulamaların giderilmesi için çalışmak üzere 1990 yılında Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM)'nün kurulmuştur.

1993 yılında 2827 sayılı Yasanın 1983'te ön gördüğü "Sektörler Arası Nüfus Planlama Danışma Kurulu" Sağlık Bakanlığının başkanlığında işletilmeye başlanmıştır. Bu kurulun kapsamı ve işlevi, 1994 Kahire Konferansı'ndan sonra genişletilerek "Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışma Kurulu" şeklinde çalışmalarını sürdürmüştür. Bu Kurul, sektörlerin motivasyonu, yeni proje, program ve yaklaşımla rın başlatılması, konuya ilişkin uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi açısından; düzenli ve sürekli olarak yürütüldüğü takdirde, kadın sağlığı konularının savu nulmasını kurumsallaştırabilecek çok önemli bir mekanizmadır(32).

Birleşmiş Miletler Nüfus Fonu(UNFPA)'nun ana çocuk sağlığı, üreme sağlığı ile ilgili Türkiye Ülke Programı 1988 yılında başlamıştır. İlk Ülke Programı 1988-1992 yılları arasındadır.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 'nin 1992 yılında tüm hekimlere gönderdiği bildirinin ardından, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu'nun 1998 yılındaki raporuyla, yasal bir gerekçe olmadığı sürece hekimler tarafından "kızlık zarı incelemesinin" yapılmaması istenmiştir(33).

Yasal düzenlemeler

Mayıs 1983'te 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiştir. Bu kanun ile kişinin isteği ile sterilizasyon ameliyatı yapılabilmesine ve 10 haftaya kadar olan istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir. Bu yasa çerçevesinde507 sayılı nüfus planlaması hizmetleri-

ni yürütecek personelin eğitimi. görev, yetki ve sorumlulukları hakkında yönetmelik uyarınca kurs görmüş ve Bakanlıkça Yeterlik Belgesi verilmiş pratisyen hekimlereon haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesini Menstrüel Regülasyon yöntemi ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının kontrol ve denetiminde yapma, Rahim İçi Araç takma, üroloji uzmanlarının denetiminde erkekte sterilizasyon ameliyatını yapma yetkisi verilmiştir. Aynı yönetmelikle kurs görmüş ve Bakanlıkça Yeterlik Belgesi verilmiş ebelere Rahim İçi Araç takma yetkisi verilmiştir.

Yasaya dayalı olarak çıkarılan 509 sayılı yönetmelik uyarınca, *NüfusPlanlaması Danışma Kurulu* oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda çalışanbu kurul, yılda iki kez toplanarak sektörlerin katılımı ile mevcut işbirliği ortamınıgözden geçirmekte ve aile planlaması hizmetleri alanında yeni programlarınhazırlanmasında esas alınacak ilkeleri belirlemektedir.Yeni yasanın kadın-anne sağlığı ve aile planlaması uygulamaları üzerinde en belirgin etkilerini Akın şu şekilde ifade etmektedir: (11)

"Düşüğün yasallaşması, ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesine büyük etki yapmıştır. Güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri ciddi düzeyde azalmıştır. İsteyerek düşüklerin sağlık hizmeti üzerindeki yükü, bireylere olan maliyeti azalmıştır. RİA kullanma sıklığı artmıştır. Etkili kontraseptif yöntem kullanımı geleneksel yöntemleri geçmiştir. Bebek Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Hızı'nda düşüş sağlanmıştır."

1998 yılında kadına karşı şiddetle ilgili ilk yasa Ailenin Korunmasına Dair Kanun(4320)kabul edilmiştir. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 1992 yılında tüm hekimleri yasal bir gerekçe olmadığı sürece etik ve hukuk açısından "kızlık zarı incelemesini" yapmamaları gerektiği konusunda bilgilendirmiştir. TTB Etik Kurulu'nun 1998 yılındaki raporunda, bu konu geniş olarak ele alınarak bunun hiç bir yasal dayanağının olmadığı ve bu işlem sırasında tıbbi etik ilkelerinin de çiğnendiği dile getirilmiştir(33).

Hizmetler

Ulusal politikaya uygun olarak hizmet birimlerinin açıldığı görülmektedir. Bu alanda hizmet sunan en öenmli STK'lardanTürkiye Aile Planlaması Vakfı 1983 yılında kurulmuştur. Kamudaki ilk tüp bebek merkezi 1990 yılında açılmıştır(34).

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'ne bağlı ilk kadın sığınma evi 1991 yılında kurulmuştur(35).1994 yılında "Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi" ilk kez yayımlanmıştır, bu rehber güncellenerekhalen aile planlaması danışmanlığı verilen kurumlarda kullanılmaktadır.

1995 yılından itibaren Kadının İnsan Hakları – Yeni Çözümler Derneği(KİH-YÇ), Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, belediyeler ve pek çok STK ile birlikte **"Kadının İnsan Hakları Eğitim Programı (KİHEP)"nı yürütmektedir.**(36).1996 yılında Ulusal AİDS komisyonu kurulmuştur(37).

1996 yılında 4. Dünya Kadın Konferansı (Pekin) Eylem Planı doğrultusunda ilk Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planıgeliştirilmiştir. Bu Eylem Planı'ndasağlık kritik alanlardan biri olarak ele alınmış, kadınların yaşadıkları sorunlara ilişkin durum saptaması yapıldıktan sonra,hedefler ve gerçekleştirilecek eylemler belirlenmiştir. Eylem Planı ile kadınların nitelikli sağlık bakımına ulaşılabilirliğini artırmak, kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik önleyici programlar oluşturmak, cinsel sağlık konusunda toplumsal cinsiyete duyarlı girişimlerin başlatılması, kadın sağlığı araştırmalarının yaygınlaştırılması, kadın sağlığına ilişkin kaynakların artırılması ve kadın sağlığını olumsuz etkileyen tüm uygulamaların kaldırılması hedefleri ortaya koyulmuştur(38).

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği 6 Şubat 1997 tarihinde 22900 sayılı Resmi Gazatede yayınlanmıştır. Bu yönetmelin amacı; "kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde diğer ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmet ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan AÇSAP Merkezlerinin hizmetlerini ve bu hizmetlerin yürütülmesine dair usul ve esasları düzenlemek" olarak belirtilmiştir(39).

1998 yılında Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı hazırlanmıştır(40). 1996-2000"Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması - Ulusal Stratejik Eylem Planı" oluşturulmuştur.

Öncü araştırmalar - Göstergeler

- Rahim İçi Araç (RIA) Uygulamasında DSÖ – El kitabının Geliştirilmesi ve Ön Testinin Sahada Yapılması (1979-1980)
- Hekim Dışı Sağlık Personelinin RIA Uygulama Hizmetlerini Vermede Kullanılması (Faz 2) ve Hekimle Karşılaştırılması (Faz 3) (1980-1981)
- Ebe / Hemşirelerin Saha Koşullarında Uygulama Yapması, İzlenmesi ve Değerlendirilmesi (Faz 4) (1981-1983)
- Hekimler için Aile Planlaması Konusunda Eğitim Yöntemi Geliştirilmesi ve Gebeliğin MR Yöntemi ile Sona Erdirilmesi Projesi (1982)
- Kırsal Alanda İmam ve Öğretmenlerin AP'de Teşvik Edici (Motivatör) Olarak Kullanılması Araştırması (1982)
- Karman Aspirasyonu ile Gebeliğin Sonlandırılmasının Yan Etki ve Komplikasyonlarının Değerlendirilmesi (1983)
- İllegal Düşüğün Sağlık Hizmetlerine olan YükününÇok Merkezli Olarak Araştırılması (1979-1981)
- Hekimler için Aile Planlaması Eğitim Programı Geliştirme Projesi (1983), SSYB- AP- AÇS Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim

Dalı, DSÖ işbirliği ile

- Tüp Ligasyonu Vakalarının Teknik, Klinik ve Psikososyal Açıdan Değerlendirilmesi ve Mini Lap TL tekniğinin ülkede kullanımı (1986)
- Anne-Çocuk Sağlığında Risk Yaklaşımı Stratejisinin Değerlendirilmesi (1984-1986) Toplumdaki Kadın ve Erkeklerin Aile Planlaması Hakkında Bilgilendirilmesi ve Topluma Danışmanlık Yapılabilmesi için BEİ Materyallerinin ve Yöntemin Geliştirilmesi (1988) Etimesgut ve Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde Anne Ölümlerinin Nedenlerine Yönelik 10 yıllık Epidemiolojik Çalışma (1975- 1985)
- Geri Çekme Yönteminin Yaygın Kullanımını Etkileyen Faktörler (1988) ***(41).***
- Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması(TÜSDA)(1994), Sağlık Bakanlığı(SB) AÇSAP Genel Müdürlüğü, Gazi Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, The Population Council, AVSC International.
- 1983 Türkiye Doğurganlık ve Aile Sağlığı Araştırması
- 1988 Türkiye Doğurganlık ve Sağlık Araştırması
- 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- Kadının İnsan Hakları – Yeni Çözümler Derneği(-KİH-YÇ) tarafından 1993 -1996 yıllarında Ankara, İstanbul, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da "Türkiye'de kadının insan hakları" ve "aile içi şiddet" konulu araştırmalar yapıldı(42).

1993 yılındaki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) göstergelerinde kontraseptif yöntem kullanımında modern yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımını ilk kez aşmıştır(12). Kadınlarda adolesan evlilikler 1980'de %21, 1985'te 15.8, 1990'da 15.2olmuştur(22). Kadınlar için ortalama ilk evlenme yaşı 1980'de 20.7, 1985'te 21.5, 1990'da 22'dir(22). Döneme ait araştırmalardan derlenen diğer göstergeler Tablo 4'de sunulmuştur.

2000 YILI SONRASI DÖNEM

Politikalar

Bu dönemde üç kalkınma planı bulunmaktadır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(2001–2005)'nda üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilerek, kaliteli bir biçimde, yaşam boyu yaklaşımı içinde cinsiyet ayırımı yapılmadan sunulmasının sağlanacağı, hizmetlerin herkese ulaştırılması ve kayıt sisteminde iyileştirmeler yapılacağı belirtilmektedir (44).

Dokuzuncu Kalkınma Planı(2007-2013)'nda,Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılarak, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanacağı ve ülke genelindeki dağılımlarının dengeleneceği; erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirileceği; başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılacağı belirtilmektedir.

		TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998
Yaşa özel doğum hızı(binde)	15-19	45	56	60
	20-24	193	179	163
	25-29	183	151	150
	30-34	102	94	93
	35-39	55	38	42
	40-44	19	12	13
	45-49	7	0	1
Toplam doğurganlık hızı (kent)		---	2.4	2.4
Toplam doğurganlık hızı (kır)		---	3.1	3.1
Toplam doğurganlık hızı (toplam)		3.0	2.7	2.6
Genel doğurganlık hızı (kent) (binde)		---	87	87
Genel doğurganlık hızı (kır) (binde)		---	102	107
Genel doğurganlık hızı (toplam) (binde)		---	95	94
Kaba doğum hızı (kent) (binde)		---	21.7	22.8
Kaba doğum hızı (kır) (binde)		---	24.0	24.7
Kaba doğum hızı (toplam) (binde)		--	22.9	23.4
Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem (evli kadınlar)		63.4	62.6	63.9
Herhangi bir gebeliği önleyici modern yöntem (evli kadınlar)		31.0	34.5	37.7
Hap kullanımı		6.2	4.9	4.4
RİA kullanımı		14.0	18.8	19.8
Kondom kullanımı		7.2	6.6	8.2
Tüplerin bağlanması		1.7	2.9	4.2
Diğer modern yöntemlerin kullanımı		2.0	1.3	1.1
Herhangi bir gebeliği önleyici geleneksel yöntem (evli kadınlar)		32.3	28.1	26.1
Takvim		3.5	1.0	1.1
Geri çekme		25.7	26.2	24.4
Diğer geleneksel yöntem		3.1	0.9	0.6
Halen yöntem kullanmayan evli kadınlar		36.6	37.4	36.1
Herhangi bir yöntem bilme		98.2	99.1	98.9
Herhangi bir modern yöntem bilme		97.5	98.6	98.7
İsteyerek düşük (her 100 gebelikte)		---	17.9	14.5
Kendiliğinden düşük (her 100 gebelikte)		---	8.9	8.7
Toplam düşük hızı		---	---	23.2
Doğum öncesi bakım almama (yüzde)		57.4	37.0	31.5
Dört ve üzeri doğum öncesi bakım alma (yüzde)		---	35.9	42.0

Tablo 4: TDSA ve TNSA verisine göre 1980-2000 yılları arası Türkiye'de üreme sağlığı göstergeleri (43)

Sağlık personelinin yardımcı olduğu doğumların (yüzde)	76.4	75.9	91.0

Bu planda, anne-çocuk sağlığı başta olmak üzere, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi; başta özürlüler, yaşlılar, kadınlar, çocuklar ve göç edenler olmak üzere, yoksulluk ve sosyal dışlanmaya maruz kalmış kesimlerin, sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin kaldırılması hedeflenmiştir(45).

Onuncu Kalkınma Planı(2014-2018)'nda Öncelikli Dönüşüm Programları**İçinde** Ailenin ve Dinamik N**üfus** Yapısının Korunması Programıkapsamında aile refahının korunması, evlilik öncesi eğitim ve aile danışmanlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, sosyal yardım ve hizmetlerin aile temelli sunulması, genç nüfusun yarattığı demografik fırsat penceresinden azami derecede faydalanılması, sağlık alanında çocuk dostu doğum koşulları ve uygulamalarının geliştirilmesi öngörülmektedir. Programın hedefleri arasında toplam doğurganlık hızının yenilenme oranının üzerine çıkarılmasıvardır(46).Onuncu Kalkınma Planı ile Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yeni nüfus politikası başlığında belirtilen antinatalist nüfus politikasından pronatalist nüfus politikasına bir değişim öngörülmüştür.

Bu dönemde hazırlanan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı(2013-2017)'nda da toplam doğurganlık hızının düşmesi ve nüfusun yaşlanma eğilimine girmesi tehdit olarak belirtilerek, **ü**reme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek hedefi konulmuştur.

2005 yılında hazırlanan"Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı"nda 2005-2015 yılları arasındaki öncelikli hedefler; anne ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gençlerin sağlığının iyileştirilmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve sağlıkta bölgelerarası eşitsizliklerin azaltılması olarak belirlenmiştir(47).

İlk Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2007-2010) ile aile içinde kadına yönelik her tür şiddetin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin uygulamaya konulması amaçlanmıştır.

2012 yılında Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilat yapısıdeğişerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daha once kadın sağlığına yönelik hizmetleri yürüten birim olan Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü kapatılmıştır;bu işlevler Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı altındaki Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı'na devredilmiştir.

UNFPA ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasındaki anlaşma ile 2011-2015 döneminde 4,5 milyon ABD doları bütçeye sahip olan Beşinci Ülke Programıyürütülmüştür. Bu program üreme sağlığı ve hakları,nüfus ve kalkınma ve toplumsal cinsiyet eşitliği bileşenlerinden oluşmaktadır. (48).

UNFPA'nın Türkiye'nin 2016-2020 döneminde yürüteceği Altıncı Ülke Programı özellikle dezavantajlı ve savunmasız gruplara odaklanmakta, hizmetlere erişimlerini iyileştirmeye yönelik çalışmalara desteklemektedir(49).

Yasal Düzenlemeler

Bu dönemde toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gidermeye yönelik kazanımlar görülmektedir. Yeni Medeni Kanun(2002)'la aile reisliği kaldırılıp eşlere eşit haklar getirilmiştir. "Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanun" 9.1.2003 tarihinde kabul edilerek yürürlüğe girmiştir

Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik" 14 Temmuz 2004 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 21.7.2004 tarihli ve 25529 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5223 sayılı"Devlet Memurları Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile doğum izni "doğum yapmasından önce sekiz hafta ve doğum yaptığı tarihten itibaren sekiz hafta olmak üzere toplam 16 hafta süre ile aylıklı izin" olarak düzenlenmiştir***(50).***

2004 yılında TBMM'de Töre ve Namus Cinayetleri, Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddet Araştırma Komisyonu kurulmuştur. Bu komisyonun hazırladığı raporun TBMM'de sunulmasını takiben, 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi ile kadına yönelik şiddetle ilgili koruyucu ve önleyici tedbirler ve devlet kurumlarının yükümlülükleri belirlenmiştir.

2005 yılında Kadın ve Çocuklara karşı suçlarda etkili cezalar getiren yeni Türk Ceza Kanunu çıkarılmıştır.

Töre ve namus cinayetleri ile kadınlara ve çocuklara yönelik şiddetin sebeplerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla 2005 yılında oluşturulan TBMM'nde Meclis Araştırma Komisyonu"nun TBMM'nde Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonunun kurulmasına ilişkin 5840 sayılı Kanun, 24.03.2009 tarihli Resmi Gazete"de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.Kadınların sosyo-ekonomik konumlarının güçlendirilmesi, toplumsal yaşamda kadın erkek eşitliğinin sağlanması, sürdürülebilir ekonomik büyüme ve sosyal kalkınma hedefine ulaşılabilmesi için kadınların istihdamının artırılması ve eşit işe eşit ücret imkanının sağlanması amacıyla "Kadın İstihdamının Artırılması ve Fırsat Eşitliğinin Sağlanması" konulu 2010/14 sayılı Başbakanlık Genelgesi 25.05.2010 tarihli Resmi Gazete"de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

11 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul'da imzaya açılan Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi), 1 Ağustos 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir ***(51).*** Türkiye dünyada imzalayan ilk ülke olarak örnek oluşturmuştur. 2012 yılında Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun(6284) kabul edilmiştir.

2013 yılında her ilde en az bir Şiddet Önleme ve İzlem Merkezi(ŞÖNİM)nin kurulmasına yönelik düzenlemeler

yapılmıştır. 29/1/2016 tarihli ve 6663 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda yapılan değişiklikler ile analık izni, süt izni ve evlat edinme sebebiyle verilecek izinler yeniden düzenlenmiştir.

Hizmetler

Avrupa Komisyonu ile 2001 Aralık'ta "Üreme Sağlığı Programı Finansman Anlaşması (2003-2007)" imzalanmıştır. Yapılan anlaşmalar gereğince 2003 yılında "Türkiye Üreme Sağlığı Programı(TÜSP)" uygulamaya başlanmıştır. Bu programın temel amacı, "ülkemizde üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliğinin ve erişilebilirliğinin arttırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi yoluyla Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarına doğrudan destek sağlamak" olarak belirtilmektedir. TÜSP ile güvenli annelik, acil obstetrik bakım, cinsel yolla bullaşan hastalıklar, aile planlaması, gençlerin sağlığı, hizmet içi eğitimler, üreme sağlığında müfredat geliştirme, üniversite öğrencileri için üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmet modeli geliştirme çalışmaları yürütülmüştür. Programın birinci bileşeni kapsamında yapılan eğitim faaliyetleri ile, 12'si bölgesel olmak üzere 75 Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi kurulmuş, Sağlık Bakanlığı tarafından önceden faaliyete geçirilmiş olan 18 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne ek olarak 20 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi faaliyete geçmiş, eğitim materyalleri geliştirilerek mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimler verilmiştir. Bunun yanı sıra hizmet sunum birimlerinin desteklenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili eylemlerin desteklenmesi ve bilgi ihtiyacının karşılanması faaliyetleri gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Sivil Toplum Kuruluşları (STK) tarafından yürütülen toplam 88 proje bu kapsamda desteklenmiştir.

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, UNFPA işbirliği ile 2001-2005 yılları arasında Bursa ve İzmir'de "Adolesanların Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet Gereksinimlerinin karşılanması için Strateji Geliştirme Projesi"; UNICEF işbirliği ile Adana ve Ankara'da "Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi" gerçekleştirilmiştir. Bu projeler kapsamında 2004 yılında 14 ilde 19 Genç Dostu Sağlık Hizmeti Merkezi (GDSHM) oluşturulmuştur(47, 52).

Erken evliliklerin getirdiği obstetrik problemler ve Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı konusunda erkeklerin de bilinçlendirilmesi amacıyla SB ile Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı işbirliği ile, 2002 yılında UNFPA işbirliği ile "Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı" başlatılmış, söz konusu program 2005 yılından itibaren Türkiye Üreme Sağlığı Programı'na eklenmiştir. Ülke genelinde tüm askeri birliklerde açılan üreme sağlığı derslerinde, erbaş ve erlere yönelik eğitimler verilmektedir(47).

Bu dönemde ünversitelerin Kadın Sorunları Araştırma Merkezleri'nin sayısı arttı. Bu da Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına yönelik şiddet konusundaki akademik çalışmaların artmasını sağladı(52).2002 yılında kamu sağlık kurumlarında Evlilik Öncesi Danışmanlık Uygulaması başlamıştır (53).

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü tarafından 2003 yılından itibaren ülke genelinde, çocuk ölümleri ile çocukların hastalanma oranlarını azaltmak, 0-6 yaş grubu çocukların sunulan hizmetlerden yararlanmalarını sağlamak amacıyla Şartlı Nakit Transferi Sağlık Yardımları uygulanmaktadır. Bu yardımlarda, sağlık muayenelerinin yaptırılması şartı ile yoksul ailelere düzenli nakdi para transferi yapılmaktadır. Bu yardım aynı zamanda gebelik izlemlerine de uygulanarak gebelerin sağlık hizmetine başvuruları artırılmaya çalışılmıştır.

Ruhsal bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan ve kadınlar arasında da görülen intihar vakalarını önlemeye ilişkin Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılından itibaren çalışmalar başlatılmış, bu kapsamda sağlık çalışanları eğitimi yapılmış, belirlenen pilot hastanelerin acil servislerinde "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri" oluşturulmuştur(52).

Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü(KSGM), 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi kapsamında sağlık görevlileri, yargı mensupları, kolluk kuvvetleri, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, çocuk gelişimi uzmanları, ve diğer meslek gruplarının lisans ve hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunun yeralması için ilgili kurum-kuruluşlarla eğitim protokolleri imzalamış, eğitimler başlatmıştır. Şiddet mağduru ve risk altındaki kadınlara sunulan sağlık hizmetleri prosedürlerinin belirlenmesi ve buna uygun olarak eğitim programlarının düzenlenmesi amacıyla KSGM ile SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü işbirliği ile hazırlanan "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler Eğitimi Protokolü", 3 Ocak 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2008 yılında anne ölümlerini azaltmak için Sağlık Bakanlığı 'Misafir Anne Projesi'ni başlatmıştır. Bu proje ile hastane şartlarında doğum yapamama riski taşıyan, sosyal endikasyonu olan riskli gebelerin muhtemel doğum tarihlerinde yerleşim merkezlerine nakledilmeleri, buralarda konaklanmaları, hastane şartlarında doğumlarının gerçekleştirilmesi, doğum sonrasında anne ve bebeğin sağlık durumu uygun hale getirildikten sonra tekrar evlerine götürülmesi sağlanmaktadır***(54).***

2009 yılı itibariyle bakanlık kurumlarının uygulamalarında kullanılacak standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmıştır***(53).***

2010 yılında Aile Hekimliğine geçiş ile birlikte AÇSAP Merkezleri sayıları azaltılmıştır. Bu da özellikle aile planlaması çalışmalarında aksamaya yol açmıştır. Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezleri Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır***(55).***

2015 yılında normal doğumların artırılması amacıyla Anne Dostu Hastane Uygulaması başlatıldı. 2010 yılında anne ve bebek ölümlerini azaltmak amacıyla yüksek riskli

gebelikler ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin izlenmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı bazı hastaneler bünyesinde perinatal merkezleri kuruldu, 2015 yılında perinetal hizmet birimlerinin asgari standartları ile çalışma usul ve esasları belirlendi. 2017 yılında TÜSEB Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü kuruldu.

Öncü araştırmalar- Göstergeler

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2003, 2008, 2013 bu dönemde yapılmıştır. 2002-2008 arası Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığını ve verilecek hizmet modelini belirlemeye yönelik araştırmalar dikkati çekmektedir***(47).***

"Türkiye Üreme Sağlığı Programı" kapsamında Türkiye'deki bölgesel ve kent-kır arasındaki farklılıkları içeren, anne ölümleri ile ilgili mevcut bilgi eksikliğini kapatmak için Haziran 2005'te Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) yapılmıştır (56).

Tablo 5: Sağlık İstatistikleri Yıllığı verisine göre Türkiye'de üreme sağlığı göstergeleri (59-61)

	2002	2014	2015	2016
AÇSAP yıllık başvuru	2,980,481	660,056	548,433	-
Ebe sayısı	41,479	52,838	53,086	52,456
Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı	75	98	99	98
Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı	21	51.1	53.1	53.1
Primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı	-	26.3	27.2	26.4
Gebe başına ortalama izlem sayısı	1.7	4.8	4.7	4.7
Lohusa başına ortalama izlem sayısı	0.7	3	3	3
Anne ölüm oranı	64.0	15.2	14.7	14.7
Perinatal ölüm hızı (28 hafta veya 1000 gr ve üzeri)	-	8.1	7.7	7.6

2006 yılında Türkiye'de STI, HIV/AIDS Sürveyans Programı Geliştirme Araştırması yapıldı. Aynı yıl Küresel Fon Destekli Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı yürütülmüş, bu konudaki çalışmalara destek sağlanmıştır.

2007 yılında "Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Araştırması" Nüfus Bilim Derneği, UNFPA işbirliğinde yapılan araştırmada gençlerin %65'inin cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında hiç bir destek almadığı saptanmıştır(57).

		TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
Yaşa özel doğum hızı	15-19	46	35	31
	20-24	136	126	124
	25-29	134	133	136
	30-34	78	91	104
	35-39	38	36	48
	40-44	12	10	7
	45-49	2	1	2
Toplam doğurganlık hızı (kent)		2.06	2	2.16
Toplam doğurganlık hızı (kır)		2.65	2.67	2.73
Toplam doğurganlık hızı (toplam)		2.23	2.16	2.26
Genel doğurganlık hızı (kent)		74	71	75
Genel doğurganlık hızı (kır)		90	92	90
Genel doğurganlık hızı (toplam)		79	76	78
Kaba doğum hızı (kent)		19	18.4	17.6
Kaba doğum hızı (kır)		21.1	19.4	17.2
Kaba doğum hızı (toplam)		19.7	18.6	17.5
Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem (evli kadınlar)		71	73	73.5
Herhangi bir gebeliği önleyici modern yöntem (evli kadınlar)		42.5	46	47.4
Hap kullanımı		4.7	5.3	4.6
RİA kullanımı		20.2	16.9	16.8
Kondom kullanımı		10.8	14.3	15.8
Tüplerin bağlanması		5.7	8.3	9.4
Diğer modern yöntemlerin kullanımı		1.1	1.1	0.8
Herhangi bir gebeliği önleyici geleneksel yöntem (evli kadınlar)		28.5	27	26.0
Takvim		1.1	0.6	0.3
Geri çekme		26.4	26.2	25.5
Diğer geleneksel yöntem		1.0	0.2	0.2
Halen yöntem kullanmayan evli kadınlar		29	27	26.5
Herhangi bir yöntem bilme		99.8	99.8	99.8
Herhangi bir modern yöntem bilme		99.5	99.6	99.7
Evli kadınlarda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı yüzdesi		10	8	6.0
İsteyerek düşük (her 100 gebelikte)		11.3	10	4.7
Kendiliğinden düşük (her 100 gebelikte)		10	10.5	14.0
Toplam düşük hızı		0.38	0.24	0.14
Doğum öncesi bakım almama yüzdesi		18.6	7.8	2.7
Dört ve üzeri doğum öncesi bakım alma		53.9	73.7	89.0

Tablo 6: TNSA verisine göre 2000 yılı sonrası Türkiye'de üreme sağlığı göstergeleri (62)

Sağlık personelinin yardımcı olduğu doğumların yüzdesi	82.9	91.3	97.4
Yıllara göre adölesan annelerin tüm anneler içerisindeki oranı	7.5	5.9	4.6

Medikal Abortusla ilgili 1999-2012 yılları arasında dört çalışma yapılmıştır. İlk çalışma 1999-2002 yıllarında "Population Council", ikincisi 2003-2005 yıllarında "Gynuity Health Projects", üçüncüsü 2009-20012 yıllarında "Gynuity Health Projects" ve dördüncüsü 2009-2012 yıllarında DSÖ işbirliği ile Başkent ve Hacettepe Üniversiteleri öncülüğünde yürütülmüştür(58).

Döneme ait Sağlık İstatistikleri Yıllıkları ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'ndan derlenen diğer göstergeler Tablo 5 ve 6'da sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1.Resmi Gazete. Tevhid-i Tedrisat Kanunu, 1924. Erişim adresi: http://www.serenti.org/tevhid-i-tedrisat-kanunu-ve-ulusal-laik-egitime-gecis/

2.Resmi Gazete. Türk Medeni Kanunu, 1926. Erişim adresi: http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.4721&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0&Tertip=5&Tur=1&No=4721

3.Fişek N. Dünyada ve Türkiye'de nüfus sorunu. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 91-106.

4.Berber E. Atatürk Döneminde Türkiye'de Sağlık: Bir Bilanço Denemesi. İç: Mutluer M, Akçiçek E, ed. Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1920-1938) Bildiriler. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Edebiyat Fakültesi Yayın No:156; 2009: 253-286.

5.Çelik K. Atatürk Dönemi C.H.P. ve Hükümet Programlarında Sağlık. İç: Mutluer M, Akçiçek E, ed. Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1920-1938) Bildiriler. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Edebiyat Fakültesi Yayın No:156; 2009: 287-305.

6.Ummanel A. Türkiye Himaye-İ Etfal Cemiyeti Yayınlarından bir kartpostalın çocuk hakları bağlamında incelenmesi. Elementary Education Online, 2017; 16(1): 245-255.

7.Aydın E. Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi. Ankara: Natürel;2002

8.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: Ayyıldız Matbaası; 1973.

9.Fişek N. Türkiye'de nüfus planlaması. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 177-181.

10.Fişek N. Aşırı doğurganlık ve sağlık. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 127-128.

11.Akın A. Türkiye'de nüfus, doğum kontrol yöntemi ve isteyerek düşüklere yönelik politikalar: nedenleri ve sonuçları. Toplum Ve Hekim, 2012; 27 (5): 323-336.

12.Karaca Bozkurt, Ö. Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı (Icpd, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. Ankara: Afşaroğlu Matbaası; 2011.

13.Fişek N. Çocuk düşürmenin sosyal yönü. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 151-153.

14.Çokar M. Kürtaj. İstanbul: Babil Yayınları, 2008.

15.Fişek N. Türkiye'de nüfus sorunlarının ele alınış tarzı ve planlar. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 161-170.

16.Eryurt MA, Canpolat ŞB, Koc İ. Türkiye'de nüfus ve nüfus politikaları: öngörüler ve öneriler. Amme İdaresi Dergisi, 2013, 46 (4):129-156.

17.Temel M. Atatürk Döneminde Fuhuş ve Frengi Mücadelesi. İç: Mutluer M, Akçiçek E, ed. Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1920-1938) Bildiriler. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Edebiyat Fakültesi Yayın No:156; 2009: 75-86.

18.Arabacıoğlu C. Hekimlik ve hastanecilik. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını; 1991:178-179.

19.Üçüncü U. Cumhuriyet'in İlk Beş Yılında Sağlık Harcamaları. İç: Mutluer M, Akçiçek E, ed. Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1920-1938) Bildiriler. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Edebiyat Fakültesi Yayın No:156; 2009: 122-154.

20.Kayam HC. Hükümet Programları ve Bütçe Rakamları Işığında Atatürk Dönemi Sağlık Politikaları. İç: Mutluer M, Akçiçek E, ed. Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1920-1938) Bildiriler. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları Edebiyat Fakültesi Yayın No:156; 2009: 87-101.

21.Demirel H. Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2012. Erişim adresi: http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx

22.T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. İstatistiklerle Kadın 1927-1992. Ankara: DİE, 1995.

23.Devlet Planlama Teşkilatı. Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967. Ankara: 1963.

24.Devlet Planlama Teşkilatı. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Ankara: 1968.

25.Devlet Planlama Teşkilatı. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977. Ankara:1973.

26.Devlet Planlama Teşkilatı. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983). Ankara:1979.

27.Öztek, Z. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık ocağı yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2004:91-112.

28.Fişek N. Türkiye'de nüfus araştırmaları. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 135-146.

29.Fişek N. Çocuk düşürmenin önlenmesi konusunda bir araştırma. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 154-160.

30.Fişek N. Sağlık hizmet araştırmalarında demografinin yeri. İç: Dirican R. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1998: 77-84.

31.İstanbul Üniversitesi Kadın Çalışmaları ve Araştırmaları Bilim Dalı. Merkez Hakkında. Erişim adresi: http://kadinarastirmalari.istanbul.edu.tr/?p=282

32.Akın A, Oktay Koçoğlu G. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar Ve Türkiye Uygulamaları. Erişim adresi: http://www.thb.hacettepe.

edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik3.pdf

33.Şahinoğlu S, Örs Y. Kadın Sağlığında Tıbbi Etik Sorunları. Erişim adresi: https://docplayer.biz.tr/928391-Kadin-sagliginda-tibbi-etik-sorunlari-yrd-doc-dr-serap-sahinoglu-1-1-prof-dr-yaman-ors-2-2.html

34.Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tarihçemiz. Erişim adresi: http://zekaitahir.saglik.gov.tr/TR,2317/tarihcemiz.html

35.Kadın Hareketi Derneği. Türkiye'de Kadının İlerlemesini Destekleyen Kurumsal Mekanizmalar. Erişim adresi: http://www.kadinhareketidernegi.org.tr/icerik.php?sayfa=25

36.Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği. Biz Kimiz. Erişim adresi: http://www.kadinininsanhaklari.org/kih-yc-hakkinda/

37.Pozitif Yaşam Derneği. Türkiye'de HIV Enfeksiyonu. Erişim adresi: http://pozitifyasam.org/turkiyede-hiv-enfeksiyonu-m-28

38.T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008–2013. Ankara: Fersa Ofset; 2008.

39.Resmi Gazete. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, 1997. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yon/ana_cocuk_sagligi.pdf

40.T.C. Sağlık Bakanlığı. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. Ankara, 1998.

41.Akın A. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Öyküsü "Eğitim Araştırma Bölgeleri Ve Etimesgut-Çubuk Deneyimi". Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/sosyallestirme_11/benli.pdf"

42.Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği. Kadının İnsan Hakları Eğitim Programı. Erişim adresi: http://www.kadinininsanhaklari.org/programlar/kihep/kihep-nedir/

43.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 Ana Raporu. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık: 1999.

44.Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Ankara: 2000.

45.Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Ankara: 2007.

46.T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara: 2013.

47.Akın A. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Sağlık Raporu 2012. Erişim adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf

48.UNFPA. Ülke Programı Bağımsız Değerlendirmesi: Türkiye. Erişim adresi: https://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Turkey_CPE_Extended_Executive_Summary_TR.pdf

49.UNFPA Türkiye. Erişim adresi: http://www.unicankara.org.tr/tr/bm-sistemi-bm-turkiye/#UNFPA

50.Resmi Gazete. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik, 2013. Erişim adresi: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130816-8.htm

51.Bakırcı K. İstanbul Sözleşmesi. Ankara Barosu Dergisi. 2015, 4: 134-204.

52.T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadının Durumu. Ankara, 2011. Erişim adresi: http://www.keig.org/wp-content/uploads/2016/03/KSGM_TRkadinindurumu2011.pdf

53.Baysoy N, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. Gazi Med Journal. 2012, 23 (3): 77-90.

54.T.C Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008/29 sayılı genelge. Erişim adresi: https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/24614?AspxAutoDetectCookieSupport=1

55.TTB. Yürürlükten Kaldırılan Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=204:ana-cuk-sai-ae-planlamasi-merkezlerhakkinda-yetmel&Itemid=33

56.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık: 2006.

57.UNFPA. Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Araştırması. Ankara: Damla Matbaacılık; 2007.

58.Akın A. Türkiye için yeni bir seçenek "tıbbi düşük". Ankara; 2013.

59.T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2015.

60.T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016.

61.T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2017.

62.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 Ana Raporu. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık: 2014.v

HALK SAĞLIĞI KONGRELERİ ve HALK SAĞLIĞI İLE İLGİLİ DİĞER BİLİMSEL ETKİNLİKLER

Prof. Dr. Gamze Çan

Halk Sağlığı Kongresi olarak ile ilk etkinliğin 1988 yılında Antalya'da yapılan kongre ile başladığı görülmektedir. Üniversitelerdeki Halk Sağlığı Anabilim Dallarının ev sahipliği ile düzenlenen kongreler 2 yılda bir yapılmaktadır. Çift yıllarda kongre tek yıllarda ise belli konuların seçildiği halk sağlığı günleri gerçekleştirilmektedir. 2005 yılına kadar 9 adet ulusal kongre ve 9 adet Halk Sağlığı günlerinin düzenlendiği görülmektedir. 2006 yılındaki kongreden sonra kongrelerin her yıl yapılmasına karar verilerek Uzmanlık Derneği ve ilgili Anabilim Dalı ile kongreler gerçekleştirilmiştir.

Kongre sahipliği ve planlanması konusunda 27.09.2012 tarihinden sonra ise ulusal Halk Sağlığı Kongrelerinin sahibi olarak uzmanlık derneğinin yer almakta olduğu, Ulusal Halk Sağlığı Kongrelerinin yapılacağı il, kongrenin ana konusu ve diğer önerilerde bulunmak üzere de danışma kurulunun yer aldığı görülmektedir. Danışma kurulu Tıp Fakültelerinin halk sağlığı anabilim dalı başkanları, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yönetim Kurulu üyeleri, HASUDER çalışma grubu yürütücüleri, yürütülmekte olan kongrenin sekreterlerinden oluşmaktadır. Danışma Kurulu her Halk Sağlığı Kongresinde, HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı başkanlığında toplanarak görevini yerine getirmektedir.

Kongre ile ilgili süreci ise düzenleme kurulu yürütmektedir. Daha önce yönetim kurulu ve kongre düzenleyecek anabilim dalı öğretim üyelerinden oluşan Kongre Düzenleme Kurulu 25.10.2017 tarihli değişiklikle 2'si HASUDER Yönetim Kurulu üyesi olmak üzere 7 kişiden oluşur. Bir sonraki Kongre ana teması mevcut kongre ilk günü duyurulduktan sonra, HASUDER Üyeleri bir sonraki kongrenin Düzenleme Kurulu'nda yer almak için HASUDER Yönetim Kurulu'na yazılı olarak kendileri başvurabilir ya da Danışma Kurulu üyeleri tarafından önerilebilir. HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı ve Düzenleme Kurulunun kendi içinden belirleyeceği bir kişi Kongre Eş Başkanı ve Düzenleme Kurulunun kendi içinden belirleyeceği bir kişi de Kongre Sekreteri olarak görev alır.

Kongre kitaplarına ulaşım web sayfası aracılığıyla olmaktadır. Kongre kitaplarına http://www.hasuder.org/anasayfa/index.php/yayinlar/kongre-kitaplaradresinden ulaşılabilmektedir.

Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	07-11 Kasım 1988	ANTALYA	
II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	1990	İSTANBUL	
III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	30 Nisan – 2 Mayıs 1992	ANKARA	
IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	12 – 16 Eylül 1994	DİDİM	
V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	12 – 16 1996	İSTANBUL	
VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	14 – 18 Nisan 1998	ADANA	
VII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	International Public Health Congress	İSTANBUL	

VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	23 – 2 Eylül 2002	DİYARBAKIR	
IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	03 – 06 Kasım 2004	ANKARA	John Last katılımı
X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	06 – 08 Eylül 2006	VAN	
XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	23 – 26 Ekim 2007	DENİZLİ	
XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	21 – 25 Ekim 2008	ANKARA	"
12th World Congress on Public Health	27 Nisan 01 Mayıs 2009	İSTANBUL	

XIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	18 -22 Ekim 2010	İZMİR	Sağlıkta Eşitsizlikler
XIV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	04 – 07 Ekim 2011	TRABZON	
XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	02 – 06 Ekim 2012	BURSA	
XVI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	27 – 31 Ekim 2013	ANTALYA	
XVII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	20 – 24 Ekim 2014	EDİRNE	Sanayileşme Çevre ve Halk Sağlığı
XVIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	05 – 09 Ekim 2015	KONYA	Olağandışı Durumlar
XIX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi	15-19 Mart 2017	Beldibi - ANTALYA	
			Barışa Köprü

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BULUŞMALARI

1. TSH Buluşması	05 Nisana 2003	MANİSA	Birinci Basamakta Yeni Yaklaşımlar
2. TSH Buluşması	07 – 08 Mayıs 2004	MANİSA	
3. TSH Buluşması	05 – 06 Mayıs 2005	MANİSA	
4. TSH Buluşması	13 – 14 Nisan 2006	MANİSA	
5. TSH Buluşması	10 – 11 Mayıs 2007	MANİSA	
6. TSH Buluşması	15 – 17 Ekim 2009	İZMİR	Kongre
7. TSH Buluşması	21 Mayıs 2013	MANİSA	
8. TSH Buluşması	06 – 07 Mayıs 2016	MANİSA	Toplum Sağlığı Merkezleri sorunları ve çözüm önerileri

OKUL SAĞLIĞI SEMPOZYUMLARI

1. OKUL SAĞLIĞI SEMPOZYUMU	21 – 22 Mayıs 2010	MERSİN	Her Okula Bir Hemşire
2. OKUL SAĞLIĞI SEMPOZYUMU	17 – 18 Mayıs 2012	ADANA	Güvenli Okul Sağlıklı Öğrenci
3. OKUL SAĞLIĞI SEMPOZYUMU	08 – 09 Eylül 2014	ANKARA	Ağız Diş Sağlığı
4. OKUL SAĞLIĞI SEMPOZYUMU	16 – 17 Kasım 2016	HATAY	Okullarda Ruh Sağlığının Geliştirilmesi

DİĞER BİLİMSEL ETKİNLİKLER

TOPLUM HEKİMLİĞİ SEMPOZYUMU	1979	İSTANBUL	
TÜRK TOPLUM HEKİMLİĞİ II. SEMPZYUMU	25 – 28 Haziran 1980	İSTANBUL	
I. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ	20 – 22 Haziran 1989	SİVAS	Ana Sağlığı
II. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ			
III. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ	05 – 07 Mayıs 1993	KAYSERİ	Gençlerin Sağlık Sorunları
IV. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ	03 – 07 Eylül 1995	SAMSUN	Erişkin Sağlığı
VI. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ	06 – 09 Ekim 1999	MALATYA	Türkiye'de 2000'e doğru Bulaşıcı Hastalıklar Sorunu
9. HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ	28 Eylül – 01 Ekim 2005	ANKARA	Çevre Sağlığı
1. ULUSAL ÇEVRE HEKİMLİĞİ KONGRESİ	08 – 12 Aralık 1997	ANKARA	
I.ULUSAL ANA ÇOCUK SAĞLIĞI KONGRESİ	29 – 31 Mart 2001	ANKARA	
3.ULUSAL ANA ÇOCUK SAĞLIĞI KONGRESİ	22 – 24 Eylül 2005	İZMİR	
KENT ÇEVRE VE SAĞLIK SEMPOZYUMU	21 -22 Nisan 2007	ANKARA	
2. ÇEVRE HEKİMLİĞİ KONGRESİ	23 – 25 Haziran 2010	DİDİM	ULUSLARARASI KATILIMLI
KADIN VE ÇEVRE SEMPOZYUMU	04 – 05 Eylül 2010	DENİZLİ	
3. KENT VE SAĞLIK SEMPOZYUMU	27 – 28 Mayıs 2011	BURSA	Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır?
1.SANAYİNİN İNSAN VE ÇEVRE SAĞLIĞINA ETKİLERİ SEMPOZYUMU	25-26 Mayıs 2012	EDİRNE	ERGENE HAVZASI ÖRNEĞİ
1. TARIM SAĞLIĞI SEMPOZYUMU	06 – 07 Nisan 2012	URFA	Çevresel Ve Mesleki Riskler
1. SU VE SAĞLIK KONGRESİ	26 – 30 Ekim 2015	ANTALYA	Suya Dair Her şey
2. SU VE SAĞLIK KONGRESİ	13 – 17 Şubat 2017	ANTALYA	Suya Dair Her şey

BÖLGE TOPLANTILARINDAN KAYITLAR

Ege Bölge Halk Sağlığı AD Başkanları toplantısı

Tarih, yer: *13 Kasım 2015, Adnan Menderes Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD: Aydın.*

Katılımcılar: *Adnan Menderes: Prof. Dr. Erdal Beşer , Prof. Dr. Pınar Okyay, Doç. Dr. Filiz Ergin, Celal Bayar : Prof. Dr. Erhan Eser, Dokuz Eylül: Prof. Dr. Alp Ergör, Ege: Prof. Dr. Meral Türk, İzmir tıp F.: Prof. Dr. Melikşah Ertem, Katip Çelebi: Doç. Dr. Mustafa Tözün*

NOTLAR: Toplantıda Ege bölgesinde gerek alanda çalışan gerekse akademik kurumlarda görev yapan Halk Sağlığı uzmanların işbirliği olanakları değerlendirildi.

Gündem,

1- Egeli Halk Salıkçılar örgütlenme yapısı ve Alandaki işbirliği olanakları

2- Mezuniyet öncesi Halk Sağlığı eğitimi ve asistan eğitimi alanındaki işbirliği fırsatları,

3- Bilimsel araştırmalarla ilgili işbirliği olanakları

Gibi 3 ana başlığı içermekteydi:

1- Egeli Halk Salıkçılar örgütlenme yapısı ve Alandaki işbirliği olanakları:

* Ege bölgesinde çalışan Halk Sağlığı uzmanlarının iletişim bilgilerinin derlenmesine ve güncellenmesi ne– Dr. Alp Ergör; ve bir Egeli HSlar Googlegrup kurulması – Dr. Pınar Okyay),

* Ege bölgesinde çalışan Halk Sağlığı uzmanlarının görev yerleri ve istihdam biçimleri konusundaki envanterin güncellenmesi- Celal Bayar HSAD),

* Bölgede çalışan HS uzmanlarının özlük haklarının izlenmesi ve gerektiğinde taraf olunmasına,

*Bölgemizde çeşitli akademik kurumlar tarafından yürütülmekte olan peryodik Sürekli eğitim kurslarının (Adnan Menderes : Eğitim becerileri; Dokuz Eylül: HASAT; İzmir Tabip Odası: Halk Sağlığı Güz Okulu) geliştirilerek sürdürülmesi yeni önerilecek kursların da (Araştırma ve Çevre vb.) buna eklenmesine,

*Bölgedeki Halk Sağlığı Müdürlükleri ve alanda Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde çalışan HS uzmanlarının ve AD'larının katıldığı peryodik çalıştayların yapılmasına (ilk çalıştay için İzmir'in bir başlangıç olabileceği) ve bu amaçla İzmir İl HS Müdürlüğü ile temasa geçilmesine),

*Egeli Halk Sağlıkçılar toplantılarının her ayın son Cuma günü saat 16 30 'da İzmir Tabip Odası Seminer salonunda yapılmasına, bu toplantıların içeriğinin Halk Sağlıkçıların kendi deneyimlerini aktardıkları toplantılar olmasına, konunun ve içeriğin düzenlerken buna özen gösterilmesine ; aylık sunumların belirlenmesinde illerin ve AD'larının sırayla koordinatörlüğü üstlenmelerine, ancak alandan gelen sunu önerilerine de açık olunmasına; Halk Sağlığı açısından -göç vb.-özel gündemlerin söz konusu olduğu durumlarda bu sunumların yarım günlük ya da daha uzun sempozyumlara dönüştürülmesine)

* Temel Sağlık Hizmetleri Buluşmalarının Egeli Halk Sağlıkçılar tarafından sahiplenilip sürdürülmesine,

Karar verildi.

2- Mezuniyet öncesi Halk Sağlığı eğitimi ve asistan eğitimi alanındaki işbirliği fırsatları :

*Bölgedeki AD'larının tıp eğitiminde Halk Sağlığı ve asistan eğitiminde eğitim programlarının derlenip bir araya getirilmesine ve deneyim paylaşılmasına,

*Teknik bir altyapı oluşturulabilmesi (ya da HASUDER e-kütüphanesi aracılığıyla) eğitim materyallerinin (görsel sunular, seminer konuları listeleri) paylaşılmasına,

* Gerektiğinde çeşitli konularda günübirlik gezici asistan eğitim seminerleri düzenlenmesine,

* Uzmanlık ve lisansüstü eğitimlerin niteliğinin korunması amacıyla, giderek artan araştırma görevlisi sayısı da göz önüne alınarak, bu konuda belirli sırlamalar getirilmesi konusunda dernek bünyesinde konunun tartışmaya açılmasını sağlamak için (kongrelerde vb) girişimlerde bulunulmasına karar verildi.

3- Bilimsel araştırmalarla ilgili işbirliği olanakları

Bu çerçevede,

*Çok merkezli araştırmaların gerçekleştirilmesine, bu amaçla gerektiğinde HASUDER Çok Merkezli Araştırmalar yönergesinin kullanılmasına,

*İç ve dış finansör kuruluşlara ortak projelerle başvuru yapılmasına, bu amaçla lider anabilim dallarının ya da diğer kuruluşların çeşitli konularda ortak proje çağrıları yapmalarına,

*Dış ülkelerden gelen çok merkezli proje çağrılarında Ege bölgesinin genelindeki ilgi duyan merkezlerin dahil olması için olanakların değerlendirmesine karar verildi.

Bunlar dışında dayanışmayı ve paylaşımı geliştirecek olan sosyal etkiliklerin de olabildiğince sürdürülmesine, bu amaçla:

*Aylık toplantıların akşamında ortak bir yemek düzenlenmesine,

*Yılda en az iki kez günübirlik ya da katılım olursa yatılı kültür gezilerinin düzenlenmesine,

*Bölgedeki HS'çıların sanat ve felsefe alanlarındaki paylaşım olanaklarının zenginleştirilmesi için fırsatlar yaratılmasına karar verildi.

Son olarak da,

Bölgede yürütülecek yukarıdaki tüm faaliyetlerin her yıl bir AD ya da diğer bir kuruluş tarafından koordine edilmesine ve her takvim yılı için bir dönem sekreteryası oluşturulmasına karar verildi. 2016 yılı için dönem sekreteryasını Celal Bayar Üniversitesi HS AD'nın üstlenmesi karara bağlandı.

HASUDER Marmara Bölge Toplantısı

HASUDER Marmara Bölge Toplantısı 16 Aralık 2015 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi (KOÜTF) Halk Sağlığı Anabilim Dalı evsahipliğinde gerçekleşti. Toplantı Prof. Dr. İskender Sayek'in "Toplum içinde tıp eğitimi" konulu konferansı ile başladı, ardından KOÜTF Halk Sağlığı AD internlere yönelik sürdürdükleri işyeri hekimliği ve okul sağlığı stajı gibi toplum içinde tıp eğitimi deneyimleri örneklerini paylaştıktan sonra toplantıya katılan konuk anabilim dalları temsilcileri de bu başlıkta kendi program ve uygulamalarından bahsettiler.

Toplantıda tıp eğitimi bağlamında HASUDER'in hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitiminin durumunun değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar yürütmesinin gerekliliğine dikkat çekildi. Toplantıya katılan katılımcıların görüş ve dileklerini iletmesi ile toplantı sona erdi. Bölge toplantılarının daha çok katılımla belirli aralıklarla sürdürülmesi ve ortak çalışmalar yürütülmesi öne çıkan görüşler oldu. Toplantıya HASUDER Başkanı Prof. Dr. Türkan Günay'ın yanı sıra Acıbadem Üniversitesi'nden Prof. Dr. Nadi Bakırcı, Namık Kemal Üniversitesi'nden Doç.Dr. Gamze Varol Saraçoğlu, Uludağ Üniversitesi'nden Prof.Dr. Kayıhan Pala ve iki araştırma görevlisi, Kocaeli'de çalışan halk sağlığı uzmanları Dr. Berna Şerifi ve Dr.Selim Yüksel ile ev sahibi anabilim dalı öğretim üyeleri Prof.Dr.Onur Hamzaoğlu, Prof.Dr.Nilay Etiler Lordoğlu, Doç.Dr.Çiğdem Çağlayan,Tıp Eğitimi AD öğretim üyesi Doç.Dr. Levent Altıntaş, araştırma görevlileri ve internleri katıldılar.

İstanbul ilinde çalışmakta olan halk sağlığı profesyonelleri, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Işıl MARAL ve Yrd. Doç. Dr. Hatice İKİIŞIK'ın ev sahipliğinde 23 Mayıs

İstanbul Halk Sağlığı Bölge Toplantısı

2017 Salı 13:00-17:00 saatleri arasında Tıp Fakültesi Dekanlık Binasında toplanmıştır.

İstanbul ve Denizli'de sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarına ek olarak İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi halk sağlığı anabilim dallarındaki öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinin katılımı ile katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Bülent KILIÇ'ın da konuşmacı olarak katıldığı toplantıda "Halk Sağlığının Geleceği- Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi" Prof. Dr. Işıl MARAL tarafından "Halk Sağlığı TUKMOS Çalışmaları" ve Prof. Dr. Bülent KILIÇ tarafından "Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi" başlıklı sunumlarla tartışmaya açılmıştır. Soru katkı ve öneriler ile son derece verimli bir toplantı olmuştur.

BAZI ETKİNLİKLERE AİT SONUÇ BİLDİRGELERİ

17.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ SONUÇ BİLDİRGESİ

Sanayileşme çevre ve halk sağlığı ana temasıyla 20-24 Ekim 2014 tarihleri arasında Edirne'de gerçekleştirilen 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre'sinde 17 panel, 3 konferans, 2 ikili konferans, 2 forum ve 4 kurs düzenlenmiştir. Kongre'ye 600 dolayında kişi katılmıştır. Kongrede ana temanın "Sanayileşme Çevre ve Halk Sağlığı" olarak seçilmesinin temel nedenlerinden biri, sanayi ve çevre kirliliği konusunda resmi makamların raporlarında da yer aldığı gibi, Trakya ve Edirne'nin sanayileşmeye bağlı kirliliğin derinden hissedildiği bir bölge olmasıdır.

Kongrede gerçekleşen bilimsel toplantılardan elde edilen çıktılar aşağıdaki biçimde özetlenmiştir:

Sanayileşme, hem doğrudan hem de dolaylı yollardan çevreyi ve yaşamı etkilemektedir. Bu etkilerin çoğu canlılar ve insan için olumsuz etkilerdir. Olumsuz etkiler, anne karnındaki dönemden başlayıp, yaşamın tüm evrelerine yayılabilmekte; hastalıklarda ve erken ölümlerde artışa yol açabilmektedir.

Çevre sağlığını savunan politikalar, sadece çevre koruмacı yaklaşımlar demek değildir. Artık çevre savunucuları olarak ekolojik politikaları tartışmak gerekmektedir. Ekoloji politikaları, doğadaki ekosistemlere saygı duyan, onların bozulmaması ve sürdürülebilmesi için gerekli politikalardır. Sadece para kazanma amaçlı mevcut politikaların bu yaklaşımdan çok uzak olduğu açıktır.

Sanayinin çevre üzerinden insan yaşamına etkili olduğu önemli bir başlık, bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Çevresel maruziyetin etkisi uzun süreli olduğu için bu etkiyi hastalıklarla ilişkilendirmek oldukça zordur. Bilinen en yaygın etki, hava kirliliğinin başta solunum sistemi olmak üzere hastalık ve ölümleri önemli ölçüde artırdığıdır. Madencilik, tarım ilaçlarının kullanımı, sanayi atıkları ve su ve besin kaynaklı maruziyetler sanayinin insan sağlığına etkilerinde temel araçlardır. Bu alanda herhangi bir siyasi ve sosyal baskı olmaksızın bilimsel araştırmaların desteklendiği, bilimsel kanıtların paylaşıldığı ve tartışıldığı demokratik ortamlar yaratılmalıdır. Süreç halka rağmen değil, bilimsel kanıtların ışığında kamuoyu yaratarak halk ve demokratik kitle örgütleri ile birlikte yürütülmelidir. Halk sağlıkçılar yereldeki çevre mücadelelerinin doğal bir parçası olmak zorundadır. Korumanın tedaviden üstün olduğu akılda tutulmalıdır.

Bugün epidemiyolojik yöntemlerle sanayi-üreme sağlığı sorunlarını ortaya koymak olanaklıdır. Uygun izleme sistemleri kurulmalı ve risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Sanayileşme ve sağlık ilişkisi dikkate alındığında, mevcut kalkınma anlayışı artık yürütülemez hale gelmiştir. Hem kalkınma, hem de sağlıklı bir çevrede sağlıklı bir yaşam için mevcut ekonomi anlayışının çözüm üretemediği ve yeni yolların mümkün ve uygulanmasının kaçınılmaz olduğu ortaya çıkmıştır.

Üretim kavramı putlaştırılmamalı, bir gönenç aracı olarak görülmelidir. "Sürdürülebilir kalkınma" bir aldatmacadır ve yerini "sürdürülebilir yaşamlara" bırakmalıdır. Sağlık hizmetleri sömürü düzeninin alınıp satılabilen bir malı değil, en temel insanlık hakkıdır. Yurtta ve dünyada barışın sağlanması, kışkırtılmış sağlık hizmetleri üretim ve tüketimini engellemede başlıca araçtır. Üretim-tüketim-paylaşım süreçleri merkezine insanı ve çevreyi koymalıdır. İnsan gereksinimlerini ve ekosistemleri göz önüne alan üretim ve tüketim anlayışı, gereksiz, aşırı üretim ve tüketim anlayışı ile değiştirilmelidir.

Var olan tabloya doğru biçimde müdahale edilmezse, ağırlıklı olarak sanayinin neden olduğu küresel iklim değişikliği çevreyi ve yaşam alanlarını etkilediğinden yoksulluğun artması, biyoçeşitliliğin azalması, doğrudan ve dolaylı olarak insan sağlığının olumsuz etkilenmesi beklenmektedir. Günümüzde bazı hastalıkların yeniden ortaya çıkışı ya da sıklığındaki hızlı artışın (AIDS, kuş gribi, ebola, kolera, tifo, tbc vb gibi) iklim değişikliği ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

Enerji politikaları çevre ve tüm canlıların sağlığını gözetir şekilde oluşturulmalı, en zararsız enerjinin enerji tasarrufu olduğu akılda tutulmalıdır. İnsan ve çevre sağlığına zararlı etkileri bilimsel olarak kanıtlanmış hidroelektrik ve nükleer santraller yerine çok daha az zararlı alternatif enerji kaynaklarının kullanımının artırılması/teşvik edilmesi yönünde bilimsel, halk ile birlikte, örgütlü ve eylemsel politikalar geliştirilmeli, kamuoyu oluşturulmalıdır.

Sanayileşme tarımsal alanda çalışan ve kırsal bölgelerde yaşayanların kente göçünü zorlamaktadır. Günümüzde modern toplumdan küresel topluma geçiş ile, gelişmiş

ülkelerde dünya kentleri; gelişmekte olan ülkelerde sağlıksız kentleşme, yoksulluğun yüksek olduğu dev kentler ortaya çıkmaktadır. Dev kentlerde yaşanmakta olan eşitsizlikler, toplum katmanları arasında büyük uçurumlar oluşmuştur.

Bütün bu gelişmeler kayıt dışı emek gücü ve emeğin sömürüsü, vasıfsız işçilik, kötü çalışma koşulları ve yoksulluk, madde bağımlılığı, şiddet ve sağlıksız yaşam koşullarına yol açmıştır.

Küresel güçlerin kendi çıkarları için yarattığı savaş ortamı ülkemizde de sığınmacılar ve ilişkili sorunları ortaya çıkarmıştır. Sığınmacıların sağlık, eğitim, çalışma hakkı, çocuk ve kadın hakları bakımından yaşadıkları, eşitsizlik olarak ele alınmalı ve başta kamu kurumları olmak üzere ulusal ve uluslararası kuruluşların işbirliği ile ivedilikle çözülmelidir.

Sağlığı etkileyen bir başka sanayi tütün endüstrisidir. Tütün şirketleri tütün salgınının, aracıları, nedenleridir ve günümüzde tütün ürünleri nedeniyle insanlığın en büyük programlı katliamı tütün salgını üzerinden yaşanmaktadır. Tütün pazarlama politikaları ile konu, tüm dünya için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Sağlık hakkı, yalnızca hastalık olduğunda sağlık hizmetlerine ulaşmak değil, sağlığı bozacak faktörlerin kontrolünü de ifade etmektedir. Bu kapsamda devlet önlem alıcı, koruyucu, önleyici tedbirler almakla sorumludur. Tütün, daha güvenli bir ürünün mümkün olmadığı durumda hukuki olarak yasa koyucunun koruma kapsamına aldığı "güvenli ürün" tanımı içinde yer aldığı için bu mücadelede bir engel oluşturmaktadır.

Dünyada bağışıklama hizmetleri, aşı takviminin çocukluk dönemine odaklı Genişletilmiş Bağışıklama Programının erişkinlerde gebe Td, yaşlılarda grip ve pnömoni, riskli gruplara özel aşılamadan yaşam boyu bağışıklama gereksinimlerini karşılamaya doğru evrildiğini göstermektedir. Çocukluk dönemi aşılama oranlarının yüksek bildirimine karşın, kızamık salgınının ortaya çıkması ve birkaç yıldır varlığını sürdürmesi, hizmet sunum biçimi değişikliği ile birlikte aşılama oranlarının gerçekliğinin sorgulanmasını gerekli kılmaktadır. Ülkemizde kamuoyuyla paylaşılan verilerle Dünya Sağlık Örgütü verileri arasındaki uyumsuzluk dikkate alındığında, bu alanda bağımsız araştırmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca erişkin aşılamaları ile ilgili izleme sistemi de kurulmalıdır.

Aşı ile önlenebilir hastalıkların izlenmesinde; duyarlılık ve saydamlık ile ilgili sorunlar vardır. Toplanan verilerin işlenmesi ve toplumla paylaşılması konusunda Sağlık Bakanlığı gittikçe daha kısıtlayıcı ve sınırlı bilgi sunucu olmaktadır. Ülkemizde ne yazık ki aşı üretilmemektedir. Bu konuda kimi girişimlerin varlığı bilinse de, sürecin bilimsel ve teknolojik alt yapısının geliştirilmesi gerekliliği vardır.

Halk sağlığı uzmanlığı ve halk sağlığı uzmanlarının görev tanımına uygun alanlarda görevlendirilmeleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi bakımından stratejik önemdedir. Bu amaçla halk sağlığı uzmanlık eğitimi, nitelik ve nicelik bakımından evrensel bilimsel temellerde, ülkenin durumu ve beklentileri dikkate alınarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Halk sağlığı eğitiminin niteliğinden popülist yaklaşımlar nedeniyle taviz verilmemeli, halk sağlığı uzmanlık eğitimine alternatif arayışlara girilmemelidir. Halk sağlığı uzmanlarının özlük hakları iyileştirilmeli ve yetkileri tanımlanmalıdır. Eğitimde önemli bir yeri olan sağlık eğitim araştırma bölgelerinin işlevsel hale getirilmesi, protokol halk sağlığı biliminin alanda daha etkin uygulanabilmesi için halk sağlığı akademisyenlerin bilgi ve deneyimlerinin alana aktarılabilmesi amacıyla geliştirilmeli, ancak en azından bugün mevcut olan hükümlerinin uygulanması sağlanmalıdır.

Tıp ve hemşirelik eğitimi müfredat programında, çevresel sorunları tanılama, sağlıklı çevre oluşturma ve bireyleri çevresel zararlardan korumaya yönelik uluslararası hemşirelik prensiplerine daha geniş yer verilmeli, öğrencilerin çevre sağlığına yönelik aktivitelere katılımları cesaretlendirilmelidir.

Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında 6331 sayılı Yasa, çalışanların sağlığı ve güvenliğini koruma bağlamında yetersiz kalmaktadır. Hizmete en çok gereksinim duyan gruplara erişim sağlanamamakta, temel iş sağlığı hizmetleri anlayışı alana yansıtılamamaktadır.

Küreselleşen dünyada üretim, tüketim ve paylaşım politikaları yeniden değerlendirilmelidir. Tüketimi körükleyen hatta kışkırtan tutum ve davranışların sürmesi durumunda, daha fazla üretime bağlı olarak çevresel bozulma sürecek ve başta insan olmak üzere bütün yaşam tehdit altında kalmaya devam edecektir. Plansız sanayileşme, tarım politika ve uygulamalarıyla koordine olmayan sanayi, alıcı ortama saldığı atıklarla yüksek fiyat-düşük çiftçi geliri örneğinde olduğu gibi temel bir insanlık hakkı olan yeterli ve dengeli beslenme hakkını engellemektedir. Bu bağlamda Birleşmiş milletler binyıl kalkınma hedeflerinde de çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması ve mutlak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması temel amaçlar arasında yer almaktadır.

Günümüzde olağandışılık istisna durumlar olmaktan çıkmış, sürekli durum haline gelmiştir. Konu son derece yaygın ve önemlidir. Dolayısıyla da risk iletişimi disiplinlerarası bir konu olarak ele alınmalı bu kanaldan gelişimi desteklenmelidir.Sağlıklı çevre politikaları için toplumcu bakış açısına sahip olunmalıdır. Anayasamızın 56. Maddesinde de herkesin sağlıklı ve güvenli çevrede yaşama hakkı ve çevreyi koruyup geliştirme yükümünün devletin ve yurttaşın ortak görevi olduğunun vurgulandığı akılda tutulmalıdır. Halk sağlığı alanında yapılan bilimsel çalışmalar toplum için önemli ve toplumun gereksinim duyduğu konuları kapsamalı, bu konuda yöneticilere bilimsel kanıt ve çözüm seçenekleri oluşturulmalıdır. Bilimsel yollarla elde edilen bilgiler toplumla paylaşılırken, bu paylaşımlar uzmanlık dernekleri tarafından izlenmeli ve paylaşımda güvenli ortam ve kanallar kullanılmalıdır.

KAMUOYUNA SAYGIYLA DUYURULUR

18. UHSK Sonuç Bildirgesi

18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi "Olağan Dışı Durumlar ve Halk Sağlığı" ana temasıyla 05-09 Ekim 2015 tarihleri arasında 486 kişinin katılımıyla Konya'da gerçekleştirilmiştir. Kongre'de 16 panel ve 2 kurs düzenlenmiş; toplam olarak 498bildiri (60'ı sözel, 69'u tartışmalı poster ve 369'uposter) sunulmuştur.

Kongre'nin temasının "Olağan Dışı Durumlar ve Halk Sağlığı" olarak seçilmesinin temel nedeni, Türkiye'de, gerek ülkemiz dışarısındaki savaştan etkilenen çok sayıda insanın ülkemize sığınmış olması, gerekse de ülkemizin özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşanan çatışma ortamı nedeniyle ortaya çıkan olağandışı durumlardır. Halk Sağlığı camiası bu tema ile ülkemizin içinde bulunduğu olağandışı durumlara ilişkin duyarlılık göstermiş ve konuyu bilimsel bir platformda tartışarak; olağandışı durumlardan olumsuz etkilenmenin önlenmesine katkıda bulunmaya çalışmıştır. Olağan dışı durumlardan korunmak ve olumsuz etkilerini sınırlayabilmek mümkündür.

Afetler yerel olanaklarla üstesinden gelinemeyen, dış yardım gerektiren, günlük insan aktivitelerini aksatan ağır yıkımlar, felaketlerdir. Afetler "doğal" ve "insan kaynaklı" olarak ikiye ayrılırlar. Doğal olanlar içinde iklim değişikliğine bağlı olarak artan sel, fırtına, kuraklık gibi olayların zararları giderek artmaktadır. İnsan kaynaklı olanlar ise hem yurdumuzda hem de dünyada en çok olumsuz etki yapan olaylar haline gelmiştir. Savaş, iç çatışma gibi nedenlerle milyonlarca insan ölmüş, milyonlarcası evsiz kalmış, aç kalmış, horlanmış, bugünleri ve gelecekleri çalınmıştır.

Olağandışı durumlara sosyal, ekonomik ve siyasi olgular, güç ve iktidar ilişkileri neden olur. Bu nedenle ülkeler, temelde yatan açlık, yoksulluk, eşitsizlik, sömürü, yolsuzluk ve savaşı önlemeden olağandışı durumların yıkıcı etkisinden korunamazlar. Afetlerin dünyada ve ülkemizde azaltılmasının yolu barış ve adaletin,eşitliğin sağlanması,yoksulluk ve açlıkla mücadele edilmesi, çevreye özen, sorumlu tüketim gibi temel faktörlerin gerçekleşmesine bağlıdır.

Toplumların olağandışı durumlar öncesindeki yapısı, olağandışı durumların yıkıcılığını belirleyen temel etmenlerden biridir. Afetle beraber toplumda olağandışı durumlardan önce var olan sorunlar iki-üç kat artar, eşitsizlikler derinleşir. Bu nedenle "reaktif" değil olağandışı durumlar öncesinde "proaktif" yaklaşımla, toplumun ve olası risklerin tanınması, ayrıntılı bilgi sahibi olunması, önleme/zararı azaltma yönündeki eylemlerin önceliklendirilmesi ve ön planlamalar ile olağandışı durumlara hazırlanma çok değerlidir. Bu konuda halk sağlıkçılarına önemli bir işlev düşmektedir. Ancak günümüz Türkiye'sinde ne yazık ki sağlık alanında gereksinim duyulan verilere ulaşmakla ilgili büyük bir sorun yaşanmaktadır. Gereksinim duyulduğu ölçüde geçerli/güvenilir veriye ulaşılamaması, olağandışı durumlar öncesinde toplumla ilgili sağlıklı bir değerlendirme yapmanın önündeki en önemli engeli oluşturmaktadır. Saydamlık ve hesap verme demokrasinin olmazsa olmaz koşulu olmasına karşın, ülkemizde resmi verilerin paylaşılmasına ilişkin olarak saydamlıkla örtüşmeyen bir tutum karşımıza çıkmaktadır. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere devletin tüm kurumları resmi verileri toplum ile paylaşmalıdır.

Olağandışı durumlar toplumun tüm kesimlerini etkilemekle birlikte yoksullar, yaşlılar, çocuklar, engelliler gibi risk gruplarını daha fazla etkiler. Bu risk gruplarının sorunlarla başetme becerisinden de yoksun olmaları olumsuz etkiyi güçlendirmektedir. Bu nedenle olağandışı durumlarla mücadele sırasında risk grupları öncelenmelidir.

Kongrede, olağandışı durumlardan korunmaya ve yıkıcı etkisini en aza indirmeye odaklanmanın gereği vurgulanmıştır. Bu nedenle olağandışı durumlardan önce planlama ve hazırlıklar, çok paydaşlı olarak merkezi ve yerel otoriteyle ve akademi ile birlikte yürütülmelidir.

Olağandışı durumlarda çevreden yardım gelene kadar geçen zaman, en fazla kaybın yaşandığı dönemdir. Bu nedenle DSÖ Avrupa Ofisi tarafından önemli bir politik belge olarak sunulan "dirençli toplum" hedefi kabul edilerek, toplumun kendi sorunları ile başetme becerisi desteklenmelidir.

Türkiye'de hava kirliliği ve ekolojik yıkımın etkileri gün geçtikçe daha fazla gözlenmeye başlanmıştır. Kongre, yeraltından çıkarılarak yakılana kadar önemli sorunlara neden olan kömürün, hem çalışanların hem de toplumun sağlığını olumsuz etkilediğini bildirmekte, başta Hükümet olmak üzere, tüm karar vericileri temiz ve sürdürülebilir enerji kaynaklarının enerji üretimi içerisindeki payını artırmaya ve kömürden enerji üretiminin giderek azaltılması konusunda eylemliliğe davet etmektedir. Bu bağlamda, ülkemizde yeni kömürlü termik santrallerin açılmasına karşı yürütülen mücadele kararlılıkla sürdürülmelidir.

Kongre, gelecekte başta iklim değişikliği olmak üzere, insan eliyle yapılan değişiklikler nedeniyle önemli sorunlar yaşanacağını öngörmekte ve küresel iklim değişikliğine karşı hemen önlem alınması için eyleme geçmenin zorunluluğunu dile getirmektedir.

Günümüzde hem dünyada hem de ülkemizde şiddet her boyutu ile yaşanmaktadır.Bir yandan toplumun hemen her kesiminde şiddet daha gözle görülür olarak ortaya çıkarken, özellikle kadına yönelik ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarındaki artış dikkat çekicidir. Şiddete yol açan temel etmenin güç ve iktidar ilişkileri olduğu bilinmelidir.

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen şiddet olaylarındaki artışın temel nedeni sağlık sisteminde "insan"ı öteleyen, sermaye lehine yapılan değişikliklerdir. Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı hastaların beklentilerinde bugünkü olanaklarla karşılanması mümkün olmayan büyük bir artışa yol açmış ve beklentileri karşılanamayan hasta ve yakınları bunun sorumlusu olarak sağlık çalı-

şanlarını görmeye yöneltilmiştir. Sağlık kuruluşlarındaki şiddeti azaltmanın/önlemenin yolu sağlık politikalarının kar odaklı olmak yerine, insan odaklı olarak dönüştürülmesi ile mümkündür. Hükümeti sağlığı ticarileştiren uygulamalardan vazgeçmeye ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için taraflarla birlikte mücadele etmeye çağırıyoruz.

Uluslararası güçlerin isteyerek ve bilinçli oluşturdukları bir savaşın mağduru olan iki milyonu geçen sığınmacılar nedeniyle bir yandan çok önemli sosyal sorunlar yaşanırken, diğer yandan da hem sığınmacıların hem de Türkiye'de yaşayanların sağlığını olumsuz etkileyebilecek sağlık sorunlarının yaşanması gündemdedir. Özellikle kızamık ve çocuk felci konusunda riskin ortaya çıkmış olması nedeniyle, bağışıklama başta olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin eksiksiz olarak sunulmasının sağlanması ve olası sağlık risklerinin ortaya çıkarılması, kontrol altına alınması ve önlenmesi için saha araştırmalarının-müdahalelerinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ulusal ve uluslararası yetkilileri göreve davet ediyoruz.

Sonuç olarak; ülkemizde ve dünyada doğal ya da insan eliyle ortaya çıkan olağan dışı durumlar giderek artmaktadır. Olağan dışı durumlarda ortaya çıkan mal ve can kayıpları ve sonrasında yaşanan sosyal sorunlar, ülkelerin bu sorunlara önceden hazırlıksız olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Halk Sağlığı bakış açısıyla insan eliyle oluşturulan olağan dışı durumların önlenmesi, oluşabilecek olağan dışı durumlara karşı multisektöryal bir anlayışlı sağlıklı kamu politikalarının yapılması, toplumun olağan dışı durumlara karşı dirençli hale getirilmesi, örgütlenme ve alt yapı çalışmalarına ağırlık verilmesi önerilmektedir. Türkiye'nin dört bir yanında bulunan Halk Sağlıkçılar bu sürece katkıda bulunmaya hazırdır. 27 Ekim 2015

18. UHSK Katılımcıları

19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ SONUÇ BİLDİRİSİ

"Halk Sağlığı Barışa Köprü" ana temasıyla 15-19 Mart 2017 tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde 16 panel, 11 konferans, dört atölye çalışması, sekiz toplantı, bir forum ve iki kurs düzenlenmiştir.

Şiddet, sahip olunan gücün ve iktidarın; fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya, ölüme, gelişme geriliğine, yoksunluğa ve kayba neden olacak biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanması ya da uygulanma tehdidi-dir. Savaş ise iki veya daha fazla grup tarafından yürütülen karşılıklı, sürekli, ölümcül, doğrudan şiddettir. Artan kutuplaşma, aşırı milliyetçilik, etnik ayrımcılık, ötekilerin inkarıyla bozulan kültürel ortamlar, kaynakların dağılımındaki eşitsizlikler, yoksulluk ve bunların genel olarak altında yatan Kapitalizm ve Emperyalizm silahlı şiddetin nedeni, katalizörü olur ve devam etmesine yol açar.

Savaş üretim ilişkililerini yeniden yapılandırmak üzere kullanılan, çalışanlar ve toplum için büyük kayıplarla sonuçlanan bir araçtır. İçinde yaşamakta olduğumuz toplum biçimi olan kapitalizmin evrelerinde savaşların rasyonalitesi ve özellikleri açısından değişiklikler yaşanmıştır. Bugün savaş bütün toplumsal varlığımızı düzenleyen bir iktidar aygıtına dönüşmüş ve süreklilik kazanmıştır. Şiddet insanın doğasından kaynaklanan ve bu nedenle kaçınılmaz bir durum değildir. Bu söylem şiddetten çıkar sağlayan güçler tarafından üretilmekte ve çeşitli yollarla topluma dayatılmaktadır. Ülkemizde bugün savaşın dili endişe verici şekilde yaygınlaşmaktadır. Günümüzün genel geçer gazetecilik anlayışının, haberin seçimi, sunuma hazırlanması ve sunumu ile savaştan yana, savaşı kışkırtıcı bir etkiye ve niteliğe sahip olması burada önemli rol oynamaktadır.

Savaş, silahlı çatışma, şiddet tartışmasız bir şekilde bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü önlenebilir ölümlerin, sakatlıkların, zorla yerinden edilmelerin, açlık, kıtlık ve hastalıkların, ekolojik yıkımların, tecavüzlerin en temel nedenleri arasındadır. Savaş sağlık hizmetlerini doğrudan ve dolaylı yollarla derinden etkiler, sarsar ve geriletir. Bağışıklama, beslenme, ruh sağlığı, üreme sağlığı, çocuk sağlığı, kronik hastalıklar başta olmak üzere tüm sağlık alanında bu etkiler gözlenir. Savaşın etkileri kuşaklar boyunca sürer, hastalık ve sakatlıklar artar, yaşam süresi kısalır. Riskli gruplar savaşın doğrudan ve dolaylı etkilerinden daha fazla zarar görmektedir. Son on yılda iki milyon çocuk ölmüştür. Savaşlarda ölenlerin yarısı kadındır. Kronik hastalar ve yeti yitimi olanlar ilaçlara ve sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Bunun yanı sıra, savaşlar doğrudan ve ikincil etkileriyle geri dönüşümü olanaksız ya da yüzlerce yıl alabilen ekolojik tahribat ve yıkımlara yol açmakta, kültürel mirası yok etmektedir. Savaşların kendisi kadar savaşa hazırlık süreçleri de ekosistemleri tahrip etmekte ve başta nükleer silahlar olmak üzere silahların yapım, taşıma, depolama ve imha süreçleri ekolojik döngüleri tehdit etmektedir.

Savaşların hem nedeni hem de sonucu olarak karşımıza çıkan iklim değişikliği infeksiyon etkenleri; konakçı ve ara konakçı; bulaş ortamı üzerine önemli etkilerde bulunarak hastalıkların görülme sıklığını ve coğrafik dağılımını değiştirir. Bu da pek çok ülkede savaşın en önemli yapısal nedenlerinden olan yoksulluğun ve şiddetin artmasına yol açar.

Bulaşıcı hastalıklara karşı en önemli korunma olan bağışıklama hizmetlerinin kapsayıcılığı resmi verilere göre ülkemizde oldukça yüksektir. Farklı kaynaklardan elde edilen bağışıklama bilgileri ise resmi verilerden farklı ve sorunlu bir tabloya işaret etmektedir. Göç ve nüfus hareketlerinin fazla olduğu bu dönemde bağışıklama hizmetleir açısından özellikle bazı illerde ve sosyoekonomik açıdan dezavantalı kesimde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Tam aşılılık oranı azalmış, hiç aşı olmayan çocuk oranı ise artmıştır. Birinci basamak sağlık hizmet-

lerinde aile hekimliği uygulamasına geçiş ile birlikte gerçekleşen yapısal değişiklikler, başta ebeler olmak üzere sağlık çalışanlarının istihdamı ve görev tanımı açısından yaşanan ciddi sorunlar, bilimsel kanıtlara dayanmayan performans değerlendirmeleri bağışıklama hizmetlerindeki bu sıkıntılı tablonun temel nedenidir.

Çatışma ortamları en önemli insan hakkı ihlallerini doğurur.

Böylesi ortamlarda sağlık çalışanının temel ödevi kaçınılmaz olarak yaşamdan ve insandan yana olabilmektir. Söz konusu ödevin yerine getirilebilmesinin olanağı, evrensel nitelikteki uluslararası insancıl hukuk kapsamında sağlanmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte insanlık tarihi ile özdeş tıp mesleğinin evrensel etik ilkeleri, tüm sağlık çalışanlarına barıştan yana tutum alma sorumluluğunu ve çatışma ortamlarının yaşanmaması için eşitliğin sağlanması yönünde taraf olma ödevini vermektedir.

Tıpkı sağlığın, hastalığın yokluğundan daha fazlası olduğu gibi, barışın anlamı da şiddetin olmaması ile sınırlı değildir.

Barış, bireylerin veya grupların birbirlerine zarar vermediği ve yaratıcı üretkenliklerini veya değişim potansiyellerini geliştirebildikleri koşullardır. Barış içinde yaşamak Birleşmiş Milletler güvencesinde olan bir insan hakkıdır, toplumsal haktır. Halk sağlığı çalışanlarının yaşamdan ve insandan yana olmaları nedeni ile barışı inşa etme sürecinde aktif rol almaları zorunludur. Halk sağlığı alanında çalışanlar hem tüm korunma düzeylerinde hizmet sunma yükümlülükleri, hem de primordiyal ve birincil korunma yönünden barışın tesis edilmesinde kendilerine düşen görevler nedeni ile, savaşın etkilerinin azaltılması ve barışın geliştirilmesi konularında yeni beceriler ve yaklaşımlar kazanmak durumundadır. Kesintisiz hale gelen insani kriz hali, sağlık profesyoneli yetiştiren fakülte eğitim programlarında yer alan halk sağlığı müfredatı içinde savaşın önlenmesi ve barışın geliştirilmesi konularına yer verilmesi halk sağlığı uzmanları için ivedi ve zorunlu bir göreve dönüşmüştür. Savaşa yönelik erken uyarı-yanıt sistemlerinin inşası, politik sürveyans ve raporlama gibi mezuniyet öncesi ve sonrası programlarda kazandırılması gereken beceriler, savaş sırasındaki halk sağlığı hizmetlerinden öte, savaşı önlemeye ve barışın geliştirilmesine yönelik çalışmaları da kapsamak durumundadır.

Barışın tesisinin multidisipliner şekilde ele alınması bir zorunluluktur.

Bu nedenle halk sağlıkçıların sosyal ve siyasi bilimler alanında çalışanlar ile işbirliği yaparak ve premordiyal/birincil korunmayı önceleyerek hareket etmesi önemlidir. Eğitim programlarının psikoloji, sosyoloji, felsefe, hukuk, antropoloji gibi bilim dallarından katkılarla multidisipliner yaklaşımla güçlendirilmesi gerekmektedir. Halk sağlıkçılar, halk sağlığının radikal yönünü unutmadan ve otosansürden kaçınarak, çatışmaların ve savaşların kök nedenlerini ortaya koymalı, savaş ile güce ve kaynaklara erişimde eşitsizlik, yoksulluk, şiddet, ayrımcılık gibi faktörler arasındaki ilişkiyi görünür kılmalı, şiddeti ve risk faktörlerini azaltacak müdahaleler geliştirmeli, izlemeli ve değerlendirmelidir. Halk sağlıkçıların savaş-barış epidemiyolojisi ile ilgili bilgi, beceri, tutum geliştirmesi ve bunları yaşama geçirmesi "barışa köprü" kurulmasını sağlayacaktır.

Kadın bedeninin nüfus politikalarının bir aracı, biyolojik ve sosyal üremenin kabı olarak kullanılması da kadınlara yüzyıllardır uygulanan sosyal bir şiddet türüdür.

Kadınlar savaşacak yeni nesiller üretmeleri için militarist politikaların baskısı altında doğurmaya zorlanmış, bedenleri üzerindeki karar verme hakları yok sayılmıştır. YirmibirinciyüzyılTürkiye'sinde de cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bütün uluslar arası belgelerin "imzalayarak onaylanmış" olmasına rağmen, kadınlar eğitim, çalışma gibi diğer insan haklarını kullanamamanın yanı sıra, üreme sağlığı ile ilgili özgürce karar verme, nitelikli hizmete yeterli ulaşabilme, şiddet görmeme gibi haklarından da mahrum edilmektedir. Özellikle son on yılda doğurganlığın düzenlenmesi uygulamaları ile ilgili sürekli yapılan politik söylem ve eylemlerle, geçmişte bu konularda alınan olumlu iyileşmeleri geriye götürme tehlikesini yaratmaktadır. Benzer bir sürecin çocuk istismarı açısından yaşandığı dikkate alarak çocuk haklarının yaşama geçirilmeli ve çocukların korunması yasal düzenlemelerle güvence altına alınmalıdır.

Tıpkı kadın ve çocuk bedeni gibi çevre de şiddetin bir mağduru haline gelmiştir.

Uluslararası sermayenin belirlediği enerji politikaları kömür ve hidroelektrik santrallerin sayısının artması gibi sonuçlarıyla toplumun temiz hava ve suya erişme, kısacası sağlıklı bir çevrede yaşama hakkının ihlal edilmesine neden olmaktadır.

Artan kutuplaşma ve çatışma ortamları ruh sağlığı sorunlarını hastalık yükü açısından ilk sıralara taşımakta, toplum ruh sağlığı hizmetlerine olan gereksinimi arttırmaktadır.

Bu hizmetlerin anne karnından itibaren tüm yaşam dönemleri dikkate alınarak çok disiplinli, kapsayıcı ve entegre olarak yürütülmesi gerekmektedir.

Avrupa'da sağ politikaların etkisiyle "mülteci krizi" olarak tanımlanan sorun aslen insanlık / politik / tarihsel / ekonomik bir kriz olarak adlandırılmalıdır.

Türkiye mülteciler için açık bir cezaevine, geçici koruma rejimi ise bir rehine statüsüne dönüştürülmüştür. Ülke nüfusunun yaklaşık %3.7'sini oluşturan mülteciler insanlık dışı koşullarda yaşamakta ve çalışmakta, ciddi güvenlik sorunlarıyla karşılaşmakta, çocuklar eğitim haklarından

mahrum kalıp sağlıkları açısından son derece olumsuz ortamlarda çalışmaya zorlanmakta, kadınlar ise kumalıktan zorla seks işçiliğine kadar çeşitli cinsel istismar tiplerine maruz kalmaktadır. Ülkesinden şiddet ortamından kaçarak ülkemize sığınan bu insanlara sağlıklı ve güvenli ortamda yaşama haklarını verecek yasal düzenlemeler en kısa sürede tamamlanmalıdır.

Türkiye'nin hava kirliliği konusunda kabul ettiği sınır değerler Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü sınır değerlerinden kabul edilemez oranda yüksek olmasına rağmen, 2015 yılı verilerine göre çeşitli kirleticiler açısından 81 ilin hemen tamamında sınır değerler aşılmıştır.

Yanıbaşımızda süre giden savaşın etkilerini göz önünde bulundurarak, ulusal mevzuat sınır değerlerinin derhal insan sağlığı için güvenilir kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü sınır değerlerine çekilmesi ve hava kirliliğinin kümülatif etkisini daha iyi değerlendirdiği için Çevre değil Sağlık Etki Değerlendirilmesinin zorunlu hale getirilmesi gerekmektedir. En önemli iç ortam kirleticisi olan tütün kontrolü ise sigara içen, içmeyen herkesin barış içinde temiz hava soluyabilme mücadelesidir. Bu nedenle ülkemiz tütün kontrolünde ülkemiz kazanımlarını kaybetmemek için kararlı ve güçlü bir eylemlilik içinde olmalıdır.

Yönetim yükümlülüğü de olmakla birlikte topluma yönelik tüm koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenmek zorunda kalan TSM'lerin çalışmaları sırasında mevzuat ile yapılan işlerin uyuşmadığı durumlar bulunmaktadır. Personel yetersizliği (nicelik/nitelik), Personel süreksizliği (geçici görev/ASM havuzu), görev tanımlarındaki belirsizlik (boşlukları doldurma kurumu), vb. gibi sorunlar TSM'lerin hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. TSM'lerdeki performansa dayalı çalışma, TSM yönetmeliğindeki görev tanımları ile örtüşmemektedir. ASM ile TSM bir bütün olarak hizmet vermeli iken mevzuat ve fiiliyat bunu yeterince desteklememektedir. İş barışını olumlu yönde etkileyebilecek mevzuat değişiklikleri, net görev tanımları, TSM personelinde kalıcılığın ve devamlılığın sağlanması ile "EKİP" olabilmek ve Halk Sağlığı Uzmanları'nın saha sorunları, uygulamalar ve fırsatlardan daha çok haberdar olması sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.

Savaşın önlenmesi ve barış savunuculuğu bir halk sağlığı önceliğidir ve halk sağlıkçılar sadece savaşın sonuçlarına yanıt vererek değil, savaşın önlenmesinde oynayacakları rol ile barışa bir köprü oluşturmalıdır. Bu amaçla, savaşın toplum sağlığı ve sağlık sistemleri üzerindeki etkisini ve en iyi şekilde nasıl yanıt verilebildiğini analiz eden çalışmalar yürüterek savaşın toplumun sağlığında gerçekleştirebildiği yıkımı görünür kılmalı, tarafları düşmanlıkların sona erdirilmesi ve barışın sağlanması konusunda çaba göstermeye davet etmelidir. Halk sağlıkçılar savaşın nesnesi değil, barış mücadelesinin öznesi olmalıdır.

TÜRKIYE'DE HALK SAĞLIĞI TARIHINDE BÜYÜKLERİMİZ

Prof. Dr. Erdal Beşer

Adnan Adıvar (1882 -1955)

Adıvar, 1905'te tıp fakültesini bitirmiştir. II. Abdülhamit döneminde Berlin Tıp Fakültesi'nde asistan olarak görev almış, II. Meşrutiyet ilanıyla İstanbul'a dönüp sağlık alanındaki çalışmalarına İstanbul'da devam etmiştir. Tıbbiye mektebinde öğretim üyesi olarak çalışmıştır (1908). Trablusgarp Savaşı döneminde Kızılay müfettişi olarak Azizieye karargahında çalışmıştır (1911). Karargahtan döndükten sonra Haydarpaşa Tıp Fakültesinde Yaralı ve Kolera Hastanesi'nin yöneticiliğini yapmıştır. Mütareke yıllarında İstanbul milletvekili olmuştur.

İlk sağlık bakanımızdır. 03.05.1920-10.03.1921 tarihleri arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. Çocuk Esirgeme Kurumunun kurucuları arasındadır. 1924'te kurulan Terakkiperver Cumhuriyet Fırkası kurucularındandır. İslam Ansiklopedisi, Osmanlı Türkleri'nde İlim, Tarih Boyunca İlim ve Din adlı eserlerini yayınlamıştır.

Bakan olunca ilk icraatı sağlık personelinin insan gücünü saptamak olmuştur (1,2).

Refik Saydam (1881-1942)

Saydam; doktor, asker ve siyasi kimliği ile öne çıkmıştır. 1892 yılında Fatih Askeri Rüştiyesi'ne, 1896'da Çengelköy Askeri Tıbbiye İdadisi'ne girmiştir. 1906 yılında Tabip Yüzbaşı ünvanını almıştır. Mezun olduktan sonra Gülhane'de staja başlamış ve sonrasında üçüncü orduya atanmış ancak bu tarihlerde **Histoloji ve Embriyoloji** alanında çalışmak üzere Gülhane'de bırakılmıştır. Burada üç yıl çalışmıştır. 1910 yılında **Berlin Askeri Tıp Akademisi'nde eğitime gitmiş ve ardından Brendenburg'da, Altıncı Zırhlı Süvari Alayı'nda** staja başlamıştır. 1912'de İstanbul'a dönmüş ve ilgili makamlara başvurarak sahada aktif görev almak istemiştir. Önce Antalya Redif Fırkası'nın İkinci Seyyar Hastanesi'ne atanmış, sonrasında Balkan Savaşı'na fiilen katılmak için, bağlı olduğu kolordu ile harekete geçmiştir.

1913'te Antalya'da ve Çatalca'da kolera mücadelesinde önemli görevler üstlenmiştir. Refik Saydam, savaşta salgın hastalıkların büyük yıkımlar getirdiğini vurgulamıştır. **1914'te Sahra Genel Sağlık Müfettişi olarak atanmıştır. Görevi esnasında "tifo, dizanteri, veba ve kolera aşılarının"; "tetanoz ve dizanteri serumlarını" üretilerek 1. Dünya Savaşı sırasında ordu tarafından kullanılmasını sağlayarak tıp literatürüne geçmiştir.**

Savaş sonrasında İstanbul'da Askeri Kimyahane'de kurulan **Ordu İaşe Nizamnamesini İnceleme Kurulu üyeliği** yapmıştır. Sonrasında, Harbiye Bakanlığı'nda **Sıhhiye Dairesi Başkan Yardımcılığı** görevine getirilmiştir. 29 Mart 1916'da Berlin'de toplanacak Cerrahi Kongreye katılmak ve savaş cephelerindeki sağlık teşkilatını görmek amacıyla, bir sağlık kurulu ile birlikte Almanya'ya gitmiş, aynı yıl Aralık ayı içinde Galiçya'da Türk Kolordusu'nun sağlık teşkilatını teftiş etmiştir.

5 Mayıs 1919 tarihinde Dokuzuncu Ordu Hümayun Kıtaat Müfettişliği Sıhhiye Müfettiş Muavinliğine Tayin olarak Mustafa Kemal Atatürk'ün emrine girmiş ve onunla birlikte Samsun'a hareket emiştir. 10 Eylül 1919 tarihinde Erzurum Askeri Hastanesi Bulaşıcı Hastalıklar Şefliğine atanmıştır. O günlerde İstanbul Hükümeti'nin Mustafa Kemal Paşa'nın girişimlerinden rahatsızlık duyuşu ve onu görevden almaya kadar giden katı duruşu üzerine, askeriyeden istifa etmiştir (3).

23 Nisan 1920'de Büyük Millet Meclisi açıldığında Refik Saydam Doğu Beyazıt Milletvekili olmuştur. İlk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'dan sonra 1921 yılında Bakanlığa atanmış, kısa süreli aralıklar olmakla birlikte 1937'ye kadar görevini sürdürmüştür. Böylece Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti ve Cumhuriyet Hükümetleri zamanında **beş defa Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı** görevini sürdürmüştür. **1925 de Kızılay Cemiyeti'nin genel başkanlığına getirilerek 14 yıl boyunca bu kurumda büyük hizmetler gerçekleştirmiştir.**

1 Eylül 1925'te toplanan Birinci Milli Türk Tıp Kongresi'ne başkanlık yapmıştır. Yaptığı açılış konuşmasında Türk doktorlarının vazifelerini **Misak-ı Tıbbi** halinde üç esasta toplamıştır. **Misak-ı Tıbbi'ye göre Türk doktoru özel ve meslek yaşantısında herkese örnek olmalı, iletişim kurduğu herkese koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili önlemleri ve bu alandaki gelişmeleri anlatarak, rehber vazifesi görmelidir. Hizmetlerini sadece büyük şehirlerde değil özellikle kırsal kesimleri kapsayacak şekilde yapmalı, Türk köylüsünün sağlıklı ve mutlu olması için sürekli çalışmalıdır (4).**

1926 yılında "Özel İdare ve Belediyelerdeki Sağlık ve Ha-

yır İşlerine ilişkin kararname" çıkarmıştır. Bu kararname ile hastane ve dispanserlerin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak açılacağı ve işleyişinin yine aynı bakanlığa bağlı yürütüleceği belirtilmiştir (5).

1926 yılında çıkan bir diğer kanunla resmi tatil günlerinde de sağlık hizmeti alınmaya devam edilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve ülke çapında yayılması için çalışmıştır. İllerde sağlık müdürlükleri, ilçelerde hükümet tabiplikleri kurulmuştur. Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır. **Başta koruyucu hizmetler alanında olmak üzere çok sayıda yasa çıkarmıştır**. 25 Ocak 1938 tarihinde Celal Bayar'ın başbakanlıktan istifa etmesi üzerine hükümet kurma görevi İsmet İnönü tarafından **Dr. Refik Saydam'a verilmiş, 25 ocak 1939'da Türkiye Cumhuriyeti Başbakanı olmuştur.**

Behçet Salih Uz (1893- 1986)

Uz; İstanbul Tıp Fakültesinden mezuniyeti sonrasında asistanlık eğitimini İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği'nde tamamlamıştır. İzmir de Memleket Hastanesi Çocuk Servisi Şefliği'ne atanmıştır.

Halk sağlığı hizmetlerine önem vermiştir. **En önemli özelliği halk ile bürokratik ilişkiyi en az orana indirmesi ve sorunları yerinde tespit etmesi** olmuştur. İzmir'de 1922 yılında **Verem Mücadele Cemiyeti'ni kurmuştur.**

1931 yılında İzmir Belediye Başkanlığı'na seçilmiş, on yıl süreyle bu görevini sürdürmüştür. İzmir'de Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi (1938), Kültürpark ve İzmir Enternasyonal Fuarı Behçet Uz döneminde inşa edilmiş, günümüze dek varlığını sürdüren yapılardır.

1946-1948 yılları arasında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevlerini yapmış, bu süre içinde "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" nı hazırlatmıştır. Bu plan ülkemizde hazırlanan ilk sağlık planı olma özelliğini taşımaktadır (6). Planı hazırlatılmasında ki amac; ulusal sağlık hizmetlerinden, yoksul ya da varsıl köylü ya da kentli herkesin en iyi ve eşit şekilde yararlanmasıdır. Planda; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmış, her bölgeye bir tıp fakültesi, beşyüz yataklı tam teşekküllü bir hastane, ikiyüz yataklı kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri gibi sağlık kurumları açılması hedeflenmiştir. Tüm hastanelerin idaresinin bir merkezden yürütülmesi, illerdeki hastanelerin eksiklerinin tamamlanarak güçlendirilmesi planlanmıştır. Planda, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler de yer almaktadır. Koruyucu hizmet verirken, tedavi edici hizmetlerin de verilmesi için her 40 köy için 10-15 yataklı bir sağlık merkezi kurulması planlanmıştır. Sağlık merkezlerine iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile köy ebesi ve köy sağlık memurları atanacak, köy ebesi ve köy sağlık memuru on köyden sorumlu olacaktır. Bu merkezlerde ambulans bulundurarak köylere ulaşımın sağlanması hedeflenmiştir. Plan tümüyle uygulanamamıştır. Ancak planda yer alan maddeler sağlık yapılanmasını etkilemiştir (7).

Behçet Uz, **1954-55 yılları arasında ikinci kez "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı"** yapmıştır (8).

Nusret H. Fişek (1914 –1990)

"Öğretim üyesi için hekimlik, kazanç sağlama aracı ise, öğrencinin hekimliği halk yararına uygulamaya öncelik vermesi hemen hemen olanaksızdır." Nusret H. FİŞEK.

Fişek, 1938 İstanbul üniversitesi Tıp fakültesinden birincilikle mezun olmuştur. Sağlık Bakanlığı Merkez Hıfzısıhha Enstitüsünde bakteriyoloji şubesi asistanı olarak çalışmış, 1941 yılında aynı kurumda Bakteriyoloji Şubesi uzmanlığı yapmıştır. 1943 yılında çiçek aşısı servisi uzmanlığına atanmış, 1945 yılında ise **Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi** uzmanlığı görevini yapmıştır.

1946 yılında **John Hopkins Halk Sağlığı Okulu**'nda sağlık yönetimi ve ilişkili disiplinler üzerine çalışmalar yapmış, aynı yıl **"Hayati Tıbbi ve Gıdai Kimya Mütehassısı" (Biyokimya Uzmanı) olmuştur. 1952 yılında Harvard Üniversitesi'nden bakteriyoloji ve immünoloji dalında doktora derecesi almıştır.**

1955 yılında DSÖ tarafından biyolojik standardizasyon bilirkişisi olarak görevlendirilmiştir.

1955 yılında Biyokimya Doçenti, 1966 yılında da Halk Sağlığı Profesörü ünvanlarını almıştır.

1958-1960 yılları arasında nüfus artışı sorununu fark edip harekete geçmiş; **1960'lı yıllarda kadın sağlığı ve kadın hakları çerçevesinde nüfus ve aile planlaması programlarının ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur**. **1960 yılında Birinci Beş yıllık Kalkınma Planı'nın sağlık sektörü bölümünü hazırlamış; planlayıcılardan uygulayıcılara bir çok insanı eğitmiştir.**

1960 yılında "Refik Saydam Hıfzısıhha Okulu" Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevlerini birlikte yürütmüştür.

1961 yılında kabul edilen "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" un mimarıdır.

1963 yılında **sağlık ocağı sistemini** hayata geçirmiştir.

Sağlık ocakları, basamaklı, katılımcı ve nitelikli sağlık hizmetlerinin halka yayılmasının ilk adımıdır. 1963 yılında Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün Müdürlüğünü yapmıştır.

Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin kurulmasına öncülük etmiştir. **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nün 5 yıl süreyle müdürlüğünü yapmış, 1975 yılında da Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin kurulmasını sağlamıştır. Toplum Hekimliği Enstitüsüne, görevi boyunca yaptığı çalışmalarla uluslararası bir saygınlık kazandırmıştır. "Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi" oluşturulmuş;** ancak merkez 1982 yılında Yüksek Öğretim Kurumu'nun kararıyla kapatılmıştır.

1983 yılında Türk Tabipleri Birliği başkanlığı yapmıştır. 1980'li yılların baskıcı günlerinde idam ve ölüm cezaları ile ilgili doktorlara görev verilmesine karşı çıkmış; TBMM'de onay bekleyen kesinleşmiş ölüm cezası kararlarının uygulanmasını engellemekte önemli bir rol oynamıştır. Ankara Cumhuriyet Savcılığı'nın açmış olduğu davaya karşı bilimi, tıp meslek ahlakını, barışı, demokrasiyi ve insan haklarını savunmuş; işkencelere karşı çıkarak cezaevlerinde yaşanan sorunlarla yakından ilgilenmiştir. Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre için Hekimler Derneği'nin, Atatürkçü Düşünce Derneği'nin ve İnsan Hakları Derneği'nin kurucu üyesidir.

Demografi alanındaki çalışmaları ile Michigan Üniversitesi 150. yıl ödülünü, sağlığın sosyalleştirilmesi alanındaki çalışmaları nedeniyle de İngiliz Kraliyet Akademisi üyeliğini (FRCP) almıştır. Cüzzam Savaş ve Araştırma Derneği Şeref Diploması, Hacettepe Üniversitesi Akademik Hizmet Belgesi, Türk Tabipleri Birliği Hizmet ve Onur Belgesi ve Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği Şeref Rozeti sahibidir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile Türk Nüfus Planlaması Kanunu'nun hazırlanması, sağlık hizmetlerinin Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenen çağdaş ilkelere göre düzenlenmesindeki önemli hizmetleri, tıp eğitiminin topluma yönelik eğitim biçimine dönüştürülmesindeki çalışmaları, Mikrobiyoloji, Halk Sağlığı ve Nüfus Sorunları alanlarındaki derin bilgisiyle sayısız uzman yetiştirmesi ve çok sayıda bilimsel eser vermesi nedeniyle "TÜBİTAK 1993 HİZMET ÖDÜLÜ" verilmiştir.

"The Faculty of Community Medicine of the Royal College of Physicians" (FRCP), "American Medical Association", "Harvard Chapter of the Society of Sigma ", "The New York Academy of Sciences", "The National Geographic Society", "The Incorporated Liverpool School of Tropical Medicine", "The American Public Health Association", İnsan Hakları Derneği, Atatürkçü Düşünce Derneği, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Hekimler Derneği (NÜSED) ve Ankara Jinekoloji Cemiyeti üyeliğini yapmıştır (9).

W

Nevres Baykan (1918-1997)

Baykan**,** İstanbul Tıp Fakültesi mezunudur. Ürgüp Sağlık Merkezi Başhekimliği ve **Ankara Hıfzıssıhha Okulu Müdürlüğü** görevlerinde bulunmuştur. 1963 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum hekimliği kürsüsünün kurulmasında görev almış, Ankara`nın Abidin Paşa bölgesinde Toplum Hekimliği çalışmalarına önderlik etmiştir.

Nusret Fişek'le yakın çalışma ilişkisi içinde bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin özellikle eğitim boyutunda büyük katkıları olmuştur.

1976 yılında **"Toplum Hekimliği"** isimli kitabı yayınlanmıştır.

Sevinç Nejat Oral (1925-2006)

Oral, 1948 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde mezun olmuştur. 1958 yılında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinden uzman ünvanı almıştır. 1963 yılında Harward Halk Sağlığı okulunda yüksek lisansını tamamlamıştır.

1962-1965 yılları arasında Diyarbakır'da Köy Sağlığı Enstitüsü sorumlu yöneticisi olarak çalışmıştır. 1966-1971 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği ve Toplum Hekimliği Enstitüsü Öğretim Üyesi olarak çalışmıştır. 1960-1974 yılları arasında Tulane Üniversitesi, Harvard Halk Sağlığı Okulu, Michigan Üniversitesi ve Virginia Üniversitesi'nde çalışmalar yapmıştır. **1980 yılında Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteninin yayınlanmasında öncülük etmiştir**. 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan emekli olmuştur. Emeklilik sonrası dönemde üniversitede hem öğrenci, hem asistan eğitimlerine katkıda bulunmaya devam etmiştir (10).

1965 de **"Aşılar 'Aktif İmmünizasyon'"** isimli kitabı basılmıştır.

Doğan Benli (1926-2011)

Benli, Van Sağlık Müdürlüğünden sonra Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokollerle **Etimesgut ve Çubuk Eğitim Araştırma Bölgeleri** kurulmasına öncülük etmiştir. Uzun yıllar boyunca **Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölge Başkanı** olarak görev yapmıştır. **"Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirlmesi"nin ülkemizde bir model olarak yerleşmesinde en etkili kişilerden biri olmuştur**. Ekip çalışmasına, hizmet içi ve sürekli eğitime önem veren bir yöneticidir. Hekim dışı personelin ve özellikle ebelerin

sağlığın sosyalleştirilmesindeki önemini vurgulamıştır. **Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölge'sinde görevi sırasında bebek ölüm hızı düşürülmüş, bağışıklama yüzdeleri ülke ortalamasının üstüne çıkarılmış, evrak kodlama sistemi geliştirilmiştir.**

"Sağlık Hizmetlerinde Yönetim" isimli kitabı yazmıştır.

1993 yılında Hacettepe Üniversitesi'nden emekli olmuştur.

"Sağlığın Sosyalleştirilmesi Kanunu**"** kabulunün 50.yılında, 11 Ocak 2011'de yaşamını yitirmiştir (11).

Rahmi Dirican (1928-2010)

Dirican, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Hıfzıssıha Okulunda öğretim görevlisi olarak çalışmıştır. Hıfzıssıha Okulu Köy Sağlık Şube Müdürü olarak görev yapmıştır. Sonrasında akademik alanda ilerleyerek Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde profesörlük ünvanını kazanmıştır. **Toplum hekimliği alanında değerli çalışmalarda bulunmuştur.** Ayrıca **halk sağlığına felsefik boyutlarda katkıda bulunmuştur.** Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeliği, Dekanlığı ve Bursa Tabip Odası Başkanlığı görevlerini yürütmüştür..

Dirican sürekli halk sağlığının bir bilim olduğunu, bir eylem olduğunu (halkın içinde ve bölgede icra edilmesi gerektiği) ve en önemlisi de bir yaşam biçimi olduğunu vurgulamıştır.

"Ebe ve Hemşirenin El Kitabı", **"Bir Hekimin Anıları"**, **"Türk Hekimlerinin Düşünce ve Davranışları ve Bunun Toplum Sağlığına Etkileri"** kitapları yazdığı önemli eserlerin başında gelir (12).

Ahmet Tuncer (1929-2013)

Tuncer, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1961 yılında mezun olmuştur. 1963 yılında kendi isteğiyle, "Sağlık Hizmetlerinde Sosyalizasyon" uygulanan ilk pilot bölge olan Muş ilinin Bulanık ilçesi Karaağıl bölgesine atanmıştır.

Bölgede başarılı birinci basamak hekimliği çalışmaları yanında, yöre halkının beslenme alışkanlıklarını değiştirecek kadar iyi ilişkiler kurmuş, **halka sağlık eğitimi vermi**ş, başarılı çalışmaları nedeniyle Bulanık ilçesi Merkez Sağlık Ocağı'na alınmıştır. Aynı görev yerinde özverili ve başarılı çalışmaları nedeni ile İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Kaymakamlığı tarafından taltif edilmiştir.

1965 yılında Adana'ya gönderilmiş, bir ay süreyle **sıtma kursuna katılmış, kursu başarı ile tamamlayan 5 sağlık oca**ğı hekiminden birisi olmuştur.

1962 yılı içerisinde aldığı nüfus planlaması sertifikası, ülkemizdeki ilk aile planlaması sertifikalarından birisidir.

Sağlık Bakanlığı'nın açtığı **dil sınavını kazanarak gittiği "Prince Leopald Tropikal Hastalıklar Enstitüsü"nde, altı ay s**üreyle "Uluslararası Halk Sağlığının**in Geli**ştirilmesi Kursu"na katılmış ve "Halk Sağlını Geliştirme Diplomasını" almıştı**r. Kurs s**üresi içinde "**Netherlands Universities Foundation For International Cooperation (N.A.F.F.I.C.)"a üye olmuştur.**

Kurs dönüşü Bulanık Merkez Sağlık Ocağı'ndaki görevine tekrar başlamıştır.

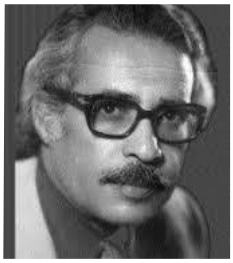
Çalışma bölgesindeki hizmetleri nedeniyle **Prof. Dr. Nusret Fi**şek tarafından Ankara**'ya çağrılarak Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı uzmanlık sınavına katılmış, sınavı kazanıp 1966 y**ılında aynı yerde asistan olarak göreve başlamıştır.

"**Yenikent Sağlık Ocağı Köysel Bölgesi'nde 5-14 yaş grubunda Enürezis Prevalans Hızı Araştırması"** tezi ile 1969'da Halk Sağlığı uzmanı olmuştur.

Daha sonra Hacettepe Tıp Fakültesi'nin Halk Sağlığı Anabilim Dalı bölümündeki uzman kadrosu ile Etimesgut ve Çubuk Bölgesi ile Hacettepe Üniversitesi Sosyal Pediatri Bölümü'nde çalışarak hazırladığı, **"Mental Retardasyonu Olan Çocuklarda Total Serum Kolesterol Çalışması"** tezi ile 1972 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı oldu. İki Uzmanlık ile Halk Sağlığı ve Sosyal Pediatri Bölümlerinde çalışırken 1974'te Aile Hekimliği İlkeleri dersi öğretim görevlisi kadrosuna alınmıştır.

1975 yılında Eylemli (Kadrolu) Halk Sağlığı Doçenti unvanını almıştır. Hacettepe Üniversitesi'nde sekiz yıl hoca olarak çalıştıktan sonra, 1976-1980 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Eğitimi için görevlendirilmiştir. 1980 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Profesörü unvanını almıştır. 1981 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı Profesörü olarak göreve başlamış, bu görevini 1993 yılına kadar sürdürmüştür. Bu süreç içinde **Doğankent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde üç yıl sağlık grup başkanlığı** yapmıştır (13,14).

Nevzat Eren (1937-2000)



".....Bu sorunların çözümü her durumda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinden geçmektedir" Nevzat Eren

"Halk Sağlığının zaferi kesindir ve yakındır" Nevzat Eren

Eren, 1961'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuş, ilk hekimlik görevine Hacıbektaş Hükümet Tabibi olarak başlamıştır. 1968 yılında, Nusret Fişek'in daveti üzerine Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği dalında tıpta uzmanlık eğitimine başlamıştır. 1971 yılında eğitimini tamamlayan Eren, 1972 yılında Amerika'da aile planlanması üzerine çalışmalar yapmıştır. **1972-1975 yılları arasında Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölge Başkan Yardımcılığı, 1975-1978 yılları arasında ise Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölge Başkanlığı görevlerini yapmıştır. 1977-1984 yılları arasında Ankara Tabip Odası Başkanlığı yapmıştır**. 1978 yılından vefatına kadar olan sürede Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görevine devam etmiştir. **Toplum Hekimliği Bölümü'nü Dahili Tıp Bilimleri Bölümü'ne bağlı bir anabilim dalı olarak örgütlemekte önemli görevler almıştır**. **Sağlık yönetimi dendiğinde akla gelen ilk isimlerdendir**.

"Sağlık Ocağı Yönetimi", "Sağlık Yönetimi ve Sağlık Mevzuatı" isimli kitapları vardır. Tıbbi sosyoloji, meslek ahlakı, bulaşıcı hastalıklar, hekimlik eğitimi çalışma alanları arasındadır. Bu alanlarda yaklaşık 20 kitap yazmıştır. 3 Kasım 1996'da Nusret Fişek'in 6. Ölüm dönümü anma törenlerinde **Hizmet Ödülü'nü kazanmıştır. 1984-88 yılları arasında 4 yıl süre ile Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi** olarak hizmetler vermiştir. **1988-92 arasında ise, TTB'nin Yüksek Onur Kurulu Üyesi** olarak ardışık 2 dönem hizmet vermiştir. Eren de halk sağlığına felsefik boyutlarda katkısı olacak eserler bırakmıştır. Halk sağlığı savaşçısı olarak bilinir. Nevzat Eren 13 Mart 2000'de yaşamını yitirmiştir. Ankara Tabip Odası ölümünün 10.yılında anısına "Bir Sağlık Sevdalısı, Prof.Dr. Nevzat Eren'den İleriye Kalanlar" isimli kitabın basımını yapmıştır (15).

Yusuf Öztürk (1941-2017)

"Dünyada, kadının sağlığına ve eğitimine önem ve öncelik veren devlet, tereddütsüz daha sağlıklı bir topluma sahip olacaktır." Yusuf Öztürk

Öztürk, 1968 yılında İstanbul üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmış, 1974'te uzmanlığını almıştır. 1971-1974 yılları arasında halk sağlığında araştırma görevlisi iken Yenikent Sağlık Ocağı'nda çalışmış**, halkın katılımını sağlayarak bölgeye "kanalizasyon" ve "sağlık evi" yaptırmıştır. 1975-1976 yıllarında Çubuk Eğitim Araştırma Bölgesi'nin kuruluşunda bölge başkan yardımcılığı yapmıştır.** 1977'de "Liverpool School of Tropical Medicine– Department of International Community Health"de "Saglık Yonetimi, Biyoistatistik ve Epidemiyoloji" eğitimi almıştır. **1978-1984 yılları arasında Çubuk Eğitim Araştırma Bölgesi Sağlık Grup Başkanlığı'nı yapmıştır. 1982 yılında Yenikent Beldesine geçmişte yaptığı hizmetler dolayısıyla Belediye Başkanlığı tarafından bölgede bir sokağa ismi verilmiştir.** 1983 yılında Hacettepe Üniversitesinde doçent ünvanını almıştır. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Anabilim Dalı Başkanı olarak göreve başlamıştır. 1985–1989 yılları arasında **Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ni kurmuş ve Başkanlığını yürütmüştür.** 2005 yılında **Kayseri Melikgazi Eğitim, Araştırma Bölgesi'ni** kurmuştur

1999 yılında Prof. Dr.Nusret Fişek Hizmet Ödülü almıştır.

"Bir Sağlık Ocağı Hekiminin Sağlık Ocağı Çalışmaları ve Toplum Kalkınmasındaki Rolü" isimli kitabı bulunmaktadır. Halk sağlığı alanında yazmış olduğu 20 kitabı bulunmaktadır (16).

Gürhan Fişek (1951-2017)

Fişek, tıp fakültesi eğitimini Hacettepe Üniversitesi'nde 1976 yılında tamamlamıştır. 1980 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Prof.Dr. İsmail Topuzoğlu danışmanlığında İş sağlığı alanında doktorasını tamamlamıştır.1985 yılında Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Siyasal Bilimler alanında doktorasını tamamlamıştır. İş Sağlığı (1987), Çalışma Ekonomisi ve Endüstri Ilişkileri (1994) alanlarında doçentlik, 1999 yılında profesörlük ünvanlarını almıştır.

İş sağlığı alanında akla ilk gelen isimlerdendir. **Fişek Enstitüsü kurucuları arasındadır.** İşçi sağlığı kolu başkanlığını yapmış ve kurslarda eğitici olarak görev almıştır. 1990-1993 yılları arasında Gazi Üniversitesi İş Kazalarını Önleme ve Araştırma Enstitüsü'nde iş sağlığı ve güvenliği dersleri vermiştir. İş-Kur ve SSK Genel Kurulunda Yüksek Öğretim Kurumunu temsil etmiştir. Ulusal İş Sağlığı Güvenliği Konseyi'nde Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı'nı temsil etmiştir. **Ortak Sağlık Güvenlik Birimi (1982) ve İş Hekimliği Sertifika Programlarının (1987) temellerini atmıştır.**

Middle East Awards (MEAWARDS), 1984, T.C.Cumhurbaşkanlığı Takdir Belgesi, 1997., Bilkent Rotary Kulübü Meslek Ödülü, 1998-1999 Dönemi, İş Müfettişleri Derneği 1.Çalışma Yaşamına Katkı / Sendika ve Sivil Toplum Ödülü (2012), Türkiye Gençlik Federasyonu Gençlik Gönüllülük Ödülü (2013), 3.Halk Sağlığı Ödülleri / İş Sağlığı ve Güvenliği (Okan Üniversitesi ve Türkiye Halk Sağlığı Derneği), 2015 Ödüllerini kazanmıştır (17).

KAYNAKLAR

1- Dr. Adnan Adivar'da Bilim, Metodoloji Ve Ilim Zihniyeti, Hatice

Mumyakmaz, Tarihin Peşinde, Uluslararasi Tarih Ve Sosyal Araştirmalar Dergisi-, Sayı: 11, s: 127-138, 2014.

2- Adnan Adıvar, Denemeler, "Bilimin Sarp Yolunda Cüretkâr Adımlar, Epos Yayinlari, Birinci Baskı, Ankara 2003.

3- İsmail Arar - Uluğ Iğdemir - Sami N. Özerdim, Türkiye Ansiklopedisi, 1923-1973, S. 4, Istanbul,s.198. 1974.

4- Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, C. 3, Istanbul, s.543, 1972.

5- Düstur; 3. Tertip, VII, s.1644-1666, 1926.

6- Dirican R.: "Dr. Behçet Uz (1893-1986) Ve Ulusal Sağlık Planı" Toplum Ve Hekim, c. 16, s.6, S.465, 2001.

7- Behçet Uz Dönemi Uygulamaları Pln 486 Modernizm Dönemi Kentleri Ödevi, Onur Acar, 2003516001.

8- Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Ve Deontoloji Anabilim Dalı Buldan Sempozyumu Sunu 23-24 Kasım 2006.

9- www.Istabip.Org.Tr412-Prof-Dr-Nusret-Fiekin-Yaam-Oeykuesue-.Htmlhttp://Www.Ttb.Org.Tr/Kol/Is/Index.Php

10-(Http://Www.Thb.Hacettepe.Edu.Tr/Arsiv/2006 Sayi_2/Kapak.Pdf)

11-Http://Hasuder.Org.Tr/Hsg/?P=2055

12- Türkiye Yazarlar Birliği/Türkiye Kültür Sanat Yıllığı (2011), Ihsan Işik/Resimli Ve Metin Örnekli Türkiye Edebiyatçilar Ve Kültür Adan-Malri Ansiklopedisi c,.2,2017.

13- (http://hasuder.org.tr/hsg/?p=1779)

14- Halk Sağlığında iz Bırakanlar, Halk Sağlığında Gündem, HASUDER, s.61-65., 2011.

15- File:///C:/Users/Pc/Downloads/Biyografi_Nevzat_Eren.Pdf, Toplumcu Tıp Seminerleri Http://Halksagligiokulu.Org/Anasayfa/Components/Com_Booklibrary/Ebooks/Hsgaralik2011.Pdf

16- Https://Gurhan.Fisek.Net/Ozgecmis/